Medicare y Mucho Más

MMM Alianza Bienestar (HMO POS)

MMM Alianza SEA (HMO POS)

Formulario para 2020

(Lista de medicamentos cubiertos)

LEA LO SIGUIENTE: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN ACERCA DE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN

HPMS ID 20505, Versión # 9

Este formulario fue actualizado el 6 de octubre de 2019. Para información más reciente, o para otras preguntas, por favor, comuníquese con Servicios al Afiliado de MMM Healthcare, LLC, al 1-866-333-5470, los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-333-5469, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., o visite www.mmmpr.com.

Nota para los afiliados actuales: Este Formulario ha cambiado con respecto al año pasado. Revise este documento para asegurarse de que aún contiene los medicamentos que toma.

Cuando esta Lista de medicamentos (Formulario) menciona "nosotros", "nos" o "nuestro", hace referencia a MMM Healthcare, LLC. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", hace referencia a MMM Alianza Bienestar/ MMM Alianza SEA.

Este documento incluye una lista de los medicamentos (Formulario) de nuestro plan, la cual está en vigencia desde el 6 de octubre de 2019. Para obtener un formulario actualizado, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y contraportada.

Generalmente, debe concurrir a las farmacias de la red para usar el beneficio de medicamentos con receta. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias o los copagos/el coaseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2020 y periódicamente durante el año.

¿Qué es el Formulario de Medicare y Mucho Más?

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

¿Puede cambiar el Formulario (lista de medicamentos)?

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

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

- **Nuevos medicamentos genéricos.** Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con un nuevo medicamento genérico que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido más bajo y con las mismas restricciones o menos. Además, cuando agreguemos el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero inmediatamente moverlo a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones. Si actualmente está tomando ese medicamento de marca, quizás no le informemos con antelación antes de que realicemos el cambio, pero más adelante le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hemos realizado.

    - Si realizamos un cambio, usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. En el aviso que le proporcionamos también se incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y usted también puede encontrar información en la sección a continuación titulada "¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de Medicare y Mucho Más?".

- **Medicamentos retirados del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos considera que un medicamento de nuestro Formulario es inseguro o el fabricante del medicamento lo retira del mercado, eliminaremos de inmediato dicho medicamento de nuestro Formulario y les notificaremos a los afiliados que toman el medicamento en cuestión.

- **Otros cambios.** Podemos hacer otros cambios que afectan a los afiliados que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca que actualmente se encuentre en el Formulario o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o moverlo a un nivel de costo compartido diferente. O bien, podemos hacer cambios en función de las nuevas pautas clínicas. Si retiramos medicamentos de nuestro Formulario, o agregamos autorizaciones previas, restricciones de límite de cantidad o de terapia escalonada en un medicamento o si pasamos un medicamento a un nivel superior de costo compartido, debemos notificarles a los afiliados afectados por el cambio al menos 30 días antes de que entre en vigencia dicho cambio, o cuando el afiliado solicite un resurtido del medicamento, momento en el cual el afiliado recibirá un suministro del medicamento para un mes.

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

Cambios que no lo afectarán si actualmente toma el medicamento. En general, si usted toma un medicamento de nuestro Formulario para 2020 que estaba cubierto al comienzo del año, nosotros no descontinuaremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cubierta 2020, excepto como se describe anteriormente. Esto significa que, por el resto del año de cubierta, estos medicamentos continuarán disponibles al mismo costo compartido y sin nuevas restricciones para aquellos afiliados que estén tomándolos.

El Formulario adjunto es vigente a partir del 1 de enero de 2020. Para recibir información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por nuestro plan, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en las páginas de la portada y contraportada. En el caso de cambios en el formulario, no de mantenimiento a mitad de año, todos los afiliados afectados serán notificados por correo (al menos 60 días antes de que el cambio entre en vigencia). Además, una versión actualizada de nuestro formulario impreso se actualizará la primera semana del mes efectivo y se publicará en nuestro sitio web www.mmmpr.com.

¿Cómo utilizo el Formulario?

Hay dos formas para encontrar su medicamento dentro del Formulario:

Condición médica

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

Listado alfabético

Si no está seguro de qué categoría consultar, debe buscar su medicamento en el Índice que comienza en la página 156. El Índice proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. En el Índice, están tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Busque en el Índice y encuentre su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de página donde puede encontrar información acerca de la cubierta. Vaya a la página que figura en el Índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

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

¿Hay alguna restricción en mi cubierta?

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

- **Autorización previa:** Nuestro plan exige que usted o su médico obtenga una autorización previa para determinados medicamentos. Esto significa que necesitará contar con la aprobación de nuestro plan antes de obtener sus medicamentos con receta. Si no consigue la autorización, es posible que nuestro plan no cubra el medicamento.

- **Límites de cantidad:** Para ciertos medicamentos, nuestro plan limita la cantidad del medicamento que cubrirá. Por ejemplo, nuestro plan proporciona 60 tabletas por receta para *glimepiride*. Esto puede ser complementario a un suministro estándar para un mes o tres meses.

- **Terapia escalonada:** En algunos casos, nuestro plan requiere que usted primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su condición médica antes de que cubramos otro medicamento para esa enfermedad. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan su condición médica, es posible que nuestro plan no cubra el medicamento B a menos que usted pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, entonces nuestro plan cubrirá el medicamento B.

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

Puede pedirle a nuestro plan que haga una excepción a estas restricciones o límites, o puede solicitarle una lista de otros medicamentos similares que puedan tratar su condición médica. Consulte la sección "¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de Medicare y Mucho Más?" en la página 4 para obtener información acerca de cómo solicitar una excepción.

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

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

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

- Puede pedir a Servicios al afiliado una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por nuestro plan. Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por nuestro plan.

- Puede solicitar que nuestro plan haga una excepción y cubra su medicamento. Consulte a continuación para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

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

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

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento, incluso si no está en nuestro Formulario. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto a un nivel de costo compartido predeterminado, y usted no podrá pedirnos que le brindemos el medicamento a un nivel de costo compartido menor.

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento del Formulario a un nivel de costo compartido menor si este medicamento no está incluido en el nivel de medicamentos especializados. Si se aprueba, esto reduciría el monto que usted debe pagar por su medicamento.

- Puede pedirnos que no apliquemos restricciones o límites de cubierta para su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, nuestro plan limita la cantidad del medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede pedirnos que hagamos una excepción al límite y cubramos una cantidad mayor.

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

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

¿Qué debo hacer antes de hablar con mi médico sobre el cambio de los medicamentos que tomo o la solicitud de una excepción?

Como afiliado nuevo o permanente de nuestro plan, es posible que esté tomando medicamentos que no están incluidos en el Formulario. También es posible que esté tomando un medicamento incluido en el Formulario, pero su capacidad de conseguirlo sea limitada. Por ejemplo, puede necesitar nuestra autorización previa antes de poder obtener su medicamento con receta. Debe consultar con su médico para decidir si debe cambiar su medicamento por uno apropiado que nosotros cubramos o solicitar una excepción al formulario para que le cubramos el medicamento que toma. Mientras evalúa con su médico el procedimiento adecuado para seguir en su caso, podemos cubrir su medicamento, en ciertos casos, durante los primeros 90 días en que usted sea afiliado de nuestro plan.

Para cada uno de los medicamentos que no estén incluidos en el Formulario, o si su capacidad para conseguir los medicamentos es limitada, cubriremos un suministro temporal para 30 días. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos que realice resurtidos por un máximo de hasta 30 días del medicamento. Después del primer suministro para 30 días, no seguiremos pagando estos medicamentos, incluso si ha sido afiliado del plan durante menos de 90 días.

Si es residente de un centro de atención a largo plazo y necesita un medicamento que no está en el Formulario o si su capacidad para conseguir los medicamentos es limitada, pero ya pasaron los primeros 90 días de

membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia del medicamento para 31 días mientras solicita la 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 obtener más información

Para obtener información más detallada sobre la cubierta de medicamentos con receta de nuestro plan, consulte la Evidencia de Cubierta y otra documentación del plan.

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

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

Formulario de MMM Alianza Bienestar/ MMM Alianza SEA

El formulario a continuación proporciona información acerca de la cubierta de medicamentos cubiertos por nuestro plan. Si tiene alguna dificultad para encontrar el medicamento que toma en la lista, consulte el Índice que comienza en la página 156.

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

La información incluida en la columna de Requisitos/límites indica si tiene algún requisito especial para la cubierta del medicamento.

Estructura de niveles

Antes de que el costo total anual de medicamentos (pagados tanto por usted como por nuestro plan) alcance los $4,020.00, usted pagará lo siguiente por medicamentos recetados:

	Nivel	Medicamento	Copago por cantidad al detal (30 días)	Copago por cantidad al detal (90 días)	Copago por orden por correo (90 días)
MMM Alianza Bienestar (HMO – POS)	1	Genérico Preferido	$1.00	$2.00	$2.00
	2	Genérico	$1.00	$2.00	$2.00
	3	Marca Preferida	$5.00/ Insulinas $0.00	$10.00/ Insulinas $0.00	$10.00/ Insulinas $0.00
	4	Marca No Preferida	$10.00	$20.00	$20.00
	5	Especialidad	25%	No Cubierto	No Cubierto

Luego de que su costo total anual en medicamentos alcance $4,020.00, usted recibe cubierta limitada por el plan (ciertos medicamentos en ciertos niveles). También recibe un descuento en medicamentos de marca y, por lo general, no paga más de 25% del costo del plan por medicamentos de marca y 25% del costo del plan por medicamentos genéricos hasta que su costo de bolsillo anual por medicamentos alcance $6,350.00.

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

	Nivel	Medicamento	Copago por cantidad al detal (30 días)	Copago por cantidad al detal (90 días)
MMM Alianza Bienestar (HMO – POS)	1	Genérico Preferido	25% o $5.00	25% o $10.00
	2	Genérico	25% o $5.00	25% o $10.00
	3	Marca Preferida	25% o $20.00	25% o $40.00
	4	Marca No Preferida	25% o $35.00	25% o $70.00
	5	Especialidad	25%	No Cubierto

Luego de que los costos totales de su bolsillo alcancen los $6,350.00 en el año, usted pagará la cantidad mayor entre:

- 5% de coaseguro, o
- $3.60 por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) y $8.95 por todos los demás medicamentos

Para más información sobre cómo los niveles de copago son aplicados, por favor revise su Evidencia de Cubierta.

Estructura de niveles

Antes de que el costo total anual de medicamentos (pagados tanto por usted como por nuestro plan) alcance los $4,020.00, usted pagará lo siguiente por medicamentos recetados:

	Nivel	Medicamento	Copago por cantidad al detal (30 días)	Copago por cantidad al detal (90 días)	Copago por orden por correo (90 días)
MMM Alianza SEA (HMO – POS)	1	Genérico Preferido	$1.00	$2.00	$2.00
	2	Genérico	$1.00	$2.00	$2.00
	3	Marca Preferida	$8.00/ Insulinas $0.00	$16.00/ Insulinas $0.00	$16.00/ Insulinas $0.00
	4	Marca No Preferida	$12.00	$24.00	$24.00
	5	Especialidad	25%	No Cubierto	No Cubierto

Luego de que su costo total anual en medicamentos alcance $4,020.00, usted recibe cubierta limitada por el plan (ciertos medicamentos en ciertos niveles). También recibe un descuento en medicamentos de marca y, por lo general, no paga más de 25% del costo del plan por medicamentos de marca y 25% del costo del plan por medicamentos genéricos hasta que su costo de bolsillo anual por medicamentos alcance $6,350.00.

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

	Nivel	Medicamento	Copago por cantidad al detal (30 días)	Copago por cantidad al detal (90 días)
MMM Alianza SEA (HMO – POS)	1	Genérico Preferido	25% o $5.00	25% o $10.00
	2	Genérico	25% o $5.00	25% o $10.00
	3	Marca Preferida	25% o $20.00	25% o $40.00
	4	Marca No Preferida	25% o $35.00	25% o $70.00
	5	Especialidad	25%	No Cubierto

Luego de que los costos totales de su bolsillo alcancen los $6,350.00 en el año, usted pagará la cantidad mayor entre:

- 5% de coaseguro, o
- $3.60 por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) y $8.95 por todos los demás medicamentos

Para más información sobre cómo los niveles de copago son aplicados, por favor revise su Evidencia de Cubierta.

Símbolos y abreviaturas utilizadas en el Formulario

PA - medicamentos que requieren preautorización
QL (##/##) - medicamentos con límite de cantidad; la cantidad en paréntesis especifica la cantidad límite que le podemos suplir en el número máximo autorizado de días.
ST - terapia escalonada
LA - medicamentos con acceso limitado (ej. Medicamentos de especialidad)
MT - medicamentos de mantenimiento (ej. suplido de 90 días - farmacias contratadas y envío por correo)
CG - medicamentos cubiertos durante su brecha de cubierta
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....12
Agentes Antigota....12
Agentes Antiinflamatorios....13
Agentes Antimiasténicos....16
Agentes Bipolares....16
Agentes Cardiovasculares....19
Agentes Del Sistema Nervioso Central....32
Agentes Dermatológicos....35
Agentes Gastrointestinales....37
Agentes Genitourinarios....40
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Adrenal)....43
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Modificadores/Hormonas Sexuales)....46
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Pituitaria)....53
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Prostaglandinas)....54
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Tiroides)....54
Agentes Hormonales, Supresores (Adrenal)....55
Agentes Hormonales, Supresores (Pituitaria)....55
Agentes Hormonales, Supresores (Tiroides)....56
Agentes Inmunológicos....57
Agentes Oftálmicos....64
Agentes Orales Y Dentales....68
Agentes Oticos....68
Agentes Para El Desórden Del Sueño....69
Agentes Para El Tratamiento De Abuso De Sustancias. Anti-Adicción....70
Agentes Para El Tratamiento De La Espasticidad....71
Agentes Para El Tratamiento De La Migraña....71
Agentes Para El Tratamiento De Parkinson....73
Agentes Para La Enfermedad Inflamatoria Intestinal....75
Agentes Parala Enfermedad Metabólica Del Hueso....76
Agentes Pulmonares/ Tracto Respiratorio....78
Analgésicos....85
Anestésicos....91
Ansiolíticos....91
Antibacteriales....93
Anticonvulsivos....103
Antidepresivos....108

Antieméticos 112
Antifungales 114
Antimicobacteriales 116
Antineoplásicos 117
Antiparasíticos 125
Antisicóticos 127
Antivirales 131
Desórden Genético O Enzimático: Reemplazo, Modificadores, Tratamiento 139
Electrólitos / Minerales/ Vitaminas 141
Productos Sanguíneos / Modificadores / Expansores De Volumen 145
Reguladores De Glucosa En Sangre 148
Relajantes Musculo Esqueletales 154

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
Agentes Antidemencia			
Antagonistas Del Receptor De N-Metil-D-Aspartato (Nmda)			
memantine hcl er oral capsule extended release 24 hour 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg	NAMENDA XR	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
memantine hcl oral solution 2 mg/ml		2	MT; CG
memantine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	NAMENDA	2	MT; CG
memantine hcl oral tablet 28 x 5 mg & 21 x 10 mg	NAMENDA TITRATION PAK	2	CG
Inhibidores De Colinesterasa			
donepezil hcl oral tablet 10 mg, 23 mg, 5 mg	ARICEPT	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
donepezil hcl oral tablet dispersible 10 mg, 5 mg		1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour 16 mg, 24 mg, 8 mg	RAZADYNE ER	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
galantamine hydrobromide oral solution 4 mg/ml		2	MT; CG
galantamine hydrobromide oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg	RAZADYNE	2	MT; CG
rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg		2	MT; CG
rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24hr, 4.6 mg/24hr, 9.5 mg/24hr	EXELON	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
Agentes Antigota			
Agentes Antigota			
allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg	ZYLOPRIM	1	MT; CG
colchicine oral capsule 0.6 mg	MITIGARE	3	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
colchicine oral tablet 0.6 mg	COLCRYS	2	
colchicine-probenecid oral tablet 0.5-500 mg		2	MT; CG
febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg	ULORIC	2	MT
probenecid oral tablet 500 mg		2	CG
Agentes Antiinflamatorios			
Antiinflamatorios No-Esteroidales			
celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg	CELEBREX	2	PA; QL (60 EA per 30 days)
celecoxib oral capsule 400 mg	CELEBREX	2	PA; QL (30 EA per 30 days)
diclofenac epolamine transdermal patch 1.3 %	FLECTOR	2	
diclofenac potassium oral tablet 50 mg		2	
diclofenac sodium er oral tablet extended release 24 hour 100 mg		2	
diclofenac sodium oral tablet delayed release 25 mg, 50 mg, 75 mg		2	
diflunisal oral tablet 500 mg		2	
etodolac er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 500 mg, 600 mg		2	
etodolac oral capsule 200 mg		2	
etodolac oral tablet 400 mg	LODINE	2	
etodolac oral tablet 500 mg		2	
flurbiprofen oral tablet 100 mg, 50 mg		2	
IBU ORAL TABLET 600 MG, 800 MG		1	
ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml		2	
ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg		1	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg	MOBIC	1	QL (30 EA per 30 days)
nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg		2	
naproxen dr oral tablet delayed release 375 mg	EC-NAPROSYN	2	
naproxen dr oral tablet delayed release 500 mg		2	
naproxen oral suspension 125 mg/5ml	NAPROSYN	2	
naproxen oral tablet 250 mg	NAPROSYN	1	
naproxen oral tablet 375 mg, 500 mg		1	
naproxen sodium oral tablet 275 mg		2	
naproxen sodium oral tablet 550 mg	ANAPROX DS	2	
oxaprozin oral tablet 600 mg	DAYPRO	2	
piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg	FELDENE	2	
sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg		2	
Glucocorticoides			
betamethasone dipropionate aug external cream 0.05 %	DIPROLENE AF	2	
betamethasone dipropionate aug external gel 0.05 %		2	
betamethasone dipropionate aug external lotion 0.05 %		2	
betamethasone dipropionate aug external ointment 0.05 %	DIPROLENE	2	
betamethasone dipropionate external cream 0.05 %		2	
betamethasone dipropionate external lotion 0.05 %		2	
betamethasone dipropionate external ointment 0.05 %		2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
betamethasone valerate external cream 0.1 %		2	
betamethasone valerate external lotion 0.1 %		2	
betamethasone valerate external ointment 0.1 %		2	
BLEPHAMIDE S.O.P. OPHTHALMIC OINTMENT 10-0.2 %		4	
cortisone acetate oral tablet 25 mg		2	
DEXAMETHASONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 1 MG/ML		2	
dexamethasone oral elixir 0.5 mg/5ml	DECADRON	2	
dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 4 mg, 6 mg	DECADRON	2	
dexamethasone oral tablet 1 mg, 1.5 mg, 2 mg		2	
hydrocortisone oral tablet 20 mg, 5 mg	CORTEF	2	
methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg	MEDROL	2	
prednisolone acetate ophthalmic suspension 1 %	PRED FORTE	2	
prednisolone oral solution 15 mg/5ml		2	
prednisolone sodium phosphate ophthalmic solution 1 %		2	
prednisolone sodium phosphate oral solution 25 mg/5ml		2	
prednisolone sodium phosphate oral solution 6.7 (5 base) mg/5ml	PEDIAPRED	2	
PREDNISONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML		4	
prednisone oral solution 5 mg/5ml		2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg		1	
sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution 10-0.23 %		2	
Agentes Antimiasténicos			
Parasimpatomiméticos			
guanidine hcl oral tablet 125 mg		2	CG
pyridostigmine bromide er oral tablet extended release 180 mg	MESTINON	2	CG
pyridostigmine bromide oral solution 60 mg/5ml	MESTINON	2	CG
pyridostigmine bromide oral tablet 30 mg		2	CG
pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg	MESTINON	2	CG
Agentes Bipolares			
Agentes Bipolares, Otros			
GEODON INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED 20 MG		4	PA; QL (6 EA per 3 days)
olanzapine intramuscular solution reconstituted 10 mg	ZYPREXA	2	
olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg	ZYPREXA	2	MT; CG
olanzapine oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg	ZYPREXA ZYDIS	2	MT
PERSERIS SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 120 MG, 90 MG		5	PA; QL (1 EA per 28 days)
quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg	SEROQUEL XR	2	PA; MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 400 mg, 50 mg	SEROQUEL XR	2	PA; MT; CG; QL (60 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg	SEROQUEL	1	MT; CG
quetiapine fumarate oral tablet 25 mg, 50 mg	SEROQUEL	1	PA; MT; CG
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 12.5 MG, 25 MG		4	PA; QL (2 EA per 28 days)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 37.5 MG, 50 MG		5	PA; QL (2 EA per 28 days)
risperidone oral solution 1 mg/ml	RISPERDAL	2	CG
risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg	RISPERDAL	2	MT; CG
risperidone oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg		2	MT; CG
SAPHRIS SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 10 MG, 2.5 MG, 5 MG		4	PA
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE THERAPY PACK 1.5 & 3 MG		4	PA; QL (14 EA per 365 days)
ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg	GEODON	2	CG
Estabilizadores De Humor			
carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg	CARBATROL	2	MT; CG
carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 100 mg	TEGRETOL-XR	2	MT; CG
carbamazepine oral suspension 100 mg/5ml	TEGRETOL	2	MT; CG
carbamazepine oral tablet 200 mg		2	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
carbamazepine oral tablet chewable 100 mg		2	MT; CG
epitol oral tablet 200 mg		2	MT; CG
lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 50 mg	LAMICTAL XR	2	MT
lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg	LAMICTAL	2	MT; CG
lamotrigine oral tablet chewable 25 mg, 5 mg	LAMICTAL	2	MT; CG
lamotrigine oral tablet dispersible 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	LAMICTAL ODT	2	MT; CG
lamotrigine starter kit-blue oral kit 35 x 25 mg	LAMICTAL STARTER	2	MT; CG
lamotrigine starter kit-green oral kit 84 x 25 mg & 14x100 mg	LAMICTAL STARTER	2	MT; CG
lamotrigine starter kit-orange oral kit 42 x 25 mg & 7 x 100 mg	LAMICTAL STARTER	2	MT; CG
lithium carbonate er oral tablet extended release 300 mg	LITHOBID	2	MT; CG
lithium carbonate er oral tablet extended release 450 mg		2	MT; CG
lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg		1	MT; CG
lithium carbonate oral tablet 300 mg		2	MT; CG
lithium oral solution 8 meq/5ml		2	MT
TEGRETOL ORAL SUSPENSION 100 MG/5ML		4	MT
TEGRETOL ORAL TABLET 200 MG		4	MT
TEGRETOL-XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 100 MG, 200 MG, 400 MG		4	MT
valproic acid oral capsule 250 mg	DEPAKENE	2	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
valproic acid oral solution 250 mg/5ml		2	MT; CG
Agentes Cardiovasculares			
Agentes Bloqueadores Beta-Adrenérgicos			
acebutolol hcl oral capsule 200 mg, 400 mg		1	MT; CG
atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	TENORMIN	1	MT; CG
betaxolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg		1	MT; CG
bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg		1	MT; CG
carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg	COREG	1	MT; CG
carvedilol phosphate er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 20 mg, 40 mg	COREG CR	2	MT; CG
labetalol hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg		1	MT; CG
metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg	TOPROL XL	1	MT; CG; QL (120 EA per 30 days)
metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour 200 mg, 25 mg, 50 mg	TOPROL XL	1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 50 mg	LOPRESSOR	1	MT; CG
metoprolol tartrate oral tablet 25 mg		1	MT; CG
nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg	CORGARD	2	MT; CG
pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg		2	MT; CG
propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg	INDERAL LA	2	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
propranolol hcl oral solution 20 mg/5ml, 40 mg/5ml		2	MT; CG
propranolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg		1	MT; CG
timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg		2	MT; CG
Agentes Bloqueadores De Canales De Calcio			
amlodipine besylate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	NORVASC	1	MT; CG
cartia xt oral capsule extended release 24 hour 120 mg		2	MT; CG
cartia xt oral capsule extended release 24 hour 180 mg, 240 mg, 300 mg		2	MT; CG
diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 360 mg		1	MT; CG
diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 420 mg		1	MT; CG
diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg	CARDIZEM CD	2	MT; CG
diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 120 mg, 60 mg, 90 mg		1	MT; CG
diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg	CARDIZEM	1	MT; CG
diltiazem hcl oral tablet 90 mg		1	MT; CG
dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg		1	MT; CG
felodipine er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg		1	MT; CG
isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg		1	MT; CG
nicardipine hcl oral capsule 20 mg, 30 mg		1	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg		1	MT; CG
nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 90 mg	PROCARDIA XL	1	MT; CG
nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 60 mg		1	MT; CG
nimodipine oral capsule 30 mg		5	
nisoldipine er oral tablet extended release 24 hour 17 mg, 34 mg, 8.5 mg	SULAR	1	MT; CG
taztia xt oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg		1	MT; CG
taztia xt oral capsule extended release 24 hour 180 mg		1	MT; CG
verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg	VERELAN PM	2	MT; CG
verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 360 mg	VERELAN	2	MT; CG
verapamil hcl er oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg	CALAN SR	1	MT; CG
verapamil hcl oral tablet 120 mg	CALAN	1	MT; CG
verapamil hcl oral tablet 40 mg, 80 mg		1	MT; CG
Agentes Cardiovasculares, Otros			
CORLANOR ORAL TABLET 5 MG, 7.5 MG		4	PA; QL (60 EA per 30 days)
digitek oral tablet 125 mcg		2	QL (30 EA per 30 days)
digitek oral tablet 250 mcg		2	PA
digox oral tablet 125 mcg		2	QL (30 EA per 30 days)
digox oral tablet 250 mcg		2	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
digoxin oral solution 0.05 mg/ml		2	PA
digoxin oral tablet 125 mcg		2	QL (30 EA per 30 days)
digoxin oral tablet 250 mcg		2	PA
pentoxifylline er oral tablet extended release 400 mg		2	MT; CG
ranolazine er oral tablet extended release 12 hour 1000 mg, 500 mg	RANEXA	2	PA; MT; QL (60 EA per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 1000 MCG, 1200 MCG, 1400 MCG, 1600 MCG, 200 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG		5	PA; QL (60 EA per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 800 MCG		5	PA; QL (200 EA per 30 days)
Agentes Cardiovasculares			
aliskiren fumarate oral tablet 150 mg, 300 mg	TEKTURNA	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg		1	MT; CG
amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg	LOTREL	1	MT; CG
amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 2.5-10 mg, 5-40 mg		1	MT; CG
amlodipine besylate-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg	EXFORGE	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg	AZOR	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
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	EXFORGE HCT	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg	TENORETIC 100	2	MT; CG
atenolol-chlorthalidone oral tablet 50-25 mg	TENORETIC 50	2	MT; CG
benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg	LOTENSIN HCT	1	MT; CG
benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-6.25 mg		1	MT; CG
bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg	ZIAC	1	MT; CG
candesartan cilexetil-hctz oral tablet 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg	ATACAND HCT	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
captopril-hydrochlorothiazide oral tablet 25-15 mg, 25-25 mg, 50-15 mg, 50-25 mg		1	MT; CG
DEMSER ORAL CAPSULE 250 MG		5	
enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg	VASERETIC	1	MT; CG
enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-12.5 mg		1	MT; CG
ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg	VYTORIN	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
fosinopril sodium-hctz oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg		1	MT; CG
irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg	AVALIDE	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg	ZESTORETIC	1	MT; CG
losartan potassium-hctz oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg	HYZAAR	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
losartan potassium-hctz oral tablet 50-12.5 mg	HYZAAR	1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg		1	MT; CG
metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 50-25 mg	LOPRESSOR HCT	1	MT; CG
olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg	BENICAR HCT	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
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	TRIBENZOR	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
propranolol-hctz oral tablet 40-25 mg, 80-25 mg		2	MT; CG
quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg	ACCURETIC	1	MT; CG
spironolactone-hctz oral tablet 25-25 mg	ALDACTAZIDE	2	MT; CG
telmisartan-hctz oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg, 80-25 mg	MICARDIS HCT	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
triamterene-hctz oral capsule 37.5-25 mg	DYAZIDE	1	MT; CG
triamterene-hctz oral tablet 37.5-25 mg	MAXZIDE-25	1	MT; CG
triamterene-hctz oral tablet 75-50 mg	MAXZIDE	1	MT; CG
valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg	DIOVAN HCT	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
Agentes De Bloqueo Alfa-Adrenérgicos			
doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg	CARDURA	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
doxazosin mesylate oral tablet 8 mg	CARDURA	1	MT; CG
prazosin hcl oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg	MINIPRESS	2	MT; CG
terazosin hcl oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg		1	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
Agonistas Alfa-Adrenérgicos			
clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg	CATAPRES	1	MT; CG
clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24hr	CATAPRES-TTS-1	1	MT; CG
clonidine transdermal patch weekly 0.2 mg/24hr	CATAPRES-TTS-2	1	MT; CG
clonidine transdermal patch weekly 0.3 mg/24hr	CATAPRES-TTS-3	1	MT; CG
guanfacine hcl oral tablet 1 mg, 2 mg		2	PA; MT
midodrine hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg		1	
NORTHERA ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG, 300 MG		5	PA; LA
Antagonista Receptores Angiotensina Ii (Arb)			
candesartan cilexetil oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg	ATACAND	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG		4	PA; MT; QL (60 EA per 30 days)
irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg	AVAPRO	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
losartan potassium oral tablet 100 mg	COZAAR	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
losartan potassium oral tablet 25 mg, 50 mg	COZAAR	1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
olmesartan medoxomil oral tablet 20 mg, 40 mg	BENICAR	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
olmesartan medoxomil oral tablet 5 mg	BENICAR	1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg	BENICAR HCT	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg	MICARDIS	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
valsartan oral tablet 160 mg, 40 mg, 80 mg	DIOVAN	1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
valsartan oral tablet 320 mg	DIOVAN	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
Antiarrítmicos			
amiodarone hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg	PACERONE	2	MT; CG
dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg	TIKOSYN	2	
flecainide acetate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg		2	MT; CG
mexiletine hcl oral capsule 150 mg, 200 mg, 250 mg		2	MT; CG
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG		4	MT; QL (60 EA per 30 days)
propafenone hcl er oral capsule extended release 12 hour 225 mg, 325 mg, 425 mg	RYTHMOL SR	2	MT; CG
propafenone hcl oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg		2	MT; CG
quinidine gluconate er oral tablet extended release 324 mg		2	MT; CG
quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg		2	MT; CG
sorine oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg		2	MT; CG
sotalol hcl (af) oral tablet 120 mg	BETAPACE AF	2	MT; CG
sotalol hcl oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg	BETAPACE	2	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
sotalol hcl oral tablet 240 mg		2	MT; CG
Dislipidémicos, Derivados De Acido Fíbrico			
fenofibrate micronized oral capsule 130 mg, 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg		1	MT; CG
fenofibrate oral tablet 145 mg, 48 mg	TRICOR	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
fenofibrate oral tablet 160 mg	TRIGLIDE	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
fenofibrate oral tablet 54 mg		1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
fenofibric acid oral capsule delayed release 135 mg, 45 mg	TRILIPIX	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
gemfibrozil oral tablet 600 mg	LOPID	1	MT; CG
Dislipidémicos, Inhibidores De La Reductasa De Hmg Coa			
atorvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg	LIPITOR	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
fluvastatin sodium oral capsule 20 mg		1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
fluvastatin sodium oral capsule 40 mg		1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
lovastatin oral tablet 10 mg		1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
lovastatin oral tablet 20 mg, 40 mg		1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
pravastatin sodium oral tablet 10 mg		1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
pravastatin sodium oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg	PRAVACHOL	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
rosuvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg	CRESTOR	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg, 80 mg	ZOCOR	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
Dislipidémicos, Otros			
cholestyramine light oral powder 4 gm/dose	PREVALITE	2	MT; CG
colesevelam hcl oral packet 3.75 gm	WELCHOL	2	MT
colesevelam hcl oral tablet 625 mg	WELCHOL	2	MT
colestipol hcl oral packet 5 gm	COLESTID	2	MT; CG
colestipol hcl oral tablet 1 gm	COLESTID	2	MT; CG
ezetimibe oral tablet 10 mg	ZETIA	1	ST; MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
JUXTAPID ORAL CAPSULE 10 MG, 30 MG, 40 MG, 5 MG, 60 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
JUXTAPID ORAL CAPSULE 20 MG		5	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 1000 mg, 750 mg	NIASPAN	2	MT; QL (60 EA per 30 days)
niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 500 mg	NIASPAN	2	MT; QL (90 EA per 30 days)
NIACOR ORAL TABLET 500 MG		2	CG
omega-3-acid ethyl esters oral capsule 1 gm	LOVAZA	2	MT; CG; QL (120 EA per 30 days)
PRALUENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 150 MG/ML, 75 MG/ML		4	PA; QL (2 ML per 28 days)
PREVALITE ORAL PACKET 4 GM		2	MT; CG
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 420 MG/3.5ML		4	PA; QL (3.5 ML per 28 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
REPATHA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 140 MG/ML		4	PA; QL (3 ML per 28 days)
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML		4	PA; QL (2 ML per 28 days)
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GM, 1 GM		4	MT; QL (120 EA per 30 days)
Diuréticos, Ahorradores De Potasio			
amiloride hcl oral tablet 5 mg		2	MT; CG
eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg	INSPRA	2	MT; CG
spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	ALDACTONE	1	MT; CG
Diuréticos, Asa De Henle			
bumetanide injection solution 0.25 mg/ml		2	
bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	BUMEX	2	MT; CG
furosemide injection solution 10 mg/ml		1	MT; CG
furosemide oral solution 10 mg/ml, 8 mg/ml		1	MT; CG
furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg	LASIX	1	MT; CG
torsemide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg		1	MT; CG
Diuréticos, Inhibidores De La Anhidrasa Carbónica			
acetazolamide er oral capsule extended release 12 hour 500 mg		2	MT; CG
acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg		2	MT; CG
methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg		2	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
Diuréticos, Tiazidas			
chlorothiazide oral tablet 250 mg, 500 mg		2	MT; CG
chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg		2	MT; CG
hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg		1	MT; CG
hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg		1	MT; CG
indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg		1	MT; CG
irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg	AVALIDE	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
methyclothiazide oral tablet 5 mg		2	MT; CG
metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg		2	MT; CG
Inhibidores Convertidor De La Enzima De Angiotensina (Ace)			
benazepril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	LOTENSIN	1	MT; CG
benazepril hcl oral tablet 5 mg		1	MT; CG
captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg		1	MT; CG
enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg	VASOTEC	1	MT; CG
fosinopril sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg		1	MT; CG
lisinopril oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	PRINIVIL	1	MT; CG
lisinopril oral tablet 2.5 mg, 30 mg, 40 mg	ZESTRIL	1	MT; CG
moexipril hcl oral tablet 15 mg, 7.5 mg		1	MT; CG
perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg		1	MT; CG
quinapril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg	ACCUPRIL	1	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	ALTACE	1	MT; CG
trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg		1	MT; CG
trandolapril oral tablet 4 mg	MAVIK	1	MT; CG
Vasodilatadores, Acción Directa En Arteria / Vena			
isosorbide dinitrate er oral tablet extended release 40 mg		2	MT; CG
isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg		2	MT; CG
isosorbide dinitrate oral tablet 5 mg	ISORDIL TITRADOSE	2	MT; CG
isosorbide mononitrate er oral tablet extended release 24 hour 120 mg, 30 mg, 60 mg		1	MT; CG
isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg		1	MT; CG
NITRO-BID TRANSDERMAL OINTMENT 2 %		3	MT
NITRO-DUR TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 0.3 MG/HR, 0.8 MG/HR		4	MT
nitroglycerin sublingual tablet sublingual 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg	NITROSTAT	2	MT; CG
nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr	MINITRAN	2	MT; CG
RECTIV RECTAL OINTMENT 0.4 %		4	PA; QL (30 GM per 30 days)
Vasodilatadores, Acción Directa En Arteria			
hydralazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg		2	MT; CG
minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg		2	CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
Agentes Del Sistema Nervioso Central			
Agentes Del Sistema Nervioso Central, Otros			
estazolam oral tablet 1 mg, 2 mg		1	CG; QL (30 EA per 30 days)
NUEDEXTA ORAL CAPSULE 20-10 MG		4	PA
riluzole oral tablet 50 mg	RILUTEK	2	PA; CG
tetrabenazine oral tablet 12.5 mg	XENAZINE	5	PA; QL (240 EA per 30 days)
tetrabenazine oral tablet 25 mg	XENAZINE	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
Agentes Fibromialgia			
duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 20 mg, 30 mg, 60 mg	CYMBALTA	2	MT; CG
duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 40 mg		2	MT; CG
LYRICA CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 165 MG, 330 MG, 82.5 MG		3	
pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 225 mg, 25 mg, 300 mg, 50 mg, 75 mg	LYRICA	2	MT
pregabalin oral solution 20 mg/ml	LYRICA	2	MT
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG		3	PA
SAVELLA TITRATION PACK ORAL 12.5 & 25 & 50 MG		3	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
Agentes Para El Desórden De Déficit De Atención E Hiperactividad, Anfetaminas			
amphetamine-dextroamphet er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 5 mg	ADDERALL XR	2	PA; CG; QL (90 EA per 30 days)
amphetamine-dextroamphet er oral capsule extended release 24 hour 15 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg	ADDERALL XR	2	PA; CG; QL (30 EA per 30 days)
amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 10 mg	ADDERALL	2	PA; CG; QL (180 EA per 30 days)
amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 12.5 mg	ADDERALL	2	PA; CG; QL (144 EA per 30 days)
amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 15 mg	ADDERALL	2	PA; CG; QL (120 EA per 30 days)
amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 20 mg	ADDERALL	2	PA; CG; QL (90 EA per 30 days)
amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 30 mg	ADDERALL	2	PA; CG; QL (60 EA per 30 days)
amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 5 mg	ADDERALL	2	PA; CG; QL (360 EA per 30 days)
amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 7.5 mg	ADDERALL	2	PA; CG; QL (240 EA per 30 days)
dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg, 5 mg	ZENZEDI	2	PA; CG
Agentes Para El Desórden De Déficit De Atención E Hiperactividad, No-Anfetaminas			
atomoxetine hcl oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg	STRATTERA	2	CG; QL (60 EA per 30 days)
atomoxetine hcl oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg	STRATTERA	2	CG; QL (30 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg	INTUNIV	2	PA
METADATE ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 20 MG		2	CG; QL (90 EA per 30 days)
methylphenidate hcl er oral tablet extended release 10 mg		2	CG; QL (90 EA per 30 days)
methylphenidate hcl er oral tablet extended release 20 mg	METADATE ER	2	CG; QL (90 EA per 30 days)
methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5ml	METHYLIN	2	CG; QL (900 ML per 30 days)
methylphenidate hcl oral solution 5 mg/5ml	METHYLIN	2	CG; QL (1800 ML per 30 days)
methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	RITALIN	2	CG; QL (180 EA per 30 days)
methylphenidate hcl oral tablet 20 mg	RITALIN	2	CG; QL (90 EA per 30 days)
Agentes Para El Tratamiento De Esclerosis Múltiple			
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG		5	PA; QL (14 EA per 28 days)
dalfampridine er oral tablet extended release 12 hour 10 mg	AMPYRA	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
GILENYA ORAL CAPSULE 0.5 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 20 mg/ml	COPAXONE	5	PA; QL (30 ML per 30 days)
glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 40 mg/ml	COPAXONE	5	PA; QL (12 ML per 28 days)
GLATOPA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MG/ML		5	PA; QL (30 ML per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
GLATOPA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/ML		5	PA; QL (12 ML per 28 days)
TECFIDERA ORAL 120 & 240 MG		5	PA; LA; QL (120 EA per 365 days)
TECFIDERA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 120 MG, 240 MG		5	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
Agentes Dermatológicos			
Agentes Dermatológicos			
acitretin oral capsule 10 mg, 25 mg	SORIATANE	2	PA
acitretin oral capsule 17.5 mg		5	PA
adapalene external cream 0.1 %	DIFFERIN	2	PA
adapalene external gel 0.1 %, 0.3 %	DIFFERIN	2	PA
adapalene external solution 0.1 %		2	PA
ammonium lactate external cream 12 %	GERI-HYDROLAC 12	2	
ammonium lactate external lotion 12 %	AL12	2	
AMNESTEEM ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 40 MG		2	
AVITA EXTERNAL CREAM 0.025 %		4	PA
AVITA EXTERNAL GEL 0.025 %		4	PA
benzoyl peroxide-erythromycin external gel 5-3 %	BENZAMYCIN	2	
betamethasone dipropionate external lotion 0.05 %		2	
calcipotriene external cream 0.005 %	DOVONEX	2	
calcipotriene external ointment 0.005 %	CALCITRENE	2	
calcipotriene external solution 0.005 %		2	
CLARAVIS ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG		2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
clotrimazole-betamethasone external cream 1-0.05 %	LOTRISONE	1	
diclofenac sodium transdermal gel 1 %	VOLTAREN	2	
doxepin hcl external cream 5 %	PRUDOXIN	2	
doxycycline hyclate oral capsule 50 mg	MORGIDOX	2	
doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg		2	
fluocinonide external cream 0.1 %	VANOS	2	
fluorouracil external cream 0.5 %	CARAC	3	
fluorouracil external cream 5 %	EFUDEX	2	
fluorouracil external solution 2 %, 5 %		2	
fluticasone propionate external cream 0.05 %		2	
fluticasone propionate external lotion 0.05 %	BESER	2	
fluticasone propionate external ointment 0.005 %		2	
imiquimod external cream 5 %	ALDARA	2	
isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg		2	
methoxsalen rapid oral capsule 10 mg	OXSORALEN ULTRA	5	PA
MYORISAN ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG		2	
nystatin-triamcinolone external cream 100000-0.1 unit/gm-%		2	
nystatin-triamcinolone external ointment 100000-0.1 unit/gm-%		2	
podofilox external solution 0.5 %		2	
REGRANEX EXTERNAL GEL 0.01 %		5	PA; QL (30 GM per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
SANTYL EXTERNAL OINTMENT 250 UNIT/GM		4	
selenium sulfide external lotion 2.5 %		2	
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5ML		5	PA
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML		5	PA
tacrolimus external ointment 0.03 %, 0.1 %	PROTOPIC	2	PA
tazarotene external cream 0.1 %	TAZORAC	2	PA
TAZORAC EXTERNAL CREAM 0.05 %		4	PA
tretinoin external cream 0.025 %		2	PA
tretinoin external cream 0.05 %, 0.1 %	RETIN-A	2	PA
tretinoin external gel 0.01 %	RETIN-A	2	PA
tretinoin external gel 0.025 %		2	PA
VALCHLOR EXTERNAL GEL 0.016 %		5	PA; LA
ZENATANE ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG		2	
Agentes Gastrointestinales			
Agentes Gastrointestinales, Otros			
CHOLBAM ORAL CAPSULE 250 MG, 50 MG		5	PA
diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5ml		2	PA
diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg	LOMOTIL	2	PA
GATTEX SUBCUTANEOUS KIT 5 MG		5	PA; LA
loperamide hcl oral capsule 2 mg		2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5ml		2	
metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	REGLAN	1	
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG		3	
PROCTOZONE-HC RECTAL CREAM 2.5 %		2	
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 12 MG/0.6ML, 12 MG/0.6ML (0.6ML SYRINGE), 8 MG/0.4ML		5	PA
ursodiol oral capsule 300 mg	ACTIGALL	2	MT
ursodiol oral tablet 250 mg	URSO 250	2	MT
ursodiol oral tablet 500 mg	URSO FORTE	2	MT
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG		5	PA
Agentes Síndrome Irritable Del Intestino			
alosetron hcl oral tablet 0.5 mg, 1 mg	LOTRONEX	5	PA
AMITIZA ORAL CAPSULE 24 MCG, 8 MCG		3	QL (60 EA per 30 days)
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG		4	PA; MT; QL (30 EA per 30 days)
mesalamine oral capsule delayed release 400 mg	DELZICOL	2	
Antagonista Del Receptor De Histamina 2 (H2)			
cimetidine hcl oral solution 300 mg/5ml		2	
cimetidine oral tablet 200 mg	TAGAMET HB	2	
cimetidine oral tablet 300 mg, 400 mg, 800 mg		2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
famotidine oral suspension reconstituted 40 mg/5ml		2	
famotidine oral tablet 20 mg, 40 mg	PEPCID	1	
nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg		2	
nizatidine oral solution 15 mg/ml		2	
ranitidine hcl oral capsule 150 mg, 300 mg		1	
ranitidine hcl oral tablet 150 mg		1	
ranitidine hcl oral tablet 300 mg		1	
Antiespasmódicos, Gastrointestinal			
dicyclomine hcl oral capsule 10 mg		2	PA
dicyclomine hcl oral solution 10 mg/5ml		2	PA
dicyclomine hcl oral tablet 20 mg		2	PA
glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg		2	
Inhibidores De La Bomba De Protones			
esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 20 mg		2	CG; QL (30 EA per 30 days)
esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 40 mg	NEXIUM	2	CG; QL (30 EA per 30 days)
lansoprazole oral capsule delayed release 15 mg, 30 mg	PREVACID	1	CG; QL (30 EA per 30 days)
omeprazole oral capsule delayed release 10 mg, 40 mg		1	CG; QL (30 EA per 30 days)
omeprazole oral capsule delayed release 20 mg		1	CG; QL (60 EA per 30 days)
pantoprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg, 40 mg	PROTONIX	2	CG; QL (30 EA per 30 days)
Laxantes			
constulose oral solution 10 gm/15ml		2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
enulose oral solution 10 gm/15ml		2	
gavilyte-c oral solution reconstituted 240 gm		1	
gavilyte-g oral solution reconstituted 236 gm		1	
gavilyte-n with flavor pack oral solution reconstituted 420 gm		1	
generlac oral solution 10 gm/15ml		2	
GOLYTELY ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 227.1 GM		3	
lactulose oral solution 10 gm/15ml		2	
nulytely with flavor packs oral solution reconstituted 420 gm		3	
peg 3350/electrolytes oral solution reconstituted 240 gm	COLYTE WITH FLAVOR PACKS	1	
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl oral solution reconstituted 420 gm		1	
peg-3350/electrolytes oral solution reconstituted 236 gm		1	
trilyte oral solution reconstituted 420 gm		1	
Protectores			
misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg	CYTOTEC	2	CG
sucralfate oral tablet 1 gm	CARAFATE	2	CG
Agentes Genitourinarios			
Agentes Genitourinarios, Otros			
bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg	URECHOLINE	2	CG
CIALIS ORAL TABLET 10 MG, 20 MG		1	ED; QL (4 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
DEPEN TITRATABS ORAL TABLET 250 MG		5	
ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG		3	
LEVITRA ORAL TABLET 5 MG, 10 MG, 20 MG		1	ED; QL (4 EA per 30 days)
potassium citrate er oral tablet extended release 10 meq (1080 mg)	UROCIT-K 10	2	
potassium citrate er oral tablet extended release 15 meq (1620 mg)	UROCIT-K 15	2	
potassium citrate er oral tablet extended release 5 meq (540 mg)	UROCIT-K 5	2	
sildenafil oral tablet 25 mg, 50 mg, 100 mg	VIAGRA	1	ED; QL (4 EA per 30 days)
sodium phenylbutyrate oral powder 3 gm/tsp	BUPHENYL	5	PA
tadalafil oral tablet 10 mg, 20mg	CIALIS	1	ED; QL (4 EA per 30 days)
vardenafil hcl oral tablet 2.5 mg,5 mg, 10 mg, 20 mg	LEVITRA	1	ED; QL (4 EA per 30 days)
VIAGRA ORAL TABLET 25 MG, 50 MG, 100 MG		1	ED; QL (4 EA per 30 days)
Agentes Hipertrofia Benigna De La Próstata			
alfuzosin hcl er oral tablet extended release 24 hour 10 mg	UROXATRAL	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg	CARDURA	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
doxazosin mesylate oral tablet 8 mg	CARDURA	1	MT; CG
dutasteride oral capsule 0.5 mg	AVODART	2	MT; CG
dutasteride-tamsulosin hcl oral capsule 0.5-0.4 mg	JALYN	2	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
finasteride oral tablet 5 mg	PROSCAR	2	MT; CG
prazosin hcl oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg	MINIPRESS	2	MT; CG
tamsulosin hcl oral capsule 0.4 mg	FLOMAX	1	MT; CG
terazosin hcl oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg		1	MT; CG
Antiespasmódicos, Urinarios			
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25 MG, 50 MG		4	ST; QL (30 EA per 30 days)
oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 10 mg	DITROPAN XL	2	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 15 mg		2	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 5 mg	DITROPAN XL	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5ml		1	MT; CG
oxybutynin chloride oral tablet 5 mg		1	MT; CG
solifenacin succinate oral tablet 10 mg, 5 mg	VESICARE	2	QL (30 EA per 30 days)
tolterodine tartrate er oral capsule extended release 24 hour 2 mg, 4 mg	DETROL LA	2	QL (30 EA per 30 days)
tolterodine tartrate oral tablet 1 mg, 2 mg	DETROL	2	
trospium chloride oral tablet 20 mg		2	CG; QL (60 EA per 30 days)
Enlazadores De Fósfato			
calcium acetate (phos binder) oral capsule 667 mg	PHOSLO	2	CG
calcium acetate (phos binder) oral tablet 667 mg	CALPHRON	2	CG; QL (360 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
lanthanum carbonate oral tablet chewable 1000 mg, 500 mg, 750 mg	FOSRENOL	2	CG
sevelamer carbonate oral packet 0.8 gm	RENVELA	5	QL (540 EA per 30 days)
sevelamer carbonate oral packet 2.4 gm	RENVELA	5	QL (180 EA per 30 days)
sevelamer carbonate oral tablet 800 mg	RENVELA	2	QL (540 EA per 30 days)
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Adrenal)			
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Adrenal)			
alclometasone dipropionate external cream 0.05 %		2	
alclometasone dipropionate external ointment 0.05 %		2	
betamethasone dipropionate aug external cream 0.05 %	DIPROLENE AF	2	
betamethasone dipropionate aug external gel 0.05 %		2	
betamethasone dipropionate aug external lotion 0.05 %		2	
betamethasone dipropionate aug external ointment 0.05 %	DIPROLENE	2	
betamethasone dipropionate external cream 0.05 %		2	
betamethasone dipropionate external ointment 0.05 %		2	
betamethasone valerate external cream 0.1 %		2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
betamethasone valerate external lotion 0.1 %		2	
betamethasone valerate external ointment 0.1 %		2	
cortisone acetate oral tablet 25 mg		2	
desonide external cream 0.05 %	DESOWEN	2	
desonide external lotion 0.05 %		2	
desonide external ointment 0.05 %		2	
desoximetasone external cream 0.05 %, 0.25 %	TOPICORT	2	
desoximetasone external gel 0.05 %	TOPICORT	2	
desoximetasone external liquid 0.25 %	TOPICORT SPRAY	2	
desoximetasone external ointment 0.05 %, 0.25 %	TOPICORT	2	
fludrocortisone acetate oral tablet 0.1 mg		2	
fluocinolone acetonide external cream 0.01 %		2	
fluocinolone acetonide external cream 0.025 %	SYNALAR	2	
fluocinolone acetonide external ointment 0.025 %	SYNALAR	2	
fluocinolone acetonide external solution 0.01 %	SYNALAR	2	
fluocinolone acetonide otic oil 0.01 %	DERMOTIC	2	
fluocinolone acetonide scalp external oil 0.01 %	DERMA-SMOOTHE/FS SCALP	2	
fluocinonide emulsified base external cream 0.05 %		2	
fluocinonide external cream 0.1 %	VANOS	2	
fluocinonide external gel 0.05 %		2	
fluocinonide external ointment 0.05 %		2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
fluocinonide external solution 0.05 %		2	
fluticasone propionate external cream 0.05 %		2	
fluticasone propionate external lotion 0.05 %	BESER	2	
fluticasone propionate external ointment 0.005 %		2	
halobetasol propionate external cream 0.05 %		2	
halobetasol propionate external ointment 0.05 %		2	
hydrocortisone butyrate external cream 0.1 %	LOCOID	2	
hydrocortisone butyrate external ointment 0.1 %		2	
hydrocortisone butyrate external solution 0.1 %	LOCOID	2	
hydrocortisone external cream 1 %		1	
hydrocortisone external cream 2.5 %		1	
hydrocortisone external lotion 2.5 %		2	
hydrocortisone external ointment 2.5 %		1	
hydrocortisone oral tablet 10 mg	CORTEF	2	
hydrocortisone valerate external cream 0.2 %		2	
hydrocortisone valerate external ointment 0.2 %		2	
methylprednisolone oral tablet therapy pack 4 mg	MEDROL	2	
mometasone furoate external cream 0.1 %	ELOCON	2	
mometasone furoate external ointment 0.1 %		2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
mometasone furoate external solution 0.1 %		2	
prednisolone sodium phosphate oral solution 10 mg/5ml, 20 mg/5ml		2	
PROCTO-PAK RECTAL CREAM 1 %		2	
PROCTOZONE-HC RECTAL CREAM 2.5 %		2	
triamcinolone acetonide external cream 0.025 %		2	
triamcinolone acetonide external cream 0.1 %, 0.5 %		2	
triamcinolone acetonide external lotion 0.025 %, 0.1 %		2	
triamcinolone acetonide external ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %		2	
triderm external cream 0.1 %		2	
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Modificadores/Hormonas Sexuales)			
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Modificadores/Hormonas Sexuales)			
ALTAVERA ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG		2	MT; CG
APRI ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG		2	MT; CG
ARANELLE ORAL TABLET 0.5/1/0.5-35 MG-MCG		2	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
AUBRA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG		2	MT; CG
AVIANE ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG		2	MT; CG
BALZIVA ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG		2	
briellyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg		2	
CRYSELLE-28 ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG		2	MT; CG
CYCLAFEM 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG		2	MT; CG
CYCLAFEM 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG		2	MT; CG
DEBLITANE ORAL TABLET 0.35 MG		2	MT; CG
DELYLA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG		2	MT; CG
desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)	AZURETTE	2	MT; CG
desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-30 mg-mcg	APRI	2	MT; CG
drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.03 mg	OCELLA	2	MT; CG
EMOQUETTE ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG		2	MT; CG
ENPRESSE-28 ORAL TABLET		2	MT; CG
ENSKYCE ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG		2	MT; CG
estradiol valerate intramuscular oil 40 mg/ml	DELESTROGEN	2	
ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg	KELNOR 1/35	2	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
FALMINA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG		2	MT; CG
FYAVOLV ORAL TABLET 0.5-2.5 MG-MCG, 1-5 MG-MCG		2	PA
GIANVI ORAL TABLET 3-0.02 MG		2	MT; CG
INCASSIA ORAL TABLET 0.35 MG		2	MT; CG
INTROVALE ORAL TABLET 0.15-0.03 MG		2	MT
ISIBLOOM ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG		2	MT; CG
JUNEL 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG		2	MT; CG
JUNEL 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG		2	MT; CG
JUNEL FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG		2	MT; CG
JUNEL FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG		2	MT; CG
KARIVA ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)		2	MT; CG
KELNOR 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG		2	MT; CG
KELNOR 1/50 ORAL TABLET 1-50 MG-MCG		2	MT; CG
KURVELO ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG		2	MT; CG
LARIN 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG		2	MT; CG
LARIN 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG		2	MT; CG
LARIN FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG		2	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
LARIN FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG		2	MT; CG
LEENA ORAL TABLET 0.5/1/0.5-35 MG-MCG		2	MT; CG
LESSINA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG		2	MT; CG
LEVONEST ORAL TABLET		2	MT; CG
levonorgest-eth estrad 91-day oral tablet 0.15-0.03 mg		2	MT
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.15-30 mg-mcg		2	MT; CG
LEVORA 0.15/30 (28) ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG		2	MT; CG
LORYNA ORAL TABLET 3-0.02 MG		2	MT; CG
LOW-OGESTREL ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG		2	MT; CG
LUTERA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG		2	MT; CG
marlissa oral tablet 0.15-30 mg-mcg		2	MT; CG
MICROGESTIN 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG		2	MT; CG
MICROGESTIN 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG		2	MT; CG
MICROGESTIN FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG		2	MT; CG
MICROGESTIN FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG		2	MT; CG
NECON 0.5/35 (28) ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG		2	MT; CG
NIKKI ORAL TABLET 3-0.02 MG		2	MT; CG
NORA-BE ORAL TABLET 0.35 MG		2	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
NORLYROC ORAL TABLET 0.35 MG		2	MT; CG
NORTREL 0.5/35 (28) ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG		2	MT; CG
NORTREL 1/35 (21) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG		2	MT; CG
NORTREL 1/35 (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG		2	MT; CG
NORTREL 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG		2	MT; CG
NUVARING VAGINAL RING 0.12-0.015 MG/24HR		4	
OCELLA ORAL TABLET 3-0.03 MG		2	MT; CG
ORSYTHIA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG		2	MT; CG
PIMTREA ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)		2	MT; CG
PIRMELLA 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG		2	MT; CG
PORTIA-28 ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG		2	MT; CG
PREMPRO ORAL TABLET 0.3-1.5 MG, 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG		3	PA
PREVIFEM ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG		2	MT; CG
RECLIPSEN ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG		2	MT; CG
SHAROBEL ORAL TABLET 0.35 MG		2	MT; CG
SPRINTEC 28 ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG		2	MT; CG
SRONYX ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG		2	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
TARINA FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG		2	MT; CG
TRI-LEGEST FE ORAL TABLET 1-20/1-30/1-35 MG-MCG		2	
TRI-PREVIFEM ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG		2	MT; CG
TRI-SPRINTEC ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG		2	MT; CG
TRIVORA (28) ORAL TABLET		2	MT; CG
VELIVET ORAL TABLET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG		2	
VYFEMLA ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG		2	
ZOVIA 1/35E (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG		2	MT; CG
Agentes Modificadores Del Receptor Selectivo De Estrógeno			
OSPHENA ORAL TABLET 60 MG		4	
raloxifene hcl oral tablet 60 mg	EVISTA	2	MT; CG
Andrógenos			
ANDRODERM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 2 MG/24HR, 4 MG/24HR		4	PA; QL (30 EA per 30 days)
danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg		2	
testosterone cypionate intramuscular solution 100 mg/ml, 200 mg/ml	DEPO-TESTOSTERONE	2	
testosterone enanthate intramuscular solution 200 mg/ml		2	
testosterone transdermal gel 12.5 mg/act (1%)	VOGELXO PUMP	2	PA; MT; QL (300 GM per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
testosterone transdermal gel 25 mg/2.5gm (1%), 50 mg/5gm (1%)	ANDROGEL	2	PA; MT; QL (300 GM per 30 days)
Esteroides Anabólicos			
ANADROL-50 ORAL TABLET 50 MG		5	PA
oxandrolone oral tablet 10 mg		5	PA; QL (60 EA per 30 days)
oxandrolone oral tablet 2.5 mg		2	PA; QL (60 EA per 30 days)
Estrógenos			
estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	ESTRACE	2	PA
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	CLIMARA	2	PA
estradiol vaginal cream 0.1 mg/gm	ESTRACE	2	
estradiol vaginal tablet 10 mcg	VAGIFEM	2	
estradiol valerate intramuscular oil 20 mg/ml	DELESTROGEN	2	
marlissa oral tablet 0.15-30 mg-mcg		2	MT; CG
MENEST ORAL TABLET 0.3 MG, 0.625 MG, 1.25 MG		2	PA
PREMARIN ORAL TABLET 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG		3	PA
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GM		3	
Progestina			
CAMILA ORAL TABLET 0.35 MG		2	MT; CG
DEPO-PROVERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 400 MG/ML		4	PA
ERRIN ORAL TABLET 0.35 MG		2	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
LYZA ORAL TABLET 0.35 MG		2	MT; CG
marlissa oral tablet 0.15-30 mg-mcg		2	MT; CG
medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension 150 mg/ml	DEPO-PROVERA	2	QL (1 ML per 90 days)
medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension prefilled syringe 150 mg/ml	DEPO-PROVERA	2	QL (1 ML per 90 days)
medroxyprogesterone acetate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	PROVERA	1	MT; CG
megestrol acetate oral suspension 40 mg/ml		2	PA
megestrol acetate oral suspension 625 mg/5ml	MEGACE ES	2	PA; MT
megestrol acetate oral tablet 20 mg, 40 mg		2	PA
norethindrone acetate oral tablet 5 mg	AYGESTIN	2	MT; CG
norethindrone oral tablet 0.35 mg		2	MT; CG
progesterone micronized oral capsule 100 mg, 200 mg	PROMETRIUM	1	MT; CG
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Pituitaria)			
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Pituitaria)			
desmopressin ace spray refrig nasal solution 0.01 %		2	
desmopressin acetate oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg	DDAVP	2	MT; CG
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/4ML		5	PA; LA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
NORDITROPIN FLEXPRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/1.5ML, 15 MG/1.5ML, 5 MG/1.5ML		5	PA
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Prostaglandinas)			
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Prostaglandinas)			
misoprostol oral tablet 200 mcg	CYTOTEC	2	CG
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Tiroides)			
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Tiroides)			
levo-t oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg		1	MT; CG
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		1	MT; CG
levothyroxine sodium oral tablet 300 mcg		1	MT; CG
LEVOXYL ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG		2	MT; CG
liothyronine sodium oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg	CYTOMEL	2	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
SYNTHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG		3	MT
unithroid oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg		2	MT; CG
Agentes Hormonales, Supresores (Adrenal)			
Agentes Hormonales, Supresores (Adrenal)			
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG		3	
Agentes Hormonales, Supresores (Pituitaria)			
Agentes Hormonales, Supresores (Pituitaria)			
bromocriptine mesylate oral capsule 5 mg	PARLODEL	2	MT; CG
bromocriptine mesylate oral tablet 2.5 mg	PARLODEL	2	MT; CG
cabergoline oral tablet 0.5 mg		2	QL (20 EA per 30 days)
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 22.5 MG, 30 MG, 45 MG, 7.5 MG		4	PA
leuprolide acetate injection kit 1 mg/0.2ml		2	PA
LUPANETA PACK COMBINATION KIT 11.25 & 5 MG		5	PA; QL (1 EA per 84 days)
LUPANETA PACK COMBINATION KIT 3.75 & 5 MG		5	PA; QL (1 EA per 28 days)
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 3.75 MG, 7.5 MG		5	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 22.5 MG		5	PA
LUPRON DEPOT (4-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 30 MG		5	PA
LUPRON DEPOT (6-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 45 MG		5	PA
octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 50 mcg/ml	SANDOSTATIN	2	PA
octreotide acetate injection solution 1000 mcg/ml		5	PA
octreotide acetate injection solution 200 mcg/ml		2	PA
octreotide acetate injection solution 500 mcg/ml	SANDOSTATIN	5	PA
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML, 0.6 MG/ML, 0.9 MG/ML		5	PA; LA
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/0.5ML, 60 MG/0.2ML, 90 MG/0.3ML		5	PA
SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG		5	PA; LA
SYNAREL NASAL SOLUTION 2 MG/ML		5	PA
TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 11.25 MG, 22.5 MG, 3.75 MG		5	PA
Agentes Hormonales, Supresores (Tiroides)			

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
Agentes Antitiroides			
methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg	TAPAZOLE	2	MT; CG
propylthiouracil oral tablet 50 mg		2	MT; CG
Agentes Inmunológicos			
Agentes Inmunizantes, Pasivos			
GAMMAGARD INJECTION SOLUTION 2.5 GM/25ML		5	PA
GAMMAGARD S/D LESS IGA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 GM, 5 GM		5	PA
GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 20 GM/200ML, 5 GM/50ML		5	PA
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML		5	PA
PRIVIGEN INTRAVENOUS SOLUTION 20 GM/200ML		5	PA
Agentes Para Angioedema			
CINRYZE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 500 UNIT		5	PA
icatibant acetate subcutaneous solution 30 mg/3ml	FIRAZYR	5	PA; QL (18 ML per 30 days)
Inmunomoduladores			
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 2000000 UNIT/0.5ML		5	PA; LA
ARCALYST SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 220 MG		5	PA
leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg	ARAVA	2	CG; QL (30 EA per 30 days)
Inmunosupresores			

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
AFINITOR DISPERZ ORAL TABLET SOLUBLE 2 MG, 3 MG, 5 MG		5	PA
AFINITOR ORAL TABLET 2.5 MG		5	PA
azathioprine oral tablet 50 mg	IMURAN	2	PA; MT
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/ML		5	PA
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/ML		5	PA
cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg	GENGRAF	2	PA; MT; CG
cyclosporine modified oral capsule 50 mg		2	PA; MT; CG
cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml	GENGRAF	2	PA; MT; CG
cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg	SANDIMMUNE	2	PA; MT; CG
DEPEN TITRATABS ORAL TABLET 250 MG		5	
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 50 MG/ML		5	PA; QL (8 ML per 28 days)
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MG/0.5ML, 50 MG/ML		5	PA; QL (8 ML per 28 days)
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 25 MG		5	PA; QL (8 EA per 28 days)
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 50 MG/ML		5	PA; QL (8 ML per 28 days)
GENGRAF ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG		2	PA; MT; CG
GENGRAF ORAL SOLUTION 100 MG/ML		2	PA; MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 40 MG/0.8ML (6 PACK)		5	PA; QL (6 EA per 28 days)
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 40 MG/0.8ML, 80 MG/0.8ML		5	PA; QL (3 EA per 28 days)
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML		5	PA; QL (2 EA per 28 days)
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML		5	PA; QL (6 EA per 28 days)
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML		5	PA; QL (6 EA per 30 days)
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML		5	PA; QL (3 EA per 28 days)
HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS START SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML		5	PA; QL (4 EA per 28 days)
HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS START SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML		5	PA; QL (3 EA per 28 days)
HUMIRA SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 10 MG/0.1ML, 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML		5	PA; QL (6 EA per 28 days)
HUMIRA SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 10 MG/0.2ML, 20 MG/0.4ML		5	PA; QL (2 EA per 28 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
HUMIRA SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 20 MG/0.2ML		5	PA; QL (12 EA per 28 days)
mercaptopurine oral tablet 50 mg		2	CG
methotrexate oral tablet 2.5 mg		2	PA; MT; CG
methotrexate sodium (pf) injection solution 50 mg/2ml		2	PA
methotrexate sodium injection solution 50 mg/2ml		2	PA
mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg	CELLCEPT	2	PA; MT; CG
mycophenolate mofetil oral suspension reconstituted 200 mg/ml	CELLCEPT	5	PA
mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg	CELLCEPT	2	PA; MT; CG
mycophenolate sodium oral tablet delayed release 180 mg	MYFORTIC	2	PA; MT
mycophenolate sodium oral tablet delayed release 360 mg	MYFORTIC	2	PA
NEORAL ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG		3	PA; MT
NEORAL ORAL SOLUTION 100 MG/ML		3	PA; MT
PROGRAF ORAL PACKET 0.2 MG, 1 MG		4	PA
SANDIMMUNE ORAL SOLUTION 100 MG/ML		3	PA; MT
sirolimus oral solution 1 mg/ml	RAPAMUNE	5	PA
sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg	RAPAMUNE	2	PA; CG
sirolimus oral tablet 2 mg	RAPAMUNE	5	PA
tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg	PROGRAF	2	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML		4	PA
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG		5	PA; QL (60 EA per 30 days)
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 11 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
ZORTRESS ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG		5	PA
Vacunas			
ACTHIB INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED		3	
ADACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2-15.5 (PREFILLED SYRINGE), 5-2-15.5 LF-MCG/0.5		3	
bcg vaccine injection injectable		3	
BEXSERO INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE		3	
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2.5-18.5 , 5-2.5-18.5 (0.5ML SYRINGE)		3	
DAPTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 23-15-5		3	
diphtheria-tetanus toxoids dt intramuscular suspension 25-5 lfu/0.5ml		3	PA
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION 10 MCG/0.5ML, 20 MCG/ML		3	PA
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION		3	
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE		3	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1440 EL U/ML, 1440 EL U/ML 1 ML, 720 EL U/0.5ML, 720 EL U/0.5ML 0.5 ML		3	
HIBERIX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10 MCG		3	
IMOVAX RABIES INTRAMUSCULAR INJECTABLE 2.5 UNIT/ML		3	
INFANRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25-58-10		3	
IPOL INJECTION INJECTABLE		3	
IXIARO INTRAMUSCULAR SUSPENSION		3	
KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION , INJECTION 0.5 ML		3	
MENACTRA INTRAMUSCULAR INJECTABLE		3	
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED		3	
M-M-R II SUBCUTANEOUS INJECTABLE		3	
PEDIARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION		3	
PEDVAX HIB INTRAMUSCULAR SUSPENSION 7.5 MCG/0.5ML		3	
PROQUAD SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED		3	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION		3	
RABAVERT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED		3	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION 10 MCG/ML, 10 MCG/ML (1ML SYRINGE), 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML		3	PA
ROTARIX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED		3	
ROTATEQ ORAL SOLUTION		3	
SHINGRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MCG/0.5ML		3	
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF/0.5ML		3	PA
TENIVAC INTRAMUSCULAR INJECTABLE 5-2 LFU		3	PA
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE		3	
TWINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 720-20 ELU-MCG/ML		3	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5ML, 25 MCG/0.5ML (0.5ML SYRINGE)		3	
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5ML, 25 UNIT/0.5ML 0.5 ML, 50 UNIT/ML, 50 UNIT/ML 1 ML		3	
VARIVAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE 1350 PFU/0.5ML		3	
VARIZIG INTRAMUSCULAR SOLUTION 125 UNIT/1.2ML		3	
YF-VAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE		3	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
ZOSTAVAX SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED 19400 UNT/0.65ML		3	QL (1 EA per 999 days)
Agentes Oftálmicos			
Agentes Oftálmicos Para Alergia			
azelastine hcl ophthalmic solution 0.05 %		2	
BEPREVE OPHTHALMIC SOLUTION 1.5 %		3	
cromolyn sodium ophthalmic solution 4 %		1	
LASTACAFT OPHTHALMIC SOLUTION 0.25 %		4	
olopatadine hcl ophthalmic solution 0.2 %	PATADAY	2	
PAZEO OPHTHALMIC SOLUTION 0.7 %		3	
Agentes Oftálmicos Para Glaucoma			
acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg		2	MT; CG
ALPHAGAN P OPHTHALMIC SOLUTION 0.1 %		3	MT
AZOPT OPHTHALMIC SUSPENSION 1 %		3	MT
betaxolol hcl ophthalmic solution 0.5 %		2	MT; CG
BETOPTIC-S OPHTHALMIC SUSPENSION 0.25 %		3	MT
bimatoprost ophthalmic solution 0.03 %		2	MT; CG; QL (5 ML per 30 days)
brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.15 %	ALPHAGAN P	2	MT
brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.2 %		2	MT; CG
carteolol hcl ophthalmic solution 1 %		2	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
COMBIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.2-0.5 %		3	MT
dorzolamide hcl ophthalmic solution 2 %	TRUSOPT	2	MT; CG
dorzolamide hcl-timolol mal ophthalmic solution 22.3-6.8 mg/ml	COSOPT	2	MT; CG
dorzolamide hcl-timolol mal pf ophthalmic solution 2-0.5 %	COSOPT PF	2	MT; CG
levobunolol hcl ophthalmic solution 0.5 %		2	MT; CG
methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg		2	MT; CG
PHOSPHOLINE IODIDE OPHTHALMIC SOLUTION RECONSTITUTED 0.125 %		4	MT
pilocarpine hcl ophthalmic solution 1 %, 2 %, 4 %	ISOPTO CARPINE	2	MT
SIMBRINZA OPHTHALMIC SUSPENSION 1-0.2 %		3	MT
timolol maleate ophthalmic gel forming solution 0.25 %, 0.5 %	TIMOPTIC-XE	2	CG
timolol maleate ophthalmic solution 0.25 %, 0.5 %	TIMOPTIC	1	MT; CG
Agentes Oftálmicos Para La Inflamación			
ALREX OPHTHALMIC SUSPENSION 0.2 %		3	
dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution 0.1 %		2	
diclofenac sodium ophthalmic solution 0.1 %		2	
DUREZOL OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %		3	
fluorometholone ophthalmic suspension 0.1 %	FML LIQUIFILM	2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
flurbiprofen sodium ophthalmic solution 0.03 %		2	
FML OPHTHALMIC OINTMENT 0.1 %		3	
ILEVRO OPHTHALMIC SUSPENSION 0.3 %		3	
ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.4 %	ACULAR LS	2	
ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.5 %	ACULAR	2	
LOTEMAX OPHTHALMIC GEL 0.5 %		3	
LOTEMAX SM OPHTHALMIC GEL 0.38 %		3	
loteprednol etabonate ophthalmic suspension 0.5 %	LOTEMAX	2	
MAXIDEX OPHTHALMIC SUSPENSION 0.1 %		3	
prednisolone acetate ophthalmic suspension 1 %	PRED FORTE	2	
prednisolone sodium phosphate ophthalmic solution 1 %		2	
Agentes Oftálmicos, Otros			
atropine sulfate ophthalmic solution 1 %	ISOPTO ATROPINE	1	CG
CYSTARAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.44 %		5	LA; QL (60 ML per 30 days)
proparacaine hcl ophthalmic solution 0.5 %	ALCAINE	2	
RESTASIS OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %		3	PA; MT; QL (60 EA per 30 days)
sulfacetamide sodium ophthalmic ointment 10 %		2	
Agentes Oftálmicos			

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment 500-10000 unit/gm	POLYCIN	2	
bacitra-neomycin-polymyxin-hc ophthalmic ointment 1 %	NEO-POLYCIN HC	2	
BLEPHAMIDE S.O.P. OPHTHALMIC OINTMENT 10-0.2 %		4	
neomycin-bacitracin zn-polymyx ophthalmic ointment 5-400-10000	NEO-POLYCIN	2	
neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic ointment 3.5-10000-0.1	MAXITROL	2	
neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic suspension 3.5-10000-0.1	MAXITROL	2	
neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic solution 1.75-10000-.025		2	
neomycin-polymyxin-hc ophthalmic suspension 3.5-10000-1		2	
polymyxin b-trimethoprim ophthalmic solution 10000-0.1 unit/ml-%	POLYTRIM	2	
sulfacetamide sodium ophthalmic ointment 10 %		2	
sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution 10-0.23 %		2	
tobramycin-dexamethasone ophthalmic suspension 0.3-0.1 %	TOBRADEX	2	
Prostaglandinas Oftálmicas Y Análogos De Prostamida			
bimatoprost ophthalmic solution 0.03 %		2	MT; CG; QL (5 ML per 30 days)
latanoprost ophthalmic solution 0.005 %	XALATAN	1	MT; CG; QL (2.5 ML per 25 days)
LUMIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.01 %		3	MT; QL (2.5 ML per 25 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
TRAVATAN Z OPHTHALMIC SOLUTION 0.004 %		3	MT; QL (2.5 ML per 25 days)
Agentes Orales Y Dentales			
Agentes Orales Y Dentales			
cevimeline hcl oral capsule 30 mg	EVOXAC	2	
chlorhexidine gluconate mouth/throat solution 0.12 %	PAROEX	1	
doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg	MORGIDOX	2	
doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg		2	
doxycycline hyclate oral tablet 150 mg, 75 mg	ACTICLATE	2	
doxycycline monohydrate oral tablet 150 mg, 50 mg, 75 mg		2	
minocycline hcl oral capsule 100 mg, 50 mg	MINOCIN	2	
minocycline hcl oral capsule 75 mg		2	
pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg	SALAGEN	2	
triamcinolone acetonide mouth/throat paste 0.1 %	ORALONE	2	
Agentes Oticos			
Agentes Oticos			
CIPRODEX OTIC SUSPENSION 0.3-0.1 %		3	
FLAC OTIC OIL 0.01 %		2	
hydrocortisone-acetic acid otic solution 1-2 %	ACETASOL HC	2	
neomycin-polymyxin-hc otic solution 1 %		2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
neomycin-polymyxin-hc otic suspension 3.5-10000-1		2	
Agentes Para El Desórden Del Sueño			
Agentes Para El Desórden Del Sueño, Otros			
armodafinil oral tablet 150 mg	NUVIGIL	2	PA; QL (60 EA per 30 days)
armodafinil oral tablet 200 mg, 250 mg	NUVIGIL	2	PA; QL (30 EA per 30 days)
armodafinil oral tablet 50 mg	NUVIGIL	2	PA; QL (150 EA per 30 days)
HETLIOZ ORAL CAPSULE 20 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
modafinil oral tablet 100 mg, 200 mg	PROVIGIL	2	PA; CG; QL (30 EA per 30 days)
ramelteon oral tablet 8 mg	ROZEREM	2	QL (30 EA per 30 days)
XYREM ORAL SOLUTION 500 MG/ML		5	PA; LA; QL (540 ML per 30 days)
Moduladores Del Receptor De Gaba			
temazepam oral capsule 15 mg, 22.5 mg, 30 mg, 7.5 mg	RESTORIL	2	CG; QL (30 EA per 30 days)
zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg		2	PA; QL (30 EA per 30 days)
zolpidem tartrate er oral tablet extended release 12.5 mg, 6.25 mg	AMBIEN CR	2	PA; QL (30 EA per 30 days)
zolpidem tartrate oral tablet 10 mg, 5 mg	AMBIEN	2	PA; QL (30 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
Agentes Para El Tratamiento De Abuso De Sustancias. Anti-Adicción			
Agentes Para Revertimiento De Opioides			
naloxone hcl injection solution 0.4 mg/ml		1	
naloxone hcl injection solution cartridge 0.4 mg/ml		1	
naloxone hcl injection solution prefilled syringe 2 mg/2ml		1	
NARCAN NASAL LIQUID 4 MG/0.1ML		3	
Agentes Para Sesación De Fumar			
bupropion hcl er (smoking det) oral tablet extended release 12 hour 150 mg		2	
CHANTIX CONTINUING MONTH PAK ORAL TABLET 1 MG		4	PA; QL (56 EA per 28 days)
CHANTIX ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG		4	PA; QL (60 EA per 30 days)
CHANTIX STARTING MONTH PAK ORAL TABLET 0.5 MG X 11 & 1 MG X 42		4	PA
NICOTROL INHALATION INHALER 10 MG		3	
NICOTROL NS NASAL SOLUTION 10 MG/ML		3	
Disuadores De Alcohol / Medicamentos Para Controlar El Deseo			
acamprosate calcium oral tablet delayed release 333 mg		2	
disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg	ANTABUSE	2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
Tratamiento Dependencia De Opioides			
buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg		1	
buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 8 mg		1	QL (60 EA per 30 days)
buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 12-3 mg, 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg	SUBOXONE	1	QL (60 EA per 30 days)
buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 2-0.5 mg, 8-2 mg		1	QL (120 EA per 30 days)
naltrexone hcl oral tablet 50 mg		2	
Agentes Para El Tratamiento De La Espasticidad			
Agentes Para El Tratamiento De La Espasticidad			
baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg		2	
dantrolene sodium oral capsule 100 mg		2	
dantrolene sodium oral capsule 25 mg, 50 mg	DANTRIUM	2	
Agentes Para El Tratamiento De La Migraña			
Agonistas Del Receptor De Serotonina (5-Ht) 1B/1D			
eletriptan hydrobromide oral tablet 20 mg, 40 mg	RELPAX	2	QL (9 EA per 30 days)
naratriptan hcl oral tablet 1 mg, 2.5 mg	AMERGE	2	QL (12 EA per 28 days)
rizatriptan benzoate oral tablet 10 mg	MAXALT	2	QL (18 EA per 28 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
rizatriptan benzoate oral tablet 5 mg		2	QL (18 EA per 28 days)
rizatriptan benzoate oral tablet dispersible 10 mg, 5 mg	MAXALT-MLT	2	QL (18 EA per 28 days)
sumatriptan nasal solution 20 mg/act	IMITREX	2	QL (12 EA per 28 days)
sumatriptan nasal solution 5 mg/act	IMITREX	2	QL (24 EA per 28 days)
sumatriptan succinate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	IMITREX	2	QL (9 EA per 28 days)
sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge 4 mg/0.5ml	IMITREX STATDOSE REFILL	2	QL (9 ML per 28 days)
sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge 6 mg/0.5ml	IMITREX STATDOSE REFILL	2	QL (6 ML per 28 days)
sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5ml	IMITREX	2	QL (6 ML per 28 days)
sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 4 mg/0.5ml, 6 mg/0.5ml	IMITREX STATDOSE SYSTEM	2	QL (6 ML per 28 days)
sumatriptan succinate subcutaneous solution prefilled syringe 6 mg/0.5ml		2	QL (6 ML per 28 days)
zolmitriptan oral tablet 2.5 mg, 5 mg	ZOMIG	2	QL (12 EA per 28 days)
zolmitriptan oral tablet dispersible 2.5 mg, 5 mg	ZOMIG ZMT	2	QL (12 EA per 28 days)
Alcaloides De Ergotamina			
dihydroergotamine mesylate nasal solution 4 mg/ml	MIGRANAL	2	
MIGERGOT RECTAL SUPPOSITORY 2-100 MG		5	
Profilácticos			

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 500 mg	DEPAKOTE ER	2	MT; CG
divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle 125 mg	DEPAKOTE SPRINKLES	2	MT; CG
divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg, 500 mg	DEPAKOTE	2	MT; CG
timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg		2	MT; CG
topiramate oral capsule sprinkle 15 mg, 25 mg	TOPAMAX SPRINKLE	2	MT; CG
topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	TOPAMAX	2	MT; CG
valproic acid oral capsule 250 mg	DEPAKENE	2	MT; CG
valproic acid oral solution 250 mg/5ml		2	MT; CG
Agentes Para El Tratamiento De Parkinson			
Agentes Para El Tratamiento De Parkinson, Otros			
amantadine hcl oral capsule 100 mg		2	CG
amantadine hcl oral syrup 50 mg/5ml		2	MT; CG
amantadine hcl oral tablet 100 mg		2	CG
carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 12.5-50-200 mg	STALEVO 50	2	MT; CG
carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 18.75-75-200 mg	STALEVO 75	2	MT; CG
carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 25-100-200 mg	STALEVO 100	2	MT; CG
carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 31.25-125-200 mg	STALEVO 125	2	MT; CG
carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 37.5-150-200 mg	STALEVO 150	2	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 50-200-200 mg	STALEVO 200	2	MT; CG
entacapone oral tablet 200 mg	COMTAN	2	CG
Antagonistas De Dopamina			
APOKYN SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 30 MG/3ML		5	LA
bromocriptine mesylate oral capsule 5 mg	PARLODEL	2	MT; CG
bromocriptine mesylate oral tablet 2.5 mg	PARLODEL	2	MT; CG
NEUPRO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 1 MG/24HR, 2 MG/24HR, 3 MG/24HR, 4 MG/24HR, 6 MG/24HR, 8 MG/24HR		4	QL (30 EA per 30 days)
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	MIRAPEX ER	2	MT; CG
pramipexole dihydrochloride oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg	MIRAPEX	2	MT; CG
ropinirole hcl er oral tablet extended release 24 hour 12 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg	REQUIP XL	2	MT; CG
ropinirole hcl er oral tablet extended release 24 hour 2 mg		2	MT; CG
ropinirole hcl oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg		2	MT; CG
Anticolinérgicos			
benztropine mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg		2	PA; CG
trihexyphenidyl hcl oral solution 0.4 mg/ml		2	PA; CG
trihexyphenidyl hcl oral tablet 2 mg, 5 mg		2	PA; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
Inhibidores De Monoamino Oxidasa B (Mao-B)			
rasagiline mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg	AZILECT	2	MT; CG
selegiline hcl oral capsule 5 mg		2	MT; CG
selegiline hcl oral tablet 5 mg		2	MT; CG
Precursores De Dopamina /Inhibidores De Decarboxilasa E L-Amino Acido			
carbidopa-levodopa er oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg	SINEMET CR	2	MT; CG
carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg	SINEMET	2	MT; CG
carbidopa-levodopa oral tablet dispersible 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg		2	MT; CG
Agentes Para La Enfermedad Inflamatoria Intestinal			
Aminosalicilatos			
APRISO ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.375 GM		4	MT
balsalazide disodium oral capsule 750 mg	COLAZAL	2	
CANASA RECTAL SUPPOSITORY 1000 MG		5	
DIPENTUM ORAL CAPSULE 250 MG		5	
mesalamine oral tablet delayed release 1.2 gm	LIALDA	2	
mesalamine oral tablet delayed release 800 mg	ASACOL HD	2	
mesalamine rectal enema 4 gm		2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
mesalamine rectal suppository 1000 mg	CANASA	5	
Glucocorticoides			
budesonide oral capsule delayed release particles 3 mg	ENTOCORT EC	2	
COLOCORT RECTAL ENEMA 100 MG/60ML		2	
cortisone acetate oral tablet 25 mg		2	
hydrocortisone oral tablet 10 mg	CORTEF	2	
hydrocortisone rectal enema 100 mg/60ml	COLOCORT	2	
methylprednisolone oral tablet therapy pack 4 mg	MEDROL	2	
prednisolone acetate ophthalmic suspension 1 %	PRED FORTE	2	
prednisolone sodium phosphate oral solution 10 mg/5ml, 20 mg/5ml		2	
PROCTOSOL HC RECTAL CREAM 2.5 %		2	
Sulfonamidas			
sulfasalazine oral tablet 500 mg	AZULFIDINE	2	MT
sulfasalazine oral tablet delayed release 500 mg	AZULFIDINE EN-TABS	2	MT
Agentes Parala Enfermedad Metabólica Del Hueso			
Agentes Parala Enfermedad Metabólica Del Hueso			
alendronate sodium oral tablet 10 mg, 5 mg		1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
alendronate sodium oral tablet 35 mg		1	MT; CG; QL (4 EA per 28 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
alendronate sodium oral tablet 40 mg		1	CG; QL (30 EA per 30 days)
alendronate sodium oral tablet 70 mg	FOSAMAX	1	MT; CG; QL (4 EA per 28 days)
calcitonin (salmon) nasal solution 200 unit/act	MIACALCIN	2	MT; CG
calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg	ROCALTROL	2	MT; CG
calcitriol oral solution 1 mcg/ml	ROCALTROL	2	PA; MT; CG
cinacalcet hcl oral tablet 30 mg, 60 mg	SENSIPAR	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
cinacalcet hcl oral tablet 90 mg	SENSIPAR	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
FORTEO SUBCUTANEOUS SOLUTION 600 MCG/2.4ML		5	PA; QL (2.4 ML per 28 days)
ibandronate sodium oral tablet 150 mg	BONIVA	2	MT; CG; QL (1 EA per 28 days)
NATPARA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG		5	PA; QL (2 EA per 28 days)
paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg	ZEMPLAR	2	PA; MT; CG
paricalcitol oral capsule 4 mcg		2	PA; MT; CG
PROLIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 60 MG/ML		4	PA; QL (1 ML per 180 days)
risedronate sodium oral tablet 150 mg	ACTONEL	2	MT; CG; QL (1 EA per 28 days)
risedronate sodium oral tablet 35 mg	ACTONEL	2	MT; CG; QL (4 EA per 28 days)
risedronate sodium oral tablet delayed release 35 mg	ATELVIA	2	MT; CG; QL (4 EA per 28 days)
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7ML		5	PA; QL (1.7 ML per 28 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
Agentes Pulmonares/ Tracto Respiratorio			
Agentes Del Tracto Respiratorio, Otros			
acetylcysteine inhalation solution 10 %, 20 %		2	PA
ANORO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5-25 MCG/INH		3	QL (60 EA per 30 days)
INCRUSE ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5 MCG/INH		3	QL (30 EA per 30 days)
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG		5	PA; LA
STIOLTO RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 2.5-2.5 MCG/ACT		3	QL (4 GM per 30 days)
ZEMAIRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG		5	PA; LA
Agentes Para Fibrosis Cística			
CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED 75 MG		5	PA; LA
KALYDECO ORAL PACKET 25 MG, 50 MG, 75 MG		5	PA; QL (60 EA per 30 days)
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG		5	PA; QL (60 EA per 30 days)
ORKAMBI ORAL PACKET 100-125 MG, 150-188 MG		5	PA; QL (120 EA per 30 days)
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG		5	PA; QL (120 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML		5	PA
Agentes Para Fibrosis Pulmonar			
ESBRIET ORAL CAPSULE 267 MG		5	PA; QL (270 EA per 30 days)
ESBRIET ORAL TABLET 267 MG		5	PA; QL (270 EA per 30 days)
ESBRIET ORAL TABLET 801 MG		5	PA; QL (90 EA per 30 days)
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG		5	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		3	QL (60 EA per 30 days)
ADVAIR HFA INHALATION AEROSOL 115-21 MCG/ACT, 230-21 MCG/ACT, 45-21 MCG/ACT		3	QL (12 GM per 30 days)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 20-100 MCG/ACT		3	QL (8 GM per 30 days)
ESBRIET ORAL CAPSULE 267 MG		5	PA; QL (270 EA per 30 days)
ESBRIET ORAL TABLET 267 MG		5	PA; QL (270 EA per 30 days)
ESBRIET ORAL TABLET 801 MG		5	PA; QL (90 EA per 30 days)
ipratropium-albuterol inhalation solution 0.5-2.5 (3) mg/3ml		2	PA; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 100 MG/ML		5	PA; QL (3 ML per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML		5	PA; QL (3 ML per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG		5	PA; QL (3 EA per 28 days)
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG		5	PA; QL (60 EA per 30 days)
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML		5	PA
SYMBICORT INHALATION AEROSOL 160-4.5 MCG/ACT, 80-4.5 MCG/ACT		3	QL (10.2 GM per 30 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML		5	PA; LA; QL (6 ML per 28 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 75 MG/0.5ML		5	PA; LA; QL (1 ML per 28 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG		5	PA; LA; QL (6 EA per 28 days)
Antihipertensivos Pulmonares			
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG		5	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
ALYQ ORAL TABLET 20 MG		5	PA; QL (60 EA per 30 days)
ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg	LETAIRIS	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
REVATIO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 10 MG/ML		5	PA
sildenafil citrate oral tablet 20 mg	REVATIO	2	PA; MT; CG; QL (90 EA per 30 days)
tadalafil (pah) oral tablet 20 mg	ADCIRCA	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
VENTAVIS INHALATION SOLUTION 10 MCG/ML, 20 MCG/ML		5	PA; QL (270 ML per 30 days)
Antihistaminas			
azelastine hcl nasal solution 0.1 %		2	QL (30 ML per 25 days)
azelastine hcl nasal solution 0.15 %	ASTEPRO	2	QL (60 ML per 30 days)
cetirizine hcl oral solution 1 mg/ml		2	
cyproheptadine hcl oral syrup 2 mg/5ml		2	PA
cyproheptadine hcl oral tablet 4 mg		2	PA
desloratadine oral tablet 5 mg	CLARINEX	2	QL (30 EA per 30 days)
levocetirizine dihydrochloride oral solution 2.5 mg/5ml	XYZAL ALLERGY 24HR	2	
levocetirizine dihydrochloride oral tablet 5 mg	XYZAL ALLERGY 24HR	2	QL (30 EA per 30 days)
olopatadine hcl nasal solution 0.6 %	PATANASE	2	
promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg		2	PA
Antiinflamatorios, Corticoesteroides Inhalados			
ADVAIR DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-50 MCG/DOSE, 250-50 MCG/DOSE, 500-50 MCG/DOSE		3	QL (60 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
ADVAIR HFA INHALATION AEROSOL 115-21 MCG/ACT, 230-21 MCG/ACT, 45-21 MCG/ACT		3	QL (12 GM per 30 days)
ARNUITY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT, 50 MCG/ACT		3	QL (30 EA per 30 days)
budesonide inhalation suspension 0.25 mg/2ml, 0.5 mg/2ml, 1 mg/2ml	PULMICORT	2	PA
FLOVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/BLIST, 50 MCG/BLIST		3	QL (60 EA per 30 days)
FLOVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 250 MCG/BLIST		3	QL (240 EA per 30 days)
FLOVENT HFA INHALATION AEROSOL 110 MCG/ACT, 220 MCG/ACT		3	QL (24 GM per 30 days)
FLOVENT HFA INHALATION AEROSOL 44 MCG/ACT		3	QL (21.2 GM per 30 days)
flunisolide nasal solution 25 mcg/act (0.025%)		2	QL (50 ML per 25 days)
fluticasone propionate external lotion 0.05 %	BESER	2	
fluticasone propionate nasal suspension 50 mcg/act	CLARISPRAY	2	QL (16 GM per 30 days)
PULMICORT FLEXHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 180 MCG/ACT, 90 MCG/ACT		4	QL (2 EA per 30 days)
Antileucotrienos			

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
montelukast sodium oral packet 4 mg	SINGULAIR	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
montelukast sodium oral tablet 10 mg	SINGULAIR	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
montelukast sodium oral tablet chewable 4 mg, 5 mg	SINGULAIR	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
zafirlukast oral tablet 10 mg	ACCOLATE	2	MT
zafirlukast oral tablet 20 mg	ACCOLATE	2	
Broncodilatadores, Anticolinérgicos			
ATROVENT HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION 17 MCG/ACT		3	QL (25.8 GM per 30 days)
INCRUSE ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5 MCG/INH		3	QL (30 EA per 30 days)
ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %		2	PA; MT; CG
ipratropium bromide nasal solution 0.03 %		2	QL (30 ML per 30 days)
ipratropium bromide nasal solution 0.06 %		2	QL (15 ML per 30 days)
SPIRIVA HANDIHALER INHALATION CAPSULE 18 MCG		3	QL (30 EA per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 1.25 MCG/ACT, 2.5 MCG/ACT		3	QL (4 GM per 30 days)
Broncodilatadores, Simpatomiméticos			
ADVAIR DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-50 MCG/DOSE, 250-50 MCG/DOSE, 500-50 MCG/DOSE		3	QL (60 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
ADVAIR HFA INHALATION AEROSOL 115-21 MCG/ACT, 230-21 MCG/ACT, 45-21 MCG/ACT		3	QL (12 GM per 30 days)
albuterol sulfate er oral tablet extended release 12 hour 4 mg, 8 mg		2	CG
albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act, 108 (90 base) mcg/act (nda020503), 108 (90 base) mcg/act (nda020983)	PROAIR HFA	2	CG; QL (36 GM per 30 days)
albuterol sulfate inhalation nebulization solution (2.5 mg/3ml) 0.083%, (5 mg/ml) 0.5%, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml		2	PA; CG
albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5ml		2	CG
albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg		2	CG
BREO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-25 MCG/INH, 200-25 MCG/INH		3	QL (60 EA per 30 days)
epinephrine injection solution 0.3 mg/0.3ml		2	QL (6 EA per 30 days)
epinephrine injection solution auto-injector 0.15 mg/0.15ml, 0.3 mg/0.3ml	AUVI-Q	2	QL (6 EA per 30 days)
epinephrine injection solution auto-injector 0.15 mg/0.3ml	EPIPEN JR 2-PAK	2	QL (6 EA per 30 days)
fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 113-14 mcg/act	AIRDUO RESPICLICK 113/14	2	MT; QL (1 EA per 30 days)
fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 232-14 mcg/act	AIRDUO RESPICLICK 232/14	2	MT; QL (1 EA per 30 days)
fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 55-14 mcg/act	AIRDUO RESPICLICK 55/14	2	MT; QL (1 EA per 30 days)
levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 0.31 mg/3ml, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml	XOPENEX	2	PA; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 1.25 mg/0.5ml	XOPENEX CONCENTRATE	2	PA; CG
levalbuterol tartrate inhalation aerosol 45 mcg/act	XOPENEX HFA	2	CG; QL (30 GM per 30 days)
PERFOROMIST INHALATION NEBULIZATION SOLUTION 20 MCG/2ML		5	PA
SEREVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50 MCG/DOSE		3	QL (60 EA per 30 days)
terbutaline sulfate oral tablet 2.5 mg, 5 mg		2	CG
Estabilizadores De Mastocitos			
cromolyn sodium inhalation nebulization solution 20 mg/2ml		2	PA; MT; CG
cromolyn sodium oral concentrate 100 mg/5ml	GASTROCROM	5	
Inhibidores De Fósfodiesterasa, Enfermedad De Las Vías Respiratorias			
DALIRESP ORAL TABLET 250 MCG, 500 MCG		4	
THEO-24 ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG, 200 MG, 300 MG, 400 MG		2	MT
theophylline er oral tablet extended release 12 hour 300 mg	THEOCHRON	2	MT
theophylline er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 600 mg		2	MT
theophylline oral solution 80 mg/15ml		2	MT
Analgésicos			

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
Analgésicos Opioides, Corta Duración			
fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1200 mcg, 1600 mcg, 200 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg	ACTIQ	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr	DURAGESIC-100	2	PA; QL (10 EA per 30 days)
fentanyl transdermal patch 72 hour 12 mcg/hr	DURAGESIC-12	2	PA; QL (10 EA per 30 days)
fentanyl transdermal patch 72 hour 25 mcg/hr	DURAGESIC-25	2	PA; QL (10 EA per 30 days)
fentanyl transdermal patch 72 hour 50 mcg/hr	DURAGESIC-50	2	PA; QL (10 EA per 30 days)
fentanyl transdermal patch 72 hour 75 mcg/hr	DURAGESIC-75	2	PA; QL (10 EA per 30 days)
hydromorphone hcl oral liquid 1 mg/ml	DILAUDID	2	
hydromorphone hcl oral tablet 2 mg, 4 mg	DILAUDID	2	QL (42 EA per 7 days)
hydromorphone hcl oral tablet 8 mg	DILAUDID	2	QL (21 EA per 7 days)
meperidine hcl injection solution 25 mg/ml	DEMEROL	2	PA; QL (1440 ML per 30 days)
meperidine hcl injection solution 50 mg/ml	DEMEROL	2	PA; QL (720 ML per 30 days)
morphine sulfate (concentrate) oral solution 100 mg/5ml		2	QL (42 ML per 7 days)
morphine sulfate (pf) intravenous solution 8 mg/ml		4	PA
morphine sulfate injection solution 10 mg/ml		4	PA
morphine sulfate oral solution 10 mg/5ml		2	QL (420 ML per 7 days)
morphine sulfate oral solution 20 mg/5ml		2	QL (210 ML per 7 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
morphine sulfate oral tablet 15 mg		2	QL (42 EA per 7 days)
morphine sulfate oral tablet 30 mg		2	QL (28 EA per 7 days)
oxycodone hcl oral capsule 5 mg		2	QL (42 EA per 7 days)
oxycodone hcl oral concentrate 100 mg/5ml		2	
oxycodone hcl oral solution 5 mg/5ml		2	QL (630 ML per 7 days)
oxycodone hcl oral tablet 10 mg, 20 mg		2	QL (42 EA per 7 days)
oxycodone hcl oral tablet 15 mg	ROXICODONE	2	QL (28 EA per 7 days)
oxycodone hcl oral tablet 30 mg	ROXICODONE	2	QL (14 EA per 7 days)
oxycodone hcl oral tablet 5 mg	ROXICODONE	2	QL (42 EA per 7 days)
tramadol hcl oral tablet 50 mg	ULTRAM	2	QL (56 EA per 7 days)
Analgésicos Opioides, Larga Duración			
duramorph injection solution 0.5 mg/ml, 1 mg/ml		4	PA
fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1200 mcg, 1600 mcg, 200 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg	ACTIQ	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
fentanyl citrate buccal tablet 100 mcg, 200 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg	FENTORA	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr	DURAGESIC-100	2	PA; QL (10 EA per 30 days)
fentanyl transdermal patch 72 hour 12 mcg/hr	DURAGESIC-12	2	PA; QL (10 EA per 30 days)
fentanyl transdermal patch 72 hour 25 mcg/hr	DURAGESIC-25	2	PA; QL (10 EA per 30 days)
fentanyl transdermal patch 72 hour 50 mcg/hr	DURAGESIC-50	2	PA; QL (10 EA per 30 days)
fentanyl transdermal patch 72 hour 75 mcg/hr	DURAGESIC-75	2	PA; QL (10 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
hydromorphone hcl pf injection solution 10 mg/ml, 50 mg/5ml		2	PA
methadone hcl oral solution 10 mg/5ml, 5 mg/5ml		2	QL (450 ML per 30 days)
methadone hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	DOLOPHINE	2	QL (180 EA per 30 days)
morphine sulfate (concentrate) oral solution 100 mg/5ml		2	QL (42 ML per 7 days)
morphine sulfate er beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 30 mg, 45 mg, 60 mg, 75 mg, 90 mg		2	QL (14 EA per 7 days)
morphine sulfate er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg, 80 mg	KADIAN	2	QL (14 EA per 7 days)
morphine sulfate er oral capsule extended release 24 hour 100 mg	KADIAN	5	QL (14 EA per 7 days)
morphine sulfate er oral tablet extended release 100 mg, 15 mg, 30 mg	MS CONTIN	2	QL (21 EA per 7 days)
morphine sulfate er oral tablet extended release 200 mg, 60 mg	MS CONTIN	2	QL (14 EA per 7 days)
morphine sulfate oral solution 10 mg/5ml		2	QL (420 ML per 7 days)
morphine sulfate oral solution 20 mg/5ml		2	QL (210 ML per 7 days)
morphine sulfate oral tablet 15 mg		2	QL (42 EA per 7 days)
morphine sulfate oral tablet 30 mg		2	QL (28 EA per 7 days)
Analgésicos			
acetaminophen-codeine #3 oral tablet 300-30 mg	TYLENOL WITH CODEINE #3	2	QL (42 EA per 7 days)
acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5ml		2	QL (1167 ML per 7 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg		2	QL (42 EA per 7 days)
acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg	TYLENOL WITH CODEINE #4	2	QL (42 EA per 7 days)
ENDOCET ORAL TABLET 10-325 MG, 5-325 MG, 7.5-325 MG		2	QL (42 EA per 7 days)
hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15ml		2	QL (1260 ML per 7 days)
hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg	LORCET HD	2	QL (42 EA per 7 days)
hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg	LORCET	2	QL (42 EA per 7 days)
hydrocodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg	LORCET PLUS	2	QL (42 EA per 7 days)
hydrocodone-ibuprofen oral tablet 7.5-200 mg		2	QL (28 EA per 7 days)
LORCET HD ORAL TABLET 10-325 MG		2	QL (42 EA per 7 days)
LORCET ORAL TABLET 5-325 MG		2	QL (42 EA per 7 days)
LORCET PLUS ORAL TABLET 7.5-325 MG		2	QL (42 EA per 7 days)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg	ENDOCET	2	QL (42 EA per 7 days)
tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg	ULTRACET	2	QL (56 EA per 7 days)
Antiinflamatorios No-Esteroidales			
celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg	CELEBREX	2	PA; QL (60 EA per 30 days)
celecoxib oral capsule 400 mg	CELEBREX	2	PA; QL (30 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
diclofenac epolamine transdermal patch 1.3 %	FLECTOR	2	
diclofenac potassium oral tablet 50 mg		2	
diclofenac sodium er oral tablet extended release 24 hour 100 mg		2	
diclofenac sodium oral tablet delayed release 25 mg, 50 mg, 75 mg		2	
diflunisal oral tablet 500 mg		2	
etodolac er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 500 mg, 600 mg		2	
etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg		2	
etodolac oral tablet 400 mg	LODINE	2	
etodolac oral tablet 500 mg		2	
flurbiprofen oral tablet 100 mg, 50 mg		2	
IBU ORAL TABLET 600 MG, 800 MG		1	
ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml		2	
ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg		1	
ketoprofen oral capsule 25 mg		2	
meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg	MOBIC	1	QL (30 EA per 30 days)
nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg		2	
naproxen dr oral tablet delayed release 375 mg	EC-NAPROSYN	2	
naproxen dr oral tablet delayed release 500 mg		2	
naproxen oral suspension 125 mg/5ml	NAPROSYN	2	
naproxen oral tablet 250 mg	NAPROSYN	1	
naproxen oral tablet 375 mg, 500 mg		1	
naproxen sodium oral tablet 275 mg		2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
naproxen sodium oral tablet 550 mg	ANAPROX DS	2	
oxaprozin oral tablet 600 mg	DAYPRO	2	
piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg	FELDENE	2	
sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg		2	
Anestésicos			
Anestésicos Locales			
lidocaine external ointment 5 %		2	PA
lidocaine external patch 5 %	LIDODERM	2	PA; QL (90 EA per 30 days)
lidocaine hcl external solution 4 %		2	
lidocaine hcl urethral/mucosal external gel 2 %		2	PA
lidocaine viscous hcl mouth/throat solution 2 %		1	
lidocaine-prilocaine external cream 2.5-2.5 %		2	PA
Ansiolíticos			
Ansiolíticos, Otros			
buspirone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg		2	CG
doxepin hcl oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg		2	PA; CG
doxepin hcl oral concentrate 10 mg/ml		2	PA; CG
SILENOR ORAL TABLET 3 MG, 6 MG		3	QL (30 EA per 30 days)
Benzodiazepinas			
alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	XANAX	1	CG
clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	KLONOPIN	1	CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
clonazepam oral tablet dispersible 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg		2	CG
clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg		2	PA; CG
clorazepate dipotassium oral tablet 7.5 mg	TRANXENE-T	2	PA; CG
DIASTAT ACUDIAL RECTAL GEL 10 MG, 20 MG		3	
DIASTAT PEDIATRIC RECTAL GEL 2.5 MG		3	
diazepam oral concentrate 5 mg/ml	DIAZEPAM INTENSOL	2	PA
diazepam oral solution 5 mg/5ml		2	PA; CG
diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg	VALIUM	1	PA; CG
lorazepam oral concentrate 2 mg/ml	LORAZEPAM INTENSOL	2	
lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	ATIVAN	1	CG
Ssris/ Snris			
escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5ml		2	MT; CG; QL (600 ML per 30 days)
escitalopram oxalate oral tablet 10 mg	LEXAPRO	2	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
escitalopram oxalate oral tablet 20 mg	LEXAPRO	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
escitalopram oxalate oral tablet 5 mg	LEXAPRO	2	MT; CG; QL (120 EA per 30 days)
paroxetine hcl er oral tablet extended release 24 hour 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg	PAXIL CR	2	PA; MT; CG
paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	PAXIL	2	PA; MT; CG
PAXIL ORAL SUSPENSION 10 MG/5ML		4	ST
sertraline hcl oral concentrate 20 mg/ml		2	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
sertraline hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	ZOLOFT	1	MT; CG
venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 150 mg	EFFEXOR XR	2	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 37.5 mg, 75 mg	EFFEXOR XR	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
venlafaxine hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg		2	MT; CG
Antibacteriales			
Aminoglicósidos			
amikacin sulfate injection solution 500 mg/2ml		2	
GENTAK OPHTHALMIC OINTMENT 0.3 %		2	
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-%		2	
gentamicin sulfate external cream 0.1 %		2	
gentamicin sulfate external ointment 0.1 %		2	
gentamicin sulfate injection solution 40 mg/ml		2	
gentamicin sulfate ophthalmic solution 0.3 %		2	
neomycin sulfate oral tablet 500 mg		2	
paromomycin sulfate oral capsule 250 mg		2	
streptomycin sulfate intramuscular solution reconstituted 1 gm		5	
TOBRADEX OPHTHALMIC OINTMENT 0.3-0.1 %		3	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/5ml	KITABIS PAK	5	PA; QL (280 ML per 28 days)
tobramycin ophthalmic solution 0.3 %	TOBREX	1	
tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml, 80 mg/2ml		2	PA
TOBREX OPHTHALMIC OINTMENT 0.3 %		3	
Antibacteriales, Otros			
acetic acid otic solution 2 %		2	
bacitracin ophthalmic ointment 500 unit/gm		2	
clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg	CLEOCIN	1	
clindamycin palmitate hcl oral solution reconstituted 75 mg/5ml	CLEOCIN	2	
clindamycin phosphate external gel 1 %	CLEOCIN-T	2	
clindamycin phosphate external lotion 1 %	CLEOCIN-T	2	
clindamycin phosphate external solution 1 %		2	
clindamycin phosphate external swab 1 %	CLINDACIN ETZ	2	
clindamycin phosphate in d5w intravenous solution 300 mg/50ml, 600 mg/50ml, 900 mg/50ml		2	
clindamycin phosphate injection solution 300 mg/2ml, 900 mg/6ml	CLEOCIN PHOSPHATE	2	
clindamycin phosphate vaginal cream 2 %	CLEOCIN	2	
colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted 150 mg	COLY-MYCIN M	2	PA
daptomycin intravenous solution reconstituted 350 mg		5	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
daptomycin intravenous solution reconstituted 500 mg	CUBICIN	5	PA
BD ALCOHOL SWABS 70 %		3	MT
linezolid intravenous solution 600 mg/300ml	ZYVOX	5	PA
linezolid oral suspension reconstituted 100 mg/5ml	ZYVOX	5	PA
linezolid oral tablet 600 mg	ZYVOX	2	PA
methenamine hippurate oral tablet 1 gm	HIPREX	2	
metronidazole external cream 0.75 %	METROCREAM	2	
metronidazole external gel 0.75 %	ROSADAN	2	
metronidazole external gel 1 %	METROGEL	2	
metronidazole external lotion 0.75 %	METROLOTION	2	
metronidazole in nacl intravenous solution 500-0.79 mg/100ml-%		2	
metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg	FLAGYL	2	
metronidazole vaginal gel 0.75 %	METROGEL-VAGINAL	2	
mupirocin calcium external cream 2 %		2	
mupirocin external ointment 2 %	CENTANY	2	
nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg	MACRODANTIN	2	
nitrofurantoin monohyd macro oral capsule 100 mg	MACROBID	2	
polymyxin b sulfate injection solution reconstituted 500000 unit		2	PA
SIVEXTRO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 200 MG		5	PA; QL (6 EA per 15 days)
SIVEXTRO ORAL TABLET 200 MG		5	PA; QL (6 EA per 15 days)
SULFAMYLON EXTERNAL CREAM 85 MG/GM		4	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
tigecycline intravenous solution reconstituted 50 mg	TYGACIL	5	PA
trimethoprim oral tablet 100 mg		2	
vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 250 mg, 500 mg, 750 mg		2	PA
vancomycin hcl oral capsule 125 mg	VANCOCIN HCL	2	
vancomycin hcl oral capsule 250 mg	VANCOCIN	5	
vandazole vaginal gel 0.75 %		2	
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG, 550 MG		5	PA
Betalactámico, Cefalosporinas			
cefaclor er oral tablet extended release 12 hour 500 mg		2	
cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg		2	
cefaclor oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml, 375 mg/5ml		2	
cefadroxil oral capsule 500 mg		2	
cefadroxil oral suspension reconstituted 250 mg/5ml, 500 mg/5ml		2	
cefadroxil oral tablet 1 gm		2	
cefazolin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 500 mg		2	
cefdinir oral capsule 300 mg		2	
cefdinir oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml		2	
cefepime hcl injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm	MAXIPIME	2	
cefixime oral capsule 400 mg	SUPRAX	2	
cefixime oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml	SUPRAX	2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
cefoxitin sodium injection solution reconstituted 10 gm		2	PA
cefoxitin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 2 gm		2	PA
cefpodoxime proxetil oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 50 mg/5ml		2	
cefpodoxime proxetil oral tablet 100 mg, 200 mg		2	
cefprozil oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml		2	
cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg		2	
ceftazidime injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 6 gm	TAZICEF	2	
ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 250 mg, 500 mg		2	PA
ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted 10 gm		2	PA
cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg		2	
cefuroxime sodium injection solution reconstituted 7.5 gm, 750 mg		2	PA
cefuroxime sodium intravenous solution reconstituted 1.5 gm		2	PA
cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg	KEFLEX	1	
cephalexin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml		2	
SUPRAX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 500 MG/5ML		3	
SUPRAX ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG, 200 MG		4	
TEFLARO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 MG, 600 MG		5	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
Betalactámico, Otros			
aztreonam injection solution reconstituted 1 gm	AZACTAM	2	
CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED 75 MG		5	PA; LA
ertapenem sodium injection solution reconstituted 1 gm	INVANZ	2	PA
imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 250 mg		2	PA
imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 500 mg	PRIMAXIN IV	2	PA
meropenem intravenous solution reconstituted 1 gm, 500 mg	MERREM	2	PA
Betalactámico, Penicilinas			
amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg		1	
amoxicillin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 200 mg/5ml, 250 mg/5ml, 400 mg/5ml		1	
amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg		1	
amoxicillin oral tablet chewable 125 mg, 250 mg		2	
amoxicillin-pot clavulanate er oral tablet extended release 12 hour 1000-62.5 mg		2	
amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 200-28.5 mg/5ml, 400-57 mg/5ml		2	
amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 250-62.5 mg/5ml	AUGMENTIN	2	
amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 600-42.9 mg/5ml	AUGMENTIN ES-600	2	
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 875-125 mg		2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 500-125 mg	AUGMENTIN	2	
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg		2	
ampicillin oral capsule 500 mg		1	
ampicillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 125 mg		2	PA
ampicillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm		2	PA
ampicillin-sulbactam sodium injection solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 15 (10-5) gm, 3 (2-1) gm	UNASYN	2	PA
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1200000 UNIT/2ML, 2400000 UNIT/4ML, 600000 UNIT/ML		4	
dicloxacillin sodium oral capsule 250 mg, 500 mg		2	
nafcillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm		2	PA
nafcillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm		5	PA
oxacillin sodium injection solution reconstituted 1 gm		2	
oxacillin sodium injection solution reconstituted 10 gm		5	
penicillin g pot in dextrose intravenous solution 40000 unit/ml, 60000 unit/ml		2	
penicillin g potassium injection solution reconstituted 20000000 unit	PFIZERPEN	2	
penicillin g procaine intramuscular suspension 600000 unit/ml		2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
penicillin g sodium injection solution reconstituted 5000000 unit		2	
penicillin v potassium oral solution reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml		2	
penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg		1	
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	ZOSYN	2	
Macrólidos			
AZASITE OPHTHALMIC SOLUTION 1 %		4	
azithromycin intravenous solution reconstituted 500 mg	ZITHROMAX	2	
azithromycin oral packet 1 gm	ZITHROMAX	2	
azithromycin oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml	ZITHROMAX	2	
azithromycin oral tablet 250 mg, 250 mg (6 pack), 500 mg, 500 mg (3 pack), 600 mg	ZITHROMAX	1	
clarithromycin er oral tablet extended release 24 hour 500 mg		2	
clarithromycin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml		2	
clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg		2	
DIFICID ORAL TABLET 200 MG		5	ST
E.E.S. 400 ORAL TABLET 400 MG		2	
ery external pad 2 %		2	
ERY-TAB ORAL TABLET DELAYED RELEASE 250 MG, 333 MG, 500 MG		2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
ERYTHROCIN LACTOBIONATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 500 MG		3	PA
ERYTHROCIN STEARATE ORAL TABLET 250 MG		2	
erythromycin base oral capsule delayed release particles 250 mg		2	
erythromycin base oral tablet 250 mg, 500 mg		2	
erythromycin base oral tablet delayed release 250 mg, 333 mg, 500 mg	ERY-TAB	2	
erythromycin ethylsuccinate oral tablet 400 mg	E.E.S. 400	2	
erythromycin external gel 2 %	ERYGEL	2	
erythromycin external solution 2 %		2	
erythromycin ophthalmic ointment 5 mg/gm		2	
Quinolonas			
CETRAXAL OTIC SOLUTION 0.2 %		3	
CILOXAN OPHTHALMIC OINTMENT 0.3 %		3	
ciprofloxacin hcl ophthalmic solution 0.3 %	CILOXAN	1	
ciprofloxacin hcl oral tablet 100 mg, 750 mg		2	
ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg	CIPRO	2	
ciprofloxacin hcl otic solution 0.2 %	CETRAXAL	2	
ciprofloxacin in d5w intravenous solution 200 mg/100ml		2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
ciprofloxacin oral suspension reconstituted 500 mg/5ml (10%)	CIPRO	2	
gatifloxacin ophthalmic solution 0.5 %	ZYMAXID	2	
levofloxacin in d5w intravenous solution 500 mg/100ml, 750 mg/150ml		2	
levofloxacin intravenous solution 25 mg/ml		2	
levofloxacin oral solution 25 mg/ml		2	
levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg	LEVAQUIN	1	
MOXEZA OPHTHALMIC SOLUTION 0.5 %		3	
moxifloxacin hcl ophthalmic solution 0.5 %	VIGAMOX	2	
ofloxacin ophthalmic solution 0.3 %	OCUFLOX	2	
ofloxacin otic solution 0.3 %	FLOXIN OTIC	2	
Sulfonamidas			
silver sulfadiazine external cream 1 %	SILVADENE	2	
ssd external cream 1 %		2	
sulfacetamide sodium ophthalmic ointment 10 %		2	
sulfacetamide sodium ophthalmic solution 10 %	BLEPH-10	2	
sulfadiazine oral tablet 500 mg		2	
sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5ml	SULFATRIM PEDIATRIC	2	
sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg	BACTRIM	1	
sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 800-160 mg	BACTRIM DS	1	
Tetraciclinas			

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
DOXY 100 INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG		2	
doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg	MORGIDOX	2	
doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg		2	
doxycycline hyclate oral tablet 150 mg, 75 mg	ACTICLATE	2	
doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg		2	
minocycline hcl oral capsule 100 mg, 50 mg	MINOCIN	2	
minocycline hcl oral capsule 75 mg		2	
tetracycline hcl oral capsule 250 mg, 500 mg		2	
Anticonvulsivos			
Agentes De Aumento De Ácido Gamma-Aminobutírico (Gaba)			
clobazam oral suspension 2.5 mg/ml	ONFI	2	
clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg	ONFI	2	
clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg		2	PA; CG
clorazepate dipotassium oral tablet 7.5 mg	TRANXENE-T	2	PA; CG
DIASTAT ACUDIAL RECTAL GEL 10 MG, 20 MG		3	
DIASTAT PEDIATRIC RECTAL GEL 2.5 MG		3	
diazepam oral concentrate 5 mg/ml	DIAZEPAM INTENSOL	2	PA
diazepam oral solution 5 mg/5ml		2	PA; CG
diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg	VALIUM	1	PA; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML		5	PA; LA; QL (600 ML per 30 days)
gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg, 400 mg	NEURONTIN	1	MT; CG
gabapentin oral solution 250 mg/5ml	NEURONTIN	2	MT; CG
gabapentin oral tablet 600 mg, 800 mg	NEURONTIN	1	MT; CG
lamotrigine oral tablet dispersible 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	LAMICTAL ODT	2	MT; CG
lorazepam oral concentrate 2 mg/ml	LORAZEPAM INTENSOL	2	
lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	ATIVAN	1	CG
phenobarbital oral elixir 20 mg/5ml		2	PA
phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg		2	PA
primidone oral tablet 250 mg, 50 mg	MYSOLINE	2	MT; CG
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG, 5 MG		5	QL (60 EA per 30 days)
tiagabine hcl oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg	GABITRIL	2	MT; CG
valproic acid oral capsule 250 mg	DEPAKENE	2	MT; CG
valproic acid oral solution 250 mg/5ml		2	MT; CG
vigabatrin oral packet 500 mg	SABRIL	5	PA
vigabatrin oral tablet 500 mg	SABRIL	5	PA
VIGADRONE ORAL PACKET 500 MG		5	PA
Agentes De Canales De Sodio			
APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG, 800 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
APTIOM ORAL TABLET 600 MG		5	PA; QL (60 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
BANZEL ORAL SUSPENSION 40 MG/ML		5	PA
BANZEL ORAL TABLET 200 MG, 400 MG		5	PA
carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 400 mg	TEGRETOL-XR	2	MT; CG
carbamazepine oral suspension 100 mg/5ml	TEGRETOL	2	MT; CG
carbamazepine oral tablet 200 mg		2	MT; CG
carbamazepine oral tablet chewable 100 mg		2	MT; CG
DILANTIN INFATABS ORAL TABLET CHEWABLE 50 MG		4	MT
DILANTIN ORAL CAPSULE 100 MG		4	MT
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG		4	MT
DILANTIN ORAL SUSPENSION 125 MG/5ML		4	MT
epitol oral tablet 200 mg		2	MT; CG
oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5ml	TRILEPTAL	2	MT; CG
oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg	TRILEPTAL	2	MT; CG
PEGANONE ORAL TABLET 250 MG		4	MT
PHENYTEK ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG		4	MT
phenytoin oral suspension 125 mg/5ml	DILANTIN	2	MT; CG
phenytoin oral tablet chewable 50 mg	DILANTIN INFATABS	2	MT; CG
phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg	DILANTIN	2	MT; CG
phenytoin sodium extended oral capsule 200 mg, 300 mg		2	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
TEGRETOL ORAL SUSPENSION 100 MG/5ML		4	MT
TEGRETOL ORAL TABLET 200 MG		4	MT
TEGRETOL-XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 100 MG, 200 MG, 400 MG		4	MT
VIMPAT ORAL SOLUTION 10 MG/ML		5	QL (1200 ML per 30 days)
VIMPAT ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG		5	QL (60 EA per 30 days)
VIMPAT ORAL TABLET 50 MG		4	MT; QL (60 EA per 30 days)
Agentes Modificadores De Canales De Calcio			
CELONTIN ORAL CAPSULE 300 MG		4	MT
ethosuximide oral capsule 250 mg	ZARONTIN	2	MT; CG
ethosuximide oral solution 250 mg/5ml	ZARONTIN	2	MT; CG
LYRICA CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 165 MG, 330 MG, 82.5 MG		3	
pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 225 mg, 25 mg, 300 mg, 50 mg, 75 mg	LYRICA	2	MT
pregabalin oral solution 20 mg/ml	LYRICA	2	MT
zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg	ZONEGRAN	2	MT; CG
zonisamide oral capsule 50 mg		2	MT; CG
Agentes Reductores De Glutamato			
felbamate oral suspension 600 mg/5ml	FELBATOL	5	
felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg	FELBATOL	2	MT; CG
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML		5	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG		5	PA
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG		4	PA
lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg	LAMICTAL XR	2	MT; CG
lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 50 mg	LAMICTAL XR	2	MT
lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg	LAMICTAL	2	MT; CG
lamotrigine oral tablet chewable 25 mg, 5 mg	LAMICTAL	2	MT; CG
lamotrigine starter kit-blue oral kit 35 x 25 mg	LAMICTAL STARTER	2	MT; CG
lamotrigine starter kit-green oral kit 84 x 25 mg & 14x100 mg	LAMICTAL STARTER	2	MT; CG
lamotrigine starter kit-orange oral kit 42 x 25 mg & 7 x 100 mg	LAMICTAL STARTER	2	MT; CG
topiramate er oral capsule er 24 hour sprinkle 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	QUDEXY XR	2	MT; CG
topiramate oral capsule sprinkle 15 mg, 25 mg	TOPAMAX SPRINKLE	2	MT; CG
topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	TOPAMAX	2	MT; CG
Anticonvulsivos, Otros			
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML		5	PA; QL (600 ML per 30 days)
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG		5	PA; QL (60 EA per 30 days)
DIASTAT ACUDIAL RECTAL GEL 10 MG, 20 MG		3	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
DIASTAT PEDIATRIC RECTAL GEL 2.5 MG		3	
diazepam oral concentrate 5 mg/ml	DIAZEPAM INTENSOL	2	PA
diazepam oral solution 5 mg/5ml		2	PA; CG
diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg	VALIUM	1	PA; CG
levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 500 mg, 750 mg	KEPPRA XR	2	MT; CG
levetiracetam oral solution 100 mg/ml	KEPPRA	2	MT; CG
levetiracetam oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg	KEPPRA	2	MT; CG
roweepra oral tablet 1000 mg, 500 mg		2	MT; CG
roweepra oral tablet 750 mg		2	MT; CG
roweepra xr oral tablet extended release 24 hour 500 mg, 750 mg		2	MT; CG
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 1000 MG, 250 MG, 500 MG, 750 MG		4	
Antidepresivos			
Antidepresivos, Otros			
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 300 MG, 400 MG		5	PA; QL (1 EA per 28 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 300 MG, 400 MG		5	PA; QL (1 EA per 28 days)
aripiprazole oral solution 1 mg/ml		2	
aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg	ABILIFY	2	
aripiprazole oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg		5	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 150 mg, 200 mg	WELLBUTRIN SR	2	MT; CG
bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 300 mg	WELLBUTRIN XL	2	MT; CG
bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 450 mg	FORFIVO XL	2	MT; CG
bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg		2	MT; CG
maprotiline hcl oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg		2	CG
mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg	REMERON	2	MT; CG
mirtazapine oral tablet 45 mg, 7.5 mg		2	MT; CG
mirtazapine oral tablet dispersible 15 mg, 30 mg, 45 mg	REMERON SOLTAB	2	MT; CG
nefazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg		2	MT; CG
perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg		2	PA; CG
quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg	SEROQUEL XR	2	PA; MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 400 mg, 50 mg	SEROQUEL XR	2	PA; MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg	SEROQUEL	1	MT; CG
quetiapine fumarate oral tablet 25 mg, 50 mg	SEROQUEL	1	PA; MT; CG
trazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg, 50 mg		1	MT; CG
Antidepresivos			
fluoxetine hcl oral tablet 60 mg		2	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
olanzapine-fluoxetine hcl oral capsule 12-25 mg		2	MT; CG
olanzapine-fluoxetine hcl oral capsule 12-50 mg, 3-25 mg, 6-25 mg, 6-50 mg	SYMBYAX	2	MT; CG
perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg		2	PA; CG
Inhibidores De Monoamino Oxidasa			
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24HR, 6 MG/24HR, 9 MG/24HR		5	QL (30 EA per 30 days)
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG		4	MT
phenelzine sulfate oral tablet 15 mg	NARDIL	2	MT; CG
tranylcypromine sulfate oral tablet 10 mg	PARNATE	2	MT; CG
Ssris/ Snris			
citalopram hydrobromide oral solution 10 mg/5ml		1	MT; CG
citalopram hydrobromide oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	CELEXA	1	MT; CG
desvenlafaxine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 50 mg	KHEDEZLA	2	MT; CG
desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 25 mg, 50 mg	PRISTIQ	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5ml		2	MT; CG; QL (600 ML per 30 days)
escitalopram oxalate oral tablet 10 mg	LEXAPRO	2	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
escitalopram oxalate oral tablet 20 mg	LEXAPRO	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
escitalopram oxalate oral tablet 5 mg	LEXAPRO	2	MT; CG; QL (120 EA per 30 days)
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG		3	ST; QL (30 EA per 30 days)
FETZIMA TITRATION ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 20 & 40 MG		4	ST; QL (56 EA per 365 days)
fluoxetine hcl oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg	PROZAC	1	MT; CG
fluoxetine hcl oral capsule delayed release 90 mg		2	MT; CG; QL (4 EA per 28 days)
fluoxetine hcl oral solution 20 mg/5ml		2	MT; CG
fluoxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg		2	MT; CG
fluvoxamine maleate er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 150 mg		2	MT; CG
fluvoxamine maleate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg		2	MT; CG
paroxetine hcl er oral tablet extended release 24 hour 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg	PAXIL CR	2	PA; MT; CG
paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	PAXIL	2	PA; MT; CG
PAXIL ORAL SUSPENSION 10 MG/5ML		4	ST
sertraline hcl oral concentrate 20 mg/ml		2	MT; CG
sertraline hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	ZOLOFT	1	MT; CG
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG		4	ST; QL (60 EA per 30 days)
venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 150 mg	EFFEXOR XR	2	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 37.5 mg, 75 mg	EFFEXOR XR	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
venlafaxine hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg		2	MT; CG
VIIBRYD ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG		4	ST; QL (30 EA per 30 days)
VIIBRYD STARTER PACK ORAL KIT 10 & 20 MG		4	ST; QL (30 EA per 30 days)
Tricíclicos			
amitriptyline hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg		2	PA; CG
amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg		2	MT; CG
clomipramine hcl oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg	ANAFRANIL	2	PA; CG
desipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg	NORPRAMIN	2	PA; MT; CG
desipramine hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg		2	PA; MT; CG
imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg	TOFRANIL	2	PA; CG
imipramine pamoate oral capsule 100 mg, 125 mg, 150 mg, 75 mg		2	PA; CG
nortriptyline hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	PAMELOR	2	PA; MT; CG
nortriptyline hcl oral solution 10 mg/5ml		2	PA; MT
protriptyline hcl oral tablet 10 mg, 5 mg		2	PA; MT; CG
SILENOR ORAL TABLET 3 MG, 6 MG		3	QL (30 EA per 30 days)
trimipramine maleate oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg		2	PA; CG
Antieméticos			

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
Antieméticos, Otros			
chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg		2	
meclizine hcl oral tablet 12.5 mg		2	
meclizine hcl oral tablet 25 mg		2	
metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5ml		2	
metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	REGLAN	1	
perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg		2	
PHENADOZ RECTAL SUPPOSITORY 12.5 MG		2	PA
prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg		2	MT; CG
prochlorperazine rectal suppository 25 mg	COMPRO	2	
promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg		2	PA
scopolamine transdermal patch 72 hour 1 mg/3days	TRANSDERM SCOP (1.5 MG)	2	PA; QL (10 EA per 30 days)
Terapia Adyuvante Emetogénica			
aprepitant oral capsule 125 mg	EMEND	2	PA; MT; QL (2 EA per 30 days)
aprepitant oral capsule 40 mg	EMEND	2	PA; QL (1 EA per 30 days)
aprepitant oral capsule 80 & 125 mg	EMEND TRI-PACK	2	PA; QL (8 EA per 30 days)
aprepitant oral capsule 80 mg	EMEND	2	PA; QL (6 EA per 30 days)
dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	MARINOL	2	PA; QL (60 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
EMEND ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 125 MG		4	PA; QL (2 EA per 30 days)
granisetron hcl oral tablet 1 mg		2	PA; QL (60 EA per 30 days)
ondansetron hcl oral solution 4 mg/5ml		2	PA; QL (450 ML per 10 days)
ondansetron hcl oral tablet 24 mg		2	PA; QL (18 EA per 30 days)
ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg	ZOFRAN	2	PA; QL (45 EA per 30 days)
ondansetron oral tablet dispersible 4 mg, 8 mg		2	PA; QL (45 EA per 30 days)
Antifungales			
Antifungales			
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML		5	PA
AMBISOME INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MG		5	PA
amphotericin b intravenous solution reconstituted 50 mg		2	PA
caspofungin acetate intravenous solution reconstituted 50 mg, 70 mg	CANCIDAS	5	PA
ciclopirox external gel 0.77 %		2	
ciclopirox external shampoo 1 %	LOPROX	2	
ciclopirox external solution 8 %	CICLODAN	2	
ciclopirox olamine external cream 0.77 %	LOPROX	2	
ciclopirox olamine external suspension 0.77 %	LOPROX	2	
clotrimazole external cream 1 %		2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
clotrimazole external solution 1 %	FUNGICURE INTENSIVE/NAILGUARD	2	
clotrimazole mouth/throat lozenge 10 mg		2	
econazole nitrate external cream 1 %		2	
fluconazole in sodium chloride intravenous solution 200-0.9 mg/100ml-%, 400-0.9 mg/200ml-%		2	PA
fluconazole oral suspension reconstituted 10 mg/ml, 40 mg/ml	DIFLUCAN	2	
fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg	DIFLUCAN	2	
flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg	ANCOBON	5	
griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5ml		2	
griseofulvin microsize oral tablet 500 mg		2	
griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg		2	
itraconazole oral capsule 100 mg	SPORANOX	2	QL (120 EA per 30 days)
ketoconazole external cream 2 %		2	
ketoconazole external shampoo 2 %	NIZORAL	2	
ketoconazole oral tablet 200 mg		2	
MYCAMINE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG, 50 MG		5	PA
NATACYN OPHTHALMIC SUSPENSION 5 %		4	
NOXAFIL ORAL SUSPENSION 40 MG/ML		5	
NOXAFIL ORAL TABLET DELAYED RELEASE 100 MG		5	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
NYAMYC EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM		2	
nystatin external cream 100000 unit/gm		2	
nystatin external ointment 100000 unit/gm		2	
nystatin external powder 100000 unit/gm	NYAMYC	2	
nystatin mouth/throat suspension 100000 unit/ml		2	
nystatin oral tablet 500000 unit		2	
NYSTOP EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM		2	
terbinafine hcl oral tablet 250 mg	LAMISIL	2	QL (90 EA per 365 days)
terconazole vaginal cream 0.4 %	TERAZOL 7	2	
terconazole vaginal cream 0.8 %		2	
terconazole vaginal suppository 80 mg		2	
voriconazole intravenous solution reconstituted 200 mg	VFEND IV	5	
voriconazole oral suspension reconstituted 40 mg/ml	VFEND	5	
voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg	VFEND	5	
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA
Antimicobacteriales			
Antimicobacteriales, Otros			
dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg		2	
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG		4	
rifabutin oral capsule 150 mg	MYCOBUTIN	2	
Antituberculares			
ethambutol hcl oral tablet 100 mg, 400 mg	MYAMBUTOL	2	
isoniazid oral syrup 50 mg/5ml		2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg		1	
PASER ORAL PACKET 4 GM		2	
pyrazinamide oral tablet 500 mg		2	
rifampin intravenous solution reconstituted 600 mg	RIFADIN	2	
rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg	RIFADIN	2	
RIFATER ORAL TABLET 50-120-300 MG		4	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG		5	PA; LA
TRECATOR ORAL TABLET 250 MG		4	
Antineoplásicos			
Agentes Alquilantes			
cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg		2	PA
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG		5	
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG		5	PA; LA
VALCHLOR EXTERNAL GEL 0.016 %		5	PA; LA
Agentes Antiangiogénicos			
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG		5	PA; LA
REVLIMID ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 25 MG, 5 MG		5	PA; LA
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG		5	PA
Antiandrógenos			
abiraterone acetate oral tablet 250 mg	ZYTIGA	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
bicalutamide oral tablet 50 mg	CASODEX	2	
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG		5	PA; LA; QL (120 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
flutamide oral capsule 125 mg		2	
nilutamide oral tablet 150 mg	NILANDRON	5	
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG		5	PA; QL (120 EA per 30 days)
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG		5	PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
YONSA ORAL TABLET 125 MG		5	PA; QL (120 EA per 30 days)
ZYTIGA ORAL TABLET 500 MG		5	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
Antimetabolitos			
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG		3	
hydroxyurea oral capsule 500 mg	HYDREA	2	CG
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG, 20-8.19 MG		5	
PURIXAN ORAL SUSPENSION 2000 MG/100ML		5	
TABLOID ORAL TABLET 40 MG		4	
Antineoplásicos, Otros			
leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg		2	CG
REVLIMID ORAL CAPSULE 2.5 MG, 20 MG		5	PA; LA
SYLATRON SUBCUTANEOUS KIT 200 MCG, 300 MCG, 600 MCG		5	PA
SYNRIBO SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3.5 MG		5	PA
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG		5	PA; LA; QL (20 EA per 28 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG		5	PA; LA; QL (12 EA per 28 days)
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG		5	PA; LA; QL (16 EA per 28 days)
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG		5	PA; LA; QL (32 EA per 28 days)
Antineoplásicos			
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG, 100 MG, 40 MG		4	
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG		5	PA; LA
MESNEX ORAL TABLET 400 MG		5	
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG		5	PA; QL (3 EA per 28 days)
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG		5	PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.25 MG		5	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
TALZENNA ORAL CAPSULE 1 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG, 50 MG		3	PA; LA
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG		5	PA; LA
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 50 & 100 MG		5	PA; LA
ZEJULA ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
Inhibidores Aromatasa, Tercera Generación			
anastrozole oral tablet 1 mg	ARIMIDEX	2	MT; CG
exemestane oral tablet 25 mg	AROMASIN	2	MT; CG
letrozole oral tablet 2.5 mg	FEMARA	2	MT; CG
Inhibidores De Enzimas			
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG		5	PA; LA; QL (56 EA per 28 days)
FARYDAK ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 20 MG		5	PA; LA; QL (6 EA per 21 days)
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG		5	PA; LA; QL (21 EA per 28 days)
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
KISQALI (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG		5	PA; QL (21 EA per 28 days)
KISQALI (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG		5	PA; QL (42 EA per 28 days)
KISQALI (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG		5	PA; QL (63 EA per 28 days)
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG		5	PA; QL (70 EA per 28 days)
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG		5	PA; QL (91 EA per 28 days)
KISQALI FEMARA(200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG		5	PA; QL (49 EA per 28 days)
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG		5	PA; QL (28 EA per 28 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 50 MG		5	PA; QL (56 EA per 28 days)
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 2 X 150 MG		5	PA; QL (56 EA per 28 days)
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG		5	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG		5	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG		5	PA; LA
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML		5	PA; LA
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG		5	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG		5	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
Inhibidores Objetivo Molecular			
AFINITOR ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG, 7.5 MG		5	PA
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG		5	PA; LA; QL (240 EA per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG		5	PA; LA; QL (180 EA per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET THERAPY PACK 90 & 180 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG, 4 MG, 5 MG		5	PA; LA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG, 400 MG, 500 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG		5	PA; LA; QL (180 EA per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG, 60 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
CALQUENCE ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG, 300 MG		5	LA
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 1 X 80 & 1 X 20 MG		5	PA; LA
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 1 X 80 & 3 X 20 MG		5	PA; LA
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 20 MG		5	PA; LA
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG		5	PA; LA; QL (63 EA per 28 days)
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG		5	PA; LA; QL (28 EA per 28 days)
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG		5	PA; LA; QL (56 EA per 28 days)
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG		5	PA; LA
erlotinib hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg	TARCEVA	5	PA
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG		5	PA; LA
ICLUSIG ORAL TABLET 15 MG		5	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
ICLUSIG ORAL TABLET 45 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
imatinib mesylate oral tablet 100 mg, 400 mg	GLEEVEC	5	PA
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG, 70 MG		5	PA; LA
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG, 560 MG		5	PA; LA
INLYTA ORAL TABLET 1 MG, 5 MG		5	PA; LA
IRESSA ORAL TABLET 250 MG		5	PA; LA
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG		5	PA; LA
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 3 X 4 MG		5	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 & 4 MG		5	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG & 2 X 4 MG		5	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG		5	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG & 4 MG		5	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 4 MG		5	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 4 MG		5	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG		5	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG, 2 MG		5	PA; LA
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG		5	PA; LA; QL (180 EA per 30 days)
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG		5	PA; LA; QL (180 EA per 30 days)
NEXAVAR ORAL TABLET 200 MG		5	PA; LA
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG		5	PA; QL (60 EA per 30 days)
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG		5	PA; QL (240 EA per 30 days)
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 20 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG		5	PA
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG		5	PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
SUTENT ORAL CAPSULE 12.5 MG, 25 MG, 37.5 MG, 50 MG		5	PA
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG		5	PA; LA
TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG, 50 MG		5	PA
TURALIO ORAL CAPSULE 200 MG		5	PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
TYKERB ORAL TABLET 250 MG		5	PA; LA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
VOTRIENT ORAL TABLET 200 MG		5	PA; LA
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG		5	PA; LA
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG		5	PA; LA
ZYKADIA ORAL CAPSULE 150 MG		5	PA; LA
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG		5	PA
Modificadores / Antiestrógenos			
EMCYT ORAL CAPSULE 140 MG		4	
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 10 MG/5ML		5	PA
tamoxifen citrate oral tablet 10 mg, 20 mg		1	MT; CG
toremifene citrate oral tablet 60 mg	FARESTON	5	
Retinoides			
AVITA EXTERNAL CREAM 0.025 %		4	PA
AVITA EXTERNAL GEL 0.025 %		4	PA
bexarotene oral capsule 75 mg	TARGRETIN	5	PA
PANRETIN EXTERNAL GEL 0.1 %		5	PA
TARGRETIN EXTERNAL GEL 1 %		5	PA
tretinoin external cream 0.025 %		2	PA
tretinoin external cream 0.05 %, 0.1 %	RETIN-A	2	PA
tretinoin external gel 0.01 %	RETIN-A	2	PA
tretinoin external gel 0.025 %		2	PA
tretinoin oral capsule 10 mg		5	
Treatment Adjuncts			
leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg		2	CG

Antiparasíticos

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
Antihelminticos			
albendazole oral tablet 200 mg	ALBENZA	2	
ALBENZA ORAL TABLET 200 MG		5	
ivermectin oral tablet 3 mg	STROMECTOL	2	
praziquantel oral tablet 600 mg	BILTRICIDE	2	
Antiprotozoales			
ALINIA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 100 MG/5ML		5	
ALINIA ORAL TABLET 500 MG		5	
atovaquone oral suspension 750 mg/5ml	MEPRON	5	PA
atovaquone-proguanil hcl oral tablet 250-100 mg, 62.5-25 mg	MALARONE	2	
benznidazole oral tablet 100 mg, 12.5 mg		3	
chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg		2	
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG		4	QL (24 EA per 30 days)
hydroxychloroquine sulfate oral tablet 200 mg	PLAQUENIL	2	
mefloquine hcl oral tablet 250 mg		2	
NEBUPENT INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED 300 MG		4	PA
PENTAM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 300 MG		4	PA
primaquine phosphate oral tablet 26.3 mg		2	
quinine sulfate oral capsule 324 mg	QUALAQUIN	2	
Pediculicidas / Scabicides			
EURAX EXTERNAL CREAM 10 %		3	
EURAX EXTERNAL LOTION 10 %		3	
lindane external shampoo 1 %		2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
malathion external lotion 0.5 %	OVIDE	2	
permethrin external cream 5 %	ELIMITE	2	
Antisicóticos			
Primera Generación, Típicos			
chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg		2	
fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml		2	
fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml		2	
fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml		2	
fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5ml		2	
fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg		2	MT
haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml 1 ml, 50 mg/ml	HALDOL DECANOATE	2	
haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml	HALDOL	2	CG
haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml		2	MT; CG
haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg		2	MT; CG
loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg		2	MT; CG
molindone hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg		2	MT; CG
perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg		2	
pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg		2	CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg		2	MT; CG
thioridazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg		2	PA
thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg		2	PA; MT; CG
trifluoperazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg		2	MT; CG
Resistente A Tratamiento			
clozapine oral tablet 100 mg, 25 mg	CLOZARIL	2	CG
clozapine oral tablet 200 mg, 50 mg		2	CG
clozapine oral tablet dispersible 100 mg, 12.5 mg, 25 mg	FAZACLO	2	CG
clozapine oral tablet dispersible 150 mg	FAZACLO	2	
clozapine oral tablet dispersible 200 mg	FAZACLO	5	
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML		5	
Segunda Generación, Atípicos			
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 300 MG, 400 MG		5	PA; QL (1 EA per 28 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 300 MG, 400 MG		5	PA; QL (1 EA per 28 days)
aripiprazole oral solution 1 mg/ml		2	
aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg	ABILIFY	2	
aripiprazole oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg		5	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 675 MG/2.4ML		5	PA; QL (2.4 ML per 28 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 1064 MG/3.9ML		5	PA; QL (3.9 ML per 56 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 441 MG/1.6ML		5	PA; QL (1.6 ML per 28 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 662 MG/2.4ML		5	PA; QL (2.4 ML per 28 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 882 MG/3.2ML		5	PA; QL (3.2 ML per 28 days)
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG		4	PA
FANAPT ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 6 MG, 8 MG		5	PA
FANAPT TITRATION PACK ORAL TABLET 1 & 2 & 4 & 6 MG		4	PA
GEODON INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED 20 MG		4	PA; QL (6 EA per 3 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 117 MG/0.75ML		5	PA; QL (0.8 ML per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 156 MG/ML		5	PA; QL (1 ML per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 234 MG/1.5ML		5	PA; QL (1.5 ML per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 39 MG/0.25ML		4	PA; QL (0.3 ML per 28 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 78 MG/0.5ML		5	PA; QL (0.5 ML per 28 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 273 MG/0.875ML		5	PA; MT; QL (0.9 ML per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 410 MG/1.315ML		5	PA; MT; QL (1.3 ML per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 546 MG/1.75ML		5	PA; MT; QL (1.8 ML per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 819 MG/2.625ML		5	PA; MT; QL (3 ML per 90 days)
LATUDA ORAL TABLET 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG		5	PA
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
olanzapine intramuscular solution reconstituted 10 mg	ZYPREXA	2	
olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg	ZYPREXA	2	MT; CG
olanzapine oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg	ZYPREXA ZYDIS	2	MT
paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 1.5 mg, 3 mg, 6 mg	INVEGA	2	
paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 9 mg	INVEGA	5	
PERSERIS SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 120 MG, 90 MG		5	PA; QL (1 EA per 28 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg	SEROQUEL XR	2	PA; MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 400 mg, 50 mg	SEROQUEL XR	2	PA; MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg	SEROQUEL	1	MT; CG
quetiapine fumarate oral tablet 25 mg, 50 mg	SEROQUEL	1	PA; MT; CG
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 12.5 MG, 25 MG		4	PA; QL (2 EA per 28 days)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 37.5 MG, 50 MG		5	PA; QL (2 EA per 28 days)
risperidone oral solution 1 mg/ml	RISPERDAL	2	CG
risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg	RISPERDAL	2	MT; CG
risperidone oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg		2	MT; CG
SAPHRIS SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 10 MG, 2.5 MG, 5 MG		4	PA
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE THERAPY PACK 1.5 & 3 MG		4	PA; QL (14 EA per 365 days)
ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg	GEODON	2	CG
Antivirales			

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
Agentes Anti-Citomegalovirus (Cmv)			
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
valganciclovir hcl oral solution reconstituted 50 mg/ml	VALCYTE	5	
valganciclovir hcl oral tablet 450 mg	VALCYTE	5	
ZIRGAN OPHTHALMIC GEL 0.15 %		4	
Agentes Anti-Hepatitis B (Hbv)			
adefovir dipivoxil oral tablet 10 mg	HEPSERA	5	PA
BARACLUDE ORAL SOLUTION 0.05 MG/ML		5	PA
entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg	BARACLUDE	2	PA
EPIVIR HBV ORAL SOLUTION 5 MG/ML		4	
INTRON A INJECTION SOLUTION 10000000 UNIT/ML, 6000000 UNIT/ML		5	PA
INTRON A INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10000000 UNIT		5	PA
lamivudine oral solution 10 mg/ml	EPIVIR	2	CG
lamivudine oral tablet 100 mg	EPIVIR HBV	2	
lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg	EPIVIR	2	CG
REBETOL ORAL SOLUTION 40 MG/ML		5	
RIBASPHERE ORAL CAPSULE 200 MG		2	
RIBASPHERE ORAL TABLET 600 MG		5	
ribavirin oral capsule 200 mg	RIBASPHERE	2	
ribavirin oral tablet 200 mg	RIBASPHERE	2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg	VIREAD	2	
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG		5	PA; QL (28 EA per 28 days)
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/GM		5	
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG		5	
Agentes Anti-Hepatitis C (Hcv), Acción Directa			
EPCLUSA ORAL TABLET 400-100 MG		5	PA; QL (84 EA per 365 days)
HARVONI ORAL TABLET 90-400 MG		5	PA; QL (168 EA per 365 days)
MAVYRET ORAL TABLET 100-40 MG		5	PA; QL (336 EA per 365 days)
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG		5	PA; QL (84 EA per 365 days)
ZEPATIER ORAL TABLET 50-100 MG		5	PA; QL (112 EA per 365 days)
Agentes Anti-Hepatitis C (Hcv), Otros			
EPCLUSA ORAL TABLET 400-100 MG		5	PA; QL (84 EA per 365 days)
HARVONI ORAL TABLET 90-400 MG		5	PA; QL (168 EA per 365 days)
INTRON A INJECTION SOLUTION 6000000 UNIT/ML		5	PA
INTRON A INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10000000 UNIT, 18000000 UNIT, 50000000 UNIT		5	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/0.5ML, 180 MCG/ML		5	PA
REBETOL ORAL SOLUTION 40 MG/ML		5	
ribasphere oral capsule 200 mg		2	
ribasphere oral tablet 600 mg		5	
ribavirin oral capsule 200 mg		2	
ribavirin oral tablet 200 mg		2	
SYLATRON SUBCUTANEOUS KIT 200 MCG, 300 MCG, 600 MCG		5	PA
ZEPATIER ORAL TABLET 50-100 MG		5	PA; QL (112 EA per 365 days)
Agentes Anti-Herpéticos			
acyclovir external ointment 5 %	ZOVIRAX	2	
acyclovir oral capsule 200 mg	ZOVIRAX	2	
acyclovir oral suspension 200 mg/5ml	ZOVIRAX	2	
acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg	ZOVIRAX	2	
acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml		2	PA
famciclovir oral tablet 125 mg, 500 mg		2	QL (21 EA per 30 days)
famciclovir oral tablet 250 mg		2	QL (60 EA per 30 days)
trifluridine ophthalmic solution 1 %		2	
valacyclovir hcl oral tablet 1 gm, 500 mg	VALTREX	2	QL (30 EA per 30 days)
Agentes Anti-Hiv, Inhibidores De Integrasa (Insti)			

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
BIKTARVY ORAL TABLET 50-200-25 MG		5	
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG		5	
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG		5	
ISENTRESS ORAL PACKET 100 MG		5	
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG		5	
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG		5	
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 25 MG		3	
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG		5	
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG		5	
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG		3	
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG		5	
Agentes Anti-Hiv, Inhibidores De Proteasa			
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG		5	
APTIVUS ORAL SOLUTION 100 MG/ML		5	
atazanavir sulfate oral capsule 150 mg, 200 mg, 300 mg	REYATAZ	2	
CRIXIVAN ORAL CAPSULE 200 MG, 400 MG		4	
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG		5	
fosamprenavir calcium oral tablet 700 mg	LEXIVA	5	
INVIRASE ORAL TABLET 500 MG		5	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
KALETRA ORAL TABLET 100-25 MG		4	
KALETRA ORAL TABLET 200-50 MG		5	
LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML		4	
lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5ml	KALETRA	5	
NORVIR ORAL PACKET 100 MG		3	
NORVIR ORAL SOLUTION 80 MG/ML		3	
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG		5	
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML		5	
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG, 600 MG, 800 MG		5	
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG		3	
REYATAZ ORAL PACKET 50 MG		5	
ritonavir oral tablet 100 mg	NORVIR	2	
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG		5	
Agentes Anti-Hiv, Inhibidores No-Nucleósidos De La Trascriptasa Reversa (Nnrti)			
COMPLERA ORAL TABLET 200-25-300 MG		5	
EDURANT ORAL TABLET 25 MG		5	
efavirenz oral capsule 200 mg	SUSTIVA	5	
efavirenz oral capsule 50 mg	SUSTIVA	2	
efavirenz oral tablet 600 mg	SUSTIVA	5	
INTELENCE ORAL TABLET 100 MG, 200 MG		5	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG		4	
nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg		2	CG
nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 400 mg	VIRAMUNE XR	2	CG
nevirapine oral suspension 50 mg/5ml	VIRAMUNE	2	CG
nevirapine oral tablet 200 mg	VIRAMUNE	2	CG
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG		5	
RESCRIPTOR ORAL TABLET 200 MG		4	
Agentes Anti-Hiv, Inhibidores Nucleósidos De La Trascriptasa Reversa (Nnrti)			
abacavir sulfate oral solution 20 mg/ml	ZIAGEN	2	
abacavir sulfate oral tablet 300 mg	ZIAGEN	2	
abacavir sulfate-lamivudine oral tablet 600-300 mg	EPZICOM	2	
abacavir-lamivudine-zidovudine oral tablet 300-150-300 mg	TRIZIVIR	5	
ATRIPLA ORAL TABLET 600-200-300 MG		5	
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG		5	
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG		5	
DESCOVY ORAL TABLET 200-25 MG		5	
didanosine oral capsule delayed release 200 mg, 250 mg, 400 mg	VIDEX EC	2	
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG		5	
EMTRIVA ORAL CAPSULE 200 MG		3	
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML		3	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG		5	
lamivudine oral solution 10 mg/ml	EPIVIR	2	CG
lamivudine oral tablet 100 mg	EPIVIR HBV	2	
lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg	EPIVIR	2	CG
lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg	COMBIVIR	2	
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG		5	
stavudine oral capsule 15 mg, 20 mg		2	
stavudine oral capsule 30 mg, 40 mg	ZERIT	2	
SYMFI LO ORAL TABLET 400-300-300 MG		5	
SYMFI ORAL TABLET 600-300-300 MG		5	
tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg	VIREAD	2	
TRUVADA ORAL TABLET 100-150 MG, 133-200 MG, 167-250 MG, 200-300 MG		5	
VIDEX EC ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 125 MG		4	
VIDEX ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 2 GM		4	
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/GM		5	
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG		5	
zidovudine oral capsule 100 mg	RETROVIR	2	CG
zidovudine oral syrup 50 mg/5ml	RETROVIR	2	CG
zidovudine oral tablet 300 mg		2	CG
Agentes Anti-Hiv, Otros			

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
FUZEON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 90 MG		5	
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML		5	
SELZENTRY ORAL TABLET 150 MG, 300 MG, 75 MG		5	
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG		4	
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG		5	
TYBOST ORAL TABLET 150 MG		3	
Agentes Anti-Influenza			
amantadine hcl oral capsule 100 mg		2	CG
amantadine hcl oral syrup 50 mg/5ml		2	MT; CG
amantadine hcl oral tablet 100 mg		2	CG
oseltamivir phosphate oral capsule 30 mg	TAMIFLU	2	QL (168 EA per 365 days)
oseltamivir phosphate oral capsule 45 mg, 75 mg	TAMIFLU	2	QL (84 EA per 365 days)
oseltamivir phosphate oral suspension reconstituted 6 mg/ml	TAMIFLU	2	QL (1080 ML per 365 days)
RELENZA DISKHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 5 MG/BLISTER		3	QL (120 EA per 365 days)
rimantadine hcl oral tablet 100 mg	FLUMADINE	2	
TAMIFLU ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 6 MG/ML		3	QL (1080 ML per 365 days)
Desórden Genético O Enzimático: Reemplazo, Modificadores, Tratamiento			

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
Desórden Genético O Enzimático: Reemplazo, Modificadores, Tratamiento			
CERDELGA ORAL CAPSULE 84 MG		5	
CREON ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 12000 UNIT, 24000-76000 UNIT, 3000-9500 UNIT, 36000 UNIT, 6000 UNIT		3	MT
CYSTADANE ORAL POWDER		5	LA
CYSTAGON ORAL CAPSULE 150 MG, 50 MG		3	LA
KUVAN ORAL PACKET 100 MG, 500 MG		5	PA; LA
KUVAN ORAL TABLET SOLUBLE 100 MG		5	PA; LA
miglustat oral capsule 100 mg	ZAVESCA	5	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
ORFADIN ORAL CAPSULE 10 MG, 2 MG, 20 MG, 5 MG		5	PA; LA
ORFADIN ORAL SUSPENSION 4 MG/ML		5	PA; LA
RAVICTI ORAL LIQUID 1.1 GM/ML		5	PA
sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg	BUPHENYL	5	PA
SUCRAID ORAL SOLUTION 8500 UNIT/ML		5	
XURIDEN ORAL PACKET 2 GM		5	PA; QL (120 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	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		4	MT
Electrólitos / Minerales/ Vitaminas			
Electrólitos / Minerales/ Vitaminas			
AMINOSYN II INTRAVENOUS SOLUTION 10 %		4	PA
AMINOSYN-PF INTRAVENOUS SOLUTION 10 %		3	PA
AMINOSYN-PF INTRAVENOUS SOLUTION 7 %		4	PA
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %		4	PA
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %		4	PA
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %		4	PA
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %		4	PA
dextrose intravenous solution 10 %, 5 %		2	
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 %		2	
HEPATAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 8 %		2	PA
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %		2	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION 30 %		4	PA
IONOSOL-MB IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION		4	
ISOLYTE-P IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION		4	
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-%-%		2	
levocarnitine oral solution 1 gm/10ml	CARNITOR	2	PA; MT
levocarnitine oral tablet 330 mg	CARNITOR	2	MT
NEPHRAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 5.4 %		4	PA
NORMOSOL-M IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION		3	
NORMOSOL-R IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION		4	
nutrilipid intravenous emulsion 20 %	CLINOLIPID	4	PA
potassium chloride in dextrose intravenous solution 20-5 meq/l-%, 40-5 meq/l-%		2	
PREMASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %		2	PA
PREMASOL INTRAVENOUS SOLUTION 6 %		2	PA
prenatal oral tablet 27-1 mg		2	MT
PROCALAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 3 %		4	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
PROSOL INTRAVENOUS SOLUTION 20 %		4	PA
TPN ELECTROLYTES INTRAVENOUS SOLUTION		3	PA
TRAVASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %		4	PA
TROPHAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 10 %		4	PA
Electrólitos / Modificadores De Minerales			
CHEMET ORAL CAPSULE 100 MG		4	
deferasirox oral tablet soluble 125 mg, 250 mg, 500 mg	EXJADE	5	PA
DEPEN TITRATABS ORAL TABLET 250 MG		5	
FERRIPROX ORAL SOLUTION 100 MG/ML		5	PA
FERRIPROX ORAL TABLET 500 MG		5	PA
FREAMINE HBC INTRAVENOUS SOLUTION 6.9 %		4	PA
KIONEX ORAL SUSPENSION 15 GM/60ML		2	
klor-con oral packet 20 meq		2	MT; CG
sodium polystyrene sulfonate oral suspension 15 gm/60ml	KIONEX	2	CG
SPS ORAL SUSPENSION 15 GM/60ML		2	CG
trientine hcl oral capsule 250 mg	SYPRINE	5	
Electrólitos / Reemplazo De Minerales			
CARBAGLU ORAL TABLET 200 MG		5	PA; LA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
ISOLYTE-S INTRAVENOUS SOLUTION		4	
klor-con 10 oral tablet extended release 10 meq		2	MT; CG
klor-con m10 oral tablet extended release 10 meq		2	MT; CG
klor-con m15 oral tablet extended release 15 meq		2	MT; CG
klor-con m20 oral tablet extended release 20 meq		2	MT; CG
klor-con oral tablet extended release 8 meq		2	MT; CG
klor-con sprinkle oral capsule extended release 8 meq		2	MT; CG
magnesium sulfate injection solution 50 %		2	
NORMOSOL-R PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION		4	
PLASMA-LYTE 148 INTRAVENOUS SOLUTION		4	
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS SOLUTION		4	
potassium chloride crys er oral tablet extended release 10 meq		2	MT; CG
potassium chloride crys er oral tablet extended release 20 meq		2	MT; CG
potassium chloride er oral capsule extended release 10 meq, 8 meq		2	MT; CG
potassium chloride er oral tablet extended release 10 meq, 20 meq, 8 meq	K-TAB	2	MT; CG
potassium chloride in nacl intravenous solution 20-0.45 meq/l-%, 20-0.9 meq/l-%, 40-0.9 meq/l-%		2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
potassium chloride intravenous solution 10 meq/100ml, 2 meq/ml, 20 meq/100ml		2	
potassium chloride oral packet 20 meq		2	MT; CG
potassium chloride oral solution 20 meq/15ml (10%), 40 meq/15ml (20%)		2	MT; CG
sodium chloride intravenous solution 0.45 %, 0.9 %, 3 %, 5 %		2	
sodium chloride irrigation solution 0.9 %	ARGYLE STERILE SALINE	2	
sodium fluoride oral tablet 2.2 (1 f) mg		2	MT
SUPREP BOWEL PREP KIT ORAL SOLUTION 17.5-3.13-1.6 GM/177ML		4	
Vitaminas			
klor-con 10 oral tablet extended release 10 meq		2	MT; CG
klor-con m10 oral tablet extended release 10 meq		2	MT; CG
klor-con m15 oral tablet extended release 15 meq		2	MT; CG
klor-con m20 oral tablet extended release 20 meq		2	MT; CG
klor-con oral tablet extended release 8 meq		2	MT; CG
klor-con sprinkle oral capsule extended release 8 meq		2	MT; CG
Productos Sanguíneos / Modificadores / Expansores De Volumen			
Agentes Hemostáticos			
tranexamic acid oral tablet 650 mg	LYSTEDA	2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
Agentes Modificadores De Plaquetas			
aspirin-dipyridamole er oral capsule extended release 12 hour 25-200 mg	AGGRENOX	2	MT
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG		3	MT
cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg		1	MT; CG
clopidogrel bisulfate oral tablet 75 mg	PLAVIX	1	MT; CG
prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	EFFIENT	2	MT; CG
Anticoagulantes			
COUMADIN ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 2 MG, 2.5 MG, 3 MG, 4 MG, 5 MG, 6 MG, 7.5 MG		3	MT
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG, 5 MG		3	MT
ELIQUIS STARTER PACK ORAL TABLET 5 MG		3	MT
enoxaparin sodium subcutaneous solution 100 mg/ml	LOVENOX	2	QL (30 ML per 30 days)
enoxaparin sodium subcutaneous solution 120 mg/0.8ml, 80 mg/0.8ml	LOVENOX	2	QL (24 ML per 30 days)
enoxaparin sodium subcutaneous solution 150 mg/ml	LOVENOX	2	MT; QL (30 ML per 30 days)
enoxaparin sodium subcutaneous solution 30 mg/0.3ml	LOVENOX	2	QL (9 ML per 30 days)
enoxaparin sodium subcutaneous solution 40 mg/0.4ml	LOVENOX	2	QL (12 ML per 30 days)
enoxaparin sodium subcutaneous solution 60 mg/0.6ml	LOVENOX	2	QL (18 ML per 30 days)
fondaparinux sodium subcutaneous solution 10 mg/0.8ml	ARIXTRA	5	PA; QL (24 ML per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
fondaparinux sodium subcutaneous solution 2.5 mg/0.5ml	ARIXTRA	2	PA; QL (15 ML per 30 days)
fondaparinux sodium subcutaneous solution 5 mg/0.4ml	ARIXTRA	5	PA; QL (12 ML per 30 days)
fondaparinux sodium subcutaneous solution 7.5 mg/0.6ml	ARIXTRA	5	PA; QL (18 ML per 30 days)
heparin sodium (porcine) injection solution 1000 unit/ml, 10000 unit/ml, 20000 unit/ml, 5000 unit/ml		2	PA
jantoven oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg		1	MT; CG
PRADAXA ORAL CAPSULE 110 MG, 150 MG, 75 MG		4	MT
warfarin sodium oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg	COUMADIN	1	MT; CG
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 20 MG		3	MT
XARELTO STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 15 & 20 MG		3	
Modificadores De La Formación De Sangre			
anagrelide hcl oral capsule 0.5 mg	AGRYLIN	2	CG
anagrelide hcl oral capsule 1 mg		2	CG
NEUPOGEN INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML		5	PA; QL (16 ML per 30 days)
NEUPOGEN INJECTION SOLUTION 480 MCG/1.6ML		5	PA; QL (26 ML per 30 days)
NEUPOGEN INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MCG/0.5ML		5	PA; QL (5 ML per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
NEUPOGEN INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 480 MCG/0.8ML		5	PA; QL (8 ML per 30 days)
NIVESTYM INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML		5	PA; QL (16 ML per 30 days)
NIVESTYM INJECTION SOLUTION 480 MCG/1.6ML		5	PA; QL (26 ML per 30 days)
NIVESTYM INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MCG/0.5ML, 480 MCG/0.8ML		5	PA
PROMACTA ORAL PACKET 12.5 MG		5	PA; LA; QL (360 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG		5	PA; LA; QL (360 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 25 MG		5	PA; LA; QL (180 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 50 MG		5	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 75 MG		5	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10000 UNIT/ML, 2000 UNIT/ML, 3000 UNIT/ML, 4000 UNIT/ML		3	PA
RETACRIT INJECTION SOLUTION 40000 UNIT/ML		5	PA
Reguladores De Glucosa En Sangre			
Agentes Antidiabéticos			
acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	PRECOSE	2	MT; CG; QL (90 EA per 30 days)
BYDUREON BCISE SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 2 MG/0.85ML		3	MT; QL (3.4 ML per 28 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
BYDUREON SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR 2 MG		3	MT; QL (4 EA per 28 days)
BYETTA 10 MCG PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 10 MCG/0.04ML		4	MT; QL (2.4 ML per 30 days)
BYETTA 5 MCG PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 5 MCG/0.02ML		4	MT; QL (1.2 ML per 30 days)
colesevelam hcl oral packet 3.75 gm	WELCHOL	2	MT
colesevelam hcl oral tablet 625 mg	WELCHOL	2	MT
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG		3	ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg	AMARYL	1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
glipizide er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	GLUCOTROL XL	1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
glipizide oral tablet 10 mg, 5 mg	GLUCOTROL	1	MT; CG; QL (120 EA per 30 days)
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG		3	ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG		3	ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG		3	ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG		3	ST; MT; QL (60 EA per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG		3	ST; MT; QL (60 EA per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG		3	ST; MT; QL (30 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 500 mg	GLUCOPHAGE XR	1	MT; CG; QL (120 EA per 30 days)
metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 750 mg	GLUCOPHAGE XR	1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
metformin hcl oral tablet 1000 mg	GLUCOPHAGE	1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
metformin hcl oral tablet 500 mg, 850 mg	GLUCOPHAGE	1	MT; CG; QL (90 EA per 30 days)
miglitol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	GLYSET	2	MT; CG; QL (90 EA per 30 days)
nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg	STARLIX	1	MT; CG; QL (90 EA per 30 days)
pioglitazone hcl oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg	ACTOS	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg		1	MT; CG; QL (120 EA per 30 days)
repaglinide oral tablet 2 mg	PRANDIN	1	MT; CG; QL (240 EA per 30 days)
SYMLINPEN 120 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2700 MCG/2.7ML		5	PA; QL (11 ML per 30 days)
SYMLINPEN 60 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 1500 MCG/1.5ML		5	PA; QL (6 ML per 30 days)
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1000 MG, 12.5-500 MG, 5-1000 MG, 5-500 MG		3	ST; MT; QL (60 EA per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 12.5-1000 MG, 5-1000 MG		3	ST; MT; QL (60 EA per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25-1000 MG		3	ST; MT; QL (30 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
tolbutamide oral tablet 500 mg		1	MT; CG; QL (180 EA per 30 days)
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG		3	ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
TRULICITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 0.75 MG/0.5ML, 1.5 MG/0.5ML		3	MT; QL (2 ML per 28 days)
VICTOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 18 MG/3ML		3	MT; QL (9 ML per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 10-500 MG		3	ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG, 5-1000 MG, 5-500 MG		3	ST; MT; QL (60 EA per 30 days)
Agentes Glicémicos			
GLUCAGEN HYPOKIT INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 1 MG		3	
GLUCAGON EMERGENCY INJECTION KIT 1 MG		3	
KORLYM ORAL TABLET 300 MG		5	PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
PROGLYCEM ORAL SUSPENSION 50 MG/ML		4	
Insulinas			
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 1 ML		3	MT
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML		3	MT
gauze sterile pad 2"x2"	BAND-AID GAUZE SMALL	3	MT

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
EXEL COMFORT POINT PEN NEEDLE 29G X 12MM		3	MT
HUMALOG KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMALOG KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 200 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (50-50) 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMALOG MIX 50/50 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (50-50) 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (75-25) 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMALOG MIX 75/25 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (75-25) 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMALOG SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMULIN 70/30 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMULIN 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMULIN N KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMULIN N SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
HUMULIN R INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML		5	PA; QL (30 ML per 30 days)
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 500 UNIT/ML		5	PA; QL (30 ML per 30 days)
LANTUS SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
LANTUS SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
LEVEMIR FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
LEVEMIR SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
preferred plus insulin syringe 28g x 1/2" 0.5 ml	BD INSULIN SYRINGE MICROFINE	3	MT
RELI-ON INSULIN SYRINGE 29G 0.3 ML		3	MT
TOUJEO MAX SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
TOUJEO SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
TRESIBA FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML, 200 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
TRESIBA SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
Reguladores De Glucosa En Sangre			
glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg		1	MT; CG; QL (120 EA per 30 days)
JANUMET ORAL TABLET 50-1000 MG, 50-500 MG		3	ST; MT; QL (60 EA per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100-1000 MG		3	ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 50-1000 MG, 50-500 MG		3	ST; MT; QL (60 EA per 30 days)
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG		3	ST; MT; QL (60 EA per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG		3	ST; MT; QL (60 EA per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG		3	ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
pioglitazone hcl-glimepiride oral tablet 30-2 mg, 30-4 mg	DUETACT	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
pioglitazone hcl-metformin hcl oral tablet 15-500 mg, 15-850 mg	ACTOPLUS MET	1	MT; CG; QL (90 EA per 30 days)
repaglinide-metformin hcl oral tablet 1-500 mg, 2-500 mg		1	MT; CG; QL (150 EA per 30 days)
Relajantes Musculo Esqueletales			
Relajantes Musculo Esqueletales			
cyclobenzaprine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg		2	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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 de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
cyclobenzaprine hcl oral tablet 7.5 mg	FEXMID	2	PA
tizanidine hcl oral capsule 2 mg, 4 mg, 6 mg	ZANAFLEX	2	
tizanidine hcl oral tablet 2 mg		2	
tizanidine hcl oral tablet 4 mg	ZANAFLEX	2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
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.

Index

A

abacavir sulfate....137
abacavir sulfate-lamivudine .137
abacavir-lamivudine-zidovudine 137
ABELCET....114
ABILIFY MAINTENA 108, 128
abiraterone acetate....117
acamprosate calcium 70
acarbose....148
acebutolol hcl 19
acetaminophen-codeine....88, 89
acetaminophen-codeine #3....88
acetazolamide....29, 64
acetazolamide er....29
acetic acid....94
acetylcysteine 78
acitretin....35
ACTHIB....61
ACTIMMUNE....57
acyclovir....134
acyclovir sodium 134
ADACEL....61
adapalene....35
adefovir dipivoxil 132
ADEMPAS....80
ADVAIR DISKUS....79, 81, 83
ADVAIR HFA 79, 82, 84
AFINITOR 58, 121
AFINITOR DISPERZ....58
albendazole....126
ALBENZA 126
albuterol sulfate....84
albuterol sulfate er....84
albuterol sulfate hfa....84
alclometasone dipropionate....43
ALECENSA....121
alendronate sodium 76, 77
alfuzosin hcl er 41
ALINIA 126
aliskiren fumarate....22
allopurinol 12
alosetron hcl 38
ALPHAGAN P....64
alprazolam 91
ALREX....65
ALTAVERA 46
ALUNBRIG 121
ALYQ....80
amantadine hcl....73, 139
AMBISOME 114
ambrisentan 80
amikacin sulfate....93
amiloride hcl....29
amiloride-hydrochlorothiazide22
AMINOSYN II....141
AMINOSYN-PF....141
amiodarone hcl 26
AMITIZA 38
amitriptyline hcl 112
amlodipine besy-benazepril hcl 22
amlodipine besylate....20
amlodipine besylate-valsartan 22
amlodipine-olmesartan 22
amlodipine-valsartan-hctz 22
ammonium lactate 35
AMNESTEEM 35
amoxapine 112
amoxicillin....98
amoxicillin-pot clavulanate ...98, 99
amoxicillin-pot clavulanate er 98
amphetamine-dextroamphet er 33
amphetamine-dextroamphetamine 33
amphotericin b....114
ampicillin....99
ampicillin sodium....99
ampicillin-sulbactam sodium .99
ANADROL-50 52
anagrelide hcl 147
anastrozole....120
ANDRODERM 51
ANORO ELLIPTA....78
APOKYN 74
aprepitant....113
APRI....46
APRISO....75
APTIOM....104
APTIVUS 135
ARANELLE....46
ARCALYST....57
aripiprazole....108, 128
ARISTADA....129
ARISTADA INITIO....129
armodafinil 69
ARNUITY ELLIPTA....82
aspirin-dipyridamole er 146
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR 151
atazanavir sulfate....135
atenolol 19
atenolol-chlorthalidone....23
atomoxetine hcl 33
atorvastatin calcium....27
atovaquone....126
atovaquone-proguanil hcl 126
ATRIPLA 137
atropine sulfate 66
ATROVENT HFA....83
AUBRA 47
AVIANE....47
AVITA....35, 125
AZASITE 100
azathioprine 58
azelastine hcl 64, 81
azithromycin 100
AZOPT 64
aztreonam 98

B

bacitracin 94
bacitracin-polymyxin b....67
bacitra-neomycin-polymyxin-hc 67
baclofen 71
balsalazide disodium 75
BALVERSA 121
BALZIVA....47
BANZEL 105
BARACLUDE....132
bcg vaccine 61
BD ALCOHOL SWABS 70 % 95
benazepril hcl....30
benazepril-hydrochlorothiazide 23
BENLYSTA 58
benznidazole....126
benzoyl peroxide-erythromycin 35
benztropine mesylate....74
BEPREVE 64
betamethasone dipropionate ..14, 35, 43

betamethasone dipropionate aug 14, 43
betamethasone valerate ... 15, 43, 44
BETASERON 34
betaxolol hcl 19, 64
bethanechol chloride 40
BETOPTIC-S 64
bexarotene 125
BEXSERO 61
bicalutamide 117
BICILLIN L-A 99
BIKTARVY 135
bimatoprost 64, 67
bisoprolol fumarate 19
bisoprolol-hydrochlorothiazide 23
BLEPHAMIDE S.O.P. 15, 67
BOOSTRIX 61
BOSULIF 122
BRAFTOVI 122
BREO ELLIPTA 84
briellyn 47
BRILINTA 146
brimonidine tartrate 64
BRIVIACT 107
bromocriptine mesylate 55, 74
budesonide 76, 82
bumetanide 29
buprenorphine hcl 71
buprenorphine hcl-naloxone hcl 71
bupropion hcl 109
bupropion hcl er (smoking det) 70
bupropion hcl er (sr) 109
bupropion hcl er (xl) 109
buspirone hcl 91
BYDUREON 149
BYDUREON BCISE 148
BYETTA 10 MCG PEN 149
BYETTA 5 MCG PEN 149

C

cabergoline 55
CABOMETYX 122
calcipotriene 35
calcitonin (salmon) 77
calcitriol 77
calcium acetate (phos binder) . 42
CALQUENCE 122
CAMILA 52
CANASA 75
candesartan cilexetil 25
candesartan cilexetil-hctz 23
CAPRELSA 122
captopril 30
captopril-hydrochlorothiazide 23
CARBAGLU 143
carbamazepine 17, 18, 105
carbamazepine er 17, 105
carbidopa-levodopa 75
carbidopa-levodopa er 75
carbidopa-levodopa-entacapone 73, 74
carteolol hcl 64
CARTIA XT 20
carvedilol 19
carvedilol phosphate er 19
caspofungin acetate 114
CAYSTON 78, 98
cefaclor 96
cefaclor er 96
cefadroxil 96
cefazolin sodium 96
cefdinir 96
cefepime hcl 96
cefixime 96
cefoxitin sodium 97
cefpodoxime proxetil 97
cefprozil 97
ceftazidime 97
ceftriaxone sodium 97
cefuroxime axetil 97
cefuroxime sodium 97
celecoxib 13, 89
CELONTIN 106
cephalexin 97
CERDELGA 140
cetirizine hcl 81
CETRAXAL 101
cevimeline hcl 68
CHANTIX 70
CHANTIX CONTINUING MONTH PAK 70
CHANTIX STARTING MONTH PAK 70
CHEMET 143
chlorhexidine gluconate 68
chloroquine phosphate 126
chlorothiazide 30
chlorpromazine hcl 113, 127
chlorthalidone 30
CHOLBAM 37
cholestyramine light 28
CIALIS 40, 41
ciclopirox 114
ciclopirox olamine 114
cilostazol 146
CILOXAN 101
CIMDUO 137
cimetidine 38
cimetidine hcl 38
cinacalcet hcl 77
CINRYZE 57
CIPRODEX 68
ciprofloxacin 102
ciprofloxacin hcl 101
ciprofloxacin in d5w 101
citalopram hydrobromide 110
CLARAVIS 35
clarithromycin 100
clarithromycin er 100
clindamycin hcl 94
clindamycin palmitate hcl 94
clindamycin phosphate 94
clindamycin phosphate in d5w 94
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) 141
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) 141
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) 141
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) 141
clobazam 103
clomipramine hcl 112
clonazepam 91, 92
clonidine 25
clonidine hcl 25
clopidogrel bisulfate 146
clorazepate dipotassium .. 92, 103
clotrimazole 114, 115
clotrimazole-betamethasone ... 36
clozapine 128
COARTEM 126
colchicine 12, 13
colchicine-probenecid 13
colesevelam hcl 28, 149
colestipol hcl 28

colistimethate sodium (cba) ... 94
COLOCORT ... 76
COMBIGAN ... 65
COMBIVENT RESPIMAT ... 79
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) ... 122
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) ... 122
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) ... 122
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE ... 151
COMPLERA ... 136
constulose ... 39
COPIKTRA ... 120
CORLANOR ... 21
cortisone acetate ... 15, 44, 76
COTELLIC ... 122
COUMADIN ... 146
CREON ... 140
CRIXIVAN ... 135
cromolyn sodium ... 64, 85
CRYSELLE-28 ... 47
cvs gauze sterile ... 151
CYCLAFEM 1/35 ... 47
CYCLAFEM 7/7/7 ... 47
cyclobenzaprine hcl ... 154, 155
cyclophosphamide ... 117
cyclosporine ... 58
cyclosporine modified ... 58
cyproheptadine hcl ... 81
CYSTADANE ... 140
CYSTAGON ... 140
CYSTARAN ... 66
D
dalfampridine er ... 34
DALIRESP ... 85
danazol ... 51
dantrolene sodium ... 71
dapsone ... 116
DAPTACEL ... 61
daptomycin ... 94, 95
DAURISMO ... 122
DEBLITANE ... 47
deferasirox ... 143
DELSTRIGO ... 137
DELYLA ... 47
DEMSER ... 23
DEPEN TITRATABS ... 41, 58, 143
DEPO-PROVERA ... 52
DESCOVY ... 137
desipramine hcl ... 112
desloratadine ... 81
desmopressin ace spray refrig 53
desmopressin acetate ... 53
desogestrel-ethinyl estradiol ... 47
desonide ... 44
desoximetasone ... 44
desvenlafaxine er ... 110
desvenlafaxine succinate er ... 110
dexamethasone ... 15
DEXAMETHASONE INTENSOL ... 15
dexamethasone sodium phosphate ... 65
dextroamphetamine sulfate ... 33
dextrose ... 141
dextrose-nacl ... 141
DIASTAT ACUDIAL ... 92, 103, 107
DIASTAT PEDIATRIC 92, 103, 108
diazepam ... 92, 103, 108
diclofenac epolamine ... 13, 90
diclofenac potassium ... 13, 90
diclofenac sodium ... 13, 36, 65, 90
diclofenac sodium er ... 13, 90
dicloxacillin sodium ... 99
dicyclomine hcl ... 39
didanosine ... 137
DIFICID ... 100
diflunisal ... 13, 90
DIGITEK ... 21
DIGOX ... 21
digoxin ... 22
dihydroergotamine mesylate ... 72
DILANTIN ... 105
DILANTIN INFATABS ... 105
diltiazem hcl ... 20
diltiazem hcl er ... 20
diltiazem hcl er beads ... 20
diltiazem hcl er coated beads ... 20
dilt-xr ... 20
DIPENTUM ... 75
diphenoxylate-atropine ... 37
diphtheria-tetanus toxoids dt ... 61
disulfiram ... 70
divalproex sodium ... 73
divalproex sodium er ... 73
dofetilide ... 26
donepezil hcl ... 12
dorzolamide hcl ... 65
dorzolamide hcl-timolol mal ... 65
dorzolamide hcl-timolol mal pf ... 65
DOVATO ... 137
doxazosin mesylate ... 24, 41
doxepin hcl ... 36, 91
DOXY 100 ... 103
doxycycline hyclate ... 36, 68, 103
doxycycline monohydrate 36, 68, 103
dronabinol ... 113
drospirenone-ethinyl estradiol 47
DROXIA ... 118
duloxetine hcl ... 32
duramorph ... 87
DUREZOL ... 65
dutasteride ... 41
dutasteride-tamsulosin hcl ... 41
E
E.E.S. 400 ... 100
econazole nitrate ... 115
EDURANT ... 136
efavirenz ... 136
eletriptan hydrobromide ... 71
ELIGARD ... 55
ELIQUIS ... 146
ELIQUIS STARTER PACK 146
ELMIRON ... 41
EMCYT ... 125
EMEND ... 114
EMOQUETTE ... 47
EMSAM ... 110
EMTRIVA ... 137
enalapril maleate ... 30
enalapril-hydrochlorothiazide ... 23
ENBREL ... 58
ENBREL MINI ... 58
ENBREL SURECLICK ... 58
ENDOCET ... 89
ENGERIX-B ... 61
enoxaparin sodium ... 146
ENPRESSE-28 ... 47
ENSKYCE ... 47
entacapone ... 74
entecavir ... 132
ENTRESTO ... 25
enulose ... 40

EPCLUSA 133
EPIDIOLEX 104
epinephrine 84
EPITOL 18, 105
EPIVIR HBV 132
eplerenone 29
ERIVEDGE 122
ERLEADA 117
erlotinib hcl 122
ERRIN 52
ertapenem sodium 98
ery 100
ERY-TAB 100
ERYTHROCIN LACTOBIONATE 101
ERYTHROCIN STEARATE 101
erythromycin 101
erythromycin base 101
erythromycin ethylsuccinate 101
ESBRIET 79
escitalopram oxalate 92, 110, 111
esomeprazole magnesium 39
estazolam 32
estradiol 52
estradiol valerate 47, 52
ethambutol hcl 116
ethosuximide 106
ethynodiol diac-eth estradiol .. 47
etodolac 13, 90
etodolac er 13, 90
EURAX 126
EVOTAZ 135
EXEL COMFORT POINT PEN NEEDLE 152
exemestane 120
ezetimibe 28
ezetimibe-simvastatin 23
F
FALMINA 48
famciclovir 134
famotidine 39
FANAPT 129
FANAPT TITRATION PACK 129
FARXIGA 149
FARYDAK 120
febuxostat 13
felbamate 106
felodipine er 20
fenofibrate 27
fenofibrate micronized 27
fenofibric acid 27
fentanyl 86, 87
fentanyl citrate 86, 87
FERRIPROX 143
FETZIMA 111
FETZIMA TITRATION 111
finasteride 42
FLAC 68
flecainide acetate 26
FLOVENT DISKUS 82
FLOVENT HFA 82
fluconazole 115
fluconazole in sodium chloride 115
flucytosine 115
fludrocortisone acetate 44
flunisolide 82
fluocinolone acetonide 44
fluocinolone acetonide scalp .. 44
fluocinonide 36, 44, 45
fluocinonide emulsified base .. 44
fluorometholone 65
fluorouracil 36
fluoxetine hcl 109, 111
fluphenazine decanoate 127
fluphenazine hcl 127
flurbiprofen 13, 90
flurbiprofen sodium 66
flutamide 118
fluticasone propionate 36, 45, 82
fluticasone-salmeterol 84
fluvastatin sodium 27
fluvoxamine maleate 111
fluvoxamine maleate er 111
FML 66
fondaparinux sodium 146, 147
FORTEO 77
fosamprenavir calcium 135
fosinopril sodium 30
fosinopril sodium-hctz 23
FREAMINE HBC 143
furosemide 29
FUZEON 139
FYAVOLV 48
FYCOMPA 106, 107
G
gabapentin 104
galantamine hydrobromide 12
galantamine hydrobromide er . 12
GAMMAGARD 57
GAMMAGARD S/D LESS IGA 57
GAMMAPLEX 57
GAMUNEX-C 57
GARDASIL 9 61
gatifloxacin 102
GATTEX 37
GAVILYTE-C 40
GAVILYTE-G 40
GAVILYTE-N WITH FLAVOR PACK 40
gemfibrozil 27
generlac 40
GENGRAF 58
GENTAK 93
gentamicin in saline 93
gentamicin sulfate 93
GENVOYA 135
GEODON 16, 129
GIANVI 48
GILENYA 34
GILOTRIF 122
glatiramer acetate 34
GLATOPA 34, 35
GLEOSTINE 119
glimepiride 149
glipizide 149
glipizide er 149
glipizide-metformin hcl 154
GLUCAGEN HYPOKIT 151
GLUCAGON EMERGENCY 151
glycopyrrolate 39
GLYXAMBI 149
GOLYTELY 40
granisetron hcl 114
griseofulvin microsize 115
griseofulvin ultramicrosize ... 115
guanfacine hcl 25
guanfacine hcl er 34
guanidine hcl 16
H
halobetasol propionate 45
haloperidol 127
haloperidol decanoate 127
haloperidol lactate 127
HARVONI 133

HAVRIX 62
heparin sodium (porcine) 147
HEPATAMINE 141
HETLIOZ 69
HIBERIX 62
HUMALOG 152
HUMALOG KWIKPEN 152
HUMALOG MIX 50/50 152
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN 152
HUMALOG MIX 75/25 152
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN 152
HUMIRA 59, 60
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START 59
HUMIRA PEN 59
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER 59
HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS START 59
HUMULIN 70/30 152
HUMULIN 70/30 KWIKPEN 152
HUMULIN N 152
HUMULIN N KWIKPEN 152
HUMULIN R 153
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) 153
HUMULIN R U-500 KWIKPEN 153
hydralazine hcl 31
hydrochlorothiazide 30
hydrocodone-acetaminophen 89
hydrocodone-ibuprofen 89
hydrocortisone 15, 45, 76
hydrocortisone butyrate 45
hydrocortisone valerate 45
hydrocortisone-acetic acid 68
hydromorphone hcl 86
hydromorphone hcl pf 88
hydroxychloroquine sulfate 126
hydroxyurea 118

I

ibandronate sodium 77
IBRANCE 120
IBU 13, 90
ibuprofen 13, 90
icatibant acetate 57
ICLUSIG 122
IDHIFA 120
ILEVRO 66
imatinib mesylate 123
IMBRUVICA 123
imipenem-cilastatin 98
imipramine hcl 112
imipramine pamoate 112
imiquimod 36
IMOVAX RABIES 62
INCASSIA 48
INCRELEX 53
INCRUSE ELLIPTA 78, 83
indapamide 30
INFANRIX 62
INLYTA 123
INTELENCE 136, 137
INTRALIPID 141, 142
INTRON A 132, 133
INTROVALE 48
INVEGA SUSTENNA 129, 130
INVEGA TRINZA 130
INVIRASE 135
IONOSOL-MB IN D5W 142
IPOL 62
ipratropium bromide 83
ipratropium-albuterol 79
irbesartan 25
irbesartan-hydrochlorothiazide 23, 30
IRESSA 123
ISENTRESS 135
ISENTRESS HD 135
ISIBLOOM 48
ISOLYTE-P IN D5W 142
ISOLYTE-S 144
isoniazid 116, 117
isosorbide dinitrate 31
isosorbide dinitrate er 31
isosorbide mononitrate 31
isosorbide mononitrate er 31
isotretinoin 36
isradipine 20
itraconazole 115
ivermectin 126
IXIARO 62

J

JAKAFI 123
JANTOVEN 147
JANUMET 154
JANUMET XR 154
JANUVIA 149
JARDIANCE 149
JENTADUETO 149, 154
JENTADUETO XR 149, 154
JULUCA 138
JUNEL 1.5/30 48
JUNEL 1/20 48
JUNEL FE 1.5/30 48
JUNEL FE 1/20 48
JUXTAPID 28

K

KALETRA 136
KALYDECO 78
KARIVA 48
kcl in dextrose-nacl 142
KELNOR 1/35 48
KELNOR 1/50 48
ketoconazole 115
ketoprofen 90
ketorolac tromethamine 66
KINRIX 62
KIONEX 143
KISQALI (200 MG DOSE) 120
KISQALI (400 MG DOSE) 120
KISQALI (600 MG DOSE) 120
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) 120
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) 120
KISQALI FEMARA(200 MG DOSE) 120
KLOR-CON 143, 144, 145
KLOR-CON 10 ..... 144, 145
KLOR-CON M10 ..... 144, 145
KLOR-CON M15 ..... 144, 145
KLOR-CON M20 ..... 144, 145
KLOR-CON SPRINKLE 144, 145
KORLYM 151
KURVELO 48
KUVAN 140

L

labetalol hcl 19
lactulose 40
lamivudine 132, 138
lamivudine-zidovudine 138
lamotrigine 18, 104, 107
lamotrigine er 18, 107
lamotrigine starter kit-blue 18, 107

lamotrigine starter kit-green .. 18, 107
lamotrigine starter kit-orange 18, 107
lansoprazole 39
lanthanum carbonate 43
LANTUS 153
LANTUS SOLOSTAR 153
LARIN 1.5/30 48
LARIN 1/20 48
LARIN FE 1.5/30 48
LARIN FE 1/20 49
LASTACAFT 64
latanoprost 67
LATUDA 130
LEENA 49
leflunomide 57
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) 123
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) 123
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) 123
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) 123
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) 123
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) 123
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) 123
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) 123
LESSINA 49
letrozole 120
leucovorin calcium 118, 125
LEUKERAN 117
leuprolide acetate 55
levalbuterol hcl 84, 85
levalbuterol tartrate 85
LEVEMIR 153
LEVEMIR FLEXTOUCH ... 153
levetiracetam 108
levetiracetam er 108
LEVITRA 41
levobunolol hcl 65
levocarnitine 142
levocetirizine dihydrochloride 81
levofloxacin 102
levofloxacin in d5w 102
LEVONEST 49
levonorgest-eth estrad 91-day 49
levonorgestrel-ethinyl estrad .. 49
LEVORA 0.15/30 (28) 49
LEVO-T 54
levothyroxine sodium 54
LEVOXYL 54
LEXIVA 136
lidocaine 91
lidocaine hcl 91
lidocaine hcl urethral/mucosal 91
lidocaine viscous hcl 91
lidocaine-prilocaine 91
lindane 126
linezolid 95
LINZESS 38
liothyronine sodium 54
lisinopril 30
lisinopril-hydrochlorothiazide 23
lithium 18
lithium carbonate 18
lithium carbonate er 18
LONSURF 118
loperamide hcl 37
lopinavir-ritonavir 136
lorazepam 92, 104
LORBRENA 124
LORCET 89
LORCET HD 89
LORCET PLUS 89
LORYNA 49
losartan potassium 25
losartan potassium-hctz 23
LOTEMAX 66
LOTEMAX SM 66
loteprednol etabonate 66
lovastatin 27
LOW-OGESTREL 49
loxapine succinate 127
LUMIGAN 67
LUPANETA PACK 55
LUPRON DEPOT (1-MONTH) 55
LUPRON DEPOT (3-MONTH) 56
LUPRON DEPOT (4-MONTH) 56
LUPRON DEPOT (6-MONTH) 56
LUTERA 49
LYNPARZA 119
LYRICA CR 32, 106
LYSODREN 55
LYZA 53

M

magnesium sulfate 144
malathion 127
maprotiline hcl 109
marlissa 49, 52, 53
MARPLAN 110
MATULANE 117
MAVYRET 133
MAXIDEX 66
meclizine hcl 113
medroxyprogesterone acetate .53
mefloquine hcl 126
megestrol acetate 53
MEKINIST 124
MEKTOVI 124
meloxicam 14, 90
memantine hcl 12
memantine hcl er 12
MENACTRA 62
MENEST 52
MENVEO 62
meperidine hcl 86
mercaptopurine 60
meropenem 98
mesalamine 38, 75, 76
MESNEX 119
METADATE ER 34
metformin hcl 150
metformin hcl er 150
methadone hcl 88
methazolamide 29, 65
methenamine hippurate 95
methimazole 57
methotrexate 60
methotrexate sodium 60
methotrexate sodium (pf) 60
methoxsalen rapid 36
methyclothiazide 30
methylphenidate hcl 34
methylphenidate hcl er 34
methylprednisolone 15, 45, 76
metoclopramide hcl 38, 113
metolazone 30
metoprolol succinate er 19
metoprolol tartrate 19

metoprolol-hydrochlorothiazide 24
metronidazole 95
metronidazole in nacl 95
mexiletine hcl 26
MICROGESTIN 1.5/30 49
MICROGESTIN 1/20 49
MICROGESTIN FE 1.5/30 49
MICROGESTIN FE 1/20 49
midodrine hcl 25
MIGERGOT 72
miglitol 150
miglustat 140
minocycline hcl 68, 103
minoxidil 31
mirtazapine 109
misoprostol 40, 54
M-M-R II 62
modafinil 69
moexipril hcl 30
molindone hcl 127
mometasone furoate 45, 46
montelukast sodium 83
morphine sulfate 86, 87, 88
morphine sulfate (concentrate) 86, 88
morphine sulfate (pf) 86
morphine sulfate er 88
morphine sulfate er beads 88
MOVANTIK 38
MOXEZA 102
moxifloxacin hcl 102
MULTAQ 26
mupirocin 95
mupirocin calcium 95
MYCAMINE 115
mycophenolate mofetil 60
mycophenolate sodium 60
MYORISAN 36
MYRBETRIQ 42

N

nabumetone 14, 90
nadolol 19
nafcillin sodium 99
naloxone hcl 70
naltrexone hcl 71
naproxen 14, 90
naproxen dr 14, 90
naproxen sodium 14, 90, 91
naratriptan hcl 71
NARCAN 70
NATACYN 115
nateglinide 150
NATPARA 77
NEBUPENT 126
NECON 0.5/35 (28) 49
nefazodone hcl 109
neomycin sulfate 93
neomycin-bacitracin zn-polymyx 67
neomycin-polymyxin-dexameth 67
neomycin-polymyxin-gramicidin 67
neomycin-polymyxin-hc 67, 68, 69
NEORAL 60
NEPHRAMINE 142
NERLYNX 124
NEUPOGEN 147, 148
NEUPRO 74
nevirapine 137
nevirapine er 137
NEXAVAR 124
niacin er (antihyperlipidemic) 28
NIACOR 28
nicardipine hcl 20
NICOTROL 70
NICOTROL NS 70
nifedipine er 21
nifedipine er osmotic release 21
NIKKI 49
nilutamide 118
nimodipine 21
NINLARO 119
nisoldipine er 21
NITRO-BID 31
NITRO-DUR 31
nitrofurantoin macrocrystal 95
nitrofurantoin monohyd macro 95
nitroglycerin 31
NIVESTYM 148
nizatidine 39
NORA-BE 49
NORDITROPIN FLEXPRO 54
norethindrone 53
norethindrone acetate 53
NORLYROC 50
NORMOSOL-M IN D5W 142
NORMOSOL-R IN D5W 142
NORMOSOL-R PH 7.4 144
NORTHERA 25
NORTREL 0.5/35 (28) 50
NORTREL 1/35 (21) 50
NORTREL 1/35 (28) 50
NORTREL 7/7/7 50
nortriptyline hcl 112
NORVIR 136
NOXAFIL 115
NUBEQA 118
NUCALA 80
NUEDEXTA 32
NULYTELY WITH FLAVOR PACKS 40
NUPLAZID 130
nutrilipid 142
NUVARING 50
NYAMYC 116
nystatin 116
nystatin-triamcinolone 36
NYSTOP 116

O

OCELLA 50
octreotide acetate 56
ODEFSEY 138
ODOMZO 124
OFEV 79, 80, 124
ofloxacin 102
olanzapine 16, 130
olanzapine-fluoxetine hcl 110
olmesartan medoxomil 25
olmesartan medoxomil-hctz 24, 26
olmesartan-amlodipine-hctz 24
olopatadine hcl 64, 81
omega-3-acid ethyl esters 28
omeprazole 39
ondansetron 114
ondansetron hcl 114
OPSUMIT 80
ORFADIN 140
ORKAMBI 78
ORSYTHIA 50
oseltamivir phosphate 139
OSPHENA 51
oxacillin sodium 99
oxandrolone 52
oxaprozin 14, 91
oxcarbazepine 105

oxybutynin chloride....42
oxybutynin chloride er....42
oxycodone hcl....87
oxycodone-acetaminophen....89
P
paliperidone er....130
PANRETIN....125
pantoprazole sodium....39
paricalcitol....77
paromomycin sulfate....93
paroxetine hcl....92, 111
paroxetine hcl er....92, 111
PASER....117
PAXIL....92, 111
PAZEO....64
PEDIARIX....62
PEDVAX HIB....62
peg 3350/electrolytes....40
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl...40
peg-3350/electrolytes....40
PEGANONE....105
PEGASYS....134
penicillin g pot in dextrose....99
penicillin g potassium....99
penicillin g procaine....99
penicillin g sodium....100
penicillin v potassium....100
PENTAM....126
pentoxifylline er....22
PERFOROMIST....85
perindopril erbumine....30
permethrin....127
perphenazine....113, 127
perphenazine-amitriptyline..109, 110
PERSERIS....16, 130
PHENADOZ....113
phenelzine sulfate....110
phenobarbital....104
PHENYTEK....105
phenytoin....105
phenytoin sodium extended..105
PHOSPHOLINE IODIDE....65
PIFELTRO....137
pilocarpine hcl....65, 68
pimozide....127
PIMTREA....50
pindolol....19
pioglitazone hcl....150
pioglitazone hcl-glimepiride 154
pioglitazone hcl-metformin hcl....154
piperacillin sod-tazobactam so....100
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE)....120
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE)....121
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE)....121
PIRMELLA 1/35....50
piroxicam....14, 91
PLASMA-LYTE 148....144
PLASMA-LYTE A....144
podofilox....36
polymyxin b sulfate....95
polymyxin b-trimethoprim....67
POMALYST....117
PORTIA-28....50
potassium chloride....145
potassium chloride crys er....144
potassium chloride er....144
potassium chloride in dextrose....142
potassium chloride in nacl....144
potassium citrate er....41
PRADAXA....147
PRALUENT....28
pramipexole dihydrochloride .74
pramipexole dihydrochloride er....74
prasugrel hcl....146
pravastatin sodium....27
praziquantel....126
prazosin hcl....24, 42
prednisolone....15
prednisolone acetate ...15, 66, 76
prednisolone sodium phosphate....15, 46, 66, 76
prednisone....15, 16
PREDNISONE INTENSOL...15
preferred plus insulin syringe....153
pregabalin....32, 106
PREMARIN....52
PREMASOL....142
PREMPRO....50
prenatal....142
PREVALITE....28
PREVIFEM....50
PREVYMIS....132
PREZCOBIX....136
PREZISTA....136
PRIFTIN....116
primaquine phosphate....126
primidone....104
PRIVIGEN....57
probenecid....13
PROCALAMINE....142
prochlorperazine....113
prochlorperazine maleate....113, 128
PROCTO-PAK....46
PROCTOSOL HC....76
PROCTOZONE-HC....38, 46
progesterone micronized....53
PROGLYCEM....151
PROGRAF....60
PROLASTIN-C....78
PROLIA....77
PROMACTA....148
promethazine hcl....81, 113
propafenone hcl....26
propafenone hcl er....26
proparacaine hcl....66
propranolol hcl....20
propranolol hcl er....19
propranolol-hctz....24
propylthiouracil....57
PROQUAD....62
PROSOL....143
protriptyline hcl....112
PULMICORT FLEXHALER.82
PULMOZYME....79, 80
PURIXAN....118
pyrazinamide....117
pyridostigmine bromide....16
pyridostigmine bromide er....16
Q
QUADRACEL....62
quetiapine fumarate 17, 109, 131
quetiapine fumarate er...16, 109, 131
quinapril hcl....30
quinapril-hydrochlorothiazide 24
quinidine gluconate er....26
quinidine sulfate....26
quinine sulfate....126
R
RABAVERT....62

raloxifene hcl....51
ramelteon....69
ramipril....31
ranitidine hcl....39
ranolazine er....22
rasagiline mesylate....75
RAVICTI....140
REBETOL....132, 134
RECLIPSEN....50
RECOMBIVAX HB....63
RECTIV....31
REGRANEX....36
RELENZA DISKHALER....139
RELI-ON INSULIN SYRINGE....153
RELISTOR....38
repaglinide....150
repaglinide-metformin hcl....154
REPATHA....29
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM....28
REPATHA SURECLICK....29
RESCRIPTOR....137
RESTASIS....66
RETACRIT....148
REVATIO....81
REVLIMID....117, 118
REXULTI....131
REYATAZ....136
RIBASPHERE....132, 134
ribavirin....132, 134
rifabutin....116
rifampin....117
RIFATER....117
riluzole....32
rimantadine hcl....139
risedronate sodium....77
RISPERDAL CONSTA....17, 131
risperidone....17, 131
ritonavir....136
rivastigmine....12
rivastigmine tartrate....12
rizatriptan benzoate....71, 72
ropinirole hcl....74
ropinirole hcl er....74
rosuvastatin calcium....28
ROTARIX....63
ROTATEQ....63
ROWEEPRA....108
ROWEEPRA XR....108
RUBRACA....119
RYDAPT....124
S
SANDIMMUNE....60
SANTYL....37
SAPHRIS....17, 131
SAVELLA....32
SAVELLA TITRATION PACK....32
scopolamine....113
selegiline hcl....75
selenium sulfide....37
SELZENTRY....139
SEREVENT DISKUS....85
sertraline hcl....92, 93, 111
sevelamer carbonate....43
SHAROBEL....50
SHINGRIX....63
SIGNIFOR....56
sildenafil citrate....81
sildenafil oral tablet....41
SILENOR....91, 112
silver sulfadiazine....102
SIMBRINZA....65
simvastatin....28
sirolimus....60
SIRTURO....117
SIVEXTRO....95
sodium chloride....145
sodium fluoride....145
sodium phenylbutyrate....41, 140
sodium polystyrene sulfonate....143
solifenacin succinate....42
SOLTAMOX....125
SOMATULINE DEPOT....56
SOMAVERT....56
SORINE....26
sotalol hcl....26, 27
sotalol hcl (af)....26
SPIRIVA HANDIHALER....83
SPIRIVA RESPIMAT....83
spironolactone....29
spironolactone-hctz....24
SPRINTEC 28....50
SPRITAM....108
SPRYCEL....124
SPS....143
SRONYX....50
SSD....102
stavudine....138
STELARA....37
STIOLTO RESPIMAT....78
STIVARGA....124
streptomycin sulfate....93
STRIBILD....135
SUCRAID....140
sucralfate....40
sulfacetamide sodium....66, 67, 102
sulfacetamide-prednisolone....16, 67
sulfadiazine....102
sulfamethoxazole-trimethoprim....102
SULFAMYLON....95
sulfasalazine....76
sulindac....14, 91
sumatriptan....72
sumatriptan succinate....72
sumatriptan succinate refill....72
SUPRAX....97
SUPREP BOWEL PREP KIT....145
SUTENT....124
SYLATRON....118, 134
SYMBICORT....80
SYMFI....138
SYMFI LO....138
SYMLINPEN 120....150
SYMLINPEN 60....150
SYMPAZAN....104
SYMTUZA....135
SYNAREL....56
SYNJARDY....150
SYNJARDY XR....150
SYNRIBO....118
SYNTHROID....55
T
TABLOID....118
tacrolimus....37, 60
tadalafil (pah)....81
tadalafil oral tablet....41
TAFINLAR....124
TAGRISSO....124
TALZENNA....119
TAMIFLU....139
tamoxifen citrate....125
tamsulosin hcl....42
TARGRETIN....125

TARINA FE 1/20 51
TASIGNA 124
tazarotene 37
TAZORAC 37
TAZTIA XT 21
TDVAX 63
TECFIDERA 35
TEFLARO 97
TEGRETOL 18, 106
TEGRETOL-XR 18, 106
telmisartan 26
telmisartan-hctz 24
temazepam 69
TENIVAC 63
tenofovir disoproxil fumarate 133, 138
terazosin hcl 24, 42
terbinafine hcl 116
terbutaline sulfate 85
terconazole 116
testosterone 51, 52
testosterone cypionate 51
testosterone enanthate 51
tetrabenazine 32
tetracycline hcl 103
THALOMID 117
THEO-24 85
theophylline 85
theophylline er 85
thioridazine hcl 128
thiothixene 128
tiagabine hcl 104
TIBSOVO 121
tigecycline 96
timolol maleate 20, 65, 73
TIVICAY 135
tizanidine hcl 155
TOBRADEX 93
tobramycin 94
tobramycin sulfate 94
tobramycin-dexamethasone 67
TOBREX 94
tolbutamide 151
tolterodine tartrate 42
tolterodine tartrate er 42
topiramate 73, 107
topiramate er 107
toremifene citrate 125
torsemide 29
TOUJEO MAX SOLOSTAR 153
TOUJEO SOLOSTAR 153
TPN ELECTROLYTES 143
TRADJENTA 151
tramadol hcl 87
tramadol-acetaminophen 89
trandolapril 31
tranexamic acid 145
tranylcypromine sulfate 110
TRAVASOL 143
TRAVATAN Z 68
trazodone hcl 109
TRECATOR 117
TRELSTAR MIXJECT 56
TRESIBA 154
TRESIBA FLEXTOUCH 153
tretinoin 37, 125
triamcinolone acetonide 46, 68
triamterene-hctz 24
TRIDERM 46
trientine hcl 143
trifluoperazine hcl 128
trifluridine 134
trihexyphenidyl hcl 74
TRI-LEGEST FE 51
TRILYTE 40
trimethoprim 96
trimipramine maleate 112
TRINTELLIX 111
TRI-PREVIFEM 51
TRI-SPRINTEC 51
TRIUMEQ 139
TRIVORA (28) 51
TROPHAMINE 143
trospium chloride 42
TRULICITY 151
TRUMENBA 63
TRUVADA 138
TURALIO 124
TWINRIX 63
TYBOST 139
TYKERB 124
TYPHIM VI 63
U
UNITHROID 55
UPTRAVI 22
ursodiol 38
V
valacyclovir hcl 134
VALCHLOR 37, 117
valganciclovir hcl 132
valproic acid 18, 19, 73, 104
valsartan 26
valsartan-hydrochlorothiazide 24
vancomycin hcl 96
VANDAZOLE 96
VAQTA 63
vardenafil 41
VARIVAX 63
VARIZIG 63
VASCEPA 29
VELIVET 51
VEMLIDY 133
VENCLEXTA 119
VENCLEXTA STARTING PACK 119
venlafaxine hcl 93, 112
venlafaxine hcl er 93, 111, 112
VENTAVIS 81
verapamil hcl 21
verapamil hcl er 21
VERSACLOZ 128
VERZENIO 121
VIAGRA 41
VICTOZA 151
VIDEX 138
VIDEX EC 138
vigabatrin 104
VIGADRONE 104
VIIBRYD 112
VIIBRYD STARTER PACK 112
VIMPAT 106
VIRACEPT 136
VIREAD 133, 138
VITRAKVI 121
VIZIMPRO 125
voriconazole 116
VOSEVI 133
VOTRIENT 125
VRAYLAR 17, 131
VYFEMLA 51
W
warfarin sodium 147
X
XALKORI 125
XARELTO 147
XARELTO STARTER PACK 147

XATMEP 61
XELJANZ 61
XELJANZ XR 61
XGEVA 77
XIFAXAN 38, 96
XIGDUO XR 151
XOLAIR 80
XOSPATA 121
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) 118
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) 119
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 119
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) 119
XTANDI 118
XURIDEN 140
XYREM 69
Y
YF-VAX 63
YONSA 118
Z
zafirlukast 83
zaleplon 69
ZEJULA 119
ZELBORAF 125
ZEMAIRA 78
ZENATANE 37
ZENPEP 141
ZEPATIER 133, 134
zidovudine 138
ziprasidone hcl 17, 131
ZIRGAN 132
ZOLINZA 116, 121
zolmitriptan 72
zolpidem tartrate 69
zolpidem tartrate er 69
zonisamide 106
ZORTRESS 61
ZOSTAVAX 64
ZOVIA 1/35E (28) 51
ZYDELIG 121
ZYKADIA 125
ZYTIGA 118

Este formulario fue actualizado el 6 de octubre de 2019. Para información más reciente, o para otras preguntas, por favor, comuníquese con Servicios al Afiliado de MMM Healthcare, LLC al 1-866-333-5470 (libre de cargos); o usuarios de TTY deben llamar al 1-866-333-5469, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. o visite www.mmmpr.com.

MMM Healthcare, LLC es un plan HMO y PPO con un contrato Medicare. La afiliación en MMM depende de la renovación del contrato. MMM Healthcare, LLC cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. MMM Healthcare, LLC complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. 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). MMM Healthcare, LLC 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。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).

Y0049_2020 1085 0001 2_C