

Medicare y Mucho Más

MMM Completo Platino (HMO SNP)

Formulario 2019

(Lista de Medicamentos Cubiertos)

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

HPMS ID 19524, Versión # 11

Este formulario fue actualizado el 23 de abril de 2019. Para información más reciente, o para otras preguntas, por favor, comuníquese con Servicios al Afiliado de MMM Healthcare, LLC 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.mmmpr.com.

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

Cuando esta lista de medicamentos (formulario) se refiere a “nosotros” o “nuestro”, significa MMM Healthcare, LLC. Cuando se refiere a “el plan” o “nuestro plan”, significa MMM Completo Platino.

Este documento incluye una lista de los medicamentos (formulario) cubiertos por el plan que está actualizado al 23 de abril de 2019. Para una versión actualizada del formulario, por favor comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, al igual que la fecha en que este formulario fue actualizado, aparecen en la portada y contraportada.

Generalmente usted debe utilizar farmacias dentro de la red para acceder a su beneficio de medicamentos recetados. Beneficios, formulario, red de farmacias, y/o copagos/coaseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2019, y de vez en cuando durante el año.

¿Qué es el Formulario de Medicare y Mucho Más?

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 y cuando el medicamento sea médicamente necesario, la receta es despachada 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 2019, que estaba cubierto al principio de año, no descontinuaremos o reduciremos la cubierta del medicamento durante el año de cubierta 2019, a menos que salga al mercado un medicamento genérico nuevo y menos costoso o que surja nueva información sobre la seguridad y efectividad del medicamento (Vea notas abajo con más información de cambios que afectan a afiliados que estén tomando el medicamento actualmente). Otros tipos de cambios en el formulario, como eliminar un medicamento de nuestro formulario, no afectarán a los afiliados que al momento estén tomando dicho medicamento. El mismo continuará disponible por el mismo costo compartido que corresponde para esos afiliados que lo toman, por el resto de la cubierta anual. A continuación los cambios en la lista de medicamentos que también pueden afectar a afiliados que estén tomando un medicamento actualmente:

- **Nuevos medicamentos genéricos.** Podemos eliminar de inmediato un medicamento de marca en nuestra lista de medicamentos si lo reemplazamos con un nuevo medicamento genérico que aparezca en el mismo nivel de costo compartido o menor y con las mismas o menos restricciones. Además, al agregar el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de Medicamentos, pero moverlo inmediatamente a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones. Si actualmente está tomando ese medicamento de marca, es posible que no le informemos con anticipación antes de hacer ese cambio, pero luego le brindaremos información sobre los cambios específicos que hemos hecho.
 - Si realizamos dicho cambio, usted o su médico pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. El aviso que le proporcionamos también incluirá información sobre los pasos que puede seguir para solicitar una excepción, y también puede encontrar información en la sección a continuación titulada "¿Cómo solicito una excepción al Formulario Medicare y Mucho Más?"
- **Medicamentos retirados del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) considera que un medicamento de nuestro formulario no es seguro, o el fabricante del medicamento lo retira del mercado, inmediatamente lo eliminaremos de nuestro formulario y notificaremos a los afiliados que toman el medicamento.
- **Otros cambios.** Es posible que hagamos otros cambios que afecten a los afiliados que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca actualmente incluido en el formulario o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o moverlo a otro nivel de costo compartido). O podemos hacer cambios basados en nuevas guías clínicas. Si eliminamos medicamentos de nuestro formulario, o agregamos autorización previa, límites de cantidad y / o restricciones de terapia escalonada en un medicamento, debemos notificar a los afiliados afectados del cambio al menos 30 días antes de que el cambio entre en vigencia, o en el momento en que el afiliado solicita una repetición del medicamento, en cuyo momento el afiliado recibirá un suministro de un mes del medicamento.

El formulario adjunto es vigente a partir del 1 de enero de 2019. 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 de nuestro formulario impreso será actualizado la primera semana del mes de efectividad y se publicará en nuestro portal de Internet www.mmmpr.com.

¿Cómo utilizo el Formulario?

Hay dos maneras de encontrar su medicamento en el formulario:

Condición médica

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

Listado alfabético

Si no está seguro de la categoría en la que debe realizar su búsqueda, busque su medicamento en el índice que comienza en la página 155. 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 al tener 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?

Algunos medicamentos cubiertos pueden tener 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 ejemplo, nuestro plan establece la cantidad de 30 tabletas por receta para *irbesartan*. 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 10. También puede obtener información adicional sobre las restricciones que se aplican a medicamentos específicos cubiertos en su formulario, visitando nuestra página de Internet. Publicamos documentos en Internet que explican nuestras restricciones de preautorización y terapia escalonada. También nos puede solicitar que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, al igual que la fecha en que este formulario fue actualizado, aparece en la portada y contraportada.

Usted puede solicitar que nuestro plan haga una excepción a estas restricciones o límites, o que le facilite una lista de medicamentos similares que puedan tratar su condición de salud. Consulte la sección: “¿Cómo solicito una excepción al Formulario de Medicare y Mucho Más?” en la página 5, 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, muéstrasela 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 Medicare y Mucho Más?

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

- Puede solicitar 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 solicitar que no apliquemos 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 solicitar que no apliquemos 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 del nivel de costo compartido más bajo o las restricciones adicionales de uso serán 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, o a las restricciones de uso. **Cuando solicite una excepción al formulario, o de restricción de uso, tendrá que presentar una justificación de quien emite la receta o su médico, que respalde su solicitud.** Por lo general, debemos tomar una decisión en un plazo de 72 horas después de recibir la justificación 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. Si su receta esta prescrita para menos días, permitiremos repeticiones hasta un máximo de 30 días de suplido del medicamento. 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 y necesita un medicamento que no está en nuestro formulario o si su capacidad para obtener sus medicamentos es limitada, pero ya pasaron los

primeros 90 días de membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de ese medicamento mientras solicita una excepción al formulario.

Para aquellos afiliados que son dados de alta de un hospital o de una facilidad de cuidado a sus hogares, 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, 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 su 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 Completo Platino

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 155.

La primera columna de la tabla menciona el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca aparecen en letra mayúscula (por ejemplo, LYRICA) 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 beneficio

MMM Completo Platino (HMO SNP)	Medicamento	Copago por cantidad al detal (30 días)	Copago por cantidad al detal (90 días)	Copago por orden por correo (90 días)
	Medicamentos Cubiertos	\$0.00	\$0.00	\$0.00

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)

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

Tabla de Contenido

Agentes Antidemencia	10
Agentes Antigota	10
Agentes Antiinflamatorios	11
Agentes Antimiasténicos	13
Agentes Bipolares	14
Agentes Cardiovasculares	16
Agentes Del Sistema Nervioso Central	29
Agentes Dermatológicos	32
Agentes Gastrointestinales	34
Agentes Genitourinarios	37
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Adrenal)	40
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Modificadores/Hormonas Sexuales)	44
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Pituitaria)	51
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Prostaglandinas)	52
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Tiroides)	52
Agentes Hormonales, Supresores (Adrenal)	53
Agentes Hormonales, Supresores (Pituitaria)	53
Agentes Hormonales, Supresores (Tiroides)	54
Agentes Inmunológicos	54
Agentes Ofálmicos	61
Agentes Orales Y Dentales	65
Agentes Oóticos	66
Agentes Para El Desorden Del Sueño	66
Agentes Para El Tratamiento De Abuso De Sustancias. Anti-Adicción	67
Agentes Para El Tratamiento De La Espasticidad	68
Agentes Para El Tratamiento De La Migraña	69
Agentes Para El Tratamiento De Parkinson	70
Agentes Para La Enfermedad Inflamatoria Intestinal	73
Agentes Parala Enfermedad Metabólica Del Hueso	75
Agentes Pulmonares/ Tracto Respiratorio	76
Analgésicos	83
Anestésicos	88
Ansiolíticos	88
Antibacteriales	90
Anticonvulsivos	100
Antidepresivos	106

Antieméticos	110
Antifungales	111
Antimicobacteriales	113
Antineoplásicos	114
Antiparasíticos	121
Antisicóticos	122
Antivirales	126
Desórden Genético O Enzimático: Reemplazo, Modificadores, Tratamiento	134
Electrólitos / Minerales/ Vitaminas	135
Listado Platino	140
Productos Sanguíneos / Modificadores / Expansores De Volumen	142
Reguladores De Glucosa En Sangre	145
Relajantes Musculo Esqueletales	151
Non-Frf	151

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
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	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>memantine hcl oral solution 2 mg/ml</i>		MT
<i>memantine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	NAMENDA	MT
<i>memantine hcl oral tablet 5 (28)-10 (21) mg</i>	NAMENDA TITRATION PAK	
Inhibidores De Colinesterasa		
<i>donepezil hcl oral tablet 10 mg, 23 mg, 5 mg</i>	ARICEPT	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>donepezil hcl oral tablet dispersible 10 mg, 5 mg</i>		MT; 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	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>galantamine hydrobromide oral solution 4 mg/ml</i>		MT
<i>galantamine hydrobromide oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>	RAZADYNE	MT
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>		MT
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24hr, 4.6 mg/24hr, 9.5 mg/24hr</i>	EXELON	MT; QL (30 EA per 30 days)
Agentes Antigota		
Agentes Antigota		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	ZYLOPRIM	MT
<i>colchicine oral capsule 0.6 mg</i>	MITIGARE	
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i>	COLCRYS	

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

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

Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
<i>colchicine-probenecid oral tablet 0.5-500 mg</i>		MT
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>		
ULORIC ORAL TABLET 40 MG, 80 MG		ST; MT
Agentes Antiinflamatorios		
Antiinflamatorios No-Esteroidales		
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	CELEBREX	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>celecoxib oral capsule 400 mg</i>	CELEBREX	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>		
<i>diclofenac sodium er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>		
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>		
<i>diflunisal oral tablet 500 mg</i>		
<i>etodolac er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 500 mg, 600 mg</i>		
<i>etodolac oral capsule 200 mg</i>		
<i>etodolac oral tablet 400 mg</i>	LODINE	
<i>etodolac oral tablet 500 mg</i>		
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg, 50 mg</i>		
<i>ibu oral tablet 600 mg, 800 mg</i>		
<i>ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml</i>		
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	IBU	
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	MOBIC	QL (30 EA per 30 days)
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>		
<i>naproxen dr oral tablet delayed release 375 mg</i>	EC-NAPROSYN	

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
<i>naproxen dr oral tablet delayed release 500 mg</i>		
<i>naproxen oral suspension 125 mg/5ml</i>	NAPROSYN	
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	NAPROSYN	
<i>naproxen oral tablet 375 mg</i>		
<i>naproxen sodium oral tablet 275 mg</i>		
<i>naproxen sodium oral tablet 550 mg</i>	ANAPROX DS	
<i>oxaprozin oral tablet 600 mg</i>	DAYPRO	
<i>piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	FELDENE	
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>		
Glucocorticoides		
<i>betamethasone dipropionate aug external cream 0.05 %</i>	DIPROLENE AF	
<i>betamethasone dipropionate aug external gel 0.05 %</i>		
<i>betamethasone dipropionate aug external lotion 0.05 %</i>		
<i>betamethasone dipropionate aug external ointment 0.05 %</i>	DIPROLENE	
<i>betamethasone dipropionate external cream 0.05 %</i>		
<i>betamethasone dipropionate external lotion 0.05 %</i>		
<i>betamethasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>		
<i>betamethasone valerate external cream 0.1 %</i>		
<i>betamethasone valerate external lotion 0.1 %</i>		
<i>betamethasone valerate external ointment 0.1 %</i>		

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
BLEPHAMIDE S.O.P. OPHTHALMIC OINTMENT 10-0.2 %		
<i>cortisone acetate oral tablet 25 mg</i>		
DEXAMETHASONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 1 MG/ML		
<i>dexamethasone oral elixir 0.5 mg/5ml</i>	DECADRON	
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 4 mg, 6 mg</i>	DECADRON	
<i>dexamethasone oral tablet 1 mg, 1.5 mg, 2 mg</i>		
<i>hydrocortisone oral tablet 20 mg, 5 mg</i>	CORTEF	
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	MEDROL	
<i>prednisolone acetate ophthalmic suspension 1 %</i>	OMNIPRED	
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5ml</i>		
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic solution 1 %</i>		
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 25 mg/5ml, 6.7 (5 base) mg/5ml</i>		
PREDNISONA INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML		
<i>prednisone oral solution 5 mg/5ml</i>		
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 50 mg</i>		
<i>prednisone oral tablet 20 mg</i>	DELTASONE	
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution 10-0.23 %</i>		
Agentes Antimiasténicos		
Parasimpatomiméticos		
<i>guanidine hcl oral tablet 125 mg</i>		

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
<i>pyridostigmine bromide er oral tablet extended release 180 mg</i>	MESTINON	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i>	MESTINON	
Agentes Bipolares		
Agentes Bipolares, Otros		
GEODON INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED 20 MG		PA; QL (6 EA per 3 days)
<i>olanzapine intramuscular solution reconstituted 10 mg</i>	ZYPREXA	
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	ZYPREXA	MT
<i>olanzapine oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	ZYPREXA ZYDIS	MT
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg</i>	SEROQUEL XR	PA; MT; 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	PA; MT; QL (60 EA per 30 days)
<i>quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg</i>	SEROQUEL	MT
<i>quetiapine fumarate oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	SEROQUEL	PA; MT
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 12.5 MG, 25 MG, 37.5 MG, 50 MG		PA; QL (2 EA per 28 days)
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i>	RISPERDAL	
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	RISPERDAL	MT
<i>risperidone oral tablet dispersible 0.25 mg, 3 mg, 4 mg</i>		MT

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
<i>risperidone oral tablet dispersible 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	RISPERIDONE M-TAB	MT
SAPHRIS SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 10 MG, 2.5 MG, 5 MG		PA
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG		PA; QL (30 EA per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE THERAPY PACK 1.5 & 3 MG		PA; QL (14 EA per 365 days)
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	GEODON	
Estabilizadores De Humor		
<i>carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	CARBATROL	MT
<i>carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 100 mg</i>	TEGRETOL-XR	MT
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5ml</i>	TEGRETOL	MT
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>		MT
<i>carbamazepine oral tablet chewable 100 mg</i>		MT
<i>divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 500 mg</i>	DEPAKOTE ER	MT
<i>divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle 125 mg</i>	DEPAKOTE SPRINKLES	MT
<i>divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	DEPAKOTE	MT
<i>epitol oral tablet 200 mg</i>		MT
<i>lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 50 mg</i>	LAMICTAL XR	MT
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	LAMICTAL	MT

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
<i>lamotrigine oral tablet chewable 25 mg, 5 mg</i>	LAMICTAL	MT
<i>lamotrigine oral tablet dispersible 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	LAMICTAL ODT	MT
<i>lamotrigine starter kit-blue oral kit 25 (35) mg</i>	LAMICTAL STARTER	MT
<i>lamotrigine starter kit-green oral kit 25 (84)-100(14) mg</i>	LAMICTAL STARTER	MT; LA
<i>lamotrigine starter kit-orange oral kit 25 (42)-100 (7) mg</i>	LAMICTAL STARTER	MT
<i>lithium carbonate er oral tablet extended release 300 mg</i>	LITHOBID	MT
<i>lithium carbonate er oral tablet extended release 450 mg</i>		MT
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>		MT
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>		MT
<i>lithium oral solution 8 meq/5ml</i>		MT
TEGRETOL ORAL SUSPENSION 100 MG/5ML		MT
TEGRETOL ORAL TABLET 200 MG		MT
TEGRETOL-XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 100 MG, 200 MG, 400 MG		MT
<i>valproate sodium oral solution 250 mg/5ml</i>	DEPAKENE	MT
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	DEPAKENE	MT
Agentes Cardiovasculares		
Agentes Bloqueadores Beta-Adrenérgicos		

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
<i>acebutolol hcl oral capsule 200 mg, 400 mg</i>		MT
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	TENORMIN	MT
<i>betaxolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg</i>		MT
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		MT
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i>	COREG	MT
<i>carvedilol phosphate er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	COREG CR	MT
<i>labetalol hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>		MT
<i>metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>	TOPROL XL	MT; 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	MT; QL (60 EA per 30 days)
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	LOPRESSOR	MT
<i>metoprolol tartrate oral tablet 25 mg</i>		MT
<i>nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	CORGARD	MT
<i>pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		MT
<i>propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i>	INDERAL LA	MT
<i>propranolol hcl oral solution 20 mg/5ml, 40 mg/5ml</i>		MT
<i>propranolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>		MT
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>		MT

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
Agentes Bloqueadores De Canales De Calcio		
<i>amlodipine besylate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	NORVASC	MT
<i>cartia xt oral capsule extended release 24 hour 120 mg</i>		MT
<i>cartia xt oral capsule extended release 24 hour 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>		MT
<i>diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 360 mg</i>		MT
<i>diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 420 mg</i>		MT
<i>diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	CARDIZEM CD	MT
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>		MT
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	CARDIZEM	MT
<i>diltiazem hcl oral tablet 90 mg</i>		MT
<i>dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>		MT
<i>felodipine er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>		MT
<i>isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg</i>		MT
<i>matzim la oral tablet extended release 24 hour 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>		MT
<i>nicardipine hcl oral capsule 20 mg, 30 mg</i>		MT
<i>nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>		MT

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

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

Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
<i>nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 90 mg</i>	PROCARDIA XL	MT
<i>nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 60 mg</i>		MT
<i>nimodipine oral capsule 30 mg</i>		
<i>nisoldipine er oral tablet extended release 24 hour 17 mg, 34 mg, 8.5 mg</i>	SULAR	MT
<i>taztia xt oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>		MT
<i>taztia xt oral capsule extended release 24 hour 360 mg</i>		MT
<i>verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	VERELAN PM	MT
<i>verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 360 mg</i>	VERELAN	MT
<i>verapamil hcl er oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	CALAN SR	MT
<i>verapamil hcl oral tablet 120 mg</i>	CALAN	MT
<i>verapamil hcl oral tablet 40 mg, 80 mg</i>		MT
Agentes Cardiovasculares		
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>		MT
<i>amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg</i>	LOTREL	MT
<i>amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 2.5-10 mg, 5-40 mg</i>		MT
<i>amlodipine besylate-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i>	EXFORGE	MT; QL (30 EA per 30 days)

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

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

Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	AZOR	MT; 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	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg</i>	TENORETIC 100	MT
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 50-25 mg</i>	TENORETIC 50	MT
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	LOTENSIN HCT	MT
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-6.25 mg</i>		MT
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i>	ZIAC	MT
<i>candesartan cilexetil-hctz oral tablet 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg</i>	ATACAND HCT	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>captopril-hydrochlorothiazide oral tablet 25-15 mg, 25-25 mg, 50-15 mg, 50-25 mg</i>		MT
DEMSER ORAL CAPSULE 250 MG		
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg</i>	VASERETIC	MT
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-12.5 mg</i>		MT
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg</i>	VYTORIN	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>fosinopril sodium-hctz oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>		MT
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg</i>	AVALIDE	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	ZESTORETIC	MT

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
<i>losartan potassium-hctz oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg</i>	HYZAAR	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>losartan potassium-hctz oral tablet 50-12.5 mg</i>	HYZAAR	MT; QL (60 EA per 30 days)
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg</i>		MT
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 50-25 mg</i>	LOPRESSOR HCT	MT
<i>moexipril-hydrochlorothiazide oral tablet 15-12.5 mg, 15-25 mg, 7.5-12.5 mg</i>		MT
<i>olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i>	BENICAR HCT	MT; 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	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>propranolol-hctz oral tablet 40-25 mg, 80-25 mg</i>		MT
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	ACCURETIC	MT
<i>spironolactone-hctz oral tablet 25-25 mg</i>	ALDACTAZIDE	MT
<i>telmisartan-hctz oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg, 80-25 mg</i>	MICARDIS HCT	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>triamterene-hctz oral capsule 37.5-25 mg</i>	DYAZIDE	MT
<i>triamterene-hctz oral tablet 37.5-25 mg</i>	MAXZIDE-25	MT
<i>triamterene-hctz oral tablet 75-50 mg</i>	MAXZIDE	MT
<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	MT; QL (30 EA per 30 days)
Agentes Cardiovasculares, Otros		
CORLANOR ORAL TABLET 5 MG, 7.5 MG		PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>digitek oral tablet 125 mcg</i>		QL (30 EA per 30 days)

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
<i>digitek oral tablet 250 mcg</i>		PA
<i>digox oral tablet 125 mcg</i>		QL (30 EA per 30 days)
<i>digox oral tablet 250 mcg</i>		PA
<i>digoxin oral solution 0.05 mg/ml</i>		PA
<i>digoxin oral tablet 125 mcg</i>		QL (30 EA per 30 days)
<i>digoxin oral tablet 250 mcg</i>		PA
<i>pentoxifylline er oral tablet extended release 400 mg</i>		MT
RANEXA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 1000 MG, 500 MG		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		PA; QL (60 EA per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 800 MCG		PA; QL (200 EA per 30 days)
Agentes De Bloqueo Alfa-Adrenérgicos		
<i>doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	CARDURA	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>doxazosin mesylate oral tablet 8 mg</i>	CARDURA	MT
<i>prazosin hcl oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	MINIPRESS	MT
<i>terazosin hcl oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>		MT
Agonistas Alfa-Adrenérgicos		
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>	CATAPRES	MT
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24hr</i>	CATAPRES-TTS-1	MT
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.2 mg/24hr</i>	CATAPRES-TTS-2	MT

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.3 mg/24hr</i>	CATAPRES-TTS-3	MT
<i>guanfacine hcl oral tablet 1 mg, 2 mg</i>		PA; MT
<i>midodrine hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>		
NORTHERA ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG, 300 MG		PA
Antagonista Receptores Angiotensina Ii (Arb)		
<i>candesartan cilexetil oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	ATACAND	MT; QL (30 EA per 30 days)
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG		PA; MT; QL (60 EA per 30 days)
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	AVAPRO	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>losartan potassium oral tablet 100 mg</i>	COZAAR	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>losartan potassium oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	COZAAR	MT; QL (60 EA per 30 days)
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	BENICAR	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 5 mg</i>	BENICAR	MT; 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	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 40 mg, 80 mg</i>	DIOVAN	MT; QL (60 EA per 30 days)
<i>valsartan oral tablet 320 mg</i>	DIOVAN	MT; QL (30 EA per 30 days)
Antiarrítmicos		
<i>amiodarone hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	PACERONE	MT
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i>	TIKOSYN	

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

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

Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
<i>flecainide acetate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>		MT
<i>mexiletine hcl oral capsule 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>		MT
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG		MT; QL (60 EA per 30 days)
PACERONE ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 400 MG		MT
<i>propafenone hcl er oral capsule extended release 12 hour 225 mg, 325 mg, 425 mg</i>	RYTHMOL SR	MT
<i>propafenone hcl oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>		MT
<i>quinidine gluconate er oral tablet extended release 324 mg</i>		MT
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg</i>		MT
<i>sorine oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i>		MT
<i>sorine oral tablet 240 mg</i>		MT
<i>sotalol hcl (af) oral tablet 120 mg</i>	BETAPACE AF	MT
<i>sotalol hcl oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i>	BETAPACE	MT
<i>sotalol hcl oral tablet 240 mg</i>		MT
Dislipídemicos, Derivados De Acido Fíbrico		
<i>fenofibrate micronized oral capsule 130 mg, 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg</i>		MT
<i>fenofibrate oral tablet 145 mg, 48 mg</i>	TRICOR	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>fenofibrate oral tablet 160 mg</i>	TRIGLIDE	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>fenofibrate oral tablet 54 mg</i>		MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>fenofibric acid oral capsule delayed release 135 mg, 45 mg</i>	TRILIPIX	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i>	LOPID	MT

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
Dislipidémicos, Inhibidores De La Reductasa De Hmg Coa		
<i>atorvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	LIPITOR	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>fluvastatin sodium oral capsule 20 mg</i>		MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>fluvastatin sodium oral capsule 40 mg</i>		MT; QL (60 EA per 30 days)
<i>lovastatin oral tablet 10 mg</i>		MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>lovastatin oral tablet 20 mg, 40 mg</i>		MT; QL (60 EA per 30 days)
<i>pravastatin sodium oral tablet 10 mg</i>		MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>pravastatin sodium oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	PRAVACHOL	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>rosuvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	CRESTOR	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg, 80 mg</i>	ZOCOR	MT; QL (30 EA per 30 days)
Dislipidémicos, Otros		
<i>cholestyramine light oral powder 4 gm/dose</i>	PREVALITE	MT
<i>colestipol hcl oral packet 5 gm</i>	COLESTID	MT
<i>colestipol hcl oral tablet 1 gm</i>	COLESTID	MT
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i>	ZETIA	ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
JUXTAPID ORAL CAPSULE 10 MG, 30 MG, 40 MG, 5 MG, 60 MG		PA; QL (30 EA per 30 days)
JUXTAPID ORAL CAPSULE 20 MG		PA; QL (90 EA per 30 days)
KYNAMRO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/ML		PA
<i>niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 1000 mg, 750 mg</i>	NIASPAN	MT; QL (60 EA per 30 days)
<i>niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 500 mg</i>	NIASPAN	MT; QL (90 EA per 30 days)

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
NIACOR ORAL TABLET 500 MG		
<i>omega-3-acid ethyl esters oral capsule 1 gm</i>	LOVAZA	MT; QL (120 EA per 30 days)
PREVALITE ORAL PACKET 4 GM		MT
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 420 MG/3.5ML		PA
REPATHA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 140 MG/ML		PA
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML		PA
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GM, 1 GM		MT; QL (120 EA per 30 days)
Diuréticos, Ahorradores De Potasio		
<i>amiloride hcl oral tablet 5 mg</i>		MT
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	INSPIRA	MT
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	ALDACTONE	MT
Diuréticos, Asa De Henle		
<i>bumetanide injection solution 0.25 mg/ml</i>		
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	BUMEX	MT
<i>furosemide injection solution 10 mg/ml</i>		MT
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 8 mg/ml</i>		MT
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	LASIX	MT
<i>toremide oral tablet 10 mg</i>	DEMADEX	MT
<i>toremide oral tablet 100 mg, 20 mg, 5 mg</i>		MT

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
Diuréticos, Inhibidores De La Anhidrasa Carbónica		
<i>acetazolamide er oral capsule extended release 12 hour 500 mg</i>		MT
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>		MT
<i>methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>		MT
Diuréticos, Tiazidas		
<i>chlorothiazide oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		MT
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>		MT
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>		MT
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>		MT
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>		MT
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg</i>	AVALIDE	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>methyclothiazide oral tablet 5 mg</i>		MT
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>		MT
Inhibidores Convertidor De La Enzima De Angiotensina (Ace)		
<i>benazepril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	LOTENSIN	MT
<i>benazepril hcl oral tablet 5 mg</i>		MT
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>		MT
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	VASOTEC	MT
<i>fosinopril sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>		MT
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	PRINIVIL	MT

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
<i>lisinopril oral tablet 2.5 mg, 30 mg, 40 mg</i>	ZESTRIL	MT
<i>moexipril hcl oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>		MT
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>		MT
<i>quinapril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	ACCUPRIL	MT
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	ALTACE	MT
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg</i>		MT
<i>trandolapril oral tablet 4 mg</i>	MAVIK	MT
Vasodilatadores, Actúan Directo En Arteria		
<i>hydralazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>		MT
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>		
Vasodilatadores, Actúan Directo En Arteria / Vena		
<i>isosorbide dinitrate er oral tablet extended release 40 mg</i>		MT
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg</i>		MT
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 5 mg</i>	ISORDIL TITRADOSE	MT
<i>isosorbide mononitrate er oral tablet extended release 24 hour 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>		MT
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>		MT
MINITRAN TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 0.1 MG/HR, 0.2 MG/HR, 0.4 MG/HR, 0.6 MG/HR		MT

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
NITRO-BID TRANSDERMAL OINTMENT 2 %		MT
NITRO-DUR TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 0.3 MG/HR, 0.8 MG/HR		MT
<i>nitroglycerin sublingual tablet sublingual 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i>	NITROSTAT	MT
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i>	MINITRAN	MT
Agentes Del Sistema Nervioso Central		
Agentes Del Sistema Nervioso Central, Otros		
<i>estazolam oral tablet 1 mg, 2 mg</i>		QL (30 EA per 30 days)
NUEDEXTA ORAL CAPSULE 20-10 MG		PA
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i>	RILUTEK	PA
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg</i>	XENAZINE	PA; QL (240 EA per 30 days)
<i>tetrabenazine oral tablet 25 mg</i>	XENAZINE	PA; QL (120 EA per 30 days)
Agentes Fibromialgia		
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	CYMBALTA	MT
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 40 mg</i>		MT
LYRICA CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 165 MG, 330 MG, 82.5 MG		
LYRICA ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 MG, 225 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG, 75 MG		
LYRICA ORAL SOLUTION 20 MG/ML		

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG		PA
SAVELLA TITRATION PACK ORAL 12.5 & 25 & 50 MG		PA
Agentes Para El Desorden De Déficit De Atención E Hiperactividad, Anfetaminas		
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 5 mg</i>	ADDERALL XR	PA; QL (90 EA per 30 days)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral capsule extended release 24 hour 15 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg</i>	ADDERALL XR	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 10 mg</i>	ADDERALL	PA; QL (180 EA per 30 days)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 12.5 mg</i>	ADDERALL	PA; QL (144 EA per 30 days)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 15 mg</i>	ADDERALL	PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 20 mg</i>	ADDERALL	PA; QL (90 EA per 30 days)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 30 mg</i>	ADDERALL	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 5 mg</i>	ADDERALL	PA; QL (360 EA per 30 days)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 7.5 mg</i>	ADDERALL	PA; QL (240 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	ZENZEDI	PA
Agentes Para El Desorden De Déficit De Atención E Hiperactividad, N0-Anfetaminas		

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
<i>atomoxetine hcl oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg</i>	STRATTERA	QL (60 EA per 30 days)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	STRATTERA	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	PA
METADATE ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 20 MG		QL (90 EA per 30 days)
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 10 mg</i>		QL (90 EA per 30 days)
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 20 mg</i>	METADATE ER	QL (90 EA per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	METHYLIN	QL (900 ML per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	METHYLIN	QL (1800 ML per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	RITALIN	QL (180 EA per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 20 mg</i>	RITALIN	QL (90 EA per 30 days)
Agentes Para El Tratamiento De Esclerosis Múltiple		
AUBAGIO ORAL TABLET 14 MG, 7 MG		PA
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG		PA; QL (14 EA per 28 days)
<i>dalfampridine er oral tablet extended release 12 hour 10 mg</i>	AMPYRA	PA; QL (60 EA per 30 days)
GILENYA ORAL CAPSULE 0.5 MG		PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 20 mg/ml</i>	COPAXONE	PA; QL (30 ML per 30 days)
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 40 mg/ml</i>	COPAXONE	PA; QL (12 ML per 28 days)

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
GLATOPA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MG/ML		PA; QL (30 ML per 30 days)
GLATOPA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/ML		PA; QL (12 ML per 28 days)
Agentes Dermatológicos		
Agentes Dermatológicos		
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 25 mg</i>	SORIATANE	PA
<i>acitretin oral capsule 17.5 mg</i>		PA
<i>adapalene external cream 0.1 %</i>	DIFFERIN	PA
<i>adapalene external gel 0.1 %, 0.3 %</i>	DIFFERIN	PA
<i>adapalene external solution 0.1 %</i>		PA
<i>ammonium lactate external cream 12 %</i>	GERI-HYDROLAC 12	
<i>ammonium lactate external lotion 12 %</i>	AL12	
AMNESTEEM ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 40 MG		
AVITA EXTERNAL CREAM 0.025 %		PA
AVITA EXTERNAL GEL 0.025 %		PA
<i>benzoyl peroxide-erythromycin external gel 5-3 %</i>	BENZAMYCIN	
<i>betamethasone dipropionate external lotion 0.05 %</i>		
<i>calcipotriene external cream 0.005 %</i>	DOVONEX	
<i>calcipotriene external ointment 0.005 %</i>	CALCITRENE	
<i>calcipotriene external solution 0.005 %</i>		
CLARAVIS ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG		
<i>clotrimazole-betamethasone external cream 1-0.05 %</i>	LOTRISONE	

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
<i>diclofenac sodium transdermal gel 1 %</i>	VOLTAREN	
<i>doxepin hcl external cream 5 %</i>	PRUDOXIN	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 50 mg</i>	MORGIDOX	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg</i>		
<i>fluocinonide external cream 0.1 %</i>	VANOS	
<i>fluorouracil external cream 0.5 %</i>	CARAC	
<i>fluorouracil external cream 5 %</i>	EFUDEX	
<i>fluorouracil external solution 2 %, 5 %</i>		
<i>fluticasone propionate external cream 0.05 %</i>		
<i>fluticasone propionate external lotion 0.05 %</i>	CUTIVATE	
<i>fluticasone propionate external ointment 0.005 %</i>		
<i>imiquimod external cream 5 %</i>	ALDARA	
<i>isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>		
<i>methoxsalen rapid oral capsule 10 mg</i>	OXSORALEN ULTRA	PA
MYORISAN ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG		
<i>nystatin-triamcinolone external cream 100000-0.1 unit/gm-%</i>		
<i>nystatin-triamcinolone external ointment 100000-0.1 unit/gm-%</i>		
<i>podofilox external solution 0.5 %</i>		
REGRANEX EXTERNAL GEL 0.01 %		PA; QL (30 GM per 30 days)
SANTYL EXTERNAL OINTMENT 250 UNIT/GM		
<i>selenium sulfide external lotion 2.5 %</i>		

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
<i>tacrolimus external ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	PROTOPIC	PA
<i>tazarotene external cream 0.1 %</i>	TAZORAC	PA
TAZORAC EXTERNAL CREAM 0.05 %		PA
<i>tretinoin external cream 0.025 %</i>		PA
<i>tretinoin external cream 0.05 %, 0.1 %</i>	RETIN-A	PA
<i>tretinoin external gel 0.01 %</i>	RETIN-A	PA
<i>tretinoin external gel 0.025 %</i>		PA
VALCHLOR EXTERNAL GEL 0.016 %		PA
ZENATANE ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG		
Agentes Gastrointestinales		
Agentes Gastrointestinales, Otros		
CHOLBAM ORAL CAPSULE 250 MG, 50 MG		PA
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5ml</i>		PA
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i>	LOMOTIL	PA
GATTEX SUBCUTANEOUS KIT 5 MG		PA
<i>loperamide hcl oral capsule 2 mg</i>		
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5ml</i>		
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	REGLAN	
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG		
PROCTOZONE-HC RECTAL CREAM 2.5 %		

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

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

Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 12 MG/0.6ML, 12 MG/0.6ML (0.6ML SYRINGE), 8 MG/0.4ML		PA
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	ACTIGALL	MT
<i>ursodiol oral tablet 250 mg</i>	URSO 250	MT
<i>ursodiol oral tablet 500 mg</i>	URSO FORTE	MT
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG		PA
Agentes Síndrome Irritable Del Intestino		
<i>alosetron hcl oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	LOTRONEX	PA
AMITIZA ORAL CAPSULE 24 MCG, 8 MCG		QL (60 EA per 30 days)
<i>budesonide oral capsule delayed release particles 3 mg</i>	ENTOCORT EC	
DELZICOL ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 400 MG		
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG		PA; MT; QL (30 EA per 30 days)
Antagonista Del Receptor De Histamina 2 (H2)		
<i>cimetidine hcl oral solution 300 mg/5ml</i>		
<i>cimetidine oral tablet 200 mg</i>	TAGAMET HB	
<i>cimetidine oral tablet 300 mg, 400 mg, 800 mg</i>		
<i>famotidine oral suspension reconstituted 40 mg/5ml</i>		
<i>famotidine oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	PEPCID	
<i>nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg</i>		
<i>nizatidine oral solution 15 mg/ml</i>		

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
<i>ranitidine hcl oral capsule 150 mg, 300 mg</i>		
<i>ranitidine hcl oral tablet 150 mg</i>		
<i>ranitidine hcl oral tablet 300 mg</i>		
Antiespasmódicos, Gastrointestinal		
<i>dicyclomine hcl oral capsule 10 mg</i>		PA
<i>dicyclomine hcl oral solution 10 mg/5ml</i>		PA
<i>dicyclomine hcl oral tablet 20 mg</i>		PA
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>		
Inhibidores De La Bomba De Protones		
DEXILANT ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 30 MG, 60 MG		QL (30 EA per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 20 mg</i>		QL (30 EA per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 40 mg</i>	NEXIUM	QL (30 EA per 30 days)
<i>lansoprazole oral capsule delayed release 15 mg, 30 mg</i>	PREVACID	QL (30 EA per 30 days)
<i>omeprazole oral capsule delayed release 10 mg, 40 mg</i>		QL (30 EA per 30 days)
<i>omeprazole oral capsule delayed release 20 mg</i>		QL (60 EA per 30 days)
<i>pantoprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg, 40 mg</i>	PROTONIX	QL (30 EA per 30 days)
Laxantes		
<i>constulose oral solution 10 gm/15ml</i>		
<i>enulose oral solution 10 gm/15ml</i>		

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

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

Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
<i>gavilyte-c oral solution reconstituted 240 gm</i>	COLYTE WITH FLAVOR PACKS	
<i>gavilyte-g oral solution reconstituted 236 gm</i>		
<i>gavilyte-n with flavor pack oral solution reconstituted 420 gm</i>		
<i>generlac oral solution 10 gm/15ml</i>		
GOLYTELY ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 227.1 GM		
<i>lactulose oral solution 10 gm/15ml</i>		
MOVIPREP ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 100 GM		
<i>nulytely with flavor packs oral solution reconstituted 420 gm</i>		
<i>peg 3350/electrolytes oral solution reconstituted 240 gm</i>	COLYTE WITH FLAVOR PACKS	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl oral solution reconstituted 420 gm</i>		
<i>peg-3350/electrolytes oral solution reconstituted 236 gm</i>		
<i>trilyte oral solution reconstituted 420 gm</i>		
Protectores		
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i>	CYTOTEC	
<i>sucralfate oral tablet 1 gm</i>	CARAFATE	
Agentes Genitourinarios		
Agentes Genitourinarios, Otros		
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	URECHOLINE	
CIALIS ORAL TABLET 10 MG, 20 MG		ED; QL (4 EA per 30 days)
DEPEN TITRATABS ORAL TABLET 250 MG		

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG		
LEVITRA ORAL TABLET 2.5 MG, 5 MG, 10 MG, 20 MG		ED; QL (4 EA per 30 days)
<i>potassium citrate er oral tablet extended release 10 meq (1080 mg)</i>	UROKIT-K 10	
<i>potassium citrate er oral tablet extended release 15 meq (1620 mg)</i>	UROKIT-K 15	
<i>potassium citrate er oral tablet extended release 5 meq (540 mg)</i>	UROKIT-K 5	
<i>sildenafil oral tablet 25 mg, 50 mg, 100 mg</i>		ED; QL (4 EA per 30 days)
<i>sodium phenylbutyrate oral powder 3 gm/tsp</i>	BUPHENYL	PA
<i>tadalafil oral tablet 10 mg, 20mg</i>		ED; QL (4 EA per 30 days)
<i>vardeafil hcl oral tablet 2.5 mg, 5 mg, 10 mg, 20 mg</i>		ED; QL (4 EA per 30 days)
VIAGRA ORAL TABLET 25 MG, 50 MG, 100 MG		ED; QL (4 EA per 30 days)
Agentes Hipertrofia Benigna De La Próstata		
<i>alfuzosin hcl er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	UROXATRAL	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	CARDURA	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>doxazosin mesylate oral tablet 8 mg</i>	CARDURA	MT
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i>	AVODART	MT
<i>dutasteride-tamsulosin hcl oral capsule 0.5-0.4 mg</i>	JALYN	MT
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	PROSCAR	MT
<i>prazosin hcl oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	MINIPRESS	MT

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
<i>tamsulosin hcl oral capsule 0.4 mg</i>	FLOMAX	MT
<i>terazosin hcl oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>		MT
Antiespasmódicos, Urinarios		
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25 MG, 50 MG		ST; QL (30 EA per 30 days)
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	DITROPAN XL	MT; QL (60 EA per 30 days)
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 15 mg</i>		MT; QL (60 EA per 30 days)
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 5 mg</i>	DITROPAN XL	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5ml</i>		MT
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>		MT
<i>tolterodine tartrate er oral capsule extended release 24 hour 2 mg, 4 mg</i>	DETROL LA	QL (30 EA per 30 days)
<i>tolterodine tartrate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	DETROL	
<i>tropium chloride oral tablet 20 mg</i>		QL (60 EA per 30 days)
VESICARE ORAL TABLET 10 MG, 5 MG		ST; QL (30 EA per 30 days)
Enlazadores De Fósforo		
<i>calcium acetate (phos binder) oral capsule 667 mg</i>	PHOSLO	
<i>calcium acetate (phos binder) oral tablet 667 mg</i>	CALPHRON	QL (360 EA per 30 days)
<i>lanthanum carbonate oral tablet chewable 1000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	FOSRENOL	
<i>sevelamer carbonate oral packet 0.8 gm</i>	RENVELA	QL (540 EA per 30 days)
<i>sevelamer carbonate oral packet 2.4 gm</i>	RENVELA	QL (180 EA per 30 days)
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i>	RENVELA	QL (540 EA per 30 days)

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Adrenal)		
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Adrenal)		
<i>ala-cort external cream 1 %</i>		
<i>ala-cort external cream 2.5 %</i>		
<i>alclometasone dipropionate external cream 0.05 %</i>		
<i>alclometasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>		
<i>betamethasone dipropionate aug external cream 0.05 %</i>	DIPROLENE AF	
<i>betamethasone dipropionate aug external gel 0.05 %</i>		
<i>betamethasone dipropionate aug external lotion 0.05 %</i>		
<i>betamethasone dipropionate aug external ointment 0.05 %</i>	DIPROLENE	
<i>betamethasone dipropionate external cream 0.05 %</i>		
<i>betamethasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>		
<i>betamethasone valerate external cream 0.1 %</i>		
<i>betamethasone valerate external lotion 0.1 %</i>		
<i>betamethasone valerate external ointment 0.1 %</i>		
<i>cortisone acetate oral tablet 25 mg</i>		

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

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

Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
<i>desonide external cream 0.05 %</i>	DESOWEN	
<i>desonide external lotion 0.05 %</i>		
<i>desonide external ointment 0.05 %</i>		
<i>desoximetasone external cream 0.05 %, 0.25 %</i>	TOPICORT	
<i>desoximetasone external gel 0.05 %</i>	TOPICORT	
<i>desoximetasone external liquid 0.25 %</i>	TOPICORT SPRAY	
<i>desoximetasone external ointment 0.05 %, 0.25 %</i>	TOPICORT	
DEXAMETHASONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 1 MG/ML		
<i>dexamethasone oral elixir 0.5 mg/5ml</i>	DECADRON	
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 4 mg, 6 mg</i>	DECADRON	
<i>dexamethasone oral tablet 1 mg, 1.5 mg, 2 mg</i>		
<i>fludrocortisone acetate oral tablet 0.1 mg</i>		
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.01 %</i>		
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.025 %</i>	SYNALAR	
<i>fluocinolone acetonide external ointment 0.025 %</i>	SYNALAR	
<i>fluocinolone acetonide external solution 0.01 %</i>	SYNALAR	
<i>fluocinolone acetonide otic oil 0.01 %</i>	DERMOTIC	
<i>fluocinolone acetonide scalp external oil 0.01 %</i>	DERMA-SMOOTH/FS SCALP	
<i>fluocinonide emulsified base external cream 0.05 %</i>		
<i>fluocinonide external cream 0.1 %</i>	VANOS	

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
<i>fluocinonide external gel 0.05 %</i>		
<i>fluocinonide external ointment 0.05 %</i>		
<i>fluocinonide external solution 0.05 %</i>		
<i>fluticasone propionate external cream 0.05 %</i>		
<i>fluticasone propionate external lotion 0.05 %</i>	CUTIVATE	
<i>fluticasone propionate external ointment 0.005 %</i>		
<i>halobetasol propionate external cream 0.05 %</i>	ULTRAVATE	
<i>halobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>	ULTRAVATE	
<i>hydrocortisone butyrate external cream 0.1 %</i>	LOCOID	
<i>hydrocortisone butyrate external ointment 0.1 %</i>		
<i>hydrocortisone butyrate external solution 0.1 %</i>	LOCOID	
<i>hydrocortisone external cream 1 %</i>		
<i>hydrocortisone external cream 2.5 %</i>		
<i>hydrocortisone external lotion 2.5 %</i>		
<i>hydrocortisone external ointment 1 %</i>		
<i>hydrocortisone external ointment 2.5 %</i>		
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	CORTEF	
<i>hydrocortisone valerate external cream 0.2 %</i>		
<i>hydrocortisone valerate external ointment 0.2 %</i>		

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	MEDROL	
<i>methylprednisolone oral tablet therapy pack 4 mg</i>	MEDROL	
<i>mometasone furoate external cream 0.1 %</i>	ELOCON	
<i>mometasone furoate external ointment 0.1 %</i>	ELOCON	
<i>mometasone furoate external solution 0.1 %</i>		
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5ml</i>		
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 10 mg/5ml</i>	MILLIPRED	
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 20 mg/5ml</i>	VERIPRED 20	
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 25 mg/5ml, 6.7 (5 base) mg/5ml</i>		
PREDNISONO INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML		
<i>prednisone oral solution 5 mg/5ml</i>		
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 50 mg</i>		
<i>prednisone oral tablet 20 mg</i>	DELTASONE	
PROCTO-PAK RECTAL CREAM 1 %		
PROCTOZONE-HC RECTAL CREAM 2.5 %		
<i>triamcinolone acetanide external cream 0.025 %</i>		
<i>triamcinolone acetanide external cream 0.1 %, 0.5 %</i>	TRIDERM	
<i>triamcinolone acetanide external lotion 0.025 %, 0.1 %</i>		

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
<i>triamcinolone acetonide external ointment</i> 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %		
TRIDERM EXTERNAL CREAM 0.1 %		
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Modificadores/Hormonas Sexuales)		
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Modificadores/Hormonas Sexuales)		
ALTAVERA ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG		MT
APRI ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG		MT
ARANELLE ORAL TABLET 0.5/1/0.5- 35 MG-MCG		MT
AUBRA ORAL TABLET 0.1-20 MG- MCG		MT
AVIANE ORAL TABLET 0.1-20 MG- MCG		MT
BALZIVA ORAL TABLET 0.4-35 MG- MCG		
<i>briellyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>		
<i>budesonide oral capsule delayed release particles 3 mg</i>	ENTOCORT EC	
CRYSSELLE-28 ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG		MT
CYCLAFEM 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG		MT

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
CYCLAFEM 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG		MT
<i>deblitane oral tablet 0.35 mg</i>	CAMILA	MT
DELYLA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG		MT
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i>	AZURETTE	MT
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	APRI	MT
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.03 mg</i>	OCELLA	MT
EMOQUETTE ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG		MT
ENPRESSE-28 ORAL TABLET		MT
ENSKYCE ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG		MT
<i>estradiol valerate intramuscular oil 40 mg/ml</i>	DELESTROGEN	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	KELNOR 1/35	MT
FALMINA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG		MT
FYAVOLV ORAL TABLET 0.5-2.5 MG-MCG, 1-5 MG-MCG		PA
GIANVI ORAL TABLET 3-0.02 MG		MT
INCASSIA ORAL TABLET 0.35 MG		MT
INTROVALE ORAL TABLET 0.15-0.03 MG		MT
ISIBLOOM ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG		MT
JUNEL 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG		MT

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
JUNEL 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG		MT
JUNEL FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG		MT
JUNEL FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG		MT
KARIVA ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)		MT
KELNOR 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG		MT
KELNOR 1/50 ORAL TABLET 1-50 MG-MCG		MT
KURVELO ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG		MT
LARIN 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG		MT
LARIN 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG		MT
LARIN FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG		MT
LARIN FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG		MT
LEENA ORAL TABLET 0.5/1/0.5-35 MG-MCG		MT
LESSINA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG		MT
LEVONEST ORAL TABLET		MT
<i>levonorgest-eth estrad 91-day oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	INTROVALE	MT
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>		MT

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
LEVORA 0.15/30 (28) ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG		MT
LORYNA ORAL TABLET 3-0.02 MG		MT
LOW-OGESTREL ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG		MT
LUTERA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG		MT
<i>marlissa oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>		MT
MICROGESTIN 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG		MT
MICROGESTIN 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG		MT
MICROGESTIN FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG		MT
MICROGESTIN FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG		MT
MONONESSA ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG		MT
NECON 0.5/35 (28) ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG		MT
NIKKI ORAL TABLET 3-0.02 MG		MT
NORA-BE ORAL TABLET 0.35 MG		MT
NORLYROC ORAL TABLET 0.35 MG		MT
NORTREL 0.5/35 (28) ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG		MT
NORTREL 1/35 (21) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG		MT
NORTREL 1/35 (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG		MT
NORTREL 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG		MT

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
NUVARING VAGINAL RING 0.12-0.015 MG/24HR		
OCELLA ORAL TABLET 3-0.03 MG		MT
ORSYTHIA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG		MT
OSPHENA ORAL TABLET 60 MG		
PIMTREA ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)		MT
PIRMELLA 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG		MT
PORTIA-28 ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG		MT
PREMPRO ORAL TABLET 0.3-1.5 MG, 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG		PA
PREVIFEM ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG		MT
QUASENSE ORAL TABLET 0.15-0.03 MG		MT
RECLIPSEN ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG		MT
SHAROBEL ORAL TABLET 0.35 MG		MT
SPRINTEC 28 ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG		MT
SRONYX ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG		MT
TARINA FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG		MT
TRI-LEGEST FE ORAL TABLET 1-20/1-30/1-35 MG-MCG		
TRINESSA (28) ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG		MT

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
TRI-PREVIFEM ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG		MT
TRI-SPRINTEC ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG		MT
TRIVORA (28) ORAL TABLET		MT
VELIVET ORAL TABLET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG		
VYFEMLA ORAL TABLET 0.4-35 MG- MCG		
ZOVIA 1/35E (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG		MT
Agentes Modificadores Del Receptor Selectivo De Estrógeno		
OSPHENA ORAL TABLET 60 MG		
<i>raloxifene hcl oral tablet 60 mg</i>	EVISTA	MT
Andrógenos		
ANDRODERM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 2 MG/24HR, 4 MG/24HR		PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>		
<i>testosterone cypionate intramuscular solution 100 mg/ml, 200 mg/ml</i>	DEPO-TESTOSTERONE	
<i>testosterone enanthate intramuscular solution 200 mg/ml</i>		
<i>testosterone transdermal gel 12.5 mg/act (1%)</i>	VOGELXO PUMP	PA; MT; QL (300 GM per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel 25 mg/2.5gm (1%), 50 mg/5gm (1%)</i>	ANDROGEL	PA; MT; QL (300 GM per 30 days)
Esteroides Anabólicos		
ANADROL-50 ORAL TABLET 50 MG		PA

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
<i>oxandrolone oral tablet 10 mg</i>	OXANDRIN	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>oxandrolone oral tablet 2.5 mg</i>		PA; QL (60 EA per 30 days)
Estrógenos		
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	ESTRACE	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	PA
<i>estradiol vaginal cream 0.1 mg/gm</i>	ESTRACE	
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i>	VAGIFEM	
<i>estradiol valerate intramuscular oil 20 mg/ml</i>	DELESTROGEN	
<i>estropiate oral tablet 0.75 mg</i>		PA
<i>marlissa oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>		MT
MENEST ORAL TABLET 0.3 MG, 0.625 MG, 1.25 MG		PA
PREMARIN ORAL TABLET 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG		PA
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GM		
Progestina		
CAMILA ORAL TABLET 0.35 MG		MT
DEPO-PROVERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 400 MG/ML		PA
ERRIN ORAL TABLET 0.35 MG		MT
JOLIVETTE ORAL TABLET 0.35 MG		MT
LYZA ORAL TABLET 0.35 MG		MT
<i>marlissa oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>		MT
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension 150 mg/ml</i>	DEPO-PROVERA	QL (1 ML per 90 days)

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension prefilled syringe 150 mg/ml</i>	DEPO-PROVERA	QL (1 ML per 90 days)
<i>medroxyprogesterone acetate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	PROVERA	MT
<i>megestrol acetate oral suspension 40 mg/ml</i>		PA
<i>megestrol acetate oral suspension 625 mg/5ml</i>	MEGACE ES	PA; MT
<i>megestrol acetate oral tablet 20 mg, 40 mg</i>		PA
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i>	AYGESTIN	MT
<i>norethindrone oral tablet 0.35 mg</i>		MT
<i>progesterone micronized oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	PROMETRIUM	MT
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Pituitaria)		
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Pituitaria)		
<i>desmopressin ace spray refrig nasal solution 0.01 %</i>		
<i>desmopressin acetate oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i>	DDAVP	MT
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/4ML		PA
NORDITROPIN FLEXPRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/1.5ML, 15 MG/1.5ML, 5 MG/1.5ML		PA

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Prostaglandinas)		
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Prostaglandinas)		
<i>misoprostol oral tablet 200 mcg</i>	CYTOTEC	
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Tiroides)		
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Tiroides)		
<i>levo-t oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>		MT
<i>levo-t oral tablet 300 mcg</i>		MT
<i>levothyroxine sodium oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>		MT
<i>levothyroxine sodium oral tablet 300 mcg</i>		MT
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		MT
<i>liothyronine sodium oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i>	CYTOMEL	MT
SYNTHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG		MT

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
SYNTHROID ORAL TABLET 300 MCG		MT
<i>unithroid oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>		MT
<i>unithroid oral tablet 300 mcg</i>		MT
Agentes Hormonales, Supresores (Adrenal)		
Agentes Hormonales, Supresores (Adrenal)		
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG		
Agentes Hormonales, Supresores (Pituitaria)		
Agentes Hormonales, Supresores (Pituitaria)		
<i>bromocriptine mesylate oral capsule 5 mg</i>	PARLODEL	MT
<i>bromocriptine mesylate oral tablet 2.5 mg</i>	PARLODEL	MT
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>		QL (20 EA per 30 days)
<i>leuprolide acetate injection kit 1 mg/0.2ml</i>		PA
LUPANETA PACK COMBINATION KIT 11.25 & 5 MG		PA; QL (1 EA per 84 days)
LUPANETA PACK COMBINATION KIT 3.75 & 5 MG		PA; QL (1 EA per 28 days)
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 3.75 MG, 7.5 MG		PA
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 22.5 MG		PA
LUPRON DEPOT (4-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 30 MG		PA

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

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

Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
LUPRON DEPOT (6-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 45 MG		PA
<i>octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	SANDOSTATIN	PA
<i>octreotide acetate injection solution 1000 mcg/ml, 200 mcg/ml</i>		PA
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML, 0.6 MG/ML, 0.9 MG/ML		PA
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/0.5ML, 60 MG/0.2ML, 90 MG/0.3ML		PA
SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG		PA
SYNAREL NASAL SOLUTION 2 MG/ML		PA
TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 11.25 MG, 22.5 MG, 3.75 MG		PA
Agentes Hormonales, Supresores (Tiroides)		
Agentes Antitiroides		
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	TAPAZOLE	MT
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>		MT
Agentes Inmunológicos		
Agentes Inmunizantes, Pasivos		
BIVIGAM INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML		PA

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
GAMMAGARD INJECTION SOLUTION 2.5 GM/25ML		PA
GAMMAGARD S/D LESS IGA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 GM, 5 GM		PA
GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 20 GM/200ML, 5 GM/50ML		PA
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML		PA
PRIVIGEN INTRAVENOUS SOLUTION 20 GM/200ML		PA
Agentes Inmunológicos		
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	ARAVA	QL (30 EA per 30 days)
Agentes Para Angioedema		
CINRYZE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 500 UNIT		PA
FIRAZYR SUBCUTANEOUS SOLUTION 30 MG/3ML		PA; QL (18 ML per 30 days)
Inmunomoduladores		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 2000000 UNIT/0.5ML		PA
ARCALYST SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 220 MG		PA
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	ARAVA	QL (30 EA per 30 days)
Inmunosupresores		
AFINITOR DISPERZ ORAL TABLET SOLUBLE 2 MG, 3 MG, 5 MG		PA
AFINITOR ORAL TABLET 2.5 MG		PA
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i>	IMURAN	PA; MT

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/ML		PA
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/ML		PA
<i>cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	GENGRAF	PA; MT
<i>cyclosporine modified oral capsule 50 mg</i>		PA; MT
<i>cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml</i>	GENGRAF	PA; MT
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	SANDIMMUNE	PA; MT
DEPEN TITRATABS ORAL TABLET 250 MG		
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MG/0.5ML, 50 MG/ML		PA; QL (8 ML per 28 days)
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 25 MG		PA; QL (8 EA per 28 days)
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 50 MG/ML		PA; QL (8 ML per 28 days)
GENGRAF ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG		PA; MT
GENGRAF ORAL SOLUTION 100 MG/ML		PA; MT
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 40 MG/0.8ML (6 PACK)		PA; QL (6 EA per 28 days)
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 40 MG/0.8ML, 80 MG/0.8ML		PA; QL (3 EA per 28 days)

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML		PA; QL (2 EA per 28 days)
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML		PA; QL (6 EA per 28 days)
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML		PA; QL (6 EA per 30 days)
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML		PA; QL (3 EA per 28 days)
HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS START SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML		PA; QL (2 EA per 28 days)
HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS START SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML		PA; QL (3 EA per 28 days)
HUMIRA SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 10 MG/0.1ML, 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML		PA; QL (6 EA per 28 days)
HUMIRA SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 10 MG/0.2ML, 20 MG/0.4ML		PA; QL (2 EA per 28 days)
HUMIRA SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 20 MG/0.2ML		PA; QL (12 EA per 28 days)
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>		
<i>methotrexate oral tablet 2.5 mg</i>		PA; MT
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 50 mg/2ml</i>		PA

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
<i>methotrexate sodium injection solution 250 mg/10ml</i>		PA
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i>	CELLCEPT	PA; MT
<i>mycophenolate mofetil oral suspension reconstituted 200 mg/ml</i>	CELLCEPT	PA
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i>	CELLCEPT	PA; MT
<i>mycophenolate sodium oral tablet delayed release 180 mg</i>	MYFORTIC	PA; MT
<i>mycophenolate sodium oral tablet delayed release 360 mg</i>	MYFORTIC	PA
NEORAL ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG		PA; MT
NEORAL ORAL SOLUTION 100 MG/ML		PA; MT
RAPAMUNE ORAL SOLUTION 1 MG/ML		PA
SANDIMMUNE ORAL SOLUTION 100 MG/ML		PA; MT
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i>	RAPAMUNE	PA
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	RAPAMUNE	PA
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i>	PROGRAF	PA
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML		PA
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG		PA; QL (60 EA per 30 days)
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 11 MG		PA; QL (30 EA per 30 days)
ZORTRESS ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG		PA

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
Vacunas		
ACTHIB INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED		
ADACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2-15.5 (PREFILLED SYRINGE), 5-2-15.5 LF-MCG/0.5		
<i>bcg vaccine injection injectable</i>		
BEXSERO INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE		
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2.5-18.5 , 5-2.5-18.5 (0.5ML SYRINGE)		
DAPTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 23-15-5		
<i>diphtheria-tetanus toxoids dt intramuscular suspension 25-5 lfu/0.5ml</i>		PA
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION 10 MCG/0.5ML, 20 MCG/ML		PA
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION		
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE		
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1440 EL U/ML, 1440 EL U/ML 1 ML, 720 EL U/0.5ML, 720 EL U/0.5ML 0.5 ML		
HIBERIX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10 MCG		
IMOVAX RABIES INTRAMUSCULAR INJECTABLE 2.5 UNIT/ML		
INFANRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25-58-10		

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
IPOL INJECTION INJECTABLE		
IXIARO INTRAMUSCULAR SUSPENSION		
KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION, INJECTION 0.5 ML		
MENACTRA INTRAMUSCULAR INJECTABLE		
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED		
M-M-R II SUBCUTANEOUS INJECTABLE		
PEDIARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION		
PEDVAX HIB INTRAMUSCULAR SUSPENSION 7.5 MCG/0.5ML		
PROQUAD SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED		
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION		
RABAVERT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED		
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION 10 MCG/ML, 10 MCG/ML (1ML SYRINGE), 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML		PA
ROTARIX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED		
ROTATEQ ORAL SOLUTION		
SHINGRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MCG/0.5ML		
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF/0.5ML		PA

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
TENIVAC INTRAMUSCULAR INJECTABLE 5-2 LFU		PA
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE		
TWINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 720-20		
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5ML, 25 MCG/0.5ML (0.5ML SYRINGE)		
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5ML, 25 UNIT/0.5ML 0.5 ML, 50 UNIT/ML, 50 UNIT/ML 1 ML		
VARIVAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE 1350 PFU/0.5ML		
VARIZIG INTRAMUSCULAR SOLUTION 125 UNIT/1.2ML		
YF-VAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE		
ZOSTAVAX SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED 19400 UNT/0.65ML		QL (1 EA per 999 days)
Agentes Ofálmicos		
Agentes Ofálmicos		
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment 500-10000 unit/gm</i>	POLYCIN	
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc ophthalmic ointment 1 %</i>	NEO-POLYCIN HC	
BLEPHAMIDE S.O.P. OPHTHALMIC OINTMENT 10-0.2 %		
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx ophthalmic ointment 5-400-10000</i>	NEO-POLYCIN	

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic ointment 3.5-10000-0.1</i>	MAXITROL	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic suspension 3.5-10000-0.1</i>	MAXITROL	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic solution 1.75-10000-.025</i>		
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic suspension 3.5-10000-1</i>		
<i>polymyxin b-trimethoprim ophthalmic solution 10000-0.1 unit/ml-%</i>	POLYTRIM	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic ointment 10 %</i>		
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution 10-0.23 %</i>		
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic suspension 0.3-0.1 %</i>	TOBRADEX	
Agentes Ofálmicos Para Alergia		
<i>azelastine hcl ophthalmic solution 0.05 %</i>		
BEPREVE OPHTHALMIC SOLUTION 1.5 %		
<i>cromolyn sodium ophthalmic solution 4 %</i>		
LASTACAFT OPHTHALMIC SOLUTION 0.25 %		
<i>olopatadine hcl ophthalmic solution 0.2 %</i>	PATADAY	
PAZEO OPHTHALMIC SOLUTION 0.7 %		
Agentes Ofálmicos Para Glaucoma		
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>		MT
ALPHAGAN P OPHTHALMIC SOLUTION 0.1 %		MT

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
AZOPT OPHTHALMIC SUSPENSION 1 %		MT
<i>betaxolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>		MT
BETOPTIC-S OPHTHALMIC SUSPENSION 0.25 %		MT
<i>bimatoprost ophthalmic solution 0.03 %</i>		MT; QL (5 ML per 30 days)
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.15 %</i>	ALPHAGAN P	MT
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.2 %</i>		MT
<i>carteolol hcl ophthalmic solution 1 %</i>		MT
COMBIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.2-0.5 %		MT
<i>dorzolamide hcl ophthalmic solution 2 %</i>	TRUSOPT	MT
<i>dorzolamide hcl-timolol mal ophthalmic solution 22.3-6.8 mg/ml</i>	COSOPT	MT
<i>dorzolamide hcl-timolol mal pf ophthalmic solution 22.3-6.8 mg/ml</i>	COSOPT PF	MT
<i>levobunolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>		MT
<i>methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>		MT
PHOSPHOLINE IODIDE OPHTHALMIC SOLUTION RECONSTITUTED 0.125 %		MT
<i>pilocarpine hcl ophthalmic solution 1 %, 2 %, 4 %</i>	ISOPTO CARPINE	MT
SIMBRINZA OPHTHALMIC SUSPENSION 1-0.2 %		MT
<i>timolol maleate ophthalmic gel forming solution 0.25 %, 0.5 %</i>	TIMOPTIC-XE	
<i>timolol maleate ophthalmic solution 0.25 %, 0.5 %</i>	TIMOPTIC	MT

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
Agentes Ofálmicos Para La Inflamación		
ALREX OPHTHALMIC SUSPENSION 0.2 %		
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution 0.1 %</i>		
<i>diclofenac sodium ophthalmic solution 0.1 %</i>		
DUREZOL OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %		
<i>fluorometholone ophthalmic suspension 0.1 %</i>	FML LIQUIFILM	
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic solution 0.03 %</i>		
FML OPHTHALMIC OINTMENT 0.1 %		
ILEVRO OPHTHALMIC SUSPENSION 0.3 %		
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.4 %</i>	ACULAR LS	
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.5 %</i>	ACULAR	
LOTEMAX OPHTHALMIC GEL 0.5 %		
LOTEMAX OPHTHALMIC SUSPENSION 0.5 %		
MAXIDEX OPHTHALMIC SUSPENSION 0.1 %		
NEVANAC OPHTHALMIC SUSPENSION 0.1 %		
<i>prednisolone acetate ophthalmic suspension 1 %</i>	OMNIPRED	
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic solution 1 %</i>		

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
Agentes Ofálmicos, Otros		
<i>atropine sulfate ophthalmic solution 1 %</i>	ISOPTO ATROPINE	
CYSTARAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.44 %		QL (60 ML per 30 days)
<i>proparacaine hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	ALCAINE	
RESTASIS OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %		PA; MT; QL (60 EA per 30 days)
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic ointment 10 %</i>		
Prostaglandinas Oftálmicas Y Análogos De Prostanida		
<i>bimatoprost ophthalmic solution 0.03 %</i>		MT; QL (5 ML per 30 days)
<i>latanoprost ophthalmic solution 0.005 %</i>	XALATAN	MT; QL (3 ML per 25 days)
LUMIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.01 %		MT; QL (3 ML per 25 days)
TRAVATAN Z OPHTHALMIC SOLUTION 0.004 %		MT; QL (3 ML per 25 days)
Agentes Orales Y Dentales		
Agentes Orales Y Dentales		
<i>cevimeline hcl oral capsule 30 mg</i>	EVOXAC	
<i>chlorhexidine gluconate mouth/throat solution 0.12 %</i>	PAROEX	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	MORGIDOX	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg</i>		
<i>doxycycline hyclate oral tablet 150 mg, 75 mg</i>	ACTICLATE	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 150 mg, 50 mg, 75 mg</i>		

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
<i>minocycline hcl oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	MINOCIN	
<i>minocycline hcl oral capsule 75 mg</i>		
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	SALAGEN	
<i>triamcinolone acetonide mouth/throat paste 0.1 %</i>	ORALONE	
Agentes Oticos		
Agentes Oticos		
CIPRODEX OTIC SUSPENSION 0.3-0.1 %		
<i>flac otic oil 0.01 %</i>	DERMOTIC	
<i>hydrocortisone-acetic acid otic solution 1-2 %</i>	ACETASOL HC	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic solution 1 %</i>		
<i>neomycin-polymyxin-hc otic suspension 3.5-10000-1</i>		
Agentes Para El Desorden Del Sueño		
Agentes Para El Desorden Del Sueño, Otros		
<i>armodafinil oral tablet 150 mg</i>	NUVIGIL	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>armodafinil oral tablet 200 mg, 250 mg</i>	NUVIGIL	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>armodafinil oral tablet 50 mg</i>	NUVIGIL	PA; QL (150 EA per 30 days)
<i>doxepin hcl oral capsule 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>		PA
<i>doxepin hcl oral concentrate 10 mg/ml</i>		PA
HETLIOZ ORAL CAPSULE 20 MG		PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	PROVIGIL	PA; QL (30 EA per 30 days)
ROZEREM ORAL TABLET 8 MG		QL (30 EA per 30 days)

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
XYREM ORAL SOLUTION 500 MG/ML		PA; QL (540 ML per 30 days)
Moduladores Del Receptor De Gaba		
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 22.5 mg, 30 mg, 7.5 mg</i>	RESTORIL	QL (30 EA per 30 days)
<i>zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg</i>		PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>zolpidem tartrate er oral tablet extended release 12.5 mg, 6.25 mg</i>	AMBIEN CR	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>zolpidem tartrate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	AMBIEN	PA; QL (30 EA per 30 days)
Agentes Para El Tratamiento De Abuso De Sustancias. Anti-Adicción		
Agentes Para Revertimiento De Opioides		
<i>naloxone hcl injection solution 0.4 mg/ml</i>		
<i>naloxone hcl injection solution cartridge 0.4 mg/ml</i>		
<i>naloxone hcl injection solution prefilled syringe 2 mg/2ml</i>		
Agentes Para Sesación De Fumar		
<i>bupropion hcl er (smoking det) oral tablet extended release 12 hour 150 mg</i>	ZYBAN	
CHANTIX CONTINUING MONTH PAK ORAL TABLET 1 MG		PA; QL (56 EA per 28 days)
CHANTIX ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG		PA; QL (60 EA per 30 days)
CHANTIX STARTING MONTH PAK ORAL TABLET 0.5 MG X 11 & 1 MG X 42		PA

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
NICOTROL INHALATION INHALER 10 MG		
NICOTROL NS NASAL SOLUTION 10 MG/ML		
Disuadores De Alcohol / Medicamentos Para Controlar El Deseo		
<i>acamprosate calcium oral tablet delayed release 333 mg</i>		
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	ANTABUSE	
<i>naltrexone hcl oral tablet 50 mg</i>		
Tratamiento Dependencia De Opioides		
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg</i>		
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 8 mg</i>		QL (60 EA per 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 12-3 mg, 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg</i>	SUBOXONE	QL (60 EA per 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>		QL (120 EA per 30 days)
<i>naltrexone hcl oral tablet 50 mg</i>		
SUBOXONE SUBLINGUAL FILM 12-3 MG, 2-0.5 MG, 4-1 MG, 8-2 MG		QL (60 EA per 30 days)
Agentes Para El Tratamiento De La Espasticidad		
Agentes Para El Tratamiento De La Espasticidad		
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>		

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
<i>dantrolene sodium oral capsule 100 mg</i>		
<i>dantrolene sodium oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	DANTRIUM	
<i>tizanidine hcl oral capsule 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	ZANAFLEX	
<i>tizanidine hcl oral tablet 2 mg</i>		
<i>tizanidine hcl oral tablet 4 mg</i>	ZANAFLEX	
Agentes Para El Tratamiento De La Migraña		
Agonistas Del Receptor De Serotonina (5-Ht) 1B/1D		
<i>eletriptan hydrobromide oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	RELPAK	QL (9 EA per 30 days)
<i>naratriptan hcl oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>	AMERGE	QL (12 EA per 28 days)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet 10 mg</i>	MAXALT	QL (18 EA per 28 days)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet 5 mg</i>		QL (18 EA per 28 days)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet dispersible 10 mg, 5 mg</i>	MAXALT-MLT	QL (18 EA per 28 days)
<i>sumatriptan nasal solution 20 mg/act</i>	IMITREX	QL (12 EA per 28 days)
<i>sumatriptan nasal solution 5 mg/act</i>	IMITREX	QL (24 EA per 28 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	IMITREX	QL (9 EA per 28 days)
<i>sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge 4 mg/0.5ml</i>	IMITREX STATDOSE REFILL	QL (9 ML per 28 days)
<i>sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge 6 mg/0.5ml</i>	IMITREX STATDOSE REFILL	QL (6 ML per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5ml</i>	IMITREX	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	QL (6 ML per 28 days)

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution prefilled syringe 6 mg/0.5ml</i>		QL (6 ML per 28 days)
<i>zolmitriptan oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	ZOMIG	QL (12 EA per 28 days)
<i>zolmitriptan oral tablet dispersible 2.5 mg, 5 mg</i>	ZOMIG ZMT	QL (12 EA per 28 days)
Alcaloides De Ergotamina		
<i>dihydroergotamine mesylate nasal solution 4 mg/ml</i>	MIGRANAL	
MIGERGOT RECTAL SUPPOSITORY 2-100 MG		
Profilácticos		
<i>divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 500 mg</i>	DEPAKOTE ER	MT
<i>divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle 125 mg</i>	DEPAKOTE SPRINKLES	MT
<i>divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	DEPAKOTE	MT
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>		MT
<i>topiramate oral capsule sprinkle 15 mg, 25 mg</i>	TOPAMAX SPRINKLE	MT
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	TOPAMAX	MT
<i>valproate sodium oral solution 250 mg/5ml</i>	DEPAKENE	MT
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	DEPAKENE	MT
Agentes Para El Tratamiento De Parkinson		
Agentes Para El Tratamiento De Parkinson		

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 12.5-50-200 mg</i>	STALEVO 50	MT
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 18.75-75-200 mg</i>	STALEVO 75	MT
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 25-100-200 mg</i>	STALEVO 100	MT
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 31.25-125-200 mg</i>	STALEVO 125	MT
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 37.5-150-200 mg</i>	STALEVO 150	MT
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 50-200-200 mg</i>	STALEVO 200	MT
Agentes Para El Tratamiento De Parkinson, Otros		
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>		
<i>amantadine hcl oral syrup 50 mg/5ml</i>		MT
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>		
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 12.5-50-200 mg</i>	STALEVO 50	MT
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 18.75-75-200 mg</i>	STALEVO 75	MT
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 25-100-200 mg</i>	STALEVO 100	MT
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 31.25-125-200 mg</i>	STALEVO 125	MT
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 37.5-150-200 mg</i>	STALEVO 150	MT
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 50-200-200 mg</i>	STALEVO 200	MT
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i>	COMTAN	
Antagonistas De Dopamina		

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

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

Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
APOKYN SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 30 MG/3ML		
<i>bromocriptine mesylate oral capsule 5 mg</i>	PARLODEL	MT
<i>bromocriptine mesylate oral tablet 2.5 mg</i>	PARLODEL	MT
NEUPRO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 1 MG/24HR, 2 MG/24HR, 3 MG/24HR, 4 MG/24HR, 6 MG/24HR, 8 MG/24HR		QL (30 EA per 30 days)
<i>pramipexole dihydrochloride er oral tablet extended release 24 hour 0.375 mg, 0.75 mg, 1.5 mg, 2.25 mg, 3 mg, 3.75 mg, 4.5 mg</i>	MIRAPEX ER	MT
<i>pramipexole dihydrochloride oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i>	MIRAPEX	MT
<i>ropinirole hcl er oral tablet extended release 24 hour 12 mg, 6 mg</i>		MT
<i>ropinirole hcl er oral tablet extended release 24 hour 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	REQUIP XL	MT
<i>ropinirole hcl oral tablet 0.25 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>		MT
<i>ropinirole hcl oral tablet 0.5 mg, 5 mg</i>	REQUIP	MT
Anticolinérgicos		
<i>benztropine mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>		PA
<i>trihexyphenidyl hcl oral elixir 0.4 mg/ml</i>		PA
<i>trihexyphenidyl hcl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>		PA
Inhibidores De Monoamino Oxidasa B (Mao-B)		
<i>rasagiline mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	AZILECT	MT
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>		MT

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>		MT
Precusores De Dopamina /Inhibidores De Decarboxilasa E L-Amino Acido		
<i>carbidopa-levodopa er oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>	SINEMET CR	MT
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	SINEMET	MT
<i>carbidopa-levodopa oral tablet dispersible 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>		MT
Agentes Para La Enfermedad Inflamatoria Intestinal		
Aminosalicilatos		
APRISO ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.375 GM		MT
<i>balsalazide disodium oral capsule 750 mg</i>	COLAZAL	
CANASA RECTAL SUPPOSITORY 1000 MG		
DELZICOL ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 400 MG		
DIPENTUM ORAL CAPSULE 250 MG		
<i>mesalamine oral tablet delayed release 1.2 gm</i>	LIALDA	
<i>mesalamine oral tablet delayed release 800 mg</i>	ASACOL HD	
<i>mesalamine rectal enema 4 gm</i>		
<i>mesalamine rectal suppository 1000 mg</i>	CANASA	
Glucocorticoides		
<i>budesonide oral capsule delayed release particles 3 mg</i>	ENTOCORT EC	

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
COLOCORT RECTAL ENEMA 100 MG/60ML		
<i>cortisone acetate oral tablet 25 mg</i>		
DEXAMETHASONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 1 MG/ML		
<i>dexamethasone oral elixir 0.5 mg/5ml</i>	DECADRON	
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 4 mg, 6 mg</i>	DECADRON	
<i>dexamethasone oral tablet 1 mg, 1.5 mg, 2 mg</i>		
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	CORTEF	
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60ml</i>	COLOCORT	
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	MEDROL	
<i>methylprednisolone oral tablet therapy pack 4 mg</i>	MEDROL	
<i>prednisolone acetate ophthalmic suspension 1 %</i>	OMNIPRED	
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5ml</i>		
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 10 mg/5ml</i>	MILLIPRED	
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 20 mg/5ml</i>	VERIPRED 20	
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 6.7 (5 base) mg/5ml</i>		
PREDNISONA INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML		
<i>prednisone oral solution 5 mg/5ml</i>		
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 50 mg</i>		
<i>prednisone oral tablet 20 mg</i>	DELTASONE	

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
PROCTOSOL HC RECTAL CREAM 2.5 %		
Sulfonamidas		
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	AZULFIDINE	MT
<i>sulfasalazine oral tablet delayed release 500 mg</i>	AZULFIDINE EN-TABS	MT
Agentes Parala Enfermedad Metabólica Del Hueso		
Agentes Parala Enfermedad Metabólica Del Hueso		
<i>alendronate sodium oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>alendronate sodium oral tablet 35 mg</i>		MT; QL (4 EA per 28 days)
<i>alendronate sodium oral tablet 40 mg</i>		QL (30 EA per 30 days)
<i>alendronate sodium oral tablet 70 mg</i>	FOSAMAX	MT; QL (4 EA per 28 days)
<i>calcitonin (salmon) nasal solution 200 unit/act</i>	MIACALCIN	MT
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i>	ROCALTROL	MT
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i>	ROCALTROL	PA; MT
<i>etidronate disodium oral tablet 200 mg, 400 mg</i>		
FORTEO SUBCUTANEOUS SOLUTION 600 MCG/2.4ML		PA; QL (2.4 ML per 28 days)
<i>ibandronate sodium oral tablet 150 mg</i>	BONIVA	MT; QL (1 EA per 28 days)
NATPARA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG		PA; QL (2 EA per 28 days)
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 4 mcg</i>		PA; MT
<i>paricalcitol oral capsule 2 mcg</i>	ZEMPLAR	PA; MT

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
PROLIA SUBCUTANEOUS SOLUTION 60 MG/ML		PA; QL (1 ML per 180 days)
<i>risedronate sodium oral tablet 150 mg</i>	ACTONEL	MT; QL (1 EA per 28 days)
<i>risedronate sodium oral tablet 35 mg</i>	ACTONEL	MT; QL (4 EA per 28 days)
<i>risedronate sodium oral tablet delayed release 35 mg</i>	AELVIA	MT; QL (4 EA per 28 days)
SENSIPAR ORAL TABLET 30 MG, 60 MG		PA; QL (60 EA per 30 days)
SENSIPAR ORAL TABLET 90 MG		PA; QL (120 EA per 30 days)
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7ML		PA; QL (2 ML per 28 days)
Agentes Pulmonares/ Tracto Respiratorio		
Agentes Del Tracto Respiratorios, Otros		
<i>acetylcysteine inhalation solution 10 %, 20 %</i>		PA
ANORO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5-25 MCG/INH		QL (60 EA per 30 days)
INCRUSE ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5 MCG/INH		QL (30 EA per 30 days)
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG		PA
STIOLTO RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 2.5-2.5 MCG/ACT		QL (4 GM per 30 days)
ZEMAIRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG		PA
Agentes Para Fibrosis Cística		

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED 75 MG		PA
KALYDECO ORAL PACKET 50 MG, 75 MG		PA; QL (60 EA per 30 days)
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG		PA; QL (60 EA per 30 days)
ORKAMBI ORAL PACKET 100-125 MG, 150-188 MG		PA; QL (120 EA per 30 days)
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG		PA; QL (120 EA per 30 days)
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML		PA
Agentes Para Fibrosis Pulmonar		
ESBRIET ORAL CAPSULE 267 MG		PA; QL (270 EA per 30 days)
ESBRIET ORAL TABLET 267 MG		PA; QL (270 EA per 30 days)
ESBRIET ORAL TABLET 801 MG		PA; QL (90 EA per 30 days)
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG		PA; QL (60 EA per 30 days)
Agentes Pulmonares/ Tracto Respiratorio		
ADVAIR DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-50 MCG/DOSE, 250-50 MCG/DOSE, 500-50 MCG/DOSE		QL (60 EA per 30 days)
ADVAIR HFA INHALATION AEROSOL 115-21 MCG/ACT, 230-21 MCG/ACT, 45-21 MCG/ACT		QL (12 GM per 30 days)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 20-100 MCG/ACT		QL (8 GM per 30 days)
ESBRIET ORAL CAPSULE 267 MG		PA; QL (270 EA per 30 days)
ESBRIET ORAL TABLET 267 MG		PA; QL (270 EA per 30 days)

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

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

Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
ESBRIET ORAL TABLET 801 MG		PA; QL (90 EA per 30 days)
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution 0.5-2.5 (3) mg/3ml</i>		PA
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG		PA; QL (1 EA per 28 days)
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG		PA; QL (60 EA per 30 days)
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML		PA
SYMBICORT INHALATION AEROSOL 160-4.5 MCG/ACT, 80-4.5 MCG/ACT		QL (10.2 GM per 30 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML		PA; QL (6 ML per 28 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 75 MG/0.5ML		PA; QL (1 ML per 28 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG		PA; QL (6 EA per 28 days)
Antihipertensivos Pulmonares		
ADCIRCA ORAL TABLET 20 MG		PA; QL (60 EA per 30 days)
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG		PA; QL (90 EA per 30 days)
ALYQ ORAL TABLET 20 MG		PA; QL (60 EA per 30 days)
LETAIRIS ORAL TABLET 10 MG, 5 MG		PA; QL (30 EA per 30 days)
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG		PA; QL (30 EA per 30 days)
REVATIO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 10 MG/ML		PA
<i>sildenafil citrate oral tablet 20 mg</i>	REVATIO	PA; MT; QL (90 EA per 30 days)
VENTAVIS INHALATION SOLUTION 10 MCG/ML, 20 MCG/ML		PA; QL (270 ML per 30 days)

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
Antihistaminas		
<i>azelastine hcl nasal solution 0.1 %</i>		QL (30 ML per 25 days)
<i>azelastine hcl nasal solution 0.15 %</i>	ASTEPRO	QL (60 ML per 30 days)
<i>cetirizine hcl oral solution 1 mg/ml</i>		
<i>cyproheptadine hcl oral syrup 2 mg/5ml</i>		PA
<i>cyproheptadine hcl oral tablet 4 mg</i>		PA
<i>desloratadine oral tablet 5 mg</i>	CLARINEX	QL (30 EA per 30 days)
<i>levocetirizine dihydrochloride oral solution 2.5 mg/5ml</i>	XYZAL ALLERGY 24HR	
<i>levocetirizine dihydrochloride oral tablet 5 mg</i>	XYZAL ALLERGY 24HR	QL (30 EA per 30 days)
<i>olopatadine hcl nasal solution 0.6 %</i>	PATANASE	
<i>promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>		PA
Antiinflamatorios, Corticoesteroides Inhalados		
ADVAIR DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-50 MCG/DOSE, 250- 50 MCG/DOSE, 500-50 MCG/DOSE		QL (60 EA per 30 days)
ADVAIR HFA INHALATION AEROSOL 115-21 MCG/ACT, 230-21 MCG/ACT, 45-21 MCG/ACT		QL (12 GM per 30 days)
ARNUITY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT, 50 MCG/ACT		QL (30 EA per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension 0.25 mg/2ml, 0.5 mg/2ml, 1 mg/2ml</i>	PULMICORT	PA

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
FLOVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/BLIST, 50 MCG/BLIST		QL (60 EA per 30 days)
FLOVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 250 MCG/BLIST		QL (240 EA per 30 days)
FLOVENT HFA INHALATION AEROSOL 110 MCG/ACT, 220 MCG/ACT		QL (24 GM per 30 days)
FLOVENT HFA INHALATION AEROSOL 44 MCG/ACT		QL (21 GM per 30 days)
<i>flunisolide nasal solution 25 mcg/act (0.025%)</i>		QL (50 ML per 25 days)
<i>fluticasone propionate external lotion 0.05 %</i>	CUTIVATE	
<i>fluticasone propionate nasal suspension 50 mcg/act</i>	CLARISPRAY	QL (16 GM per 30 days)
PULMICORT FLEXHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 180 MCG/ACT, 90 MCG/ACT		QL (2 EA per 30 days)
Antileucotrienos		
<i>montelukast sodium oral packet 4 mg</i>	SINGULAIR	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>montelukast sodium oral tablet 10 mg</i>	SINGULAIR	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>montelukast sodium oral tablet chewable 4 mg, 5 mg</i>	SINGULAIR	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>zafirlukast oral tablet 10 mg</i>	ACCOLATE	MT
<i>zafirlukast oral tablet 20 mg</i>	ACCOLATE	
Broncodilatadores, Anticolinérgicos		

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
ATROVENT HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION 17 MCG/ACT		QL (26 GM per 30 days)
INCRUSE ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5 MCG/INH		QL (30 EA per 30 days)
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>		PA; MT
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.03 %</i>		QL (30 ML per 30 days)
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.06 %</i>		QL (15 ML per 30 days)
SPIRIVA HANDIHALER INHALATION CAPSULE 18 MCG		QL (30 EA per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 1.25 MCG/ACT, 2.5 MCG/ACT		QL (4 GM per 30 days)
Broncodilatadores, Simpatomiméticos		
ADVAIR DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-50 MCG/DOSE, 250-50 MCG/DOSE, 500-50 MCG/DOSE		QL (60 EA per 30 days)
ADVAIR HFA INHALATION AEROSOL 115-21 MCG/ACT, 230-21 MCG/ACT, 45-21 MCG/ACT		QL (12 GM per 30 days)
<i>albuterol sulfate er oral tablet extended release 12 hour 4 mg, 8 mg</i>		
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act</i>	PROAIR HFA	QL (36 GM per 30 days)
<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>		PA
<i>albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5ml</i>		

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
<i>albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg</i>		
BREO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-25 MCG/INH, 200-25 MCG/INH		QL (60 EA per 30 days)
EPINEPHRINE INJECTION SOLUTION 0.3 MG/0.3ML		QL (6 EA per 30 days)
<i>epinephrine injection solution auto-injector 0.15 mg/0.15ml, 0.3 mg/0.3ml</i>	AUVI-Q	QL (6 EA per 30 days)
<i>epinephrine injection solution auto-injector 0.15 mg/0.3ml</i>	EPIPEN JR 2-PAK	QL (6 EA per 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 113-14 mcg/act</i>	AIRDUO RESPICLICK 113/14	MT; QL (1 EA per 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 232-14 mcg/act</i>	AIRDUO RESPICLICK 232/14	MT; QL (1 EA per 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 55-14 mcg/act</i>	AIRDUO RESPICLICK 55/14	MT; QL (1 EA per 30 days)
<i>levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 0.31 mg/3ml, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml</i>	XOPENEX	PA
<i>levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 1.25 mg/0.5ml</i>	XOPENEX CONCENTRATE	PA
<i>levalbuterol tartrate inhalation aerosol 45 mcg/act</i>	XOPENEX HFA	QL (30 GM per 30 days)
PERFOROMIST INHALATION NEBULIZATION SOLUTION 20 MCG/2ML		PA
SEREVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50 MCG/DOSE		QL (60 EA per 30 days)
<i>terbutaline sulfate oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>		

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
VENTOLIN HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION 108 (90 BASE) MCG/ACT		QL (36 GM per 30 days)
Estabilizadores De Mastocitos		
<i>cromolyn sodium inhalation nebulization solution 20 mg/2ml</i>		PA; MT
<i>cromolyn sodium oral concentrate 100 mg/5ml</i>	GASTROCROM	
Inhibidores De Fósodiesterasa, Enfermedad De Las Vías Respiratorias		
DALIRESP ORAL TABLET 250 MCG, 500 MCG		
THEO-24 ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG, 200 MG, 300 MG, 400 MG		MT
<i>theophylline er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	THEOCHRON	MT
<i>theophylline er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 600 mg</i>		MT
<i>theophylline oral solution 80 mg/15ml</i>		MT
Analgésicos		
Analgésicos		
<i>acetaminophen-codeine #3 oral tablet 300-30 mg</i>	TYLENOL WITH CODEINE #3	QL (42 EA per 7 days)
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5ml</i>		QL (1167 ML per 7 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg</i>		QL (42 EA per 7 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>	TYLENOL WITH CODEINE #4	QL (42 EA per 7 days)

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
ENDOCET ORAL TABLET 10-325 MG		QL (42 EA per 7 days)
ENDOCET ORAL TABLET 5-325 MG, 7.5-325 MG		QL (42 EA per 7 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15ml</i>		QL (1260 ML per 7 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg</i>	LORCET HD	QL (42 EA per 7 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg</i>	LORCET	QL (42 EA per 7 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg</i>	LORCET PLUS	QL (42 EA per 7 days)
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 7.5-200 mg</i>		QL (28 EA per 7 days)
LORCET HD ORAL TABLET 10-325 MG		QL (42 EA per 7 days)
LORCET ORAL TABLET 5-325 MG		QL (42 EA per 7 days)
LORCET PLUS ORAL TABLET 7.5-325 MG		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	QL (42 EA per 7 days)
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>	ULTRACET	QL (56 EA per 7 days)
Analgésicos Opioides, Corta Duración		
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1200 mcg, 1600 mcg, 200 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	ACTIQ	PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr</i>	DURAGESIC-100	PA; QL (10 EA per 30 days)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 12 mcg/hr</i>	DURAGESIC-12	PA; QL (10 EA per 30 days)

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 25 mcg/hr</i>	DURAGESIC-25	PA; QL (10 EA per 30 days)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 50 mcg/hr</i>	DURAGESIC-50	PA; QL (10 EA per 30 days)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 75 mcg/hr</i>	DURAGESIC-75	PA; QL (10 EA per 30 days)
FENTORA BUCCAL TABLET 100 MCG, 200 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG		PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>hydromorphone hcl oral liquid 1 mg/ml</i>	DILAUDID	
<i>hydromorphone hcl oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	DILAUDID	QL (42 EA per 7 days)
<i>hydromorphone hcl oral tablet 8 mg</i>	DILAUDID	QL (21 EA per 7 days)
<i>meperidine hcl injection solution 25 mg/ml</i>	DEMEROL	PA; QL (1440 ML per 30 days)
<i>meperidine hcl injection solution 50 mg/ml</i>	DEMEROL	PA; QL (720 ML per 30 days)
<i>morphine sulfate injection solution 10 mg/ml, 2 mg/ml, 4 mg/ml, 8 mg/ml</i>		PA
<i>oxycodone hcl oral capsule 5 mg</i>		QL (42 EA per 7 days)
<i>oxycodone hcl oral concentrate 100 mg/5ml</i>		
<i>oxycodone hcl oral solution 5 mg/5ml</i>		QL (630 ML per 7 days)
<i>oxycodone hcl oral tablet 10 mg, 20 mg</i>		QL (42 EA per 7 days)
<i>oxycodone hcl oral tablet 15 mg</i>	ROXICODONE	QL (28 EA per 7 days)
<i>oxycodone hcl oral tablet 30 mg</i>	ROXICODONE	QL (14 EA per 7 days)
<i>oxycodone hcl oral tablet 5 mg</i>	ROXICODONE	QL (42 EA per 7 days)
<i>tramadol hcl oral tablet 50 mg</i>	ULTRAM	QL (56 EA per 7 days)
Analgésicos Opioides, Larga Duración		
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg</i>		

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 8 mg</i>		QL (60 EA per 30 days)
<i>duramorph injection solution 0.5 mg/ml, 1 mg/ml</i>		PA
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1200 mcg, 1600 mcg, 200 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	ACTIQ	PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr</i>	DURAGESIC-100	PA; QL (10 EA per 30 days)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 12 mcg/hr</i>	DURAGESIC-12	PA; QL (10 EA per 30 days)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 25 mcg/hr</i>	DURAGESIC-25	PA; QL (10 EA per 30 days)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 50 mcg/hr</i>	DURAGESIC-50	PA; QL (10 EA per 30 days)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 75 mcg/hr</i>	DURAGESIC-75	PA; QL (10 EA per 30 days)
FENTORA BUCCAL TABLET 100 MCG, 200 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG		PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>hydromorphone hcl pf injection solution 10 mg/ml, 50 mg/5ml</i>		PA
<i>methadone hcl oral solution 10 mg/5ml, 5 mg/5ml</i>		QL (450 ML per 30 days)
<i>methadone hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	DOLOPHINE	QL (180 EA per 30 days)
<i>morphine sulfate (concentrate) oral solution 100 mg/5ml</i>		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>		QL (14 EA per 7 days)
<i>morphine sulfate er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 100 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg, 80 mg</i>	KADIAN	QL (14 EA per 7 days)

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release 100 mg, 15 mg, 30 mg</i>	MS CONTIN	QL (21 EA per 7 days)
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release 200 mg, 60 mg</i>	MS CONTIN	QL (14 EA per 7 days)
<i>morphine sulfate injection solution 5 mg/ml</i>		PA
<i>morphine sulfate oral solution 10 mg/5ml</i>		QL (420 ML per 7 days)
<i>morphine sulfate oral solution 20 mg/5ml</i>		QL (210 ML per 7 days)
<i>morphine sulfate oral tablet 15 mg</i>		QL (42 EA per 7 days)
<i>morphine sulfate oral tablet 30 mg</i>		QL (28 EA per 7 days)
Antiinflamatorios No-Esteroidales		
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	CELEBREX	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>celecoxib oral capsule 400 mg</i>	CELEBREX	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>		
<i>diclofenac sodium er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>		
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>		
<i>diflunisal oral tablet 500 mg</i>		
<i>etodolac er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 500 mg, 600 mg</i>		
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>		
<i>etodolac oral tablet 400 mg</i>	LODINE	
<i>etodolac oral tablet 500 mg</i>		
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg, 50 mg</i>		
<i>ibu oral tablet 600 mg, 800 mg</i>		
<i>ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml</i>		
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	IBU	

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
<i>ketoprofen oral capsule 25 mg</i>		
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	MOBIC	QL (30 EA per 30 days)
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>		
<i>naproxen dr oral tablet delayed release 375 mg</i>	EC-NAPROSYN	
<i>naproxen dr oral tablet delayed release 500 mg</i>		
<i>naproxen oral suspension 125 mg/5ml</i>	NAPROSYN	
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	NAPROSYN	
<i>naproxen oral tablet 375 mg</i>		
<i>naproxen sodium oral tablet 275 mg</i>		
<i>naproxen sodium oral tablet 550 mg</i>	ANAPROX DS	
<i>oxaprozin oral tablet 600 mg</i>	DAYPRO	
<i>piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	FELDENE	
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>		
Anestésicos		
Anestésicos Locales		
<i>lidocaine external ointment 5 %</i>		PA
<i>lidocaine external patch 5 %</i>	LIDODERM	PA; QL (90 EA per 30 days)
<i>lidocaine hcl external gel 2 %</i>	7T LIDO	PA
<i>lidocaine hcl external solution 4 %</i>		
<i>lidocaine viscous mouth/throat solution 2 %</i>		
<i>lidocaine-prilocaine external cream 2.5-2.5 %</i>		PA
Ansiolíticos		
Ansiolíticos, Otros		
<i>buspirone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>		

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

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

Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
<i>doxepin hcl oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>		PA
<i>doxepin hcl oral concentrate 10 mg/ml</i>		PA
SILENOR ORAL TABLET 3 MG, 6 MG		QL (30 EA per 30 days)
Benzodiazepinas		
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	XANAX	
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	KLONOPIN	
<i>clonazepam oral tablet dispersible 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>		
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg</i>		PA
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 7.5 mg</i>	TRANXENE-T	PA
DIASTAT ACUDIAL RECTAL GEL 10 MG, 20 MG		
DIASTAT PEDIATRIC RECTAL GEL 2.5 MG		
DIAZEPAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML		PA
<i>diazepam oral solution 5 mg/5ml</i>		PA
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	VALIUM	PA
<i>lorazepam oral concentrate 2 mg/ml</i>	LORAZEPAM INTENSOL	
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	ATIVAN	
Ssris/ Snris		
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	CYMBALTA	MT
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 40 mg</i>		MT
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5ml</i>		MT; QL (600 ML per 30 days)
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg</i>	LEXAPRO	MT; QL (60 EA per 30 days)

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
<i>escitalopram oxalate oral tablet 20 mg</i>	LEXAPRO	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>escitalopram oxalate oral tablet 5 mg</i>	LEXAPRO	MT; QL (120 EA per 30 days)
<i>paroxetine hcl er oral tablet extended release 24 hour 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg</i>	PAXIL CR	PA; MT
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	PAXIL	PA; MT
PAXIL ORAL SUSPENSION 10 MG/5ML		ST
<i>sertraline hcl oral concentrate 20 mg/ml</i>		MT
<i>sertraline hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	ZOLOFT	MT
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 150 mg</i>	EFFEXOR XR	MT; QL (60 EA per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 37.5 mg, 75 mg</i>	EFFEXOR XR	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>venlafaxine hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>		MT
Antibacteriales		
Aminoglicósidos		
<i>amikacin sulfate injection solution 500 mg/2ml</i>		
GENTAK OPHTHALMIC OINTMENT 0.3 %		
<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>		
<i>gentamicin sulfate external cream 0.1 %</i>		
<i>gentamicin sulfate external ointment 0.1 %</i>		
<i>gentamicin sulfate injection solution 40 mg/ml</i>		

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
<i>gentamicin sulfate ophthalmic solution 0.3 %</i>		
<i>neomycin sulfate oral tablet 500 mg</i>		
<i>paromomycin sulfate oral capsule 250 mg</i>		
<i>streptomycin sulfate intramuscular solution reconstituted 1 gm</i>		
TOBRADEX OPHTHALMIC OINTMENT 0.3-0.1 %		
<i>tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/5ml</i>	KITABIS PAK	PA; QL (280 ML per 28 days)
<i>tobramycin ophthalmic solution 0.3 %</i>	TOBEX	
<i>tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml, 80 mg/2ml</i>		PA
TOBEX OPHTHALMIC OINTMENT 0.3 %		
Antibacteriales		
<i>colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted 150 mg</i>	COLY-MYCIN M	PA
Antibacteriales, Otros		
<i>acetic acid otic solution 2 %</i>		
<i>bacitracin ophthalmic ointment 500 unit/gm</i>		
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	CLEOCIN	
<i>clindamycin palmitate hcl oral solution reconstituted 75 mg/5ml</i>	CLEOCIN	
<i>clindamycin phosphate external gel 1 %</i>	CLEOCIN-T	
<i>clindamycin phosphate external lotion 1 %</i>	CLEOCIN-T	
<i>clindamycin phosphate external solution 1 %</i>	CLEOCIN-T	

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
<i>clindamycin phosphate external swab 1 %</i>	CLEOCIN-T	
<i>clindamycin phosphate in d5w intravenous solution 300 mg/50ml, 600 mg/50ml, 900 mg/50ml</i>		
<i>clindamycin phosphate injection solution 300 mg/2ml, 900 mg/6ml</i>	CLEOCIN PHOSPHATE	
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i>	CLEOCIN	
<i>colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted 150 mg</i>	COLY-MYCIN M	PA
<i>daptomycin intravenous solution reconstituted 350 mg</i>		PA
<i>daptomycin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	CUBICIN	PA
<i>global alcohol prep ease pad 70 %</i>	ALCOH-GLOVE CONTOURED WIPE	MT
<i>linezolid intravenous solution 600 mg/300ml</i>	ZYVOX	PA
<i>linezolid oral suspension reconstituted 100 mg/5ml</i>	ZYVOX	PA
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i>	ZYVOX	PA
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gm</i>	HIPREX	
<i>metronidazole external cream 0.75 %</i>	METROCREAM	
<i>metronidazole external gel 0.75 %</i>	ROSDAN	
<i>metronidazole external gel 1 %</i>	METROGEL	
<i>metronidazole external lotion 0.75 %</i>	METROLOTION	
<i>metronidazole in nacl intravenous solution 500-0.79 mg/100ml-%</i>		
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	FLAGYL	
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 %</i>	METROGEL-VAGINAL	
<i>mupirocin calcium external cream 2 %</i>		
<i>mupirocin external ointment 2 %</i>	CENTANY	

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	MACRODANTIN	PA
<i>nitrofurantoin monohyd macro oral capsule 100 mg</i>	MACROBID	PA
<i>polymyxin b sulfate injection solution reconstituted 500000 unit</i>		PA
SIVEXTRO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 200 MG		PA; QL (6 EA per 15 days)
SIVEXTRO ORAL TABLET 200 MG		PA; QL (6 EA per 15 days)
SULFAMYLON EXTERNAL CREAM 85 MG/GM		
<i>tigecycline intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	TYGACIL	PA
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>		
<i>vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>		PA
<i>vancomycin hcl oral capsule 125 mg, 250 mg</i>	VANCOCIN HCL	
<i>vandazole vaginal gel 0.75 %</i>	METROGEL-VAGINAL	
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG, 550 MG		PA
Betalactámico, Cefalosporinas		
<i>cefaclor er oral tablet extended release 12 hour 500 mg</i>		
<i>cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>		
<i>cefaclor oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml, 375 mg/5ml</i>		
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>		
<i>cefadroxil oral suspension reconstituted 250 mg/5ml, 500 mg/5ml</i>		

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
<i>cefadroxil oral tablet 1 gm</i>		
<i>cefazolin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 500 mg</i>		
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>		
<i>cefdinir oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>		
<i>cefepime hcl injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	MAXIPIME	
<i>cefixime oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>	SUPRAX	
<i>cefotaxime sodium injection solution reconstituted 1 gm, 500 mg</i>		
<i>cefoxitin sodium injection solution reconstituted 10 gm</i>		PA
<i>cefoxitin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>		PA
<i>cefpodoxime proxetil oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 50 mg/5ml</i>		
<i>cefpodoxime proxetil oral tablet 100 mg, 200 mg</i>		
<i>cefprozil oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>		
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		
<i>ceftazidime injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 6 gm</i>	TAZICEF	
<i>ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 250 mg, 500 mg</i>		PA
<i>ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>		PA
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
<i>cefuroxime sodium injection solution reconstituted 7.5 gm, 750 mg</i>		PA
<i>cefuroxime sodium intravenous solution reconstituted 1.5 gm</i>		PA
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	KEFLEX	
<i>cephalexin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>		
SUPRAX ORAL CAPSULE 400 MG		
SUPRAX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 500 MG/5ML		
SUPRAX ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG, 200 MG		
TEFLARO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 MG, 600 MG		PA
Betalactámico, Otros		
<i>aztreonam injection solution reconstituted 1 gm</i>	AZACTAM	
CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED 75 MG		PA
<i>ertapenem sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>	INVANZ	PA
<i>imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 250 mg</i>		PA
<i>imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	PRIMAXIN IV	PA
<i>meropenem intravenous solution reconstituted 1 gm, 500 mg</i>	MERREM	PA
Betalactámico, Penicilinas		
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>		
<i>amoxicillin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 200 mg/5ml, 250 mg/5ml, 400 mg/5ml</i>		

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
<i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i>		
<i>amoxicillin oral tablet chewable 125 mg, 250 mg</i>		
<i>amoxicillin-pot clavulanate er oral tablet extended release 12 hour 1000-62.5 mg</i>	AUGMENTIN XR	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 200-28.5 mg/5ml, 400-57 mg/5ml</i>		
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 250-62.5 mg/5ml</i>	AUGMENTIN	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 600-42.9 mg/5ml</i>	AUGMENTIN ES-600	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg</i>		
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 500-125 mg, 875-125 mg</i>	AUGMENTIN	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg</i>		
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>		
<i>ampicillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 125 mg</i>		PA
<i>ampicillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>		PA
<i>ampicillin-sulbactam sodium injection solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 15 (10-5) gm, 3 (2-1) gm</i>	UNASYN	PA
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1200000 UNIT/2ML, 2400000 UNIT/4ML, 600000 UNIT/ML		
<i>dicloxacillin sodium oral capsule 250 mg, 500 mg</i>		
<i>nafcillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>		PA

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
<i>nafcillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>		PA
<i>oxacillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 10 gm</i>		
<i>penicillin g pot in dextrose intravenous solution 40000 unit/ml, 60000 unit/ml</i>		
<i>penicillin g potassium injection solution reconstituted 20000000 unit</i>	PFIZERPEN	
<i>penicillin g procaine intramuscular suspension 600000 unit/ml</i>		
<i>penicillin g sodium injection solution reconstituted 5000000 unit</i>		
<i>penicillin v potassium oral solution reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>		
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		
<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	
Macrólidos		
AZASITE OPHTHALMIC SOLUTION 1 %		
<i>azithromycin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	ZITHROMAX	
<i>azithromycin oral packet 1 gm</i>	ZITHROMAX	
<i>azithromycin oral suspension reconstituted 100 mg/5ml</i>	ZITHROMAX	QL (75 ML per 30 days)
<i>azithromycin oral suspension reconstituted 200 mg/5ml</i>	ZITHROMAX	QL (68 ML per 30 days)
<i>azithromycin oral tablet 250 mg</i>	ZITHROMAX	QL (8 EA per 15 days)
<i>azithromycin oral tablet 250 mg (6 pack)</i>	ZITHROMAX	QL (6 EA per 15 days)

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
<i>azithromycin oral tablet 500 mg</i>	ZITHROMAX	QL (4 EA per 15 days)
<i>azithromycin oral tablet 500 mg (3 pack)</i>	ZITHROMAX	QL (3 EA per 15 days)
<i>azithromycin oral tablet 600 mg</i>	ZITHROMAX	
<i>clarithromycin er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>		
<i>clarithromycin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>		
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		
DIFICID ORAL TABLET 200 MG		ST
E.E.S. 400 ORAL TABLET 400 MG		
<i>ery external pad 2 %</i>		
ERY-TAB ORAL TABLET DELAYED RELEASE 250 MG, 333 MG, 500 MG		
ERYTHROCIN LACTOBIONATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 500 MG		PA
ERYTHROCIN STEARATE ORAL TABLET 250 MG		
<i>erythromycin base oral capsule delayed release particles 250 mg</i>		
<i>erythromycin base oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		
<i>erythromycin ethylsuccinate oral tablet 400 mg</i>	E.E.S. 400	
<i>erythromycin external gel 2 %</i>	ERYGEL	
<i>erythromycin external solution 2 %</i>		
<i>erythromycin ophthalmic ointment 5 mg/gm</i>		
Quinolonas		
CETRAXAL OTIC SOLUTION 0.2 %		

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
CILOXAN OPHTHALMIC OINTMENT 0.3 %		
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic solution 0.3 %</i>	CILOXAN	
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 100 mg, 750 mg</i>		
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	CIPRO	
<i>ciprofloxacin hcl otic solution 0.2 %</i>	CETRAXAL	
<i>ciprofloxacin in d5w intravenous solution 200 mg/100ml</i>		
<i>ciprofloxacin oral suspension reconstituted 250 mg/5ml (5%), 500 mg/5ml (10%)</i>	CIPRO	
<i>gatifloxacin ophthalmic solution 0.5 %</i>	ZYMAXID	
<i>levofloxacin in d5w intravenous solution 500 mg/100ml, 750 mg/150ml</i>		
<i>levofloxacin intravenous solution 25 mg/ml</i>		
<i>levofloxacin oral solution 25 mg/ml</i>		
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	LEVAQUIN	
MOXEZA OPHTHALMIC SOLUTION 0.5 %		
<i>moxifloxacin hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	VIGAMOX	
<i>ofloxacin ophthalmic solution 0.3 %</i>	OCUFLOX	
<i>ofloxacin otic solution 0.3 %</i>	FLOXIN OTIC	
Sulfonamidas		
<i>silver sulfadiazine external cream 1 %</i>	SILVADENE	
<i>ssd external cream 1 %</i>	SILVADENE	

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic ointment 10 %</i>		
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic solution 10 %</i>	BLEPH-10	
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>		
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5ml</i>	SULFATRIM PEDIATRIC	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg</i>	BACTRIM	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 800-160 mg</i>	BACTRIM DS	
Tetraciclinas		
DOXY 100 INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG		
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	MORGIDOX	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg</i>		
<i>doxycycline hyclate oral tablet 150 mg, 75 mg</i>	ACTICLATE	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg</i>		
<i>minocycline hcl oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	MINOCIN	
<i>minocycline hcl oral capsule 75 mg</i>		
<i>tetracycline hcl oral capsule 250 mg, 500 mg</i>		
Anticonvulsivos		
Agentes De Aumento De Ácido Gamma-Aminobutírico (Gaba)		
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i>	ONFI	

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	ONFI	
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	KLONOPIN	
<i>clonazepam oral tablet dispersible 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>		
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg</i>		PA
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 7.5 mg</i>	TRANXENE-T	PA
DIASTAT ACUDIAL RECTAL GEL 10 MG, 20 MG		
DIASTAT PEDIATRIC RECTAL GEL 2.5 MG		
DIAZEPAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML		PA
<i>diazepam oral solution 5 mg/5ml</i>		PA
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	VALIUM	PA
<i>divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 500 mg</i>	DEPAKOTE ER	MT
<i>divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle 125 mg</i>	DEPAKOTE SPRINKLES	MT
<i>divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	DEPAKOTE	MT
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML		PA; LA; QL (600 ML per 30 days)
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg, 400 mg</i>	NEURONTIN	MT
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5ml</i>	NEURONTIN	MT
<i>gabapentin oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	NEURONTIN	MT
<i>lamotrigine oral tablet dispersible 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	LAMICTAL ODT	MT
<i>lorazepam oral concentrate 2 mg/ml</i>	LORAZEPAM INTENSOL	
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	ATIVAN	

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5ml</i>		PA
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>		PA
<i>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i>	MYSOLINE	MT
SABRIL ORAL TABLET 500 MG		PA
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG, 5 MG		QL (60 EA per 30 days)
<i>tiagabine hcl oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i>	GABITRIL	MT
<i>valproate sodium oral solution 250 mg/5ml</i>	DEPAKENE	MT
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	DEPAKENE	MT
<i>vigabatrin oral packet 500 mg</i>	SABRIL	PA
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i>	SABRIL	PA
<i>vigadrone oral packet 500 mg</i>		PA
Agentes De Canales De Sodio		
APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG, 800 MG		PA; QL (30 EA per 30 days)
APTIOM ORAL TABLET 600 MG		PA; QL (60 EA per 30 days)
BANZEL ORAL SUSPENSION 40 MG/ML		PA
BANZEL ORAL TABLET 200 MG, 400 MG		PA
<i>carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	TEGRETOL-XR	MT
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5ml</i>	TEGRETOL	MT
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>		MT
<i>carbamazepine oral tablet chewable 100 mg</i>		MT

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

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

Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
DILANTIN INFATABS ORAL TABLET CHEWABLE 50 MG		MT
DILANTIN ORAL CAPSULE 100 MG		MT
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG		MT
DILANTIN ORAL SUSPENSION 125 MG/5ML		MT
<i>epitol oral tablet 200 mg</i>		MT
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5ml</i>	TRILEPTAL	MT
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	TRILEPTAL	MT
PEGANONE ORAL TABLET 250 MG		MT
PHENYTEK ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG		MT
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5ml</i>	DILANTIN	MT
<i>phenytoin oral tablet chewable 50 mg</i>	DILANTIN INFATABS	MT
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg</i>	DILANTIN	MT
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	PHENYTEK	MT
TEGRETOL ORAL SUSPENSION 100 MG/5ML		MT
TEGRETOL ORAL TABLET 200 MG		MT
TEGRETOL-XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 100 MG, 200 MG, 400 MG		MT
VIMPAT ORAL SOLUTION 10 MG/ML		QL (1200 ML per 30 days)
VIMPAT ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG		QL (60 EA per 30 days)
VIMPAT ORAL TABLET 50 MG		MT; QL (60 EA per 30 days)

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
Agentes Modificadores De Canales De Calcio		
CELONTIN ORAL CAPSULE 300 MG		MT
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i>	ZARONTIN	MT
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5ml</i>	ZARONTIN	MT
LYRICA CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 165 MG, 330 MG, 82.5 MG		
LYRICA ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 MG, 225 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG, 75 MG		
LYRICA ORAL SOLUTION 20 MG/ML		
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	ZONEGRAN	MT
<i>zonisamide oral capsule 50 mg</i>		MT
Agentes Reductores De Glutamato		
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5ml</i>	FELBATOL	
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i>	FELBATOL	MT
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML		PA
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG		PA
<i>lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg</i>	LAMICTAL XR	MT
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	LAMICTAL	MT
<i>lamotrigine oral tablet chewable 25 mg, 5 mg</i>	LAMICTAL	MT
<i>lamotrigine starter kit-blue oral kit 25 (35) mg</i>	LAMICTAL STARTER	MT

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
<i>lamotrigine starter kit-green oral kit 25 (84)-100(14) mg</i>	LAMICTAL STARTER	MT
<i>lamotrigine starter kit-orange oral kit 25 (42)-100 (7) mg</i>	LAMICTAL STARTER	MT
<i>topiramate er oral capsule er 24 hour sprinkle 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	QUDEXY XR	MT
<i>topiramate oral capsule sprinkle 15 mg, 25 mg</i>	TOPAMAX SPRINKLE	MT
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	TOPAMAX	MT
Anticonvulsivos, Otros		
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML		PA; QL (600 ML per 30 days)
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG		PA; QL (60 EA per 30 days)
DIASTAT ACUDIAL RECTAL GEL 10 MG, 20 MG		
DIASTAT PEDIATRIC RECTAL GEL 2.5 MG		
DIAZEPAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML		PA
<i>diazepam oral solution 5 mg/5ml</i>		PA
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	VALIUM	PA
<i>levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 500 mg, 750 mg</i>	KEPPRA XR	MT
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i>	KEPPRA	MT
<i>levetiracetam oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	KEPPRA	MT
<i>rowepra oral tablet 1000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	KEPPRA	MT

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
<i>roweepra xr oral tablet extended release 24 hour 500 mg, 750 mg</i>	KEPPRA XR	MT
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 1000 MG, 250 MG, 500 MG, 750 MG		
Antidepresivos		
Antidepresivos		
<i>fluoxetine hcl oral tablet 60 mg</i>		MT
<i>olanzapine-fluoxetine hcl oral capsule 12-25 mg</i>		MT
<i>olanzapine-fluoxetine hcl oral capsule 12-50 mg, 3-25 mg, 6-25 mg, 6-50 mg</i>	SYMBYAX	MT
<i>perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg</i>		PA
Antidepresivos, Otros		
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 400 MG		PA; QL (1 EA per 28 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 300 MG, 400 MG		PA; QL (1 EA per 28 days)
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>		
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	ABILIFY	
<i>aripiprazole oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg</i>		
<i>bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	WELLBUTRIN SR	MT
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 300 mg</i>	WELLBUTRIN XL	MT

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 450 mg</i>	FORFIVO XL	MT
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i>		MT
<i>maprotiline hcl oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>		
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg</i>	REMERON	MT
<i>mirtazapine oral tablet 45 mg, 7.5 mg</i>		MT
<i>mirtazapine oral tablet dispersible 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	REMERON SOLTAB	MT
<i>nefazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>		MT
<i>perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg</i>		PA
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg</i>	SEROQUEL XR	PA; MT; 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	PA; MT; QL (60 EA per 30 days)
<i>quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg</i>	SEROQUEL	MT
<i>quetiapine fumarate oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	SEROQUEL	PA; MT
<i>trazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg, 50 mg</i>		MT
Inhibidores De Monoamino Oxidasa		
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24HR, 6 MG/24HR, 9 MG/24HR		QL (30 EA per 30 days)
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG		MT
<i>phenelzine sulfate oral tablet 15 mg</i>	NARDIL	MT

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
<i>tranylcypromine sulfate oral tablet 10 mg</i>	PARNATE	MT
Ssris/ Snris		
<i>citalopram hydrobromide oral solution 10 mg/5ml</i>		MT
<i>citalopram hydrobromide oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	CELEXA	MT
<i>desvenlafaxine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 50 mg</i>	KHEDEZLA	MT
<i>desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	PRISTIQ	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	CYMBALTA	MT
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 40 mg</i>		MT
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5ml</i>		MT; QL (600 ML per 30 days)
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg</i>	LEXAPRO	MT; QL (60 EA per 30 days)
<i>escitalopram oxalate oral tablet 20 mg</i>	LEXAPRO	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>escitalopram oxalate oral tablet 5 mg</i>	LEXAPRO	MT; QL (120 EA per 30 days)
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG		ST; QL (30 EA per 30 days)
FETZIMA TITRATION ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 20 & 40 MG		ST; QL (56 EA per 365 days)
<i>fluoxetine hcl oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	PROZAC	MT
<i>fluoxetine hcl oral capsule delayed release 90 mg</i>		MT; QL (4 EA per 28 days)
<i>fluoxetine hcl oral solution 20 mg/5ml</i>		MT
<i>fluoxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg</i>		MT

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
<i>fluvoxamine maleate er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 150 mg</i>		MT
<i>fluvoxamine maleate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>		MT
<i>paroxetine hcl er oral tablet extended release 24 hour 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg</i>	PAXIL CR	PA; MT
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	PAXIL	PA; MT
PAXIL ORAL SUSPENSION 10 MG/5ML		ST
<i>sertraline hcl oral concentrate 20 mg/ml</i>		MT
<i>sertraline hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	ZOLOFT	MT
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG		ST; QL (60 EA per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 150 mg</i>	EFFEXOR XR	MT; QL (60 EA per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 37.5 mg, 75 mg</i>	EFFEXOR XR	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>venlafaxine hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>		MT
VIIBRYD ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG		ST; QL (30 EA per 30 days)
VIIBRYD STARTER PACK ORAL KIT 10 & 20 MG		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>		PA
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>		PA; MT
<i>clomipramine hcl oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	ANAFRANIL	PA

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
<i>desipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg</i>	NORPRAMIN	PA; MT
<i>desipramine hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg</i>		PA; MT
<i>doxepin hcl oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>		PA
<i>doxepin hcl oral concentrate 10 mg/ml</i>		PA
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	TOFRANIL	PA
<i>imipramine pamoate oral capsule 100 mg, 125 mg, 150 mg, 75 mg</i>		PA
<i>nortriptyline hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	PAMELOR	PA; MT
<i>nortriptyline hcl oral solution 10 mg/5ml</i>		PA; MT
<i>protriptyline hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		PA; MT
SILENOR ORAL TABLET 3 MG, 6 MG		QL (30 EA per 30 days)
<i>trimipramine maleate oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	SURMONTIL	PA
Antieméticos		
Antieméticos, Otros		
<i>chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>		
<i>meclizine hcl oral tablet 12.5 mg</i>		PA
<i>meclizine hcl oral tablet 25 mg</i>		PA
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5ml</i>		
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	REGLAN	
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>		
PHENADOZ RECTAL SUPPOSITORY 12.5 MG		PA

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		MT
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i>	COMPRO	
<i>promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>		PA
<i>scopolamine transdermal patch 72 hour 1 mg/3days</i>	TRANSDERM-SCOP (1.5 MG)	PA; QL (10 EA per 30 days)
Terapia Adyuvante Emetogénica		
<i>aprepitant oral capsule 125 mg</i>	EMEND	PA; MT; QL (2 EA per 30 days)
<i>aprepitant oral capsule 40 mg</i>	EMEND	PA; QL (1 EA per 30 days)
<i>aprepitant oral capsule 80 & 125 mg</i>	EMEND TRI-PACK	PA; QL (3 EA per 3 days)
<i>aprepitant oral capsule 80 mg</i>	EMEND	PA; QL (2 EA per 2 days)
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	MARINOL	PA; QL (60 EA per 30 days)
EMEND ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 125 MG		PA; QL (2 EA per 30 days)
<i>granisetron hcl oral tablet 1 mg</i>		PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>ondansetron hcl oral solution 4 mg/5ml</i>		PA; QL (450 ML per 10 days)
<i>ondansetron hcl oral tablet 24 mg</i>		PA; QL (18 EA per 30 days)
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg</i>	ZOFRAN	PA; QL (45 EA per 30 days)
<i>ondansetron oral tablet dispersible 4 mg, 8 mg</i>		PA; QL (45 EA per 30 days)
Antifungales		
Antifungales		
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML		PA
AMBISOME INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MG		PA

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

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

Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
<i>amphotericin b injection solution reconstituted 50 mg</i>		PA
<i>caspofungin acetate intravenous solution reconstituted 50 mg, 70 mg</i>	CANCIDAS	PA
<i>ciclopirox external gel 0.77 %</i>		
<i>ciclopirox external shampoo 1 %</i>	LOPROX	
<i>ciclopirox external solution 8 %</i>	CICLODAN	
<i>ciclopirox olamine external cream 0.77 %</i>	LOPROX	
<i>ciclopirox olamine external suspension 0.77 %</i>	LOPROX	
<i>clotrimazole external cream 1 %</i>		
<i>clotrimazole external solution 1 %</i>	FUNGICURE INTENSIVE/NAILGUARD	
<i>clotrimazole mouth/throat lozenge 10 mg</i>		
<i>econazole nitrate external cream 1 %</i>		
<i>fluconazole in sodium chloride intravenous solution 200-0.9 mg/100ml-%, 400-0.9 mg/200ml-%</i>		PA
<i>fluconazole oral suspension reconstituted 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	DIFLUCAN	
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	DIFLUCAN	
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	ANCOBON	
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5ml</i>		
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>		
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg</i>		
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i>	SPORANOX	QL (120 EA per 30 days)
<i>ketoconazole external cream 2 %</i>		
<i>ketoconazole external shampoo 2 %</i>	NIZORAL	

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>		
MYCAMINE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG, 50 MG		PA
NATACYN OPHTHALMIC SUSPENSION 5 %		
NOXAFIL ORAL SUSPENSION 40 MG/ML		
NOXAFIL ORAL TABLET DELAYED RELEASE 100 MG		
NYAMYC EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM		
<i>nystatin external cream 100000 unit/gm</i>		
<i>nystatin external ointment 100000 unit/gm</i>		
<i>nystatin external powder 100000 unit/gm</i>		
<i>nystatin mouth/throat suspension 100000 unit/ml</i>		
<i>nystatin oral tablet 500000 unit</i>		
NYSTOP EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM		
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	LAMISIL	QL (90 EA per 365 days)
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %</i>	TERAZOL 7	
<i>terconazole vaginal cream 0.8 %</i>		
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>		
<i>voriconazole intravenous solution reconstituted 200 mg</i>	VFEND IV	
<i>voriconazole oral suspension reconstituted 40 mg/ml</i>	VFEND	
<i>voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg</i>	VFEND	
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG		PA

Antimicrobianos

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

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

Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
Antimicobacteriales, Otros		
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>		
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG		
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>	MYCOBUTIN	
Antituberculares		
<i>ethambutol hcl oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	MYAMBUTOL	
<i>isoniazid oral syrup 50 mg/5ml</i>		
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>		
PASER ORAL PACKET 4 GM		
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>		
<i>rifampin intravenous solution reconstituted 600 mg</i>	RIFADIN	
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	RIFADIN	
RIFATER ORAL TABLET 50-120-300 MG		
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG		PA
TRECTOR ORAL TABLET 250 MG		
Antineoplásicos		
Agentes Alquilantes		
<i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i>		PA
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG		
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG		PA
VALCHLOR EXTERNAL GEL 0.016 %		PA
Agentes Antiangiogénicos		
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG		PA
REVLIMID ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 25 MG, 5 MG		PA

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

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

Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG		PA
Antiandrógenos		
<i>abiraterone acetate oral tablet 250 mg</i>	ZYTIGA	PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i>	CASODEX	
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG		PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>flutamide oral capsule 125 mg</i>		
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i>	NILANDRON	
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG		PA; QL (120 EA per 30 days)
YONSA ORAL TABLET 125 MG		PA; QL (120 EA per 30 days)
ZYTIGA ORAL TABLET 500 MG		PA; QL (60 EA per 30 days)
Antimetabolitos		
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG		
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i>	HYDREA	
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG, 20-8.19 MG		
PURIXAN ORAL SUSPENSION 2000 MG/100ML		
TABLOID ORAL TABLET 40 MG		
Antineoplásicos		
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG, 100 MG, 40 MG		
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG		PA
MESNEX ORAL TABLET 400 MG		
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG		PA; QL (3 EA per 28 days)
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG		PA; QL (120 EA per 30 days)

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.25 MG		PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
TALZENNA ORAL CAPSULE 1 MG		PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 50 MG		PA
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 50 & 100 MG		PA
ZEJULA ORAL CAPSULE 100 MG		PA; QL (90 EA per 30 days)
Antineoplásicos, Otros		
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>		
REVLIMID ORAL CAPSULE 2.5 MG, 20 MG		PA
SYLATRON SUBCUTANEOUS KIT 200 MCG, 300 MCG, 600 MCG		PA
SYNRIBO SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3.5 MG		PA
Inhibidores Aromatasa, Tercera Generación		
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i>	ARIMIDEX	MT
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i>	AROMASIN	MT
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i>	FEMARA	MT
Inhibidores De Enzimas		
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG		PA; LA; QL (56 EA per 28 days)
FARYDAK ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 20 MG		PA; QL (6 EA per 21 days)
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG		PA; QL (21 EA per 28 days)
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG		PA; QL (30 EA per 30 days)

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
KISQALI 200 DOSE ORAL TABLET 200 MG		PA; QL (21 EA per 28 days)
KISQALI 400 DOSE ORAL TABLET 200 MG		PA; QL (42 EA per 28 days)
KISQALI 600 DOSE ORAL TABLET 200 MG		PA; QL (63 EA per 28 days)
KISQALI FEMARA 200 DOSE ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG		PA; QL (49 EA per 28 days)
KISQALI FEMARA 400 DOSE ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG		PA; QL (70 EA per 28 days)
KISQALI FEMARA 600 DOSE ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG		PA; QL (91 EA per 28 days)
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG		PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG		PA; QL (60 EA per 30 days)
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG		PA; LA
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML		PA; LA
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG		PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG		PA
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG		PA; QL (60 EA per 30 days)
Inhibidores Diana Moleculares		
AFINITOR ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG, 7.5 MG		PA
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG		PA; QL (240 EA per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG		PA; QL (30 EA per 30 days)

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG		PA; QL (180 EA per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET THERAPY PACK 90 & 180 MG		PA; QL (30 EA per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG, 400 MG, 500 MG		PA; QL (30 EA per 30 days)
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 50 MG		PA; LA; QL (270 EA per 30 days)
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG		PA; LA; QL (180 EA per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG		PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 40 MG, 60 MG		PA; QL (30 EA per 30 days)
CALQUENCE ORAL CAPSULE 100 MG		PA; QL (60 EA per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG		LA
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG		
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 1 X 80 & 1 X 20 MG		PA
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 1 X 80 & 3 X 20 MG		PA
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 20 MG		PA
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG		PA; QL (63 EA per 28 days)
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG		PA; LA; QL (28 EA per 28 days)
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG		PA; LA; QL (56 EA per 28 days)
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG		PA
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG		PA
ICLUSIG ORAL TABLET 15 MG		PA; QL (60 EA per 30 days)
ICLUSIG ORAL TABLET 45 MG		PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>imatinib mesylate oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	GLEEVEC	PA

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG, 70 MG		PA
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG, 560 MG		PA
INLYTA ORAL TABLET 1 MG, 5 MG		PA
IRESSA ORAL TABLET 250 MG		PA
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG		PA
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG		PA; QL (30 EA per 30 days)
LENVIMA 12 MG DAILY DOSE ORAL CAPSULE THERAPY PACK 4 (3) MG		PA; QL (90 EA per 30 days)
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 & 4 MG		PA; QL (60 EA per 30 days)
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 & 4 (2) MG		PA; QL (90 EA per 30 days)
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 (2) MG		PA; QL (60 EA per 30 days)
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 (2) & 4 MG		PA; QL (90 EA per 30 days)
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE ORAL CAPSULE THERAPY PACK 4 MG		PA; QL (90 EA per 30 days)
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE ORAL CAPSULE THERAPY PACK 4 (2) MG		PA; QL (60 EA per 30 days)
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG		PA; QL (30 EA per 30 days)
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG		PA; QL (90 EA per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG, 2 MG		PA
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG		PA; LA; QL (180 EA per 30 days)
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG		PA; QL (180 EA per 30 days)

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

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

Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
NEXAVAR ORAL TABLET 200 MG		PA
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG		PA; QL (30 EA per 30 days)
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG		PA; QL (60 EA per 30 days)
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG		PA; QL (240 EA per 30 days)
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 20 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG		PA
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG		PA; QL (120 EA per 30 days)
SUTENT ORAL CAPSULE 12.5 MG, 25 MG, 37.5 MG, 50 MG		PA
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG		PA
TAGRISSE ORAL TABLET 40 MG, 80 MG		PA; QL (30 EA per 30 days)
TARCEVA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 25 MG		PA
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG, 50 MG		PA
TYKERB ORAL TABLET 250 MG		PA
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG		PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
VOTRIENT ORAL TABLET 200 MG		PA
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG		PA
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG		PA
ZYKADIA ORAL CAPSULE 150 MG		PA
Modificadores / Antiestrógenos		
EMCYT ORAL CAPSULE 140 MG		
FARESTON ORAL TABLET 60 MG		
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 10 MG/5ML		PA

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
<i>tamoxifen citrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>		MT
<i>toremifene citrate oral tablet 60 mg</i>	FARESTON	
Retinoides		
AVITA EXTERNAL CREAM 0.025 %		PA
AVITA EXTERNAL GEL 0.025 %		PA
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i>	TARGRETIN	PA
PANRETIN EXTERNAL GEL 0.1 %		PA
TARGRETIN EXTERNAL GEL 1 %		PA
<i>tretinoin external cream 0.025 %</i>		PA
<i>tretinoin external cream 0.05 %, 0.1 %</i>	RETIN-A	PA
<i>tretinoin external gel 0.01 %</i>	RETIN-A	PA
<i>tretinoin external gel 0.025 %</i>		PA
<i>tretinoin oral capsule 10 mg</i>		
Treatment Adjuncts		
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>		
Antiparasíticos		
Antihelminticos		
<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>	ALBENZA	
ALBENZA ORAL TABLET 200 MG		
BILTRICIDE ORAL TABLET 600 MG		
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i>	STROMEKTOL	
<i>praziquantel oral tablet 600 mg</i>	BILTRICIDE	
Antiprotozoales		
ALINIA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 100 MG/5ML		
ALINIA ORAL TABLET 500 MG		
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5ml</i>	MEPRON	PA

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
<i>atovaquone-proguanil hcl oral tablet 250-100 mg, 62.5-25 mg</i>	MALARONE	
<i>benznidazole oral tablet 100 mg, 12.5 mg</i>		
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG		QL (24 EA per 30 days)
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 200 mg</i>	PLAQUENIL	
<i>mefloquine hcl oral tablet 250 mg</i>		
NEBUPENT INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED 300 MG		PA
PENTAM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 300 MG		PA
<i>primaquine phosphate oral tablet 26.3 mg</i>		
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i>	QUALAQUIN	
Pediculicidas / Scabicides		
EURAX EXTERNAL CREAM 10 %		
EURAX EXTERNAL LOTION 10 %		
<i>lindane external shampoo 1 %</i>		
<i>malathion external lotion 0.5 %</i>	OVIDE	
<i>permethrin external cream 5 %</i>	ELIMITE	
Antisicóticos		
Primera Generación, Típicos		
<i>chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>		
<i>fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml</i>		
<i>fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml</i>		
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>		

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

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

Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

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

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

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
Segunda Generación, Atípicos		
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 400 MG		PA; QL (1 EA per 28 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 300 MG, 400 MG		PA; QL (1 EA per 28 days)
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>		
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	ABILIFY	
<i>aripiprazole oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg</i>		
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 675 MG/2.4ML		PA; QL (2.4 ML per 28 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 1064 MG/3.9ML		PA; QL (4 ML per 56 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 441 MG/1.6ML		PA; QL (2 ML per 28 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 662 MG/2.4ML		PA; QL (2.4 ML per 28 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 882 MG/3.2ML		PA; QL (3 ML per 28 days)
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG		PA
FANAPT TITRATION PACK ORAL TABLET 1 & 2 & 4 & 6 MG		PA
GEODON INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED 20 MG		PA; QL (6 EA per 3 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 117 MG/0.75ML, 156 MG/ML, 39 MG/0.25ML, 78 MG/0.5ML		PA; QL (1 ML per 28 days)

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 234 MG/1.5ML		PA; QL (2 ML per 28 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 273 MG/0.875ML, 410 MG/1.315ML		PA; MT; QL (1 ML per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 546 MG/1.75ML		PA; MT; QL (2 ML per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 819 MG/2.625ML		PA; MT; QL (3 ML per 90 days)
LATUDA ORAL TABLET 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG		PA
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG		PA; QL (30 EA per 30 days)
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG		PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>olanzapine intramuscular solution reconstituted 10 mg</i>	ZYPREXA	
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	ZYPREXA	MT
<i>olanzapine oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	ZYPREXA ZYDIS	MT
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 1.5 mg, 3 mg, 6 mg, 9 mg</i>	INVEGA	
PERSERIS SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 120 MG, 90 MG		PA; QL (1 EA per 28 days)
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg</i>	SEROQUEL XR	PA; MT; 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	PA; MT; QL (60 EA per 30 days)
<i>quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg</i>	SEROQUEL	MT
<i>quetiapine fumarate oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	SEROQUEL	PA; MT

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG		PA; QL (30 EA per 30 days)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 12.5 MG, 25 MG, 37.5 MG, 50 MG		PA; QL (2 EA per 28 days)
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i>	RISPERDAL	
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	RISPERDAL	MT
<i>risperidone oral tablet dispersible 0.25 mg, 3 mg, 4 mg</i>		MT
<i>risperidone oral tablet dispersible 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	RISPERIDONE M-TAB	MT
SAPHRIS SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 10 MG, 2.5 MG, 5 MG		PA
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG		PA; QL (30 EA per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE THERAPY PACK 1.5 & 3 MG		PA; QL (14 EA per 365 days)
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	GEODON	
Antivirales		
Agentes Anti-Citomegalovirus (Cmv)		
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG		PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>valganciclovir hcl oral solution reconstituted 50 mg/ml</i>	VALCYTE	
<i>valganciclovir hcl oral tablet 450 mg</i>	VALCYTE	
ZIRGAN OPHTHALMIC GEL 0.15 %		
Agentes Anti-Hepatitis B (Hbv)		

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
<i>adefovir dipivoxil oral tablet 10 mg</i>	HEPSERA	PA
BARACLUDE ORAL SOLUTION 0.05 MG/ML		PA
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	BARACLUDE	PA
EPIVIR HBV ORAL SOLUTION 5 MG/ML		
INTRON A INJECTION SOLUTION 10000000 UNIT/ML, 6000000 UNIT/ML		PA
INTRON A INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10000000 UNIT		PA
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i>	EPIVIR	
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>	EPIVIR HBV	
<i>lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	EPIVIR	
REBETOL ORAL SOLUTION 40 MG/ML		PA
<i>ribasphere oral capsule 200 mg</i>		PA
<i>ribasphere oral tablet 200 mg</i>		PA
<i>ribasphere oral tablet 400 mg, 600 mg</i>		PA
<i>ribavirin oral capsule 200 mg</i>		PA
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>		PA
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>	VIREAD	
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG		PA; QL (28 EA per 28 days)
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/GM		
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG		
Agentes Anti-Hepatitis C (Hcv), Acción Directa		
DAKLINZA ORAL TABLET 30 MG, 60 MG, 90 MG		PA; QL (28 EA per 28 days)

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
EPCLUSA ORAL TABLET 400-100 MG		PA; QL (84 EA per 365 days)
HARVONI ORAL TABLET 90-400 MG		PA; QL (168 EA per 365 days)
MAVYRET ORAL TABLET 100-40 MG		PA; QL (336 EA per 365 days)
SOVALDI ORAL TABLET 400 MG		PA; QL (28 EA per 28 days)
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG		PA; QL (84 EA per 365 days)
Agentes Anti-Hepatitis C (Hcv), Otros		
DAKLINZA ORAL TABLET 30 MG, 60 MG, 90 MG		PA; QL (28 EA per 28 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 400-100 MG		PA; QL (84 EA per 365 days)
HARVONI ORAL TABLET 90-400 MG		PA; QL (168 EA per 365 days)
INTRON A INJECTION SOLUTION 6000000 UNIT/ML		PA
INTRON A INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10000000 UNIT, 18000000 UNIT, 50000000 UNIT		PA
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/0.5ML, 180 MCG/ML		PA
REBETOL ORAL SOLUTION 40 MG/ML		PA
<i>ribasphere oral capsule 200 mg</i>		PA
<i>ribasphere oral tablet 200 mg</i>		PA
<i>ribasphere oral tablet 400 mg, 600 mg</i>		PA
<i>ribavirin oral capsule 200 mg</i>		PA
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>		PA
SOVALDI ORAL TABLET 400 MG		PA; QL (28 EA per 28 days)
SYLATRON SUBCUTANEOUS KIT 200 MCG, 300 MCG, 600 MCG		PA

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

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

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

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

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
Agentes Anti-Hiv, Inhibidores De Proteasa		
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG		
APTIVUS ORAL SOLUTION 100 MG/ML		
<i>atazanavir sulfate oral capsule 150 mg, 200 mg, 300 mg</i>	REYATAZ	
CRIXIVAN ORAL CAPSULE 200 MG, 400 MG		
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG		
<i>fosamprenavir calcium oral tablet 700 mg</i>	LEXIVA	
INVIRASE ORAL TABLET 500 MG		
KALETRA ORAL TABLET 100-25 MG, 200-50 MG		
LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML		
<i>lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5ml</i>	KALETRA	
NORVIR ORAL PACKET 100 MG		
NORVIR ORAL SOLUTION 80 MG/ML		
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG		
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML		
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG, 600 MG, 75 MG, 800 MG		
REYATAZ ORAL PACKET 50 MG		
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i>	NORVIR	
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG		

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
Agentes Anti-Hiv, Inhibidores No-Nucleósidos De La Trascriptasa Reversa (Nnrti)		
COMPLERA ORAL TABLET 200-25-300 MG		
EDURANT ORAL TABLET 25 MG		
<i>efavirenz oral capsule 200 mg, 50 mg</i>	SUSTIVA	
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>	SUSTIVA	
INTELENCE ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG		
<i>nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>		
<i>nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 400 mg</i>	VIRAMUNE XR	
<i>nevirapine oral suspension 50 mg/5ml</i>	VIRAMUNE	
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>	VIRAMUNE	
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG		
RESCRIPTOR ORAL TABLET 100 MG, 200 MG		
VIRAMUNE ORAL TABLET 200 MG		
Agentes Anti-Hiv, Inhibidores Nucleósidos De La Trascriptasa Reversa (Nnrti)		
<i>abacavir sulfate oral solution 20 mg/ml</i>	ZIAGEN	
<i>abacavir sulfate oral tablet 300 mg</i>	ZIAGEN	
<i>abacavir sulfate-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>	EPZICOM	
<i>abacavir-lamivudine-zidovudine oral tablet 300-150-300 mg</i>	TRIZIVIR	
ATRIPLA ORAL TABLET 600-200-300 MG		

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG		
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG		
DESCOVY ORAL TABLET 200-25 MG		
<i>didanosine oral capsule delayed release 200 mg, 250 mg, 400 mg</i>	VIDEX EC	
EMTRIVA ORAL CAPSULE 200 MG		
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML		
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG		
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i>	EPIVIR	
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>	EPIVIR HBV	
<i>lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	EPIVIR	
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i>	COMBIVIR	
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG		
<i>stavudine oral capsule 15 mg</i>		
<i>stavudine oral capsule 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	ZERIT	
SYMFI LO ORAL TABLET 400-300-300 MG		
SYMFI ORAL TABLET 600-300-300 MG		
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>	VIREAD	
TRUVADA ORAL TABLET 100-150 MG, 133-200 MG, 167-250 MG, 200-300 MG		
VIDEX EC ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 125 MG		

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
VIDEX ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 4 GM		
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/GM		
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG		
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i>	RETROVIR	
<i>zidovudine oral syrup 50 mg/5ml</i>	RETROVIR	
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>		
Agentes Anti-Hiv, Otros		
FUZEON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 90 MG		
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML		
SELZENTRY ORAL TABLET 150 MG, 25 MG, 300 MG, 75 MG		
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG		
TYBOST ORAL TABLET 150 MG		
Agentes Anti-Influenza		
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>		
<i>amantadine hcl oral syrup 50 mg/5ml</i>		MT
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>		
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 30 mg</i>	TAMIFLU	QL (168 EA per 365 days)
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 45 mg, 75 mg</i>	TAMIFLU	QL (84 EA per 365 days)
<i>oseltamivir phosphate oral suspension reconstituted 6 mg/ml</i>	TAMIFLU	QL (1080 ML per 365 days)
RELENZA DISKHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 5 MG/BLISTER		QL (120 EA per 365 days)
<i>rimantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	FLUMADINE	

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
TAMIFLU ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 6 MG/ML		QL (1080 ML per 365 days)
Desórden Genético O Enzimático: Reemplazo, Modificadores, Tratamiento		
Desórden Genético O Enzimático: Reemplazo, Modificadores, Tratamiento		
CERDELGA ORAL CAPSULE 84 MG		
CREON ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 12000 UNIT, 24000-76000 UNIT, 3000-9500 UNIT, 36000 UNIT, 6000 UNIT		MT
CYSTADANE ORAL POWDER		
CYSTAGON ORAL CAPSULE 150 MG, 50 MG		
KUVAN ORAL PACKET 100 MG, 500 MG		PA
KUVAN ORAL TABLET SOLUBLE 100 MG		PA
<i>miglustat oral capsule 100 mg</i>	ZAVESCA	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
ORFADIN ORAL CAPSULE 10 MG, 2 MG, 20 MG, 5 MG		PA
ORFADIN ORAL SUSPENSION 4 MG/ML		PA
RAVICTI ORAL LIQUID 1.1 GM/ML		PA
<i>sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg</i>	BUPHENYL	PA
SUCRAID ORAL SOLUTION 8500 UNIT/ML		
XURIDEN ORAL PACKET 2 GM		PA; QL (120 EA per 30 days)

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
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		MT
Electrólitos / Minerales/ Vitaminas		
Electrólitos / Minerales/ Vitaminas		
AMINOSYN II INTRAVENOUS SOLUTION 10 %		PA
AMINOSYN II INTRAVENOUS SOLUTION 8.5 %		PA
AMINOSYN II/ELECTROLYTES INTRAVENOUS SOLUTION 8.5 %		PA
AMINOSYN/ELECTROLYTES INTRAVENOUS SOLUTION 8.5 %		PA
AMINOSYN-HBC INTRAVENOUS SOLUTION 7 %		PA
AMINOSYN-PF INTRAVENOUS SOLUTION 10 %		PA
AMINOSYN-PF INTRAVENOUS SOLUTION 7 %		PA
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %		PA
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/25) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %		PA
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %		PA
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %		PA

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %		PA
CLINIMIX/DEXTROSE (5/25) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %		PA
<i>dextrose intravenous solution 10 %, 5 %</i>		
<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>		
HEPATAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 8 %		PA
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %		PA
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION 30 %		PA
IONOSOL-MB IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION		
ISOLYTE-P IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION		
<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>		
<i>levocarnitine oral solution 1 gm/10ml</i>	CARNITOR	PA; MT
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i>	CARNITOR	MT
NEPHRAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 5.4 %		PA
NORMOSOL-M IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION		
NORMOSOL-R IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION		
<i>nutrilipid intravenous emulsion 20 %</i>	INTRALIPID	PA

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
<i>potassium chloride in dextrose intravenous solution 20-5 meq/l-%, 40-5 meq/l-%</i>		
PREMASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %		PA
PREMASOL INTRAVENOUS SOLUTION 6 %		PA
<i>prenatal oral tablet 27-1 mg</i>		MT
PROCALAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 3 %		PA
PROSOL INTRAVENOUS SOLUTION 20 %		PA
TPN ELECTROLYTES INTRAVENOUS SOLUTION		PA
TRAVASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %		PA
TROPHAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 10 %		PA
Electrólitos / Modificadores De Minerales		
AMINOSYN/ELECTROLYTES INTRAVENOUS SOLUTION 7 %		PA
AMINOSYN-RF INTRAVENOUS SOLUTION 5.2 %		PA
CHEMET ORAL CAPSULE 100 MG		
DEPEN TITRATABS ORAL TABLET 250 MG		
EXJADE ORAL TABLET SOLUBLE 125 MG, 250 MG		PA
EXJADE ORAL TABLET SOLUBLE 500 MG		PA; LA

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

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

Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
FERRIPROX ORAL SOLUTION 100 MG/ML		PA
FERRIPROX ORAL TABLET 500 MG		PA
FREAMINE HBC INTRAVENOUS SOLUTION 6.9 %		PA
KIONEX ORAL SUSPENSION 15 GM/60ML		
<i>klor-con oral packet 20 meq</i>		MT
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>		
SPS ORAL SUSPENSION 15 GM/60ML		
<i>trientine hcl oral capsule 250 mg</i>	SYPRINE	
Electrólitos / Reemplazo De Minerales		
CARBAGLU ORAL TABLET 200 MG		PA
ISOLYTE-S INTRAVENOUS SOLUTION		
<i>klor-con 10 oral tablet extended release 10 meq</i>	K-TAB	MT
<i>klor-con m10 oral tablet extended release 10 meq</i>		MT
<i>klor-con m15 oral tablet extended release 15 meq</i>		MT
<i>klor-con m20 oral tablet extended release 20 meq</i>		MT
<i>klor-con oral tablet extended release 8 meq</i>	K-TAB	MT
<i>klor-con sprinkle oral capsule extended release 10 meq, 8 meq</i>		MT
<i>magnesium sulfate injection solution 50 %</i>		
NORMOSOL-R PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION		

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
PLASMA-LYTE 148 INTRAVENOUS SOLUTION		
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS SOLUTION		
<i>potassium chloride crys er oral tablet extended release 10 meq</i>		MT
<i>potassium chloride crys er oral tablet extended release 20 meq</i>		MT
<i>potassium chloride er oral capsule extended release 10 meq, 8 meq</i>		MT
<i>potassium chloride er oral tablet extended release 10 meq, 20 meq, 8 meq</i>	K-TAB	MT
<i>potassium chloride in nacl intravenous solution 20-0.45 meq/l-%, 20-0.9 meq/l-%, 40-0.9 meq/l-%</i>		
<i>potassium chloride intravenous solution 10 meq/100ml, 20 meq/100ml</i>		
<i>potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml</i>	POTASSIUM CHLORIDE PROAMP	
<i>potassium chloride oral packet 20 meq</i>		MT
<i>potassium chloride oral solution 20 meq/15ml (10%), 40 meq/15ml (20%)</i>		MT
<i>sodium chloride intravenous solution 0.45 %, 0.9 %, 3 %, 5 %</i>		
<i>sodium chloride irrigation solution 0.9 %</i>	ARGYLE STERILE SALINE	
<i>sodium fluoride oral tablet 2.2 (1 f) mg</i>		MT
SUPREP BOWEL PREP KIT ORAL SOLUTION 17.5-3.13-1.6 GM/177ML		
Vitaminas		
<i>klor-con 10 oral tablet extended release 10 meq</i>	K-TAB	MT

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
<i>klor-con m10 oral tablet extended release 10 meq</i>		MT
<i>klor-con m15 oral tablet extended release 15 meq</i>		MT
<i>klor-con m20 oral tablet extended release 20 meq</i>		MT
<i>klor-con oral tablet extended release 8 meq</i>	K-TAB	MT
<i>klor-con sprinkle oral capsule extended release 10 meq, 8 meq</i>		MT

Listado Platino

Listado Platino

<i>aqueous vitamin d oral liquid 400 unit/ml</i>	BPROTECTED PEDIA D-VITE	
CALCIFEROL ORAL SOLUTION 8000 UNIT/ML		
<i>cvs slow release iron oral tablet extended release 143 (45 fe) mg</i>		
<i>cyanocobalamin injection solution 1000 mcg/ml</i>		
<i>d 1000 oral capsule 1000 unit</i>	PRONUTRIENTS VITAMIN D3	
<i>d 10000 oral capsule 10000 unit</i>	DECARA	
<i>d 2000 oral tablet 2000 unit</i>	THERA-D 2000	
<i>d 400 oral tablet 400 unit</i>		
<i>d 5000 oral capsule 5000 unit</i>	DIALYVITE VITAMIN D 5000	
<i>d2000 ultra strength oral capsule 2000 unit</i>		
D3 DOTS ORAL TABLET DISPERSIBLE 2000 UNIT		
DECARA ORAL CAPSULE 25000 UNIT		

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
<i>ergocalciferol oral capsule 50000 unit</i>	DRISDOL	
FEOSOL ORAL TABLET 200 (65 FE) MG		
<i>fer-iron oral solution 75 (15 fe) mg/ml</i>	BPROTECTED PEDIA IRON	
<i>ferrous sulfate cr oral tablet extended release 160 (50 fe) mg</i>		
<i>ferrous sulfate oral elixir 220 (44 fe) mg/5ml</i>	FEROSUL	
<i>ferrous sulfate oral tablet 27 mg</i>		
<i>ferrous sulfate oral tablet 325 (65 fe) mg</i>	FEROSUL	
<i>ferrous sulfate oral tablet delayed release 324 (65 fe) mg</i>		
<i>folic acid injection solution 5 mg/ml</i>		
<i>folic acid oral tablet 1 mg, 400 mcg</i>		
INFED INJECTION SOLUTION 50 MG/ML		
<i>iron oral tablet 28 mg</i>		
<i>k 100 oral tablet 100 mcg</i>		
MEPHYTON ORAL TABLET 5 MG		
<i>phytonadione injection solution 1 mg/0.5ml</i>		
<i>ra slow release iron oral tablet extended release 47.5 mg</i>		
<i>slow release iron oral tablet extended release 140 (45 fe) mg</i>		
<i>sm slow release iron oral tablet extended release 143 (45 fe) mg</i>		
<i>sm vitamin d3 oral capsule 4000 unit</i>		
THERA-D 4000 ORAL TABLET 4000 UNIT		

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
VITAMELTS VITAMIN D ORAL TABLET DISPERSIBLE 1000 UNIT		
<i>vitamin d (cholecalciferol) oral capsule 400 unit</i>		
<i>vitamin d2 oral tablet 2000 unit</i>		
<i>vitamin d3 oral capsule 50000 unit</i>	D3-50	
<i>vitamin d3 oral liquid 1200 unit/15ml</i>		
<i>vitamin d3 oral tablet 3000 unit</i>		
<i>vitamin d3 oral tablet 50000 unit</i>	DIALYVITE VITAMIN D3 MAX	
<i>vitamin k1 injection solution 10 mg/ml</i>		
WELLESSE VITAMIN D3 ORAL LIQUID 1000 UNIT/10ML		
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	MT
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG		MT
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>		MT
<i>clopidogrel bisulfate oral tablet 75 mg</i>	PLAVIX	MT
<i>prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	EFFIENT	MT
ZONTIVITY ORAL TABLET 2.08 MG		
Anticoagulantes		
COUMADIN ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 2 MG, 2.5 MG, 3 MG, 4 MG, 5 MG, 6 MG, 7.5 MG		MT

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG, 5 MG		MT
ELIQUIS STARTER PACK ORAL TABLET 5 MG		MT
<i>enoxaparin sodium subcutaneous solution 100 mg/ml</i>	LOVENOX	QL (30 ML per 30 days)
<i>enoxaparin sodium subcutaneous solution 120 mg/0.8ml, 80 mg/0.8ml</i>	LOVENOX	QL (24 ML per 30 days)
<i>enoxaparin sodium subcutaneous solution 150 mg/ml</i>	LOVENOX	MT; QL (30 ML per 30 days)
<i>enoxaparin sodium subcutaneous solution 30 mg/0.3ml</i>	LOVENOX	QL (9 ML per 30 days)
<i>enoxaparin sodium subcutaneous solution 40 mg/0.4ml</i>	LOVENOX	QL (12 ML per 30 days)
<i>enoxaparin sodium subcutaneous solution 60 mg/0.6ml</i>	LOVENOX	QL (18 ML per 30 days)
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 10 mg/0.8ml</i>	ARIXTRA	PA; QL (24 ML per 30 days)
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 2.5 mg/0.5ml</i>	ARIXTRA	PA; QL (15 ML per 30 days)
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 5 mg/0.4ml</i>	ARIXTRA	PA; QL (12 ML per 30 days)
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 7.5 mg/0.6ml</i>	ARIXTRA	PA; QL (18 ML per 30 days)
<i>heparin sodium (porcine) injection solution 1000 unit/ml, 10000 unit/ml, 20000 unit/ml, 5000 unit/ml</i>		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>		MT
PRADAXA ORAL CAPSULE 110 MG, 150 MG, 75 MG		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	MT

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 20 MG		MT
XARELTO STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 15 & 20 MG		
Hemostasis Agents		
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	LYSTEDA	
Modificadores De La Formación De Sangre		
<i>anagrelide hcl oral capsule 0.5 mg</i>	AGRYLIN	
<i>anagrelide hcl oral capsule 1 mg</i>		
GRANIX SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6ML		PA
GRANIX SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MCG/0.5ML, 480 MCG/0.8ML		PA
LEUKINE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 250 MCG		
NEUPOGEN INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML		PA; QL (16 ML per 30 days)
NEUPOGEN INJECTION SOLUTION 480 MCG/1.6ML		PA; QL (26 ML per 30 days)
NEUPOGEN INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MCG/0.5ML		PA; QL (5 ML per 30 days)
NEUPOGEN INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 480 MCG/0.8ML		PA; QL (8 ML per 30 days)
PROCRIT INJECTION SOLUTION 10000 UNIT/ML, 2000 UNIT/ML, 20000 UNIT/ML, 3000 UNIT/ML, 4000 UNIT/ML, 40000 UNIT/ML		PA

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
PROMACTA ORAL PACKET 12.5 MG		PA; QL (360 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG		PA; QL (360 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 25 MG		PA; QL (180 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 50 MG		PA; QL (90 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 75 MG		PA; QL (60 EA per 30 days)
Reguladores De Glucosa En Sangre		
Agentes Antidiabéticos		
<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	PRECOSE	MT; QL (90 EA per 30 days)
BYDUREON BCISE SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 2 MG/0.85ML		MT; QL (3.4 ML per 28 days)
BYDUREON SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR 2 MG		MT; QL (4 EA per 28 days)
BYETTA 10 MCG PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 10 MCG/0.04ML		MT; QL (2.4 ML per 30 days)
BYETTA 5 MCG PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 5 MCG/0.02ML		MT; QL (1.2 ML per 30 days)
<i>colesevelam hcl oral packet 3.75 gm</i>	WELCHOL	MT
<i>colesevelam hcl oral tablet 625 mg</i>	WELCHOL	MT
<i>glimpiride oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	AMARYL	MT; 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	MT; QL (60 EA per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	GLUCOTROL	MT; QL (120 EA per 30 days)
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG		ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
INVOKAMET ORAL TABLET 150-1000 MG, 150-500 MG, 50-1000 MG		ST; MT; QL (60 EA per 30 days)

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
INVOKAMET ORAL TABLET 50-500 MG		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		ST; MT; QL (60 EA per 30 days)
INVOKANA ORAL TABLET 100 MG		ST; MT; QL (90 EA per 30 days)
INVOKANA ORAL TABLET 300 MG		ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG		ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG		ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG		ST; MT; QL (60 EA per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG		ST; MT; QL (60 EA per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG		ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	GLUCOPHAGE XR	MT; QL (120 EA per 30 days)
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 750 mg</i>	GLUCOPHAGE XR	MT; QL (60 EA per 30 days)
<i>metformin hcl oral tablet 1000 mg</i>	GLUCOPHAGE	MT; QL (60 EA per 30 days)
<i>metformin hcl oral tablet 500 mg, 850 mg</i>	GLUCOPHAGE	MT; QL (90 EA per 30 days)
<i>miglitol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	GLYSET	MT; QL (90 EA per 30 days)
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>	STARLIX	MT; QL (90 EA per 30 days)
ONGLYZA ORAL TABLET 2.5 MG, 5 MG		ST; MT; QL (30 EA per 30 days)

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

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

Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
OZEMPIC SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 0.25 OR 0.5 MG/DOSE, 1 MG/DOSE		MT; QL (6 ML per 28 days)
<i>pioglitazone hcl oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	ACTOS	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg</i>		MT; QL (120 EA per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 1 mg</i>	PRANDIN	MT; QL (120 EA per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>	PRANDIN	MT; QL (240 EA per 30 days)
SYMLINPEN 120 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2700 MCG/2.7ML		PA; QL (11 ML per 30 days)
SYMLINPEN 60 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 1500 MCG/1.5ML		PA; QL (6 ML per 30 days)
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1000 MG, 12.5-500 MG, 5-1000 MG, 5-500 MG		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		ST; MT; QL (60 EA per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25-1000 MG		ST; QL (30 EA per 30 days)
<i>tolazamide oral tablet 250 mg</i>		MT; QL (120 EA per 30 days)
<i>tolazamide oral tablet 500 mg</i>		MT; QL (60 EA per 30 days)
<i>tolbutamide oral tablet 500 mg</i>		MT; QL (180 EA per 30 days)
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG		ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
VICTOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 18 MG/3ML		MT; QL (9 ML per 30 days)
Agentes Glicémicos		

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

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

Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
GLUCAGEN HYPOKIT INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 1 MG		
GLUCAGON EMERGENCY INJECTION KIT 1 MG		
KORLYM ORAL TABLET 300 MG		PA; QL (120 EA per 30 days)
PROGLYCEM ORAL SUSPENSION 50 MG/ML		
Insulinas		
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 1 ML		MT
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML		MT
<i>gauze sterile pad 2"x2"</i>	BAND-AID GAUZE SMALL	MT
EXEL COMFORT POINT PEN NEEDLE 29G X 12MM		MT
HUMALOG KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML, 200 UNIT/ML		MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (50-50) 100 UNIT/ML		MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMALOG MIX 50/50 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (50-50) 100 UNIT/ML		MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (75-25) 100 UNIT/ML		MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMALOG MIX 75/25 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (75-25) 100 UNIT/ML		MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMALOG SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML		MT; QL (30 ML per 30 days)

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
HUMULIN 70/30 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN- INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML		MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMULIN 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML		MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMULIN N KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN- INJECTOR 100 UNIT/ML		MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMULIN N SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML		MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMULIN R INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML		MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML		PA; QL (30 ML per 30 days)
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN- INJECTOR 500 UNIT/ML		PA; QL (30 ML per 30 days)
LANTUS SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN- INJECTOR 100 UNIT/ML		MT; QL (30 ML per 30 days)
LANTUS SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML		MT; QL (30 ML per 30 days)
LEVEMIR FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN- INJECTOR 100 UNIT/ML		MT; QL (30 ML per 30 days)
LEVEMIR SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML		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	MT
RELI-ON INSULIN SYRINGE 29G 0.3 ML		MT

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
TOUJEO MAX SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN- INJECTOR 300 UNIT/ML		MT; QL (30 ML per 30 days)
TOUJEO SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN- INJECTOR 300 UNIT/ML		MT; QL (30 ML per 30 days)
Reguladores De Glucosa En Sangre		
<i>glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>		MT; QL (120 EA per 30 days)
JANUMET ORAL TABLET 50-1000 MG, 50-500 MG		ST; MT; QL (60 EA per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100-1000 MG		ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 50-1000 MG, 50-500 MG		ST; MT; QL (60 EA per 30 days)
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG		ST; MT; QL (60 EA per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG		ST; MT; QL (60 EA per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG		ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
KOMBIGLYZE XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG		ST; MT; QL (60 EA per 30 days)
KOMBIGLYZE XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG, 5-500 MG		ST; MT; QL (30 EA per 30 days)

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

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

Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
<i>pioglitazone hcl-glimepiride oral tablet 30-2 mg, 30-4 mg</i>	DUETACT	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl oral tablet 15-500 mg, 15-850 mg</i>	ACTOPLUS MET	MT; QL (90 EA per 30 days)
<i>repaglinide-metformin hcl oral tablet 1-500 mg, 2-500 mg</i>		MT; QL (150 EA per 30 days)
Relajantes Musculo Esqueletales		
Relajantes Musculo Esqueletales		
<i>cyclobenzaprine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		PA
<i>cyclobenzaprine hcl oral tablet 7.5 mg</i>	FEXMID	PA
<i>tizanidine hcl oral capsule 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	ZANAFLEX	
<i>tizanidine hcl oral tablet 2 mg</i>		
<i>tizanidine hcl oral tablet 4 mg</i>	ZANAFLEX	
Non-Frf		
Non-Frf		
Agentes Bloqueadores De Canales De Calcio		
<i>afeditab cr oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg</i>	ADALAT CC	MT
Agentes Antidiabéticos		
BYDUREON SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED ER 2 MG		MT; QL (4 EA per 28 days)
Betalactámico, Cefalosporinas		
<i>cefotaxime sodium injection solution reconstituted 2 gm</i>		
Quinolonas		

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

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

Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
<i>ciprofloxacin intravenous solution 400 mg/40ml</i>		
<i>Electrólitos / Minerales/ Vitaminas</i>		
CLINIMIX/DEXTROSE (2.75/5) INTRAVENOUS SOLUTION 2.75 %		PA
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/20) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %		PA
<i>Estrógenos</i>		
<i>estropipate oral tablet 1.5 mg</i>		PA
<i>Laxantes</i>		
GAVILYTE-H ORAL KIT 5-210 MG-GM		
<i>polyethylene glycol 3350 oral powder</i>	CLEARLAX	
<i>Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Modificadores/Hormonas Sexuales)</i>		
GILDAGIA ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG		
NECON 1/50 (28) ORAL TABLET 1-50 MG-MCG		MT
NECON 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG		MT
VESTURA ORAL TABLET 3-0.02 MG		MT
ZENCHENT ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG		
<i>Antineoplásicos/ Agentes Alquilantes</i>		
HEXALEN ORAL CAPSULE 50 MG		PA

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

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
Agentes Anti-Hiv, Inhibidores De Proteasa		
INVIRASE ORAL CAPSULE 200 MG		
NORVIR ORAL CAPSULE 100 MG		
Antiinflamatorios No-Esteroidales		
ketoprofen oral capsule 50 mg, 75 mg		
Antineoplásicos		
LYNPARZA ORAL CAPSULE 50 MG		PA
Glucocorticoides		
methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml, 80 mg/ml	DEPO-MEDROL	
triamcinolone acetanide injection suspension 40 mg/ml	KENALOG	
Agentes Oftálmicos Para Glaucoma		
metipranolol ophthalmic solution 0.3 %		MT
Agentes Anti-Hepatitis C (Hcv), Otros		
moderiba oral tablet 200 mg		PA
Agentes Orales Y Dentales		
perio gard mouth/throat solution 0.12 %	PAROEX	
Agentes Cardiovasculares		
triamterene-hctz oral capsule 50-25 mg		MT
Antisicóticos, Resistente A Tratamiento		
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML		

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

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

Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
<i>Agentes Anti-Hiv, Inhibidores Nucleósidos De La Trascriptasa Reversa (Nnrti)</i>		
ZERIT ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 1 MG/ML		
<i>Inmunosupresores</i>		
ENBREL MINI SOLUTION CARTRIDEGE 50MG/ML SUBCUTANEOUS		PA; QL (8 ML per 28 days)

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

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

Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

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

Indice

A		
abacavir sulfate.....	131	
abacavir sulfate-lamivudine .	131	
abacavir-lamivudine-zidovudine	131	
ABELCET.....	111	
ABILIFY MAINTENA 106, 124		
abiraterone acetate.....	115	
acamprosate calcium	68	
acarbose.....	145	
acebutolol hcl	17	
acetaminophen-codeine.....	83	
acetaminophen-codeine #3.....	83	
acetazolamide	27, 62	
acetazolamide er.....	27	
acetic acid.....	91	
acetylcysteine	76	
acitretin.....	32	
ACTHIB.....	59	
ACTIMMUNE.....	55	
acyclovir.....	129	
acyclovir sodium	129	
ADACEL.....	59	
adapalene.....	32	
ADCIRCA.....	78	
adefovir dipivoxil.....	127	
ADEMPAS.....	78	
ADVAIR DISKUS.....	77, 79, 81	
ADVAIR HFA.....	77, 79, 81	
AFEDITAB CR.....	151	
AFINITOR.....	55, 117	
AFINITOR DISPERZ.....	55	
ala-cort.....	40	
albendazole.....	121	
ALBENZA.....	121	
albuterol sulfate.....	81, 82	
albuterol sulfate er.....	81	
albuterol sulfate hfa.....	81	
alclometasone dipropionate....	40	
ALECENSA.....	117	
alendronate sodium	75	
alfuzosin hcl er	38	
ALINIA.....	121	
allopurinol	10	
alosetron hcl	35	
ALPHAGAN P.....	62	
alprazolam	89	
ALREX.....	64	
ALTAVERA	44	
ALUNBRIG	117, 118	
ALYQ.....	78	
amantadine hcl.....	71, 133	
AMBISOME	111	
amikacin sulfate.....	90	
amiloride hcl.....	26	
amiloride-hydrochlorothiazide	19	
AMINOSYN II.....	135	
AMINOSYN II/ELECTROLYTES.....	135	
AMINOSYN/ELECTROLYTE S.....	135, 137	
AMINOSYN-HBC.....	135	
AMINOSYN-PF.....	135	
AMINOSYN-RF	137	
amiodarone hcl	23	
AMITIZA	35	
amitriptyline hcl	109	
amlodipine besy-benazepril hcl	19	
amlodipine besylate.....	18	
amlodipine besylate-valsartan	19	
amlodipine-olmesartan	20	
amlodipine-valsartan-hctz	20	
ammonium lactate	32	
AMNESTEEM	32	
amoxapine	109	
amoxicillin.....	95, 96	
amoxicillin-pot clavulanate ...	96	
amoxicillin-pot clavulanate er	96	
amphetamine-dextroamphet er	30	
amphetamine- dextroamphetamine	30	
amphotericin b.....	112	
ampicillin.....	96	
ampicillin sodium.....	96	
ampicillin-sulbactam sodium .	96	
ANADROL-50	49	
anagrelide hcl	144	
anastrozole.....	116	
ANDRODERM	49	
ANORO ELLIPTA.....	76	
APOKYN	72	
aprepitant	111	
APRI.....	44	
APRISO.....	73	
APTIOM.....	102	
APTIVUS	130	
aqueous vitamin d.....	140	
ARANELLE.....	44	
ARCALYST	55	
aripiprazole.....	106, 124	
ARISTADA.....	124	
ARISTADA INITIO.....	124	
armodafinil	66	
ARNUITY ELLIPTA.....	79	
aspirin-dipyridamole er	142	
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR	148	
atazanavir sulfate	130	
atenolol	17	
atenolol-chlorthalidone.....	20	
atomoxetine hcl	31	
atorvastatin calcium.....	25	
atovaquone.....	121	
atovaquone-proguanil hcl	122	
ATRIPLA	131	
atropine sulfate	65	
ATROVENT HFA.....	81	
AUBAGIO.....	31	
AUBRA	44	
AVIANE.....	44	
AVITA.....	32, 121	
AZASITE	97	
azathioprine	55	
azelastine hcl	62, 79	
azithromycin.....	97, 98	
AZOPT	63	
aztreonam	95	
B		
bacitracin	91	
bacitracin-polymyxin b.....	61	
bacitra-neomycin-polymyxin-hc	61	
baclofen	68	
balsalazide disodium	73	
BALZIVA.....	44	
BANZEL	102	
BARACLUDGE.....	127	
bcg vaccine	59	
benazepril hcl.....	27	

benazepril-hydrochlorothiazide	20	BYDUREON BCISE	145	CERDELGA.....	134
BENLYSTA.....	56	BYETTA 10 MCG PEN.....	145	cetirizine hcl	79
benznidazole.....	122	BYETTA 5 MCG PEN.....	145	CETRAXAL.....	98
benzoyl peroxide-erythromycin	32	C		cevimeline hcl.....	65
benztropine mesylate.....	72	cabergoline	53	CHANTIX	67
BEPREVE	62	CABOMETYX.....	118	CHANTIX CONTINUING	
betamethasone dipropionate.. 12,	32, 40	CALCIFEROL	140	MONTH PAK	67
betamethasone dipropionate aug	12, 40	calcipotriene	32	CHANTIX STARTING	
betamethasone valerate	12, 40	calcitonin (salmon).....	75	MONTH PAK	67
BETASERON	31	calcitriol.....	75	CHEMET.....	137
betaxolol hcl	17, 63	calcium acetate (phos binder).39		chlorhexidine gluconate.....	65
bethanechol chloride	37	CALQUENCE.....	118	chloroquine phosphate.....	122
BETOPTIC-S	63	CAMILA	50	chlorothiazide	27
bexarotene	121	CANASA.....	73	chlorpromazine hcl	110, 122
BEXSERO.....	59	candesartan cilexetil	23	chlorthalidone	27
bicalutamide	115	candesartan cilexetil-hctz	20	CHOLBAM	34
BICILLIN L-A	96	CAPRELSA.....	118	cholestyramine light	25
BIKTARVY	129	captopril.....	27	CIALIS	37
BILTRICIDE.....	121	captopril-hydrochlorothiazide	20	ciclopirox.....	112
bimatoprost.....	63, 65	CARBAGLU	138	ciclopirox olamine	112
bisoprolol fumarate	17	carbamazepine	15, 102	cilostazol.....	142
bisoprolol-hydrochlorothiazide	20	carbamazepine er.....	15, 102	CILOXAN	99
BIVIGAM	54	carbidopa-levodopa	73	CIMDUO.....	132
BLEPHAMIDE S.O.P.....	13, 61	carbidopa-levodopa er	73	cimetidine	35
BOOSTRIX.....	59	carbidopa-levodopa-entacapone	71	cimetidine hcl	35
BOSULIF.....	118	carteolol hcl	63	CINRYZE.....	55
BRAFTOVI.....	118	<i>CARTIA XT</i>	18	CIPRODEX	66
BREO ELLIPTA	82	carvedilol	17	ciprofloxacin.....	99, 152
briellyn	44	carvedilol phosphate er.....	17	ciprofloxacin hcl.....	99
BRILINTA	142	casposfungin acetate	112	ciprofloxacin in d5w.....	99
brimonidine tartrate	63	CAYSTON	77, 95	citalopram hydrobromide	108
BRIVIACT.....	105	cefaclor	93	CLARAVIS	32
bromocriptine mesylate	53, 72	cefaclor er	93	clarithromycin.....	98
budesonide.....	35, 44, 73, 79	cefadroxil.....	93, 94	clarithromycin er	98
bumetanide	26	cefazolin sodium.....	94	clindamycin hcl	91
buprenorphine hcl.....	68, 85, 86	cefdinir.....	94	clindamycin palmitate hcl.....	91
buprenorphine hcl-naloxone hcl	68	cefepime hcl	94	clindamycin phosphate	91, 92
bupropion hcl.....	107	cefexime	94	in d5w	92
bupropion hcl er (smoking det)	67	cefotaxime sodium	94, 151	CLINIMIX/DEXTROSE	
bupropion hcl er (sr).....	106	cefoxitin sodium.....	94	(2.75/5)	152
bupropion hcl er (xl).....	106, 107	cefpodoxime proxetil.....	94	CLINIMIX/DEXTROSE	
buspironone hcl	88	cefprozil.....	94	(4.25/10)	135
BYDUREON.....	145, 151	ceftazidime	94	CLINIMIX/DEXTROSE	
		ceftriaxone sodium	94	(4.25/20)	152
		cefuroxime axetil.....	94	CLINIMIX/DEXTROSE	
		cefuroxime sodium	95	(4.25/25)	135
		celecoxib.....	11, 87	CLINIMIX/DEXTROSE	
		CELONTIN	104	(4.25/5)	135
		cephalexin.....	95		

CLINIMIX/DEXTROSE (5/15)	cyclobenzaprine hcl.....	151	dextroamphetamine sulfate.....	30
.....	cyclophosphamide.....	114	dextrose.....	136
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20)	cyclosporine.....	56	dextrose-nacl.....	136
.....	cyclosporine modified.....	56	DIASTAT ACUDIAL...89, 101,	
CLINIMIX/DEXTROSE (5/25)	cyproheptadine hcl.....	79	105	
.....	CYSTADANE.....	134	DIASTAT PEDIATRIC 89, 101,	
clobazam.....	CYTAGON.....	134	105	
clomipramine hcl.....	CYSTARAN.....	65	diazepam.....89, 101, 105	
clonazepam.....	D		DIAZEPAM INTENSOL.....89,	
clonidine.....	d 1000.....	140	101, 105	
clonidine hcl.....	d 10000.....	140	diclofenac potassium.....	11, 87
clopidogrel bisulfate.....	d 2000.....	140	diclofenac sodium.11, 33, 64, 87	
clorazepate dipotassium .89, 101	d 400.....	140	diclofenac sodium er.....	11, 87
clotrimazole.....	d 5000.....	140	dicloxacillin sodium.....	96
clotrimazole-betamethasone...32	d2000 ultra strength.....	140	dicyclomine hcl.....	36
clozapine.....	D3 DOTS.....	140	didanosine.....	132
COARTEM.....	DAKLINZA.....	127, 128	DIFICID.....	98
colchicine.....	dalfampridine er.....	31	diflunisal.....	11, 87
colchicine-probenecid.....	DALIRESP.....	83	<i>DIGITEK</i>	21, 22
colesevelam hcl.....	danazol.....	49	<i>DIGOX</i>	22
colestipol hcl.....	dantrolene sodium.....	69	digoxin.....	22
colistimethate sodium (cba) ..91,	dapsone.....	114	dihydroergotamine mesylate ..70	
92	DAPTACEL.....	59	DILANTIN.....	103
COLOCORT.....	daptomycin.....	92	DILANTIN INFATABS.....	103
COMBIGAN.....	DAURISMO.....	118	diltiazem hcl.....	18
COMBIVENT RESPIMAT...77	<i>DEBLITANE</i>	45	diltiazem hcl er.....	18
COMETRIQ (100 MG DAILY	DECARA.....	140	diltiazem hcl er beads.....	18
DOSE).....	DELSTRIGO.....	132	diltiazem hcl er coated beads..18	
COMETRIQ (140 MG DAILY	DELYLA.....	45	dilt-xr.....	18
DOSE).....	DELZICOL.....	35, 73	DIPENTUM.....	73
COMETRIQ (60 MG DAILY	DEMSEER.....	20	diphenoxylate-atropine.....	34
DOSE).....	DEPEN TITRATABS.....	37, 56,	diphtheria-tetanus toxoids dt ..59	
COMFORT ASSIST INSULIN	137		disulfiram.....	68
SYRINGE.....	DEPO-PROVERA.....	50	divalproex sodium....	15, 70, 101
COMPLERA.....	DESCOVY.....	132	divalproex sodium er	15, 70, 101
constulose.....	desipramine hcl.....	110	dofetilide.....	23
COPIKTRA.....	desloratadine.....	79	donepezil hcl.....	10
CORLANOR.....	desmopressin ace spray refrig	51	dorzolamide hcl.....	63
cortisone acetate.....	desmopressin acetate.....	51	dorzolamide hcl-timolol mal ..63	
COTELLIC.....	desogestrel-ethinyl estradiol...45		dorzolamide hcl-timolol mal pf	
COUMADIN.....	desonide.....	41	.....	63
CREON.....	desoximetasone.....	41	doxazosin mesylate.....	22, 38
CRIVAN.....	desvenlafaxine er.....	108	doxepin hcl.....	33, 66, 89, 110
cromolyn sodium.....	desvenlafaxine succinate er..	108	DOXY 100.....	100
CRYSSELLE-28.....	dexamethasone.....	13, 41, 74	doxycycline hyclate..33, 65, 100	
CVS GAUZE STERILE.....	DEXAMETHASONE		doxycycline monohydrate33, 65,	
cvs slow release iron.....	INTENSOL.....	13, 41, 74	100	
cyanocobalamin.....	dexamethasone sodium		dronabinol.....	111
CYCLAFEM 1/35.....	phosphate.....	64	drosiprenone-ethinyl estradiol	45
CYCLAFEM 7/7/7.....	DEXILANT.....	36	DROXIA.....	115

duloxetine hcl	29, 89, 108	erythromycin base	98	flecainide acetate	24
duramorph	86	erythromycin ethylsuccinate...	98	FLOVENT DISKUS	80
DUREZOL	64	ESBRIET.....	77, 78	FLOVENT HFA.....	80
dutasteride	38	escitalopram oxalate .	89, 90, 108	fluconazole	112
dutasteride-tamsulosin hcl.....	38	esomeprazole magnesium.....	36	fluconazole in sodium chloride	
E		estazolam	29	.....	112
E.E.S. 400.....	98	estradiol	50	flucytosine	112
econazole nitrate.....	112	estradiol valerate.....	45, 50	fludrocortisone acetate.....	41
EDURANT.....	131	estropipate	50, 152	flunisolide	80
efavirenz	131	ethambutol hcl	114	fluocinolone acetonide.....	41
eletriptan hydrobromide	69	ethosuximide	104	fluocinolone acetonide scalp ..	41
ELIQUIS	143	ethynodiol diac-eth estradiol ..	45	fluocinonide.....	33, 41, 42
ELIQUIS STARTER PACK	143	etidronate disodium	75	fluocinonide emulsified base..	41
ELMIRON.....	38	etodolac	11, 87	fluorometholone	64
EMCYT	120	etodolac er	11, 87	fluorouracil	33
EMEND.....	111	EURAX	122	fluoxetine hcl.....	106, 108
EMOQUETTE	45	EVOTAZ.....	130	fluphenazine decanoate	122
EMSAM	107	EXEL COMFORT POINT PEN		fluphenazine hcl.....	122, 123
EMTRIVA.....	132	NEEDLE	148	flurbiprofen.....	11, 87
enalapril maleate	27	exemestane	116	flurbiprofen sodium	64
enalapril-hydrochlorothiazide	20	EXJADE.....	137	flutamide.....	115
ENBREL	56	ezetimibe	25	fluticasone propionate	33, 42, 80
ENBREL SURECLICK.....	56	ezetimibe-simvastatin.....	20	fluticasone-salmeterol.....	82
ENDOCET	84	F		fluvastatin sodium	25
ENGERIX-B	59	FALMINA.....	45	fluvoxamine maleate	109
enoxaparin sodium	143	famciclovir.....	129	fluvoxamine maleate er	109
ENPRESSE-28.....	45	famotidine.....	35	FML.....	64
ENSKYCE	45	FANAPT	124	folic acid	141
entacapone.....	71	FANAPT TITRATION PACK		fondaparinux sodium	143
entecavir	127	.....	124	FORTEO.....	75
ENTRESTO	23	FARESTON	120	fosamprenavir calcium	130
enulose.....	36	FARYDAK.....	116	fosinopril sodium.....	27
EPCLUSA	128	felbamate	104	fosinopril sodium-hctz.....	20
EPIDIOLEX.....	101	felodipine er.....	18	FREAMINE HBC	138
epinephrine	82	fenofibrate	24	furosemide	26
EPINEPHRINE	82	fenofibrate micronized	24	FUZEON	133
<i>EPITOL</i>	15, 103	fenofibric acid.....	24	FYAVOLV	45
EPIVIR HBV.....	127	fenfentanyl.....	84, 85, 86	FYCOMPA.....	104
eplerenone	26	fenfentanyl citrate.....	84, 86	G	
ergocalciferol.....	141	FENTORA.....	85, 86	gabapentin.....	101
ERIVEDGE.....	118	FEOSOL.....	141	galantamine hydrobromide.....	10
ERLEADA	115	fer-iron.....	141	galantamine hydrobromide er.	10
ERRIN.....	50	FERRIPROX.....	138	GAMMAGARD	55
ertapenem sodium	95	ferrous sulfate	141	GAMMAGARD S/D LESS IGA	
ery.....	98	ferrous sulfate cr.....	141	.....	55
ERY-TAB.....	98	FETZIMA.....	108	GAMMAPLEX	55
ERYTHROCIN		FETZIMA TITRATION	108	GAMUNEX-C.....	55
LACTOBIONATE.....	98	finasteride	38	GARDASIL 9.....	59
ERYTHROCIN STEARATE.	98	FIRAZYR.....	55	gatifloxacin	99
erythromycin	98	<i>FLAC</i>	66	GATTEX	34

<i>GAVILYTE-C</i>	37	HUMALOG.....	148	imipramine pamoate	110
<i>GAVILYTE-G</i>	37	HUMALOG KWIKPEN	148	imiquimod.....	33
<i>GAVILYTE-H</i>	152	HUMALOG MIX 50/50.....	148	IMOVAX RABIES	59
<i>GAVILYTE-N WITH FLAVOR</i>		HUMALOG MIX 50/50		INCASSIA.....	45
<i>PACK</i>	37	KWIKPEN.....	148	INCRELEX	51
gemfibrozil	24	HUMALOG MIX 75/25.....	148	INCRUSE ELLIPTA.....	76, 81
generlac	37	HUMALOG MIX 75/25		indapamide	27
GENGRAF.....	56	KWIKPEN.....	148	INFANRIX.....	59
GENTAK	90	HUMIRA.....	57	INFED	141
gentamicin in saline.....	90	HUMIRA PEDIATRIC		INLYTA	119
gentamicin sulfate	90, 91	CROHNS START	56, 57	INTELENCE	131
GENVOYA	129	HUMIRA PEN	57	INTRALIPID.....	136
GEODON.....	14, 124	HUMIRA PEN-CD/UC/HS		INTRON A	127, 128
GIANVI.....	45	STARTER	57	INTROVALE	45
GILDAGIA	152	HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL		INVEGA SUSTENNA.124, 125	
GILENYA	31	HS START	57	INVEGA TRINZA	125
GILOTRIF.....	118	HUMULIN 70/30.....	149	INVIRASE	130, 153
glatiramer acetate	31	HUMULIN 70/30 KWIKPEN		INVOKAMET.....	145, 146
GLATOPA	32	.....	149	INVOKAMET XR	146
GLEOSTINE.....	115	HUMULIN N	149	INVOKANA.....	146
glimepiride	145	HUMULIN N KWIKPEN....	149	IONOSOL-MB IN D5W	136
glipizide.....	145	HUMULIN R	149	IPOL	60
glipizide er.....	145	HUMULIN R U-500		ipratropium bromide.....	81
glipizide-metformin hcl.....	150	(CONCENTRATED)	149	ipratropium-albuterol.....	78
global alcohol prep ease	92	HUMULIN R U-500		irbesartan	23
GLUCAGEN HYPOKIT	148	KWIKPEN.....	149	irbesartan-hydrochlorothiazide	
GLUCAGON EMERGENCY		hydralazine hcl	28	.....	20, 27
.....	148	hydrochlorothiazide.....	27	IRESSA	119
glycopyrrolate.....	36	hydrocodone-acetaminophen..	84	iron.....	141
GLYXAMBI	145	hydrocodone-ibuprofen	84	ISENTRESS	129
GOLYTELY.....	37	hydrocortisone	13, 42, 74	ISENTRESS HD	129
granisetron hcl	111	hydrocortisone butyrate.....	42	ISIBLOOM.....	45
GRANIX	144	hydrocortisone valerate	42	ISOLYTE-P IN D5W	136
griseofulvin microsize.....	112	hydrocortisone valerate	42	ISOLYTE-S.....	138
griseofulvin ultramicrosize..	112	hydrocortisone-acetic acid.....	66	isoniazid.....	114
guanfacine hcl	23	hydromorphone hcl.....	85	isosorbide dinitrate	28
guanfacine hcl er	31	hydromorphone hcl pf	86	isosorbide dinitrate er	28
guanidine hcl	13	hydroxychloroquine sulfate..	122	isosorbide mononitrate	28
H		hydroxyurea.....	115	isosorbide mononitrate er	28
halobetasol propionate.....	42	I		isotretinoin.....	33
haloperidol.....	123	ibandronate sodium	75	isradipine	18
haloperidol decanoate.....	123	IBRANCE	116	itraconazole.....	112
haloperidol lactate	123	<i>IBU</i>	11, 87	ivermectin	121
HARVONI	128	ibuprofen	11, 87	IXIARO	60
HAVRIX	59	ICLUSIG	118	J	
heparin sodium (porcine)	143	IDHIFA	116	JAKAFI	119
HEPATAMINE.....	136	ILEVRO	64	<i>JANTOVEN</i>	143
HETLIOZ.....	66	imatinib mesylate	118	JANUMET	150
HEXALEN	152	IMBRUVICA	119	JANUMET XR.....	150
HIBERIX.....	59	imipenem-cilastatin	95	JANUVIA.....	146
		imipramine hcl.....	110		

JARDIANCE.....	146	lamotrigine er	15, 104	levobunolol hcl	63
JENTADUETO	146, 150	lamotrigine starter kit-blue	16, 104	levocarnitine	136
JENTADUETO XR.....	146, 150	lamotrigine starter kit-green ..	16, 105	levocetirizine dihydrochloride	79
JOLIVETTE.....	50	lamotrigine starter kit-orange	16, 105	levofloxacin	99
JULUCA.....	132	lansoprazole.....	36	levofloxacin in d5w	99
JUNEL 1.5/30.....	45	lanthanum carbonate.....	39	LEVONEST	46
JUNEL 1/20.....	46	LANTUS	149	levonorgest-eth estrad 91-day.	46
JUNEL FE 1.5/30.....	46	LANTUS SOLOSTAR.....	149	levonorgestrel-ethinyl estrad ..	46
JUNEL FE 1/20.....	46	LARIN 1.5/30.....	46	LEVORA 0.15/30 (28)	47
JUXTAPID.....	25	LARIN 1/20.....	46	LEVO-T.....	52
K		LARIN FE 1.5/30	46	levothyroxine sodium	52
k 100.....	141	LARIN FE 1/20	46	LEVOXYL	52
KALETRA	130	LASTACAPT	62	LEXIVA	130
KALYDECO.....	77	latanoprost	65	lidocaine	88
KARIVA	46	LATUDA.....	125	lidocaine hcl.....	88
kcl in dextrose-nacl	136	LEENA.....	46	lidocaine viscous	88
KELNOR 1/35.....	46	leflunomide.....	55	lidocaine-prilocaine	88
KELNOR 1/50.....	46	LENVIMA 10 MG DAILY		lindane	122
ketoconazole.....	112, 113	DOSE.....	119	linezolid	92
ketoprofen.....	88, 153	LENVIMA 12 MG DAILY		LINZESS	35
ketorolac tromethamine.....	64	DOSE.....	119	liothyronine sodium.....	52
KINRIX.....	60	LENVIMA 14 MG DAILY		lisinopril.....	27, 28
KIONEX.....	138	DOSE.....	119	lisinopril-hydrochlorothiazide	20
KISQALI 200 DOSE	117	LENVIMA 18 MG DAILY		lithium.....	16
KISQALI 400 DOSE	117	DOSE.....	119	lithium carbonate	16
KISQALI 600 DOSE	117	LENVIMA 20 MG DAILY		lithium carbonate er.....	16
KISQALI FEMARA 200 DOSE		DOSE.....	119	LONSURF.....	115
.....	117	LENVIMA 24 MG DAILY		loperamide hcl	34
KISQALI FEMARA 400 DOSE		DOSE.....	119	lopinavir-ritonavir.....	130
.....	117	LENVIMA 4 MG DAILY		lorazepam	89, 101
KISQALI FEMARA 600 DOSE		DOSE.....	119	LORBRENA.....	119
.....	117	LENVIMA 8 MG DAILY		LORCET.....	84
<i>KLOR-CON</i>	138, 140	DOSE.....	119	LORCET HD.....	84
<i>KLOR-CON 10</i>	138, 139	LESSINA.....	46	LORCET PLUS.....	84
<i>KLOR-CON M10</i>	138, 140	LETAIRIS	78	LORYNA	47
<i>KLOR-CON M15</i>	138, 140	letrozole	116	losartan potassium	23
<i>KLOR-CON M20</i>	138, 140	leucovorin calcium	116, 121	losartan potassium-hctz	21
<i>KLOR-CON SPRINKLE</i>	138, 140	LEUKERAN	114	LOTEMAX.....	64
KOMBIGLYZE XR.....	150	LEUKINE.....	144	lovastatin.....	25
KORLYM.....	148	leuprolide acetate.....	53	LOW-OGESTREL	47
KURVELO.....	46	levalbuterol hcl.....	82	loxapine succinate	123
KUVAN	134	levalbuterol tartrate.....	82	LUMIGAN	65
KYNAMRO	25	LEVEMIR	149	LUPANETA PACK	53
L		LEVEMIR FLEXTOUCH ...	149	LUPRON DEPOT (1-MONTH)	
labetalol hcl	17	levetiracetam	105	.....	53
lactulose.....	37	levetiracetam er	105	LUPRON DEPOT (3-MONTH)	
lamivudine.....	127, 132	LEVITRA.....	38	.....	53
lamivudine-zidovudine.....	132			LUPRON DEPOT (4-MONTH)	
lamotrigine	15, 16, 101, 104			.....	53

LUPRON DEPOT (6-MONTH)		mycophenolate sodium.....58
.....	54	MYORISAN.....33
LUTERA.....	47	MYRBETRIQ.....39
LYNPARZA.....	115, 153	N
LYRICA.....	29, 104	nabumetone.....11, 88
LYRICA CR.....	29, 104	nadolol.....17
LYSODREN.....	53	nafeillin sodium.....96, 97
LYZA.....	50	naloxone hcl.....67
M		naltrexone hcl.....68
magnesium sulfate.....	138	naproxen.....12, 88
malathion.....	122	naproxen dr.....11, 12, 88
maprotiline hcl.....	107	naproxen sodium.....12, 88
marlissa.....	47, 50	naratriptan hcl.....69
MARPLAN.....	107	NATACYN.....113
MATULANE.....	114	nateglinide.....146
<i>MATZIM LA</i>	18	NATPARA.....75
MAVYRET.....	128	NEBUPENT.....122
MAXIDEX.....	64	NECON 0.5/35 (28).....47
meclizine hcl.....	110	NECON 1/50 (28).....152
medroxyprogesterone acetate 50,		NECON 7/7/7.....152
51		nefazodone hcl.....107
mefloquine hcl.....	122	neomycin sulfate.....91
megestrol acetate.....	51	neomycin-bacitracin zn-
MEKINIST.....	119	polymyx.....61
MEKTOVI.....	119	neomycin-polymyxin-dexameth
meloxicam.....	11, 88	.....62
memantine hcl.....	10	neomycin-polymyxin-
memantine hcl er.....	10	gramicidin.....62
MENACTRA.....	60	neomycin-polymyxin-hc..62, 66
MENEST.....	50	NEORAL.....58
MENVEO.....	60	NEPHRAMINE.....136
mepiridine hcl.....	85	NERLYNX.....119
MEPHYTON.....	141	NEUPOGEN.....144
mercaptapurine.....	57	NEUPRO.....72
meropenem.....	95	NEVANAC.....64
mesalamine.....	73	nevirapine.....131
MESNEX.....	115	nevirapine er.....131
METADATE ER.....	31	NEXAVAR.....120
metformin hcl.....	146	niacin er (antihyperlipidemic) 25
metformin hcl er.....	146	NIACOR.....26
methadone hcl.....	86	nicardipine hcl.....18
methazolamide.....	27, 63	NICOTROL.....68
methenamine hippurate.....	92	NICOTROL NS.....68
methimazole.....	54	nifedipine er.....18
methotrexate.....	57	nifedipine er osmotic release..19
methotrexate sodium.....	58	NIKKI.....47
methotrexate sodium (pf).....	57	nilutamide.....115
methoxsalen rapid.....	33	nimodipine.....19
methylclothiazide.....	27	NINLARO.....115
methylphenidate hcl.....	31	nisoldipine er.....19
methylphenidate hcl er.....	31	
methylprednisolone	13, 43, 74	
methylprednisolone acetate..	153	
metipranolol.....	153	
metoclopramide hcl.....	34, 110	
metolazone.....	27	
metoprolol succinate er.....	17	
metoprolol tartrate.....	17	
metoprolol-hydrochlorothiazide		
.....	21	
metronidazole.....	92	
metronidazole in nacl.....	92	
mexiletine hcl.....	24	
MICROGESTIN 1.5/30.....	47	
MICROGESTIN 1/20.....	47	
MICROGESTIN FE 1.5/30....	47	
MICROGESTIN FE 1/20.....	47	
midodrine hcl.....	23	
MIGERGOT.....	70	
miglitol.....	146	
miglustat.....	134	
MINITRAN.....	28	
minocycline hcl.....	66, 100	
minoxidil.....	28	
mirtazapine.....	107	
misoprostol.....	37, 52	
M-M-R II.....	60	
modafinil.....	66	
<i>MODERIBA</i>	153	
moexipril hcl.....	28	
moexipril-hydrochlorothiazide		
.....	21	
molindone hcl.....	123	
mometasone furoate.....	43	
MONONESSA.....	47	
montelukast sodium.....	80	
morphine sulfate.....	85, 87	
morphine sulfate (concentrate)		
.....	86	
morphine sulfate er.....	86, 87	
morphine sulfate er beads.....	86	
MOVANTIK.....	34	
MOVIPREP.....	37	
MOXEZA.....	99	
moxifloxacin hcl.....	99	
MULTAQ.....	24	
mupirocin.....	92	
mupirocin calcium.....	92	
MYCAMINE.....	113	
mycophenolate mofetil.....	58	

NITRO-BID	29	ondansetron	111	perphenazine-amitriptyline..	106,
NITRO-DUR.....	29	ondansetron hcl.....	111	107	
nitrofurantoin macrocrystal ...	93	ONGLYZA.....	146	PERSERIS	125
nitrofurantoin monohyd macro		OPSUMIT	78	PHENADOZ.....	110
.....	93	ORFADIN	134	phenelzine sulfate	107
nitroglycerin	29	ORKAMBI	77	phenobarbital	102
nizatidine	35	ORSYTHIA.....	48	PHENYTEK.....	103
NORA-BE	47	oseltamivir phosphate.....	133	phenytoin	103
NORDITROPIN FLEXPRO..	51	OSPHENA.....	48, 49	phenytoin sodium extended..	103
norethindrone	51	oxacillin sodium	97	PHOSPHOLINE IODIDE	63
norethindrone acetate	51	oxandrolone.....	50	phytonadione	141
NORLYROC.....	47	oxaprozin.....	12, 88	PIFELTRO	131
NORMOSOL-M IN D5W....	136	oxcarbazepine.....	103	pilocarpine hcl	63, 66
NORMOSOL-R IN D5W.....	136	oxybutynin chloride.....	39	pimozide	123
NORMOSOL-R PH 7.4	138	oxybutynin chloride er.....	39	PIMTREA.....	48
NORTHERA	23	oxycodone hcl.....	85	pindolol.....	17
NORTREL 0.5/35 (28).....	47	oxycodone-acetaminophen....	84	pioglitazone hcl	147
NORTREL 1/35 (21).....	47	OZEMPIC	147	pioglitazone hcl-glimepiride.	151
NORTREL 1/35 (28).....	47	P		pioglitazone hcl-metformin hcl	
NORTREL 7/7/7	47	PACERONE.....	24	.....	151
nortriptyline hcl.....	110	paliperidone er	125	piperacillin sod-tazobactam so	97
NORVIR.....	130, 153	PANRETIN	121	PIRMELLA 1/35	48
NOXAFIL	113	pantoprazole sodium.....	36	piroxicam.....	12, 88
NUCALA	78	paricalcitol.....	75	PLASMA-LYTE 148	139
NUEDEXTA	29	paromomycin sulfate	91	PLASMA-LYTE A	139
<i>NULYTELY WITH FLAVOR</i>		paroxetine hcl	90, 109	podofilox.....	33
<i>PACKS.....</i>	37	paroxetine hcl er	90, 109	polyethylene glycol 3350	152
NUPLAZID.....	125	PASER.....	114	polymyxin b sulfate	93
nutrilipid.....	136	PAXIL	90, 109	polymyxin b-trimethoprim	62
NUVARING.....	48	PAZEO	62	POMALYST.....	114
NYAMYC	113	PEDIARIX	60	PORTIA-28	48
nystatin	113	PEDVAX HIB.....	60	potassium chloride.....	139
nystatin-triamcinolone.....	33	peg 3350/electrolytes.....	37	potassium chloride crys er....	139
NYSTOP	113	peg 3350-kcl-na bicarb-nacl...37		potassium chloride er.....	139
O		peg-3350/electrolytes	37	potassium chloride in dextrose	
OCELLA	48	PEGANONE	103	.....	137
octreotide acetate.....	54	PEGASYS	128	potassium chloride in nacl	139
ODEFSEY	132	penicillin g pot in dextrose	97	potassium citrate er.....	38
ODOMZO	120	penicillin g potassium.....	97	PRADAXA.....	143
OFEV	77, 78, 120	penicillin g procaine	97	pramipexole dihydrochloride..	72
ofloxacin.....	99	penicillin g sodium	97	pramipexole dihydrochloride er	
olanzapine.....	14, 125	penicillin v potassium.....	97	.....	72
olanzapine-fluoxetine hcl	106	PENTAM.....	122	prasugrel hcl	142
olmesartan medoxomil	23	pentoxifylline er	22	pravastatin sodium.....	25
olmesartan medoxomil-hctz ..	21,	PERFOROMIST	82	praziquantel	121
23		perindopril erbumine	28	prazosin hcl.....	22, 38
olmesartan-amlodipine-hctz...21		<i>PERIOGARD.....</i>	153	prednisolone	13, 43, 74
olopatadine hcl	62, 79	permethrin	122	prednisolone acetate ...	13, 64, 74
omega-3-acid ethyl esters.....	26	perphenazine.....	110, 123	prednisolone sodium phosphate	
omeprazole	36			.....	13, 43, 64, 74

prednisone 13, 43, 74
 PREDNISON INTENSOL . 13,
 43, 74
 preferred plus insulin syringe
 149
 PREMARIN 50
 PREMASOL..... 137
 PREMPRO 48
 prenatal 137
 PREVALITE 26
 PREVIFEM 48
 PREVYMIS..... 126
 PREZCOBIX..... 130
 PREZISTA 130
 PRIFTIN..... 114
 primaquine phosphate 122
 primidone 102
 PRIVIGEN 55
 probenecid 11
 PROCALAMINE 137
 prochlorperazine 111
 prochlorperazine maleate 111,
 123
 PROCRT 144
 PROCTO-PAK..... 43
 PROCTOSOL HC 75
 PROCTOZONE-HC..... 34, 43
 progesterone micronized 51
 PROGLYCEM 148
 PROLASTIN-C..... 76
 PROLIA 76
 PROMACTA..... 145
 promethazine hcl 79, 111
 propafenone hcl 24
 propafenone hcl er 24
 proparacaine hcl 65
 propranolol hcl 17
 propranolol hcl er 17
 propranolol-hetz 21
 propylthiouracil 54
 PROQUAD..... 60
 PROSOL..... 137
 protriptyline hcl 110
 PULMICORT FLEXHALER 80
 PULMOZYME..... 77, 78
 PURIXAN 115
 pyrazinamide 114
 pyridostigmine bromide 14
 pyridostigmine bromide er 14

Q
 QUADRACEL 60
 QUASENSE 48
 quetiapine fumarate 14, 107, 125
 quetiapine fumarate er ... 14, 107,
 125
 quinapril hcl..... 28
 quinapril-hydrochlorothiazide 21
 quinidine gluconate er 24
 quinidine sulfate 24
 quinine sulfate 122
R
 ra slow release iron..... 141
 RABAVERT 60
 raloxifene hcl..... 49
 ramipril 28
 RANEXA 22
 ranitidine hcl..... 36
 RAPAMUNE..... 58
 rasagiline mesylate 72
 RAVICTI..... 134
 REBETOL 127, 128
 RECLIPSEN..... 48
 RECOMBIVAX HB..... 60
 REGRANEX 33
 RELENZA DISKHALER ... 133
 RELI-ON INSULIN SYRINGE
 149
 RELISTOR 35
 repaglinide 147
 repaglinide-metformin hcl ... 151
 REPATHA..... 26
 REPATHA PUSHTRONEX
 SYSTEM 26
 REPATHA SURECLICK 26
 RESCRIPTOR..... 131
 RESTASIS..... 65
 REVATIO 78
 REVLIMID 114, 116
 REXULTI..... 126
 REYATAZ 130
RIBASPHERE..... 127, 128
 ribavirin 127, 128
 rifabutin 114
 rifampin 114
 RIFATER 114
 riluzole..... 29
 rimantadine hcl 133
 risedronate sodium 76
 RISPERDAL CONSTA . 14, 126

risperidone 14, 15, 126
 ritonavir 130
 rivastigmine 10
 rivastigmine tartrate..... 10
 rizatriptan benzoate 69
 ropinirole hcl 72
 ropinirole hcl er 72
 rosuvastatin calcium 25
 ROTARIX 60
 ROTATEQ 60
ROWEEPRA 105
ROWEEPRA XR 106
 ROZEREM..... 66
 RUBRACA..... 115
 RYDAPT 120
S
 SABRIL 102
 SANDIMMUNE..... 58
 SANTYL 33
 SAPHRIS..... 15, 126
 SAVELLA 30
 SAVELLA TITRATION PACK
 30
 scopolamine..... 111
 selegiline hcl 72, 73
 selenium sulfide..... 33
 SELZENTRY 133
 SENSIPAR 76
 SEREVENT DISKUS 82
 sertraline hcl 90, 109
 sevelamer carbonate 39
 SHAROBEL 48
 SHINGRIX 60
 SIGNIFOR..... 54
 sildenafil citrate 78
 SILENOR 89, 110
 silver sulfadiazine..... 99
 SIMBRINZA 63
 simvastatin 25
 sirolimus 58
 SIRTURO 114
 SIVEXTRO 93
 slow release iron 141
 sm slow release iron 141
 sm vitamin d3 141
 sodium chloride 139
 sodium fluoride..... 139
 sodium phenylbutyrate ... 38, 134
 sodium polystyrene sulfonate
 138

SOLTAMOX.....	120	SYNAREL.....	54	TIVICAY.....	129
SOMATULINE DEPOT	54	SYNJARDY	147	tizanidine hcl	69, 151
SOMAVERT	54	SYNJARDY XR.....	147	TOBRADEX	91
<i>SORINE</i>	24	SYNRIBO	116	tobramycin.....	91
sotalol hcl	24	SYNTHROID.....	52, 53	tobramycin sulfate	91
sotalol hcl (af).....	24	T		tobramycin-dexamethasone....	62
SOVALDI	128	TABLOID	115	TOBREX	91
SPIRIVA HANDIHALER.....	81	tacrolimus	34, 58	tolazamide.....	147
SPIRIVA RESPIMAT	81	TAFINLAR	120	tolbutamide.....	147
spironolactone	26	TAGRISSO	120	tolterodine tartrate	39
spironolactone-hctz	21	TALZENNA.....	116	tolterodine tartrate er	39
SPRINTEC 28.....	48	TAMIFLU	134	topiramate.....	70, 105
SPRITAM.....	106	tamoxifen citrate.....	121	topiramate er.....	105
SPRYCEL	120	tamsulosin hcl.....	39	toremifene citrate.....	121
SPS	138	TARCEVA	120	torsemide	26
SRONYX	48	TARGRETIN	121	TOUJEO MAX SOLOSTAR	
SSD.....	99	TARINA FE 1/20	48	.....	150
stavudine.....	132	TASIGNA	120	TOUJEO SOLOSTAR	150
STIOLTO RESPIMAT	76	tazarotene.....	34	TPN ELECTROLYTES	137
STIVARGA.....	120	TAZORAC	34	TRADJENTA.....	147
streptomycin sulfate	91	<i>TAZTIA XT</i>	19	tramadol hcl.....	85
STRIBILD.....	129	TDVAX.....	60	tramadol-acetaminophen	84
SUBOXONE.....	68	TEFLARO.....	95	trandolapril	28
SUCRAID	134	TEGRETOL	16, 103	tranexamic acid.....	144
sucalfate	37	TEGRETOL-XR	16, 103	tranylcyromine sulfate	108
sulfacetamide sodium.....	62, 65, 100	telmisartan-hctz	21	TRAVASOL.....	137
sulfacetamide-prednisolone... 13, 62		temazepam.....	67	TRAVATAN Z.....	65
sulfadiazine.....	100	TENIVAC	61	trazodone hcl	107
sulfamethoxazole-trimethoprim		tenofovir disoproxil fumarate		TRECATOR.....	114
.....	100	.....	127, 132	TRELSTAR MIXJECT	54
SULFAMYLON.....	93	terazosin hcl.....	22, 39	tretinoin.....	34, 121
sulfasalazine	75	terbinafine hcl.....	113	triamcinolone acetonide...43, 44, 66, 153	
sulindac.....	12, 88	terbutaline sulfate	82	triamterene-hctz.....	21, 153
sumatriptan.....	69	terconazole.....	113	TRIDERM	44
sumatriptan succinate	69, 70	testosterone.....	49	trientine hcl.....	138
sumatriptan succinate refill	69	testosterone cypionate	49	trifluoperazine hcl.....	123
SUPRAX	95	testosterone enanthate.....	49	trifluridine.....	129
SUPREP BOWEL PREP KIT		tetrabenazine.....	29	trihexyphenidyl hcl.....	72
.....	139	tetracycline hcl	100	TRI-LEGEST FE.....	48
SUTENT.....	120	THALOMID.....	115	<i>TRILYTE</i>	37
SYLATRON.....	116, 128	THEO-24	83	trimethoprim	93
SYMBICORT.....	78	theophylline	83	trimipramine maleate.....	110
SYMFI.....	132	theophylline er.....	83	TRINESSA (28)	48
SYMFI LO	132	THERA-D 4000	141	TRINTELLIX.....	109
SYMLINPEN 120.....	147	thioridazine hcl.....	123	TRI-PREVIFEM.....	49
SYMLINPEN 60.....	147	thiothixene	123	TRI-SPRINTEC	49
SYMPAZAN.....	102	tiagabine hcl	102	TRIUMEQ.....	133
SYMTUZA.....	129	TIBSOVO.....	117	TRIVORA (28).....	49
		tigecycline	93	TROPHAMINE.....	137
		timolol maleate	17, 63, 70		

trospium chloride.....	39	VERZENIO	117	XELJANZ.....	58
TRUMENBA	61	VESICARE	39	XELJANZ XR.....	58
TRUVADA	132	VESTURA.....	152	XGEVA	76
TWINRIX.....	61	VIAGRA	38	XIFAXAN	35, 93
TYBOST	133	VICTOZA	147	XOLAIR.....	78
TYKERB.....	120	VIDEX.....	133	XOSPATA.....	117
TYPHIM VI.....	61	VIDEX EC	132	XTANDI.....	115
U		vigabatrin.....	102	XURIDEN	134
ULORIC	11	<i>VIGADRONE</i>	102	XYREM.....	67
<i>UNITHROID</i>	53	VIIBRYD	109	Y	
UPTRAVI.....	22	VIIBRYD STARTER PACK		YF-VAX.....	61
ursodiol.....	35	.....	109	YONSA	115
V		VIMPAT.....	103	Z	
valacyclovir hcl	129	VIRACEPT	130	zafirlukast	80
VALCHLOR	34, 114	VIRAMUNE	131	zaleplon.....	67
valganciclovir hcl	126	VIREAD.....	127, 133	ZEJULA	116
valproate sodium	16, 70, 102	VITAMELTS VITAMIN D .	142	ZELBORAF	120
valproic acid	16, 70, 102	vitamin d (cholecalciferol) ...	142	ZEMAIRA.....	76
valsartan	23	vitamin d2.....	142	ZENATANE.....	34
valsartan-hydrochlorothiazide	21	vitamin d3.....	142	ZENCHENT	152
vancomycin hcl	93	vitamin k1.....	142	ZENPEP	135
<i>VANDAZOLE</i>	93	VITRAKVI.....	117	ZERIT	154
VARIVAX	61	VIZIMPRO.....	120	zidovudine	133
VARIZIG	61	voriconazole	113	ziprasidone hcl.....	15, 126
VASCEPA.....	26	VOSEVI	128	ZIRGAN	126
VELIVET	49	VOTRIENT.....	120	ZOLINZA.....	113, 117
VEMLIDY	127	VRAYLAR.....	15, 126	zolmitriptan.....	70
VENCLEXTA.....	116	VYFEMLA.....	49	zolpidem tartrate	67
VENCLEXTA STARTING		W		zolpidem tartrate er.....	67
PACK	116	warfarin sodium.....	143	zonisamide.....	104
venlafaxine hcl	90, 109	WELLESSE VITAMIN D3 .	142	ZONTIVITY.....	142
venlafaxine hcl er	90, 109	X		ZORTRESS	58
VENTAVIS.....	78	XALKORI.....	120	ZOSTAVAX.....	61
VENTOLIN HFA.....	83	XARELTO	144	ZOVIA 1/35E (28)	49
verapamil hcl	19	XARELTO STARTER PACK		ZYDELIG.....	117
verapamil hcl er.....	19	.....	144	ZYKADIA.....	120
VERSACLOZ	153	XATMEP.....	58	ZYTIGA	115

Este formulario fue actualizado el 23 de abril de 2019. Para información más reciente, o para otras preguntas, por favor, comuníquese con Servicios al Afiliado de MMM Healthcare, LLC 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.mmmpr.com.

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

MMM Healthcare, LLC es un plan de cuidado coordinado con un contrato Medicare Advantage y un contrato con el programa Medicaid de Puerto Rico. La afiliación en MMM depende de la renovación de contrato.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call MMM at 1-866-333-5470 (TTY: 1-866-333-5469).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 MMM 1-866-333-5470, (TTY: 1-866-333-5469).

H4003 Y0049_2019 1085 0001 2_C