Medicare y Mucho Más

MMM ELA Relax (HMO POS)

MMM ELA Advantage (PPO)

MMM ELA Premium (HMO POS)

Formulario 2019
(Lista de Medicamentos Cubiertos)

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

HPMS ID 19524, Versión # 19

Este formulario fue actualizado el 22 de octubre de 2019. Para información más reciente, o para otras preguntas, por favor, comuníquese con Servicios al Afiliado de MMM Healthcare, LLC al 787-620-2397 (Áarea Metro), 1-866-333-5470 (libre de cargos), o usuarios de TTY deben llamar al 1-866-333-5469, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., o visite www.mmmpr.com.

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

Cuando esta lista de medicamentos (formulario) se refiere a "nosotros" o "nuestro", significa MMM Healthcare, LLC. Cuando se refiere a "el plan" o "nuestro plan", significa MMM ELA Relax / MMM ELA Advantage / MMM ELA Premium.

Este documento incluye una lista de los medicamentos (formulario) cubiertos por el plan que está actualizado al 22 de octubre de 2019. Para una versión actualizada del formulario, por favor comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, al igual que la fecha en que este formulario fue actualizado, aparecen en la portada y contraportada.

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

¿Qué es el Formulario de Medicare y Mucho Más?

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

¿Puede cambiar el Formulario (lista de medicamentos)?

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

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

en el momento en que el afiliado solicita una repetición del medicamento, en cuyo momento el afiliado recibirá un suministro de un mes del medicamento.

El formulario adjunto es vigente a partir del enero 1, 2019. Para información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por nuestro plan, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en la portada y contraportada de este formulario. En caso de cambios al formulario que no sean de mantenimiento que ocurran a mitad de año, se les notificará a todos los afiliados afectados por correo (por lo menos 60 días antes de que el cambio sea efectivo). Además, una versión actualizada de nuestro formulario impreso será actualizado la primera semana del mes de efectividad y se publicará en nuestro portal de Internet www.mmmpr.com.

¿Cómo utilizo el Formulario?

Hay dos maneras de encontrar su medicamento en el formulario:

Condición médica

El formulario comienza en la página 12. En este formulario, los medicamentos están agrupados por categoría según el tipo de condición médica que tratan. Por ejemplo, los medicamentos que se utilizan para tratar una condición cardíaca aparecen listados bajo la categoría "Agentes Cardiovasculares". Si usted sabe para qué se usa su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página 10. Luego, busque el nombre del medicamento dentro de esa categoría.

Listado alfabético

Si no está seguro de la categoría en la que debe realizar su búsqueda, busque su medicamento en el índice que comienza en la página 168. El índice ofrece una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. En el índice aparecen tanto los medicamentos de marca como los medicamentos genéricos. Vea el índice y busque su medicamento. Junto al medicamento verá el número de la página en la que podrá encontrar información sobre la cubierta. Vaya a la página que se indica en el índice y busque el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

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

¿Existe alguna restricción en mi cubierta?

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

- **Preautorización:** Nuestro plan exige que el afiliado o su médico obtenga preautorización para ciertos medicamentos. Esto significa que necesitará la aprobación de nuestro plan antes de adquirir la receta. Si no obtiene la aprobación del plan, es posible que nuestro plan no cubra el medicamento.

- **Límites de cantidad:** Para ciertos medicamentos, nuestro plan limita la cantidad del medicamento cubierto. Por ejemplo, nuestro plan establece la cantidad de 30 tabletas por receta para *irbesartan*. Esto puede ser adicional a un suplido regular para un (1) mes o tres (3) meses.

- **Terapia escalonada:** En ciertos casos, nuestro plan exige que se trate primero la condición médica con ciertos medicamentos antes de cubrir otro medicamento para esa condición. Por ejemplo, si el

Medicamento A y el Medicamento B se usan para tratar su condición médica en particular, es posible que nuestro plan no cubra el Medicamento B, a menos que primero utilice el Medicamento A. Si el Medicamento A no funciona en su caso, nuestro plan cubrirá el Medicamento B.

Usted puede verificar si su medicamento tiene algún requisito o límite adicional, consultando el formulario que empieza en la página 12. También puede obtener información adicional sobre las restricciones que se aplican a medicamentos específicos cubiertos en su formulario, visitando nuestra página de Internet. Publicamos documentos en Internet que explican nuestras restricciones de preautorización y terapia escalonada. También nos puede solicitar que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, al igual que la fecha en que este formulario fue actualizado, aparece en la portada y contraportada.

Usted puede solicitar que nuestro plan haga una excepción a estas restricciones o límites, o que le facilite una lista de medicamentos similares que puedan tratar su condición de salud. Consulte la sección: "¿Cómo solicito una excepción al Formulario de Medicare y Mucho Más?" en la página 4, para información sobre cómo puede solicitar una excepción.

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

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

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

- Puede pedirle a Servicios al Afiliado una lista de medicamentos similares cubiertos por nuestro plan. Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y solicite que le recete un medicamento que esté cubierto por nuestro plan.

- Puede solicitar a nuestro plan que haga una excepción y le cubra el medicamento. Consulte la información a continuación para saber cómo solicitar una excepción.

¿Cómo solicito una excepción al Formulario de Medicare y Mucho Más?

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

- Puede solicitar que cubramos su medicamento, aun cuando no aparezca en nuestro formulario. Si es aprobado, el medicamento será cubierto al nivel de costo compartido predeterminado, y usted no podrá solicitar que se provea el medicamento a un nivel de costo compartido menor.

- Puede solicitar que cubramos su medicamento a un nivel menor de costo compartido, si el medicamento no está en el nivel de especialidad. Si es aprobado, esto bajará la cantidad que usted debe pagar por su medicamento.

- Puede solicitar que no apliquemos las restricciones o límites de cubierta para su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, nuestro plan limita la cantidad del medicamento que cubrirá. Si el medicamento tiene un límite de cantidad, puede solicitar que no apliquemos el límite y le proporcionemos una cantidad mayor.

Generalmente, nuestro plan sólo aprobará la solicitud de excepción si los medicamentos alternos incluidos en el formulario, el medicamento del nivel de costo compartido más bajo o las restricciones adicionales de uso serán igualmente efectivos para el tratamiento de la condición o le pudieran causar efectos clínicos adversos.

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

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

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

Para cada uno de sus medicamentos que no esté en nuestro formulario o si su capacidad para obtenerlo es limitada, nosotros cubriremos un suplido temporal de 30 días. Si su receta esta prescrita para menos días, permitiremos repeticiones hasta un máximo de 30 días de suplido del medicamento. Después de su primer suplido de 30 días, no pagaremos por esos medicamentos, aunque usted haya sido afiliado del plan por menos de 90 días.

Si usted es residente de una facilidad de cuidado prolongado y necesita un medicamento que no está en nuestro formulario o si su capacidad para obtener sus medicamentos es limitada, pero ya pasaron los primeros 90 días de membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de ese medicamento mientras solicita una excepción al formulario.

Para aquellos afiliados que son dados de alta de un hospital o de una facilidad de cuidado a sus hogares, o si su capacidad para obtener medicamentos es limitada, nuestro plan proveerá un suplido temporal de 30 días de medicamentos que no están en nuestro formulario, mientras le pide a su médico que le recete un medicamento similar que esté cubierto por nuestro plan.

Para más información

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

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

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

Formulario de MMM ELA Relax / MMM ELA Advantage / MMM ELA Premium.

El formulario a continuación ofrece información sobre la cubierta de los medicamentos cubiertos por nuestro plan. Si tiene dificultad para localizar un medicamento en la lista, consulte el índice que comienza en la página 168.

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

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

Estructura de niveles

Antes de que el costo total anual de medicamentos (pagados tanto por usted como por nuestro plan) alcance los $3,820.00, 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 ELA Relax (HMO POS)	1	Genérico Preferido	$0.00	$0.00	$0.00
	2	Genérico	$0.00	$0.00	$0.00
	3	Marca Preferida	$5.00	$10.00	$10.00
	4	Marca No Preferida	$10.00	$20.00	$20.00
	5	Especialidad	25%	No Cubierto	No Cubierto

Luego de que su costo total anual en medicamentos alcance $3,820.00, 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 37% del costo del plan por medicamentos genéricos hasta que su costo de bolsillo anual por medicamentos alcance $5,100.00.

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

	Nivel	Medicamento	Copago por cantidad al detal (30 días)	Copago por cantidad al detal (90 días)
MMM ELA Relax (HMO POS)	1	Genérico Preferido	37% or $5.00	37% or $10.00
	2	Genérico	37% or $5.00	37% or $10.00
	3	Marca Preferida	25% or $ 20.00	25% or $ 40.00
	4	Marca No Preferida	25% or $35.00	25% or $70.00
	5	Especialidad	25%	No Cubierto

Luego de que los costos totales de su bolsillo alcancen los $5,100.00 en el año, usted pagará la cantidad mayor entre:

- 5% de coaseguro, o
- $3.40 por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) y $8.50 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 $3,820.00, 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 ELA Advantage (PPO)	1	Genérico Preferido	$0.00	$0.00	$0.00
	2	Genérico	$5.00	$10.00	$10.00
	3	Marca Preferida	$10.00	$20.00	$20.00
	4	Marca No Preferida	$18.00	$36.00	$36.00
	5	Especialidad	25%	No Cubierto	No Cubierto

Luego de que su costo total anual en medicamentos alcance $3,820.00, 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 37% del costo del plan por medicamentos genéricos hasta que su costo de bolsillo anual por medicamentos alcance $5,100.00.

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

	Nivel	Medicamento	Copago por cantidad al detal (30 días)	Copago por cantidad al detal (90 días)
MMM ELA Advantage (PPO)	1	Genérico Preferido	37% o $3.00	37% or $6.00
	2	Genérico	37% o $7.00	37% or $14.00
	3	Marca Preferida	25%	25%
	4	Marca No Preferida	25%	25%
	5	Especialidad	25%	No Cubierto

Luego de que los costos totales de su bolsillo alcancen los $5,100.00 en el año, usted pagará la cantidad mayor entre:

- 5% de coaseguro, o
- $3.40 por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) y $8.50 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 $3,820.00, 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 ELA Premium (HMO POS)	1	Genérico Preferido	$0.00	$0.00	$0.00
	2	Genérico	$0.00	$0.00	$0.00
	3	Marca Preferida	$3.00	$6.00	$6.00
	4	Marca No Preferida	$6.00	$12.00	$12.00
	5	Especialidad	20%	No Cubierto	No Cubierto

Luego de que su costo total anual en medicamentos alcance $3,820.00, 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 37% del costo del plan por medicamentos genéricos hasta que su costo de bolsillo anual por medicamentos alcance $5,100.00.

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

	Nivel	Medicamento	Copago por cantidad al detal (30 días)	Copago por cantidad al detal (90 días)
MMM ELA Premium (HMO POS)	1	Genérico Preferido	37% o $5.00	37% or $10.00
	2	Genérico	37% o $5.00	37% or $10.00
	3	Marca Preferida	25% o $20.00	25% o $40.00
	4	Marca No Preferida	25% o $35.00	25% o $70.00
	5	Especialidad	25%	No Cubierto

Luego de que los costos totales de su bolsillo alcancen los $5,100.00 en el año, usted pagará la cantidad mayor entre:

- 5% de coaseguro, o
- $3.40 por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) y $8.50 por todos los demás medicamentos

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

Símbolos y abreviaturas utilizadas en el Formulario

PA - medicamentos que requieren preautorización
QL (##/##) - medicamentos con límite de cantidad; la cantidad en paréntesis especifica la cantidad límite que le podemos suplir en el número máximo autorizado de días.
ST - terapia escalonada
LA - medicamentos con acceso limitado (ej. Medicamentos de especialidad)
MT - medicamentos de mantenimiento (ej. suplido de 90 días - farmacias contratadas y envío por correo)
CG - medicamentos cubiertos durante su brecha de cubierta
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Tabla de Contenido

Agentes Antidemencia 11
Agentes Antigota 11
Agentes Antiinflamatorios 12
Agentes Antimiasténicos 15
Agentes Bipolares 15
Agentes Cardiovasculares 18
Agentes Del Sistema Nervioso Central 32
Agentes Dermatológicos 35
Agentes Gastrointestinales 38
Agentes Genitourinarios 41
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Adrenal) 44
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Modificadores/Hormonas Sexuales) 48
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Pituitaria) 55
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Prostaglandinas) 56
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Tiroides) 56
Agentes Hormonales, Supresores (Adrenal) 57
Agentes Hormonales, Supresores (Pituitaria) 57
Agentes Hormonales, Supresores (Tiroides) 59
Agentes Inmunológicos 59
Agentes Ofálmicos 66
Agentes Orales Y Dentales 71
Agentes Oticos 71
Agentes Para El Desórden Del Sueño 72
Agentes Para El Tratamiento De Abuso De Sustancias. Anti-Adicción 73
Agentes Para El Tratamiento De La Espasticidad 74
Agentes Para El Tratamiento De La Migraña 75
Agentes Para El Tratamiento De Parkinson 77
Agentes Para La Enfermedad Inflamatoria Intestinal 79
Agentes Parala Enfermedad Metabólica Del Hueso 81
Agentes Pulmonares/ Tracto Respiratorio 83
Analgésicos 91
Anestésicos 97
Ansiolíticos 97
Antibacteriales 99
Anticonvulsivos 110
Antidepresivos 116
Antieméticos 121
Antifungales 123
Antimicobacteriales 125
Antineoplásicos 126
Antiparasíticos 135
Antisicóticos 136
Antivirales 141
Desórden Genético O Enzimático: Reemplazo, Modificadores, Tratamiento 150
Electrólitos / Minerales/ Vitaminas 151
Productos Sanguíneos / Modificadores / Expansores De Volumen 156
Reguladores De Glucosa En Sangre 159
Relajantes Musculo Esqueletales 166

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
colchicine oral capsule 0.6 mg		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
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 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	IBU	1	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
ketoprofen oral capsule 50 mg, 75 mg		2	
meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg	MOBIC	1	QL (30 EA per 30 days)
nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg		2	
naproxen dr oral tablet delayed release 375 mg	EC-NAPROSYN	2	
naproxen dr oral tablet delayed release 500 mg		2	
naproxen oral suspension 125 mg/5ml	NAPROSYN	2	
naproxen oral tablet 250 mg	NAPROSYN	1	
naproxen oral tablet 375 mg, 500 mg		1	
naproxen sodium oral tablet 275 mg		2	
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	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
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	
dexamethasone oral tablet 1 mg, 1.5 mg, 2 mg		2	
hydrocortisone oral tablet 20 mg, 5 mg	CORTEF	2	
methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml, 80 mg/ml	DEPO-MEDROL	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	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
prednisolone sodium phosphate oral solution 6.7 (5 base) mg/5ml	PEDIAPRED	2	
prednisone intensol oral concentrate 5 mg/ml		2	
prednisone oral solution 5 mg/5ml		2	
prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 50 mg		1	
prednisone oral tablet 20 mg	DELTASONE	1	
sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution 10-0.23 %		2	
triamcinolone acetonide injection suspension 40 mg/ml	KENALOG	2	
Agentes Antimiasténicos			
Parasimpatomiméticos			
guanidine hcl oral tablet 125 mg		2	CG
pyridostigmine bromide er oral tablet extended release 180 mg	MESTINON	2	CG
pyridostigmine bromide oral solution 60 mg/5ml	MESTINON	2	CG
pyridostigmine bromide oral tablet 30 mg		2	CG
pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg	MESTINON	2	CG
Agentes Bipolares			
Agentes Bipolares, Otros			
GEODON INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED 20 MG		4	PA; QL (6 EA per 3 days)
olanzapine intramuscular solution reconstituted 10 mg	ZYPREXA	2	
olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg	ZYPREXA	2	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
olanzapine oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg	ZYPREXA ZYDIS	2	MT
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.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	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
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
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; LA
lamotrigine starter kit-orange oral kit 42 x 25 mg & 7 x 100 mg	LAMICTAL STARTER	2	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
lithium carbonate er oral tablet extended release 300 mg	LITHOBID	2	MT; CG
lithium carbonate er oral tablet extended release 450 mg		2	MT; CG
lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg		1	MT; CG
lithium carbonate oral tablet 300 mg		2	MT; CG
lithium oral solution 8 meq/5ml		2	MT
TEGRETOL ORAL SUSPENSION 100 MG/5ML		4	MT
TEGRETOL ORAL TABLET 200 MG		4	MT
TEGRETOL-XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 100 MG, 200 MG, 400 MG		4	MT
valproic acid oral capsule 250 mg	DEPAKENE	2	MT; CG
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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
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
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			
afeditab cr oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg		1	MT
amlodipine besylate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	NORVASC	1	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
cartia xt oral capsule extended release 24 hour 120 mg	CARDIZEM CD	1	MT; CG
cartia xt oral capsule extended release 24 hour 180 mg, 240 mg, 300 mg	CARDIZEM CD	1	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	1	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
matzim la oral tablet extended release 24 hour 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg		2	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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 60 mg		1	MT; CG
nimodipine oral capsule 30 mg		5	
nisoldipine er oral tablet extended release 24 hour 17 mg, 34 mg, 8.5 mg	SULAR	1	MT; CG
taztia xt oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg		1	MT; CG
taztia xt oral capsule extended release 24 hour 360 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)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
digoxin oral tablet 250 mcg		2	PA
pentoxifylline er oral tablet extended release 400 mg		2	MT; CG
ranolazine er oral tablet extended release 12 hour 1000 mg, 500 mg	RANEXA	2	PA; MT; QL (60 EA per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 1000 MCG, 1200 MCG, 1400 MCG, 1600 MCG, 200 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG		5	PA; QL (60 EA per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 800 MCG		5	PA; QL (200 EA per 30 days)
Agentes Cardiovasculares			
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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg	LOTENSIN HCT	1	MT; CG
benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-6.25 mg		1	MT; CG
bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg	ZIAC	1	MT; CG
candesartan cilexetil-hctz oral tablet 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg	ATACAND HCT	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
captopril-hydrochlorothiazide oral tablet 25-15 mg, 25-25 mg, 50-15 mg, 50-25 mg		1	MT; CG
DEMSER ORAL CAPSULE 250 MG		5	
enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg	VASERETIC	1	MT; CG
enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-12.5 mg		1	MT; CG
ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg	VYTORIN	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
fosinopril sodium-hctz oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg		1	MT; CG
irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg	AVALIDE	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg	ZESTORETIC	1	MT; CG
losartan potassium-hctz oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg	HYZAAR	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
losartan potassium-hctz oral tablet 50-12.5 mg	HYZAAR	1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg		1	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 50-25 mg	LOPRESSOR HCT	1	MT; CG
moexipril-hydrochlorothiazide oral tablet 15-12.5 mg, 15-25 mg, 7.5-12.5 mg		1	MT
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 capsule 50-25 mg		1	MT
triamterene-hctz oral tablet 37.5-25 mg	MAXZIDE-25	1	MT; CG
triamterene-hctz oral tablet 75-50 mg	MAXZIDE	1	MT; CG
valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg	DIOVAN HCT	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
Agentes De Bloqueo Alfa-Adrenérgicos			
doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg	CARDURA	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
doxazosin mesylate oral tablet 8 mg	CARDURA	1	MT; CG
prazosin hcl oral capsule 1 mg	MINIPRESS	1	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

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

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	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	PACERONE	1	MT; CG
amiodarone hcl oral tablet 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)
pacerone oral tablet 100 mg, 400 mg		2	MT; CG
pacerone oral tablet 200 mg		1	MT; CG
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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
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, 80 mg		2	MT; CG
sorine oral tablet 240 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
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)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
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			
cholestyramine light oral powder 4 gm/dose	PREVALITE	2	MT; CG
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; QL (30 EA per 30 days)
JUXTAPID ORAL CAPSULE 20 MG		5	PA; QL (90 EA per 30 days)
KYNAMRO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/ML		5	PA
niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 1000 mg, 750 mg	NIASPAN	2	MT; QL (60 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
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)
prevalite oral packet 4 gm		2	MT; CG
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 420 MG/3.5ML		5	PA
REPATHA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 140 MG/ML		5	PA
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML		5	PA
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GM, 1 GM		4	MT; QL (120 EA per 30 days)
Diuréticos, Ahorradores De Potasio			
amiloride hcl oral tablet 5 mg		2	MT; CG
eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg	INSPRA	2	MT; CG
spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	ALDACTONE	1	MT; CG
Diuréticos, Asa De Henle			
bumetanide injection solution 0.25 mg/ml		2	
bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	BUMEX	2	MT; CG
furosemide injection solution 10 mg/ml		1	MT; CG
furosemide oral solution 10 mg/ml, 8 mg/ml		1	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
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
metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg		2	MT; CG
Inhibidores Convertidor De La Enzima De Angiotensina (Ace)			
benazepril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	LOTENSIN	1	MT; CG
benazepril hcl oral tablet 5 mg		1	MT; CG
captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg		1	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
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, Actúan Directo 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
minitran transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr		2	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
nitro-bid transdermal ointment 2 %		2	MT; CG
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
Vasodilatadores, Actúan Directo 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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 40 mg		2	MT; CG
LYRICA CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 165 MG, 330 MG, 82.5 MG		3	
pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 225 mg, 25 mg, 300 mg, 50 mg, 75 mg	LYRICA	2	MT
pregabalin oral solution 20 mg/ml	LYRICA	2	MT
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG		3	PA
SAVELLA TITRATION PACK ORAL 12.5 & 25 & 50 MG		3	PA
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)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 30 mg	ADDERALL	2	PA; CG; QL (60 EA per 30 days)
amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 5 mg	ADDERALL	2	PA; CG; QL (360 EA per 30 days)
amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 7.5 mg	ADDERALL	2	PA; CG; QL (240 EA per 30 days)
dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg, 5 mg	ZENZEDI	2	PA; CG
Agentes Para El Desórden De Déficit De Atención E Hiperactividad, No-Anfetaminas			
atomoxetine hcl oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg	STRATTERA	2	CG; QL (60 EA per 30 days)
atomoxetine hcl oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg	STRATTERA	2	CG; QL (30 EA per 30 days)
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)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
methylphenidate hcl oral tablet 20 mg	RITALIN	2	CG; QL (90 EA per 30 days)
Agentes Para El Tratamiento De Esclerosis Múltiple			
AUBAGIO ORAL TABLET 14 MG, 7 MG		5	PA
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)
GLATOPA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/ML		5	PA; QL (12 ML per 28 days)
Agentes Dermatológicos			
Agentes Dermatológicos			
acitretin oral capsule 10 mg, 25 mg	SORIATANE	5	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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
ammonium lactate external cream 12 %	GERI-HYDROLAC 12	2	
ammonium lactate external lotion 12 %	AL12	1	
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		4	
clotrimazole-betamethasone external cream 1-0.05 %	LOTRISONE	1	
diclofenac sodium transdermal gel 1 %	VOLTAREN	2	
doxepin hcl external cream 5 %	PRUDOXIN	2	
doxycycline hyclate oral capsule 50 mg	MORGIDOX	2	
doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg		2	
fluocinonide external cream 0.1 %	VANOS	2	
fluorouracil external cream 0.5 %		3	
fluorouracil external cream 5 %	EFUDEX	2	
fluorouracil external solution 2 %, 5 %		2	
fluticasone propionate external cream 0.05 %		2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
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		4	
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	
tacrolimus external ointment 0.03 %, 0.1 %	PROTOPIC	2	PA
tazarotene external cream 0.1 %	TAZORAC	2	PA
TAZORAC EXTERNAL CREAM 0.05 %		4	PA
tretinoin external cream 0.025 %		2	PA
tretinoin external cream 0.05 %, 0.1 %	RETIN-A	2	PA
tretinoin external gel 0.01 %	RETIN-A	2	PA
tretinoin external gel 0.025 %		2	PA
VALCHLOR EXTERNAL GEL 0.016 %		5	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
zenatane oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg		2	
zenatane oral capsule 30 mg		4	
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
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 %		4	
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 12 MG/0.6ML, 12 MG/0.6ML (0.6ML SYRINGE), 8 MG/0.4ML		5	PA
ursodiol oral capsule 300 mg	ACTIGALL	2	MT
ursodiol oral tablet 250 mg	URSO 250	2	MT
ursodiol oral tablet 500 mg	URSO FORTE	2	MT
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG		5	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
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)
budesonide oral capsule delayed release particles 3 mg	ENTOCORT EC	5	
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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
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	
scopolamine transdermal patch 72 hour 1 mg/3days	TRANSDERM SCOP (1.5 MG)	2	PA; QL (10 EA per 30 days)
Inhibidores De La Bomba De Protones			
DEXILANT ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 30 MG, 60 MG		4	QL (30 EA per 30 days)
esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 20 mg		2	CG; QL (30 EA per 30 days)
esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 40 mg	NEXIUM	2	CG; QL (30 EA per 30 days)
lansoprazole oral capsule delayed release 15 mg, 30 mg	PREVACID	1	CG; QL (30 EA per 30 days)
omeprazole oral capsule delayed release 10 mg, 40 mg		1	CG; QL (30 EA per 30 days)
omeprazole oral capsule delayed release 20 mg		1	CG; QL (60 EA per 30 days)
pantoprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg, 40 mg	PROTONIX	2	CG; QL (30 EA per 30 days)
Laxantes			
constulose oral solution 10 gm/15ml		2	
enulose oral solution 10 gm/15ml		2	
gavilyte-c oral solution reconstituted 240 gm	COLYTE WITH FLAVOR PACKS	2	
gavilyte-g oral solution reconstituted 236 gm		2	
gavilyte-h oral kit 5-210 mg-gm		2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
gavilyte-n with flavor pack oral solution reconstituted 420 gm		2	
generlac oral solution 10 gm/15ml		2	
golytely oral solution reconstituted 227.1 gm		3	
lactulose oral solution 10 gm/15ml		2	
MOVIPREP ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 100 GM		4	
nulytely with flavor packs oral solution reconstituted 420 gm		2	
peg 3350/electrolytes oral solution reconstituted 240 gm	COLYTE WITH FLAVOR PACKS	2	
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl oral solution reconstituted 420 gm		2	
peg-3350/electrolytes oral solution reconstituted 236 gm		2	
polyethylene glycol 3350 oral powder	CLEARLAX	2	
trilyte oral solution reconstituted 420 gm		2	
Protectores			
misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg	CYTOTEC	2	CG
sucralfate oral tablet 1 gm	CARAFATE	2	CG
Agentes Genitourinarios			
Agentes Genitourinarios, Otros			
bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg	URECHOLINE	2	CG
CIALIS ORAL TABLET 10 MG, 20 MG		1	ED; QL (4 EA per 30 days)
DEPEN TITRATABS ORAL TABLET 250 MG		5	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
prazosin hcl oral capsule 1 mg	MINIPRESS	1	MT; CG
prazosin hcl oral capsule 2 mg, 5 mg	MINIPRESS	2	MT; CG
tamsulosin hcl oral capsule 0.4 mg	FLOMAX	1	MT; CG
terazosin hcl oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg		1	MT; CG
Antiespasmódicos, Urinarios			
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25 MG, 50 MG		4	ST; QL (30 EA per 30 days)
oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 10 mg	DITROPAN XL	2	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 15 mg		2	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 5 mg	DITROPAN XL	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5ml		1	MT; CG
oxybutynin chloride oral tablet 5 mg		1	MT; CG
solifenacin succinate oral tablet 10 mg, 5 mg	VESICARE	2	QL (30 EA per 30 days)
tolterodine tartrate er oral capsule extended release 24 hour 2 mg, 4 mg	DETROL LA	2	QL (30 EA per 30 days)
tolterodine tartrate oral tablet 1 mg, 2 mg	DETROL	2	
trospium chloride oral tablet 20 mg		2	CG; QL (60 EA per 30 days)
Enlazadores De Fósfato			
calcium acetate (phos binder) oral capsule 667 mg	PHOSLO	2	CG
calcium acetate (phos binder) oral tablet 667 mg	CALPHRON	2	CG; QL (360 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
lanthanum carbonate oral tablet chewable 1000 mg, 500 mg, 750 mg	FOSRENOL	2	CG
sevelamer carbonate oral packet 0.8 gm	RENVELA	2	QL (540 EA per 30 days)
sevelamer carbonate oral packet 2.4 gm	RENVELA	2	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)			
ala-cort external cream 1 %		1	
ala-cort external cream 2.5 %		1	
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	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
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	
dexamethasone intensol oral concentrate 1 mg/ml		2	
dexamethasone oral elixir 0.5 mg/5ml	DECADRON	2	
dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 4 mg, 6 mg	DECADRON	2	
dexamethasone oral tablet 1 mg, 1.5 mg, 2 mg		2	
fludrocortisone acetate oral tablet 0.1 mg		2	
fluocinolone acetonide external cream 0.01 %		2	
fluocinolone acetonide external cream 0.025 %	SYNALAR	2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
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	1	
hydrocortisone butyrate external ointment 0.1 %		2	
hydrocortisone butyrate external solution 0.1 %	LOCOID	2	
hydrocortisone external cream 1 %		1	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
hydrocortisone external cream 2.5 %		1	
hydrocortisone external lotion 2.5 %		2	
hydrocortisone external ointment 1 %		1	
hydrocortisone external ointment 2.5 %		1	
hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	CORTEF	2	
hydrocortisone valerate external cream 0.2 %		2	
hydrocortisone valerate external ointment 0.2 %		2	
methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg	MEDROL	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 oral solution 15 mg/5ml		2	
prednisolone sodium phosphate oral solution 10 mg/5ml, 20 mg/5ml, 25 mg/5ml		2	
prednisolone sodium phosphate oral solution 6.7 (5 base) mg/5ml	PEDIAPRED	2	
prednisone intensol oral concentrate 5 mg/ml		2	
prednisone oral solution 5 mg/5ml		2	
prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 50 mg		1	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
prednisone oral tablet 20 mg	DELTASONE	1	
PROCTO-PAK RECTAL CREAM 1 %		4	
PROCTOZONE-HC RECTAL CREAM 2.5 %		4	
triamcinolone acetonide external cream 0.025 %		2	
triamcinolone acetonide external cream 0.1 %, 0.5 %		2	
triamcinolone acetonide external lotion 0.025 %, 0.1 %		2	
triamcinolone acetonide external ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %		2	
triderm external cream 0.1 %		2	
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Modificadores/Hormonas Sexuales)			
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Modificadores/Hormonas Sexuales)			
altavera oral tablet 0.15-30 mg-mcg		2	MT; CG
apri oral tablet 0.15-30 mg-mcg		2	MT; CG
aranelle oral tablet 0.5/1/0.5-35 mg-mcg		2	MT; CG
aubra oral tablet 0.1-20 mg-mcg		2	MT; CG
aviane oral tablet 0.1-20 mg-mcg		2	MT; CG
BALZIVA ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG		4	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
BRIELLYN ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG		4	
budesonide oral capsule delayed release particles 3 mg	ENTOCORT EC	5	
cryselle-28 oral tablet 0.3-30 mg-mcg		2	MT; CG
cyclafem 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg		2	MT; CG
cyclafem 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg		2	MT; CG
deblitane oral tablet 0.35 mg		2	MT; CG
delyla oral tablet 0.1-20 mg-mcg		2	MT; CG
desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)		2	MT; CG
desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-30 mg-mcg		2	MT; CG
drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.03 mg	OCELLA	2	MT; CG
emoquette oral tablet 0.15-30 mg-mcg	APRI	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
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
GILDAGIA ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG		4	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
incassia oral tablet 0.35 mg		2	MT; CG
INTROVALE ORAL TABLET 0.15-0.03 MG		4	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
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	INTROVALE	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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
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
mononessa oral tablet 0.25-35 mg-mcg		2	MT
necon 0.5/35 (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg		2	MT; CG
NECON 1/50 (28) ORAL TABLET 1-50 MG-MCG		2	MT
NECON 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG		2	MT
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		4	MT
nortrel 1/35 (21) oral tablet 1-35 mg-mcg		2	MT; CG
nortrel 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg		2	MT; CG
nortrel 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg		2	MT; CG
NUVARING VAGINAL RING 0.12-0.015 MG/24HR		4	
ocella oral tablet 3-0.03 mg		2	MT; CG
orsythia oral tablet 0.1-20 mg-mcg		2	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
OSPHENA ORAL TABLET 60 MG		4	
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
QUASENSE ORAL TABLET 0.15-0.03 MG		4	MT
reclipsen oral tablet 0.15-30 mg-mcg		2	MT; CG
sharobel oral tablet 0.35 mg		2	MT; CG
sprintec 28 oral tablet 0.25-35 mg-mcg		2	MT; CG
sronyx oral tablet 0.1-20 mg-mcg		2	MT; CG
tarina fe 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg		2	MT; CG
TRI-LEGEST FE ORAL TABLET 1-20/1-30/1-35 MG-MCG		4	
trinessa (28) oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg		2	MT
tri-previfem oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg		2	MT; CG
tri-sprintec oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg		2	MT; CG
trivora (28) oral tablet		2	MT; CG
VELIVET ORAL TABLET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG		4	
VESTURA ORAL TABLET 3-0.02 MG		2	MT
VYFEMLA ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG		4	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
ZENCHENT ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG		4	
zovia 1/35e (28) oral tablet 1-35 mg-mcg		2	MT; CG
Agentes Modificadores Del Receptor Selectivo De Estrógeno			
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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24hr, 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr, 0.06 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr	CLIMARA	2	PA
estradiol vaginal cream 0.1 mg/gm	ESTRACE	2	
estradiol vaginal tablet 10 mcg	VAGIFEM	2	
estradiol valerate intramuscular oil 20 mg/ml	DELESTROGEN	2	
estropipate oral tablet 0.75 mg, 1.5 mg		2	PA
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
jolivette oral tablet 0.35 mg		2	MT
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)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
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	PROMETRIUM	2	MT; CG
progesterone micronized oral capsule 200 mg	PROMETRIUM	1	MT; CG
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Pituitaria)			
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Pituitaria)			
desmopressin ace spray refrig nasal solution 0.01 %		2	
desmopressin acetate oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg	DDAVP	2	MT; CG
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/4ML		5	PA
NORDITROPIN FLEXPRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/1.5ML, 15 MG/1.5ML, 5 MG/1.5ML		5	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
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, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg		1	MT; CG
levo-t oral tablet 300 mcg		1	MT; CG
levothyroxine sodium oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg		1	MT; CG
levothyroxine sodium oral tablet 300 mcg		1	MT; CG
LEVOXYL ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG		2	MT; CG
liothyronine sodium oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg	CYTOMEL	2	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
SYNTHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG		3	MT
unithroid oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg		2	MT; CG
unithroid oral tablet 300 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)
leuprolide acetate injection kit 1 mg/0.2ml		2	PA
LUPANETA PACK COMBINATION KIT 11.25 & 5 MG		5	PA; QL (1 EA per 84 days)
LUPANETA PACK COMBINATION KIT 3.75 & 5 MG		5	PA; QL (1 EA per 28 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
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
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
SYNAREL NASAL SOLUTION 2 MG/ML		5	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 11.25 MG, 22.5 MG, 3.75 MG		5	PA
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 Inmunológicos			
leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg	ARAVA	2	CG; QL (30 EA per 30 days)
Agentes Para Angioedema			

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
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
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
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	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
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)
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)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS START SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML		5	PA; QL (2 EA per 28 days)
HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS START SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML		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 250 mg/10ml		2	PA
mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg	CELLCEPT	2	PA; MT; CG
mycophenolate mofetil oral suspension reconstituted 200 mg/ml	CELLCEPT	5	PA
mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg	CELLCEPT	2	PA; MT; CG
mycophenolate sodium oral tablet delayed release 180 mg	MYFORTIC	2	PA; MT

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
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	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
BCG VACCINE INJECTION INJECTABLE		3	
BEXSERO INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE		3	
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2.5-18.5 , 5-2.5-18.5 (0.5ML SYRINGE)		3	
DAPTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 23-15-5		3	
DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS DT INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25-5 LFU/0.5ML		3	PA
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION 10 MCG/0.5ML, 20 MCG/ML		3	PA
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION		3	
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE		3	
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	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION , INJECTION 0.5 ML		3	
MENACTRA INTRAMUSCULAR INJECTABLE		3	
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED		3	
M-M-R II SUBCUTANEOUS INJECTABLE		3	
PEDIARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION		3	
PEDVAX HIB INTRAMUSCULAR SUSPENSION 7.5 MCG/0.5ML		3	
PROQUAD SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED		3	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION		3	
RABAVERT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED		3	
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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
TENIVAC INTRAMUSCULAR INJECTABLE 5-2 LFU		3	PA
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE		3	
TWINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 720-20 ELU-MCG/ML		3	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5ML, 25 MCG/0.5ML (0.5ML SYRINGE)		3	
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5ML, 25 UNIT/0.5ML 0.5 ML, 50 UNIT/ML, 50 UNIT/ML 1 ML		3	
VARIVAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE 1350 PFU/0.5ML		3	
VARIZIG INTRAMUSCULAR SOLUTION 125 UNIT/1.2ML		3	
YF-VAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE		3	
ZOSTAVAX SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED 19400 UNT/0.65ML		3	QL (1 EA per 999 days)
Agentes Ofálmicos			
Agentes Ofálmicos Para Alergia			
azelastine hcl ophthalmic solution 0.05 %		2	
BEPREVE OPHTHALMIC SOLUTION 1.5 %		3	
cromolyn sodium ophthalmic solution 4 %		1	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
LASTACAFT OPHTHALMIC SOLUTION 0.25 %		4	
olopatadine hcl ophthalmic solution 0.2 %	PATADAY	2	
PAZEO OPHTHALMIC SOLUTION 0.7 %		3	
Agentes Ofálmicos Para Glaucoma			
acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg		2	MT; CG
ALPHAGAN P OPHTHALMIC SOLUTION 0.1 %		3	MT
AZOPT OPHTHALMIC SUSPENSION 1 %		3	MT
betaxolol hcl ophthalmic solution 0.5 %		2	MT; CG
BETOPTIC-S OPHTHALMIC SUSPENSION 0.25 %		3	MT
bimatoprost ophthalmic solution 0.03 %		2	MT; CG; QL (5 ML per 30 days)
brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.15 %	ALPHAGAN P	2	MT
brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.2 %		2	MT; CG
carteolol hcl ophthalmic solution 1 %		2	MT; CG
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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg		2	MT; CG
metipranolol ophthalmic solution 0.3 %		2	MT
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 Ofálmicos 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	
flurbiprofen sodium ophthalmic solution 0.03 %		2	
FML OPHTHALMIC OINTMENT 0.1 %		3	
ILEVRO OPHTHALMIC SUSPENSION 0.3 %		3	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
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	
NEVANAC OPHTHALMIC SUSPENSION 0.1 %		3	
prednisolone acetate ophthalmic suspension 1 %	PRED FORTE	2	
prednisolone sodium phosphate ophthalmic solution 1 %		2	
Agentes Ofálmicos, Otros			
atropine sulfate ophthalmic solution 1 %	ISOPTO ATROPINE	1	CG
CYSTARAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.44 %		5	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 Ofálmicos			
bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment 500-10000 unit/gm	POLYCIN	2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
bacitra-neomycin-polymyxin-hc ophthalmic ointment 1 %	NEO-POLYCIN HC	2	
BLEPHAMIDE S.O.P. OPHTHALMIC OINTMENT 10-0.2 %		4	
neomycin-bacitracin zn-polymyx ophthalmic ointment 5-400-10000	NEO-POLYCIN	2	
neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic ointment 3.5-10000-0.1	MAXITROL	2	
neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic suspension 3.5-10000-0.1	MAXITROL	2	
neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic solution 1.75-10000-.025		2	
neomycin-polymyxin-hc ophthalmic suspension 3.5-10000-1		2	
polymyxin b-trimethoprim ophthalmic solution 10000-0.1 unit/ml-%	POLYTRIM	2	
sulfacetamide sodium ophthalmic ointment 10 %		2	
sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution 10-0.23 %		2	
tobramycin-dexamethasone ophthalmic suspension 0.3-0.1 %	TOBRADEX	2	
Prostaglandinas Oftálmicas Y Análogos De Prostamida			
bimatoprost ophthalmic solution 0.03 %		2	MT; CG; QL (5 ML per 30 days)
latanoprost ophthalmic solution 0.005 %	XALATAN	1	MT; CG; QL (3 ML per 25 days)
LUMIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.01 %		3	MT; QL (3 ML per 25 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
TRAVATAN Z OPHTHALMIC SOLUTION 0.004 %		3	MT; QL (3 ML per 25 days)
Agentes Orales Y Dentales			
Agentes Orales Y Dentales			
cevimeline hcl oral capsule 30 mg	EVOXAC	2	
chlorhexidine gluconate mouth/throat solution 0.12 %	PAROEX	1	
doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg	MORGIDOX	2	
doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg		2	
doxycycline hyclate oral tablet 150 mg, 75 mg	ACTICLATE	2	
doxycycline monohydrate oral tablet 150 mg, 50 mg, 75 mg		2	
minocycline hcl oral capsule 100 mg, 50 mg	MINOCIN	2	
minocycline hcl oral capsule 75 mg		2	
PERIOGARD MOUTH/THROAT SOLUTION 0.12 %		1	
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 %	DERMOTIC	2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
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)
doxepin hcl oral capsule 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg		2	PA; CG
doxepin hcl oral concentrate 10 mg/ml		2	PA; CG
HETLIOZ ORAL CAPSULE 20 MG		5	PA; 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; QL (540 ML per 30 days)
Moduladores Del Receptor De Gaba			

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
temazepam oral capsule 15 mg, 7.5 mg	RESTORIL	2	CG; QL (30 EA per 30 days)
temazepam oral capsule 22.5 mg, 30 mg	RESTORIL	1	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		4	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		2	
naloxone hcl injection solution cartridge 0.4 mg/ml		2	
naloxone hcl injection solution prefilled syringe 2 mg/2ml		2	
Agentes Para Sesación De Fumar			
bupropion hcl er (smoking det) oral tablet extended release 12 hour 150 mg		2	
CHANTIX CONTINUING MONTH PAK ORAL TABLET 1 MG		4	PA; QL (56 EA per 28 days)
CHANTIX ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG		4	PA; QL (60 EA per 30 days)
CHANTIX STARTING MONTH PAK ORAL TABLET 0.5 MG X 11 & 1 MG X 42		4	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
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	
naltrexone hcl oral tablet 50 mg		2	
Tratamiento Dependencia De Opioides			
buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg		2	
buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 8 mg		2	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	2	QL (60 EA per 30 days)
buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 2-0.5 mg, 8-2 mg		2	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	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
dantrolene sodium oral capsule 100 mg		2	
dantrolene sodium oral capsule 25 mg, 50 mg	DANTRIUM	2	
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	
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)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge 6 mg/0.5ml	IMITREX STATDOSE REFILL	2	QL (6 ML per 28 days)
sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5ml	IMITREX	2	QL (6 ML per 28 days)
sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 4 mg/0.5ml, 6 mg/0.5ml	IMITREX STATDOSE SYSTEM	2	QL (6 ML per 28 days)
sumatriptan succinate subcutaneous solution prefilled syringe 6 mg/0.5ml		2	QL (6 ML per 28 days)
zolmitriptan oral tablet 2.5 mg, 5 mg	ZOMIG	2	QL (12 EA per 28 days)
zolmitriptan oral tablet dispersible 2.5 mg, 5 mg	ZOMIG ZMT	2	QL (12 EA per 28 days)
Alcaloides De Ergotamina			
dihydroergotamine mesylate nasal solution 4 mg/ml	MIGRANAL	2	
MIGERGOT RECTAL SUPPOSITORY 2-100 MG		5	
Profilácticos			
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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	TOPAMAX	2	MT; CG
valproic acid oral capsule 250 mg	DEPAKENE	2	MT; CG
valproic acid oral solution 250 mg/5ml		2	MT; CG
Agentes Para El Tratamiento De Parkinson			
Agentes Para El Tratamiento De Parkinson, Otros			
amantadine hcl oral capsule 100 mg		2	CG
amantadine hcl oral syrup 50 mg/5ml		2	MT; CG
amantadine hcl oral tablet 100 mg		2	CG
carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 12.5-50-200 mg	STALEVO 50	2	MT; CG
carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 18.75-75-200 mg	STALEVO 75	2	MT; CG
carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 25-100-200 mg	STALEVO 100	2	MT; CG
carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 31.25-125-200 mg	STALEVO 125	2	MT; CG
carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 37.5-150-200 mg	STALEVO 150	2	MT; CG
carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 50-200-200 mg	STALEVO 200	2	MT; CG
entacapone oral tablet 200 mg	COMTAN	2	CG
Agentes Para El Tratamiento De Parkinson			
carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 12.5-50-200 mg	STALEVO 50	2	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 18.75-75-200 mg	STALEVO 75	2	MT; CG
carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 25-100-200 mg	STALEVO 100	2	MT; CG
carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 31.25-125-200 mg	STALEVO 125	2	MT; CG
carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 37.5-150-200 mg	STALEVO 150	2	MT; CG
carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 50-200-200 mg	STALEVO 200	2	MT; CG
Antagonistas De Dopamina			
APOKYN SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 30 MG/3ML		5	
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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
ropinirole hcl oral tablet 0.25 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg		2	MT; CG
ropinirole hcl oral tablet 0.5 mg	REQUIP	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
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			

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
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 capsule delayed release 400 mg	DELZICOL	2	
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	2	
Glucocorticoides			
budesonide oral capsule delayed release particles 3 mg	ENTOCORT EC	5	
colocort rectal enema 100 mg/60ml		2	
cortisone acetate oral tablet 25 mg		2	
dexamethasone intensol oral concentrate 1 mg/ml		2	
dexamethasone oral elixir 0.5 mg/5ml	DECADRON	2	
dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 4 mg, 6 mg	DECADRON	2	
dexamethasone oral tablet 1 mg, 1.5 mg, 2 mg		2	
hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	CORTEF	2	
hydrocortisone rectal enema 100 mg/60ml	COLOCORT	2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg	MEDROL	2	
methylprednisolone oral tablet therapy pack 4 mg	MEDROL	2	
prednisolone acetate ophthalmic suspension 1 %	PRED FORTE	2	
prednisolone oral solution 15 mg/5ml		2	
prednisolone sodium phosphate oral solution 10 mg/5ml, 20 mg/5ml		2	
prednisolone sodium phosphate oral solution 6.7 (5 base) mg/5ml	PEDIAPRED	2	
prednisone intensol oral concentrate 5 mg/ml		2	
prednisone oral solution 5 mg/5ml		2	
prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 50 mg		1	
prednisone oral tablet 20 mg	DELTASONE	1	
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)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
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)
cinacalcet hcl oral tablet 90 mg	SENSIPAR	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
etidronate disodium oral tablet 200 mg, 400 mg		2	
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)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
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)
TYMLOS SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 3120 MCG/1.56ML		5	PA; QL (1.56 ML per 30 days)
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7ML		5	PA; QL (2 ML per 28 days)
Agentes Pulmonares/ Tracto Respiratorio			
Agentes Del Tracto Respiratorios, 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)
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG		5	PA
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
Agentes Para Fibrosis Cística			
CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED 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.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
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)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 20-100 MCG/ACT		3	QL (8 GM per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
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; QL (6 ML per 28 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 75 MG/0.5ML		4	PA; QL (1 ML per 28 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG		5	PA; QL (6 EA per 28 days)
Antihipertensivos Pulmonares			

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
ADCIRCA ORAL TABLET 20 MG		5	PA; QL (60 EA per 30 days)
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG		5	PA; QL (90 EA per 30 days)
ALYQ ORAL TABLET 20 MG		5	PA; QL (60 EA per 30 days)
ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg	LETAIRIS	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG		5	PA; 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	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
levocetirizine dihydrochloride oral tablet 5 mg	XYZAL ALLERGY 24HR	2	QL (30 EA per 30 days)
olopatadine hcl nasal solution 0.6 %	PATANASE	2	
promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg		2	PA
Antiinflamatorios, Corticoesteroides Inhalados			
ADVAIR DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-50 MCG/DOSE, 250-50 MCG/DOSE, 500-50 MCG/DOSE		3	QL (60 EA per 30 days)
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)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
FLOVENT HFA INHALATION AEROSOL 44 MCG/ACT		3	QL (21 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)
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 (26 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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
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
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	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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
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		3	QL (6 EA per 30 days)
epinephrine injection solution auto-injector 0.15 mg/0.15ml		3	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)
epinephrine injection solution auto-injector 0.3 mg/0.3ml	AUVI-Q	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
SEREVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50 MCG/DOSE		3	QL (60 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
terbutaline sulfate oral tablet 2.5 mg, 5 mg		2	CG
VENTOLIN HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION 108 (90 BASE) MCG/ACT		3	QL (36 GM per 30 days)
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 100 mg, 200 mg, 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)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
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)
FENTORA BUCCAL TABLET 100 MCG		5	PA; QL (120 EA per 30 days)
FENTORA BUCCAL TABLET 200 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG		5	PA; QL (120 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 injection solution 10 mg/ml, 2 mg/ml, 4 mg/ml, 8 mg/ml		2	PA
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)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
tramadol hcl oral tablet 50 mg	ULTRAM	2	QL (56 EA per 7 days)
Analgésicos Opioides, Larga Duración			
buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg		2	
buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 8 mg		2	QL (60 EA per 30 days)
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)
FENTORA BUCCAL TABLET 100 MCG		5	PA; QL (120 EA per 30 days)
FENTORA BUCCAL TABLET 200 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG		5	PA; QL (120 EA per 30 days)
hydromorphone hcl pf injection solution 10 mg/ml, 50 mg/5ml		2	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
methadone hcl oral solution 10 mg/5ml, 5 mg/5ml		2	QL (450 ML per 30 days)
methadone hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	DOLOPHINE	2	QL (180 EA per 30 days)
morphine sulfate (concentrate) oral solution 100 mg/5ml		2	QL (42 ML per 7 days)
morphine sulfate er beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 30 mg, 45 mg, 60 mg, 75 mg, 90 mg		2	QL (14 EA per 7 days)
morphine sulfate er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg, 80 mg	KADIAN	2	QL (14 EA per 7 days)
morphine sulfate er oral capsule extended release 24 hour 100 mg	KADIAN	5	QL (14 EA per 7 days)
morphine sulfate er oral tablet extended release 100 mg, 15 mg, 30 mg	MS CONTIN	2	QL (21 EA per 7 days)
morphine sulfate er oral tablet extended release 200 mg, 60 mg	MS CONTIN	2	QL (14 EA per 7 days)
morphine sulfate injection solution 5 mg/ml		2	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)
Analgésicos			
acetaminophen-codeine #3 oral tablet 300-30 mg	TYLENOL WITH CODEINE #3	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.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
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		4	QL (42 EA per 7 days)
hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15ml		2	QL (1260 ML per 7 days)
hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg	LORCET HD	2	QL (42 EA per 7 days)
hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg	LORCET	2	QL (42 EA per 7 days)
hydrocodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg	LORCET PLUS	2	QL (42 EA per 7 days)
hydrocodone-ibuprofen oral tablet 7.5-200 mg		2	QL (28 EA per 7 days)
LORCET HD ORAL TABLET 10-325 MG		2	QL (42 EA per 7 days)
LORCET ORAL TABLET 5-325 MG		2	QL (42 EA per 7 days)
LORCET PLUS ORAL TABLET 7.5-325 MG		2	QL (42 EA per 7 days)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg	ENDOCET	2	QL (42 EA per 7 days)
tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg	ULTRACET	2	QL (56 EA per 7 days)
Antiinflamatorios No-Esteroidales			

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
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	IBU	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	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
naproxen dr oral tablet delayed release 500 mg		2	
naproxen oral suspension 125 mg/5ml	NAPROSYN	2	
naproxen oral tablet 250 mg	NAPROSYN	1	
naproxen oral tablet 375 mg, 500 mg		1	
naproxen sodium oral tablet 275 mg		2	
naproxen sodium oral tablet 550 mg	ANAPROX DS	2	
oxaprozin oral tablet 600 mg	DAYPRO	2	
piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg	FELDENE	2	
sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg		2	
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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
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
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 intensol oral concentrate 5 mg/ml		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			
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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
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)
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	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
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		2	
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	2	
tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml, 80 mg/2ml		2	PA
TOBREX OPHTHALMIC OINTMENT 0.3 %		3	
Antibacteriales, Otros			
acetic acid otic solution 2 %		2	
bacitracin ophthalmic ointment 500 unit/gm		2	
clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg	CLEOCIN	1	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
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
GLOBAL ALCOHOL PREP EASE PAD 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	5	PA
methenamine hippurate oral tablet 1 gm	HIPREX	2	
metronidazole external cream 0.75 %	METROCREAM	2	
metronidazole external gel 0.75 %	ROSADAN	2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
metronidazole external gel 1 %	METROGEL	2	
metronidazole external lotion 0.75 %	METROLOTION	2	
metronidazole in nacl intravenous solution 500-0.79 mg/100ml-%		2	
metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg	FLAGYL	2	
metronidazole vaginal gel 0.75 %	METROGEL-VAGINAL	2	
mupirocin calcium external cream 2 %		2	
mupirocin external ointment 2 %	CENTANY	2	
nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg	MACRODANTIN	2	PA
nitrofurantoin monohyd macro oral capsule 100 mg	MACROBID	2	PA
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	2	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 %	METROGEL-VAGINAL	2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG, 550 MG		5	PA
Antibacteriales			
colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted 150 mg	COLY-MYCIN M	2	PA
Betalactámico, Cefalosporinas			
cefaclor er oral tablet extended release 12 hour 500 mg		2	
cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg		2	
cefaclor oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml, 375 mg/5ml		2	
cefadroxil oral capsule 500 mg		2	
cefadroxil oral suspension reconstituted 250 mg/5ml, 500 mg/5ml		2	
cefadroxil oral tablet 1 gm		2	
cefazolin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 500 mg		2	
cefdinir oral capsule 300 mg		2	
cefdinir oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml		2	
cefepime hcl injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm	MAXIPIME	2	
cefixime oral capsule 400 mg	SUPRAX	2	
cefixime oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml	SUPRAX	2	
cefotaxime sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 500 mg		2	
cefoxitin sodium injection solution reconstituted 10 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.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
cefoxitin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 2 gm		2	PA
cefpodoxime proxetil oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 50 mg/5ml		2	
cefpodoxime proxetil oral tablet 100 mg, 200 mg		2	
cefprozil oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml		2	
cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg		2	
ceftazidime injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 6 gm	TAZICEF	2	
ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 250 mg, 500 mg		2	PA
ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted 10 gm		2	PA
cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg		2	
cefuroxime sodium injection solution reconstituted 7.5 gm, 750 mg		2	PA
cefuroxime sodium intravenous solution reconstituted 1.5 gm		2	PA
cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg	KEFLEX	1	
cephalexin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml		2	
SUPRAX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 500 MG/5ML		3	
SUPRAX ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG, 200 MG		4	
TEFLARO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 MG, 600 MG		5	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
Betalactámico, Otros			
aztreonam injection solution reconstituted 1 gm	AZACTAM	2	
CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED 75 MG		5	PA
ertapenem sodium injection solution reconstituted 1 gm	INVANZ	2	PA
imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 250 mg		2	PA
imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 500 mg	PRIMAXIN IV	2	PA
meropenem intravenous solution reconstituted 1 gm, 500 mg	MERREM	2	PA
Betalactámico, Penicilinas			
amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg		1	
amoxicillin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 200 mg/5ml, 250 mg/5ml, 400 mg/5ml		1	
amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg		1	
amoxicillin oral tablet chewable 125 mg, 250 mg		2	
amoxicillin-pot clavulanate er oral tablet extended release 12 hour 1000-62.5 mg		2	
amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 200-28.5 mg/5ml, 400-57 mg/5ml		2	
amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 250-62.5 mg/5ml	AUGMENTIN	2	
amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 600-42.9 mg/5ml	AUGMENTIN ES-600	2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
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	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
penicillin g procaine intramuscular suspension 600000 unit/ml		2	
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	ZITHROMAX	2	QL (75 ML per 30 days)
azithromycin oral suspension reconstituted 200 mg/5ml	ZITHROMAX	2	QL (68 ML per 30 days)
azithromycin oral tablet 250 mg	ZITHROMAX	1	QL (8 EA per 15 days)
azithromycin oral tablet 250 mg (6 pack)	ZITHROMAX	1	QL (6 EA per 15 days)
azithromycin oral tablet 500 mg	ZITHROMAX	1	QL (4 EA per 15 days)
azithromycin oral tablet 500 mg (3 pack)	ZITHROMAX	1	QL (3 EA per 15 days)
azithromycin oral tablet 600 mg	ZITHROMAX	1	
clarithromycin er oral tablet extended release 24 hour 500 mg		2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
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	ERY-TAB	2	
ery-tab oral tablet delayed release 500 mg	ERY-TAB	2	
erythrocin lactobionate intravenous solution reconstituted 500 mg		2	PA
ERYTHROCIN STEARATE ORAL TABLET 250 MG		4	
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	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
ciprofloxacin hcl ophthalmic solution 0.3 %	CILOXAN	2	
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 intravenous solution 400 mg/40ml		2	
ciprofloxacin oral suspension reconstituted 250 mg/5ml (5%), 500 mg/5ml (10%)	CIPRO	2	
gatifloxacin ophthalmic solution 0.5 %	ZYMAXID	2	
levofloxacin in d5w intravenous solution 500 mg/100ml, 750 mg/150ml		2	
levofloxacin intravenous solution 25 mg/ml		2	
levofloxacin oral solution 25 mg/ml		2	
levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg	LEVAQUIN	1	
MOXEZA OPHTHALMIC SOLUTION 0.5 %		3	
moxifloxacin hcl ophthalmic solution 0.5 %	VIGAMOX	2	
ofloxacin ophthalmic solution 0.3 %	OCUFLOX	2	
ofloxacin otic solution 0.3 %	FLOXIN OTIC	2	
Sulfonamidas			
silver sulfadiazine external cream 1 %	SILVADENE	2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
ssd external cream 1 %	SILVADENE	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	
tetracycline hcl oral capsule 250 mg		1	
tetracycline hcl oral capsule 500 mg		2	
Anticonvulsivos			

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
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	
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
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 intensol oral concentrate 5 mg/ml		2	PA
diazepam oral solution 5 mg/5ml		2	PA; CG
diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg	VALIUM	1	PA; CG
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
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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
gabapentin oral tablet 600 mg, 800 mg	NEURONTIN	1	MT; CG
lamotrigine oral tablet dispersible 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	LAMICTAL ODT	2	MT; CG
lorazepam oral concentrate 2 mg/ml	LORAZEPAM INTENSOL	2	
lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	ATIVAN	1	CG
phenobarbital oral elixir 20 mg/5ml		2	PA
phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg		2	PA
primidone oral tablet 250 mg, 50 mg	MYSOLINE	2	MT; CG
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG, 5 MG		5	QL (60 EA per 30 days)
tiagabine hcl oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg	GABITRIL	2	MT; CG
valproic acid oral capsule 250 mg	DEPAKENE	2	MT; CG
valproic acid oral solution 250 mg/5ml		2	MT; CG
vigabatrin oral packet 500 mg	SABRIL	5	PA
vigabatrin oral tablet 500 mg	SABRIL	5	PA
VIGADRONE ORAL PACKET 500 MG		5	PA
Agentes De Canales De Sodio			
APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG, 800 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
APTIOM ORAL TABLET 600 MG		5	PA; QL (60 EA per 30 days)
BANZEL ORAL SUSPENSION 40 MG/ML		5	PA
BANZEL ORAL TABLET 200 MG, 400 MG		5	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 400 mg	TEGRETOL-XR	2	MT; CG
carbamazepine oral suspension 100 mg/5ml	TEGRETOL	2	MT; CG
carbamazepine oral tablet 200 mg		2	MT; CG
carbamazepine oral tablet chewable 100 mg		2	MT; CG
DILANTIN INFATABS ORAL TABLET CHEWABLE 50 MG		4	MT
DILANTIN ORAL CAPSULE 100 MG		4	MT
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG		4	MT
DILANTIN ORAL SUSPENSION 125 MG/5ML		4	MT
epitol oral tablet 200 mg		2	MT; CG
oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5ml	TRILEPTAL	2	MT; CG
oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg	TRILEPTAL	2	MT; CG
PEGANONE ORAL TABLET 250 MG		4	MT
PHENYTEK ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG		4	MT
phenytoin oral suspension 125 mg/5ml	DILANTIN	2	MT; CG
phenytoin oral tablet chewable 50 mg	DILANTIN INFATABS	2	MT; CG
phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg	DILANTIN	2	MT; CG
phenytoin sodium extended oral capsule 200 mg, 300 mg		2	MT; CG
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.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
TEGRETOL-XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 100 MG, 200 MG, 400 MG		4	MT
VIMPAT ORAL SOLUTION 10 MG/ML		5	QL (1200 ML per 30 days)
VIMPAT ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG		5	QL (60 EA per 30 days)
VIMPAT ORAL TABLET 50 MG		4	MT; QL (60 EA per 30 days)
Agentes Modificadores De Canales De Calcio			
CELONTIN ORAL CAPSULE 300 MG		4	MT
ethosuximide oral capsule 250 mg	ZARONTIN	2	MT; CG
ethosuximide oral solution 250 mg/5ml	ZARONTIN	2	MT; CG
LYRICA CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 165 MG, 330 MG, 82.5 MG		3	
pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 225 mg, 25 mg, 300 mg, 50 mg, 75 mg	LYRICA	2	MT
pregabalin oral solution 20 mg/ml	LYRICA	2	MT
zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg	ZONEGRAN	2	MT; CG
zonisamide oral capsule 50 mg		2	MT; CG
Agentes Reductores De Glutamato			
felbamate oral suspension 600 mg/5ml	FELBATOL	5	
felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg	FELBATOL	2	MT; CG
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML		5	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG		5	PA
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG		4	PA
lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg	LAMICTAL XR	2	MT; CG
lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 50 mg	LAMICTAL XR	2	MT
lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg	LAMICTAL	2	MT; CG
lamotrigine oral tablet chewable 25 mg, 5 mg	LAMICTAL	2	MT; CG
lamotrigine starter kit-blue oral kit 35 x 25 mg	LAMICTAL STARTER	2	MT; CG
lamotrigine starter kit-green oral kit 84 x 25 mg & 14x100 mg	LAMICTAL STARTER	2	MT; CG
lamotrigine starter kit-orange oral kit 42 x 25 mg & 7 x 100 mg	LAMICTAL STARTER	2	MT; CG
topiramate er oral capsule er 24 hour sprinkle 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	QUDEXY XR	2	MT; CG
topiramate oral capsule sprinkle 15 mg, 25 mg	TOPAMAX SPRINKLE	2	MT; CG
topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	TOPAMAX	2	MT; CG
Anticonvulsivos, Otros			
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML		5	PA; QL (600 ML per 30 days)
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG		5	PA; QL (60 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
DIASTAT ACUDIAL RECTAL GEL 10 MG, 20 MG		3	
DIASTAT PEDIATRIC RECTAL GEL 2.5 MG		3	
diazepam intensol oral concentrate 5 mg/ml		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	KEPPRA	2	MT; CG
roweepra oral tablet 750 mg	KEPPRA	2	MT; CG
roweepra xr oral tablet extended release 24 hour 500 mg, 750 mg	KEPPRA XR	1	MT; CG
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 1000 MG, 250 MG, 500 MG, 750 MG		4	
Antidepresivos			
Antidepresivos, Otros			
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 400 MG		5	PA; QL (1 EA per 28 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 300 MG, 400 MG		5	PA; QL (1 EA per 28 days)
aripiprazole oral solution 1 mg/ml		2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
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
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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
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			
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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
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)
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
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
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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
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	PA; 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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
desipramine hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg		2	PA; MT; 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
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	PA
meclizine hcl oral tablet 25 mg		2	PA
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	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
phenadoz rectal suppository 12.5 mg		2	PA
prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg		2	MT; CG
prochlorperazine rectal suppository 25 mg	COMPRO	2	
promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg		2	PA
scopolamine transdermal patch 72 hour 1 mg/3days	TRANSDERM SCOP (1.5 MG)	2	PA; QL (10 EA per 30 days)
Terapia Adyuvante Emetogénica			
aprepitant oral capsule 125 mg	EMEND	2	PA; MT; QL (2 EA per 30 days)
aprepitant oral capsule 40 mg	EMEND	2	PA; QL (1 EA per 30 days)
aprepitant oral capsule 80 & 125 mg	EMEND TRI-PACK	2	PA; QL (3 EA per 3 days)
aprepitant oral capsule 80 mg	EMEND	2	PA; QL (2 EA per 2 days)
dronabinol oral capsule 10 mg	MARINOL	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
dronabinol oral capsule 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)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg	ZOFRAN	2	PA; QL (45 EA per 30 days)
ondansetron oral tablet dispersible 4 mg, 8 mg		2	PA; QL (45 EA per 30 days)
Antifungales			
Antifungales			
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML		5	PA
AMBISOME INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MG		5	PA
amphotericin b intravenous solution reconstituted 50 mg		2	PA
caspofungin acetate intravenous solution reconstituted 50 mg, 70 mg	CANCIDAS	5	PA
ciclopirox external gel 0.77 %		2	
ciclopirox external shampoo 1 %	LOPROX	2	
ciclopirox external solution 8 %	CICLODAN	2	
ciclopirox olamine external cream 0.77 %	LOPROX	2	
ciclopirox olamine external suspension 0.77 %	LOPROX	2	
clotrimazole external cream 1 %		2	
clotrimazole external solution 1 %	FUNGICURE INTENSIVE/NAILGUARD	2	
clotrimazole mouth/throat lozenge 10 mg		2	
econazole nitrate external cream 1 %		2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
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	
NYAMYC EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM		4	
nystatin external cream 100000 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.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
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		4	
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	2	
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	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
pyrazinamide oral tablet 500 mg		2	
rifampin intravenous solution reconstituted 600 mg	RIFADIN	2	
rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg	RIFADIN	2	
RIFATER ORAL TABLET 50-120-300 MG		4	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG		5	PA
TRECATOR ORAL TABLET 250 MG		4	
Antineoplásicos			
Agentes Alquilantes			
cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg		2	PA
HEXALEN ORAL CAPSULE 50 MG		5	PA
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG		4	
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG		5	PA
VALCHLOR EXTERNAL GEL 0.016 %		5	PA
Agentes Antiangiogénicos			
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG		5	PA
REVLIMID ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 25 MG, 5 MG		5	PA
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	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG		5	PA; 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; QL (120 EA per 30 days)
YONSA ORAL TABLET 125 MG		5	PA; QL (120 EA per 30 days)
ZYTIGA ORAL TABLET 500 MG		5	PA; 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
SYLATRON SUBCUTANEOUS KIT 200 MCG, 300 MCG, 600 MCG		5	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
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			
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG, 100 MG, 40 MG		4	
LYNPARZA ORAL CAPSULE 50 MG		5	PA
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG		5	PA
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; 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		4	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG		5	PA
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 50 & 100 MG		5	PA
ZEJULA ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA; 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; QL (6 EA per 21 days)
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG		5	PA; QL (21 EA per 28 days)
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
KISQALI (200 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)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
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; 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; QL (60 EA per 30 days)
Inhibidores Objetivo Molecular			
AFINITOR ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG, 7.5 MG		5	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG		5	PA; QL (240 EA per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG		5	PA; QL (180 EA per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET THERAPY PACK 90 & 180 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
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 50 MG		5	PA; LA; QL (270 EA per 30 days)
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG		5	PA; LA; QL (180 EA per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 40 MG, 60 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
CALQUENCE ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA; QL (60 EA per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG		5	LA
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG		5	
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 1 X 80 & 1 X 20 MG		5	PA
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 1 X 80 & 3 X 20 MG		5	PA
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 20 MG		5	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG		5	PA; 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
erlotinib hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg	TARCEVA	5	PA
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG		5	PA
ICLUSIG ORAL TABLET 15 MG		5	PA; QL (60 EA per 30 days)
ICLUSIG ORAL TABLET 45 MG		5	PA; 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
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG, 560 MG		5	PA
INLYTA ORAL TABLET 1 MG, 5 MG		5	PA
IRESSA ORAL TABLET 250 MG		5	PA
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG		5	PA
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 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.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 3 X 4 MG		5	PA; QL (90 EA per 30 days)
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 & 4 MG		5	PA; QL (60 EA per 30 days)
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG & 2 X 4 MG		5	PA; QL (90 EA per 30 days)
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG		5	PA; QL (60 EA per 30 days)
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG & 4 MG		5	PA; QL (90 EA per 30 days)
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 4 MG		5	PA; QL (90 EA per 30 days)
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 4 MG		5	PA; QL (60 EA per 30 days)
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG		5	PA; QL (90 EA per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG, 2 MG		5	PA
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG		5	PA; LA; QL (180 EA per 30 days)
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG		5	PA; QL (180 EA per 30 days)
NEXAVAR ORAL TABLET 200 MG		5	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG		5	PA; QL (60 EA per 30 days)
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG		5	PA; QL (240 EA per 30 days)
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 20 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG		5	PA
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG		5	PA; 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
TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG		5	PA; 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
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
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG		5	PA
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG		5	PA
ZYKADIA ORAL CAPSULE 150 MG		5	PA
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG		5	PA
Modificadores / Antiestrógenos			

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
EMCYT ORAL CAPSULE 140 MG		4	
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 10 MG/5ML		4	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	
ivermectin oral tablet 3 mg	STROMECTOL	2	
praziquantel oral tablet 600 mg	BILTRICIDE	2	
Antiprotozoales			

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
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			

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
Primera Generación, Típicos			
chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg		2	
fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml		2	
fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml		2	
fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml		2	
fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5ml		2	
fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg		2	MT
haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml 1 ml, 50 mg/ml	HALDOL DECANOATE	2	
haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml, 5 mg/ml(1 ml prefilled syringe)	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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
thioridazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg		2	PA
thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg		2	PA; MT; CG
trifluoperazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg		2	MT; CG
Resistente A Tratamiento			
clozapine oral tablet 100 mg, 25 mg	CLOZARIL	2	CG
clozapine oral tablet 200 mg, 50 mg		2	CG
clozapine oral tablet dispersible 100 mg, 12.5 mg, 25 mg	FAZACLO	2	CG
clozapine oral tablet dispersible 150 mg	FAZACLO	2	
clozapine oral tablet dispersible 200 mg	FAZACLO	5	
versacloz oral suspension 50 mg/ml		5	
Segunda Generación, Atípicos			
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 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)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 1064 MG/3.9ML		5	PA; QL (4 ML per 56 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 441 MG/1.6ML		5	PA; QL (2 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 ML per 28 days)
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG		4	PA
FANAPT ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 6 MG, 8 MG		5	PA
FANAPT TITRATION PACK ORAL TABLET 1 & 2 & 4 & 6 MG		4	PA
GEODON INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED 20 MG		4	PA; QL (6 EA per 3 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 117 MG/0.75ML, 156 MG/ML, 78 MG/0.5ML		5	PA; QL (1 ML per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 234 MG/1.5ML		5	PA; QL (2 ML per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 39 MG/0.25ML		4	PA; QL (1 ML per 28 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 273 MG/0.875ML, 410 MG/1.315ML		5	PA; MT; QL (1 ML per 90 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 546 MG/1.75ML		5	PA; MT; QL (2 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; QL (30 EA per 30 days)
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
NUPLAZID ORAL TABLET 17 MG		5	PA; QL (60 EA per 30 days)
olanzapine intramuscular solution reconstituted 10 mg	ZYPREXA	2	
olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg	ZYPREXA	2	MT; CG
olanzapine oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg	ZYPREXA ZYDIS	2	MT
paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 1.5 mg, 3 mg, 6 mg, 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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
quetiapine fumarate oral tablet 25 mg, 50 mg	SEROQUEL	1	PA; MT; CG
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 12.5 MG, 25 MG		4	PA; QL (2 EA per 28 days)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 37.5 MG, 50 MG		5	PA; QL (2 EA per 28 days)
risperidone oral solution 1 mg/ml	RISPERDAL	2	CG
risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg	RISPERDAL	2	MT; CG
risperidone oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg		2	MT; CG
SAPHRIS SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 10 MG, 2.5 MG, 5 MG		4	PA
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE THERAPY PACK 1.5 & 3 MG		4	PA; QL (14 EA per 365 days)
ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg	GEODON	2	CG
Antivirales			
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	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
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	5	PA
EPIVIR HBV ORAL SOLUTION 5 MG/ML		4	
INTRON A INJECTION SOLUTION 10000000 UNIT/ML, 6000000 UNIT/ML		5	PA
INTRON A INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10000000 UNIT		5	PA
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	PA
ribasphere oral capsule 200 mg		4	PA
ribasphere oral tablet 200 mg		2	PA
ribasphere oral tablet 400 mg, 600 mg		5	PA
ribavirin oral capsule 200 mg		2	PA
ribavirin oral tablet 200 mg		2	PA
tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg	VIREAD	5	
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG		5	PA; QL (28 EA per 28 days)
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.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
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)
SOVALDI ORAL TABLET 400 MG		5	PA; QL (28 EA per 28 days)
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG		5	PA; QL (84 EA per 365 days)
Agentes Anti-Hepatitis C (Hcv), Otros			
DAKLINZA ORAL TABLET 30 MG, 60 MG, 90 MG		5	PA; QL (28 EA per 28 days)
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
moderiba oral tablet 200 mg		2	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/0.5ML, 180 MCG/ML		5	PA
REBETOL ORAL SOLUTION 40 MG/ML		5	PA
ribasphere oral capsule 200 mg		4	PA
ribasphere oral tablet 600 mg		5	PA
ribavirin oral capsule 200 mg		2	PA
ribavirin oral tablet 200 mg		2	PA
SOVALDI ORAL TABLET 400 MG		5	PA; QL (28 EA per 28 days)
SYLATRON SUBCUTANEOUS KIT 200 MCG, 300 MCG, 600 MCG		5	PA
Agentes Anti-Herpéticos			
acyclovir external ointment 5 %	ZOVIRAX	2	
acyclovir oral capsule 200 mg	ZOVIRAX	2	
acyclovir oral suspension 200 mg/5ml	ZOVIRAX	2	
acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg	ZOVIRAX	2	
acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml		2	PA
famciclovir oral tablet 125 mg, 500 mg		2	QL (21 EA per 30 days)
famciclovir oral tablet 250 mg		2	QL (60 EA per 30 days)
trifluridine ophthalmic solution 1 %		2	
valacyclovir hcl oral tablet 1 gm, 500 mg	VALTREX	2	QL (30 EA per 30 days)
Agentes Anti-Hiv, Inhibidores De Integrasa (Insti)			

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
BIKTARVY ORAL TABLET 50-200-25 MG		5	
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG		5	
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG		5	
ISENTRESS ORAL PACKET 100 MG		5	
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG		5	
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG		5	
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 25 MG		3	
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG		5	
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG		5	
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG		3	
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG		5	
Agentes Anti-Hiv, Inhibidores De Proteasa			
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG		5	
APTIVUS ORAL SOLUTION 100 MG/ML		5	
atazanavir sulfate oral capsule 150 mg, 200 mg, 300 mg	REYATAZ	2	
CRIXIVAN ORAL CAPSULE 200 MG, 400 MG		4	
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG		5	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
fosamprenavir calcium oral tablet 700 mg	LEXIVA	2	
INVIRASE ORAL CAPSULE 200 MG		5	
INVIRASE ORAL TABLET 500 MG		5	
KALETRA ORAL TABLET 100-25 MG		4	
KALETRA ORAL TABLET 200-50 MG		5	
LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML		4	
lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5ml	KALETRA	5	
NORVIR ORAL CAPSULE 100 MG		3	
NORVIR ORAL PACKET 100 MG		3	
NORVIR ORAL SOLUTION 80 MG/ML		3	
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG		5	
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML		5	
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG, 600 MG, 800 MG		5	
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG		3	
REYATAZ ORAL PACKET 50 MG		5	
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	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
efavirenz oral capsule 200 mg, 50 mg	SUSTIVA	2	
efavirenz oral tablet 600 mg	SUSTIVA	2	
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 100 MG, 200 MG		4	
VIRAMUNE ORAL TABLET 200 MG		3	
Agentes Anti-Hiv, Inhibidores Nucleósidos De La Trascriptasa Reversa (Nrti)			
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	5	
abacavir-lamivudine-zidovudine oral tablet 300-150-300 mg	TRIZIVIR	5	
ATRIPLA ORAL TABLET 600-200-300 MG		5	
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG		5	
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG		5	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
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	5	
TRUVADA ORAL TABLET 100-150 MG, 133-200 MG, 167-250 MG, 200-300 MG		5	
VIDEX EC ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 125 MG		4	
VIDEX ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 4 GM		4	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/GM		5	
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG		5	
ZERIT ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 1 MG/ML		5	
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		4	
SELZENTRY ORAL TABLET 150 MG, 300 MG, 75 MG		5	
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG		4	
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG		5	
TYBOST ORAL TABLET 150 MG		3	
Agentes Anti-Influenza			
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)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
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			
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	
CYSTAGON ORAL CAPSULE 150 MG, 50 MG		3	
KUVAN ORAL PACKET 100 MG, 500 MG		5	PA
KUVAN ORAL TABLET SOLUBLE 100 MG		5	PA
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
ORFADIN ORAL SUSPENSION 4 MG/ML		5	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
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			
AMINOSYN II INTRAVENOUS SOLUTION 10 %		4	PA
AMINOSYN II INTRAVENOUS SOLUTION 8.5 %		4	PA
AMINOSYN II/ELECTROLYTES INTRAVENOUS SOLUTION 8.5 %		4	PA
AMINOSYN/ELECTROLYTES INTRAVENOUS SOLUTION 7 %, 8.5 %		4	PA
AMINOSYN-HBC INTRAVENOUS SOLUTION 7 %		4	PA
aminosyn-pf intravenous solution 10 %		2	PA
AMINOSYN-PF INTRAVENOUS SOLUTION 7 %		4	PA
AMINOSYN-RF INTRAVENOUS SOLUTION 5.2 %		4	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
CLINIMIX/DEXTROSE (2.75/5) INTRAVENOUS SOLUTION 2.75 %		4	PA
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %		4	PA
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/20) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %		4	PA
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/25) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %		4	PA
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %		4	PA
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %		4	PA
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %		4	PA
CLINIMIX/DEXTROSE (5/25) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %		4	PA
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 %	CLINOLIPID	2	PA
intralipid intravenous emulsion 30 %		4	PA
IONOSOL-MB IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION		4	
ISOLYTE-P IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION		4	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
kcl in dextrose-nacl intravenous solution 10-5-0.45 meq/l-%-%, 20-5-0.2 meq/l-%-%, 20-5-0.33 meq/l-%-%, 20-5-0.45 meq/l-%-%, 20-5-0.9 meq/l-%-%, 30-5-0.45 meq/l-%-%, 40-5-0.45 meq/l-%-%, 40-5-0.9 meq/l-%-%		2	
levocarnitine oral solution 1 gm/10ml	CARNITOR	2	PA; MT
levocarnitine oral tablet 330 mg	CARNITOR	2	MT
NEPHRAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 5.4 %		4	PA
normosol-m in d5w intravenous solution		2	
NORMOSOL-R IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION		4	
NUTRILIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %		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		2	PA
TRAVASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %		4	PA
TROPHAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 10 %		4	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
Electrólitos / Modificadores De Minerales			
CHEMET ORAL CAPSULE 100 MG		4	
deferasirox oral tablet soluble 125 mg, 250 mg, 500 mg	EXJADE	5	PA
DEPEN TITRATABS ORAL TABLET 250 MG		5	
FERRIPROX ORAL SOLUTION 100 MG/ML		5	PA
FERRIPROX ORAL TABLET 500 MG		5	PA
FREAMINE HBC INTRAVENOUS SOLUTION 6.9 %		4	PA
kionex oral suspension 15 gm/60ml		2	
klor-con oral packet 20 meq		2	MT; CG
sodium polystyrene sulfonate oral powder		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
ISOLYTE-S INTRAVENOUS SOLUTION		4	
klor-con 10 oral tablet extended release 10 meq	K-TAB	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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
klor-con m20 oral tablet extended release 20 meq		2	MT; CG
klor-con oral tablet extended release 8 meq	K-TAB	2	MT; CG
klor-con sprinkle oral capsule extended release 10 meq, 8 meq		2	MT
magnesium sulfate injection solution 50 %		2	
NORMOSOL-R PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION		4	
PLASMA-LYTE 148 INTRAVENOUS SOLUTION		4	
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS SOLUTION		4	
potassium chloride crys er oral tablet extended release 10 meq		2	MT; CG
potassium chloride crys er oral tablet extended release 20 meq		2	MT; CG
potassium chloride er oral capsule extended release 10 meq, 8 meq		2	MT
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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
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
ZONTIVITY ORAL TABLET 2.08 MG		4	
Anticoagulantes			
COUMADIN ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 2 MG, 2.5 MG, 3 MG, 4 MG, 5 MG, 6 MG, 7.5 MG		3	MT
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG, 5 MG		3	MT
ELIQUIS STARTER PACK ORAL TABLET 5 MG		3	MT
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)
fondaparinux sodium subcutaneous solution 2.5 mg/0.5ml	ARIXTRA	2	PA; QL (15 ML per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
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
GRANIX SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6ML		5	PA
GRANIX SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MCG/0.5ML, 480 MCG/0.8ML		5	PA
LEUKINE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 250 MCG		5	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
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)
PROCRIT INJECTION SOLUTION 10000 UNIT/ML, 2000 UNIT/ML, 3000 UNIT/ML, 4000 UNIT/ML		3	PA
PROCRIT INJECTION SOLUTION 20000 UNIT/ML, 40000 UNIT/ML		5	PA
PROMACTA ORAL PACKET 12.5 MG		5	PA; QL (360 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG		5	PA; QL (360 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 25 MG		5	PA; QL (180 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 50 MG		5	PA; QL (90 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 75 MG		5	PA; QL (60 EA per 30 days)
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)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
BYDUREON BCISE SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 2 MG/0.85ML		3	MT; QL (3.4 ML per 28 days)
BYDUREON SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR 2 MG		3	MT; QL (4 EA per 28 days)
BYDUREON SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED ER 2 MG		3	MT; QL (4 EA per 28 days)
BYETTA 10 MCG PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 10 MCG/0.04ML		4	MT; QL (2.4 ML per 30 days)
BYETTA 5 MCG PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 5 MCG/0.02ML		4	MT; QL (1.2 ML per 30 days)
colesevelam hcl oral packet 3.75 gm	WELCHOL	2	MT
colesevelam hcl oral tablet 625 mg	WELCHOL	2	MT
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)
INVOKAMET ORAL TABLET 150-1000 MG, 150-500 MG, 50-1000 MG		3	ST; MT; QL (60 EA per 30 days)
INVOKAMET ORAL TABLET 50-500 MG		3	ST; MT; QL (120 EA per 30 days)
INVOKAMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 150-1000 MG, 150-500 MG, 50-1000 MG, 50-500 MG		3	ST; MT; QL (60 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
INVOKANA ORAL TABLET 100 MG		3	ST; MT; QL (90 EA per 30 days)
INVOKANA ORAL TABLET 300 MG		3	ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG		3	ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG		3	ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
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)
ONGLYZA ORAL TABLET 2.5 MG, 5 MG		3	ST; MT; QL (30 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
OZEMPIC SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 0.25 OR 0.5 MG/DOSE, 1 MG/DOSE		3	MT; QL (6 ML per 28 days)
pioglitazone hcl oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg	ACTOS	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
repaglinide oral tablet 0.5 mg		1	MT; CG; QL (120 EA per 30 days)
repaglinide oral tablet 1 mg	PRANDIN	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)
tolazamide oral tablet 250 mg		1	MT; QL (120 EA per 30 days)
tolazamide oral tablet 500 mg		1	MT; QL (60 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
tolbutamide oral tablet 500 mg		1	MT; CG; QL (180 EA per 30 days)
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG		3	ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
VICTOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 18 MG/3ML		3	MT; QL (9 ML per 30 days)
Agentes Glicémicos			
GLUCAGEN HYPOKIT INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 1 MG		3	
GLUCAGON EMERGENCY INJECTION KIT 1 MG		3	
KORLYM ORAL TABLET 300 MG		5	PA; QL (120 EA per 30 days)
PROGLYCEM ORAL SUSPENSION 50 MG/ML		4	
Insulinas			
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 1 ML		3	MT
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML		3	MT
GAUZE STERILE PAD 2"X2"		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)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (50-50) 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMALOG MIX 50/50 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (50-50) 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (75-25) 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMALOG MIX 75/25 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (75-25) 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMALOG SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMULIN 70/30 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMULIN 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMULIN N KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMULIN N SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMULIN R INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML		5	PA; QL (30 ML per 30 days)
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 500 UNIT/ML		5	PA; QL (30 ML per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
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		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)
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)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
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)
KOMBIGLYZE XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG		3	ST; MT; QL (60 EA per 30 days)
KOMBIGLYZE XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG, 5-500 MG		3	ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
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
cyclobenzaprine hcl oral tablet 7.5 mg	FEXMID	2	PA
tizanidine hcl oral capsule 2 mg, 4 mg, 6 mg	ZANAFLEX	2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre Medicamento	Marca de Referencia	Nivel	Requisitos/ Límites
tizanidine hcl oral tablet 2 mg		2	
tizanidine hcl oral tablet 4 mg	ZANAFLEX	2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

A
abacavir sulfate.....147
abacavir sulfate-lamivudine .147
abacavir-lamivudine-zidovudine 147
ABELCET.....122
ABILIFY MAINTENA 116, 138
abiraterone acetate.....126
acamprosate calcium 74
acarbose.....159
acebutolol hcl 18
acetaminophen-codeine.....94
acetaminophen-codeine #3.....94
acetazolamide.....30, 67
acetazolamide er.....30
acetic acid.....100
acetylcysteine 83
acitretin.....35
ACTHIB 63
ACTIMMUNE 60
acyclovir 144
acyclovir sodium 144
ADACEL.....63
adapalene.....35
ADCIRCA.....85
adefovir dipivoxil 141
ADEMPAS.....85
ADVAIR DISKUS.....84, 87, 89
ADVAIR HFA 84, 87, 89
AFEDITAB CR 19
AFINITOR 60, 130
AFINITOR DISPERZ.....60
ala-cort.....44
albendazole.....135
ALBENZA 135
albuterol sulfate.....89
albuterol sulfate er.....89
albuterol sulfate hfa.....89
alclometasone dipropionate....44
ALECENSA.....130
alendronate sodium 81, 82
alfuzosin hcl er 42
ALINIA 135
allopurinol 11
alosetron hcl 38
ALPHAGAN P.....67
alprazolam 97
ALREX.....68
altavera 48
ALUNBRIG 130
ALYQ.....86
amantadine hcl.....77, 149
AMBISOME 123
ambrisentan 86
amikacin sulfate.....99
amiloride hcl.....29
amiloride-hydrochlorothiazide22
AMINOSYN II.....151
AMINOSYN II/ELECTROLYTES.....151
AMINOSYN/ELECTROLYTES.....151
AMINOSYN-HBC.....151
aminosyn-pf.....151
AMINOSYN-PF.....151
AMINOSYN-RF 151
amiodarone hcl 26
AMITIZA 38
amitriptyline hcl 120
amlodipine besy-benazepril hcl 22
amlodipine besylate.....19
amlodipine besylate-valsartan 22
amlodipine-olmesartan 22
amlodipine-valsartan-hctz 22
ammonium lactate 35
amnesteem.....35
amoxapine 120
amoxicillin.....105
amoxicillin-pot clavulanate ..105
amoxicillin-pot clavulanate er 105
amphetamine-dextroamphet er 33
amphetamine-dextroamphetamine 33
amphotericin b.....123
ampicillin.....105
ampicillin sodium.....105
ampicillin-sulbactam sodium106
ANADROL-50 53
anagrelide hcl 157, 158
anastrozole.....128
ANDRODERM 53
ANORO ELLIPTA.....83
APOKYN 78
aprepitant 122
apri.....48
APRISO.....79
APTIOM.....112
APTIVUS 145
aranelle 48
ARCALYST 60
aripiprazole.....116, 138
ARISTADA.....138
ARISTADA INITIO.....138
armodafinil 72
ARNUITY ELLIPTA.....87
aspirin-dipyridamole er 156
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR 162
atazanavir sulfate.....145
atenolol 18
atenolol-chlorthalidone.....22
atomoxetine hcl 34
atorvastatin calcium.....27
atovaquone.....135
atovaquone-proguanil hcl 135
ATRIPLA 147
atropine sulfate 69
ATROVENT HFA.....88
AUBAGIO.....34
aubra 48
aviane.....48
AVITA.....35, 134
AZASITE 107
azathioprine 60
azelastine hcl 66, 86
azithromycin 107
AZOPT 67
aztreonam 104
B
bacitracin 100
bacitracin-polymyxin b.....69
bacitra-neomycin-polymyxin-hc 69
baclofen 74
balsalazide disodium 79
BALVERSA 130
BALZIVA.....48
BANZEL 112

BARACLUDE 141
BCG VACCINE..... 64
benazepril hcl 30
benazepril-hydrochlorothiazide 22, 23
BENLYSTA 60
BENZNIDAZOLE 135
benzoyl peroxide-erythromycin 36
benztropine mesylate..... 79
BEPREVE 66
betamethasone dipropionate.. 13, 14, 36, 44
betamethasone dipropionate aug 13, 44
betamethasone valerate ... 14, 44, 45
BETASERON 35
betaxolol hcl 18, 67
bethanechol chloride 41
BETOPTIC-S 67
bexarotene 134
BEXSERO..... 64
bicalutamide 126
BICILLIN L-A 106
BIKTARVY 144
bimatoprost..... 67, 70
bisoprolol fumarate 18
bisoprolol-hydrochlorothiazide 23
BLEPHAMIDE S.O.P..... 14, 70
BOOSTRIX..... 64
BOSULIF 131
BRAFTOVI..... 131
BREO ELLIPTA 89
BRIELLYN 48
BRILINTA 156
brimonidine tartrate 67
BRIVIACT 115
bromocriptine mesylate.... 57, 78
budesonide..... 38, 48, 80, 87
bumetanide 29
buprenorphine hcl..... 74, 92, 93
buprenorphine hcl-naloxone hcl 74
bupropion hcl..... 117
bupropion hcl er (smoking det) 73
bupropion hcl er (sr)..... 116
bupropion hcl er (xl)..... 116, 117
buspirone hcl 97
BYDUREON..... 159
BYDUREON BCISE 159
BYETTA 10 MCG PEN..... 159
BYETTA 5 MCG PEN..... 159
C
cabergoline 57
CABOMETYX..... 131
calcipotriene 36
calcitonin (salmon) 82
calcitriol..... 82
calcium acetate (phos binder). 43
CALQUENCE..... 131
camila 54
CANASA..... 79
candesartan cilexetil 25
candesartan cilexetil-hctz 23
CAPRELSA..... 131
captopril..... 30
captopril-hydrochlorothiazide 23
CARBAGLU 154
carbamazepine 17, 112
carbamazepine er..... 17, 112
carbidopa-levodopa 79
carbidopa-levodopa er 79
carbidopa-levodopa-entacapone 77, 78
carteolol hcl 67
cartia xt 20
carvedilol 18
carvedilol phosphate er..... 19
caspofungin acetate 123
CAYSTON 83, 104
cefaclor 102
cefaclor er 102
cefadroxil..... 103
cefazolin sodium..... 103
cefdinir..... 103
cefepime hcl 103
cefixime 103
cefotaxime sodium 103
cefoxitin sodium 103
cefpodoxime proxetil..... 103
cefprozil..... 103
ceftazidime 103
ceftriaxone sodium 104
cefuroxime axetil..... 104
cefuroxime sodium 104
celecoxib..... 12, 95
CELONTIN 114
cephalexin..... 104
CERDELGA..... 149
cetirizine hcl 86
CETRAXAL..... 108
cevimeline hcl..... 71
CHANTIX 73
CHANTIX CONTINUING MONTH PAK 73
CHANTIX STARTING MONTH PAK 73
CHEMET..... 153
chlorhexidine gluconate..... 71
chloroquine phosphate..... 135
chlorothiazide 30
chlorpromazine hcl 121, 136
chlorthalidone 30
CHOLBAM 37
cholestyramine light 28
CIALIS 41, 42
ciclopirox 123
ciclopirox olamine 123
cilostazol..... 156
CILOXAN 108
CIMDUO..... 147
cimetidine 39
cimetidine hcl 39
cinacalcet hcl 82
CINRYZE..... 60
CIPRODEX 71
ciprofloxacin..... 109
ciprofloxacin hcl..... 108
ciprofloxacin in d5w..... 108
citalopram hydrobromide 118
CLARAVIS 36
clarithromycin..... 107
clarithromycin er 107
clindamycin hcl 100
clindamycin palmitate hcl..... 100
clindamycin phosphate . 100, 101
clindamycin phosphate in d5w 100
CLINIMIX/DEXTROSE (2.75/5) 151
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) 151
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/20) 151
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/25) 151

CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) 151
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) 151
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) 151
CLINIMIX/DEXTROSE (5/25) 152
clobazam..... 110
clomipramine hcl..... 120
clonazepam..... 97, 98, 110
clonidine 25
clonidine hcl 25
clopidogrel bisulfate..... 156
clorazepate dipotassium . 98, 111
clotrimazole..... 123
clotrimazole-betamethasone... 36
clozapine..... 137, 138
COARTEM 135
colchicine 12
COLCHICINE 12
colchicine-probenecid 12
colesevelam hcl 159
colestipol hcl 28
colistimethate sodium (cba) 101, 102
colocort..... 80
COMBIGAN 67
COMBIVENT RESPIMAT ... 84
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) 131
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) 131
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) 131
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE..... 162
COMPLERA 146
constulose 40
COPIKTRA 129
CORLANOR 21
cortisone acetate 14, 45, 80
COTELLIC..... 131
COUMADIN 156
CREON 150
CRIXIVAN 145
cromolyn sodium..... 66, 91
cryselle-28 49
CVS GAUZE STERILE..... 163
cyclafem 1/35 49
cyclafem 7/7/7 49
cyclobenzaprine hcl..... 166
cyclophosphamide 126
cyclosporine..... 60
cyclosporine modified 60
cyproheptadine hcl 86
CYSTADANE..... 150
CYSTAGON 150
CYSTARAN 69
D
DAKLINZA 143
dalfampridine er 35
DALIRESP..... 91
danazol..... 53
dantrolene sodium 74
dapsone..... 125
DAPTACEL 64
daptomycin 101
DAURISMO..... 131
deblitane 49
deferasirox 153
DELSTRIGO..... 147
delyla 49
DEMSER..... 23
DEPEN TITRATABS 41, 60, 153
DEPO-PROVERA..... 54
DESCOVY 147
desipramine hcl..... 120
desloratadine..... 86
desmopressin ace spray refrig 55
desmopressin acetate 55
desogestrel-ethinyl estradiol... 49
desonide..... 45
desoximetasone 45
desvenlafaxine er..... 118
desvenlafaxine succinate er .. 118
dexamethasone 14, 45, 80
dexamethasone intensol... 14, 45, 80
dexamethasone sodium phosphate..... 68
DEXILANT..... 40
dextroamphetamine sulfate..... 34
dextrose 152
dextrose-nacl 152
DIASTAT ACUDIAL... 98, 111, 115
DIASTAT PEDIATRIC 98, 111, 115
diazepam..... 98, 111, 115
diazepam intensol ... 98, 111, 115
diclofenac epolamine..... 95
diclofenac potassium 12, 95
diclofenac sodium. 12, 36, 68, 96
diclofenac sodium er..... 12, 96
dicloxacillin sodium 106
dicyclomine hcl 39
didanosine..... 147
DIFICID 107
diflunisal 12, 96
digitek 21
digox 21
digoxin..... 21
dihydroergotamine mesylate .. 76
DILANTIN 113
DILANTIN INFATABS 113
diltiazem hcl 20
diltiazem hcl er 20
diltiazem hcl er beads 20
diltiazem hcl er coated beads .. 20
dilt-xr 20
DIPENTUM 80
diphenoxylate-atropine 38
DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS DT 64
disulfiram..... 74
divalproex sodium 17, 76, 111
divalproex sodium er 17, 76, 111
dofetilide..... 26
donepezil hcl..... 11
dorzolamide hcl 67
dorzolamide hcl-timolol mal .. 67
dorzolamide hcl-timolol mal pf 67
DOVATO 147
doxazosin mesylate..... 24, 42
doxepin hcl 36, 72, 97, 120
doxy 100 110
doxycycline hyclate .. 36, 71, 110
doxycycline monohydrate 36, 71, 110
dronabinol..... 122
drospirenone-ethinyl estradiol 49
DROXIA..... 127
duloxetine hcl 32, 98, 118
DURAMORPH..... 93
DUREZOL 68
dutasteride..... 42
dutasteride-tamsulosin hcl 42

E
e.e.s. 400 107
econazole nitrate 123
EDURANT 146
efavirenz 146
eletriptan hydrobromide 75
ELIQUIS 156
ELIQUIS STARTER PACK 156
ELMIRON 41
EMCYT 134
EMEND 122
emoquette 49
EMSAM 118
EMTRIVA 147
enalapril maleate 30
enalapril-hydrochlorothiazide 23
ENBREL 61
ENBREL MINI 61
ENBREL SURECLICK 61
ENDOCET 95
ENGERIX-B 64
enoxaparin sodium 156, 157
enpresse-28 49
enskyce 49
entacapone 77
entecavir 141
ENTRESTO 25
enulose 40
EPCLUSA 142, 143
EPIDIOLEX 111
epinephrine 90
EPINEPHRINE 89, 90
epitol 17, 113
EPIVIR HBV 141
eplerenone 29
ERIVEDGE 131
ERLEADA 126
erlotinib hcl 131
errin 54
ertapenem sodium 104
ery 107
ery-tab 107, 108
erythrocin lactobionate 108
ERYTHROCIN STEARATE 108
erythromycin 108
erythromycin base 108
erythromycin ethylsuccinate 108
ESBRIET 84, 85
escitalopram oxalate 98, 118, 119
esomeprazole magnesium 40
estazolam 32
estradiol 53, 54
estradiol valerate 49, 54
estropipate 54
ethambutol hcl 125
ethosuximide 114
ethynodiol diac-eth estradiol .. 49
etidronate disodium 82
etodolac 12, 96
etodolac er 12, 96
EURAX 136
EVOTAZ 145
EXEL COMFORT POINT PEN NEEDLE 163
exemestane 128
ezetimibe 28
ezetimibe-simvastatin 23
F
falmina 49
famciclovir 144
famotidine 39
FANAPT 138
FANAPT TITRATION PACK 139
FARYDAK 129
febuxostat 12
felbamate 114
felodipine er 20
fenofibrate 27
fenofibrate micronized 27
fenofibric acid 27
fentanyl 91, 92, 93
fentanyl citrate 91, 93
FENTORA 92, 93
FERRIPROX 153
FETZIMA 119
FETZIMA TITRATION 119
finasteride 42
flac 71
flecainide acetate 26
FLOVENT DISKUS 87
FLOVENT HFA 87
fluconazole 123
fluconazole in sodium chloride 123
flucytosine 123
fludrocortisone acetate 45
flunisolide 87
fluocinolone acetonide 45
fluocinolone acetonide scalp .. 46
fluocinonide 36, 46
fluocinonide emulsified base .. 46
fluorometholone 68
fluorouracil 36
FLUOROURACIL 36
fluoxetine hcl 117, 119
fluphenazine decanoate 136
fluphenazine hcl 136
flurbiprofen 12, 96
flurbiprofen sodium 68
flutamide 126
fluticasone propionate 36, 46, 88
fluticasone-salmeterol 90
fluvastatin sodium 27
fluvoxamine maleate 119
fluvoxamine maleate er 119
FML 68
fondaparinux sodium 157
FORTEO 82
fosamprenavir calcium 145
fosinopril sodium 30
fosinopril sodium-hctz 23
FREAMINE HBC 153
furosemide 29
FUZEON 148
fyavolv 49
FYCOMPA 114
G
gabapentin 111
galantamine hydrobromide 11
galantamine hydrobromide er . 11
GAMMAGARD 59
GAMMAGARD S/D LESS IGA 59
GAMMAPLEX 59
GAMUNEX-C 59
GARDASIL 9 64
gatifloxacin 109
GATTEX 38
gavilyte-c 40
gavilyte-g 40
GAVILYTE-H 40
gavilyte-n with flavor pack 40
gemfibrozil 27
generlac 40
gengraf 61
gentak 99

gentamicin in saline.....99
gentamicin sulfate 99
GENVOYA 144
GEODON 15, 139
gianvi 49
GILDAGIA 49
GILENYA 35
GILOTRIF.....132
glatiramer acetate 35
GLATOPA 35
GLEOSTINE.....128
glimepiride 159
glipizide.....159
glipizide er.....159
glipizide-metformin hcl.....165
GLOBAL ALCOHOL PREP EASE.....101
GLUCAGEN HYPOKIT 162
GLUCAGON EMERGENCY 162
glycopyrrolate.....39
GLYXAMBI 160
GOLYTELY 40
granisetron hcl 122
GRANIX 158
griseofulvin microsize.....123
griseofulvin ultramicrosize...124
guanfacine hcl 25
guanfacine hcl er 34
guanidine hcl 15
H
halobetasol propionate.....46
haloperidol.....137
haloperidol decanoate.....137
haloperidol lactate 137
HARVONI 142, 143
HAVRIX 64
heparin sodium (porcine) 157
hepatamine 152
HETLIOZ.....72
HEXALEN.....126
HIBERIX.....64
HUMALOG 163
HUMALOG KWIKPEN.....163
HUMALOG MIX 50/50.....163
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN 163
HUMALOG MIX 75/25.....163
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN 163
HUMIRA.....62
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START.....61
HUMIRA PEN 61
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER 61
HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS START 62
HUMULIN 70/30.....163
HUMULIN 70/30 KWIKPEN 163
HUMULIN N 164
HUMULIN N KWIKPEN....163
HUMULIN R 164
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) 164
HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....164
hydralazine hcl 32
hydrochlorothiazide.....30
hydrocodone-acetaminophen..95
hydrocodone-ibuprofen 95
hydrocortisone.....14, 46, 47, 80
hydrocortisone butyrate.....46
hydrocortisone valerate 47
hydrocortisone-acetic acid.....71
hydromorphone hcl.....92
hydromorphone hcl pf 93
hydroxychloroquine sulfate..136
hydroxyurea.....127
I
ibandronate sodium 82
IBRANCE 129
ibu.....12, 96
ibuprofen 12, 96
icatibant acetate 60
ICLUSIG 132
IDHIFA 129
ILEVRO 68
imatinib mesylate 132
IMBRUVICA 132
imipenem-cilastatin 104
imipramine hcl.....120
imipramine pamoate.....120
imiquimod 36
IMOVAX RABIES 64
incassia 49
INCRELEX 55
INCRUSE ELLIPTA.....88
indapamide 30
INFANRIX 64
INLYTA 132
INTELENCE.....146
intralipid 152
INTRALIPID.....152
INTRON A 141, 142, 143
INTROVALE 49
INVEGA SUSTENNA.....139
INVEGA TRINZA 139
INVIRASE 145
INVOKAMET.....160
INVOKAMET XR 160
INVOKANA.....160
IONOSOL-MB IN D5W 152
IPOL 64
ipratropium bromide.....88
ipratropium-albuterol.....85
irbesartan 25
irbesartan-hydrochlorothiazide 23, 30
IRESSA 132
ISENTRESS 144
ISENTRESS HD 144
isibloom 49
ISOLYTE-P IN D5W 152
ISOLYTE-S 154
isoniazid.....125
isosorbide dinitrate 31
isosorbide dinitrate er 31
isosorbide mononitrate 31
isosorbide mononitrate er 31
isotretinoin.....36
isradipine 20
itraconazole.....124
ivermectin 135
IXIARO 64
J
JAKAFI 132
jantoven 157
JANUMET 165
JANUMET XR.....165
JANUVIA.....160
JARDIANCE.....160
JENTADUETO 160, 165
JENTADUETO XR.....160, 165
jolivette.....54
JULUCA.....147
junel 1.5/30.....50
junel 1/20.....50
junel fe 1.5/30.....50

junel fe 1/20 50
JUXTAPID 28
K
KALETRA 145
KALYDECO 83
kariva 50
kcl in dextrose-nacl 152
kelnor 1/35 50
kelnor 1/50 50
ketoconazole 124
ketoprofen 13, 96
ketorolac tromethamine 68, 69
KINRIX 65
kionex 153
KISQALI (200 MG DOSE) . 129
KISQALI (400 MG DOSE) . 129
KISQALI (600 MG DOSE) . 129
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) 129
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) 129
KISQALI FEMARA(200 MG DOSE) 129
klor-con 153, 154, 155
klor-con 10 ..... 154, 155
klor-con m10 ..... 154, 155
klor-con m15 ..... 154, 155
klor-con m20 ..... 154, 155
klor-con sprinkle 154, 155
KOMBIGLYZE XR 165
KORLYM 162
kurvelo 50
KUVAN 150
KYNAMRO 28
L
labetalol hcl 19
lactulose 40
lamivudine 142, 147
lamivudine-zidovudine 147
lamotrigine 17, 111, 115
lamotrigine er 17, 114
lamotrigine starter kit-blue 17, 115
lamotrigine starter kit-green .. 17, 115
lamotrigine starter kit-orange 17, 115
lansoprazole 40
lanthanum carbonate 43
LANTUS 164
LANTUS SOLOSTAR 164
larin 1.5/30 50
larin 1/20 50
larin fe 1.5/30 50
larin fe 1/20 50
LASTACAFT 66
latanoprost 70
LATUDA 139
leena 50
leflunomide 59, 60
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) 132
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) 132
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) 132
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) 132
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) 132
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) 133
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) 133
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) 133
lessina 50
letrozole 128
leucovorin calcium 127, 135
LEUKERAN 126
LEUKINE 158
leuprolide acetate 57
levalbuterol hcl 90
levalbuterol tartrate 90
LEVEMIR 164
LEVEMIR FLEXTOUCH ... 164
levetiracetam 116
levetiracetam er 116
LEVITRA 41, 42
levobunolol hcl 67
levocarnitine 152
levocetirizine dihydrochloride 86
levofloxacin 109
levofloxacin in d5w 109
levonest 50
levonorgest-eth estrad 91-day 50
levonorgestrel-ethinyl estrad .. 50
levora 0.15/30 (28) 50
levo-t 56
levothyroxine sodium 56
levoxyl 56
LEXIVA 145
lidocaine 97
lidocaine hcl 97
lidocaine hcl urethral/mucosal 97
lidocaine viscous hcl 97
lidocaine-prilocaine 97
lindane 136
linezolid 101
LINZESS 39
liothyronine sodium 56
lisinopril 31
lisinopril-hydrochlorothiazide 23
lithium 18
lithium carbonate 18
lithium carbonate er 18
LONSURF 127
loperamide hcl 38
lopinavir-ritonavir 145
lorazepam 98, 111
LORBRENA 133
lorcet 95
lorcet hd 95
lorcet plus 95
loryna 50
losartan potassium 25
losartan potassium-hctz 23
LOTEMAX 69
LOTEMAX SM 69
loteprednol etabonate 69
lovastatin 27, 28
low-ogestrel 50
loxapine succinate 137
LUMIGAN 70
LUPANETA PACK 57
LUPRON DEPOT (1-MONTH) 58
LUPRON DEPOT (3-MONTH) 58
LUPRON DEPOT (4-MONTH) 58
LUPRON DEPOT (6-MONTH) 58
lutera 50
LYNPARZA 128
LYRICA CR 32, 114
LYSODREN 57
lyza 54
M
magnesium sulfate 154

malathion 136
maprotiline hcl..... 117
marlissa..... 50, 54
MARPLAN 118
MATULANE 126
matzim la..... 20
MAVYRET 142
MAXIDEX 69
meclizine hcl 121
medroxyprogesterone acetate 54, 55
mefloquine hcl..... 136
megestrol acetate 55
MEKINIST..... 133
MEKTOVI 133
meloxicam 13, 96
memantine hcl 11
memantine hcl er 11
MENACTRA 65
menest..... 54
MENVEO..... 65
meperidine hcl 92
mercaptopurine..... 62
meropenem 105
mesalamine..... 39, 80
MESNEX 128
metadate er 34
metformin hcl 161
metformin hcl er 160
methadone hcl 93
methazolamide 30, 67
methenamine hippurate 101
methimazole 59
methotrexate 62
methotrexate sodium 62
methotrexate sodium (pf) 62
methoxsalen rapid 37
methyclothiazide 30
methylphenidate hcl 34
methylphenidate hcl er 34
methylprednisolone 14, 47, 80
methylprednisolone acetate 14
metipranolol 67
metoclopramide hcl 38, 121
metolazone 30
metoprolol succinate er 19
metoprolol tartrate 19
metoprolol-hydrochlorothiazide 23
metronidazole 101
metronidazole in nacl 101
mexiletine hcl 26
microgestin 1.5/30 50
microgestin 1/20 51
microgestin fe 1.5/30 51
microgestin fe 1/20 51
midodrine hcl..... 25
MIGERGOT 76
miglitol 161
miglustat 150
minitran 31
minocycline hcl 71, 110
minoxidil 32
mirtazapine 117
misoprostol 41, 56
M-M-R II..... 65
modafinil 72
moderiba..... 143
moexipril hcl..... 31
moexipril-hydrochlorothiazide 23
molindone hcl 137
mometasone furoate 47
mononessa 51
montelukast sodium..... 88
morphine sulfate 92, 94
morphine sulfate (concentrate) 93
morphine sulfate er 94
morphine sulfate er beads 94
MOVANTIK 38
MOVIPREP..... 40
MOXEZA 109
moxifloxacin hcl..... 109
MULTAQ 26
mupirocin..... 101
mupirocin calcium 101
MYCAMINE..... 124
mycophenolate mofetil 62
mycophenolate sodium 62, 63
MYORISAN..... 37
MYRBETRIQ 43

N

nabumetone 13, 96
nadolol 19
nafcillin sodium..... 106
naloxone hcl 73
naltrexone hcl 74
naproxen 13, 96
naproxen dr..... 13, 96
naproxen sodium 13, 96
naratriptan hcl 75
NATACYN..... 124
nateglinide 161
NATPARA 82
NEBUPENT 136
necon 0.5/35 (28)..... 51
NECON 1/50 (28)..... 51
NECON 7/7/7 51
nefazodone hcl..... 117
neomycin sulfate..... 100
neomycin-bacitracin zn-polymyx 70
neomycin-polymyxin-dexameth 70
neomycin-polymyxin-gramicidin..... 70
neomycin-polymyxin-hc.. 70, 71, 72
NEORAL..... 63
NEPHRAMINE..... 152
NERLYNX 133
NEUPOGEN..... 158
NEUPRO 78
NEVANAC..... 69
nevirapine 146
nevirapine er 146
NEXAVAR..... 133
niacin er (antihyperlipidemic) 28
niacor 28
nicardipine hcl 20
NICOTROL..... 73
NICOTROL NS..... 73
nifedipine er..... 20
nifedipine er osmotic release .. 20
nikki 51
nilutamide 126
nimodipine..... 21
NINLARO 128
nisoldipine er 21
nitro-bid 31
NITRO-DUR 31
nitrofurantoin macrocrystal .. 101
nitrofurantoin monohyd macro 102
nitroglycerin 31, 32
nizatidine 39
nora-be..... 51
NORDITROPIN FLEXPRO .. 55
norethindrone..... 55

norethindrone acetate 55
norlyroc 51
normosol-m in d5w 152
NORMOSOL-R IN D5W..... 152
NORMOSOL-R PH 7.4 154
NORTHERA 25
NORTREL 0.5/35 (28)..... 51
nortrel 1/35 (21) 51
nortrel 1/35 (28) 51
nortrel 7/7/7 51
nortriptyline hcl 121
NORVIR..... 145
NOXAFIL 124
NUBEQA 126
NUCALA 85
NUEDEXTA 32
nulytely with flavor packs 41
NUPLAZID 139
NUTRILIPID 152
NUVARING..... 51
NYAMYC 124
nystatin 124
nystatin-triamcinolone..... 37
NYSTOP 124
O
ocella 51
octreotide acetate..... 58
ODEFSEY 148
ODOMZO 133
OFEV 84, 85, 133
ofloxacin..... 109
olanzapine..... 15, 16, 140
olanzapine-fluoxetine hcl 117, 118
olmesartan medoxomil 25
olmesartan medoxomil-hctz .. 24, 26
olmesartan-amlodipine-hctz ... 24
olopatadine hcl 67, 86
omega-3-acid ethyl esters..... 29
omeprazole 40
ondansetron 122
ondansetron hcl 122
ONGLYZA..... 161
OPSUMIT 86
ORFADIN 150
ORKAMBI 84
orsythia 51
oseltamivir phosphate..... 149
OSPHENA 51, 53
oxacillin sodium 106
oxandrolone 53
oxaprozin 13, 96
oxcarbazepine 113
oxybutynin chloride..... 43
oxybutynin chloride er..... 43
oxycodone hcl..... 92
oxycodone-acetaminophen 95
OZEMPIC 161
P
pacerone..... 26
paliperidone er 140
PANRETIN 134
pantoprazole sodium..... 40
paricalcitol 82
paromomycin sulfate 100
paroxetine hcl 99, 119
paroxetine hcl er 99, 119
paser..... 125
PAXIL 99, 119
PAZEO 67
PEDIARIX 65
PEDVAX HIB 65
peg 3350/electrolytes..... 41
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl ... 41
peg-3350/electrolytes 41
PEGANONE 113
PEGASYS 143
penicillin g pot in dextrose ... 106
penicillin g potassium..... 106
penicillin g procaine 106
penicillin g sodium 106
penicillin v potassium..... 106
PENTAM..... 136
pentoxifylline er 22
PERFOROMIST 90
perindopril erbumine 31
PERIOGARD 71
permethrin 136
perphenazine..... 121, 137
perphenazine-amitriptyline .. 117, 118
PERSERIS 140
phenadoz..... 121
phenelzine sulfate 118
phenobarbital 111, 112
PHENYTEK 113
phenytoin 113
phenytoin sodium extended .. 113
PHOSPHOLINE IODIDE..... 68
PIFELTRO 146
pilocarpine hcl 68, 71
pimozide 137
pimtrea..... 51
pindolol..... 19
pioglitazone hcl 161
pioglitazone hcl-glimepiride. 165
pioglitazone hcl-metformin hcl 165
piperacillin sod-tazobactam so 107
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) 129
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) 129
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) 130
pirmella 1/35..... 51
piroxicam 13, 97
PLASMA-LYTE 148 154
PLASMA-LYTE A 154
podofilox..... 37
polyethylene glycol 3350 41
polymyxin b sulfate 102
polymyxin b-trimethoprim 70
POMALYST..... 126
portia-28 52
potassium chloride..... 155
potassium chloride crys er 154
potassium chloride er.... 154, 155
potassium chloride in dextrose 152
potassium chloride in nacl 155
potassium citrate er..... 41, 42
PRADAXA..... 157
pramipexole dihydrochloride.. 78
pramipexole dihydrochloride er 78
prasugrel hcl 156
pravastatin sodium..... 28
praziquantel 135
prazosin hcl..... 24, 42
prednisolone 14, 47, 81
prednisolone acetate ... 14, 69, 81
prednisolone sodium phosphate 14, 15, 47, 69, 81
prednisone..... 15, 47, 81
prednisone intensol 15, 47, 81
PREFERRED PLUS INSULIN SYRINGE..... 164

pregabalin 33, 114
PREMARIN 54
premasol 153
PREMPRO 52
prenatal 153
prevalite 29
previfem 52
PREVYMIS 141
PREZCOBIX 145
PREZISTA 146
PRIFTIN 125
primaquine phosphate 136
primidone 112
PRIVIGEN 59
probenecid 12
PROCALAMINE 153
prochlorperazine 121
prochlorperazine maleate 121, 137
PROCRIT 158
PROCTO-PAK 47
proctosol hc 81
PROCTOZONE-HC 38, 47
progesterone micronized 55
PROGLYCEM 162
PROGRAF 63
PROLASTIN-C 83
PROLIA 82
PROMACTA 158, 159
promethazine hcl 87, 121
propafenone hcl 26
propafenone hcl er 26
proparacaine hcl 69
propranolol hcl 19
propranolol hcl er 19
propranolol-hctz 24
propylthiouracil 59
PROQUAD 65
PROSOL 153
protriptyline hcl 121
PULMICORT FLEXHALER 88
PULMOZYME 84, 85
PURIXAN 127
pyrazinamide 125
pyridostigmine bromide 15
pyridostigmine bromide er 15
Q
QUADRACEL 65
QUASENSE 52
quetiapine fumarate 16, 117, 140
quetiapine fumarate er ... 16, 117, 140
quinapril hcl 31
quinapril-hydrochlorothiazide 24
quinidine gluconate er 26
quinidine sulfate 26
quinine sulfate 136
R
RABAVERT 65
raloxifene hcl 53
ramelteon 72
ramipril 31
ranitidine hcl 39
ranolazine er 22
rasagiline mesylate 79
RAVICTI 150
REBETOL 142, 143
reclipsen 52
RECOMBIVAX HB 65
REGRANEX 37
RELENZA DISKHALER 149
RELI-ON INSULIN SYRINGE 164
RELISTOR 38
repaglinide 161
repaglinide-metformin hcl 166
REPATHA 29
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM 29
REPATHA SURECLICK 29
RESCRIPTOR 146
RESTASIS 69
REVATIO 86
REVLIMID 126, 127
REXULTI 140
REYATAZ 146
ribasphere 142
RIBASPHERE 142, 143
ribavirin 142, 143
rifabutin 125
rifampin 125
RIFATER 125
riluzole 32
rimantadine hcl 149
risedronate sodium 82
RISPERDAL CONSTA . 16, 140
risperidone 16, 140, 141
ritonavir 146
rivastigmine 11
rivastigmine tartrate 11
rizatriptan benzoate 75
ropinirole hcl 78
ropinirole hcl er 78
rosuvastatin calcium 28
ROTARIX 65
ROTATEQ 65
roweepra 116
roweepra xr 116
RUBRACA 128
RYDAPT 133
S
SANDIMMUNE 63
SANTYL 37
SAPHRIS 16, 141
SAVELLA 33
SAVELLA TITRATION PACK 33
scopolamine 39, 121
selegiline hcl 79
selenium sulfide 37
SELZENTRY 148, 149
SEREVENT DISKUS 90
sertraline hcl 99, 119
sevelamer carbonate 43, 44
sharobel 52
SHINGRIX 65
SIGNIFOR 58
sildenafil citrate 86
SILENOR 97, 121
silver sulfadiazine 109
SIMBRINZA 68
simvastatin 28
sirolimus 63
SIRTURO 125
SIVEXTRO 102
sodium chloride 155
sodium fluoride 155
sodium phenylbutyrate ... 42, 150
sodium polystyrene sulfonate 153
solifenacin succinate 43
SOLTAMOX 134
SOMATULINE DEPOT 58
SOMAVERT 58
sorine 27
sotalol hcl 27
sotalol hcl (af) 27
SOVALDI 142, 143
SPIRIVA HANDIHALER 89
SPIRIVA RESPIMAT 89

spironolactone 29
spironolactone-hctz 24
sprintec 28 52
SPRITAM..... 116
SPRYCEL 133
sps..... 153
sronyx 52
ssd..... 109
stavudine..... 148
STIOLTO RESPIMAT 83
STIVARGA..... 133
streptomycin sulfate 100
STRIBILD..... 144
SUCRAID 150
sucralfate 41
sulfacetamide sodium..... 69, 70, 109
sulfacetamide-prednisolone... 15, 70
sulfadiazine..... 109
sulfamethoxazole-trimethoprim 109, 110
SULFAMYLON..... 102
sulfasalazine 81
sulindac..... 13, 97
sumatriptan 75
sumatriptan succinate 75, 76
sumatriptan succinate refill 75
SUPRAX 104
SUPREP BOWEL PREP KIT 155
SUTENT..... 133
SYLATRON..... 127, 143
SYMBICORT..... 85
SYMFI..... 148
SYMFI LO 148
SYMLINPEN 120 161
SYMLINPEN 60 161
SYMPAZAN 112
SYMTUZA..... 145
SYNAREL 58
SYNJARDY 161
SYNJARDY XR 162
SYNRIBO 127
SYNTHROID..... 57
T
TABLOID 127
tacrolimus 37, 63
tadalafil (pah) 86
TAFINLAR 134
TAGRISSO 134
TALZENNA..... 128
TAMIFLU 149
tamoxifen citrate..... 134
tamsulosin hcl..... 42
TARGRETIN 135
tarina fe 1/20..... 52
TASIGNA 134
tazarotene..... 37
TAZORAC 37
taztia xt 21
TDVAX 65
TEFLARO 104
TEGRETOL 18, 113
TEGRETOL-XR 18, 113
telmisartan 26
telmisartan-hctz 24
temazepam..... 72
TENIVAC 66
tenofovir disoproxil fumarate 142, 148
terazosin hcl..... 24, 42
terbinafine hcl..... 124
terbutaline sulfate 90
terconazole..... 124, 125
testosterone..... 53
testosterone cypionate 53
testosterone enanthate..... 53
tetrabenazine..... 32
tetracycline hcl 110
THALOMID..... 126
theo-24..... 91
theophylline 91
theophylline er..... 91
thioridazine hcl 137
thiothixene 137
tiagabine hcl 112
TIBSOVO..... 130
tigecycline 102
timolol maleate..... 19, 68, 76
TIVICAY..... 145
tizanidine hcl 75, 166
TOBRADEX 100
tobramycin..... 100
tobramycin sulfate 100
tobramycin-dexamethasone.... 70
TOBREX 100
tolazamide 162
tolbutamide..... 162
tolterodine tartrate 43
tolterodine tartrate er 43
topiramate..... 76, 115
topiramate er..... 115
toremifene citrate..... 134
torsemide 29
TOUJEO MAX SOLOSTAR 164
TOUJEO SOLOSTAR 164
tpn electrolytes..... 153
TRADJENTA 162
tramadol hcl 92
tramadol-acetaminophen 95
trandolapril 31
tranexamic acid..... 156
tranylcypromine sulfate 118
TRAVASOL..... 153
TRAVATAN Z..... 70
trazodone hcl 117
TRECATOR 125
TRELSTAR MIXJECT 59
tretinoin..... 37, 135
triamcinolone acetonide... 15, 48, 71
triamterene-hctz 24
triderm 48
trientine hcl 153
trifluoperazine hcl..... 137
trifluridine..... 144
trihexyphenidyl hcl 79
TRI-LEGEST FE..... 52
trilyte..... 41
trimethoprim 102
trimipramine maleate..... 121
trinessa (28) 52
TRINTELLIX..... 120
tri-previfem..... 52
tri-sprintec..... 52
TRIUMEQ 149
trivora (28)..... 52
TROPHAMINE..... 153
trospium chloride..... 43
TRUMENBA..... 66
TRUVADA..... 148
TURALIO..... 134
TWINRIX..... 66
TYBOST..... 149
TYKERB 134
TYMLOS..... 83
TYPHIM VI..... 66

U
unithroid 57
UPTRAVI..... 22
ursodiol..... 38
V
valacyclovir hcl 144
VALCHLOR 37, 126
valganciclovir hcl 141
valproic acid 18, 76, 112
valsartan 26
valsartan-hydrochlorothiazide 24
vancomycin hcl 102
vandazole..... 102
VAQTA..... 66
VARIVAX 66
VARIZIG 66
VASCEPA..... 29
VELIVET 52
VEMLIDY 142
VENCLEXTA..... 128
VENCLEXTA STARTING PACK 128
venlafaxine hcl 99, 120
venlafaxine hcl er 99, 120
VENTAVIS..... 86
VENTOLIN HFA..... 90
verapamil hcl 21
verapamil hcl er..... 21
versacloz..... 138
VERZENIO..... 130
VESTURA 52
VIAGRA 42
VICTOZA 162
VIDEX 148
VIDEX EC 148
vigabatrin..... 112
VIGADRONE 112
VIIBRYD 120
VIIBRYD STARTER PACK 120
VIMPAT..... 113, 114
VIRACEPT 146
VIRAMUNE 147
VIREAD..... 142, 148
VITRAKVI..... 130
VIZIMPRO..... 134
voriconazole 125
VOSEVI 143
VOTRIENT 134
VRAYLAR..... 16, 141
VYFEMLA..... 52
W
warfarin sodium..... 157
X
XALKORI 134
XARELTO 157
XARELTO STARTER PACK 157
XATMEP..... 63
XELJANZ 63
XELJANZ XR 63
XGEVA 83
XIFAXAN 38, 102
XOLAIR..... 85
XOSPATA..... 130
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY)..... 127
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY)..... 127
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY)..... 127
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY)..... 127
XTANDI..... 126
XURIDEN 150
XYREM..... 72
Y
YF-VAX 66
YONSA 126
Z
zafirlukast 88
zaleplon..... 73
ZEJULA 128
ZELBORAF 134
ZEMAIRA..... 83
zenatane 37
ZENATANE..... 37
ZENCHENT 52
ZENPEP 150
ZERIT..... 148
zidovudine 148
ziprasidone hcl..... 16, 141
ZIRGAN 141
ZOLINZA..... 125, 130
zolmitriptan..... 76
zolpidem tartrate..... 73
ZOLPIDEM TARTRATE ER... 73
zonisamide..... 114
ZONTIVITY..... 156
ZORTRESS 63
ZOSTAVAX..... 66
zovia 1/35e (28)..... 52
ZYDELIG..... 130
ZYKADIA..... 134
ZYTIGA 126

Este formulario fue actualizado el 22 de octubre de 2019. Para información más reciente, o para otras preguntas, por favor, comuníquese con Servicios al Afiliado de MMM Healthcare, LLC al 787-620-2397 (Área Metro), 1-866-333-5470 (libre de cargos); o usuarios de TTY deben llamar al 1-866-333-5469, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. o visite www.mmmpr.com

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

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

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

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

Y0049_2019 1085 0001 2_C