

¿Qué es el Formulario de MMM - Planes ELA?

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.mmm-pr.com.

¿Cómo utilizo el Formulario?

Hay dos maneras de encontrar su medicamento en el formulario:

Condición médica

El formulario comienza en la página 11. 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 9. 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 148. 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 suministro 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 11. 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 MMM - Planes ELA?” 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 MMM Planes ELA?

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 MMM - Planes ELA

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 148.

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 – MMM ELA Relax (HMO - POS)

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:

MMM – ELA Relax (HMO - POS)	Nivel	Medicamento	Copago por cantidad al detal (30 días)	Copago por cantidad al detal (90 días)	Copago por orden por correo (90 días)
	1	Genérico Preferido	\$1.00	\$2.00	\$2.00
	2	Genérico	\$1.00	\$2.00	\$2.00
	3	Marca Preferida	\$5.00	\$15.00	\$10.00
	4	Medicamento No Preferido	\$10.00	\$30.00	\$20.00
	5	Especialidad	25%	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.

MMM – ELA Relax (HMO - POS)	Nivel	Medicamento	Copago por cantidad al detal (30 días)
	1	Genérico Preferido	44% o \$5.00 Min
	2	Genérico	44% o \$5.00 Min
	3	Marca Preferida	35% o \$ 20.00 Min
	4	Medicamento No Preferido	35% o \$35.00 Min
	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
- \$3.35 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.

Estructura de niveles – MMM ELA Relax Plus (HMO – POS)

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:

MMM – ELA Relax Plus (HMO - POS)	Nivel	Medicamento	Copago por cantidad al detal (30 días)	Copago por cantidad al detal (90 días)	Copago por orden por correo (90 días)
	1	Genérico Preferido	\$2.00	\$4.00	\$4.00
	2	Genérico	\$2.00	\$4.00	\$4.00
	3	Marca Preferida	\$5.00	\$15.00	\$10.00
	4	Medicamento No Preferido	\$10.00	\$30.00	\$20.00
	5	Especialidad	25%	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.

MMM – ELA Relax Plus (HMO - POS)	Nivel	Medicamento	Copago por cantidad al detal (30 días)
	1	Genérico Preferido	44% o \$5.00 Min
	2	Genérico	44% o \$5.00 Min
	3	Marca Preferida	35% o \$ 20.00 Min
	4	Medicamento No Preferido	35% o \$35.00 Min
	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
- \$3.35 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	11
Agentes Para El Tratamiento De Abuso De Sustancias. Anti-Adicción	17
Agentes Antidemencia	18
Agentes Antigota	19
Agentes Antiinflamatorios	19
Agentes Antimiasténicos	22
Agentes Bipolares	22
Agentes Cardiovasculares	25
Agentes Del Sistema Nervioso Central	37
Agentes Dermatológicos	40
Agentes Gastrointestinales	42
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)	57
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Prostaglandinas)	58
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Tiroides)	58
Agentes Hormonales, Supresores (Adrenal)	58
Agentes Hormonales, Supresores (Pituitaria)	59
Agentes Hormonales, Supresores (Tiroides)	60
Agentes Ofálmicos	60
Agentes Orales Y Dentales	64
Agentes Oticos	64
Agentes Para El Desorden Del Sueño	65
Agentes Para El Tratamiento De La Espasticidad	66
Agentes Para El Tratamiento De La Migraña	66
Agentes Para El Tratamiento De Parkinson	68
Agentes Para La Enfermedad Inflamatoria Intestinal	70
Agentes Parala Enfermedad Metabólica Del Hueso	71
Agentes Pulmonares/ Tracto Respiratorio	73
Analgésicos	80
Anestésicos	84
Ansiolíticos	84
Antibacteriales	86
Anticonvulsivos	95
Antidepresivos	100

Antieméticos	103
Antifungales	105
Antimicrobianas	107
Antineoplásicos	108
Antiparasitarios	118
Antisépticos	119
Antivirales	123
Desorden Genético O Enzimático: Reemplazo, Modificadores, Tratamiento	130
Electrolitos / Minerales/ Vitaminas	132
Productos Sanguíneos / Modificadores / Expansores De Volumen	137
Reguladores De Glucosa En Sangre	139
Relajantes Musculo Esqueléticos	145
Non-FRF	145

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
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>			
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 2000000 UNIT/0.5ML		5	PA; LA
ARCALYST SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 220 MG		5	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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
<i>Inmunosupresores</i>			
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
<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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
GENGRAF ORAL SOLUTION 100 MG/ML		2	PA; MT; CG
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-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML		5	PA; QL (3 EA per 28 days)
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML		5	PA; QL (4 EA per 28 days)
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML		5	PA; QL (2 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)
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>		2	CG
<i>methotrexate oral tablet 2.5 mg</i>		2	PA; MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<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
REMICADE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG		5	PA
SANDIMMUNE ORAL SOLUTION 100 MG/ML		3	PA; MT

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<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 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		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
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION		3	
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE		3	
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1440 EL U/ML, 720 EL U/0.5ML		3	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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		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	
RABAERT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED		3	
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION 10 MCG/ML, 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	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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		3	
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5ML, 50 UNIT/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			
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)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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)
<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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<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)
<i>Inhibidores De Colinesterasa</i>			
<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			
<i>Agentes Antigota</i>			
<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			
<i>Antiinflamatorios No-Esteroidales</i>			

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<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>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	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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	
<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	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<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	
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	
SOLU-CORTEF INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 250 MG		4	
<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)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<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
<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>		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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>Estabilizadores De Humor</i>			
<i>carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	CARBATROL	2	MT; CG
<i>carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 100 mg</i>	TEGRETOL-XR	2	MT; CG
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5ml</i>	TEGRETOL	2	MT; CG
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>		2	MT; CG
<i>carbamazepine oral tablet chewable 100 mg</i>		2	MT; CG
<i>divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 500 mg</i>	DEPAKOTE ER	2	MT; CG
<i>divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle 125 mg</i>	DEPAKOTE SPRINKLES	2	MT; CG
<i>divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	DEPAKOTE	2	MT; CG
<i>epitol oral tablet 200 mg</i>		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 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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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
<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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<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>		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>		1	MT; CG
<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, 300 mg</i>	CARDIZEM CD	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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<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>		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
<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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
Agentes Cardiovasculares, Otros			
CORLANOR ORAL TABLET 5 MG, 7.5 MG		4	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>digitek oral tablet 125 mcg</i>		2	QL (30 EA per 30 days)
<i>digitek oral tablet 250 mcg</i>		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
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)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<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)
<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)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<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
<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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<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)
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	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<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)
<i>pacerone oral tablet 100 mg, 400 mg</i>		2	MT; CG
<i>pacerone oral tablet 200 mg</i>		1	MT; CG
<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
<i>sorine oral tablet 120 mg</i>		2	MT; CG
<i>sorine oral tablet 160 mg, 80 mg</i>		2	MT; CG
<i>sorine oral tablet 240 mg</i>		2	MT; CG
<i>sotalol hcl (af) oral tablet 120 mg</i>	BETAPACE AF	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>		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)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<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)
<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)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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
<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	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<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
Diuréticos, Inhibidores De La Anhidrasa Carbónica			
<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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<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
<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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<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
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>		2	CG
Agentes Del Sistema Nervioso Central			
Agentes Del Sistema Nervioso Central, Otros			
<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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
Agentes Para El Desórden De Déficit De Atención E Hiperactividad, Anfetaminas			
<i>amphetamine-dextroamphet er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 5 mg</i>	ADDERALL XR	2	PA; CG; QL (90 EA per 30 days)
<i>amphetamine-dextroamphet er oral capsule extended release 24 hour 15 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg</i>	ADDERALL XR	2	PA; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 10 mg</i>	ADDERALL	2	PA; CG; QL (180 EA per 30 days)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 12.5 mg</i>	ADDERALL	2	PA; CG; QL (144 EA per 30 days)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 15 mg</i>	ADDERALL	2	PA; CG; QL (120 EA per 30 days)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 20 mg</i>	ADDERALL	2	PA; CG; QL (90 EA per 30 days)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 30 mg</i>	ADDERALL	2	PA; CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 5 mg</i>	ADDERALL	2	PA; CG; QL (360 EA per 30 days)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 7.5 mg</i>	ADDERALL	2	PA; CG; QL (240 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	ZENZEDI	2	PA; CG
Agentes Para El Desórden 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)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<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)
<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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
Agentes Dermatológicos			
<i>Agentes Dermatológicos</i>			
<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>	AL12	1	
<i>amneestem oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>		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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<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	
<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>		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>		4	PA
<i>triamcinolone acetonide injection suspension 40 mg/ml</i>	KENALOG	2	
VALCHLOR EXTERNAL GEL 0.016 %		5	PA; LA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
ZENATANE ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG		4	
Agentes Gastrointestinales			
Agentes Gastrointestinales, Otros			
CHOLBAM ORAL CAPSULE 250 MG, 50 MG		5	PA
<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>		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, 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	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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)
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>		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>		2	
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg</i>	ROBINUL	2	
<i>glycopyrrolate oral tablet 2 mg</i>	ROBINUL-FORTE	2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
TRANSDERM-SCOP (1.5 MG) TRANSDERMAL PATCH 72 HOUR 1 MG/3DAYS		4	PA; QL (10 EA per 30 days)
<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	
<i>gavilyte-c oral solution reconstituted 240 gm</i>		2	
<i>gavilyte-g oral solution reconstituted 236 gm</i>		2	
<i>gavilyte-n with flavor pack oral solution reconstituted 420 gm</i>		2	
<i>generlac oral solution 10 gm/15ml</i>		2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
GOLYTELY ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 227.1 GM		3	
<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	
<i>trilyte oral solution reconstituted 420 gm</i>		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 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

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</i>	DITROPAN XL	2	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 15 mg</i>		2	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 5 mg</i>	DITROPAN XL	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)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
Enlazadores De Fósforo			
<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>	REVELA	4	QL (540 EA per 30 days)
<i>sevelamer carbonate oral packet 2.4 gm</i>	REVELA	4	QL (180 EA per 30 days)
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i>	REVELA	4	QL (540 EA per 30 days)
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Adrenal)			
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Adrenal)			
<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 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

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 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

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>		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	
<i>hydrocortisone valerate external ointment 0.2 %</i>		2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<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	
<i>triamcinolone acetonide external cream 0.1 %, 0.5 %</i>	TRIDERM	2	
<i>triamcinolone acetonide external lotion 0.025 %, 0.1 %</i>		2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<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	
CRYSSELLE-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
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i>	AZURETTE	2	MT; CG
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	APRI	2	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.03 mg</i>	OCELLA	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>	KELNOR 1/35	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
INCASSIA ORAL TABLET 0.35 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
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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
LARIN 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG		2	MT; CG
LARIN 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG		2	MT; CG
LARIN FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG		2	MT; CG
LARIN FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG		2	MT; CG
LEENA ORAL TABLET 0.5/1/0.5-35 MG-MCG		2	MT; CG
LESSINA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG		2	MT; CG
LEVONEST ORAL TABLET		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
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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
NECON 0.5/35 (28) ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG		4	
<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>pimtreea oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i>		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
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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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	
VYFEMLA 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
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)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>Esteroides Anabólicos</i>			
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)
<i>Estrógenos</i>			
<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>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
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	
<i>Progestina</i>			
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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<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>		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
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Pituitaria)			
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Pituitaria)			
<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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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
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
<i>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</i>		2	MT; CG
Agentes Hormonales, Supresores (Adrenal)			
<i>Agentes Hormonales, Supresores (Adrenal)</i>			

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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
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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<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
SYNAREL NASAL SOLUTION 2 MG/ML		5	PA
TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 11.25 MG, 22.5 MG, 3.75 MG		5	PA
Agentes Hormonales, Supresores (Tiroides)			
<i>Agentes Antitiroides</i>			
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	TAPAZOLE	2	MT; CG
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>		2	MT; CG
Agentes Ofálmicos			
<i>Agentes Ofálmicos Para Alergia</i>			
<i>azelastine hcl ophthalmic solution 0.05 %</i>		2	
BEPREVE OPHTHALMIC SOLUTION 1.5 %		3	
<i>cromolyn sodium ophthalmic solution 4 %</i>		1	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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)
<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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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
Agentes Ofálmicos Para La Inflamación			
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	
<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	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<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			
<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	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<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			
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	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<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 Desórden Del Sueño			
Agentes Para El Desórden 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)
<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)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<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			
<i>Agentes Para El Tratamiento De La Espasticidad</i>			
<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	
<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			
<i>Agonistas Del Receptor De Serotonina (5-Ht) 1B/1D</i>			
<i>eletriptan hydrobromide oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	RELPAX	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)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<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)
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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<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
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)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<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
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 Descarboxilasa 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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
Agentes Para La Enfermedad Inflamatoria Intestinal			
<i>Aminosalicilatos</i>			
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	
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	
<i>Glucocorticoides</i>			
<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	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<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	
<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)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<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
<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)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>risedronate sodium oral tablet delayed release 35 mg</i>	ATELVIA	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)
<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)
ZEMAIRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG		5	PA; LA
Agentes Para Fibrosis Cística			
CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED 75 MG		5	PA; LA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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)
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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
SYMBICORT INHALATION AEROSOL 160-4.5 MCG/ACT, 80-4.5 MCG/ACT		3	QL (10.2 GM per 30 days)
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)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>diphenhydramine hcl injection solution 50 mg/ml</i>		2	
<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 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

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 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

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 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)
<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)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<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 Fósfoliesterasa, Enfermedad De Las Vías Respiratorias</i>			
<i>aminophylline intravenous solution 25 mg/ml</i>		2	
DALIRESP ORAL TABLET 250 MCG, 500 MCG		4	
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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<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
<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)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<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)
<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)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<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)
<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)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<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	
<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	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	IBU	1	
<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>	7T LIDO	2	PA
<i>lidocaine hcl external solution 4 %</i>		2	PA
<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>bupirone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>		2	CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<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>	LORAZEPAM INTENSOL	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
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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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)
<i>tobramycin ophthalmic solution 0.3 %</i>	TOBREX	2	
<i>tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml, 80 mg/2ml</i>		2	PA
TOBREX 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	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<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
<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	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<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	
<i>vandazole vaginal gel 0.75 %</i>	METROGEL-VAGINAL	2	
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG, 550 MG		5	PA
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>cefaclor er oral tablet extended release 12 hour 500 mg</i>		2	
<i>cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>		2	
<i>cefaclor oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml, 375 mg/5ml</i>		2	
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>		2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<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, 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	
<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	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<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
Betalactámico, Otros			
<i>aztreonam injection solution reconstituted 1 gm</i>	AZACTAM	4	
CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED 75 MG		5	PA; LA
<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	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<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
<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>nafcillin sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>		4	PA
<i>nafcillin 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	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<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			
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 500 mg</i>	ZITHROMAX	1	QL (4 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	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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	
<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 500 mg/5ml (10%)</i>	CIPRO	2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<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	
<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	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<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			
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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<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
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
<i>epitol oral tablet 200 mg</i>		2	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<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
<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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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	
<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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<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)
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>rowepra oral tablet 1000 mg, 500 mg, 750 mg</i>		2	MT; CG
<i>rowepra xr oral tablet extended release 24 hour 500 mg, 750 mg</i>		1	MT; CG
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 1000 MG, 250 MG, 500 MG, 750 MG		4	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
Antidepresivos			
<i>Antidepresivos, Otros</i>			
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	
<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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<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			
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
Ssrís/ 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)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<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)
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)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<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)
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>		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			

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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	
<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>	DRAMAMINE LESS DROWSY	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)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<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)
<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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<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	
<i>ciclopirox external solution 8 %</i>	CICLODAN	2	
<i>ciclopirox olamine external cream 0.77 %</i>	LOPROX	2	
<i>ciclopirox olamine external suspension 0.77 %</i>	LOPROX	2	
<i>clotrimazole external cream 1 %</i>		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	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
MYCAMINE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG, 50 MG		5	PA
NATACYN OPHTHALMIC SUSPENSION 5 %		4	
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
Antimicrobianas			
Antimicrobianas, Otros			
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>		4	
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG		4	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>	MYCOBUTIN	2	
Antituberculares			
CAPASTAT SULFATE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 1 GM		4	
<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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>melfhalan hcl intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	ALKERAN	5	PA
VALCHLOR EXTERNAL GEL 0.016 %		5	PA; LA
Antiandrógenos			
<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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>mitoxantrone hcl intravenous concentrate 25 mg/12.5ml</i>		2	PA
REVLIMID ORAL CAPSULE 2.5 MG, 20 MG		5	PA; LA
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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>dacarbazine intravenous solution reconstituted 200 mg</i>		2	PA
<i>dactinomycin intravenous solution reconstituted 0.5 mg</i>	COSMEGEN	5	PA
<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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
ISTODAX (OVERFILL) INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 MG		5	PA
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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
TRISENOX INTRAVENOUS SOLUTION 12 MG/6ML		5	PA
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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
EMPLICITI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 300 MG, 400 MG		5	PA
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)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
KISQALI 600 DOSE ORAL TABLET 200 MG		5	PA; QL (63 EA per 28 days)
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)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
CALQUENCE ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA; QL (60 EA per 30 days)
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 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

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
TYKERB ORAL TABLET 250 MG		5	PA; LA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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>		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>		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	
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5ml</i>	MEPRON	5	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<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	
Pediculicidas / Scabicidas			
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			
Primera Generación, Típicos			
<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	
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>		4	
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5ml</i>		4	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<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, 50 mg/ml</i>	HALDOL DECANOATE	4	
<i>haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml</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	
<i>clozapine oral tablet dispersible 200 mg</i>	FAZACLO	5	
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML		5	
Segunda Generación, Atípicos			

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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)
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)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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)
<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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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>		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
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	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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		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>		2	PA
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>		2	PA
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>	VIREAD	2	CG
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)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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
<i>moderiba oral tablet 200 mg</i>		2	PA
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/0.5ML, 180 MCG/ML		5	PA
REBETOL ORAL SOLUTION 40 MG/ML		5	PA
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>		2	PA
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>		2	PA
SOVALDI ORAL TABLET 400 MG		5	PA; QL (28 EA per 28 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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	
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	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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	
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	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
Agentes Anti-Hiv, Inhibidores No-Nucleósidos De La Trascriptasa 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 Trascriptasa Reversa (Nnrti)			
<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	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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	
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			

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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)
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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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
<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)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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, 3000-14000 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
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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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
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>	INTRALIPID	4	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<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>		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
TPN ELECTROLYTES INTRAVENOUS SOLUTION		2	PA
TRAVASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %		4	PA
TROPHAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 10 %		4	PA
<i>Electrólitos / Modificadores De Minerales</i>			
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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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	
<i>klor-con 10 oral tablet extended release 10 meq</i>	K-TAB	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>	K-TAB	2	MT; CG
<i>klor-con sprinkle oral capsule extended release 10 meq, 8 meq</i>		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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<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, 20 meq/100ml</i>		2	
<i>potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml</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	
<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>	K-TAB	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>	K-TAB	2	MT; CG
<i>klor-con sprinkle oral capsule extended release 10 meq, 8 meq</i>		2	MT

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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			
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)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<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
<i>jantoven oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>		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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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)
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)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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
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)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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)
<i>metformin hcl oral tablet 500 mg, 850 mg</i>	GLUCOPHAGE	1	MT; CG; QL (90 EA per 30 days)
<i>miglitol 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)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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)
<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		3	MT
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 10-500 MG		3	ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG, 5-1000 MG, 5-500 MG		3	ST; MT; QL (60 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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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)
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)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN- INJECTOR 500 UNIT/ML		5	PA; QL (30 ML per 30 days)
LANTUS SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN- INJECTOR 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
LANTUS SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
LEVEMIR FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN- INJECTOR 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
LEVEMIR SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
<i>preferred plus insulin syringe 28g x 1/2"</i> <i>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)
<i>Reguladores De Glucosa En Sangre</i>			
<i>glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-250</i> <i>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)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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)
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	
Non-FRF			
<i>Non-Frf</i>			
<i>acetazol hc otic solution 2-1 %</i>		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>		4	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>claravis oral capsule 20 mg,30 mg,40mg</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, 75 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	
<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
<i>vestura oral tablet 3-0.02 mg</i>		2	MT
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, 3000-10000 UNIT, 40000-136000 UNIT, 5000 UNIT		4	MT

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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 8.

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 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

INDICE

A

abacavir sulfate.....	128
abacavir sulfate-lamivudine .	128
abacavir-lamivudine-zidovudine	128
ABELCET.....	105
ABILIFY MAINTENA 100, 121	
acamprosate calcium.....	18
acarbose.....	139
acebutolol hcl.....	25
acetaminophen-codeine.....	82
acetaminophen-codeine #3.....	82
acetazol hc.....	145
acetazolamide.....	35, 61
acetazolamide er.....	35
acetic acid.....	86
acetylcysteine.....	73
acitretin.....	40
ACTHIB.....	15
ACTIMMUNE.....	11
acyclovir.....	126
acyclovir sodium.....	126
ADACEL.....	15
ADAGEN.....	130
adapalene.....	40
ADCIRCA.....	75
adefovir dipivoxil.....	124
ADEMPAS.....	75
ADVAIR DISKUS.....	74, 76, 78
ADVAIR HFA.....	74, 76, 78
<i>AFEDITAB CR</i>	26
AFINITOR.....	12, 115
AFINITOR DISPERZ.....	12
ala-cort.....	47
ALBENZA.....	118
albuterol sulfate.....	78
albuterol sulfate er.....	78
alclometasone dipropionate....	47
ALDURAZYME.....	130
ALECENSA.....	115
alendronate sodium.....	71, 72
alfuzosin hcl er.....	46
ALIMTA.....	110
ALINIA.....	118
ALIQOPA.....	114
allopurinol.....	19
alose tron hcl.....	42
ALPHAGAN P.....	61
alprazolam.....	85
ALREX.....	62
altavera.....	51
ALUNBRIG.....	115
amantadine hcl.....	68, 130
AMBISOME.....	105
amikacin sulfate.....	86
amiloride hcl.....	34
amiloride-hydrochlorothiazide	28
aminophylline.....	79
AMINOSYN II.....	132
AMINOSYN II/ELECTROLYTES.....	132
AMINOSYN/ELECTROLYTE S.....	132, 134
AMINOSYN-HBC.....	132
AMINOSYN-PF.....	132
AMINOSYN-RF.....	134
amiodarone hcl.....	31, 32
AMITIZA.....	42
amitriptyline hcl.....	103
amlodipine besy-benazepril hcl	28
amlodipine besylate.....	26
amlodipine besylate-valsartan	28
amlodipine-olmesartan.....	29
amlodipine-valsartan-hctz.....	29
ammonium lactate.....	40
amne steem.....	40
amoxapine.....	103
amoxicillin.....	90
amoxicillin-pot clavulanate....	91
amoxicillin-pot clavulanate er	91
amphetamine-dextroamphet er	38
amphetamine- dextroamphetamine.....	38
amphotericin b.....	106
ampicillin.....	91, 145
ampicillin sodium.....	91
ampicillin-sulbactam sodium .	91
AMPYRA.....	39
ANADROL-50.....	56
anagrelide hcl.....	138
anastrozole.....	114
ANDRODERM.....	55
ANORO ELLIPTA.....	73
APOKYN.....	68
aprepitant.....	104, 105
APRI.....	51
APRISO.....	70
APTIOM.....	96
APTIVUS.....	127
ARANELLE.....	51
ARCALYST.....	11
aripiprazole.....	100, 121
ARISTADA.....	121
armodafinil.....	65
ARNUITY ELLIPTA.....	76
aspirin-dipyridamole er.....	137
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR.....	142
atazanavir sulfate.....	127
atenolol.....	25
atenolol-chlorthalidone.....	29
atomoxetine hcl.....	38
atorvastatin calcium.....	33
atovaquone.....	118
atovaquone-proguanil hcl.....	119
ATRIPLA.....	128
atropine sulfate.....	63
ATROVENT HFA.....	77
AUBAGIO.....	39
AUBRA.....	51
AVASTIN.....	110
AVIANE.....	51
AVITA.....	40, 118
azacitidine.....	110
AZASITE.....	92
azathioprine.....	12
azathioprine sodium.....	12
azelastine hcl.....	60, 75
azithromycin.....	92
AZOPT.....	61
aztreonam.....	90
B	
bacitracin.....	86
bacitracin-polymyxin b.....	63
bacitra-neomycin-polymyxin-hc	63

baclofen	66	budesonide....	42, 51, 70, 76, 145	cefazolin sodium.....	89
balsalazide disodium	70	bumetanide	34, 35	cefdinir.....	89
BALZIVA	51	buprenorphine hcl.....	18	cefepime hcl.....	89
BANZEL	96	buprenorphine hcl-naloxone hcl		cefixime	89
BARACLUDE	124	.....	18	cefotaxime sodium.....	89
BAVENCIO	113	bupropion hcl.....	100	cefoxitin sodium	89
bcg vaccine.....	15	bupropion hcl er (smoking det)		cefpodoxime proxetil.....	89
BELEODAQ	110	.....	17	cefprozil.....	89
benazepril hcl	35	bupropion hcl er (sr).....	100	ceftazidime	89
benazepril-hydrochlorothiazide		bupropion hcl er (xl).....	100	ceftriaxone sodium	89
.....	29	buspirone hcl	84	cefuroxime axetil.....	89
BENLYSTA	12	busulfan	108	cefuroxime sodium	90, 145
benznidazole.....	119	butorphanol tartrate	80	celecoxib.....	20, 83
benzoyl peroxide-erythromycin		BYDUREON.....	139, 140	CELONTIN	97
.....	40	BYDUREON BCISE	139	cephalexin.....	90
benztropine mesylate.....	69	BYETTA 10 MCG PEN.....	140	CERDELGA.....	131
BEPREVE	60	BYETTA 5 MCG PEN.....	140	CEREZYME.....	131
betamethasone dipropionate ..	21,	C		cetirizine hcl	75
40, 47		cabergoline	59	CETRAXAL.....	93
betamethasone dipropionate aug		CABOMETYX.....	115	cevimeline hcl.....	64
.....	21, 47	calcipotriene	40	CHANTIX	18
betamethasone valerate	21, 48	calcitonin (salmon).....	72	CHANTIX CONTINUING	
BETASERON	39	calcitriol.....	72	MONTH PAK	17
betaxolol hcl	25, 61	calcium acetate (phos binder).47		CHANTIX STARTING	
bethanechol chloride	45	CALQUENCE.....	116	MONTH PAK	18
BETOPTIC-S	61	CAMILA	56	CHEMET.....	134
bexarotene	118	CANASA.....	70	chlorhexidine gluconate.....	64
BEXSERO.....	15	candesartan cilexetil	31	chloroquine phosphate.....	119
bicalutamide	109	candesartan cilexetil-hctz	29	chlorothiazide	35
BICILLIN L-A	91	CAPASTAT SULFATE.....	108	chlorpromazine hcl	104, 119
BICNU	110	CAPRELSA.....	116	chlorthalidone	35
BIKTARVY	126	captopril.....	35	CHOLBAM	42
BILTRICIDE.....	118	captopril-hydrochlorothiazide	29	cholestyramine light	33
bimatoprost.....	61, 64	CARBAGLU	135	ciclopirox	106
bisoprolol fumarate	25	carbamazepine	24, 96	ciclopirox olamine	106
bisoprolol-hydrochlorothiazide		carbamazepine er.....	24, 96	cilostazol.....	137
.....	29	carbidopa-levodopa	69	CILOXAN	93
BIVIGAM	11	carbidopa-levodopa er	69	CIMDUO	128
bleomycin sulfate	110	carbidopa-levodopa-entacapone		cimetidine	43
BLEPHAMIDE S.O.P.....	21, 63	.....	68	cimetidine hcl	43
BOOSTRIX.....	15	carboplatin	110	CINRYZE.....	11
bortezomib.....	110	carteolol hcl	61	CIPRODEX	64
BOSULIF	115	CARTIA XT.....	26	ciprofloxacin.....	93, 145
BOTOX	66, 67	carvedilol	25	ciprofloxacin hcl.....	93
BREO ELLIPTA	78	carvedilol phosphate er.....	25	ciprofloxacin in d5w.....	93
briellyn	51	casposungin acetate	106	cisplatin.....	110
BRILINTA	137	CAYSTON	73, 90	citalopram hydrobromide	101
brimonidine tartrate	61	cefaclor	88	cladribine	110
BRIVIACT	99	cefaclor er	88	claravis.....	146
bromocriptine mesylate	59, 68	cefadroxil.....	88, 89	CLARAVIS	40

clarithromycin	92	constulose	44	dexamethasone	21, 48, 70
clarithromycin er	92	CORLANOR	28	DEXAMETHASONE	
clindamycin hcl	86	cortisone acetate	21, 48, 70	INTENSOL.....	21, 48, 70
clindamycin palmitate hcl	87	COTELLIC.....	116	dexamethasone sodium	
clindamycin phosphate	87	COUMADIN	137	phosphate.....	21, 48, 62
clindamycin phosphate in d5w		CREON	131	DEXILANT	44
.....	87	CRIVIVAN	127	dexrazoxane.....	111
CLINIMIX/DEXTROSE		cromolyn sodium.....	60, 79	dextroamphetamine sulfate.....	38
(2.75/5).....	132	CRYSSELLE-28	51	dextrose.....	133
CLINIMIX/DEXTROSE		CYCLAFEM 1/35	51	dextrose in lactated ringers...	133
(4.25/10).....	132	CYCLAFEM 7/7/7	51	dextrose-nacl.....	133
CLINIMIX/DEXTROSE		cyclobenzaprine hcl.....	145	DIASTAT ACUDIAL	99
(4.25/20).....	132	cyclophosphamide	108	DIASTAT PEDIATRIC	99
CLINIMIX/DEXTROSE		cyclosporine.....	12	diazepam.....	99, 146
(4.25/25).....	132	cyclosporine modified	12	DIAZEPAM INTENSOL.....	99
CLINIMIX/DEXTROSE		cyproheptadine hcl	75	diclofenac potassium	20, 83
(4.25/5).....	132	CYRAMZA	113	diclofenac sodium.....	20, 40, 62, 83
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15)		CYSTADANE.....	131	diclofenac sodium er.....	20, 83
.....	132	CYSTAGON	131	dicloxacillin sodium	91
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20)		CYSTARAN	63	dicyclomine hcl	43
.....	133	cytarabine	110	didanosine.....	128
CLINIMIX/DEXTROSE (5/25)		D		DIFICID	93
.....	133	dacarbazine	111	diflunisal	20, 83
clofarabine.....	110	dactinomycin	111	<i>DIGITEK</i>	28
clomipramine hcl.....	103	DAKLINZA	124, 125	digox	28
clonazepam.....	95	DALIRESP	79	digoxin.....	28
clonidine hcl	30, 31	danazol.....	55	dihydroergotamine mesylate ..	67
clopidogrel bisulfate	137	dantrolene sodium	66	DILANTIN	96
clorazepate dipotassium	95	dapsone.....	107	DILANTIN INFATABS	96
clotrimazole.....	106	DAPTACEL	15	diltiazem hcl	26
clotrimazole-betamethasone...	40	daptomycin	87	diltiazem hcl er	26
clozapine.....	120	DARZALEX	113	diltiazem hcl er beads	26
COARTEM	119	daunorubicin hcl	111	diltiazem hcl er coated beads..	26
colchicine	19	DEBLITANE.....	51	dilt-xr	27
colchicine-probenecid	19	DELYLA	51	DIPENTUM	70
colesevelam hcl	140	DELZICOL	43, 70	diphenhydramine hcl	69, 76, 104
colestipol hcl	33	DEMSEER.....	29	diphenoxylate-atropine	42
colistimethate sodium (cba) ...	88	DEPEN TITRATABS	12, 45,	diphtheria-tetanus toxoids dt ..	15
COLOCORT	70	134		disulfiram.....	18
COMBIGAN	61	DEPO-PROVERA.....	56	divalproex sodium	24, 67, 95
COMBIVENT RESPIMAT ...	74	DESCOVY	128	divalproex sodium er ..	24, 67, 95
COMETRIQ (100 MG DAILY		desipramine hcl.....	103	docetaxel.....	111
DOSE).....	116	desloratadine.....	75	dofetilide.....	32
COMETRIQ (140 MG DAILY		desmopressin ace spray refrig	57	donepezil hcl.....	19
DOSE).....	116	desmopressin acetate	57	dorzolamide hcl	61
COMETRIQ (60 MG DAILY		desogestrel-ethinyl estradiol...	51	dorzolamide hcl-timolol mal ..	61
DOSE).....	116	desonide.....	48	doxazosin mesylate.....	30, 46
COMFORT ASSIST INSULIN		desoximetasone	48	doxepin hcl	40, 65, 85, 103
SYRINGE.....	142	desvenlafaxine er	101	doxorubicin hcl	111
COMPLERA	128	desvenlafaxine succinate er ..	101	doxorubicin hcl liposomal ...	111

DOXY 100	94	ERY-TAB.....	93	fentanyl citrate	80, 81
doxycycline hyclate... 40, 64, 94, 95		ERYTHROCIN		FENTORA.....	80, 81
doxycycline monohydrate 40, 64, 95		LACTOBIONATE	93	FERRIPROX	134
dronabinol.....	105	ERYTHROCIN STEARATE.	93	FETZIMA.....	102
drosiprone-ethinyl estradiol	52	erythromycin	93	FETZIMA TITRATION	102
DROXIA	109	erythromycin base	93	finasteride	46
duloxetine hcl	101	erythromycin ethylsuccinate... 93		FIRAZYR.....	11
duramorph	81	ESBRIET.....	74	flecainide acetate	32
DUREZOL	62	escitalopram oxalate	85, 101, 102	FLOVENT DISKUS	76
dutasteride	46	esomeprazole magnesium.....	44	FLOVENT HFA.....	76, 77
dutasteride-tamsulosin hcl.....	46	esomeprazole sodium	44	fluconazole	106
E		estazolam	37	fluconazole in sodium chloride	106
E.E.S. 400.....	93	estradiol	56	flucytosine	106
econazole nitrate.....	106	estradiol valerate.....	52, 56	fludarabine phosphate.....	109
EDURANT.....	128	estropipate	146	fludrocortisone acetate.....	48
efavirenz	128	ethambutol hcl	108	flunisolide.....	77
eletriptan hydrobromide	66	ethosuximide	97	fluocinolone acetonide.....	48
ELIQUIS	137	ethynodiol diac-eth estradiol ..	52	fluocinolone acetonide scalp ..	49
ELIQUIS STARTER PACK	137	etidronate disodium	72	fluocinonide.....	40, 49
ELITEK.....	111	etodolac	20, 83	fluocinonide emulsified base..	49
ELMIRON.....	45	etodolac er	20, 83	fluorometholone	62
EMCYT.....	118	etoposide.....	114	fluorouracil	40
EMEND.....	105	EURAX	119	fluoxetine hcl.....	102
EMOQUETTE	52	EVOTAZ.....	127	fluphenazine decanoate	119
EMPLICITI	114	EXEL COMFORT POINT PEN		fluphenazine hcl.....	119, 120
EMSAM	101	NEEDLE	143	flurbiprofen.....	20, 83
EMTRIVA.....	129	exemestane	114	flurbiprofen sodium	62
enalapril maleate	36	EXJADE.....	134	flutamide.....	109
enalapril-hydrochlorothiazide	29	ezetimibe	33	fluticasone propionate	41, 49, 77
ENDOCET	82	ezetimibe-simvastatin.....	29	fluticasone-salmeterol.....	78
ENGERIX-B	15	F		fluvastatin sodium	33
enoxaparin sodium	137	FABRAZYME	131	fluvoxamine maleate	102
ENPRESSE-28.....	52	FALMINA.....	52	fluvoxamine maleate er	102
enskyce.....	52	famciclovir.....	126	FML.....	62
entacapone.....	68	famotidine.....	43	fondaparinux sodium....	137, 138
entecavir	124	famotidine premixed.....	43	FORTEO.....	72
ENTRESTO	31	FANAPT	121	fosamprenavir calcium	127
enulose.....	44	FANAPT TITRATION PACK		fosinopril sodium.....	36
EPCLUSA	125	.....	121	fosinopril sodium-hctz.....	29
epinephrine	78	FARESTON	118	FREAMINE HBC	135
epirubicin hcl.....	111	FARXIGA	140	furosemide	35
<i>EPITOL</i>	24, 96	FARYDAK.....	114	FUZEON	130
EPIVIR HBV.....	124	FASLODEX	111	FYAVOLV.....	52
eplerenone	34	felbamate	98	FYCOMPA.....	98
ERIVEDGE.....	116	felodipine er.....	27	G	
ERLEADA	109	fenofibrate	32, 33	gabapentin.....	95
ERRIN.....	56	fenofibrate micronized	32	galantamine hydrobromide....	19
ery.....	93	fenofibric acid.....	33	galantamine hydrobromide er.	19
		fentanyl.....	80, 81	GAMMAGARD.....	11

GAMMAGARD S/D LESS IGA	11	halobetasol propionate.....	49	hydromorphone hcl pf	81
GAMMAPLEX	11	haloperidol.....	120	hydroxychloroquine sulfate ..	119
GAMUNEX-C	11	haloperidol decanoate.....	120	hydroxyurea.....	109
ganciclovir sodium	123	haloperidol lactate	120	hydroxyzine hcl	85
GARDASIL 9.....	15	HARVONI.....	125	I	
gatifloxacin.....	94	HAVRIX	15	ibandronate sodium	72
GATTEX.....	42	heparin (porcine) in d5w	138	IBRANCE.....	114
GAVILYTE-C.....	44	heparin sod (porcine) in d5w	138	ibu	20
GAVILYTE-G	44	heparin sodium (porcine).....	138	ibuprofen.....	20, 83, 84
gavilyte-h.....	146	HEPATAMINE	133	ICLUSIG	116
GAVILYTE-N WITH FLAVOR		HERCEPTIN	111	idarubicin hcl	111
<i>PACK</i>	44	HETLIOZ	65	IDHIFA.....	114
gemcitabine hcl	109	HEXALEN	108	ifosfamide.....	111
gemfibrozil	33	HIBERIX.....	16	ILARIS	12, 146
generlac	44	HUMALOG.....	143	ILEVRO	62
gengraf.....	146	HUMALOG KWIKPEN	143	imatinib mesylate.....	116
GENGRAF.....	12, 13	HUMALOG MIX 50/50.....	143	IMBRUVICA	116
GENTAK	86	HUMALOG MIX 50/50		IMFINZI.....	114
gentamicin in saline.....	86	KWIKPEN.....	143	imipenem-cilastatin	90
gentamicin sulfate	86	HUMALOG MIX 75/25.....	143	imipramine hcl.....	103
GENVOYA	126	HUMALOG MIX 75/25		imipramine pamoate	103
GEODON.....	22, 121	KWIKPEN.....	143	imiquimod.....	41
GIANVI.....	52	HUMIRA.....	13	IMOGAM RABIES-HT	11
gildagia.....	146	HUMIRA PEDIATRIC		IMOVAX RABIES	16
GILENYA	39	CROHNS START	13	INCASSIA.....	52
GILOTRIF.....	116	HUMIRA PEN	13	INCRELEX	57
glatiramer acetate	39	HUMIRA PEN-CD/UC/HS		INCRUSE ELLIPTA.....	73, 77
GLATOPA	39	STARTER	13	indapamide	35
GLEOSTINE.....	111, 146	HUMIRA PEN-PS/UV		INFANRIX.....	16
glimepiride	140	STARTER	13	INLYTA	116
glipizide.....	140	HUMULIN 70/30.....	143	INTELENCE	128
glipizide er.....	140	HUMULIN 70/30 KWIKPEN		INTRALIPID.....	133
glipizide-metformin hcl.....	144	.....	143	INTRON A	124, 125
global alcohol prep ease	87	HUMULIN N	143	INTROVALE	52
GLUCAGEN HYPOKIT	142	HUMULIN N KWIKPEN...	143	INVANZ.....	90
GLUCAGON EMERGENCY		HUMULIN R	143	INVEGA SUSTENNA.121, 122	
.....	142	HUMULIN R U-500		INVEGA TRINZA	122
glycopyrrolate.....	43	(CONCENTRATED)	143	INVIRASE	127
GLYXAMBI	140	HUMULIN R U-500		INVOKAMET	140
GOLYTELY.....	45	KWIKPEN.....	144	INVOKAMET XR	140
granisetron hcl	105	hydralazine hcl	37	INVOKANA.....	140
GRANIX	138	hydrochlorothiazide.....	35	IONOSOL-MB IN D5W	133
griseofulvin microsize	106	hydrocodone-acetaminophen.82,		IPOL	16
griseofulvin ultramicrosize...	106	83		ipratropium bromide.....	77
guanfacine hcl	31	hydrocodone-ibuprofen	83	ipratropium-albuterol.....	74
guanfacine hcl er	38	hydrocortisone	21, 49, 70	irbesartan	31
guanidine hcl	22	hydrocortisone butyrate.....	49	irbesartan-hydrochlorothiazide	
H		hydrocortisone valerate	49	.....	29, 35
HALAVEN.....	111	hydrocortisone-acetic acid.....	65	IRESSA	116
		hydromorphone hcl.....	80	irinotecan hcl	111

ISENTRESS.....	126	KISQALI FEMARA 200 DOSE	115	LENVIMA 10 MG DAILY	
ISENTRESS HD	126	.....	115	DOSE.....	116
isibloom.....	52	KISQALI FEMARA 400 DOSE		LENVIMA 14 MG DAILY	
ISOLYTE-P IN D5W.....	133	.....	115	DOSE.....	116
ISOLYTE-S.....	135	KISQALI FEMARA 600 DOSE		LENVIMA 18 MG DAILY	
isoniazid	108	.....	115	DOSE.....	117
isosorbide dinitrate.....	36	klor-con	136	LENVIMA 20 MG DAILY	
isosorbide dinitrate er.....	36	KLOR-CON	135	DOSE.....	117
isosorbide mononitrate.....	36	klor-con 10	136	LENVIMA 24 MG DAILY	
isosorbide mononitrate er.....	36	<i>KLOR-CON 10</i>	135	DOSE.....	117
isotretinoin.....	41	klor-con m10	136	LENVIMA 8 MG DAILY	
isradipine	27	<i>KLOR-CON M10</i>	135	DOSE.....	117
ISTODAX (OVERFILL)	112	klor-con m15	136	LESSINA.....	53
itraconazole	106	<i>KLOR-CON M15</i>	135	LETAIRIS	75
ivermectin.....	118	klor-con m20	136	letrozole	114
IXIARO.....	16	<i>KLOR-CON M20</i>	135	leucovorin calcium	109
J		klor-con sprinkle.....	136	LEUKERAN.....	108
JAKAFI.....	116	<i>KLOR-CON SPRINKLE</i>	135	LEUKINE.....	139
JANTOVEN	138	KOMBIGLYZE XR.....	145	leuprolide acetate.....	59
JANUMET	144	KORLYM.....	142	levabuterol hcl	79
JANUMET XR.....	144	kurvelo.....	52	levabuterol tartrate.....	79
JANUVIA.....	140	KUVAN.....	131	LEVEMIR	144
JARDIANCE.....	141	KYNAMRO	34	LEVEMIR FLEXTOUCH...	144
JENTADUETO	144	KYPROLIS	116	levetiracetam.....	99
JENTADUETO XR.....	145	L		levetiracetam er	99
JOLIVETTE.....	56	labetalol hcl	25	levetiracetam in nacl.....	99
JULUCA.....	129	lactated ringers	133	levobunolol hcl	61
JUNEL 1.5/30.....	52	lactulose.....	45	levocarnitine	133
JUNEL 1/20.....	52	lamivudine	124, 129	levocetirizine dihydrochloride	76
JUNEL FE 1.5/30.....	52	lamivudine-zidovudine.....	129	levofloxacin	94
JUNEL FE 1/20.....	52	lamotrigine.....	24, 95, 98	levofloxacin in d5w	94
JUXTAPID.....	34	lamotrigine er	24, 98	LEVONEST	53
K		lamotrigine starter kit-blue	98	levonorgest-eth estrad 91-day.	53
KADCYLA	112	lamotrigine starter kit-green ..	98	levonorgestrel-ethinyl estrad ..	53
KALETRA	127	lamotrigine starter kit-orange .	98	LEVORA 0.15/30 (28).....	53
KALYDECO.....	74	lansoprazole.....	44	levo-t.....	58
KANUMA.....	131	lanthanum carbonate.....	47	levothyroxine sodium	58
kariva.....	52	LANTUS	144	LEVOXYL	58
kcl in dextrose-nacl	133	LANTUS SOLOSTAR.....	144	LEXIVA	127
KELNOR 1/35.....	52	LARIN 1.5/30.....	53	lidocaine	84
kelnor 1/50.....	52	LARIN 1/20.....	53	lidocaine hcl.....	84
ketoconazole.....	106	LARIN FE 1.5/30	53	lidocaine hcl (pf).....	84
ketoprofen.....	146	LARIN FE 1/20.....	53	lidocaine viscous	84
ketorolac tromethamine.....	62	LARTRUVO	114	lidocaine-prilocaine	84
KEYTRUDA.....	12, 114, 146	LASTACAPT	61	lindane	119
KINRIX.....	16	latanoprost	64	linezolid	87
KIONEX.....	135	LATUDA.....	122	LINZESS	43
KISQALI 200 DOSE	114	LEENA.....	53	liothyronine sodium.....	58
KISQALI 400 DOSE	114	leflunomide.....	11, 12	lisinopril.....	36
KISQALI 600 DOSE	115			lisinopril-hydrochlorothiazide	29

lithium	24	medroxyprogesterone acetate	57	MICROGESTIN FE 1.5/30	53
lithium carbonate	24	mefloquine hcl	119	MICROGESTIN FE 1/20	53
lithium carbonate er	24	megestrol acetate	57	midodrine hcl	31
lokara	146	MEKINIST	117	MIGERGOT	67
LONSURF	109	meloxicam	20, 84	miglitol	141
loperamide hcl	42	melphalan hcl	109	miglustat	131
lopinavir-ritonavir	127	memantine hcl	18, 19	MINITRAN	36
lorazepam	85	memantine hcl er	18	minocycline hcl	64, 95
LORCET	83	MENACTRA	16	minoxidil	37
LORCET HD	83	MENEST	56	mirtazapine	100
LORCET PLUS	83	menomune	146	misoprostol	45, 58
loryna	53	MENVEO	16	mitomycin	112
losartan potassium	31	meperidine hcl	80	mitoxantrone hcl	39, 110
losartan potassium-hctz	29	mercaptopurine	13	M-M-R II	16
LOTEMAX	62	meropenem	90	modafinil	65
lovastatin	33	mesalamine	70	<i>MODERIBA</i>	125
LOW-OGESTREL	53	mesna	112	moexipril hcl	36
loxapine succinate	120	MESNEX	112	moexipril-hydrochlorothiazide	
LUMIGAN	64	<i>METADATE ER</i>	38	.....	30
LUMIZYME	73	metformin hcl	141	mometasone furoate	50
LUPANETA PACK	59	metformin hcl er	141	MONONESSA	53
LUPRON DEPOT (1-MONTH)		methadone hcl	81	montelukast sodium	77
.....	59	methazolamide	35, 61	morphine sulfate	82
LUPRON DEPOT (3-MONTH)		methenamine hippurate	87	morphine sulfate (concentrate)	
.....	59	methimazole	60	.....	81
LUPRON DEPOT (4-MONTH)		methotrexate	13	morphine sulfate (pf)	80
.....	59	methotrexate sodium	14, 146	morphine sulfate er	82
LUPRON DEPOT (6-MONTH)		methotrexate sodium (pf)	14, 146	morphine sulfate er beads	81
.....	59	methoxsalen rapid	41	MOVANTIK	42
LUPRON DEPOT-PED (1-		methylclothiazide	35	MOVIPREP	45
MONTH)	59	methylphenidate hcl	39	MOXEZA	94
LUPRON DEPOT-PED (3-		methylphenidate hcl er	39	moxifloxacin hcl	94
MONTH)	59	methylprednisolone	22, 50, 71	MOZOBIL	139
LUTERA	53	methylprednisolone acetate	22,	MULTAQ	32
LYNPARZA	112	50, 70		mupirocin	87
LYRICA	37, 98	methylprednisolone sodium succ		mupirocin calcium	87
LYRICA CR	98	.....	22, 50, 71	MUSTARGEN	112
LYSODREN	59	metipranolol	61	MYCAMINE	107
LYZA	56	metoclopramide hcl	42, 104	mycophenolate mofetil	14
M		metolazone	35	mycophenolate mofetil hcl	14
magnesium sulfate	135	metoprolol succinate er	25	mycophenolate sodium	14
malathion	119	metoprolol tartrate	25	MYLOTARG	112
maprotiline hcl	100	metoprolol-hydrochlorothiazide		MYORISAN	41
marlissa	53, 56	.....	30	MYRBETRIQ	46
MARPLAN	101	metronidazole	87	N	
MATULANE	108	metronidazole in nacl	87	nabumetone	20, 84
MATZIM LA	27	mexiletine hcl	32	nadolol	25
MAVYRET	125	MIACALCIN	72	nafcillin sodium	91
MAXIDEX	62	MICROGESTIN 1.5/30	53	NAGLAZYME	131
meclizine hcl	104	MICROGESTIN 1/20	53	naloxone hcl	17

naltrexone hcl	18	nitroglycerin	37	OPDIVO	114
NAMENDA XR TITRATION		nizatidine	43	OPSUMIT	75
PACK	19	NORA-BE	54	ORFADIN	131
naproxen	20, 84	NORDITROPIN FLEXPRO ..	57	ORKAMBI	74
naproxen dr	20, 84	norethindrone	57	ORSYTHIA	54
naproxen sodium	20, 84	norethindrone acetate	57	oseltamivir phosphate	130
naratriptan hcl	66	NORLYROC	54	OTEZLA	14
NATACYN	107	NORMOSOL-M IN D5W	133	oxacillin sodium	91
nateglinide	141	NORMOSOL-R IN D5W	133	oxaliplatin	112
NATPARA	72	NORMOSOL-R PH 7.4	135	oxandrolone	56
NEBUPENT	119	NORTHERA	31	oxaprozin	20, 84
NECON 0.5/35 (28)	54	NORTREL 0.5/35 (28)	54	oxcarbazepine	97
necon 10/11 (28)	146	NORTREL 1/35 (21)	54	oxybutynin chloride	46
nefazodone hcl	100	NORTREL 1/35 (28)	54	oxybutynin chloride er	46
neomycin sulfate	86	NORTREL 7/7/7	54	oxycodone hcl	80, 81
neomycin-bacitracin zn-		nortriptyline hcl	103	oxycodone-acetaminophen	83
polymyx	63	NORVIR	127	P	
neomycin-polymyxin-dexameth		NOXAFIL	107	<i>PACERONE</i>	32
.....	63	NUCALA	74	paclitaxel	112
neomycin-polymyxin-		NUDEXTA	37	paliperidone er	122
gramicidin	63	NULOJIX	14	pamidronate disodium	72
neomycin-polymyxin-hc ..	63, 65	NULYTELY WITH FLAVOR		PANRETIN	118
NEORAL	14	PACKS	45	pantoprazole sodium	44
NEPHRAMINE	133	NUPLAZID	122	paricalcitol	72
NERLYNX	117	nutrilipid	133	paromomycin sulfate	86
NEUPOGEN	139	NUVARING	54	paroxetine hcl	85, 102
NEUPRO	68	NYAMYC	107	paroxetine hcl er	85, 102
NEVANAC	62	nystatin	107	PASER	108
nevirapine	128, 146	nystatin-triamcinolone	41	PAXIL	85, 102
nevirapine er	128	NYSTOP	107	PAZEO	61
NEXAVAR	117	O		PEDIARIX	16
niacin er (antihyperlipidemic)	34	OCELLA	54	PEDVAX HIB	16
NIACOR	34	octreotide acetate	59, 60	peg 3350/electrolytes	45
nicardipine hcl	27	ODEFSEY	129	peg 3350-kcl-na bicarb-nacl ..	45
NICOTROL	18	ODOMZO	117	peg-3350/electrolytes	45
NICOTROL NS	18	OFEV	74, 117	PEGANONE	97
nifedipine	27	ofloxacin	94	PEGASYS	125
nifedipine er	27	olanzapine	23, 122	penicillin g pot in dextrose	92
nifedipine er osmotic release ..	27	olanzapine-fluoxetine hcl	101	penicillin g potassium	92
nikki	54	olmesartan medoxomil	31	penicillin g procaine	92
nilutamide	109	olmesartan medoxomil-hctz ..	30,	penicillin g sodium	92
nimodipine	27	31		penicillin v potassium	92
NINLARO	112	olmesartan-amlodipine-hctz ...	30	PENTAM	119
NIPENT	112	olopatadine hcl	61, 76	pentoxifylline er	28
nisoldipine er	27	omega-3-acid ethyl esters	34	PERFOROMIST	79
NITRO-BID	36	omeprazole	44	perindopril erbumine	36
NITRO-DUR	36	ondansetron	105	<i>PERIOGARD</i>	64
nitrofurantoin macrocrystal	88	ondansetron hcl	105	permethrin	119
nitrofurantoin monohyd macro		ONFI	95	perphenazine	104, 120
.....	88	ONGLYZA	141	perphenazine-amitriptyline ..	101

PHENADOZ	104	PREMASOL.....	134	quetiapine fumarate 23, 100, 122
phenelzine sulfate.....	101	PREMPRO	54	quetiapine fumarate er ...23, 100, 122
phenobarbital.....	95, 96	prenatal	134	quinapril hcl.....
PHENYTEK.....	97	PREVALITE	34	36
phenytoin.....	97	PREVIFEM	54	quinapril-hydrochlorothiazide 30
phenytoin sodium.....	97	PREVYMIS.....	123	quinidine gluconate er
phenytoin sodium extended....	97	PREZCOBIX.....	127	32
PHOSPHOLINE IODIDE.....	61	PREZISTA	127	quinidine sulfate
pilocarpine hcl.....	61, 64	PRIFTIN.....	107	32
pimozide.....	120	primaquine phosphate.....	119	quinine sulfate
pimtrex.....	54	primidone.....	96	119
pindolol.....	26	PRIVIGEN	11	R
pioglitazone hcl	141	probenecid	19	RABAVERT.....
pioglitazone hcl-glimepiride	145	PROCALAMINE	134	16
pioglitazone hcl-metformin hcl	145	prochlorperazine.....	104	RADICAVA.....
.....	145	prochlorperazine edisylate... 104,	120	37
piperacillin sod-tazobactam so92		120		raloxifene hcl.....
PIRMELLA 1/35.....	54	120		55
piroxicam.....	20, 84	PROCRIT	139	ramipril
PLASMA-LYTE 148	135	PROCTO-PAK.....	50	36
PLASMA-LYTE A	135	PROCTOSOL HC	71	RANEXA
podofilox	41	PROCTOZONE-HC.....	42, 50	28
polyethylene glycol 3350.....	45	progesterone micronized	57	ranitidine hcl.....
polymyxin b-trimethoprim.....	63	PROGLYCEM	142	43
POMALYST	108	PROGRAF.....	14	RAPAMUNE.....
PORTIA-28.....	54	PROLASTIN-C.....	73	14
potassium chloride.....	136	PROLEUKIN	112	rasagiline mesylate
potassium chloride crys er....	135	PROLIA.....	72	69
potassium chloride er	136	PROMACTA.....	139	RAVICTI.....
potassium chloride in dextrose	134	promethazine hcl	76, 104	131
.....	134	propafenone hcl	32	REBETOL
potassium chloride in nacl....	136	propafenone hcl er	32	124, 125
potassium citrate er.....	45	proparacaine hcl	63	RECLIPSEN.....
PRADAXA.....	138	propranolol hcl	26	54
pramipexole dihydrochloride .69		propranolol hcl er	26	RECOMBIVAX HB.....
pramipexole dihydrochloride er	69	propranolol-hctz	30	16
.....	69	propylthiouracil	60	REGRANEX
prasugrel hcl	137	PROQUAD.....	16	41
pravastatin sodium.....	33	PROSOL.....	134	RELENZA DISKHALER ...
prazosin hcl	30, 46	protriptyline hcl	103	130
prednisolone	22, 50, 71	PULMICORT FLEXHALER.77		RELI-ON INSULIN SYRINGE
prednisolone acetate ... 22, 62, 71		PULMOZYME.....	74	.....
prednisolone sodium phosphate	22, 50, 63, 71	PURIXAN	109	144
.....	22, 50, 63, 71	pyrazinamide	108	RELISTOR.....
prednisone	22, 50, 71	pyridostigmine bromide	22	42
PREDNISONE INTENSOL .22,	50, 71	pyridostigmine bromide er	22	REMICADE
50, 71		Q		14
preferred plus insulin syringe	144	QUADRACEL	16	REMODULIN
.....	144	QUASENSE	54	75
PREMARIN	56			repaglinide
				141
				repaglinide-metformin hcl ...
				145
				REPATHA.....
				34
				REPATHA PUSHTRONEX
				SYSTEM
				34
				REPATHA SURECLICK
				34
				RESCRIPTOR.....
				128
				RESTASIS.....
				63
				RETROVIR
				129
				REVATIO.....
				75
				REVLIMID.....
				108, 110
				REXULTI.....
				123
				REYATAZ
				127
				RIBASPHERE.....
				124, 125
				ribavirin
				124, 125
				rifabutin
				108
				rifampin
				108
				RIFATER
				108
				riluzole.....
				37
				rimantadine hcl
				130
				ringers
				134
				risedronate sodium.....
				72, 73

RISPERDAL CONSTA .23, 123	sodium polystyrene sulfonate	SYMLINPEN 60	141
risperidone.....23, 123	.....135	SYNAGIS.....	11
ritonavir.....127	SOLTAMOX.....	SYNAREL.....	60
RITUXAN.....114	SOLU-CORTEF.....22, 50, 71	SYNERCID.....	88
rivastigmine.....19	SOMATULINE DEPOT.....60	SYNJARDY.....	141
rivastigmine tartrate.....19	SOMAVERT.....60	SYNJARDY XR.....	141, 142
rizatriptan benzoate.....66	<i>SORINE</i>.....32	SYNRIBO.....	110
ropinirole hcl.....69	sotalol hcl.....32	SYNTHROID.....	58
ropinirole hcl er.....69	sotalol hcl (af).....32	T	
rosuvastatin calcium.....33	SOVALDI.....125	TABLOID.....	109
ROTARIX.....16	SPIRIVA HANDIHALER.....77	tacrolimus.....	15, 41
ROTATEQ.....16	SPIRIVA RESPIMAT.....78	TAFINLAR.....	117
<i>ROWEEPR</i>.....99	spironolactone.....34	TAGRISSE.....	117
roweepra xr.....99	spironolactone-hctz.....30	TAMIFLU.....	130
ROZEREM.....65	SPRINTEC 28.....54	tamoxifen citrate.....	118
RUBRACA.....112	SPRITAM.....99	tamsulosin hcl.....	46
RYDAPT.....117	SPRYCEL.....117	TARCEVA.....	117
S	SPS.....135	TARGETIN.....	118
SABRIL.....96	SRONYX.....55	TARINA FE 1/20.....	55
SANDIMMUNE.....14	SSD.....94	TASIGNA.....	117
SANDOSTATIN LAR DEPOT	stavudine.....129	tazarotene.....	41
.....60	sterile water for irrigation.....134	TAZORAC.....	41
SANTYL.....41	STIOLTO RESPIMAT.....73	<i>TAZTIA XT</i>	27
SAPHRIS.....23, 123	STIVARGA.....117	TECENTRIQ.....	114
SAVELLA.....37	streptomycin sulfate.....86	TEFLARO.....	90
SAVELLA TITRATION PACK	STRIBILD.....126	TEGRETOL.....24, 25, 97	
.....37	SUBOXONE.....18	TEGRETOL-XR.....	25, 97
selegiline hcl.....69	SUCRAID.....131	telmisartan-hctz.....	30
selenium sulfide.....41	sucralfate.....45	temazepam.....	65
SELZENTRY.....130	sulfacetamide sodium.....63, 94	TENIVAC.....	17
SENSIPAR.....73	sulfacetamide-prednisolone...22,	tenofovir disoproxil fumarate	
SEREVENT DISKUS.....79	63	.....124	
sertraline hcl.....85, 102	sulfadiazine.....94	terazosin hcl.....	30, 46
sevelamer carbonate.....47	sulfamethoxazole-trimethoprim	terbinafine hcl.....	107
SHAROBEL.....54	.....94	terbutaline sulfate.....	79
SHINGRIX.....16	SULFAMYLON.....88	terconazole.....	107
SIGNIFOR.....60	sulfasalazine.....71	testosterone.....	55
SIGNIFOR LAR.....60	sulindac.....20, 84	testosterone cypionate.....	55
sildenafil citrate.....75	sumatriptan.....66	testosterone enanthate.....	55
SILENOR.....85, 103	sumatriptan succinate66, 67, 146	tetanus-diphtheria toxoids td..	17
silver sulfadiazine.....94	sumatriptan succinate refill....67	tetrabenazine.....	37
SIMBRINZA.....62	SUPRAX.....90	THALOMID.....	108
simvastatin.....33	SUPREP BOWEL PREP KIT	THEO-24.....	79
sirolimus.....15	.....136	theophylline.....	80
SIRTURO.....108	SUTENT.....117	theophylline er.....	79, 80
SIVEXTRO.....88	SYLATRON.....110, 126	thioridazine hcl.....	120
sodium chloride.....136	SYMBICORT.....75	thiothixene.....	120
sodium fluoride.....136	SYMFI.....129	tiagabine hcl.....	96
sodium phenylbutyrate...45, 131	SYMFI LO.....129	tigecycline.....	88
	SYMLINPEN 120.....141	timolol maleate.....	26, 62, 67

TIVICAY	126	TRI-PREVIFEM	55	VIDEX.....	129
tizanidine hcl	66, 145	TRISENOX	113, 146	VIDEX EC.....	129
TOBRADEX	86	TRI-SPRINTEC	55	vigabatrin.....	96
tobramycin.....	86	TRIUMEQ.....	130	VIIBRYD	103
tobramycin sulfate.....	86	TRIVORA (28).....	55	VIIBRYD STARTER PACK	
tobramycin-dexamethasone....	64	TROPHAMINE.....	134	.....	103
TOBREX	86	tropium chloride.....	46	VIMPAT.....	97
tolazamide	142	TRUMENBA.....	17	vinblastine sulfate.....	113
tolbutamide.....	142	TRUVADA	129	VINCASAR PFS	113
tolterodine tartrate	46	TWINRIX.....	17	vincristine sulfate.....	113
tolterodine tartrate er	46	TYBOST	130	vinorelbine tartrate.....	113
topiramate.....	67, 99	TYKERB	117	VIRACEPT.....	127
topiramate er.....	98	TYPHIM VI	17	VIRAMUNE.....	128
TOPOSAR.....	115	TYSABRI.....	12, 39	VIREAD	124, 129
topotecan hcl	115	U		voriconazole	107
torsemide	35	ULORIC	19	VOSEVI	125
TOUJEO MAX SOLOSTAR		<i>UNITHROID</i>	58	VOTRIENT	118
.....	144	UPTRAVI.....	28	VPRIV	131
TOUJEO SOLOSTAR	144	ursodiol.....	42	VRAYLAR.....	23, 123
TPN ELECTROLYTES	134	V		VYFEMLA.....	55
TRADJENTA.....	142	valacyclovir hcl	126	VYXEOS.....	113, 146
tramadol hcl.....	81	VALCHLOR	41, 109	W	
tramadol-acetaminophen	83	valganciclovir hcl	123	warfarin sodium.....	138
trandolapril	36	valproate sodium	25, 68, 96	WELCHOL.....	34, 142
tranexamic acid	138	valproic acid	25, 68, 96	X	
TRANSDERM-SCOP (1.5 MG)		valsartan.....	31	XALKORI	118
.....	44, 104	valsartan-hydrochlorothiazide	30	XARELTO	138
tranylcypramine sulfate.....	101	vancomycin hcl.....	88	XARELTO STARTER PACK	
TRAVASOL.....	134	<i>VANDAZOLE</i>	88	.....	138
TRAVATAN Z	64	VAQTA.....	17	XATMEP.....	15
trazodone hcl	101	VARIVAX.....	17	XELJANZ.....	15
TREANDA.....	112	VARIZIG.....	17	XELJANZ XR	15
TRECTOR.....	108	VASCEPA.....	34	XGEVA	73
TRELEGY ELLIPTA	75	VELCADE	113	XIFAXAN	42, 88
TRELSTAR MIXJECT.....	60	VELIVET	55	XIGDUO XR.....	142
tretinoin	41, 118	VEMLIDY.....	124	XOLAIR.....	75
triamcinolone acetonide ..	41, 50,	VENCLEXTA.....	113	XTAMPZA ER.....	82
51, 64		VENCLEXTA STARTING		XTANDI.....	109
triamterene-hctz.....	30, 146	PACK	113	XURIDEN	131
TRIDERM.....	51	venlafaxine hcl	85, 103	XYREM.....	65
trientine hcl.....	135	venlafaxine hcl er ...	85, 102, 103	Y	
trifluoperazine hcl	120	VENTAVIS	75	YERVOY	110
trifluridine.....	126	VENTOLIN HFA.....	79	YF-VAX.....	17
trihexyphenidyl hcl.....	69	verapamil hcl	27	YONDELIS	113
TRI-LEGEST FE.....	55	verapamil hcl er	27	YONSA	109
<i>TRILYTE</i>	45	VERSACLOZ	120	Z	
trimethoprim.....	88	VERZENIO	115	zafirlukast	77
trimipramine maleate.....	103	VESICARE	46	zaleplon.....	65
TRINESSA (28).....	55	vestura	146	ZALTRAP	110
TRINTELLIX.....	102	VICTOZA	142	ZAVESCA.....	132

zazole.....	146	ziprasidone hcl.....	23, 123	ZORTRESS	15
ZEJULA	113	ZIRGAN.....	123	ZOSTAVAX.....	17
ZELBORAF	118	zoledronic acid	73	ZOVIA 1/35E (28)	55
ZEMAIRA.....	73	ZOLINZA.....	107, 115	zovia 1/50e (28).....	147
ZENATANE.....	42	zolmitriptan	67	ZYDELIG.....	115
ZENPEP	132, 146	zolpidem tartrate.....	66	ZYKADIA.....	118
ZERIT.....	129	zolpidem tartrate er.....	65	ZYTIGA	109
zidovudine	129	zonisamide.....	98		
ZINBRYTA.....	147	ZONTIVITY	137		

Este formulario fue actualizado el 1 de diciembre de 2018. Para información más reciente, o para otras preguntas, por favor, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado de MMM al 787-620-2397 (Área Metro), 1-866-333-5470 (libre de cargos); o usuarios de TTY deben llamar al 1-866-333-5469, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. o visite www.mmm-pr.com.

MMM Healthcare, LLC es un plan HMO con un contrato Medicare. La afiliación en MMM 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 787-620-2397 (Área Metro), 1-866-333-5470 (libre de cargos), o al 1-866-333-5469 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 787-620-2397 (Metro Area), 1-866-333-5470 (toll free) or 1-866-333-5469 TTY (hearing impaired), Monday through Sunday, from 8:00 a.m. to 8:00 p.m.

H4003

Y0049_2018 1085 0002 2

File & Use 09062017

CMS Accepted