Medicare y Mucho Más

MMM Supremo (HMO SNP)

MMM Advantage (PPO)

MMM Extra (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 Supremo / MMM Advantage/ MMM Extra.

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 138. 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 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 Supremo / MMM Advantage / MMM Extra

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 138.

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 Supremo (HMO – SNP)	1	Genérico Preferido	$0.00	$0.00	$0.00
	2	Genérico	$0.00	$0.00	$0.00
	3	Marca Preferida	$8.00	$16.00	$16.00
	4	Marca No Preferida	$25.00	$50.00	$50.00
	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:

MMM Supremo (HMO – SNP)	Nivel	Medicamento	Copago por cantidad al detal (30 días)	Copago por cantidad al detal (90 días)	Copago por orden por correo (90 días)
	1	Genérico Preferido	$0.00	$0.00	$0.00
	2	Genérico	$0.00	$0.00	$0.00

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:

MMM Advantage (PPO)	Nivel	Medicamento	Copago por cantidad al detal (30 días)	Copago por cantidad al detal (90 días)	Copago por orden por correo (90 días)
	1	Genérico Preferido	$0.00	$0.00	$0.00
	2	Genérico	$5.00	$10.00	$10.00
	3	Marca Preferida	$35.00	$70.00	$70.00
	4	Marca No Preferida	$50.00	$100.00	$100.00
	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:

MMM Advantage (PPO)	Nivel	Medicamento	Copago por cantidad al detal (30 días)	Copago por cantidad al detal (90 días)	Copago por orden por correo (90 días)
	1	Genérico Preferido	$0.00	$0.00	$0.00
	2	Genérico	$5.00	$10.00	$10.00

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:

MMM Extra (HMO – POS)	Nivel	Medicamento	Copago por cantidad al detal (30 días)	Copago por cantidad al detal (90 días)	Copago por orden por correo (90 días)
	1	Genérico Preferido	$2.00	$4.00	$4.00
	2	Genérico	$5.00	$10.00	$10.00
	3	Marca Preferida	$30.00	$60.00	$60.00
	4	Marca No Preferida	$50.00	$100.00	$100.00
	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:

MMM Extra (HMO – POS)	Nivel	Medicamento	Copago por cantidad al detal (30 días)	Copago por cantidad al detal (90 días)	Copago por orden por correo (90 días)
	1	Genérico Preferido	$2.00	$4.00	$4.00
	2	Genérico	$5.00	$10.00	$10.00

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

Tabla de Contenido

Agentes Antidemencia....12
Agentes Antigota....12
Agentes Antiinflamatorios....13
Agentes Antimiasténicos....15
Agentes Bipolares....15
Agentes Cardiovasculares....18
Agentes Del Sistema Nervioso Central....29
Agentes Dermatológicos....32
Agentes Gastrointestinales....34
Agentes Genitourinarios....37
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Adrenal)....38
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Modificadores/Hormonas Sexuales)....41
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Pituitaria)....48
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Prostaglandinas)....48
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Tiroides)....48
Agentes Hormonales, Supresores (Adrenal)....49
Agentes Hormonales, Supresores (Pituitaria)....49
Agentes Hormonales, Supresores (Tiroides)....51
Agentes Inmunológicos....51
Agentes Oftálmicos....57
Agentes Orales Y Dentales....60
Agentes Oticos....61
Agentes Para El Desórden Del Sueño....61
Agentes Para El Tratamiento De Abuso De Sustancias. Anti-Adicción....62
Agentes Para El Tratamiento De La Espasticidad....63
Agentes Para El Tratamiento De La Migraña....64
Agentes Para El Tratamiento De Parkinson....65
Agentes Para La Enfermedad Inflamatoria Intestinal....67
Agentes Parala Enfermedad Metabólica Del Hueso....68
Agentes Pulmonares/ Tracto Respiratorio....69
Analgésicos....76
Anestésicos....81
Ansiolíticos....81
Antibacteriales....83
Anticonvulsivos....92
Antidepresivos....96

Antieméticos 100
Antifungales 101
Antimicobacteriales 103
Antineoplásicos 104
Antiparasíticos 111
Antisicóticos 112
Antivirales 117
Desórden Genético O Enzimático: Reemplazo, Modificadores, Tratamiento 123
Electrólitos / Minerales/ Vitaminas 124
Productos Sanguíneos / Modificadores / Expansores De Volumen 129
Reguladores De Glucosa En Sangre 131
Relajantes Musculo Esqueletales 136

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	
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

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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	
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	

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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	
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	

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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	
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)

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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)
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			

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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
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

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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
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
propranolol hcl oral solution 20 mg/5ml, 40 mg/5ml		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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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
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

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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
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)

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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)
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

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.

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

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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
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)

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.

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

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)
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			

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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)
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			

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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
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)			

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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
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

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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
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	

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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
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			

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.

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

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	
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	

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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)
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

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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	
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

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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	
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)

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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	
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

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
Agentes Genitourinarios			
Agentes Genitourinarios, Otros			
bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg	URECHOLINE	2	CG
DEPEN TITRATABS ORAL TABLET 250 MG		5	
ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG		3	
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	
sodium phenylbutyrate oral powder 3 gm/tsp	BUPHENYL	5	PA
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
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)

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.

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

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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	
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	

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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	
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	

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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	
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)			

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
ALTAVERA ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG		2	MT; CG
APRI ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG		2	MT; CG
ARANELLE ORAL TABLET 0.5/1/0.5-35 MG-MCG		2	MT; CG
AUBRA 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.

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
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

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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
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

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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
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	

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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)
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	

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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
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

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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
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

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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
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

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
LUPANETA PACK COMBINATION KIT 11.25 & 5 MG		5	PA; QL (1 EA per 84 days)
LUPANETA PACK COMBINATION KIT 3.75 & 5 MG		5	PA; QL (1 EA per 28 days)
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 3.75 MG, 7.5 MG		5	PA
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 22.5 MG		5	PA
LUPRON DEPOT (4-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 30 MG		5	PA
LUPRON DEPOT (6-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 45 MG		5	PA
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

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
Agentes Hormonales, Supresores (Tiroides)			
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			
AFINITOR DISPERZ ORAL TABLET SOLUBLE 2 MG, 3 MG, 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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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
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)

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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)
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

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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
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	

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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	
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	

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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	
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	

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
VARIVAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE 1350 PFU/0.5ML		3	
VARIZIG INTRAMUSCULAR SOLUTION 125 UNIT/1.2ML		3	
YF-VAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE		3	
ZOSTAVAX SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED 19400 UNT/0.65ML		3	QL (1 EA per 999 days)
Agentes 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

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.2 %		2	MT; CG
carteolol hcl ophthalmic solution 1 %		2	MT; CG
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.

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			
bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment 500-10000 unit/gm	POLYCIN	2	
bacitra-neomycin-polymyxin-hc ophthalmic ointment 1 %	NEO-POLYCIN HC	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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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)
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	

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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	
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)

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.

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

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
CHANTIX ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG		4	PA; QL (60 EA per 30 days)
CHANTIX STARTING MONTH PAK ORAL TABLET 0.5 MG X 11 & 1 MG X 42		4	PA
NICOTROL INHALATION INHALER 10 MG		3	
NICOTROL NS NASAL SOLUTION 10 MG/ML		3	
Disuadores De Alcohol / Medicamentos Para Controlar El Deseo			
acamprosate calcium oral tablet delayed release 333 mg		2	
disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg	ANTABUSE	2	
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	

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.

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

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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			
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

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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
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.

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	
mesalamine rectal suppository 1000 mg	CANASA	5	
Glucocorticoides			
budesonide oral capsule delayed release particles 3 mg	ENTOCORT EC	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.

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

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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)
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

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.

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

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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
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)

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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)
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			

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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)
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			
montelukast sodium oral packet 4 mg	SINGULAIR	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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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)
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

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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
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

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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			
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)

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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)
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			

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.

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

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.

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

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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)
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	

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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	
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
clonazepam oral tablet dispersible 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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
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)

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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	
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	

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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
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	

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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	
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	

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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	
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

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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
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	

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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	
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.

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	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 500 MG		3	PA
ERYTHROCIN STEARATE ORAL TABLET 250 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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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	
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	

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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			
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	

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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
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)

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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)
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

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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
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			

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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
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.

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	
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

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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
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			

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24HR, 6 MG/24HR, 9 MG/24HR		5	QL (30 EA per 30 days)
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG		4	MT
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)
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

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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)
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

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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			
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			

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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)
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	

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
ciclopirox olamine external cream 0.77 %	LOPROX	2	
ciclopirox olamine external suspension 0.77 %	LOPROX	2	
clotrimazole external cream 1 %		2	
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.

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	
isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg		1	
PASER ORAL PACKET 4 GM		2	
pyrazinamide oral tablet 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.

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

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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)
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			

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.

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

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.

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

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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
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

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.

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

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 4 MG		5	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 4 MG		5	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
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.

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			
Antihelminticos			
albendazole oral tablet 200 mg	ALBENZA	2	
ALBENZA ORAL TABLET 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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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	
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	

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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
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

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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	
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

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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)
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	

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.

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

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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			
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.

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
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	

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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)			
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	

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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	
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	

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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	
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	

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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	
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	

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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			
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.

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)
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			

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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
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

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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
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

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
FREAMINE HBC INTRAVENOUS SOLUTION 6.9 %		4	PA
KIONEX ORAL SUSPENSION 15 GM/60ML		2	
klor-con oral packet 20 meq		2	MT; CG
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
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

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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	
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

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
Productos Sanguíneos / Modificadores / Expansores De Volumen			
Agentes Hemostáticos			
tranexamic acid oral tablet 650 mg	LYSTEDA	2	
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.

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)
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)

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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)
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

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.

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

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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)
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			

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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
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)

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
HUMULIN 70/30 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMULIN 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMULIN N KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMULIN N SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMULIN R INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML		5	PA; QL (30 ML per 30 days)
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 500 UNIT/ML		5	PA; QL (30 ML per 30 days)
LANTUS SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
LANTUS SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
LEVEMIR FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
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)

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.

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
TRESIBA FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML, 200 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
TRESIBA SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
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.

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.

Index

A

abacavir sulfate.....121
abacavir sulfate-lamivudine .121
abacavir-lamivudine-zidovudine 121
ABELCET.....101
ABILIFY MAINTENA..96, 114
abiraterone acetate.....104
acamprosate calcium 63
acarbose.....131
acebutolol hcl 18
acetaminophen-codeine.....79
acetaminophen-codeine #3.....79
acetazolamide.....27, 57
acetazolamide er.....27
acetic acid.....83
acetylcysteine 69
acitretin.....32
ACTHIB 54
ACTIMMUNE 51
acyclovir 119
acyclovir sodium 119
ADACEL.....54
adapalene.....32
adefovir dipivoxil 117
ADEMPAS.....71
ADVAIR DISKUS.....70, 73, 74
ADVAIR HFA 70, 73, 74
AFINITOR 52, 108
AFINITOR DISPERZ.....51
albendazole.....111
ALBENZA 111
albuterol sulfate.....75
albuterol sulfate er.....74
albuterol sulfate hfa.....75
alclometasone dipropionate....39
ALECENSA 108
alendronate sodium 68
alfuzosin hcl er 37
ALINIA 112
aliskiren fumarate.....21
allopurinol 12
alosetron hcl 35
ALPHAGAN P.....57
alprazolam 81
ALREX.....58
ALTAVERA 42
ALUNBRIG 108
ALYQ.....72
amantadine hcl.....65, 123
AMBISOME 101
ambrisentan 72
amikacin sulfate.....83
amiloride hcl.....27
amiloride-hydrochlorothiazide21
AMINOSYN II.....125
AMINOSYN-PF.....125
amiodarone hcl 24
AMITIZA 35
amitriptyline hcl 99
amlodipine besy-benazepril hcl 21
amlodipine besylate.....19
amlodipine besylate-valsartan 21
amlodipine-olmesartan 21
amlodipine-valsartan-hctz 21
ammonium lactate 32
AMNESTEEM 32
amoxapine 99
amoxicillin.....87
amoxicillin-pot clavulanate ...87, 88
amoxicillin-pot clavulanate er 87
amphetamine-dextroamphet er 30
amphetamine-dextroamphetamine 30
amphotericin b.....101
ampicillin.....88
ampicillin sodium.....88
ampicillin-sulbactam sodium .88
ANADROL-50 46
anagrelide hcl 130
anastrozole.....106
ANDRODERM 46
ANORO ELLIPTA.....69
APOKYN 66
aprepitant 101
APRI.....42
APRISO.....67
APTIOM.....93
APTIVUS 120
ARANELLE.....42
ARCALYST 51
aripiprazole.....96, 114
ARISTADA.....114
ARISTADA INITIO.....114
armodafinil 61
ARNUITY ELLIPTA.....73
aspirin-dipyridamole er 129
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR 134
atazanavir sulfate.....120
atenolol 18
atenolol-chlorthalidone.....21
atomoxetine hcl 31
atorvastatin calcium.....25
atovaquone.....112
atovaquone-proguanil hcl 112
ATRIPLA 121
atropine sulfate 59
ATROVENT HFA.....74
AUBRA 42
AVIANE.....42
AVITA.....32, 111
AZASITE 89
azathioprine 52
azelastine hcl 57, 72
azithromycin 89
AZOPT 57
aztreonam 87

B

bacitracin 83
bacitracin-polymyxin b.....59
bacitra-neomycin-polymyxin-hc 59
baclofen 63
balsalazide disodium 67
BALVERSA 108
BALZIVA.....42
BANZEL 93
BARACLUDE.....117
bcg vaccine 54
BD ALCOHOL SWABS 70 % 84
benazepril hcl.....28
benazepril-hydrochlorothiazide 21
BENLYSTA 52
benznidazole.....112
benzoyl peroxide-erythromycin 32
benztropine mesylate.....66
BEPREVE 57
betamethasone dipropionate ..14, 32, 39

betamethasone dipropionate aug 14, 39
betamethasone valerate 14, 39
BETASERON 31
betaxolol hcl 18, 57
bethanechol chloride 37
BETOPTIC-S 57
bexarotene 111
BEXSERO..... 55
bicalutamide 104
BICILLIN L-A 88
BIKTARVY 119
bimatoprost..... 57, 60
bisoprolol fumarate 18
bisoprolol-hydrochlorothiazide 21
BLEPHAMIDE S.O.P..... 14, 60
BOOSTRIX..... 55
BOSULIF 108
BRAFTOVI..... 108
BREO ELLIPTA 75
briellyn 42
BRILINTA 129
brimonidine tartrate..... 57, 58
BRIVIACT 95
bromocriptine mesylate.... 49, 66
budesonide..... 67, 73
bumetanide 27
buprenorphine hcl..... 63
buprenorphine hcl-naloxone hcl 63
bupropion hcl..... 97
bupropion hcl er (smoking det) 62
bupropion hcl er (sr)..... 96
bupropion hcl er (xl)..... 96, 97
buspirone hcl 81
BYDUREON..... 131
BYDUREON BCISE 131
BYETTA 10 MCG PEN 131
BYETTA 5 MCG PEN 131
C
cabergoline 49
CABOMETYX..... 108
calcipotriene 32
calcitonin (salmon)..... 68
calcitriol..... 68
calcium acetate (phos binder). 38
CALQUENCE..... 108
CAMILA 47
CANASA..... 67
candesartan cilexetil 23
candesartan cilexetil-hctz 21
CAPRELSA..... 108
captopril..... 28
captopril-hydrochlorothiazide 21
CARBAGLU 127
carbamazepine 17, 93
carbamazepine er..... 17, 93
carbidopa-levodopa 67
carbidopa-levodopa er 67
carbidopa-levodopa-entacapone 65, 66
carteolol hcl 58
CARTIA XT..... 19
carvedilol 18
carvedilol phosphate er..... 18
caspofungin acetate 101
CAYSTON 70, 87
cefaclor 85
cefaclor er 85
cefadroxil..... 85, 86
cefazolin sodium..... 86
cefdinir..... 86
cefepime hcl 86
cefixime 86
cefoxitin sodium 86
cefpodoxime proxetil..... 86
cefprozil..... 86
ceftazidime 86
ceftriaxone sodium 86
cefuroxime axetil..... 86
cefuroxime sodium 86
celecoxib..... 13, 80
CELONTIN 94
cephalexin..... 87
CERDELGA..... 124
cetirizine hcl 72
CETRAXAL..... 90
cevimeline hcl..... 60
CHANTIX 63
CHANTIX CONTINUING MONTH PAK 62
CHANTIX STARTING MONTH PAK 63
CHEMET..... 126
chlorhexidine gluconate 60
chloroquine phosphate..... 112
chlorothiazide 27
chlorpromazine hcl 100, 112
chlorthalidone 27
CHOLBAM 34
cholestyramine light 26
ciclopirox 101
ciclopirox olamine 102
cilostazol..... 129
CILOXAN 90
CIMDUO..... 122
cimetidine 35
cimetidine hcl 35
cinacalcet hcl 68, 69
CINRYZE..... 51
CIPRODEX 61
ciprofloxacin..... 90
ciprofloxacin hcl..... 90
ciprofloxacin in d5w..... 90
citalopram hydrobromide 98
CLARAVIS 32
clarithromycin..... 89
clarithromycin er 89
clindamycin hcl 84
clindamycin palmitate hcl..... 84
clindamycin phosphate 84
clindamycin phosphate in d5w 84
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) 125
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) 125
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) 125
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) 125
clobazam..... 92
clomipramine hcl 99
clonazepam 81
clonidine 23
clonidine hcl 23
clopidogrel bisulfate 129
clorazepate dipotassium.... 82, 92
clotrimazole 102
clotrimazole-betamethasone ... 32
clozapine..... 113, 114
COARTEM..... 112
colchicine..... 12
colchicine-probenecid..... 12
colesevelam hcl 26, 131, 132
colestipol hcl..... 26
colistimethate sodium (cba).... 84
COLOCORT..... 68

COMBIGAN 58
COMBIVENT RESPIMAT ... 71
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) 108
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) 108
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) 108
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE..... 134
COMPLERA 121
constulose 36
COPIKTRA 106
CORLANOR 20
cortisone acetate 14, 39, 68
COTELLIC..... 108
COUMADIN 129
CREON 124
CRIXIVAN 120
cromolyn sodium..... 57, 76
CRYSELLE-28 42
cvs gauze sterile 134
CYCLAFEM 1/35 42
CYCLAFEM 7/7/7 42
cyclobenzaprine hcl..... 136, 137
cyclophosphamide..... 104
cyclosporine 52
cyclosporine modified 52
cyproheptadine hcl 72
CYSTADANE..... 124
CYSTAGON 124
CYSTARAN 59
D
dalfampridine er 31
DALIRESP..... 76
danazol 46
dantrolene sodium 63, 64
dapsone..... 103
DAPTACEL 55
daptomycin 84
DAURISMO..... 108
DEBLITANE 42
deferasirox 126
DELSTRIGO..... 122
DELYLA 42
DEMSER..... 21
DEPEN TITRATABS 37, 52, 126
DEPO-PROVERA 47
DESCOVY 122
desipramine hcl..... 99
desloratadine..... 72
desmopressin ace spray refrig 48
desmopressin acetate 48
desogestrel-ethinyl estradiol... 42
desonide..... 39
desoximetasone 39
desvenlafaxine er..... 98
desvenlafaxine succinate er 98
dexamethasone 14, 15
DEXAMETHASONE INTENSOL 14
dexamethasone sodium phosphate..... 58
dextroamphetamine sulfate..... 30
dextrose 125
dextrose-nacl 125
DIASTAT ACUDIAL 82, 92, 95
DIASTAT PEDIATRIC .. 82, 92, 96
diazepam..... 82, 92, 96
diclofenac epolamine..... 13, 80
diclofenac potassium 13, 80
diclofenac sodium. 13, 32, 58, 80
diclofenac sodium er 13, 80
dicloxacillin sodium 88
dicyclomine hcl 35
didanosine..... 122
DIFICID 89
diflunisal..... 13, 80
DIGITEK 20
DIGOX..... 20
digoxin..... 20
dihydroergotamine mesylate .. 65
DILANTIN 93
DILANTIN INFATABS 93
diltiazem hcl 19
diltiazem hcl er 19
diltiazem hcl er beads 19
diltiazem hcl er coated beads.. 19
dilt-xr 19
DIPENTUM 67
diphenoxylate-atropine..... 34
diphtheria-tetanus toxoids dt .. 55
disulfiram..... 63
divalproex sodium 65
divalproex sodium er 65
dofetilide..... 24
donepezil hcl..... 12
dorzolamide hcl 58
dorzolamide hcl-timolol mal .. 58
dorzolamide hcl-timolol mal pf 58
DOVATO 122
doxazosin mesylate..... 23, 37
doxepin hcl 32, 81
DOXY 100..... 91
doxycycline hyclate 32, 61, 91
doxycycline monohydrate 33, 61, 91
dronabinol..... 101
drospirenone-ethinyl estradiol 42
DROXIA..... 105
duloxetine hcl 29
duramorph..... 78
DUREZOL 58
dutasteride..... 37
dutasteride-tamsulosin hcl 37
E
E.E.S. 400 89
econazole nitrate 102
EDURANT 121
efavirenz 121
eletriptan hydrobromide 64
ELIGARD..... 49
ELIQUIS..... 129
ELIQUIS STARTER PACK 129
ELMIRON 37
EMCYT 111
EMEND 101
EMOQUETTE..... 42
EMSAM 98
EMTRIVA 122
enalapril maleate..... 28
enalapril-hydrochlorothiazide 21, 22
ENBREL..... 52
ENBREL MINI 52
ENBREL SURECLICK 52
ENDOCET 79
ENGERIX-B..... 55
enoxaparin sodium..... 129
ENPRESSE-28 42
ENSKYCE..... 42
entacapone 66
entecavir 117
ENTRESTO..... 23
enulose..... 36
EPCLUSA 118
EPIDIOLEX 92

epinephrine 75
EPITOL 17, 93
EPIVIR HBV..... 117
eplerenone 27
ERIVEDGE..... 108
ERLEADA 104
erlotinib hcl 109
ERRIN..... 47
ertapenem sodium 87
ery..... 89
ERY-TAB..... 89
ERYTHROCIN LACTOBIONATE..... 89
ERYTHROCIN STEARATE. 89
erythromycin 90
erythromycin base 90
erythromycin ethylsuccinate .. 90
ESBRIET..... 70, 71
escitalopram oxalate..... 82, 98
esomeprazole magnesium 35, 36
estazolam..... 29
estradiol 46
estradiol valerate 42, 47
ethambutol hcl..... 103
ethosuximide 94
ethynodiol diac-eth estradiol .. 42
etodolac 13, 80
etodolac er 13, 80
EURAX 112
EVOTAZ..... 120
EXEL COMFORT POINT PEN NEEDLE 134
exemestane 106
ezetimibe 26
ezetimibe-simvastatin..... 22
F
FALMINA..... 43
famciclovir 119
famotidine..... 35
FANAPT 114
FANAPT TITRATION PACK 114
FARXIGA 132
FARYDAK..... 106
febuxostat 12
felbamate 95
felodipine er..... 19
fenofibrate 25
fenofibrate micronized 25
fenofibric acid 25
fentanyl..... 76, 77, 78
fentanyl citrate..... 76, 78
FERRIPROX..... 126
FETZIMA..... 98
FETZIMA TITRATION 98
finasteride 37
FLAC..... 61
flecainide acetate 24
FLOVENT DISKUS 73
FLOVENT HFA..... 73
fluconazole 102
fluconazole in sodium chloride 102
flucytosine 102
fludrocortisone acetate 39
flunisolide..... 73
fluocinolone acetonide 39, 40
fluocinolone acetonide scalp .. 40
fluocinonide..... 33, 40
fluocinonide emulsified base.. 40
fluorometholone 58
fluorouracil 33
fluoxetine hcl..... 97, 98
fluphenazine decanoate 113
fluphenazine hcl 113
flurbiprofen..... 13, 80
flurbiprofen sodium..... 59
flutamide..... 104
fluticasone propionate 33, 40, 73
fluticasone-salmeterol 75
fluvastatin sodium 25
fluvoxamine maleate 99
fluvoxamine maleate er 99
FML..... 59
fondaparinux sodium.... 129, 130
FORTEO 69
fosamprenavir calcium 120
fosinopril sodium..... 28
fosinopril sodium-hctz..... 22
FREAMINE HBC 127
furosemide 27
FUZEON 123
FYAVOLV..... 43
FYCOMPA..... 95
G
gabapentin 92
galantamine hydrobromide..... 12
galantamine hydrobromide er. 12
GAMMAGARD..... 51
GAMMAGARD S/D LESS IGA 51
GAMMAPLEX 51
GAMUNEX-C..... 51
GARDASIL 9 55
gatifloxacin 90
GATTEX 34
GAVILYTE-C..... 36
GAVILYTE-G..... 36
GAVILYTE-N WITH FLAVOR PACK..... 36
gemfibrozil 25
generlac..... 36
GENGRAF 52
GENTAK..... 83
gentamicin in saline..... 83
gentamicin sulfate..... 83
GENVOYA 119
GEODON 15, 115
GIANVI..... 43
GILENYA 31
GILOTRIF..... 109
glatiramer acetate..... 31
GLATOPA 31, 32
GLEOSTINE 106
glimepiride..... 132
glipizide 132
glipizide er 132
glipizide-metformin hcl 136
GLUCAGEN HYPOKIT..... 134
GLUCAGON EMERGENCY 134
glycopyrrolate..... 35
GLYXAMBI..... 132
GOLYTELY 36
granisetron hcl 101
griseofulvin microsize 102
griseofulvin ultramicrosize... 102
guanfacine hcl..... 23
guanfacine hcl er..... 31
guanidine hcl 15
H
halobetasol propionate..... 40
haloperidol 113
haloperidol decanoate..... 113
haloperidol lactate 113
HARVONI..... 118
HAVRIX..... 55
heparin sodium (porcine)..... 130
HEPATAMINE 125

HETLIOZ 62
HIBERIX 55
HUMALOG 134
HUMALOG KWIKPEN 134
HUMALOG MIX 50/50 134
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN 134
HUMALOG MIX 75/25 134
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN 134
HUMIRA 53
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START 52, 53
HUMIRA PEN 53
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER 53
HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS START 53
HUMULIN 70/30 135
HUMULIN 70/30 KWIKPEN 135
HUMULIN N 135
HUMULIN N KWIKPEN 135
HUMULIN R 135
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) 135
HUMULIN R U-500 KWIKPEN 135
hydralazine hcl 29
hydrochlorothiazide 27
hydrocodone-acetaminophen . 79
hydrocodone-ibuprofen 79
hydrocortisone 15, 40, 41, 68
hydrocortisone butyrate 40
hydrocortisone valerate 41
hydrocortisone-acetic acid 61
hydromorphone hcl 77
hydromorphone hcl pf 78
hydroxychloroquine sulfate .. 112
hydroxyurea 105
I
ibandronate sodium 69
IBRANCE 106
IBU 13, 80
ibuprofen 13, 80
icatibant acetate 51
ICLUSIG 109
IDHIFA 106
ILEVRO 59
imatinib mesylate 109
IMBRUVICA 109
imipenem-cilastatin 87
imipramine hcl 100
imipramine pamoate 100
imiquimod 33
IMOVAX RABIES 55
INCASSIA 43
INCRELEX 48
INCRUSE ELLIPTA 69, 74
indapamide 27
INFANRIX 55
INLYTA 109
INTELENCE 121
INTRALIPID 125
INTRON A 117, 118
INTROVALE 43
INVEGA SUSTENNA 115
INVEGA TRINZA 115
INVIRASE 120
IONOSOL-MB IN D5W 125
IPOL 55
ipratropium bromide 74
ipratropium-albuterol 71
irbesartan 23
irbesartan-hydrochlorothiazide 22, 27
IRESSA 109
ISENTRESS 119
ISENTRESS HD 119
ISIBLOOM 43
ISOLYTE-P IN D5W 125
ISOLYTE-S 127
isoniazid 103
isosorbide dinitrate 28
isosorbide dinitrate er 28
isosorbide mononitrate 28
isosorbide mononitrate er 28
isotretinoin 33
isradipine 19
itraconazole 102
ivermectin 112
IXIARO 55
J
JAKAFI 109
JANTOVEN 130
JANUMET 136
JANUMET XR 136
JANUVIA 132
JARDIANCE 132
JENTADUETO 132, 136
JENTADUETO XR 132, 136
JULUCA 122
JUNEL 1.5/30 43
JUNEL 1/20 43
JUNEL FE 1.5/30 43
JUNEL FE 1/20 43
JUXTAPID 26
K
KALETRA 120
KALYDECO 70
KARIVA 43
kcl in dextrose-nacl 125
KELNOR 1/35 43
KELNOR 1/50 43
ketoconazole 102
ketoprofen 80
ketorolac tromethamine 59
KINRIX 55
KIONEX 127
KISQALI (200 MG DOSE) .. 107
KISQALI (400 MG DOSE) .. 107
KISQALI (600 MG DOSE) .. 107
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) 107
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) 107
KISQALI FEMARA(200 MG DOSE) 107
KLOR-CON 127, 128
KLOR-CON 10 ..... 127, 128
KLOR-CON M10 ..... 127, 128
KLOR-CON M15 ..... 127, 128
KLOR-CON M20 ..... 127, 128
KLOR-CON SPRINKLE 127, 128
KORLYM 134
KURVELO 43
KUVAN 124
L
labetalol hcl 18
lactulose 36
lamivudine 117, 122
lamivudine-zidovudine 122
lamotrigine 17, 92, 95
lamotrigine er 17, 95
lamotrigine starter kit-blue 17, 95
lamotrigine starter kit-green .. 17, 95
lamotrigine starter kit-orange 17, 95

lansoprazole....36
lanthanum carbonate....38
LANTUS....135
LANTUS SOLOSTAR....135
LARIN 1.5/30....43
LARIN 1/20....43
LARIN FE 1.5/30....43
LARIN FE 1/20....43
LASTACAFT....57
latanoprost....60
LATUDA....115
LEENA....43
leflunomide....51
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE)....109
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE)....109
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE)....109
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE)....109
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE)....109
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE)....109
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE)....110
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE)....110
LESSINA....44
letrozole....106
leucovorin calcium....105, 111
LEUKERAN....104
leuprolide acetate....49
levalbuterol hcl....75
levalbuterol tartrate....75
LEVEMIR....135
LEVEMIR FLEXTOUCH....135
levetiracetam....96
levetiracetam er....96
levobunolol hcl....58
levocarnitine....125
levocetirizine dihydrochloride 72
levofloxacin....90
levofloxacin in d5w....90
LEVONEST....44
levonorgest-eth estrad 91-day 44
levonorgestrel-ethinyl estrad..44
LEVORA 0.15/30 (28)....44
LEVO-T....48
levothyroxine sodium....49
LEVOXYL....49
LEXIVA....120
lidocaine....81
lidocaine hcl....81
lidocaine hcl urethral/mucosal 81
lidocaine viscous hcl....81
lidocaine-prilocaine....81
lindane....112
linezolid....84
LINZESS....35
liothyronine sodium....49
lisinopril....28
lisinopril-hydrochlorothiazide 22
lithium....17
lithium carbonate....17
lithium carbonate er....17
LONSURF....105
loperamide hcl....34
lopinavir-ritonavir....120
lorazepam....82, 92
LORBRENA....110
LORCET....79
LORCET HD....79
LORCET PLUS....79
LORYNA....44
losartan potassium....23
losartan potassium-hctz....22
LOTEMAX....59
LOTEMAX SM....59
loteprednol etabonate....59
lovastatin....25
LOW-OGESTREL....44
loxapine succinate....113
LUMIGAN....60
LUPANETA PACK....50
LUPRON DEPOT (1-MONTH)....50
LUPRON DEPOT (3-MONTH)....50
LUPRON DEPOT (4-MONTH)....50
LUPRON DEPOT (6-MONTH)....50
LUTERA....44
LYNPARZA....106
LYRICA CR....29, 94
LYSODREN....49
LYZA....47

M

magnesium sulfate....127
malathion....112
maprotiline hcl....97
marlissa....44, 47
MARPLAN....98
MATULANE....104
MAVYRET....118
MAXIDEX....59
meclizine hcl....100
medroxyprogesterone acetate .47
mefloquine hcl....112
megestrol acetate....47
MEKINIST....110
MEKTOVI....110
meloxicam....13, 80
memantine hcl....12
memantine hcl er....12
MENACTRA....55
MENEST....47
MENVEO....55
meperidine hcl....77
mercaptopurine....53
meropenem....87
mesalamine....35, 67
MESNEX....106
METADATE ER....31
metformin hcl....132
metformin hcl er....132
methadone hcl....78
methazolamide....27, 58
methenamine hippurate....84
methimazole....51
methotrexate....53
methotrexate sodium....53
methotrexate sodium (pf)....53
methoxsalen rapid....33
methyclothiazide....27
methylphenidate hcl....31
methylphenidate hcl er....31
methylprednisolone....15, 41, 68
metoclopramide hcl....34, 100
metolazone....27
metoprolol succinate er....18
metoprolol tartrate....18
metoprolol-hydrochlorothiazide....22
metronidazole....84, 85
metronidazole in nacl....84
mexiletine hcl....24

MICROGESTIN 1.5/30 44
MICROGESTIN 1/20 44
MICROGESTIN FE 1.5/30....44
MICROGESTIN FE 1/20.....44
midodrine hcl.....23
MIGERGOT.....65
miglitol 132
miglustat.....124
minocycline hcl 61, 91
minoxidil 29
mirtazapine.....97
misoprostol.....36, 48
M-M-R II.....55
modafinil 62
moexipril hcl 28
molindone hcl.....113
mometasone furoate 41
montelukast sodium.....73, 74
morphine sulfate.....77, 79
morphine sulfate (concentrate) 77, 78
morphine sulfate (pf).....77
morphine sulfate er.....78
morphine sulfate er beads.....78
MOVANTIK 34
MOXEZA.....91
moxifloxacin hcl.....91
MULTAQ.....24
mupirocin 85
mupirocin calcium.....85
MYCAMINE.....102
mycophenolate mofetil.....53, 54
mycophenolate sodium.....54
MYORISAN.....33
MYRBETRIQ 37
N
nabumetone 13, 80
nadolol.....18
nafcillin sodium.....88
naloxone hcl 62
naltrexone hcl 63
naproxen.....13, 14, 80, 81
naproxen dr.....13, 80
naproxen sodium 14, 81
naratriptan hcl.....64
NARCAN.....62
NATACYN 102
nateglinide 132
NATPARA.....69
NEBUPENT.....112
NECON 0.5/35 (28) 44
nefazodone hcl.....97
neomycin sulfate.....83
neomycin-bacitracin zn-polymyx.....60
neomycin-polymyxin-dexameth 60
neomycin-polymyxin-gramicidin.....60
neomycin-polymyxin-hc ..60, 61
NEORAL.....54
NEPHRAMINE.....126
NERLYNX.....110
NEUPOGEN 130
NEUPRO.....66
nevirapine 121
nevirapine er.....121
NEXAVAR 110
niacin er (antihyperlipidemic) 26
NIACOR.....26
nicardipine hcl 19
NICOTROL.....63
NICOTROL NS.....63
nifedipine er.....19
nifedipine er osmotic release..19
NIKKI.....44
nilutamide.....104
nimodipine.....20
NINLARO.....106
nisoldipine er 20
NITRO-BID.....28
NITRO-DUR 29
nitrofurantoin macrocrystal 85
nitrofurantoin monohyd macro 85
nitroglycerin 29
NIVESTYM 130, 131
nizatidine 35
NORA-BE 44
NORDITROPIN FLEXPRO..48
norethindrone.....47
norethindrone acetate 47
NORLYROC.....44
NORMOSOL-M IN D5W....126
NORMOSOL-R IN D5W.....126
NORMOSOL-R PH 7.4 127
NORTHERA 23
NORTREL 0.5/35 (28).....44
NORTREL 1/35 (21).....44
NORTREL 1/35 (28).....44
NORTREL 7/7/7 44
nortriptyline hcl 100
NORVIR.....120
NOXAFIL.....102
NUBEQA 104
NUCALA 71
NUEDEXTA 29
NULYTELY WITH FLAVOR PACKS.....36
NUPLAZID 115
nutrilipid 126
NUVARING.....45
NYAMYC 103
nystatin 103
nystatin-triamcinolone.....33
NYSTOP.....103
O
OCELLA 45
octreotide acetate 50
ODEFSEY 122
ODOMZO.....110
OFEV.....70, 71, 110
ofloxacin 91
olanzapine.....16, 115, 116
olanzapine-fluoxetine hcl 97
olmesartan medoxomil 24
olmesartan medoxomil-hctz ..22, 24
olmesartan-amlodipine-hctz ...22
olopatadine hcl.....57, 72
omega-3-acid ethyl esters.....26
omeprazole 36
ondansetron.....101
ondansetron hcl.....101
OPSUMIT.....72
ORFADIN 124
ORKAMBI 70
ORSYTHIA.....45
oseltamivir phosphate.....123
OSPHENA.....46
oxacillin sodium 88
oxandrolone 46
oxaprozin 14, 81
oxcarbazepine 93
oxybutynin chloride.....38
oxybutynin chloride er.....38
oxycodone hcl.....77
oxycodone-acetaminophen.....79
P
paliperidone er.....116

PANRETIN 111
pantoprazole sodium 36
paricalcitol 69
paromomycin sulfate 83
paroxetine hcl 82, 99
paroxetine hcl er 82, 99
PASER 103
PAXIL 82, 99
PAZEO 57
PEDIARIX 56
PEDVAX HIB 56
peg 3350/electrolytes 36
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl ... 36
peg-3350/electrolytes 36
PEGANONE 93
PEGASYS 118
penicillin g pot in dextrose 88
penicillin g potassium 88
penicillin g procaine 88
penicillin g sodium 89
penicillin v potassium 89
PENTAM 112
pentoxifylline er 20
PERFOROMIST 75
perindopril erbumine 28
permethrin 112
perphenazine 100, 113
perphenazine-amitriptyline 97
PERSERIS 16, 116
PHENADOZ 100
phenelzine sulfate 98
phenobarbital 92
PHENYTEK 94
phenytoin 94
phenytoin sodium extended 94
PHOSPHOLINE IODIDE 58
PIFELTRO 121
pilocarpine hcl 58, 61
pimozide 113
PIMTREA 45
pindolol 18
pioglitazone hcl 132
pioglitazone hcl-glimepiride 136
pioglitazone hcl-metformin hcl 136
piperacillin sod-tazobactam so89
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) 107
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) 107
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) 107
PIRMELLA 1/35 45
piroxicam 14, 81
PLASMA-LYTE 148 127
PLASMA-LYTE A 127
podofilox 33
polymyxin b sulfate 85
polymyxin b-trimethoprim 60
POMALYST 104
PORTIA-28 45
potassium chloride 128
potassium chloride crys er ... 127, 128
potassium chloride er 128
potassium chloride in dextrose 126
potassium chloride in nacl 128
potassium citrate er 37
PRADAXA 130
PRALUENT 26
pramipexole dihydrochloride . 66
pramipexole dihydrochloride er 66
prasugrel hcl 129
pravastatin sodium 25
praziquantel 112
prazosin hcl 23, 37
prednisolone 15
prednisolone acetate ... 15, 59, 68
prednisolone sodium phosphate 15, 41, 59, 68
prednisone 15
PREDNISONE INTENSOL ... 15
preferred plus insulin syringe 135
pregabalin 30, 94
PREMARIN 47
PREMASOL 126
PREMPRO 45
prenatal 126
PREVALITE 26
PREVIFEM 45
PREVYMIS 117
PREZCOBIX 120
PREZISTA 120
PRIFTIN 103
primaquine phosphate 112
primidone 92
PRIVIGEN 51
probenecid 13
PROCALAMINE 126
prochlorperazine 100
prochlorperazine maleate 100, 113
PROCTO-PAK 41
PROCTOSOL HC 68
PROCTOZONE-HC 34, 41
progesterone micronized 47
PROGLYCEM 134
PROGRAF 54
PROLASTIN-C 69
PROLIA 69
PROMACTA 131
promethazine hcl 72, 100
propafenone hcl 24
propafenone hcl er 24
proparacaine hcl 59
propranolol hcl 18, 19
propranolol hcl er 18
propranolol-hctz 22
propylthiouracil 51
PROQUAD 56
PROSOL 126
protriptyline hcl 100
PULMICORT FLEXHALER . 73
PULMOZYME 70, 71
PURIXAN 105
pyrazinamide 103
pyridostigmine bromide 15
pyridostigmine bromide er 15

Q

QUADRACEL 56
quetiapine fumarate .. 16, 97, 116
quetiapine fumarate er 16, 97, 116
quinapril hcl 28
quinapril-hydrochlorothiazide 22
quinidine gluconate er 24
quinidine sulfate 24
quinine sulfate 112

R

RABAVERT 56
raloxifene hcl 46
ramelteon 62
ramipril 28
ranitidine hcl 35
ranolazine er 20
rasagiline mesylate 67
RAVICTI 124

REBETOL.....117, 118
RECLIPSEN.....45
RECOMBIVAX HB 56
RECTIV 29
REGRANEX.....33
RELENZA DISKHALER....123
RELI-ON INSULIN SYRINGE 135
RELISTOR.....34
repaglinide.....133
repaglinide-metformin hcl....136
REPATHA 26
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM.....26
REPATHA SURECLICK.....26
RESCRIPTOR.....121
RESTASIS 59
RETACRIT 131
REVATIO 72
REVLIMID 104, 105
REXULTI.....116
REYATAZ.....120
RIBASPHERE 117, 118, 119
ribavirin.....117, 119
rifabutin.....103
rifampin.....104
RIFATER 104
riluzole.....29
rimantadine hcl.....123
risedronate sodium 69
RISPERDAL CONSTA.16, 116
risperidone.....16, 116
ritonavir.....121
rivastigmine.....12
rivastigmine tartrate.....12
rizatriptan benzoate 64
ropinirole hcl 66
ropinirole hcl er 66
rosuvastatin calcium.....25
ROTARIX.....56
ROTATEQ 56
ROWEEPRA 96
ROWEEPRA XR 96
RUBRACA.....106
RYDAPT.....110
S
SANDIMMUNE 54
SANTYL.....33
SAPHRIS 16, 116
SAVELLA.....30
SAVELLA TITRATION PACK 30
scopolamine.....100
selegiline hcl.....67
selenium sulfide.....33
SELZENTRY 123
SEREVENT DISKUS 76
sertraline hcl 82, 99
sevelamer carbonate 38
SHAROBEL.....45
SHINGRIX.....56
SIGNIFOR.....50
sildenafil citrate 72
SILENOR 81, 100
silver sulfadiazine.....91
SIMBRINZA 58
simvastatin.....25
sirolimus 54
SIRTURO.....104
SIVEXTRO 85
sodium chloride 128
sodium fluoride.....128
sodium phenylbutyrate ...37, 124
sodium polystyrene sulfonate 127
solifenacin succinate.....38
SOLTAMOX.....111
SOMATULINE DEPOT 50
SOMAVERT 50
SORINE 24
sotalol hcl 24, 25
sotalol hcl (af).....24
SPIRIVA HANDIHALER 74
SPIRIVA RESPIMAT.....74
spironolactone 27
spironolactone-hctz 22
SPRINTEC 28 45
SPRITAM.....96
SPRYCEL 110
SPS 127
SRONYX.....45
SSD 91
stavudine.....122
STELARA 33
STIOLTO RESPIMAT.....70
STIVARGA.....110
streptomycin sulfate 83
STRIBILD.....120
SUCRAID 124
sucralfate 36
sulfacetamide sodium .59, 60, 91
sulfacetamide-prednisolone...15, 60
sulfadiazine.....91
sulfamethoxazole-trimethoprim 91
SULFAMYLON.....85
sulfasalazine 68
sulindac.....14, 81
sumatriptan 64
sumatriptan succinate 64
sumatriptan succinate refill.....64
SUPRAX 87
SUPREP BOWEL PREP KIT 128
SUTENT.....110
SYLATRON.....105, 119
SYMBICORT.....71
SYMFI.....122
SYMFI LO.....122
SYMLINPEN 120 133
SYMLINPEN 60 133
SYMPAZAN 92
SYMTUZA.....120
SYNAREL.....50
SYNJARDY 133
SYNJARDY XR.....133
SYNRIBO.....105
SYNTHROID 49
T
TABLOID.....105
tacrolimus 33, 54
tadalafil (pah).....72
TAFINLAR 110
TAGRISSO.....110
TALZENNA.....106
TAMIFLU 123
tamoxifen citrate.....111
tamsulosin hcl.....37
TARGRETIN 111
TARINA FE 1/20 45
TASIGNA.....110
tazarotene.....34
TAZORAC 34
TAZTIA XT.....20
TDVAX 56
TECFIDERA 32
TEFLARO 87
TEGRETOL 17, 94
TEGRETOL-XR.....18, 94

telmisartan 24
telmisartan-hctz 22
temazepam..... 62
TENIVAC 56
tenofovir disoproxil fumarate 118, 122
terazosin hcl..... 23, 37
terbinafine hcl..... 103
terbutaline sulfate 76
terconazole 103
testosterone..... 46
testosterone cypionate 46
testosterone enanthate 46
tetrabenazine..... 29
tetracycline hcl 92
THALOMID..... 104
THEO-24 76
theophylline..... 76
theophylline er..... 76
thioridazine hcl..... 113
thiothixene..... 113
tiagabine hcl 93
TIBSOVO..... 107
tigecycline 85
timolol maleate..... 19, 58, 65
TIVICAY 120
tizanidine hcl 137
TOBRADEX 83
tobramycin..... 83
tobramycin sulfate 83
tobramycin-dexamethasone.... 60
TOBREX..... 83
tolbutamide..... 133
tolterodine tartrate 38
tolterodine tartrate er 38
topiramate..... 65, 95
topiramate er..... 95
toremifene citrate..... 111
torsemide 27
TOUJEO MAX SOLOSTAR 135
TOUJEO SOLOSTAR 135
TPN ELECTROLYTES..... 126
TRADJENTA..... 133
tramadol hcl..... 77
tramadol-acetaminophen 80
trandolapril 28
tranexamic acid 129
tranylcypromine sulfate..... 98
TRAVASOL..... 126
TRAVATAN Z..... 60
trazodone hcl 97
TRECATOR..... 104
TRELSTAR MIXJECT..... 50
TRESIBA 136
TRESIBA FLEXTOUCH..... 136
tretinoin 34, 111
triamcinolone acetonide ... 41, 61
triamterene-hctz..... 22
TRIDERM 41
trientine hcl..... 127
trifluoperazine hcl..... 113
trifluridine..... 119
trihexyphenidyl hcl..... 66
TRI-LEGEST FE..... 45
TRILYTE 36
trimethoprim..... 85
trimipramine maleate..... 100
TRINTELLIX..... 99
TRI-PREVIFEM 45
TRI-SPRINTEC 45
TRIUMEQ..... 123
TRIVORA (28)..... 45
TROPHAMINE..... 126
trospium chloride..... 38
TRULICITY..... 133
TRUMENBA..... 56
TRUVADA 122
TURALIO 110
TWINRIX..... 56
TYBOST 123
TYKERB 110
TYPHIM VI 56
U
UNITHROID 49
UPTRAVI..... 20, 21
ursodiol..... 34
V
valacyclovir hcl 119
VALCHLOR 34, 104
valganciclovir hcl 117
valproic acid 18, 65, 93
valsartan..... 24
valsartan-hydrochlorothiazide 22
vancomycin hcl..... 85
VANDAZOLE 85
VAQTA 56
VARIVAX..... 57
VARIZIG..... 57
VASCEPA..... 26
VELIVET 45
VEMLIDY..... 118
VENCLEXTA 106
VENCLEXTA STARTING PACK 106
venlafaxine hcl..... 83, 99
venlafaxine hcl er 82, 99
VENTAVIS 72
verapamil hcl 20
verapamil hcl er 20
VERSACLOZ..... 114
VERZENIO 107
VICTOZA..... 133
VIDEX..... 122
VIDEX EC..... 122
vigabatrin..... 93
VIGADRONE 93
VIIBRYD 99
VIIBRYD STARTER PACK . 99
VIMPAT..... 94
VIRACEPT..... 121
VIREAD 118, 122, 123
VITRAKVI..... 107
VIZIMPRO..... 111
voriconazole 103
VOSEVI 118
VOTRIENT 111
VRAYLAR..... 16, 116, 117
VYFEMLA..... 45
W
warfarin sodium..... 130
X
XALKORI 111
XARELTO 130
XARELTO STARTER PACK 130
XATMEP..... 54
XELJANZ..... 54
XELJANZ XR 54
XGEVA 69
XIFAXAN 35, 85
XIGDUO XR..... 133
XOLAIR 71
XOSPATA..... 107
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) 105
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) 105
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 105

XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) 105
XTANDI 104
XURIDEN 124
XYREM 62
Y
YF-VAX 57
YONSA 105
Z
zafirlukast 74
zaleplon 62
ZEJULA 106
ZELBORAF 111
ZEMAIRA 70
ZENATANE 34
ZENPEP 124
ZEPATIER 118, 119
zidovudine 123
ziprasidone hcl 16, 117
ZIRGAN 117
ZOLINZA 103, 107
zolmitriptan 64, 65
zolpidem tartrate 62
zolpidem tartrate er 62
zonisamide 94
ZORTRESS 54
ZOSTAVAX 57
ZOVIA 1/35E (28) 46
ZYDELIG 107
ZYKADIA 111
ZYTIGA 105

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