

Medicare y Mucho Más
MMM Supremo (HMO SNP)
MMM Extra (HMO POS)
MMM Advantage (PPO)
Formulario 2019
(Lista de Medicamentos Cubiertos)

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

HPMS ID 19524, Versión # 11

Este formulario fue actualizado el 23 de abril de 2019. Para información más reciente, o para otras preguntas, por favor, comuníquese con Servicios al Afiliado de MMM Healthcare, LLC al 787-620-2397 (Área Metro), 1-866-333-5470 (libre de cargos), o usuarios de TTY deben llamar al 1-866-333-5469, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., o visite www.mmmpr.com.

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

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

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

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

¿Qué es el Formulario de Medicare y Mucho Más?

Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos, seleccionados por nuestro plan, en consulta con un equipo de proveedores de salud, que representa las terapias de medicamentos recetados que se consideran parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Nuestro plan generalmente cubrirá los medicamentos que aparecen en nuestro formulario, siempre y cuando el medicamento sea medicamento

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 11. En este formulario, los medicamentos están agrupados por categoría según el tipo de condición médica que tratan. Por ejemplo, los medicamentos que se utilizan para tratar una condición cardíaca aparecen listados bajo la categoría “Agentes Cardiovasculares”. Si usted sabe para qué se usa su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página 9. Luego, busque el nombre del medicamento dentro de esa categoría.

Listado alfabético

Si no está seguro de la categoría en la que debe realizar su búsqueda, busque su medicamento en el índice que comienza en la página 148. El índice ofrece una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. En el índice aparecen tanto los medicamentos de marca como los medicamentos genéricos. Vea el índice y busque su medicamento. Junto al medicamento verá el número de la página en la que podrá encontrar información sobre la cubierta. Vaya a la página que se indica en el índice y busque el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

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

¿Existe alguna restricción en mi cubierta?

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

- **Preautorización:** Nuestro plan exige que el afiliado o su médico obtenga preautorización para ciertos medicamentos. Esto significa que necesitará la aprobación de nuestro plan antes de adquirir la receta. Si no obtiene la aprobación del plan, es posible que nuestro plan no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad:** Para ciertos medicamentos, nuestro plan limita la cantidad del medicamento cubierto. Por ejemplo, nuestro plan establece la cantidad de 30 tabletas por receta para *irbesartan*. Esto puede ser adicional a un suministro regular para un (1) mes o tres (3) meses.
- **Terapia escalonada:** En ciertos casos, nuestro plan exige que se trate primero la condición médica con ciertos medicamentos antes de cubrir otro medicamento para esa condición. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B se usan para tratar su condición médica en particular, es posible que nuestro plan no cubra el Medicamento B, a menos que primero utilice el Medicamento A. Si el Medicamento A no funciona en su caso, nuestro plan cubrirá el Medicamento B.

Usted puede verificar si su medicamento tiene algún requisito o límite adicional, consultando el formulario que empieza en la página 11. También puede obtener información adicional sobre las restricciones que se aplican a medicamentos específicos cubiertos en su formulario, visitando nuestra página de Internet. Publicamos documentos en Internet que explican nuestras restricciones de preautorización y terapia escalonada. También nos puede solicitar que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, al igual que la fecha en que este formulario fue actualizado, aparece en la portada y contraportada.

Usted puede solicitar que nuestro plan haga una excepción a estas restricciones o límites, o que le facilite una lista de medicamentos similares que puedan tratar su condición de salud. Consulte la sección: “¿Cómo solicito una excepción al Formulario de 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, muéstrasela a su médico y solicite que le recete un medicamento que esté cubierto por nuestro plan.
- Puede solicitar a nuestro plan que haga una excepción y le cubra el medicamento. Consulte la información a continuación para saber cómo solicitar una excepción.

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

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

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

El formulario a continuación ofrece información sobre la cubierta de los medicamentos cubiertos por nuestro plan. Si tiene dificultad para localizar un medicamento en la lista, consulte el índice que comienza en la página 148.

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

MMM Supremo (HMO SNP)	Nivel	Medicamento	Copago por cantidad al detal (30 días)	Copago por cantidad al detal (90 días)	Copago por orden por correo (90 días)
	1	Genérico Preferido	\$0.00	\$0.00	\$0.00
	2	Genérico	\$0.00	\$0.00	\$0.00
	3	Marca Preferida	\$8.00	\$16.00	\$16.00
	4	Marca No Preferida	\$25.00	\$50.00	\$50.00
	5	Especialidad	25%	No Cubierto	No Cubierto

Luego de que su costo total anual en medicamentos alcance \$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:

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

Luego de que los costos totales de su bolsillo alcancen los \$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:

MMM Extra (HMO POS)	Nivel	Medicamento	Copago por cantidad al detal (30 días)	Copago por cantidad al detal (90 días)	Copago por orden por correo (90 días)
	1	Genérico Preferido	\$2.00	\$4.00	\$4.00
	2	Genérico	\$5.00	\$10.00	\$10.00
	3	Marca Preferida	\$30.00	\$60.00	\$60.00
	4	Marca No Preferida	\$50.00	\$100.00	\$100.00
	5	Especialidad	25%	No Cubierto	No Cubierto

Luego de que su costo total anual en medicamentos alcance \$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:

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

Luego de que los costos totales de su bolsillo alcancen los \$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:

MMM Advantage (PPO)	Nivel	Medicamento	Copago por cantidad al detal (30 días)	Copago por cantidad al detal (90 días)	Copago por orden por correo (90 días)
	1	Genérico Preferido	\$0.00	\$0.00	\$0.00
	2	Genérico	\$5.00	\$10.00	\$10.00
	3	Marca Preferida	\$35.00	\$70.00	\$70.00
	4	Marca No Preferida	\$50.00	\$100.00	\$100.00
	5	Especialidad	25%	No Cubierto	No Cubierto

Luego de que su costo total anual en medicamentos alcance \$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:

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

Luego de que los costos totales de su bolsillo alcancen los \$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

Tabla de Contenido

Agentes Antidemencia	11
Agentes Antigota	11
Agentes Antiinflamatorios	12
Agentes Antimiasténicos	14
Agentes Bipolares	14
Agentes Cardiovasculares	17
Agentes Del Sistema Nervioso Central	29
Agentes Dermatológicos	32
Agentes Gastrointestinales	34
Agentes Genitourinarios	37
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Adrenal)	39
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Modificadores/Hormonas Sexuales)	43
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Pituitaria)	49
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Prostaglandinas)	49
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Tiroides)	49
Agentes Hormonales, Supresores (Adrenal)	50
Agentes Hormonales, Supresores (Pituitaria)	50
Agentes Hormonales, Supresores (Tiroides)	52
Agentes Inmunológicos	52
Agentes Ofálmicos	58
Agentes Orales Y Dentales	62
Agentes Oticos	63
Agentes Para El Desorden Del Sueño	63
Agentes Para El Tratamiento De Abuso De Sustancias. Anti-Adicción	64
Agentes Para El Tratamiento De La Espasticidad	65
Agentes Para El Tratamiento De La Migraña	66
Agentes Para El Tratamiento De Parkinson	67
Agentes Para La Enfermedad Inflamatoria Intestinal	70
Agentes Parala Enfermedad Metabólica Del Hueso	71
Agentes Pulmonares/ Tracto Respiratorio	73
Analgésicos	80
Anestésicos	85
Ansiolíticos	85
Antibacteriales	87
Anticonvulsivos	96
Antidepresivos	101

Antieméticos	106
Antifungales	107
Antimicrobianas	109
Antineoplásicos	110
Antiparasitarios	117
Antisecundarios	118
Antivirales	122
Desorden Genético O Enzimático: Reemplazo, Modificadores, Tratamiento	130
Electrolitos / Minerales/ Vitaminas	131
Productos Sanguíneos / Modificadores / Expansores De Volumen	135
Reguladores De Glucosa En Sangre	138
Relajantes Musculo Esqueléticos	144
Non-Frf	144

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
Agentes Antidemencia			
Antagonistas Del Receptor De N-Metil-D-Aspartato (Nmda)			
<i>memantine hcl er oral capsule extended release 24 hour 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg</i>	NAMENDA XR	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>memantine hcl oral solution 2 mg/ml</i>		2	MT; CG
<i>memantine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	NAMENDA	2	MT; CG
<i>memantine hcl oral tablet 5 (28)-10 (21) mg</i>	NAMENDA TITRATION PAK	2	CG
Inhibidores De Colinesterasa			
<i>donepezil hcl oral tablet 10 mg, 23 mg, 5 mg</i>	ARICEPT	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>donepezil hcl oral tablet dispersible 10 mg, 5 mg</i>		1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>	RAZADYNE ER	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>galantamine hydrobromide oral solution 4 mg/ml</i>		2	MT; CG
<i>galantamine hydrobromide oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>	RAZADYNE	2	MT; CG
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>		2	MT; CG
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24hr, 4.6 mg/24hr, 9.5 mg/24hr</i>	EXELON	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
Agentes Antigota			
Agentes Antigota			
<i>allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	ZYLOPRIM	1	MT; CG
<i>colchicine oral capsule 0.6 mg</i>	MITIGARE	3	
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i>	COLCRYS	2	
<i>colchicine-probenecid oral tablet 0.5-500 mg</i>		2	MT; CG

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>		2	CG
ULORIC ORAL TABLET 40 MG, 80 MG		3	ST; MT
Agentes Antiinflamatorios			
<i>Antiinflamatorios No-Esteroidales</i>			
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	CELEBREX	2	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>celecoxib oral capsule 400 mg</i>	CELEBREX	2	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>		2	
<i>diclofenac sodium er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>		2	
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>		2	
<i>diflunisal oral tablet 500 mg</i>		2	
<i>etodolac er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 500 mg, 600 mg</i>		2	
<i>etodolac oral capsule 200 mg</i>		2	
<i>etodolac oral tablet 400 mg</i>	LODINE	2	
<i>etodolac oral tablet 500 mg</i>		2	
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg, 50 mg</i>		2	
<i>ibu oral tablet 600 mg, 800 mg</i>		1	
<i>ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml</i>		2	
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	IBU	1	
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	MOBIC	1	QL (30 EA per 30 days)
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>		2	
<i>naproxen dr oral tablet delayed release 375 mg</i>	EC-NAPROSYN	2	
<i>naproxen dr oral tablet delayed release 500 mg</i>		2	
<i>naproxen oral suspension 125 mg/5ml</i>	NAPROSYN	2	

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	NAPROSYN	1	
<i>naproxen oral tablet 375 mg</i>		1	
<i>naproxen sodium oral tablet 275 mg</i>		2	
<i>naproxen sodium oral tablet 550 mg</i>	ANAPROX DS	2	
<i>oxaprozin oral tablet 600 mg</i>	DAYPRO	2	
<i>piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	FELDENE	2	
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>		2	
Glucocorticoides			
<i>betamethasone dipropionate aug external cream 0.05 %</i>	DIPROLENE AF	2	
<i>betamethasone dipropionate aug external gel 0.05 %</i>		2	
<i>betamethasone dipropionate aug external lotion 0.05 %</i>		2	
<i>betamethasone dipropionate aug external ointment 0.05 %</i>	DIPROLENE	2	
<i>betamethasone dipropionate external cream 0.05 %</i>		2	
<i>betamethasone dipropionate external lotion 0.05 %</i>		2	
<i>betamethasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>		2	
<i>betamethasone valerate external cream 0.1 %</i>		2	
<i>betamethasone valerate external lotion 0.1 %</i>		2	
<i>betamethasone valerate external ointment 0.1 %</i>		2	
BLEPHAMIDE S.O.P. OPHTHALMIC OINTMENT 10-0.2 %		4	
<i>cortisone acetate oral tablet 25 mg</i>		2	
<i>dexamethasone intensol oral concentrate 1 mg/ml</i>		2	

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>dexamethasone oral elixir 0.5 mg/5ml</i>	DECADRON	2	
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 4 mg, 6 mg</i>	DECADRON	2	
<i>dexamethasone oral tablet 1 mg, 1.5 mg, 2 mg</i>		2	
<i>hydrocortisone oral tablet 20 mg, 5 mg</i>	CORTEF	2	
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	MEDROL	2	
<i>prednisolone acetate ophthalmic suspension 1 %</i>	OMNIPRED	2	
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5ml</i>		2	
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic solution 1 %</i>		2	
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 25 mg/5ml, 6.7 (5 base) mg/5ml</i>		2	
<i>prednisone intensol oral concentrate 5 mg/ml</i>		2	
<i>prednisone oral solution 5 mg/5ml</i>		2	
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 50 mg</i>		1	
<i>prednisone oral tablet 20 mg</i>	DELTASONE	1	
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution 10-0.23 %</i>		2	
Agentes Antimiasténicos			
Parasimpatomiméticos			
<i>guanidine hcl oral tablet 125 mg</i>		2	CG
<i>pyridostigmine bromide er oral tablet extended release 180 mg</i>	MESTINON	2	CG
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i>	MESTINON	2	CG
Agentes Bipolares			
Agentes Bipolares, Otros			
GEODON INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED 20 MG		4	PA; QL (6 EA per 3 days)

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

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

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	GEODON	2	CG
<i>Estabilizadores De Humor</i>			
<i>carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	CARBATROL	2	MT; CG
<i>carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 100 mg</i>	TEGRETOL-XR	2	MT; CG
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5ml</i>	TEGRETOL	2	MT; CG
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>		2	MT; CG
<i>carbamazepine oral tablet chewable 100 mg</i>		2	MT; CG
<i>divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 500 mg</i>	DEPAKOTE ER	2	MT; CG
<i>divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle 125 mg</i>	DEPAKOTE SPRINKLES	2	MT; CG
<i>divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	DEPAKOTE	2	MT; CG
<i>epitol oral tablet 200 mg</i>		2	MT; CG
<i>lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 50 mg</i>	LAMICTAL XR	2	MT
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	LAMICTAL	2	MT; CG
<i>lamotrigine oral tablet chewable 25 mg, 5 mg</i>	LAMICTAL	2	MT; CG
<i>lamotrigine oral tablet dispersible 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	LAMICTAL ODT	2	MT; CG
<i>lamotrigine starter kit-blue oral kit 25 (35) mg</i>	LAMICTAL STARTER	2	MT; CG
<i>lamotrigine starter kit-green oral kit 25 (84)-100(14) mg</i>	LAMICTAL STARTER	2	MT; CG; LA
<i>lamotrigine starter kit-orange oral kit 25 (42)-100 (7) mg</i>	LAMICTAL STARTER	2	MT; CG

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>lithium carbonate er oral tablet extended release 300 mg</i>	LITHOBID	2	MT; CG
<i>lithium carbonate er oral tablet extended release 450 mg</i>		2	MT; CG
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>		1	MT; CG
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>		2	MT; CG
<i>lithium oral solution 8 meq/5ml</i>		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
<i>valproate sodium oral solution 250 mg/5ml</i>	DEPAKENE	2	MT; CG
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	DEPAKENE	2	MT; CG
Agentes Cardiovasculares			
Agentes Bloqueadores Beta-Adrenérgicos			
<i>acebutolol hcl oral capsule 200 mg, 400 mg</i>		1	MT; CG
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	TENORMIN	1	MT; CG
<i>betaxolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg</i>		1	MT; CG
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		1	MT; CG
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i>	COREG	1	MT; CG
<i>carvedilol phosphate er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	COREG CR	2	MT; CG
<i>labetalol hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>		1	MT; CG

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>	TOPROL XL	1	MT; CG; QL (120 EA per 30 days)
<i>metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	TOPROL XL	1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	LOPRESSOR	1	MT; CG
<i>metoprolol tartrate oral tablet 25 mg</i>		1	MT; CG
<i>nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	CORGARD	2	MT; CG
<i>pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		2	MT; CG
<i>propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i>	INDERAL LA	2	MT; CG
<i>propranolol hcl oral solution 20 mg/5ml, 40 mg/5ml</i>		2	MT; CG
<i>propranolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>		1	MT; CG
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>		2	MT; CG
Agentes Bloqueadores De Canales De Calcio			
<i>amlodipine besylate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	NORVASC	1	MT; CG
<i>cartia xt oral capsule extended release 24 hour 120 mg</i>		1	MT; CG
<i>cartia xt oral capsule extended release 24 hour 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>		1	MT; CG
<i>diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 360 mg</i>		1	MT; CG
<i>diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 420 mg</i>		1	MT; CG
<i>diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	CARDIZEM CD	1	MT; CG

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>		1	MT; CG
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	CARDIZEM	1	MT; CG
<i>diltiazem hcl oral tablet 90 mg</i>		1	MT; CG
<i>dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>		1	MT; CG
<i>felodipine er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>		1	MT; CG
<i>isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg</i>		1	MT; CG
<i>matzim la oral tablet extended release 24 hour 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>		2	MT; CG
<i>nicardipine hcl oral capsule 20 mg, 30 mg</i>		1	MT; CG
<i>nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>		1	MT; CG
<i>nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 90 mg</i>	PROCARDIA XL	1	MT; CG
<i>nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 60 mg</i>		1	MT; CG
<i>nimodipine oral capsule 30 mg</i>		5	
<i>nisoldipine er oral tablet extended release 24 hour 17 mg, 34 mg, 8.5 mg</i>	SULAR	1	MT; CG
<i>taztia xt oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>		1	MT; CG
<i>taztia xt oral capsule extended release 24 hour 360 mg</i>		1	MT; CG
<i>verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	VERELAN PM	2	MT; CG
<i>verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 360 mg</i>	VERELAN	2	MT; CG
<i>verapamil hcl er oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	CALAN SR	1	MT; CG
<i>verapamil hcl oral tablet 120 mg</i>	CALAN	1	MT; CG

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>verapamil hcl oral tablet 40 mg, 80 mg</i>		1	MT; CG
Agentes Cardiovasculares, Otros			
CORLANOR ORAL TABLET 5 MG, 7.5 MG		4	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>digitek oral tablet 125 mcg</i>		2	QL (30 EA per 30 days)
<i>digitek oral tablet 250 mcg</i>		2	PA
<i>digox oral tablet 125 mcg</i>		2	QL (30 EA per 30 days)
<i>digox oral tablet 250 mcg</i>		2	PA
<i>digoxin oral solution 0.05 mg/ml</i>		2	PA
<i>digoxin oral tablet 125 mcg</i>		2	QL (30 EA per 30 days)
<i>digoxin oral tablet 250 mcg</i>		2	PA
<i>pentoxifylline er oral tablet extended release 400 mg</i>		2	MT; CG
RANEXA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 1000 MG, 500 MG		3	PA; MT; QL (60 EA per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 1000 MCG, 1200 MCG, 1400 MCG, 1600 MCG, 200 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG		5	PA; QL (60 EA per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 800 MCG		5	PA; QL (200 EA per 30 days)
Agentes Cardiovasculares			
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>		1	MT; CG
<i>amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg</i>	LOTREL	1	MT; CG
<i>amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 2.5-10 mg, 5-40 mg</i>		1	MT; CG
<i>amlodipine besylate-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i>	EXFORGE	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	AZOR	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>amlodipine-valsartan-hctz oral tablet 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-12.5 mg, 5-160-25 mg</i>	EXFORGE HCT	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg</i>	TENORETIC 100	2	MT; CG
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 50-25 mg</i>	TENORETIC 50	2	MT; CG
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	LOTENSIN HCT	1	MT; CG
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-6.25 mg</i>		1	MT; CG
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i>	ZIAC	1	MT; CG
<i>candesartan cilexetil-hctz oral tablet 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg</i>	ATACAND HCT	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>captopril-hydrochlorothiazide oral tablet 25-15 mg, 25-25 mg, 50-15 mg, 50-25 mg</i>		1	MT; CG
DEMSER ORAL CAPSULE 250 MG		5	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg</i>	VASERETIC	1	MT; CG
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-12.5 mg</i>		1	MT; CG
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg</i>	VYTORIN	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>fosinopril sodium-hctz oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>		1	MT; CG
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg</i>	AVALIDE	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	ZESTORETIC	1	MT; CG
<i>losartan potassium-hctz oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg</i>	HYZAAR	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>losartan potassium-hctz oral tablet 50-12.5 mg</i>	HYZAAR	1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg</i>		1	MT; CG
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 50-25 mg</i>	LOPRESSOR HCT	1	MT; CG
<i>moexipril-hydrochlorothiazide oral tablet 15-12.5 mg, 15-25 mg, 7.5-12.5 mg</i>		1	MT; CG
<i>olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i>	BENICAR HCT	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hctz oral tablet 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg</i>	TRIBENZOR	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>propranolol-hctz oral tablet 40-25 mg, 80-25 mg</i>		2	MT; CG
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	ACCURETIC	1	MT; CG
<i>spironolactone-hctz oral tablet 25-25 mg</i>	ALDACTAZIDE	2	MT; CG
<i>telmisartan-hctz oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg, 80-25 mg</i>	MICARDIS HCT	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>triamterene-hctz oral capsule 37.5-25 mg</i>	DYAZIDE	1	MT; CG
<i>triamterene-hctz oral tablet 37.5-25 mg</i>	MAXZIDE-25	1	MT; CG
<i>triamterene-hctz oral tablet 75-50 mg</i>	MAXZIDE	1	MT; CG
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg</i>	DIOVAN HCT	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
Agentes De Bloqueo Alfa-Adrenérgicos			
<i>doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	CARDURA	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>doxazosin mesylate oral tablet 8 mg</i>	CARDURA	1	MT; CG
<i>prazosin hcl oral capsule 1 mg</i>	MINIPRESS	1	MT; CG
<i>prazosin hcl oral capsule 2 mg, 5 mg</i>	MINIPRESS	2	MT; CG

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>terazosin hcl oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>		1	MT; CG
Agonistas Alfa-Adrenérgicos			
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>	CATAPRES	1	MT; CG
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24hr</i>	CATAPRES-TTS-1	1	MT; CG
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.2 mg/24hr</i>	CATAPRES-TTS-2	1	MT; CG
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.3 mg/24hr</i>	CATAPRES-TTS-3	1	MT; CG
<i>guanfacine hcl oral tablet 1 mg, 2 mg</i>		2	PA; MT
<i>midodrine hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>		1	
NORTHERA ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG, 300 MG		5	PA
Antagonista Receptores Angiotensina II (Arb)			
<i>candesartan cilexetil oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	ATACAND	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG		4	PA; MT; QL (60 EA per 30 days)
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	AVAPRO	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>losartan potassium oral tablet 100 mg</i>	COZAAR	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>losartan potassium oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	COZAAR	1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	BENICAR	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 5 mg</i>	BENICAR	1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i>	BENICAR HCT	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 40 mg, 80 mg</i>	DIOVAN	1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>valsartan oral tablet 320 mg</i>	DIOVAN	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
Antiarrítmicos			
<i>amiodarone hcl oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	PACERONE	1	MT; CG
<i>amiodarone hcl oral tablet 400 mg</i>	PACERONE	2	MT; CG
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i>	TIKOSYN	2	
<i>flecainide acetate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>		2	MT; CG
<i>mexiletine hcl oral capsule 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>		2	MT; CG
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG		4	MT; QL (60 EA per 30 days)
<i>pacерone oral tablet 100 mg, 400 mg</i>		2	MT; CG
<i>pacерone oral tablet 200 mg</i>		1	MT; CG
<i>propafenone hcl er oral capsule extended release 12 hour 225 mg, 325 mg, 425 mg</i>	RYTHMOL SR	2	MT; CG
<i>propafenone hcl oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>		2	MT; CG
<i>quinidine gluconate er oral tablet extended release 324 mg</i>		2	MT; CG
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg</i>		2	MT; CG
<i>sorine oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i>		2	MT; CG
<i>sorine oral tablet 240 mg</i>		2	MT; CG
<i>sotalol hcl (af) oral tablet 120 mg</i>	BETAPACE AF	2	MT; CG
<i>sotalol hcl oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i>	BETAPACE	2	MT; CG
<i>sotalol hcl oral tablet 240 mg</i>		2	MT; CG

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
Dislipidémicos, Derivados De Acido Fíbrico			
<i>fenofibrate micronized oral capsule 130 mg, 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg</i>		1	MT; CG
<i>fenofibrate oral tablet 145 mg, 48 mg</i>	TRICOR	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>fenofibrate oral tablet 160 mg</i>	TRIGLIDE	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>fenofibrate oral tablet 54 mg</i>		1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>fenofibric acid oral capsule delayed release 135 mg, 45 mg</i>	TRILIPIX	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i>	LOPID	1	MT; CG
Dislipidémicos, Inhibidores De La Reductasa De Hmg Coa			
<i>atorvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	LIPITOR	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>fluvastatin sodium oral capsule 20 mg</i>		1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>fluvastatin sodium oral capsule 40 mg</i>		1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>lovastatin oral tablet 10 mg</i>		1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>lovastatin oral tablet 20 mg, 40 mg</i>		1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>pravastatin sodium oral tablet 10 mg</i>		1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>pravastatin sodium oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	PRAVACHOL	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>rosuvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	CRESTOR	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg, 80 mg</i>	ZOCOR	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
Dislipidémicos, Otros			

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>cholestyramine light oral powder 4 gm/dose</i>	PREVALITE	2	MT; CG
<i>colestipol hcl oral packet 5 gm</i>	COLESTID	2	MT; CG
<i>colestipol hcl oral tablet 1 gm</i>	COLESTID	2	MT; CG
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i>	ZETIA	1	ST; MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
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
<i>niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 1000 mg, 750 mg</i>	NIASPAN	2	MT; QL (60 EA per 30 days)
<i>niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 500 mg</i>	NIASPAN	2	MT; QL (90 EA per 30 days)
<i>niacor oral tablet 500 mg</i>		2	CG
<i>omega-3-acid ethyl esters oral capsule 1 gm</i>	LOVAZA	2	MT; CG; QL (120 EA per 30 days)
<i>prevalite oral packet 4 gm</i>		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)
<i>Diuréticos, Ahorradores De Potasio</i>			
<i>amiloride hcl oral tablet 5 mg</i>		2	MT; CG

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	INSPRA	2	MT; CG
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	ALDACTONE	1	MT; CG
<i>Diuréticos, Asa De Henle</i>			
<i>bumetanide injection solution 0.25 mg/ml</i>		2	
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	BUMEX	2	MT; CG
<i>furosemide injection solution 10 mg/ml</i>		1	MT; CG
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 8 mg/ml</i>		1	MT; CG
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	LASIX	1	MT; CG
<i>toremide oral tablet 10 mg</i>	DEMADEX	1	MT; CG
<i>toremide oral tablet 100 mg, 20 mg, 5 mg</i>		1	MT; CG
<i>Diuréticos, Inhibidores De La Anhidrasa Carbónica</i>			
<i>acetazolamide er oral capsule extended release 12 hour 500 mg</i>		2	MT; CG
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>		2	MT; CG
<i>methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>		2	MT; CG
<i>Diuréticos, Tiazidas</i>			
<i>chlorothiazide oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		2	MT; CG
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>		2	MT; CG
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>		1	MT; CG
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>		1	MT; CG
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>		1	MT; CG
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg</i>	AVALIDE	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>methyclothiazide oral tablet 5 mg</i>		2	MT; CG
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>		2	MT; CG

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>Inhibidores Convertidor De La Enzima De Angiotensina (Ace)</i>			
<i>benazepril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	LOTENSIN	1	MT; CG
<i>benazepril hcl oral tablet 5 mg</i>		1	MT; CG
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>		1	MT; CG
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	VASOTEC	1	MT; CG
<i>fosinopril sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>		1	MT; CG
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	PRINIVIL	1	MT; CG
<i>lisinopril oral tablet 2.5 mg, 30 mg, 40 mg</i>	ZESTRIL	1	MT; CG
<i>moexipril hcl oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>		1	MT; CG
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>		1	MT; CG
<i>quinapril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	ACCUPRIL	1	MT; CG
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	ALTACE	1	MT; CG
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg</i>		1	MT; CG
<i>trandolapril oral tablet 4 mg</i>	MAVIK	1	MT; CG
<i>Vasodilatadores, Actúan Directo En Arteria / Vena</i>			
<i>isosorbide dinitrate er oral tablet extended release 40 mg</i>		2	MT; CG
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg</i>		2	MT; CG
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 5 mg</i>	ISORDIL TITRADOSE	2	MT; CG
<i>isosorbide mononitrate er oral tablet extended release 24 hour 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>		1	MT; CG
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>		1	MT; CG

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>minitran transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i>		2	MT; CG
<i>nitro-bid transdermal ointment 2 %</i>		2	MT; CG
NITRO-DUR TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 0.3 MG/HR, 0.8 MG/HR		4	MT
<i>nitroglycerin sublingual tablet sublingual 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i>	NITROSTAT	2	MT; CG
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i>	MINITRAN	2	MT; CG
<i>Vasodilatadores, Actúan Directo En Arteria</i>			
<i>hydralazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>		2	MT; CG
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>		2	CG
Agentes Del Sistema Nervioso Central			
<i>Agentes Del Sistema Nervioso Central, Otros</i>			
<i>estazolam oral tablet 1 mg, 2 mg</i>		1	CG; QL (30 EA per 30 days)
NUEDEXTA ORAL CAPSULE 20-10 MG		4	PA
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i>	RILUTEK	2	PA; CG
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg</i>	XENAZINE	5	PA; QL (240 EA per 30 days)
<i>tetrabenazine oral tablet 25 mg</i>	XENAZINE	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>Agentes Fibromialgia</i>			
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	CYMBALTA	2	MT; CG
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 40 mg</i>		2	MT; CG

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
LYRICA CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 165 MG, 330 MG, 82.5 MG		3	
LYRICA ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 MG, 225 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG, 75 MG		3	
LYRICA ORAL SOLUTION 20 MG/ML		3	
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
<i>Agentes Para El Desorden De Déficit De Atención E Hiperactividad, Anfetaminas</i>			
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 5 mg</i>	ADDERALL XR	2	PA; CG; QL (90 EA per 30 days)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral capsule extended release 24 hour 15 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg</i>	ADDERALL XR	2	PA; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 10 mg</i>	ADDERALL	2	PA; CG; QL (180 EA per 30 days)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 12.5 mg</i>	ADDERALL	2	PA; CG; QL (144 EA per 30 days)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 15 mg</i>	ADDERALL	2	PA; CG; QL (120 EA per 30 days)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 20 mg</i>	ADDERALL	2	PA; CG; QL (90 EA per 30 days)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 30 mg</i>	ADDERALL	2	PA; CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 5 mg</i>	ADDERALL	2	PA; CG; QL (360 EA per 30 days)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 7.5 mg</i>	ADDERALL	2	PA; CG; QL (240 EA per 30 days)

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	ZENZEDI	2	PA; CG
Agentes Para El Desorden De Déficit De Atención E Hiperactividad, N0-Anfetaminas			
<i>atomoxetine hcl oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg</i>	STRATTERA	2	CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	STRATTERA	2	CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	INTUNIV	2	PA
<i>metadate er oral tablet extended release 20 mg</i>		2	CG; QL (90 EA per 30 days)
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 10 mg</i>		2	CG; QL (90 EA per 30 days)
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 20 mg</i>	METADATE ER	2	CG; QL (90 EA per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	METHYLIN	2	CG; QL (900 ML per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	METHYLIN	2	CG; QL (1800 ML per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	RITALIN	2	CG; QL (180 EA per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 20 mg</i>	RITALIN	2	CG; QL (90 EA per 30 days)
Agentes Para El Tratamiento De Esclerosis Múltiple			
AUBAGIO ORAL TABLET 14 MG, 7 MG		5	PA
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG		5	PA; QL (14 EA per 28 days)
<i>dalfampridine er oral tablet extended release 12 hour 10 mg</i>	AMPYRA	5	PA; QL (60 EA per 30 days)

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
GILENYA ORAL CAPSULE 0.5 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 20 mg/ml</i>	COPAXONE	5	PA; QL (30 ML per 30 days)
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 40 mg/ml</i>	COPAXONE	5	PA; QL (12 ML per 28 days)
GLATOPA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MG/ML		5	PA; QL (30 ML per 30 days)
GLATOPA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/ML		5	PA; QL (12 ML per 28 days)
Agentes Dermatológicos			
Agentes Dermatológicos			
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 25 mg</i>	SORIATANE	5	PA
<i>acitretin oral capsule 17.5 mg</i>		5	PA
<i>adapalene external cream 0.1 %</i>	DIFFERIN	2	PA
<i>adapalene external gel 0.1 %, 0.3 %</i>	DIFFERIN	2	PA
<i>adapalene external solution 0.1 %</i>		2	PA
<i>ammonium lactate external cream 12 %</i>	GERI-HYDROLAC 12	2	
<i>ammonium lactate external lotion 12 %</i>	AL12	1	
<i>amnestem oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>		2	
AVITA EXTERNAL CREAM 0.025 %		4	PA
AVITA EXTERNAL GEL 0.025 %		4	PA
<i>benzoyl peroxide-erythromycin external gel 5-3 %</i>	BENZAMYCIN	2	
<i>betamethasone dipropionate external lotion 0.05 %</i>		2	
<i>calcipotriene external cream 0.005 %</i>	DOVONEX	2	
<i>calcipotriene external ointment 0.005 %</i>	CALCITRENE	2	
<i>calcipotriene external solution 0.005 %</i>		2	

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
CLARAVIS ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG		4	
<i>clotrimazole-betamethasone external cream 1-0.05 %</i>	LOTRISONE	1	
<i>diclofenac sodium transdermal gel 1 %</i>	VOLTAREN	2	
<i>doxepin hcl external cream 5 %</i>	PRUDOXIN	2	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 50 mg</i>	MORGIDOX	2	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg</i>		2	
<i>fluocinonide external cream 0.1 %</i>	VANOS	2	
<i>fluorouracil external cream 0.5 %</i>	CARAC	3	
<i>fluorouracil external cream 5 %</i>	EFUDEX	2	
<i>fluorouracil external solution 2 %, 5 %</i>		2	
<i>fluticasone propionate external cream 0.05 %</i>		2	
<i>fluticasone propionate external lotion 0.05 %</i>	CUTIVATE	2	
<i>fluticasone propionate external ointment 0.005 %</i>		2	
<i>imiquimod external cream 5 %</i>	ALDARA	2	
<i>isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>		2	
<i>methoxsalen rapid oral capsule 10 mg</i>	OXSORALEN ULTRA	5	PA
MYORISAN ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG		4	
<i>nystatin-triamcinolone external cream 100000-0.1 unit/gm-%</i>		2	
<i>nystatin-triamcinolone external ointment 100000-0.1 unit/gm-%</i>		2	
<i>podofilox external solution 0.5 %</i>		2	
REGANEX EXTERNAL GEL 0.01 %		5	PA; QL (30 GM per 30 days)
SANTYL EXTERNAL OINTMENT 250 UNIT/GM		4	

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>selenium sulfide external lotion 2.5 %</i>		2	
<i>tacrolimus external ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	PROTOPIC	2	PA
<i>tazarotene external cream 0.1 %</i>	TAZORAC	2	PA
TAZORAC EXTERNAL CREAM 0.05 %		4	PA
<i>tretinoin external cream 0.025 %</i>		2	PA
<i>tretinoin external cream 0.05 %, 0.1 %</i>	RETIN-A	2	PA
<i>tretinoin external gel 0.01 %</i>	RETIN-A	2	PA
<i>tretinoin external gel 0.025 %</i>		2	PA
VALCHLOR EXTERNAL GEL 0.016 %		5	PA
<i>zenatane oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>		2	
ZENATANE ORAL CAPSULE 30 MG		4	
Agentes Gastrointestinales			
Agentes Gastrointestinales, Otros			
CHOLBAM ORAL CAPSULE 250 MG, 50 MG		5	PA
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5ml</i>		2	PA
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i>	LOMOTIL	2	PA
GATTEX SUBCUTANEOUS KIT 5 MG		5	PA
<i>loperamide hcl oral capsule 2 mg</i>		2	
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5ml</i>		2	
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	REGLAN	1	
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG		3	
PROCTOZONE-HC RECTAL CREAM 2.5 %		4	

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 12 MG/0.6ML, 12 MG/0.6ML (0.6ML SYRINGE), 8 MG/0.4ML		5	PA
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	ACTIGALL	2	MT
<i>ursodiol oral tablet 250 mg</i>	URSO 250	2	MT
<i>ursodiol oral tablet 500 mg</i>	URSO FORTE	2	MT
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG		5	PA
<i>Agentes Síndrome Irritable Del Intestino</i>			
<i>alosetron hcl oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	LOTRONEX	5	PA
AMITIZA ORAL CAPSULE 24 MCG, 8 MCG		3	QL (60 EA per 30 days)
<i>budesonide oral capsule delayed release particles 3 mg</i>	ENTOCORT EC	5	
DELZICOL ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 400 MG		4	
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG		4	PA; MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>Antagonista Del Receptor De Histamina 2 (H2)</i>			
<i>cimetidine hcl oral solution 300 mg/5ml</i>		2	
<i>cimetidine oral tablet 200 mg</i>	TAGAMET HB	2	
<i>cimetidine oral tablet 300 mg, 400 mg, 800 mg</i>		2	
<i>famotidine oral suspension reconstituted 40 mg/5ml</i>		2	
<i>famotidine oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	PEPCID	1	
<i>nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg</i>		2	
<i>nizatidine oral solution 15 mg/ml</i>		2	
<i>ranitidine hcl oral capsule 150 mg, 300 mg</i>		1	
<i>ranitidine hcl oral tablet 150 mg</i>		1	

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>ranitidine hcl oral tablet 300 mg</i>		1	
<i>Antiespasmódicos, Gastrointestinal</i>			
<i>dicyclomine hcl oral capsule 10 mg</i>		2	PA
<i>dicyclomine hcl oral solution 10 mg/5ml</i>		2	PA
<i>dicyclomine hcl oral tablet 20 mg</i>		2	PA
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>		2	
<i>Inhibidores De La Bomba De Protones</i>			
DEXILANT ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 30 MG, 60 MG		4	QL (30 EA per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 20 mg</i>		2	CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 40 mg</i>	NEXIUM	2	CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>lansoprazole oral capsule delayed release 15 mg, 30 mg</i>	PREVACID	1	CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>omeprazole oral capsule delayed release 10 mg, 40 mg</i>		1	CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>omeprazole oral capsule delayed release 20 mg</i>		1	CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>pantoprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg, 40 mg</i>	PROTONIX	2	CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>Laxantes</i>			
<i>constulose oral solution 10 gm/15ml</i>		2	
<i>enulose oral solution 10 gm/15ml</i>		2	
<i>gavilyte-c oral solution reconstituted 240 gm</i>	COLYTE WITH FLAVOR PACKS	2	
<i>gavilyte-g oral solution reconstituted 236 gm</i>		2	
<i>gavilyte-n with flavor pack oral solution reconstituted 420 gm</i>		2	
<i>generlac oral solution 10 gm/15ml</i>		2	

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
GOLYTELY ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 227.1 GM		3	
<i>lactulose oral solution 10 gm/15ml</i>		2	
MOVIPREP ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 100 GM		4	
<i>nulytely with flavor packs oral solution reconstituted 420 gm</i>		2	
<i>peg 3350/electrolytes oral solution reconstituted 240 gm</i>	COLYTE WITH FLAVOR PACKS	2	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl oral solution reconstituted 420 gm</i>		2	
<i>peg-3350/electrolytes oral solution reconstituted 236 gm</i>		2	
<i>trilyte oral solution reconstituted 420 gm</i>		2	
Protectores			
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i>	CYTOTEC	2	CG
<i>sucralfate oral tablet 1 gm</i>	CARAFATE	2	CG
Agentes Genitourinarios			
Agentes Genitourinarios, Otros			
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	URECHOLINE	2	CG
DEPEN TITRATABS ORAL TABLET 250 MG		5	
ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG		3	
<i>potassium citrate er oral tablet extended release 10 meq (1080 mg)</i>	UROCIT-K 10	2	
<i>potassium citrate er oral tablet extended release 15 meq (1620 mg)</i>	UROCIT-K 15	2	
<i>potassium citrate er oral tablet extended release 5 meq (540 mg)</i>	UROCIT-K 5	2	
<i>sodium phenylbutyrate oral powder 3 gm/tsp</i>	BUPHENYL	5	PA

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
Agentes Hipertrofia Benigna De La Próstata			
<i>alfuzosin hcl er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	UROXATRAL	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	CARDURA	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>doxazosin mesylate oral tablet 8 mg</i>	CARDURA	1	MT; CG
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i>	AVODART	2	MT; CG
<i>dutasteride-tamsulosin hcl oral capsule 0.5-0.4 mg</i>	JALYN	2	MT; CG
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	PROSCAR	2	MT; CG
<i>prazosin hcl oral capsule 1 mg</i>	MINIPRESS	1	MT; CG
<i>prazosin hcl oral capsule 2 mg, 5 mg</i>	MINIPRESS	2	MT; CG
<i>tamsulosin hcl oral capsule 0.4 mg</i>	FLOMAX	1	MT; CG
<i>terazosin hcl oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>		1	MT; CG
Antiespasmódicos, Urinarios			
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25 MG, 50 MG		4	ST; QL (30 EA per 30 days)
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	DITROPAN XL	2	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 15 mg</i>		2	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 5 mg</i>	DITROPAN XL	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5ml</i>		1	MT; CG
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>		1	MT; CG
<i>tolterodine tartrate er oral capsule extended release 24 hour 2 mg, 4 mg</i>	DETROL LA	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>tolterodine tartrate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	DETROL	2	
<i>tropium chloride oral tablet 20 mg</i>		2	CG; QL (60 EA per 30 days)

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
VESICARE ORAL TABLET 10 MG, 5 MG		4	ST; QL (30 EA per 30 days)
Enlazadores De Fósforo			
<i>calcium acetate (phos binder) oral capsule 667 mg</i>	PHOSLO	2	CG
<i>calcium acetate (phos binder) oral tablet 667 mg</i>	CALPHRON	2	CG; QL (360 EA per 30 days)
<i>lanthanum carbonate oral tablet chewable 1000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	FOSRENOL	2	CG
<i>sevelamer carbonate oral packet 0.8 gm</i>	REVELA	2	QL (540 EA per 30 days)
<i>sevelamer carbonate oral packet 2.4 gm</i>	REVELA	2	QL (180 EA per 30 days)
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i>	REVELA	2	QL (540 EA per 30 days)
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Adrenal)			
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Adrenal)			
<i>ala-cort external cream 1 %</i>		1	
<i>ala-cort external cream 2.5 %</i>		1	
<i>alclometasone dipropionate external cream 0.05 %</i>		2	
<i>alclometasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>		2	
<i>betamethasone dipropionate aug external cream 0.05 %</i>	DIPROLENE AF	2	
<i>betamethasone dipropionate aug external gel 0.05 %</i>		2	
<i>betamethasone dipropionate aug external lotion 0.05 %</i>		2	

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>betamethasone dipropionate aug external ointment 0.05 %</i>	DIPROLENE	2	
<i>betamethasone dipropionate external cream 0.05 %</i>		2	
<i>betamethasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>		2	
<i>betamethasone valerate external cream 0.1 %</i>		2	
<i>betamethasone valerate external lotion 0.1 %</i>		2	
<i>betamethasone valerate external ointment 0.1 %</i>		2	
<i>cortisone acetate oral tablet 25 mg</i>		2	
<i>desonide external cream 0.05 %</i>	DESOWEN	2	
<i>desonide external lotion 0.05 %</i>		2	
<i>desonide external ointment 0.05 %</i>		2	
<i>desoximetasone external cream 0.05 %, 0.25 %</i>	TOPICORT	2	
<i>desoximetasone external gel 0.05 %</i>	TOPICORT	2	
<i>desoximetasone external liquid 0.25 %</i>	TOPICORT SPRAY	2	
<i>desoximetasone external ointment 0.05 %, 0.25 %</i>	TOPICORT	2	
<i>dexamethasone intensol oral concentrate 1 mg/ml</i>		2	
<i>dexamethasone oral elixir 0.5 mg/5ml</i>	DECADRON	2	
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 4 mg, 6 mg</i>	DECADRON	2	
<i>dexamethasone oral tablet 1 mg, 1.5 mg, 2 mg</i>		2	
<i>fludrocortisone acetate oral tablet 0.1 mg</i>		2	
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.01 %</i>		2	
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.025 %</i>	SYNALAR	2	

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>fluocinolone acetonide external ointment 0.025 %</i>	SYNALAR	2	
<i>fluocinolone acetonide external solution 0.01 %</i>	SYNALAR	2	
<i>fluocinolone acetonide otic oil 0.01 %</i>	DERMOTIC	2	
<i>fluocinolone acetonide scalp external oil 0.01 %</i>	DERMA-SMOOTHIE/FS SCALP	2	
<i>fluocinonide emulsified base external cream 0.05 %</i>		2	
<i>fluocinonide external cream 0.1 %</i>	VANOS	2	
<i>fluocinonide external gel 0.05 %</i>		2	
<i>fluocinonide external ointment 0.05 %</i>		2	
<i>fluocinonide external solution 0.05 %</i>		2	
<i>fluticasone propionate external cream 0.05 %</i>		2	
<i>fluticasone propionate external lotion 0.05 %</i>	CUTIVATE	2	
<i>fluticasone propionate external ointment 0.005 %</i>		2	
<i>halobetasol propionate external cream 0.05 %</i>	ULTRAVATE	2	
<i>halobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>	ULTRAVATE	2	
<i>hydrocortisone butyrate external cream 0.1 %</i>	LOCOID	1	
<i>hydrocortisone butyrate external ointment 0.1 %</i>		2	
<i>hydrocortisone butyrate external solution 0.1 %</i>	LOCOID	2	
<i>hydrocortisone external cream 1 %</i>		1	
<i>hydrocortisone external cream 2.5 %</i>		1	
<i>hydrocortisone external lotion 2.5 %</i>		2	
<i>hydrocortisone external ointment 1 %</i>		1	
<i>hydrocortisone external ointment 2.5 %</i>		1	

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	CORTEF	2	
<i>hydrocortisone valerate external cream 0.2 %</i>		2	
<i>hydrocortisone valerate external ointment 0.2 %</i>		2	
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	MEDROL	2	
<i>methylprednisolone oral tablet therapy pack 4 mg</i>	MEDROL	2	
<i>mometasone furoate external cream 0.1 %</i>	ELOCON	2	
<i>mometasone furoate external ointment 0.1 %</i>	ELOCON	2	
<i>mometasone furoate external solution 0.1 %</i>		2	
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5ml</i>		2	
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 10 mg/5ml</i>	MILLIPRED	2	
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 20 mg/5ml</i>	VERIPRED 20	2	
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 25 mg/5ml, 6.7 (5 base) mg/5ml</i>		2	
<i>prednisone intensol oral concentrate 5 mg/ml</i>		2	
<i>prednisone oral solution 5 mg/5ml</i>		2	
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 50 mg</i>		1	
<i>prednisone oral tablet 20 mg</i>	DELTASONE	1	
PROCTO-PAK RECTAL CREAM 1 %		4	
PROCTOZONE-HC RECTAL CREAM 2.5 %		4	
<i>triamcinolone acetonide external cream 0.025 %</i>		2	

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>triamcinolone acetonide external cream 0.1 %, 0.5 %</i>	TRIDERM	2	
<i>triamcinolone acetonide external lotion 0.025 %, 0.1 %</i>		2	
<i>triamcinolone acetonide external ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>		2	
<i>triderm external cream 0.1 %</i>		2	
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Modificadores/Hormonas Sexuales)			
<i>Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Modificadores/Hormonas Sexuales)</i>			
<i>altavera oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>		2	MT; CG
<i>apri oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>		2	MT; CG
<i>aranelle oral tablet 0.5/1/0.5-35 mg-mcg</i>		2	MT; CG
<i>aubra oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>		2	MT; CG
<i>aviane oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>		2	MT; CG
BALZIVA ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG		4	
BRIELLYN ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG		4	
<i>budesonide oral capsule delayed release particles 3 mg</i>	ENTOCORT EC	5	
<i>cryselle-28 oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>		2	MT; CG
<i>cyclafem 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg</i>		2	MT; CG
<i>cyclafem 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i>		2	MT; CG
<i>deblitane oral tablet 0.35 mg</i>	CAMILA	2	MT; CG
<i>delyla oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>		2	MT; CG

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i>	AZURETTE	2	MT; CG
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	APRI	2	MT; CG
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.03 mg</i>	OCELLA	2	MT; CG
<i>emoquette oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>		2	MT; CG
<i>enpresse-28 oral tablet</i>		2	MT; CG
<i>enskyce oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>		2	MT; CG
<i>estradiol valerate intramuscular oil 40 mg/ml</i>	DELESTROGEN	2	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	KELNOR 1/35	2	MT; CG
<i>estropiate oral tablet 0.75 mg</i>		2	PA
<i>falmina oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>		2	MT; CG
<i>fyavolv oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i>		2	PA
<i>gianvi oral tablet 3-0.02 mg</i>		2	MT; CG
<i>incassia oral tablet 0.35 mg</i>		2	MT; CG
INTROVALE ORAL TABLET 0.15-0.03 MG		4	MT
<i>isibloom oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>		2	MT; CG
<i>junel 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>		2	MT; CG
<i>junel 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>		2	MT; CG
<i>junel fe 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>		2	MT; CG
<i>junel fe 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>		2	MT; CG
<i>kariva oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i>		2	MT; CG
<i>kelnor 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	KELNOR 1/35	2	MT; CG
<i>kelnor 1/50 oral tablet 1-50 mg-mcg</i>		2	MT; CG
<i>kurvelo oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>		2	MT; CG
<i>larin 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>		2	MT; CG
<i>larin 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>		2	MT; CG

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>larin fe 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>		2	MT; CG
<i>larin fe 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>		2	MT; CG
<i>leena oral tablet 0.5/1/0.5-35 mg-mcg</i>		2	MT; CG
<i>lessina oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>		2	MT; CG
<i>levonest oral tablet</i>		2	MT; CG
<i>levonorgest-eth estrad 91-day oral tablet 0.15-0.03 mg</i>		2	MT
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>		2	MT; CG
<i>levora 0.15/30 (28) oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>		2	MT; CG
<i>loryna oral tablet 3-0.02 mg</i>		2	MT; CG
<i>low-ogestrel oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>		2	MT; CG
<i>lutra oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>		2	MT; CG
<i>marlissa oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>		2	MT; CG
<i>microgestin 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>		2	MT; CG
<i>microgestin 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>		2	MT; CG
<i>microgestin fe 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>		2	MT; CG
<i>microgestin fe 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>		2	MT; CG
<i>mononessa oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>		2	MT; CG
<i>necon 0.5/35 (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg</i>		2	MT; CG
<i>nikki oral tablet 3-0.02 mg</i>		2	MT; CG
<i>nora-be oral tablet 0.35 mg</i>		2	MT; CG
<i>norlyroc oral tablet 0.35 mg</i>		2	MT; CG
NORTREL 0.5/35 (28) ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG		4	MT
<i>nortrel 1/35 (21) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>		2	MT; CG
<i>nortrel 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>		2	MT; CG

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>nortrel 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i>		2	MT; CG
NUVARING VAGINAL RING 0.12-0.015 MG/24HR		4	
<i>ocella oral tablet 3-0.03 mg</i>		2	MT; CG
<i>orsythia oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>		2	MT; CG
OSPHENA ORAL TABLET 60 MG		4	
<i>pimtrex oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i>		2	MT; CG
<i>pirmella 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg</i>		2	MT; CG
<i>portia-28 oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>		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
<i>previfem oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>		2	MT; CG
QUASENSE ORAL TABLET 0.15-0.03 MG		4	MT
<i>reclipsen oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>		2	MT; CG
<i>sharobel oral tablet 0.35 mg</i>		2	MT; CG
<i>sprintec 28 oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>		2	MT; CG
<i>sronyx oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>		2	MT; CG
<i>tarina fe 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>		2	MT; CG
TRI-LEGEST FE ORAL TABLET 1-20/1-30/1-35 MG-MCG		4	
<i>trinessa (28) oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>		2	MT; CG
<i>tri-previfem oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>		2	MT; CG
<i>tri-sprintec oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>		2	MT; CG
<i>trivora (28) oral tablet</i>		2	MT; CG
VELIVET ORAL TABLET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG		4	

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
VYFEMLA ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG		4	
<i>zovia 1/35e (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>		2	MT; CG
Agentes Modificadores Del Receptor Selectivo De Estrógeno			
OSPHENA ORAL TABLET 60 MG		4	
<i>raloxifene hcl oral tablet 60 mg</i>	EVISTA	2	MT; CG
Andrógenos			
ANDRODERM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 2 MG/24HR, 4 MG/24HR		4	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>		2	
<i>testosterone cypionate intramuscular solution 100 mg/ml, 200 mg/ml</i>	DEPO-TESTOSTERONE	2	
<i>testosterone enanthate intramuscular solution 200 mg/ml</i>		2	
<i>testosterone transdermal gel 12.5 mg/act (1%)</i>	VOGELXO PUMP	2	PA; MT; QL (300 GM per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel 25 mg/2.5gm (1%), 50 mg/5gm (1%)</i>	ANDROGEL	2	PA; MT; QL (300 GM per 30 days)
Esteroides Anabólicos			
ANADROL-50 ORAL TABLET 50 MG		5	PA
<i>oxandrolone oral tablet 10 mg</i>	OXANDRIN	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>oxandrolone oral tablet 2.5 mg</i>		2	PA; QL (60 EA per 30 days)
Estrógenos			
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	ESTRACE	2	PA
<i>estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24hr, 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr, 0.06 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr</i>	CLIMARA	2	PA

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>estradiol vaginal cream 0.1 mg/gm</i>	ESTRACE	2	
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i>	VAGIFEM	2	
<i>estradiol valerate intramuscular oil 20 mg/ml</i>	DELESTROGEN	2	
<i>marlissa oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>		2	MT; CG
<i>menest oral tablet 0.3 mg, 0.625 mg, 1.25 mg</i>		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			
<i>camila oral tablet 0.35 mg</i>		2	MT; CG
DEPO-PROVERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 400 MG/ML		4	PA
<i>errin oral tablet 0.35 mg</i>		2	MT; CG
<i>jolivette oral tablet 0.35 mg</i>		2	MT; CG
<i>lyza oral tablet 0.35 mg</i>		2	MT; CG
<i>marlissa oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>		2	MT; CG
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension 150 mg/ml</i>	DEPO-PROVERA	2	QL (1 ML per 90 days)
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension prefilled syringe 150 mg/ml</i>	DEPO-PROVERA	2	QL (1 ML per 90 days)
<i>medroxyprogesterone acetate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	PROVERA	1	MT; CG
<i>megestrol acetate oral suspension 40 mg/ml</i>		2	PA
<i>megestrol acetate oral suspension 625 mg/5ml</i>	MEGACE ES	2	PA; MT
<i>megestrol acetate oral tablet 20 mg, 40 mg</i>		2	PA
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i>	AYGESTIN	2	MT; CG

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>norethindrone oral tablet 0.35 mg</i>		2	MT; CG
<i>progesterone micronized oral capsule 100 mg</i>	PROMETRIUM	2	MT; CG
<i>progesterone micronized oral capsule 200 mg</i>	PROMETRIUM	1	MT; CG
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Pituitaria)			
<i>Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Pituitaria)</i>			
<i>desmopressin ace spray refrig nasal solution 0.01 %</i>		2	
<i>desmopressin acetate oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i>	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
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Prostaglandinas)			
<i>Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Prostaglandinas)</i>			
<i>misoprostol oral tablet 200 mcg</i>	CYTOTEC	2	CG
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Tiroides)			
<i>Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Tiroides)</i>			

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>levo-t oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>		1	MT; CG
<i>levo-t oral tablet 300 mcg</i>		1	MT; CG
<i>levothyroxine sodium oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>		1	MT; CG
<i>levothyroxine sodium oral tablet 300 mcg</i>		1	MT; CG
LEVOXYL ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG		2	MT; CG
<i>liothyronine sodium oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i>	CYTOMEL	2	MT; CG
SYNTHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG		3	MT
SYNTHROID ORAL TABLET 300 MCG		3	MT
<i>unithroid oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>		2	MT; CG
<i>unithroid oral tablet 300 mcg</i>		2	MT; CG
Agentes Hormonales, Supresores (Adrenal)			
<i>Agentes Hormonales, Supresores (Adrenal)</i>			
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG		3	
Agentes Hormonales, Supresores (Pituitaria)			
<i>Agentes Hormonales, Supresores (Pituitaria)</i>			
<i>bromocriptine mesylate oral capsule 5 mg</i>	PARLODEL	2	MT; CG

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>bromocriptine mesylate oral tablet 2.5 mg</i>	PARLODEL	2	MT; CG
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>		2	QL (20 EA per 30 days)
<i>leuprolide acetate injection kit 1 mg/0.2ml</i>		2	PA
LUPANETA PACK COMBINATION KIT 11.25 & 5 MG		5	PA; QL (1 EA per 84 days)
LUPANETA PACK COMBINATION KIT 3.75 & 5 MG		5	PA; QL (1 EA per 28 days)
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 3.75 MG, 7.5 MG		5	PA
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
<i>octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 50 mcg/ml</i>	SANDOSTATIN	2	PA
<i>octreotide acetate injection solution 1000 mcg/ml</i>		5	PA
<i>octreotide acetate injection solution 200 mcg/ml</i>		2	PA
<i>octreotide acetate injection solution 500 mcg/ml</i>	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

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
SYNAREL NASAL SOLUTION 2 MG/ML		5	PA
TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 11.25 MG, 22.5 MG, 3.75 MG		5	PA
Agentes Hormonales, Supresores (Tiroides)			
Agentes Antitiroides			
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	TAPAZOLE	2	MT; CG
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>		2	MT; CG
Agentes Inmunológicos			
Agentes Inmunizantes, Pasivos			
BIVIGAM INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML		5	PA
GAMMAGARD INJECTION SOLUTION 2.5 GM/25ML		5	PA
GAMMAGARD S/D LESS IGA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 GM, 5 GM		5	PA
GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 20 GM/200ML, 5 GM/50ML		5	PA
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML		5	PA
PRIVIGEN INTRAVENOUS SOLUTION 20 GM/200ML		5	PA
Agentes Inmunológicos			
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	ARAVA	2	CG; QL (30 EA per 30 days)
Agentes Para Angioedema			
CINRYZE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 500 UNIT		5	PA

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
FIRAZYR SUBCUTANEOUS SOLUTION 30 MG/3ML		5	PA; QL (18 ML per 30 days)
<i>Inmunomoduladores</i>			
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 2000000 UNIT/0.5ML		5	PA
ARCALYST SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 220 MG		5	PA
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	ARAVA	2	CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>Inmunosupresores</i>			
AFINITOR DISPERZ ORAL TABLET SOLUBLE 2 MG, 3 MG, 5 MG		5	PA
AFINITOR ORAL TABLET 2.5 MG		5	PA
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i>	IMURAN	2	PA; MT
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/ML		5	PA
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/ML		5	PA
<i>cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	GENGRAF	2	PA; MT; CG
<i>cyclosporine modified oral capsule 50 mg</i>		2	PA; MT; CG
<i>cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml</i>	GENGRAF	2	PA; MT; CG
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	SANDIMMUNE	2	PA; MT; CG
DEPEN TITRATABS ORAL TABLET 250 MG		5	
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)

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO- INJECTOR 50 MG/ML		5	PA; QL (8 ML per 28 days)
<i>gengraf oral capsule 100 mg, 25 mg</i>		2	PA; MT; CG
<i>gengraf oral solution 100 mg/ml</i>		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)
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)

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
HUMIRA SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 10 MG/0.2ML, 20 MG/0.4ML		5	PA; QL (2 EA per 28 days)
HUMIRA SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 20 MG/0.2ML		5	PA; QL (12 EA per 28 days)
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>		2	CG
<i>methotrexate oral tablet 2.5 mg</i>		2	PA; MT; CG
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 50 mg/2ml</i>		2	PA
<i>methotrexate sodium injection solution 250 mg/10ml</i>		2	PA
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i>	CELLCEPT	2	PA; MT; CG
<i>mycophenolate mofetil oral suspension reconstituted 200 mg/ml</i>	CELLCEPT	5	PA
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i>	CELLCEPT	2	PA; MT; CG
<i>mycophenolate sodium oral tablet delayed release 180 mg</i>	MYFORTIC	2	PA; MT
<i>mycophenolate sodium oral tablet delayed release 360 mg</i>	MYFORTIC	2	PA
NEORAL ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG		3	PA; MT
NEORAL ORAL SOLUTION 100 MG/ML		3	PA; MT
RAPAMUNE ORAL SOLUTION 1 MG/ML		5	PA
SANDIMMUNE ORAL SOLUTION 100 MG/ML		3	PA; MT
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i>	RAPAMUNE	5	PA
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	RAPAMUNE	2	PA; CG
<i>sirolimus oral tablet 2 mg</i>	RAPAMUNE	5	PA
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i>	PROGRAF	2	PA

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML		4	PA
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG		5	PA; QL (60 EA per 30 days)
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 11 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
ZORTRESS ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG		5	PA
<i>Vacunas</i>			
ACTHIB INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED		3	
ADACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2-15.5 (PREFILLED SYRINGE), 5-2-15.5 LF-MCG/0.5		3	
BCG VACCINE INJECTION INJECTABLE		3	
BEXSERO INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE		3	
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2.5-18.5 , 5-2.5-18.5 (0.5ML SYRINGE)		3	
DAPTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 23-15-5		3	
DIPHThERIA-TETANUS TOXOIDS DT INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25-5 LFU/0.5ML		3	PA
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION 10 MCG/0.5ML, 20 MCG/ML		3	PA
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION		3	
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE		3	

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1440 EL U/ML, 1440 EL U/ML 1 ML, 720 EL U/0.5ML, 720 EL U/0.5ML 0.5 ML		3	
HIBERIX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10 MCG		3	
IMOVAX RABIES INTRAMUSCULAR INJECTABLE 2.5 UNIT/ML		3	
INFANRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25-58-10		3	
IPOL INJECTION INJECTABLE		3	
IXIARO INTRAMUSCULAR SUSPENSION		3	
KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION, INJECTION 0.5 ML		3	
MENACTRA INTRAMUSCULAR INJECTABLE		3	
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED		3	
M-M-R II SUBCUTANEOUS INJECTABLE		3	
PEDIARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION		3	
PEDVAX HIB INTRAMUSCULAR SUSPENSION 7.5 MCG/0.5ML		3	
PROQUAD SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED		3	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION		3	
RABAVERT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED		3	
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION 10 MCG/ML, 10 MCG/ML (1ML SYRINGE), 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML		3	PA

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
ROTARIX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED		3	
ROTATEQ ORAL SOLUTION		3	
SHINGRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MCG/0.5ML		3	
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF/0.5ML		3	PA
TENIVAC INTRAMUSCULAR INJECTABLE 5-2 LFU		3	PA
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE		3	
TWINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 720-20		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			
<i>azelastine hcl ophthalmic solution 0.05 %</i>		2	
BEPREVE OPHTHALMIC SOLUTION 1.5 %		3	

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>cromolyn sodium ophthalmic solution 4 %</i>		1	
LASTACAFT OPHTHALMIC SOLUTION 0.25 %		4	
<i>olopatadine hcl ophthalmic solution 0.2 %</i>	PATADAY	2	
PAZEO OPHTHALMIC SOLUTION 0.7 %		3	
Agentes Ofálmicos Para Glaucoma			
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>		2	MT; CG
ALPHAGAN P OPHTHALMIC SOLUTION 0.1 %		3	MT
AZOPT OPHTHALMIC SUSPENSION 1 %		3	MT
<i>betaxolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>		2	MT; CG
BETOPTIC-S OPHTHALMIC SUSPENSION 0.25 %		3	MT
<i>bimatoprost ophthalmic solution 0.03 %</i>		2	MT; CG; QL (5 ML per 30 days)
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.15 %</i>	ALPHAGAN P	2	MT
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.2 %</i>		2	MT; CG
<i>carteolol hcl ophthalmic solution 1 %</i>		2	MT; CG
COMBIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.2-0.5 %		3	MT
<i>dorzolamide hcl ophthalmic solution 2 %</i>	TRUSOPT	2	MT; CG
<i>dorzolamide hcl-timolol mal ophthalmic solution 22.3-6.8 mg/ml</i>	COSOPT	2	MT; CG
<i>dorzolamide hcl-timolol mal pf ophthalmic solution 22.3-6.8 mg/ml</i>	COSOPT PF	2	MT; CG
<i>levobunolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>		2	MT; CG
<i>methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>		2	MT; CG
PHOSPHOLINE IODIDE OPHTHALMIC SOLUTION RECONSTITUTED 0.125 %		4	MT

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>pilocarpine hcl ophthalmic solution 1 %, 2 %, 4 %</i>	ISOPTO CARPINE	2	MT
SIMBRINZA OPHTHALMIC SUSPENSION 1-0.2 %		3	MT
<i>timolol maleate ophthalmic gel forming solution 0.25 %, 0.5 %</i>	TIMOPTIC-XE	2	CG
<i>timolol maleate ophthalmic solution 0.25 %, 0.5 %</i>	TIMOPTIC	1	MT; CG
Agentes Ofálmicos Para La Inflamación			
ALREX OPHTHALMIC SUSPENSION 0.2 %		3	
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution 0.1 %</i>		2	
<i>diclofenac sodium ophthalmic solution 0.1 %</i>		2	
DUREZOL OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %		3	
<i>fluorometholone ophthalmic suspension 0.1 %</i>	FML LIQUIFILM	2	
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic solution 0.03 %</i>		2	
FML OPHTHALMIC OINTMENT 0.1 %		3	
ILEVRO OPHTHALMIC SUSPENSION 0.3 %		3	
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.4 %</i>	ACULAR LS	2	
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.5 %</i>	ACULAR	2	
LOTEMAX OPHTHALMIC GEL 0.5 %		3	
LOTEMAX OPHTHALMIC SUSPENSION 0.5 %		3	
MAXIDEX OPHTHALMIC SUSPENSION 0.1 %		3	

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
NEVANAC OPHTHALMIC SUSPENSION 0.1 %		3	
<i>prednisolone acetate ophthalmic suspension 1 %</i>	OMNIPRED	2	
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic solution 1 %</i>		2	
Agentes Ofálmicos, Otros			
<i>atropine sulfate ophthalmic solution 1 %</i>	ISOPTO ATROPINE	1	CG
CYSTARAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.44 %		5	QL (60 ML per 30 days)
<i>proparacaine hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	ALCAINE	2	
RESTASIS OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %		3	PA; MT; QL (60 EA per 30 days)
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic ointment 10 %</i>		2	
Agentes Ofálmicos			
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment 500-10000 unit/gm</i>	POLYCIN	2	
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc ophthalmic ointment 1 %</i>	NEO-POLYCIN HC	2	
BLEPHAMIDE S.O.P. OPHTHALMIC OINTMENT 10-0.2 %		4	
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx ophthalmic ointment 5-400-10000</i>	NEO-POLYCIN	2	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic ointment 3.5-10000-0.1</i>	MAXITROL	2	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic suspension 3.5-10000-0.1</i>	MAXITROL	2	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic solution 1.75-10000-.025</i>		2	
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic suspension 3.5-10000-1</i>		2	

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>polymyxin b-trimethoprim ophthalmic solution 10000-0.1 unit/ml-%</i>	POLYTRIM	2	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic ointment 10 %</i>		2	
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution 10-0.23 %</i>		2	
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic suspension 0.3-0.1 %</i>	TOBRADEX	2	
Prostaglandinas Oftálmicas Y Análogos De Prostamida			
<i>bimatoprost ophthalmic solution 0.03 %</i>		2	MT; CG; QL (5 ML per 30 days)
<i>latanoprost ophthalmic solution 0.005 %</i>	XALATAN	1	MT; CG; QL (3 ML per 25 days)
LUMIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.01 %		3	MT; QL (3 ML per 25 days)
TRAVATAN Z OPHTHALMIC SOLUTION 0.004 %		3	MT; QL (3 ML per 25 days)
Agentes Orales Y Dentales			
Agentes Orales Y Dentales			
<i>cevimeline hcl oral capsule 30 mg</i>	EVOXAC	2	
<i>chlorhexidine gluconate mouth/throat solution 0.12 %</i>	PAROEX	1	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	MORGIDOX	2	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg</i>		2	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 150 mg, 75 mg</i>	ACTICLATE	2	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 150 mg, 50 mg, 75 mg</i>		2	
<i>minocycline hcl oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	MINOCIN	2	
<i>minocycline hcl oral capsule 75 mg</i>		2	

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	SALAGEN	2	
<i>triamcinolone acetonide mouth/throat paste 0.1 %</i>	ORALONE	2	
Agentes Oticos			
<i>Agentes Oticos</i>			
CIPRODEX OTIC SUSPENSION 0.3-0.1 %		3	
<i>flac otic oil 0.01 %</i>	DERMOTIC	2	
<i>hydrocortisone-acetic acid otic solution 1-2 %</i>	ACETASOL HC	2	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic solution 1 %</i>		2	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic suspension 3.5-10000-1</i>		2	
Agentes Para El Desorden Del Sueño			
<i>Agentes Para El Desorden Del Sueño, Otros</i>			
<i>armodafinil oral tablet 150 mg</i>	NUVIGIL	2	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>armodafinil oral tablet 200 mg, 250 mg</i>	NUVIGIL	2	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>armodafinil oral tablet 50 mg</i>	NUVIGIL	2	PA; QL (150 EA per 30 days)
<i>doxepin hcl oral capsule 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>		2	PA; CG
<i>doxepin hcl oral concentrate 10 mg/ml</i>		2	PA; CG
HETLIOZ ORAL CAPSULE 20 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	PROVIGIL	2	PA; CG; QL (30 EA per 30 days)
ROZEREM ORAL TABLET 8 MG		3	QL (30 EA per 30 days)

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
XYREM ORAL SOLUTION 500 MG/ML		5	PA; QL (540 ML per 30 days)
Moduladores Del Receptor De Gaba			
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 7.5 mg</i>	RESTORIL	2	CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 22.5 mg, 30 mg</i>	RESTORIL	1	CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg</i>		2	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>zolpidem tartrate er oral tablet extended release 12.5 mg, 6.25 mg</i>	AMBIEN CR	4	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>zolpidem tartrate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	AMBIEN	2	PA; QL (30 EA per 30 days)
Agentes Para El Tratamiento De Abuso De Sustancias. Anti-Adicción			
Agentes Para Revertimiento De Opioides			
<i>naloxone hcl injection solution 0.4 mg/ml</i>		2	
<i>naloxone hcl injection solution cartridge 0.4 mg/ml</i>		2	
<i>naloxone hcl injection solution prefilled syringe 2 mg/2ml</i>		2	
Agentes Para Sesación De Fumar			
<i>bupropion hcl er (smoking det) oral tablet extended release 12 hour 150 mg</i>	ZYBAN	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 8.

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
NICOTROL INHALATION INHALER 10 MG		3	
NICOTROL NS NASAL SOLUTION 10 MG/ML		3	
<i>Disuadores De Alcohol / Medicamentos Para Controlar El Deseo</i>			
<i>acamprosate calcium oral tablet delayed release 333 mg</i>		2	
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	ANTABUSE	2	
<i>naltrexone hcl oral tablet 50 mg</i>		2	
<i>Tratamiento Dependencia De Opioides</i>			
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg</i>		2	
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 8 mg</i>		2	QL (60 EA per 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 12-3 mg, 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg</i>	SUBOXONE	2	QL (60 EA per 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>		2	QL (120 EA per 30 days)
<i>naltrexone hcl oral tablet 50 mg</i>		2	
SUBOXONE SUBLINGUAL FILM 12-3 MG, 2-0.5 MG, 4-1 MG, 8-2 MG		4	QL (60 EA per 30 days)
Agentes Para El Tratamiento De La Espasticidad			
<i>Agentes Para El Tratamiento De La Espasticidad</i>			
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>		2	
<i>dantrolene sodium oral capsule 100 mg</i>		2	

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

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

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

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

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>		2	CG
<i>amantadine hcl oral syrup 50 mg/5ml</i>		2	MT; CG
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>		2	CG
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 12.5-50-200 mg</i>	STALEVO 50	2	MT; CG
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 18.75-75-200 mg</i>	STALEVO 75	2	MT; CG
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 25-100-200 mg</i>	STALEVO 100	2	MT; CG
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 31.25-125-200 mg</i>	STALEVO 125	2	MT; CG
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 37.5-150-200 mg</i>	STALEVO 150	2	MT; CG
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 50-200-200 mg</i>	STALEVO 200	2	MT; CG
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i>	COMTAN	2	CG
Agentes Para El Tratamiento De Parkinson			
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 12.5-50-200 mg</i>	STALEVO 50	2	MT; CG
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 18.75-75-200 mg</i>	STALEVO 75	2	MT; CG
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 25-100-200 mg</i>	STALEVO 100	2	MT; CG
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 31.25-125-200 mg</i>	STALEVO 125	2	MT; CG
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 37.5-150-200 mg</i>	STALEVO 150	2	MT; CG
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 50-200-200 mg</i>	STALEVO 200	2	MT; CG
Antagonistas De Dopamina			
APOKYN SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 30 MG/3ML		5	
<i>bromocriptine mesylate oral capsule 5 mg</i>	PARLODEL	2	MT; CG

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

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

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>carbidopa-levodopa er oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>	SINEMET CR	2	MT; CG
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	SINEMET	2	MT; CG
<i>carbidopa-levodopa oral tablet dispersible 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>		2	MT; CG
Agentes Para La Enfermedad Inflamatoria Intestinal			
Aminosalicilatos			
APRISO ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.375 GM		4	MT
<i>balsalazide disodium oral capsule 750 mg</i>	COLAZAL	2	
CANASA RECTAL SUPPOSITORY 1000 MG		5	
DELZICOL ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 400 MG		4	
DIPENTUM ORAL CAPSULE 250 MG		5	
<i>mesalamine oral tablet delayed release 1.2 gm</i>	LIALDA	2	
<i>mesalamine oral tablet delayed release 800 mg</i>	ASACOL HD	2	
<i>mesalamine rectal enema 4 gm</i>		2	
<i>mesalamine rectal suppository 1000 mg</i>	CANASA	2	
Glucocorticoides			
<i>budesonide oral capsule delayed release particles 3 mg</i>	ENTOCORT EC	5	
<i>colocort rectal enema 100 mg/60ml</i>	COLOCORT	2	
<i>cortisone acetate oral tablet 25 mg</i>		2	
<i>dexamethasone intensol oral concentrate 1 mg/ml</i>		2	
<i>dexamethasone oral elixir 0.5 mg/5ml</i>	DECADRON	2	

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 4 mg, 6 mg</i>	DECADRON	2	
<i>dexamethasone oral tablet 1 mg, 1.5 mg, 2 mg</i>		2	
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	CORTEF	2	
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60ml</i>	COLOCORT	2	
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	MEDROL	2	
<i>methylprednisolone oral tablet therapy pack 4 mg</i>	MEDROL	2	
<i>prednisolone acetate ophthalmic suspension 1 %</i>	OMNIPRED	2	
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5ml</i>		2	
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 10 mg/5ml</i>	MILLIPRED	2	
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 20 mg/5ml</i>	VERIPRED 20	2	
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 6.7 (5 base) mg/5ml</i>		2	
<i>prednisone intensol oral concentrate 5 mg/ml</i>		2	
<i>prednisone oral solution 5 mg/5ml</i>		2	
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 50 mg</i>		1	
<i>prednisone oral tablet 20 mg</i>	DELTASONE	1	
<i>proctosol hc rectal cream 2.5 %</i>		2	
Sulfonamidas			
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	AZULFIDINE	2	MT
<i>sulfasalazine oral tablet delayed release 500 mg</i>	AZULFIDINE EN-TABS	2	MT

Agentes Parala Enfermedad Metabólica Del Hueso

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
Agentes Parala Enfermedad Metabólica Del Hueso			
<i>alendronate sodium oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>alendronate sodium oral tablet 35 mg</i>		1	MT; CG; QL (4 EA per 28 days)
<i>alendronate sodium oral tablet 40 mg</i>		1	CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>alendronate sodium oral tablet 70 mg</i>	FOSAMAX	1	MT; CG; QL (4 EA per 28 days)
<i>calcitonin (salmon) nasal solution 200 unit/act</i>	MIACALCIN	2	MT; CG
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i>	ROCALTROL	2	MT; CG
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i>	ROCALTROL	2	PA; MT; CG
<i>etidronate disodium oral tablet 200 mg, 400 mg</i>		2	
FORTEO SUBCUTANEOUS SOLUTION 600 MCG/2.4ML		5	PA; QL (2.4 ML per 28 days)
<i>ibandronate sodium oral tablet 150 mg</i>	BONIVA	2	MT; CG; QL (1 EA per 28 days)
NATPARA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG		5	PA; QL (2 EA per 28 days)
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 4 mcg</i>		2	PA; MT; CG
<i>paricalcitol oral capsule 2 mcg</i>	ZEMPLAR	2	PA; MT; CG
PROLIA SUBCUTANEOUS SOLUTION 60 MG/ML		4	PA; QL (1 ML per 180 days)
<i>risedronate sodium oral tablet 150 mg</i>	ACTONEL	2	MT; CG; QL (1 EA per 28 days)
<i>risedronate sodium oral tablet 35 mg</i>	ACTONEL	2	MT; CG; QL (4 EA per 28 days)
<i>risedronate sodium oral tablet delayed release 35 mg</i>	ATELVIA	2	MT; CG; QL (4 EA per 28 days)

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
SENSIPAR ORAL TABLET 30 MG, 60 MG		5	PA; QL (60 EA per 30 days)
SENSIPAR ORAL TABLET 90 MG		5	PA; QL (120 EA per 30 days)
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7ML		5	PA; QL (2 ML per 28 days)
Agentes Pulmonares/ Tracto Respiratorio			
Agentes Del Tracto Respiratorios, Otros			
<i>acetylcysteine inhalation solution 10 %, 20 %</i>		2	PA
ANORO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5-25 MCG/INH		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
KALYDECO ORAL PACKET 50 MG, 75 MG		5	PA; QL (60 EA per 30 days)
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG		5	PA; QL (60 EA per 30 days)
ORKAMBI ORAL PACKET 100-125 MG, 150-188 MG		5	PA; QL (120 EA per 30 days)
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG		5	PA; QL (120 EA per 30 days)

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML		5	PA
<i>Agentes Para Fibrosis Pulmonar</i>			
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)
<i>Agentes Pulmonares/ Tracto Respiratorio</i>			
ADVAIR DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-50 MCG/DOSE, 250-50 MCG/DOSE, 500-50 MCG/DOSE		3	QL (60 EA per 30 days)
ADVAIR HFA INHALATION AEROSOL 115-21 MCG/ACT, 230-21 MCG/ACT, 45-21 MCG/ACT		3	QL (12 GM per 30 days)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 20-100 MCG/ACT		3	QL (8 GM per 30 days)
ESBRIET ORAL CAPSULE 267 MG		5	PA; QL (270 EA per 30 days)
ESBRIET ORAL TABLET 267 MG		5	PA; QL (270 EA per 30 days)
ESBRIET ORAL TABLET 801 MG		5	PA; QL (90 EA per 30 days)
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution 0.5-2.5 (3) mg/3ml</i>		2	PA; CG
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG		5	PA; QL (1 EA per 28 days)
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG		5	PA; QL (60 EA per 30 days)

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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			
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)
LETAIRIS ORAL TABLET 10 MG, 5 MG		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
<i>sildenafil citrate oral tablet 20 mg</i>	REVATIO	2	PA; MT; CG; QL (90 EA per 30 days)
VENTAVIS INHALATION SOLUTION 10 MCG/ML, 20 MCG/ML		5	PA; QL (270 ML per 30 days)
Antihistaminas			
<i>azelastine hcl nasal solution 0.1 %</i>		2	QL (30 ML per 25 days)
<i>azelastine hcl nasal solution 0.15 %</i>	ASTEPRO	2	QL (60 ML per 30 days)
<i>cetirizine hcl oral solution 1 mg/ml</i>		2	

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>cyproheptadine hcl oral syrup 2 mg/5ml</i>		2	PA
<i>cyproheptadine hcl oral tablet 4 mg</i>		2	PA
<i>desloratadine oral tablet 5 mg</i>	CLARINEX	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>levocetirizine dihydrochloride oral solution 2.5 mg/5ml</i>	XYZAL ALLERGY 24HR	2	
<i>levocetirizine dihydrochloride oral tablet 5 mg</i>	XYZAL ALLERGY 24HR	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>olopatadine hcl nasal solution 0.6 %</i>	PATANASE	2	
<i>promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>		2	PA
Antiinflamatorios, Corticoesteroides Inhalados			
ADVAIR DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-50 MCG/DOSE, 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)
<i>budesonide inhalation suspension 0.25 mg/2ml, 0.5 mg/2ml, 1 mg/2ml</i>	PULMICORT	2	PA
FLOVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/BLIST, 50 MCG/BLIST		3	QL (60 EA per 30 days)
FLOVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 250 MCG/BLIST		3	QL (240 EA per 30 days)
FLOVENT HFA INHALATION AEROSOL 110 MCG/ACT, 220 MCG/ACT		3	QL (24 GM per 30 days)

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
FLOVENT HFA INHALATION AEROSOL 44 MCG/ACT		3	QL (21 GM per 30 days)
<i>flunisolide nasal solution 25 mcg/act (0.025%)</i>		2	QL (50 ML per 25 days)
<i>fluticasone propionate external lotion 0.05 %</i>	CUTIVATE	2	
<i>fluticasone propionate nasal suspension 50 mcg/act</i>	CLARISPRAY	2	QL (16 GM per 30 days)
PULMICORT FLEXHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 180 MCG/ACT, 90 MCG/ACT		4	QL (2 EA per 30 days)
Antileucotrienos			
<i>montelukast sodium oral packet 4 mg</i>	SINGULAIR	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>montelukast sodium oral tablet 10 mg</i>	SINGULAIR	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>montelukast sodium oral tablet chewable 4 mg, 5 mg</i>	SINGULAIR	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>zafirlukast oral tablet 10 mg</i>	ACCOLATE	2	MT
<i>zafirlukast oral tablet 20 mg</i>	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)
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>		2	PA; MT; CG
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.03 %</i>		2	QL (30 ML per 30 days)
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.06 %</i>		2	QL (15 ML per 30 days)

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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)
<i>albuterol sulfate er oral tablet extended release 12 hour 4 mg, 8 mg</i>		2	CG
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act</i>	PROAIR HFA	2	QL (36 GM per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution (2.5 mg/3ml) 0.083%, (5 mg/ml) 0.5%, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml</i>		2	PA; CG
<i>albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5ml</i>		2	CG
<i>albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg</i>		2	CG
BREO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-25 MCG/INH, 200-25 MCG/INH		3	QL (60 EA per 30 days)
EPINEPHRINE INJECTION SOLUTION 0.3 MG/0.3ML		3	QL (6 EA per 30 days)
<i>epinephrine injection solution auto-injector 0.15 mg/0.15ml</i>	AUVI-Q	3	QL (6 EA per 30 days)
<i>epinephrine injection solution auto-injector 0.15 mg/0.3ml</i>	EPIPEN JR 2-PAK	2	QL (6 EA per 30 days)
<i>epinephrine injection solution auto-injector 0.3 mg/0.3ml</i>	AUVI-Q	2	QL (6 EA per 30 days)

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 113-14 mcg/act</i>	AIRDUO RESPICLICK 113/14	2	MT; QL (1 EA per 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 232-14 mcg/act</i>	AIRDUO RESPICLICK 232/14	2	MT; QL (1 EA per 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 55-14 mcg/act</i>	AIRDUO RESPICLICK 55/14	2	MT; QL (1 EA per 30 days)
<i>levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 0.31 mg/3ml, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml</i>	XOPENEX	2	PA; CG
<i>levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 1.25 mg/0.5ml</i>	XOPENEX CONCENTRATE	2	PA; CG
<i>levalbuterol tartrate inhalation aerosol 45 mcg/act</i>	XOPENEX HFA	2	CG; QL (30 GM per 30 days)
PERFOROMIST INHALATION NEBULIZATION SOLUTION 20 MCG/2ML		5	PA
SEREVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50 MCG/DOSE		3	QL (60 EA per 30 days)
<i>terbutaline sulfate oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>		2	CG
VENTOLIN HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION 108 (90 BASE) MCG/ACT		3	QL (36 GM per 30 days)
<i>Estabilizadores De Mastocitos</i>			
<i>cromolyn sodium inhalation nebulization solution 20 mg/2ml</i>		2	PA; MT; CG
<i>cromolyn sodium oral concentrate 100 mg/5ml</i>	GASTROCROM	5	
<i>Inhibidores De Fósfo diesterasa, Enfermedad De Las Vías Respiratorias</i>			
DALIRESP ORAL TABLET 250 MCG, 500 MCG		4	

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>theo-24 oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg</i>		2	MT
<i>theophylline er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	THEOCHRON	2	MT
<i>theophylline er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 600 mg</i>		2	MT
<i>theophylline oral solution 80 mg/15ml</i>		2	MT
Analgésicos			
Analgésicos Opioides, Corta Duración			
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1200 mcg, 1600 mcg, 200 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	ACTIQ	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr</i>	DURAGESIC-100	2	PA; QL (10 EA per 30 days)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 12 mcg/hr</i>	DURAGESIC-12	2	PA; QL (10 EA per 30 days)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 25 mcg/hr</i>	DURAGESIC-25	2	PA; QL (10 EA per 30 days)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 50 mcg/hr</i>	DURAGESIC-50	2	PA; QL (10 EA per 30 days)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 75 mcg/hr</i>	DURAGESIC-75	2	PA; QL (10 EA per 30 days)
FENTORA BUCCAL TABLET 100 MCG, 200 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG		5	PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>hydromorphone hcl oral liquid 1 mg/ml</i>	DILAUDID	2	
<i>hydromorphone hcl oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	DILAUDID	2	QL (42 EA per 7 days)
<i>hydromorphone hcl oral tablet 8 mg</i>	DILAUDID	2	QL (21 EA per 7 days)
<i>meperidine hcl injection solution 25 mg/ml</i>	DEMEROL	2	PA; QL (1440 ML per 30 days)
<i>meperidine hcl injection solution 50 mg/ml</i>	DEMEROL	2	PA; QL (720 ML per 30 days)

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>morphine sulfate injection solution 10 mg/ml, 2 mg/ml, 4 mg/ml, 8 mg/ml</i>		2	PA
<i>oxycodone hcl oral capsule 5 mg</i>		2	QL (42 EA per 7 days)
<i>oxycodone hcl oral concentrate 100 mg/5ml</i>		2	
<i>oxycodone hcl oral solution 5 mg/5ml</i>		2	QL (630 ML per 7 days)
<i>oxycodone hcl oral tablet 10 mg, 20 mg</i>		2	QL (42 EA per 7 days)
<i>oxycodone hcl oral tablet 15 mg</i>	ROXICODONE	2	QL (28 EA per 7 days)
<i>oxycodone hcl oral tablet 30 mg</i>	ROXICODONE	2	QL (14 EA per 7 days)
<i>oxycodone hcl oral tablet 5 mg</i>	ROXICODONE	2	QL (42 EA per 7 days)
<i>tramadol hcl oral tablet 50 mg</i>	ULTRAM	2	QL (56 EA per 7 days)
Analgésicos Opioides, Larga Duración			
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg</i>		2	
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 8 mg</i>		2	QL (60 EA per 30 days)
DURAMORPH INJECTION SOLUTION 0.5 MG/ML, 1 MG/ML		4	PA
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1200 mcg, 1600 mcg, 200 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	ACTIQ	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr</i>	DURAGESIC-100	2	PA; QL (10 EA per 30 days)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 12 mcg/hr</i>	DURAGESIC-12	2	PA; QL (10 EA per 30 days)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 25 mcg/hr</i>	DURAGESIC-25	2	PA; QL (10 EA per 30 days)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 50 mcg/hr</i>	DURAGESIC-50	2	PA; QL (10 EA per 30 days)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 75 mcg/hr</i>	DURAGESIC-75	2	PA; QL (10 EA per 30 days)

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
FENTORA BUCCAL TABLET 100 MCG, 200 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG		5	PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>hydromorphone hcl pf injection solution 10 mg/ml, 50 mg/5ml</i>		2	PA
<i>methadone hcl oral solution 10 mg/5ml, 5 mg/5ml</i>		2	QL (450 ML per 30 days)
<i>methadone hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	DOLOPHINE	2	QL (180 EA per 30 days)
<i>morphine sulfate (concentrate) oral solution 100 mg/5ml</i>		2	QL (42 ML per 7 days)
<i>morphine sulfate er beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 30 mg, 45 mg, 60 mg, 75 mg, 90 mg</i>		2	QL (14 EA per 7 days)
<i>morphine sulfate er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg, 80 mg</i>	KADIAN	2	QL (14 EA per 7 days)
<i>morphine sulfate er oral capsule extended release 24 hour 100 mg</i>	KADIAN	5	QL (14 EA per 7 days)
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release 100 mg, 15 mg, 30 mg</i>	MS CONTIN	2	QL (21 EA per 7 days)
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release 200 mg, 60 mg</i>	MS CONTIN	2	QL (14 EA per 7 days)
<i>morphine sulfate injection solution 5 mg/ml</i>		2	PA
<i>morphine sulfate oral solution 10 mg/5ml</i>		2	QL (420 ML per 7 days)
<i>morphine sulfate oral solution 20 mg/5ml</i>		2	QL (210 ML per 7 days)
<i>morphine sulfate oral tablet 15 mg</i>		2	QL (42 EA per 7 days)
<i>morphine sulfate oral tablet 30 mg</i>		2	QL (28 EA per 7 days)
Analgésicos			
<i>acetaminophen-codeine #3 oral tablet 300-30 mg</i>	TYLENOL WITH CODEINE #3	2	QL (42 EA per 7 days)

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5ml</i>		2	QL (1167 ML per 7 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg</i>		2	QL (42 EA per 7 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>	TYLENOL WITH CODEINE #4	2	QL (42 EA per 7 days)
ENDOCET ORAL TABLET 10-325 MG		4	QL (42 EA per 7 days)
ENDOCET ORAL TABLET 5-325 MG, 7.5-325 MG		4	QL (42 EA per 7 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15ml</i>		2	QL (1260 ML per 7 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg</i>	LORCET HD	2	QL (42 EA per 7 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg</i>	LORCET	2	QL (42 EA per 7 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg</i>	LORCET PLUS	2	QL (42 EA per 7 days)
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 7.5-200 mg</i>		2	QL (28 EA per 7 days)
LORCET HD ORAL TABLET 10-325 MG		2	QL (42 EA per 7 days)
LORCET ORAL TABLET 5-325 MG		2	QL (42 EA per 7 days)
LORCET PLUS ORAL TABLET 7.5-325 MG		2	QL (42 EA per 7 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	ENDOCET	2	QL (42 EA per 7 days)
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>	ULTRACET	2	QL (56 EA per 7 days)
<i>Antiinflamatorios No-Esteroidales</i>			
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	CELEBREX	2	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>celecoxib oral capsule 400 mg</i>	CELEBREX	2	PA; QL (30 EA per 30 days)

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>		2	
<i>diclofenac sodium er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>		2	
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>		2	
<i>diflunisal oral tablet 500 mg</i>		2	
<i>etodolac er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 500 mg, 600 mg</i>		2	
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>		2	
<i>etodolac oral tablet 400 mg</i>	LODINE	2	
<i>etodolac oral tablet 500 mg</i>		2	
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg, 50 mg</i>		2	
<i>ibu oral tablet 600 mg, 800 mg</i>		1	
<i>ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml</i>		2	
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	IBU	1	
<i>ketoprofen oral capsule 25 mg</i>		2	
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	MOBIC	1	QL (30 EA per 30 days)
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>		2	
<i>naproxen dr oral tablet delayed release 375 mg</i>	EC-NAPROSYN	2	
<i>naproxen dr oral tablet delayed release 500 mg</i>		2	
<i>naproxen oral suspension 125 mg/5ml</i>	NAPROSYN	2	
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	NAPROSYN	1	
<i>naproxen oral tablet 375 mg</i>		1	
<i>naproxen sodium oral tablet 275 mg</i>		2	
<i>naproxen sodium oral tablet 550 mg</i>	ANAPROX DS	2	
<i>oxaprozin oral tablet 600 mg</i>	DAYPRO	2	
<i>piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	FELDENE	2	
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>		2	

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
Anestésicos			
Anestésicos Locales			
<i>lidocaine external ointment 5 %</i>		2	PA
<i>lidocaine external patch 5 %</i>	LIDODERM	2	PA; QL (90 EA per 30 days)
<i>lidocaine hcl external gel 2 %</i>	7T LIDO	2	PA
<i>lidocaine hcl external solution 4 %</i>		2	
<i>lidocaine viscous mouth/throat solution 2 %</i>		1	
<i>lidocaine-prilocaine external cream 2.5-2.5 %</i>		2	PA
Ansiolíticos			
Ansiolíticos, Otros			
<i>bupirone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>		2	CG
<i>doxepin hcl oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>		2	PA; CG
<i>doxepin hcl oral concentrate 10 mg/ml</i>		2	PA; CG
SILENOR ORAL TABLET 3 MG, 6 MG		3	QL (30 EA per 30 days)
Benzodiazepinas			
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	XANAX	1	CG
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	KLONOPIN	1	CG
<i>clonazepam oral tablet dispersible 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>		2	CG
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg</i>		2	PA; CG
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 7.5 mg</i>	TRANXENE-T	2	PA; CG
DIASTAT ACUDIAL RECTAL GEL 10 MG, 20 MG		3	
DIASTAT PEDIATRIC RECTAL GEL 2.5 MG		3	

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>diazepam intensol oral concentrate 5 mg/ml</i>		2	PA
<i>diazepam oral solution 5 mg/5ml</i>		2	PA; CG
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	VALIUM	1	PA; CG
<i>lorazepam oral concentrate 2 mg/ml</i>	LORAZEPAM INTENSOL	2	
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	ATIVAN	1	CG
Ssris/ Snris			
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	CYMBALTA	2	MT; CG
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 40 mg</i>		2	MT; CG
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5ml</i>		2	MT; CG; QL (600 ML per 30 days)
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg</i>	LEXAPRO	2	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>escitalopram oxalate oral tablet 20 mg</i>	LEXAPRO	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>escitalopram oxalate oral tablet 5 mg</i>	LEXAPRO	2	MT; CG; QL (120 EA per 30 days)
<i>paroxetine hcl er oral tablet extended release 24 hour 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg</i>	PAXIL CR	2	PA; MT; CG
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	PAXIL	2	PA; MT; CG
PAXIL ORAL SUSPENSION 10 MG/5ML		4	ST
<i>sertraline hcl oral concentrate 20 mg/ml</i>		2	MT; CG
<i>sertraline hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	ZOLOFT	1	MT; CG
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 150 mg</i>	EFFEXOR XR	2	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 37.5 mg, 75 mg</i>	EFFEXOR XR	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>venlafaxine hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>		2	MT; CG
Antibacteriales			
Aminoglicósidos			
<i>amikacin sulfate injection solution 500 mg/2ml</i>		2	
<i>gentak ophthalmic ointment 0.3 %</i>		2	
<i>gentamicin in saline intravenous solution 0.8-0.9 mg/ml-%, 1-0.9 mg/ml-%, 1.2-0.9 mg/ml-%, 1.6-0.9 mg/ml-%</i>		2	
<i>gentamicin sulfate external cream 0.1 %</i>		2	
<i>gentamicin sulfate external ointment 0.1 %</i>		2	
<i>gentamicin sulfate injection solution 40 mg/ml</i>		2	
<i>gentamicin sulfate ophthalmic solution 0.3 %</i>		2	
<i>neomycin sulfate oral tablet 500 mg</i>		2	
<i>paromomycin sulfate oral capsule 250 mg</i>		2	
<i>streptomycin sulfate intramuscular solution reconstituted 1 gm</i>		2	
TOBRADEX OPHTHALMIC OINTMENT 0.3-0.1 %		3	
<i>tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/5ml</i>	KITABIS PAK	5	PA; QL (280 ML per 28 days)
<i>tobramycin ophthalmic solution 0.3 %</i>	TOBEX	2	
<i>tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml, 80 mg/2ml</i>		2	PA
TOBEX OPHTHALMIC OINTMENT 0.3 %		3	
Antibacteriales, Otros			
<i>acetic acid otic solution 2 %</i>		2	

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>bacitracin ophthalmic ointment 500 unit/gm</i>		2	
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	CLEOCIN	1	
<i>clindamycin palmitate hcl oral solution reconstituted 75 mg/5ml</i>	CLEOCIN	2	
<i>clindamycin phosphate external gel 1 %</i>	CLEOCIN-T	2	
<i>clindamycin phosphate external lotion 1 %</i>	CLEOCIN-T	2	
<i>clindamycin phosphate external solution 1 %</i>	CLEOCIN-T	2	
<i>clindamycin phosphate external swab 1 %</i>	CLEOCIN-T	2	
<i>clindamycin phosphate in d5w intravenous solution 300 mg/50ml, 600 mg/50ml, 900 mg/50ml</i>		2	
<i>clindamycin phosphate injection solution 300 mg/2ml, 900 mg/6ml</i>	CLEOCIN PHOSPHATE	2	
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i>	CLEOCIN	2	
<i>colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted 150 mg</i>	COLY-MYCIN M	2	PA
<i>daptomycin intravenous solution reconstituted 350 mg</i>		5	PA
<i>daptomycin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	CUBICIN	5	PA
<i>global alcohol prep ease pad 70 %</i>	ALCOH-GLOVE CONTOURED WIPE	3	MT
<i>linezolid intravenous solution 600 mg/300ml</i>	ZYVOX	5	PA
<i>linezolid oral suspension reconstituted 100 mg/5ml</i>	ZYVOX	5	PA
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i>	ZYVOX	5	PA
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gm</i>	HIPREX	2	
<i>metronidazole external cream 0.75 %</i>	METROCREAM	2	
<i>metronidazole external gel 0.75 %</i>	ROSADAN	2	

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>metronidazole external gel 1 %</i>	METROGEL	2	
<i>metronidazole external lotion 0.75 %</i>	METROLOTION	2	
<i>metronidazole in nacl intravenous solution 500-0.79 mg/100ml-%</i>		2	
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	FLAGYL	2	
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 %</i>	METROGEL-VAGINAL	2	
<i>mupirocin calcium external cream 2 %</i>		2	
<i>mupirocin external ointment 2 %</i>	CENTANY	2	
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	MACRODANTIN	2	PA
<i>nitrofurantoin monohyd macro oral capsule 100 mg</i>	MACROBID	2	PA
<i>polymyxin b sulfate injection solution reconstituted 500000 unit</i>		2	PA
SIVEXTRO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 200 MG		5	PA; QL (6 EA per 15 days)
SIVEXTRO ORAL TABLET 200 MG		5	PA; QL (6 EA per 15 days)
SULFAMYLON EXTERNAL CREAM 85 MG/GM		4	
<i>tigecycline intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	TYGACIL	2	PA
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>		2	
<i>vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>		2	PA
<i>vancomycin hcl oral capsule 125 mg</i>	VANCOCIN HCL	2	
<i>vancomycin hcl oral capsule 250 mg</i>	VANCOCIN HCL	5	
<i>vandazole vaginal gel 0.75 %</i>	METROGEL-VAGINAL	2	
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG, 550 MG		5	PA
<i>Antibacteriales</i>			

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted 150 mg</i>	COLY-MYCIN M	2	PA
Betalactámico, Cefalosporinas			
<i>ceftazidime oral tablet extended release 12 hour 500 mg</i>		2	
<i>ceftazidime oral capsule 250 mg, 500 mg</i>		2	
<i>ceftazidime oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml, 375 mg/5ml</i>		2	
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>		2	
<i>cefadroxil oral suspension reconstituted 250 mg/5ml, 500 mg/5ml</i>		2	
<i>cefadroxil oral tablet 1 gm</i>		2	
<i>cefazolin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 500 mg</i>		2	
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>		2	
<i>cefdinir oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>		2	
<i>cefepime hcl injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	MAXIPIME	2	
<i>cefixime oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>	SUPRAX	2	
<i>cefotaxime sodium injection solution reconstituted 1 gm, 500 mg</i>		2	
<i>cefoxitin sodium injection solution reconstituted 10 gm</i>		2	PA
<i>cefoxitin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>		2	PA
<i>cefpodoxime proxetil oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 50 mg/5ml</i>		2	
<i>cefpodoxime proxetil oral tablet 100 mg, 200 mg</i>		2	
<i>cefprozil oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>		2	
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		2	

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>ceftazidime injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 6 gm</i>	TAZICEF	2	
<i>ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 250 mg, 500 mg</i>		2	PA
<i>ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>		2	PA
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		2	
<i>cefuroxime sodium injection solution reconstituted 7.5 gm, 750 mg</i>		2	PA
<i>cefuroxime sodium intravenous solution reconstituted 1.5 gm</i>		2	PA
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	KEFLEX	1	
<i>cephalexin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>		2	
SUPRAX ORAL CAPSULE 400 MG		3	
SUPRAX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 500 MG/5ML		3	
SUPRAX ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG, 200 MG		4	
TEFLARO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 MG, 600 MG		5	PA
<i>Betalactámico, Otros</i>			
<i>aztreonam injection solution reconstituted 1 gm</i>	AZACTAM	2	
CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED 75 MG		5	PA
<i>ertapenem sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>	INVANZ	2	PA
<i>imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 250 mg</i>		2	PA
<i>imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	PRIMAXIN IV	2	PA

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>meropenem intravenous solution reconstituted 1 gm, 500 mg</i>	MERREM	2	PA
Betalactámico, Penicilinas			
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>		1	
<i>amoxicillin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 200 mg/5ml, 250 mg/5ml, 400 mg/5ml</i>		1	
<i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i>		1	
<i>amoxicillin oral tablet chewable 125 mg, 250 mg</i>		2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate er oral tablet extended release 12 hour 1000-62.5 mg</i>	AUGMENTIN XR	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 200-28.5 mg/5ml, 400-57 mg/5ml</i>		2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 250-62.5 mg/5ml</i>	AUGMENTIN	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 600-42.9 mg/5ml</i>	AUGMENTIN ES-600	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg</i>		2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 500-125 mg, 875-125 mg</i>	AUGMENTIN	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg</i>		2	
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>		1	
<i>ampicillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 125 mg</i>		2	PA
<i>ampicillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>		2	PA
<i>ampicillin-sulbactam sodium injection solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 15 (10-5) gm, 3 (2-1) gm</i>	UNASYN	2	PA

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1200000 UNIT/2ML, 2400000 UNIT/4ML, 600000 UNIT/ML		4	
<i>dicloxacillin sodium oral capsule 250 mg, 500 mg</i>		2	
<i>nafcillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>		2	PA
<i>nafcillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>		5	PA
<i>oxacillin sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>		2	
<i>oxacillin sodium injection solution reconstituted 10 gm</i>		5	
<i>penicillin g pot in dextrose intravenous solution 40000 unit/ml, 60000 unit/ml</i>		2	
<i>penicillin g potassium injection solution reconstituted 20000000 unit</i>	PFIZERPEN	2	
<i>penicillin g procaine intramuscular suspension 600000 unit/ml</i>		2	
<i>penicillin g sodium injection solution reconstituted 5000000 unit</i>		2	
<i>penicillin v potassium oral solution reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>		2	
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		1	
<i>piperacillin sod-tazobactam so intravenous solution reconstituted 2.25 (2-0.25) gm, 3.375 (3-0.375) gm, 4.5 (4-0.5) gm</i>	ZOSYN	2	
Macrólidos			
AZASITE OPHTHALMIC SOLUTION 1 %		4	
<i>azithromycin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	ZITHROMAX	2	
<i>azithromycin oral packet 1 gm</i>	ZITHROMAX	2	

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>azithromycin oral suspension reconstituted 100 mg/5ml</i>	ZITHROMAX	2	QL (75 ML per 30 days)
<i>azithromycin oral suspension reconstituted 200 mg/5ml</i>	ZITHROMAX	2	QL (68 ML per 30 days)
<i>azithromycin oral tablet 250 mg</i>	ZITHROMAX	1	QL (8 EA per 15 days)
<i>azithromycin oral tablet 250 mg (6 pack)</i>	ZITHROMAX	1	QL (6 EA per 15 days)
<i>azithromycin oral tablet 500 mg</i>	ZITHROMAX	1	QL (4 EA per 15 days)
<i>azithromycin oral tablet 500 mg (3 pack)</i>	ZITHROMAX	1	QL (3 EA per 15 days)
<i>azithromycin oral tablet 600 mg</i>	ZITHROMAX	1	
<i>clarithromycin er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>		2	
<i>clarithromycin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>		2	
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		2	
DIFICID ORAL TABLET 200 MG		5	ST
E.E.S. 400 ORAL TABLET 400 MG		2	
<i>ery external pad 2 %</i>		2	
<i>ery-tab oral tablet delayed release 250 mg, 333 mg, 500 mg</i>		2	
<i>erythrocin lactobionate intravenous solution reconstituted 500 mg</i>		2	PA
ERYTHROCIN STEARATE ORAL TABLET 250 MG		4	
<i>erythromycin base oral capsule delayed release particles 250 mg</i>		2	
<i>erythromycin base oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		2	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral tablet 400 mg</i>	E.E.S. 400	2	
<i>erythromycin external gel 2 %</i>	ERYGEL	2	
<i>erythromycin external solution 2 %</i>		2	
<i>erythromycin ophthalmic ointment 5 mg/gm</i>		2	

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
Quinolonas			
CETRAXAL OTIC SOLUTION 0.2 %		3	
CILOXAN OPHTHALMIC OINTMENT 0.3 %		3	
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic solution 0.3 %</i>	CILOXAN	2	
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 100 mg, 750 mg</i>		2	
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	CIPRO	2	
<i>ciprofloxacin hcl otic solution 0.2 %</i>	CETRAXAL	2	
<i>ciprofloxacin in d5w intravenous solution 200 mg/100ml</i>		2	
<i>ciprofloxacin oral suspension reconstituted 250 mg/5ml (5%), 500 mg/5ml (10%)</i>	CIPRO	2	
<i>gatifloxacin ophthalmic solution 0.5 %</i>	ZYMAXID	2	
<i>levofloxacin in d5w intravenous solution 500 mg/100ml, 750 mg/150ml</i>		2	
<i>levofloxacin intravenous solution 25 mg/ml</i>		2	
<i>levofloxacin oral solution 25 mg/ml</i>		2	
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	LEVAQUIN	1	
MOXEZA OPHTHALMIC SOLUTION 0.5 %		3	
<i>moxifloxacin hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	VIGAMOX	2	
<i>ofloxacin ophthalmic solution 0.3 %</i>	OCUFLOX	2	
<i>ofloxacin otic solution 0.3 %</i>	FLOXIN OTIC	2	
Sulfonamidas			
<i>silver sulfadiazine external cream 1 %</i>	SILVADENE	2	
<i>ssd external cream 1 %</i>	SILVADENE	2	

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic ointment 10 %</i>		2	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic solution 10 %</i>	BLEPH-10	2	
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>		2	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5ml</i>	SULFATRIM PEDIATRIC	2	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg</i>	BACTRIM	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 800-160 mg</i>	BACTRIM DS	1	
Tetraciclinas			
<i>doxy 100 intravenous solution reconstituted 100 mg</i>		2	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	MORGIDOX	2	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg</i>		2	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 150 mg, 75 mg</i>	ACTICLATE	2	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg</i>		2	
<i>minocycline hcl oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	MINOCIN	2	
<i>minocycline hcl oral capsule 75 mg</i>		2	
<i>tetracycline hcl oral capsule 250 mg</i>		1	
<i>tetracycline hcl oral capsule 500 mg</i>		2	
Anticonvulsivos			
Agentes De Aumento De Ácido Gamma-Aminobutírico (Gaba)			
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i>	ONFI	2	
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	ONFI	2	
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	KLONOPIN	1	CG

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>clonazepam oral tablet dispersible 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>		2	CG
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg</i>		2	PA; CG
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 7.5 mg</i>	TRANXENE-T	2	PA; CG
DIASTAT ACUDIAL RECTAL GEL 10 MG, 20 MG		3	
DIASTAT PEDIATRIC RECTAL GEL 2.5 MG		3	
<i>diazepam intensol oral concentrate 5 mg/ml</i>		2	PA
<i>diazepam oral solution 5 mg/5ml</i>		2	PA; CG
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	VALIUM	1	PA; CG
<i>divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 500 mg</i>	DEPAKOTE ER	2	MT; CG
<i>divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle 125 mg</i>	DEPAKOTE SPRINKLES	2	MT; CG
<i>divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	DEPAKOTE	2	MT; CG
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML		5	PA; LA; QL (600 ML per 30 days)
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg, 400 mg</i>	NEURONTIN	1	MT; CG
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5ml</i>	NEURONTIN	2	MT; CG
<i>gabapentin oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	NEURONTIN	1	MT; CG
<i>lamotrigine oral tablet dispersible 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	LAMICTAL ODT	2	MT; CG
<i>lorazepam oral concentrate 2 mg/ml</i>	LORAZEPAM INTENSOL	2	
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	ATIVAN	1	CG
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5ml</i>		2	PA
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>		2	PA

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i>	MYSOLINE	2	MT; CG
SABRIL ORAL TABLET 500 MG		5	PA
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG, 5 MG		5	QL (60 EA per 30 days)
<i>tiagabine hcl oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i>	GABITRIL	2	MT; CG
<i>valproate sodium oral solution 250 mg/5ml</i>	DEPAKENE	2	MT; CG
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	DEPAKENE	2	MT; CG
<i>vigabatrin oral packet 500 mg</i>	SABRIL	5	PA
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i>	SABRIL	5	PA
<i>vigadrone oral packet 500 mg</i>		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
<i>carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	TEGRETOL-XR	2	MT; CG
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5ml</i>	TEGRETOL	2	MT; CG
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>		2	MT; CG
<i>carbamazepine oral tablet chewable 100 mg</i>		2	MT; CG
DILANTIN INFATABS ORAL TABLET CHEWABLE 50 MG		4	MT
DILANTIN ORAL CAPSULE 100 MG		4	MT
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG		4	MT

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
DILANTIN ORAL SUSPENSION 125 MG/5ML		4	MT
<i>epitol oral tablet 200 mg</i>		2	MT; CG
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5ml</i>	TRILEPTAL	2	MT; CG
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	TRILEPTAL	2	MT; CG
PEGANONE ORAL TABLET 250 MG		4	MT
PHENYTEK ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG		4	MT
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5ml</i>	DILANTIN	2	MT; CG
<i>phenytoin oral tablet chewable 50 mg</i>	DILANTIN INFATABS	2	MT; CG
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg</i>	DILANTIN	2	MT; CG
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	PHENYTEK	2	MT; CG
TEGRETOL ORAL SUSPENSION 100 MG/5ML		4	MT
TEGRETOL ORAL TABLET 200 MG		4	MT
TEGRETOL-XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 100 MG, 200 MG, 400 MG		4	MT
VIMPAT ORAL SOLUTION 10 MG/ML		5	QL (1200 ML per 30 days)
VIMPAT ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG		5	QL (60 EA per 30 days)
VIMPAT ORAL TABLET 50 MG		4	MT; QL (60 EA per 30 days)
<i>Agentes Modificadores De Canales De Calcio</i>			
CELONTIN ORAL CAPSULE 300 MG		4	MT
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i>	ZARONTIN	2	MT; CG
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5ml</i>	ZARONTIN	2	MT; CG

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
LYRICA CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 165 MG, 330 MG, 82.5 MG		3	
LYRICA ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 MG, 225 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG, 75 MG		3	
LYRICA ORAL SOLUTION 20 MG/ML		3	
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	ZONEGRAN	2	MT; CG
<i>zonisamide oral capsule 50 mg</i>		2	MT; CG
Agentes Reductores De Glutamato			
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5ml</i>	FELBATOL	5	
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i>	FELBATOL	2	MT; CG
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML		5	PA
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG		5	PA
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG		4	PA
<i>lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg</i>	LAMICTAL XR	2	MT; CG
<i>lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 50 mg</i>	LAMICTAL XR	2	MT
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	LAMICTAL	2	MT; CG
<i>lamotrigine oral tablet chewable 25 mg, 5 mg</i>	LAMICTAL	2	MT; CG
<i>lamotrigine starter kit-blue oral kit 25 (35) mg</i>	LAMICTAL STARTER	2	MT; CG
<i>lamotrigine starter kit-green oral kit 25 (84)-100(14) mg</i>	LAMICTAL STARTER	2	MT; CG
<i>lamotrigine starter kit-orange oral kit 25 (42)-100 (7) mg</i>	LAMICTAL STARTER	2	MT; CG

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>topiramate er oral capsule er 24 hour sprinkle 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	QUDEXY XR	2	MT; CG
<i>topiramate oral capsule sprinkle 15 mg, 25 mg</i>	TOPAMAX SPRINKLE	2	MT; CG
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	TOPAMAX	2	MT; CG
Anticonvulsivos, Otros			
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML		5	PA; QL (600 ML per 30 days)
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG		5	PA; QL (60 EA per 30 days)
DIASTAT ACUDIAL RECTAL GEL 10 MG, 20 MG		3	
DIASTAT PEDIATRIC RECTAL GEL 2.5 MG		3	
<i>diazepam intensol oral concentrate 5 mg/ml</i>		2	PA
<i>diazepam oral solution 5 mg/5ml</i>		2	PA; CG
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	VALIUM	1	PA; CG
<i>levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 500 mg, 750 mg</i>	KEPPRA XR	2	MT; CG
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i>	KEPPRA	2	MT; CG
<i>levetiracetam oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	KEPPRA	2	MT; CG
<i>roweepra oral tablet 1000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	KEPPRA	2	MT; CG
<i>roweepra xr oral tablet extended release 24 hour 500 mg, 750 mg</i>	KEPPRA XR	1	MT; CG
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 1000 MG, 250 MG, 500 MG, 750 MG		4	
Antidepresivos			
Antidepresivos, Otros			

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 400 MG		5	PA; QL (1 EA per 28 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 300 MG, 400 MG		5	PA; QL (1 EA per 28 days)
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>		2	
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	ABILIFY	2	
<i>aripiprazole oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg</i>		5	
<i>bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	WELLBUTRIN SR	2	MT; CG
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 300 mg</i>	WELLBUTRIN XL	2	MT; CG
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 450 mg</i>	FORFIVO XL	2	MT; CG
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i>		2	MT; CG
<i>maprotiline hcl oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>		2	CG
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg</i>	REMERON	2	MT; CG
<i>mirtazapine oral tablet 45 mg, 7.5 mg</i>		2	MT; CG
<i>mirtazapine oral tablet dispersible 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	REMERON SOLTAB	2	MT; CG
<i>nefazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>		2	MT; CG
<i>perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg</i>		2	PA; CG
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg</i>	SEROQUEL XR	2	PA; MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	SEROQUEL XR	2	PA; MT; CG; QL (60 EA per 30 days)

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg</i>	SEROQUEL	1	MT; CG
<i>quetiapine fumarate oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	SEROQUEL	1	PA; MT; CG
<i>trazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg, 50 mg</i>		1	MT; CG
Antidepresivos			
<i>fluoxetine hcl oral tablet 60 mg</i>		2	MT; CG
<i>olanzapine-fluoxetine hcl oral capsule 12-25 mg</i>		2	MT; CG
<i>olanzapine-fluoxetine hcl oral capsule 12-50 mg, 3-25 mg, 6-25 mg, 6-50 mg</i>	SYMBYAX	2	MT; CG
<i>perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg</i>		2	PA; CG
Inhibidores De Monoamino Oxidasa			
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24HR, 6 MG/24HR, 9 MG/24HR		5	QL (30 EA per 30 days)
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG		4	MT
<i>phenelzine sulfate oral tablet 15 mg</i>	NARDIL	2	MT; CG
<i>tranylcypromine sulfate oral tablet 10 mg</i>	PARNATE	2	MT; CG
Ssris/ Snris			
<i>citalopram hydrobromide oral solution 10 mg/5ml</i>		1	MT; CG
<i>citalopram hydrobromide oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	CELEXA	1	MT; CG
<i>desvenlafaxine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 50 mg</i>	KHEDEZLA	2	MT; CG
<i>desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	PRISTIQ	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	CYMBALTA	2	MT; CG
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 40 mg</i>		2	MT; CG
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5ml</i>		2	MT; CG; QL (600 ML per 30 days)
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg</i>	LEXAPRO	2	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>escitalopram oxalate oral tablet 20 mg</i>	LEXAPRO	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>escitalopram oxalate oral tablet 5 mg</i>	LEXAPRO	2	MT; CG; QL (120 EA per 30 days)
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 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)
<i>fluoxetine hcl oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	PROZAC	1	MT; CG
<i>fluoxetine hcl oral capsule delayed release 90 mg</i>		2	MT; CG; QL (4 EA per 28 days)
<i>fluoxetine hcl oral solution 20 mg/5ml</i>		2	MT; CG
<i>fluoxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg</i>		2	MT; CG
<i>fluvoxamine maleate er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 150 mg</i>		2	MT; CG
<i>fluvoxamine maleate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>		2	MT; CG
<i>paroxetine hcl er oral tablet extended release 24 hour 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg</i>	PAXIL CR	2	PA; MT; CG
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	PAXIL	2	PA; MT; CG
PAXIL ORAL SUSPENSION 10 MG/5ML		4	ST
<i>sertraline hcl oral concentrate 20 mg/ml</i>		2	MT; CG

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>sertraline hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	ZOLOFT	1	MT; CG
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG		4	ST; QL (60 EA per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 150 mg</i>	EFFEXOR XR	2	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 37.5 mg, 75 mg</i>	EFFEXOR XR	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>venlafaxine hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>		2	MT; CG
VIIBRYD ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG		4	ST; QL (30 EA per 30 days)
VIIBRYD STARTER PACK ORAL KIT 10 & 20 MG		4	ST; QL (30 EA per 30 days)
Tricíclicos			
<i>amitriptyline hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>		2	PA; CG
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>		2	PA; MT; CG
<i>clomipramine hcl oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	ANAFRANIL	2	PA; CG
<i>desipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg</i>	NORPRAMIN	2	PA; MT; CG
<i>desipramine hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg</i>		2	PA; MT; CG
<i>doxepin hcl oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>		2	PA; CG
<i>doxepin hcl oral concentrate 10 mg/ml</i>		2	PA; CG
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	TOFRANIL	2	PA; CG
<i>imipramine pamoate oral capsule 100 mg, 125 mg, 150 mg, 75 mg</i>		2	PA; CG
<i>nortriptyline hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	PAMELOR	2	PA; MT; CG
<i>nortriptyline hcl oral solution 10 mg/5ml</i>		2	PA; MT

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>protriptyline hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		2	PA; MT; CG
SILENOR ORAL TABLET 3 MG, 6 MG		3	QL (30 EA per 30 days)
<i>trimipramine maleate oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	SURMONTIL	2	PA; CG
Antieméticos			
<i>Antieméticos, Otros</i>			
<i>chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>		2	
<i>meclizine hcl oral tablet 12.5 mg</i>		2	PA
<i>meclizine hcl oral tablet 25 mg</i>		2	PA
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5ml</i>		2	
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	REGLAN	1	
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>		2	
<i>phenadoz rectal suppository 12.5 mg</i>		2	PA
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		2	MT; CG
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i>	COMPRO	2	
<i>promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>		2	PA
<i>scopolamine transdermal patch 72 hour 1 mg/3days</i>	TRANSDERM-SCOP (1.5 MG)	2	PA; QL (10 EA per 30 days)
<i>Terapia Adyuvante Emetogénica</i>			
<i>aprepitant oral capsule 125 mg</i>	EMEND	2	PA; MT; QL (2 EA per 30 days)
<i>aprepitant oral capsule 40 mg</i>	EMEND	2	PA; QL (1 EA per 30 days)
<i>aprepitant oral capsule 80 & 125 mg</i>	EMEND TRI-PACK	2	PA; QL (3 EA per 3 days)

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>aprepitant oral capsule 80 mg</i>	EMEND	2	PA; QL (2 EA per 2 days)
<i>dronabinol oral capsule 10 mg</i>	MARINOL	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>dronabinol oral capsule 2.5 mg, 5 mg</i>	MARINOL	2	PA; QL (60 EA per 30 days)
EMEND ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 125 MG		4	PA; QL (2 EA per 30 days)
<i>granisetron hcl oral tablet 1 mg</i>		2	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>ondansetron hcl oral solution 4 mg/5ml</i>		2	PA; QL (450 ML per 10 days)
<i>ondansetron hcl oral tablet 24 mg</i>		2	PA; QL (18 EA per 30 days)
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg</i>	ZOFRAN	2	PA; QL (45 EA per 30 days)
<i>ondansetron oral tablet dispersible 4 mg, 8 mg</i>		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
<i>amphotericin b injection solution reconstituted 50 mg</i>		2	PA
<i>caspofungin acetate intravenous solution reconstituted 50 mg, 70 mg</i>	CANCIDAS	5	PA
<i>ciclopirox external gel 0.77 %</i>		2	
<i>ciclopirox external shampoo 1 %</i>	LOPROX	2	
<i>ciclopirox external solution 8 %</i>	CICLODAN	2	
<i>ciclopirox olamine external cream 0.77 %</i>	LOPROX	2	

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>ciclopirox olamine external suspension 0.77 %</i>	LOPROX	2	
<i>clotrimazole external cream 1 %</i>		2	
<i>clotrimazole external solution 1 %</i>	FUNGICURE INTENSIVE/NAILGUARD	2	
<i>clotrimazole mouth/throat lozenge 10 mg</i>		2	
<i>econazole nitrate external cream 1 %</i>		2	
<i>fluconazole in sodium chloride intravenous solution 200-0.9 mg/100ml-%, 400-0.9 mg/200ml-%</i>		2	PA
<i>fluconazole oral suspension reconstituted 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	DIFLUCAN	2	
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	DIFLUCAN	2	
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	ANCOBON	5	
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5ml</i>		2	
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>		2	
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg</i>		2	
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i>	SPORANOX	2	QL (120 EA per 30 days)
<i>ketoconazole external cream 2 %</i>		2	
<i>ketoconazole external shampoo 2 %</i>	NIZORAL	2	
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>		2	
MYCAMINE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG, 50 MG		5	PA
NATACYN OPHTHALMIC SUSPENSION 5 %		4	
NOXAFIL ORAL SUSPENSION 40 MG/ML		5	

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
NOXAFIL ORAL TABLET DELAYED RELEASE 100 MG		5	
NYAMYC EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM		4	
<i>nystatin external cream 100000 unit/gm</i>		2	
<i>nystatin external ointment 100000 unit/gm</i>		2	
<i>nystatin external powder 100000 unit/gm</i>		2	
<i>nystatin mouth/throat suspension 100000 unit/ml</i>		2	
<i>nystatin oral tablet 500000 unit</i>		2	
NYSTOP EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM		4	
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	LAMISIL	2	QL (90 EA per 365 days)
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %</i>	TERAZOL 7	2	
<i>terconazole vaginal cream 0.8 %</i>		2	
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>		2	
<i>voriconazole intravenous solution reconstituted 200 mg</i>	VFEND IV	2	
<i>voriconazole oral suspension reconstituted 40 mg/ml</i>	VFEND	5	
<i>voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg</i>	VFEND	5	
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA
Antimicobacteriales			
Antimicobacteriales, Otros			
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>		2	
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG		4	
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>	MYCOBUTIN	2	
Antituberculares			
<i>ethambutol hcl oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	MYAMBUTOL	2	
<i>isoniazid oral syrup 50 mg/5ml</i>		2	
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>		1	

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>paser oral packet 4 gm</i>		2	
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>		2	
<i>rifampin intravenous solution reconstituted 600 mg</i>	RIFADIN	2	
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	RIFADIN	2	
RIFATER ORAL TABLET 50-120-300 MG		4	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG		5	PA
TRECTOR ORAL TABLET 250 MG		4	
Antineoplásicos			
Agentes Alquilantes			
<i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i>		2	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			
<i>abiraterone acetate oral tablet 250 mg</i>	ZYTIGA	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i>	CASODEX	2	
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG		5	PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>flutamide oral capsule 125 mg</i>		2	
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i>	NILANDRON	5	

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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	
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i>	HYDREA	2	CG
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG, 20-8.19 MG		5	
PURIXAN ORAL SUSPENSION 2000 MG/100ML		5	
TABLOID ORAL TABLET 40 MG		4	
Antineoplásicos, Otros			
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>		2	CG
REVLIMID ORAL CAPSULE 2.5 MG, 20 MG		5	PA
SYLATRON SUBCUTANEOUS KIT 200 MCG, 300 MCG, 600 MCG		5	PA
SYNRIBO SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3.5 MG		5	PA
Antineoplásicos			
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG, 100 MG, 40 MG		4	
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)

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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
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)
<i>Inhibidores Aromatasa, Tercera Generación</i>			
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i>	ARIMIDEX	2	MT; CG
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i>	AROMASIN	2	MT; CG
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i>	FEMARA	2	MT; CG
<i>Inhibidores De Enzimas</i>			
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 DOSE ORAL TABLET 200 MG		5	PA; QL (21 EA per 28 days)
KISQALI 400 DOSE ORAL TABLET 200 MG		5	PA; QL (42 EA per 28 days)
KISQALI 600 DOSE ORAL TABLET 200 MG		5	PA; QL (63 EA per 28 days)

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
KISQALI FEMARA 200 DOSE ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG		5	PA; QL (49 EA per 28 days)
KISQALI FEMARA 400 DOSE ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG		5	PA; QL (70 EA per 28 days)
KISQALI FEMARA 600 DOSE ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG		5	PA; QL (91 EA per 28 days)
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)
<i>Inhibidores Diana Moleculares</i>			
AFINITOR ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG, 7.5 MG		5	PA
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG		5	PA; QL (240 EA per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG		5	PA; QL (180 EA per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET THERAPY PACK 90 & 180 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG, 400 MG, 500 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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
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
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)
<i>imatinib mesylate oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	GLEEVEC	5	PA
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG, 70 MG		5	PA

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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)
LENVIMA 12 MG DAILY DOSE ORAL CAPSULE THERAPY PACK 4 (3) 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 & 4 (2) MG		5	PA; QL (90 EA per 30 days)
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 (2) MG		5	PA; QL (60 EA per 30 days)
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 (2) & 4 MG		5	PA; QL (90 EA per 30 days)
LENVIMA 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 4 (2) 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 8.

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	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)
TARCEVA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 25 MG		5	PA
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG, 50 MG		5	PA
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
Modificadores / Antiestrógenos			
EMCYT ORAL CAPSULE 140 MG		4	
FARESTON ORAL TABLET 60 MG		5	
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 10 MG/5ML		4	PA
<i>tamoxifen citrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>		1	MT; CG

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>toremifene citrate oral tablet 60 mg</i>	FARESTON	5	
<i>Retinoides</i>			
AVITA EXTERNAL CREAM 0.025 %		4	PA
AVITA EXTERNAL GEL 0.025 %		4	PA
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i>	TARGRETIN	5	PA
PANRETIN EXTERNAL GEL 0.1 %		5	PA
TARGRETIN EXTERNAL GEL 1 %		5	PA
<i>tretinoin external cream 0.025 %</i>		2	PA
<i>tretinoin external cream 0.05 %, 0.1 %</i>	RETIN-A	2	PA
<i>tretinoin external gel 0.01 %</i>	RETIN-A	2	PA
<i>tretinoin external gel 0.025 %</i>		2	PA
<i>tretinoin oral capsule 10 mg</i>		5	
<i>Treatment Adjuncts</i>			
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>		2	CG
Antiparasíticos			
<i>Antihelminticos</i>			
<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>	ALBENZA	2	
ALBENZA ORAL TABLET 200 MG		5	
BILTRICIDE ORAL TABLET 600 MG		3	
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i>	STROMEKTOL	2	
<i>praziquantel oral tablet 600 mg</i>	BILTRICIDE	2	
<i>Antiprotozoales</i>			
ALINIA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 100 MG/5ML		5	
ALINIA ORAL TABLET 500 MG		5	
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5ml</i>	MEPRON	5	PA
<i>atovaquone-proguanil hcl oral tablet 250-100 mg, 62.5-25 mg</i>	MALARONE	2	
BENZNIDAZOLE ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG		3	

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		2	
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG		4	QL (24 EA per 30 days)
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 200 mg</i>	PLAQUENIL	2	
<i>mefloquine hcl oral tablet 250 mg</i>		2	
NEBUPENT INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED 300 MG		4	PA
PENTAM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 300 MG		4	PA
<i>primaquine phosphate oral tablet 26.3 mg</i>		2	
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i>	QUALAQUIN	2	
<i>Pediculicidas / Scabicides</i>			
EURAX EXTERNAL CREAM 10 %		3	
EURAX EXTERNAL LOTION 10 %		3	
<i>lindane external shampoo 1 %</i>		2	
<i>malathion external lotion 0.5 %</i>	OVIDE	2	
<i>permethrin external cream 5 %</i>	ELIMITE	2	
Antisicóticos			
<i>Primera Generación, Típicos</i>			
<i>chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>		2	
<i>fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml</i>		2	
<i>fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml</i>		2	
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>		2	
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5ml</i>		2	
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>		2	MT

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

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

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 400 MG		5	PA; QL (1 EA per 28 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 300 MG, 400 MG		5	PA; QL (1 EA per 28 days)
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>		2	
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	ABILIFY	2	
<i>aripiprazole oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg</i>		5	
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 675 MG/2.4ML		5	PA; QL (2.4 ML per 28 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 1064 MG/3.9ML		5	PA; QL (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 117 MG/0.75ML, 156 MG/ML, 78 MG/0.5ML		5	PA; QL (1 ML per 28 days)

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 234 MG/1.5ML		5	PA; QL (2 ML per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 39 MG/0.25ML		4	PA; QL (1 ML per 28 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 273 MG/0.875ML, 410 MG/1.315ML		5	PA; MT; QL (1 ML per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 546 MG/1.75ML		5	PA; MT; QL (2 ML per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 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)
<i>olanzapine intramuscular solution reconstituted 10 mg</i>	ZYPREXA	2	
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	ZYPREXA	2	MT; CG
<i>olanzapine oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	ZYPREXA ZYDIS	2	MT
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 1.5 mg, 3 mg, 6 mg, 9 mg</i>	INVEGA	5	
PERSERIS SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 120 MG, 90 MG		5	PA; QL (1 EA per 28 days)
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg</i>	SEROQUEL XR	2	PA; MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	SEROQUEL XR	2	PA; MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg</i>	SEROQUEL	1	MT; CG

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

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

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
Agentes Anti-Hepatitis B (Hbv)			
<i>adefovir dipivoxil oral tablet 10 mg</i>	HEPSERA	5	PA
BARACLUDE ORAL SOLUTION 0.05 MG/ML		5	PA
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	BARACLUDE	5	PA
EPIVIR HBV ORAL SOLUTION 5 MG/ML		4	
INTRON A INJECTION SOLUTION 10000000 UNIT/ML, 6000000 UNIT/ML		5	PA
INTRON A INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10000000 UNIT		5	PA
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i>	EPIVIR	2	CG
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>	EPIVIR HBV	2	
<i>lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	EPIVIR	2	CG
REBETOL ORAL SOLUTION 40 MG/ML		5	PA
<i>ribasphere oral capsule 200 mg</i>		4	PA
<i>ribasphere oral tablet 200 mg</i>		2	PA
<i>ribasphere oral tablet 400 mg, 600 mg</i>		5	PA
<i>ribavirin oral capsule 200 mg</i>		2	PA
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>		2	PA
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>	VIREAD	5	
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG		5	PA; QL (28 EA per 28 days)
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/GM		5	
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG		5	
Agentes Anti-Hepatitis C (Hcv), Acción Directa			
DAKLINZA ORAL TABLET 30 MG, 60 MG, 90 MG		5	PA; QL (28 EA per 28 days)

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
EPCLUSA ORAL TABLET 400-100 MG		5	PA; QL (84 EA per 365 days)
HARVONI ORAL TABLET 90-400 MG		5	PA; QL (168 EA per 365 days)
MAVYRET ORAL TABLET 100-40 MG		5	PA; QL (336 EA per 365 days)
SOVALDI ORAL TABLET 400 MG		5	PA; QL (28 EA per 28 days)
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG		5	PA; QL (84 EA per 365 days)
Agentes Anti-Hepatitis C (Hcv), Otros			
DAKLINZA ORAL TABLET 30 MG, 60 MG, 90 MG		5	PA; QL (28 EA per 28 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 400-100 MG		5	PA; QL (84 EA per 365 days)
HARVONI ORAL TABLET 90-400 MG		5	PA; QL (168 EA per 365 days)
INTRON A INJECTION SOLUTION 6000000 UNIT/ML		5	PA
INTRON A INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10000000 UNIT, 18000000 UNIT, 50000000 UNIT		5	PA
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/0.5ML, 180 MCG/ML		5	PA
REBETOL ORAL SOLUTION 40 MG/ML		5	PA
<i>ribasphere oral capsule 200 mg</i>		4	PA
<i>ribasphere oral tablet 200 mg</i>		2	PA
<i>ribasphere oral tablet 400 mg, 600 mg</i>		5	PA
<i>ribavirin oral capsule 200 mg</i>		2	PA
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>		2	PA

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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			
<i>acyclovir external ointment 5 %</i>	ZOVIRAX	2	
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>	ZOVIRAX	2	
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5ml</i>	ZOVIRAX	2	
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	ZOVIRAX	2	
<i>acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>		2	PA
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 500 mg</i>		2	QL (21 EA per 30 days)
<i>famciclovir oral tablet 250 mg</i>		2	QL (60 EA per 30 days)
<i>trifluridine ophthalmic solution 1 %</i>	VIROPTIC	2	
<i>valacyclovir hcl oral tablet 1 gm, 500 mg</i>	VALTREX	2	QL (30 EA per 30 days)
Agentes Anti-Hiv, Inhibidores De Integrasa (Insti)			
BIKTARVY ORAL TABLET 50-200-25 MG		5	
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG		5	
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG		5	
ISENTRESS ORAL PACKET 100 MG		5	
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG		5	
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG		5	
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 25 MG		3	

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG		5	
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG		5	
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG		3	
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG		5	
Agentes Anti-Hiv, Inhibidores De Proteasa			
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG		5	
APTIVUS ORAL SOLUTION 100 MG/ML		5	
<i>atazanavir sulfate oral capsule 150 mg, 200 mg, 300 mg</i>	REYATAZ	2	
CRIXIVAN ORAL CAPSULE 200 MG, 400 MG		4	
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG		5	
<i>fosamprenavir calcium oral tablet 700 mg</i>	LEXIVA	2	
INVIRASE ORAL TABLET 500 MG		5	
KALETRA ORAL TABLET 100-25 MG		4	
KALETRA ORAL TABLET 200-50 MG		5	
LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML		4	
<i>lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5ml</i>	KALETRA	5	
NORVIR ORAL 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	

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG		3	
REYATAZ ORAL PACKET 50 MG		5	
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i>	NORVIR	2	
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG		5	
<i>Agentes Anti-Hiv, Inhibidores No-Nucleósidos De La Trascriptasa Reversa (Nnrti)</i>			
COMPLERA ORAL TABLET 200-25-300 MG		5	
EDURANT ORAL TABLET 25 MG		5	
<i>efavirenz oral capsule 200 mg, 50 mg</i>	SUSTIVA	2	
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>	SUSTIVA	2	
INTELENCE ORAL TABLET 100 MG, 200 MG		5	
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG		4	
<i>nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>		2	CG
<i>nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 400 mg</i>	VIRAMUNE XR	2	CG
<i>nevirapine oral suspension 50 mg/5ml</i>	VIRAMUNE	2	CG
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>	VIRAMUNE	2	CG
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG		5	
RESCRIPTOR ORAL TABLET 100 MG, 200 MG		4	
VIRAMUNE ORAL TABLET 200 MG		3	
<i>Agentes Anti-Hiv, Inhibidores Nucleósidos De La Trascriptasa Reversa (Nnrti)</i>			
<i>abacavir sulfate oral solution 20 mg/ml</i>	ZIAGEN	2	
<i>abacavir sulfate oral tablet 300 mg</i>	ZIAGEN	2	
<i>abacavir sulfate-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>	EPZICOM	5	

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>abacavir-lamivudine-zidovudine oral tablet 300-150-300 mg</i>	TRIZIVIR	5	
ATRIPLA ORAL TABLET 600-200-300 MG		5	
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG		5	
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG		5	
DESCOVY ORAL TABLET 200-25 MG		5	
<i>didanosine oral capsule delayed release 200 mg, 250 mg, 400 mg</i>	VIDEX EC	2	
EMTRIVA ORAL CAPSULE 200 MG		3	
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML		3	
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG		5	
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i>	EPIVIR	2	CG
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>	EPIVIR HBV	2	
<i>lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	EPIVIR	2	CG
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i>	COMBIVIR	2	
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG		5	
<i>stavudine oral capsule 15 mg</i>		2	
<i>stavudine oral capsule 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	ZERIT	2	
SYMFI LO ORAL TABLET 400-300-300 MG		5	
SYMFI ORAL TABLET 600-300-300 MG		5	
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>	VIREAD	5	
TRUVADA ORAL TABLET 100-150 MG, 133-200 MG, 167-250 MG, 200-300 MG		5	

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
VIDEX EC ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 125 MG		4	
VIDEX ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 4 GM		4	
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/GM		5	
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG		5	
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i>	RETROVIR	2	CG
<i>zidovudine oral syrup 50 mg/5ml</i>	RETROVIR	2	CG
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>		2	CG
Agentes Anti-Hiv, Otros			
FUZEON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 90 MG		5	
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML		4	
SELZENTRY ORAL TABLET 150 MG, 300 MG, 75 MG		5	
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG		4	
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG		5	
TYBOST ORAL TABLET 150 MG		3	
Agentes Anti-Influenza			
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>		2	CG
<i>amantadine hcl oral syrup 50 mg/5ml</i>		2	MT; CG
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>		2	CG
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 30 mg</i>	TAMIFLU	2	QL (168 EA per 365 days)
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 45 mg, 75 mg</i>	TAMIFLU	2	QL (84 EA per 365 days)
<i>oseltamivir phosphate oral suspension reconstituted 6 mg/ml</i>	TAMIFLU	2	QL (1080 ML per 365 days)

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
RELENZA DISKHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 5 MG/BLISTER		3	QL (120 EA per 365 days)
<i>rimantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	FLUMADINE	2	
TAMIFLU ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 6 MG/ML		3	QL (1080 ML per 365 days)
Desórden Genético O Enzimático: Reemplazo, Modificadores, Tratamiento			
<i>Desórden Genético O Enzimático: Reemplazo, Modificadores, Tratamiento</i>			
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
<i>miglustat oral capsule 100 mg</i>	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
RAVICTI ORAL LIQUID 1.1 GM/ML		5	PA
<i>sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg</i>	BUPHENYL	5	PA
SUCRAID ORAL SOLUTION 8500 UNIT/ML		5	

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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			
<i>Electrólitos / Minerales/ Vitaminas</i>			
AMINOSYN II INTRAVENOUS SOLUTION 10 %		4	PA
AMINOSYN II INTRAVENOUS SOLUTION 8.5 %		4	PA
AMINOSYN II/ELECTROLYTES INTRAVENOUS SOLUTION 8.5 %		4	PA
AMINOSYN/ELECTROLYTES INTRAVENOUS SOLUTION 8.5 %		4	PA
AMINOSYN-HBC INTRAVENOUS SOLUTION 7 %		4	PA
<i>aminosyn-pf intravenous solution 10 %</i>		2	PA
AMINOSYN-PF INTRAVENOUS SOLUTION 7 %		4	PA
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) 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

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
CLINIMIX/DEXTROSE (5/25) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %		4	PA
<i>dextrose intravenous solution 10 %, 5 %</i>		2	
<i>dextrose-nacl intravenous solution 10-0.2 %, 10-0.45 %, 2.5-0.45 %, 5-0.2 %, 5-0.225 %, 5-0.33 %, 5-0.45 %, 5-0.9 %</i>		2	
<i>hepatamine intravenous solution 8 %</i>		2	PA
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %		2	PA
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION 30 %		4	PA
IONOSOL-MB IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION		4	
ISOLYTE-P IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION		4	
<i>kcl in dextrose-nacl intravenous solution 10-5-0.45 meq/l-%-%, 20-5-0.2 meq/l-%-%, 20-5-0.33 meq/l-%-%, 20-5-0.45 meq/l-%-%, 20-5-0.9 meq/l-%-%, 30-5-0.45 meq/l-%-%, 40-5-0.45 meq/l-%-%, 40-5-0.9 meq/l-%-%</i>		2	
<i>levocarnitine oral solution 1 gm/10ml</i>	CARNITOR	2	PA; MT
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i>	CARNITOR	2	MT
NEPHRAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 5.4 %		4	PA
<i>normosol-m in d5w intravenous solution</i>		2	
NORMOSOL-R IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION		4	
NUTRILIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %		4	PA
<i>potassium chloride in dextrose intravenous solution 20-5 meq/l-%, 40-5 meq/l-%</i>		2	
<i>premasol intravenous solution 10 %</i>		2	PA
<i>premasol intravenous solution 6 %</i>		2	PA

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>prenatal oral tablet 27-1 mg</i>		2	MT
PROCALAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 3 %		4	PA
PROSOL INTRAVENOUS SOLUTION 20 %		4	PA
<i>tpn electrolytes intravenous solution</i>		2	PA
TRAVASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %		4	PA
TROPHAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 10 %		4	PA
<i>Electrólitos / Modificadores De Minerales</i>			
AMINOSYN/ELECTROLYTES INTRAVENOUS SOLUTION 7 %		4	PA
AMINOSYN-RF INTRAVENOUS SOLUTION 5.2 %		4	PA
CHEMET ORAL CAPSULE 100 MG		4	
DEPEN TITRATABS ORAL TABLET 250 MG		5	
EXJADE ORAL TABLET SOLUBLE 125 MG, 250 MG		5	PA
EXJADE ORAL TABLET SOLUBLE 500 MG		5	PA; LA
FERRIPROX ORAL SOLUTION 100 MG/ML		5	PA
FERRIPROX ORAL TABLET 500 MG		5	PA
FREAMINE HBC INTRAVENOUS SOLUTION 6.9 %		4	PA
<i>kionex oral suspension 15 gm/60ml</i>		2	
<i>klor-con oral packet 20 meq</i>		2	MT; CG
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>		2	CG
<i>sps oral suspension 15 gm/60ml</i>		2	CG
<i>trientine hcl oral capsule 250 mg</i>	SYPRINE	5	

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>Electrólitos / Reemplazo De Minerales</i>			
CARBAGLU ORAL TABLET 200 MG		5	PA
ISOLYTE-S INTRAVENOUS SOLUTION		4	
<i>klor-con 10 oral tablet extended release 10 meq</i>	K-TAB	2	MT; CG
<i>klor-con m10 oral tablet extended release 10 meq</i>		2	MT; CG
<i>klor-con m15 oral tablet extended release 15 meq</i>		2	MT; CG
<i>klor-con m20 oral tablet extended release 20 meq</i>		2	MT; CG
<i>klor-con oral tablet extended release 8 meq</i>	K-TAB	2	MT; CG
<i>klor-con sprinkle oral capsule extended release 10 meq, 8 meq</i>		2	MT
<i>magnesium sulfate injection solution 50 %</i>		2	
NORMOSOL-R PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION		4	
PLASMA-LYTE 148 INTRAVENOUS SOLUTION		4	
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS SOLUTION		4	
<i>potassium chloride crys er oral tablet extended release 10 meq</i>		2	MT; CG
<i>potassium chloride crys er oral tablet extended release 20 meq</i>		2	MT; CG
<i>potassium chloride er oral capsule extended release 10 meq, 8 meq</i>		2	MT
<i>potassium chloride er oral tablet extended release 10 meq, 20 meq, 8 meq</i>	K-TAB	2	MT; CG
<i>potassium chloride in nacl intravenous solution 20-0.45 meq/l-%, 20-0.9 meq/l-%, 40-0.9 meq/l-%</i>		2	

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>potassium chloride intravenous solution 10 meq/100ml, 20 meq/100ml</i>		2	
<i>potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml</i>	POTASSIUM CHLORIDE PROAMP	2	
<i>potassium chloride oral packet 20 meq</i>		2	MT; CG
<i>potassium chloride oral solution 20 meq/15ml (10%), 40 meq/15ml (20%)</i>		2	MT
<i>sodium chloride intravenous solution 0.45 %, 0.9 %, 3 %, 5 %</i>		2	
<i>sodium chloride irrigation solution 0.9 %</i>	ARGYLE STERILE SALINE	2	
<i>sodium fluoride oral tablet 2.2 (1 f) mg</i>		2	MT
SUPREP BOWEL PREP KIT ORAL SOLUTION 17.5-3.13-1.6 GM/177ML		4	
Vitaminas			
<i>klor-con 10 oral tablet extended release 10 meq</i>	K-TAB	2	MT; CG
<i>klor-con m10 oral tablet extended release 10 meq</i>		2	MT; CG
<i>klor-con m15 oral tablet extended release 15 meq</i>		2	MT; CG
<i>klor-con m20 oral tablet extended release 20 meq</i>		2	MT; CG
<i>klor-con oral tablet extended release 8 meq</i>	K-TAB	2	MT; CG
<i>klor-con sprinkle oral capsule extended release 10 meq, 8 meq</i>		2	MT
Productos Sanguíneos / Modificadores / Expansores De Volumen			
Agentes Modificadores De Plaquetas			
<i>aspirin-dipyridamole er oral capsule extended release 12 hour 25-200 mg</i>	AGGRENOX	2	MT

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG		3	MT
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>		1	MT; CG
<i>clopidogrel bisulfate oral tablet 75 mg</i>	PLAVIX	1	MT; CG
<i>prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	EFFIENT	2	MT; CG
ZONTIVITY ORAL TABLET 2.08 MG		4	
Anticoagulantes			
COUMADIN ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 2 MG, 2.5 MG, 3 MG, 4 MG, 5 MG, 6 MG, 7.5 MG		3	MT
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG, 5 MG		3	MT
ELIQUIS STARTER PACK ORAL TABLET 5 MG		3	MT
<i>enoxaparin sodium subcutaneous solution 100 mg/ml</i>	LOVENOX	2	QL (30 ML per 30 days)
<i>enoxaparin sodium subcutaneous solution 120 mg/0.8ml, 80 mg/0.8ml</i>	LOVENOX	2	QL (24 ML per 30 days)
<i>enoxaparin sodium subcutaneous solution 150 mg/ml</i>	LOVENOX	2	MT; QL (30 ML per 30 days)
<i>enoxaparin sodium subcutaneous solution 30 mg/0.3ml</i>	LOVENOX	2	QL (9 ML per 30 days)
<i>enoxaparin sodium subcutaneous solution 40 mg/0.4ml</i>	LOVENOX	2	QL (12 ML per 30 days)
<i>enoxaparin sodium subcutaneous solution 60 mg/0.6ml</i>	LOVENOX	2	QL (18 ML per 30 days)
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 10 mg/0.8ml</i>	ARIXTRA	5	PA; QL (24 ML per 30 days)
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 2.5 mg/0.5ml</i>	ARIXTRA	2	PA; QL (15 ML per 30 days)
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 5 mg/0.4ml</i>	ARIXTRA	5	PA; QL (12 ML per 30 days)
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 7.5 mg/0.6ml</i>	ARIXTRA	5	PA; QL (18 ML per 30 days)

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>heparin sodium (porcine) injection solution 1000 unit/ml, 10000 unit/ml, 20000 unit/ml, 5000 unit/ml</i>		2	PA
<i>jantoven oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>		1	MT; CG
PRADAXA ORAL CAPSULE 110 MG, 150 MG, 75 MG		4	MT
<i>warfarin sodium oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>	COUMADIN	1	MT; CG
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 20 MG		3	MT
XARELTO STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 15 & 20 MG		3	
Hemostasis Agents			
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	LYSTEDA	2	
Modificadores De La Formación De Sangre			
<i>anagrelide hcl oral capsule 0.5 mg</i>	AGRYLIN	2	CG
<i>anagrelide hcl oral capsule 1 mg</i>		2	CG
GRANIX SUBCUTANEOUS SOLUTION 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 INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 250 MCG		5	
NEUPOGEN INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML		5	PA; QL (16 ML per 30 days)
NEUPOGEN INJECTION SOLUTION 480 MCG/1.6ML		5	PA; QL (26 ML per 30 days)
NEUPOGEN INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MCG/0.5ML		5	PA; QL (5 ML per 30 days)

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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			
<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	PRECOSE	2	MT; CG; QL (90 EA per 30 days)
BYDUREON BCISE SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 2 MG/0.85ML		3	MT; QL (3.4 ML per 28 days)
BYDUREON SUBCUTANEOUS PEN- INJECTOR 2 MG		3	MT; QL (4 EA per 28 days)
BYETTA 10 MCG PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN- INJECTOR 10 MCG/0.04ML		4	MT; QL (2.4 ML per 30 days)
BYETTA 5 MCG PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN- INJECTOR 5 MCG/0.02ML		4	MT; QL (1.2 ML per 30 days)
<i>colesevelam hcl oral packet 3.75 gm</i>	WELCHOL	2	MT
<i>colesevelam hcl oral tablet 625 mg</i>	WELCHOL	2	MT

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	AMARYL	1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	GLUCOTROL XL	1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	GLUCOTROL	1	MT; CG; QL (120 EA per 30 days)
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG		3	ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
INVOKAMET ORAL TABLET 150-1000 MG, 150-500 MG, 50-1000 MG		3	ST; MT; QL (60 EA per 30 days)
INVOKAMET ORAL TABLET 50-500 MG		3	ST; MT; QL (120 EA per 30 days)
INVOKAMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 150-1000 MG, 150-500 MG, 50-1000 MG, 50-500 MG		3	ST; MT; QL (60 EA per 30 days)
INVOKANA ORAL TABLET 100 MG		3	ST; MT; QL (90 EA per 30 days)
INVOKANA ORAL TABLET 300 MG		3	ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG		3	ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
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)
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	GLUCOPHAGE XR	1	MT; CG; QL (120 EA per 30 days)
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 750 mg</i>	GLUCOPHAGE XR	1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>metformin hcl oral tablet 1000 mg</i>	GLUCOPHAGE	1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>metformin hcl oral tablet 500 mg, 850 mg</i>	GLUCOPHAGE	1	MT; CG; QL (90 EA per 30 days)
<i>migliitol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	GLYSET	2	MT; CG; QL (90 EA per 30 days)
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>	STARLIX	1	MT; CG; QL (90 EA per 30 days)
ONGLYZA ORAL TABLET 2.5 MG, 5 MG		3	ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
OZEMPIC SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 0.25 OR 0.5 MG/DOSE, 1 MG/DOSE		3	MT; QL (6 ML per 28 days)
<i>pioglitazone hcl oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	ACTOS	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg</i>		1	MT; CG; QL (120 EA per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 1 mg</i>	PRANDIN	1	MT; CG; QL (120 EA per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>	PRANDIN	1	MT; CG; QL (240 EA per 30 days)
SYMLINPEN 120 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2700 MCG/2.7ML		5	PA; QL (11 ML per 30 days)
SYMLINPEN 60 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 1500 MCG/1.5ML		5	PA; QL (6 ML per 30 days)
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1000 MG, 12.5-500 MG, 5-1000 MG, 5-500 MG		3	ST; MT; QL (60 EA per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 12.5-1000 MG, 5-1000 MG		3	ST; MT; QL (60 EA per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25-1000 MG		3	ST; MT; QL (30 EA per 30 days)

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>tolazamide oral tablet 250 mg</i>		1	MT; CG; QL (120 EA per 30 days)
<i>tolazamide oral tablet 500 mg</i>		1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>tolbutamide oral tablet 500 mg</i>		1	MT; CG; QL (180 EA per 30 days)
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG		3	ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
VICTOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 18 MG/3ML		3	MT; QL (9 ML per 30 days)
<i>Agentes Glicémicos</i>			
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	
<i>Insulinas</i>			
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
<i>gauze sterile pad 2"x2"</i>	BAND-AID GAUZE SMALL	3	MT
EXEL COMFORT POINT PEN NEEDLE 29G X 12MM		3	MT
HUMALOG KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML, 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 8.

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	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)
LANTUS SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN- INJECTOR 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
LANTUS SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
LEVEMIR FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
LEVEMIR SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
<i>preferred plus insulin syringe 28g x 1/2" 0.5 ml</i>	BD INSULIN SYRINGE MICROFINE	3	MT
RELI-ON INSULIN SYRINGE 29G 0.3 ML		3	MT
TOUJEO MAX SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
TOUJEO SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
<i>Reguladores De Glucosa En Sangre</i>			
<i>glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>		1	MT; CG; QL (120 EA per 30 days)
JANUMET ORAL TABLET 50-1000 MG, 50-500 MG		3	ST; MT; QL (60 EA per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100-1000 MG		3	ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 50-1000 MG, 50-500 MG		3	ST; MT; QL (60 EA per 30 days)
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG		3	ST; MT; QL (60 EA per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG		3	ST; MT; QL (60 EA per 30 days)

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG		3	ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
KOMBIGLYZE XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG		3	ST; MT; QL (60 EA per 30 days)
KOMBIGLYZE XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG, 5-500 MG		3	ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>pioglitazone hcl-glimepiride oral tablet 30-2 mg, 30-4 mg</i>	DUETACT	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl oral tablet 15-500 mg, 15-850 mg</i>	ACTOPLUS MET	1	MT; CG; QL (90 EA per 30 days)
<i>repaglinide-metformin hcl oral tablet 1-500 mg, 2-500 mg</i>		1	MT; CG; QL (150 EA per 30 days)
Relajantes Musculo Esqueletales			
<i>Relajantes Musculo Esqueletales</i>			
<i>cyclobenzaprine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		2	PA
<i>cyclobenzaprine hcl oral tablet 7.5 mg</i>	FEXMID	2	PA
<i>tizanidine hcl oral capsule 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	ZANAFLEX	2	
<i>tizanidine hcl oral tablet 2 mg</i>		2	
<i>tizanidine hcl oral tablet 4 mg</i>	ZANAFLEX	2	
Non-Frf			
<i>Non-Frf</i>			
Agentes Bloqueadores De Canales De Calcio			
<i>afeditab cr oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg</i>	ADALAT CC	1	MT
Agentes Antidiabéticos			

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
BYDUREON SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED ER 2 MG		3	MT; QL (4 EA per 28 days)
<i>Betalactámico, Cefalosporinas</i>			
<i>cefotaxime sodium injection solution reconstituted 2 gm</i>		2	
<i>Quinolonas</i>			
<i>ciprofloxacin intravenous solution 400 mg/40ml</i>		2	
<i>Electrólitos / Minerales/ Vitaminas</i>			
CLINIMIX/DEXTROSE (2.75/5) INTRAVENOUS SOLUTION 2.75 %		4	PA
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/20) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %		4	PA
<i>Estrógenos</i>			
<i>estropipate oral tablet 1.5 mg</i>		2	PA
<i>Laxantes</i>			
GAVILYTE-H ORAL KIT 5-210 MG- GM		2	
<i>polyethylene glycol 3350 oral powder</i>	CLEARLAX	2	
<i>Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Modificadores/Hormonas Sexuales)</i>			
GILDAGIA ORAL TABLET 0.4-35 MG- MCG		4	
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
VESTURA ORAL TABLET 3-0.02 MG		2	MT
ZENCHENT ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG		4	

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
Antineoplásicos/ Agentes Alquilantes			
HEXALEN ORAL CAPSULE 50 MG		5	PA
Agentes Anti-Hiv, Inhibidores De Proteasa			
INVIRASE ORAL CAPSULE 200 MG		5	
NORVIR ORAL CAPSULE 100 MG		3	
Antiinflamatorios No-Esteroidales			
ketoprofen oral capsule 50 mg, 75 mg		2	
Antineoplásicos			
LYNPARZA ORAL CAPSULE 50 MG		5	PA
Glucocorticoides			
methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml, 80 mg/ml	DEPO-MEDROL	2	
triamcinolone acetate injection suspension 40 mg/ml	KENALOG	2	
Agentes Oftálmicos Para Glaucoma			
metipranolol ophthalmic solution 0.3 %		2	MT
Agentes Anti-Hepatitis C (Hcv), Otros			
moderiba oral tablet 200 mg		2	PA
Agentes Orales Y Dentales			
perio gard mouth/throat solution 0.12 %	PAROEX	1	
Agentes Cardiovasculares			
triamterene-hctz oral capsule 50-25 mg		1	MT
Antisicóticos, Resistente A Tratamiento			
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML		5	

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>Agentes Anti-Hiv, Inhibidores Nucleósidos De La Trascriptasa Reversa (Nnrti)</i>			
ZERIT ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 1 MG/ML		5	
<i>Inmunosupresores</i>			
ENBREL MINI SOLUTION CARTRIDGE 50MG/ML SUBCUTANEOUS		5	PA; QL (8 ML per 28 days)

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

CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

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

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

Indice

- A**
abacavir sulfate..... 127
abacavir sulfate-lamivudine . 127
abacavir-lamivudine-zidovudine
..... 128
ABELCET..... 107
ABILIFY MAINTENA 102, 120
abiraterone acetate..... 110
acamprosate calcium 65
acarbose..... 138
acebutolol hcl 17
acetaminophen-codeine..... 83
acetaminophen-codeine #3..... 82
acetazolamide 27, 59
acetazolamide er 27
acetic acid..... 87
acetylcysteine 73
acitretin..... 32
ACTHIB..... 56
ACTIMMUNE 53
acyclovir..... 125
acyclovir sodium 125
ADACEL..... 56
adapalene..... 32
ADCIRCA..... 75
adefovir dipivoxil 123
ADEMPAS..... 75
ADVAIR DISKUS..... 74, 76, 78
ADVAIR HFA 74, 76, 78
AFEDITAB CR..... 144
AFINITOR 53, 113
AFINITOR DISPERZ..... 53
ala-cort..... 39
albendazole..... 117
ALBENZA 117
albuterol sulfate..... 78
albuterol sulfate er..... 78
albuterol sulfate hfa..... 78
alclometasone dipropionate.... 39
ALECENSA 113
alendronate sodium 72
alfuzosin hcl er 38
ALINIA 117
allopurinol 11
alosetron hcl 35
ALPHAGAN P..... 59
alprazolam 85
ALREX..... 60
altavera 43
ALUNBRIG 113
ALYQ..... 75
amantadine hcl..... 68, 129
AMBISOME 107
amikacin sulfate..... 87
amiloride hcl..... 26
amiloride-hydrochlorothiazide 20
AMINOSYN II..... 131
AMINOSYN
II/ELECTROLYTES..... 131
AMINOSYN/ELECTROLYTE
S..... 131, 133
AMINOSYN-HBC..... 131
aminosyn-pf..... 131
AMINOSYN-PF..... 131
AMINOSYN-RF 133
amiodarone hcl 24
AMITIZA 35
amitriptyline hcl 105
amlodipine besy-benazepril hcl
..... 20
amlodipine besylate..... 18
amlodipine besylate-valsartan 20
amlodipine-olmesartan 21
amlodipine-valsartan-hctz 21
ammonium lactate 32
amnesteem 32
amoxapine 105
amoxicillin..... 92
amoxicillin-pot clavulanate ... 92
amoxicillin-pot clavulanate er 92
amphetamine-dextroamphet er
..... 30
amphetamine-
dextroamphetamine 30
amphotericin b..... 107
ampicillin..... 92
ampicillin sodium..... 92
ampicillin-sulbactam sodium . 92
ANADROL-50 47
anagrelide hcl 137
anastrozole..... 112
ANDRODERM 47
ANORO ELLIPTA..... 73
APOKYN 68
aprepitant 106, 107
apri 43
APRISO..... 70
APTIOM..... 98
APTIVUS 126
aranelle 43
ARCALYST 53
aripiprazole..... 102, 120
ARISTADA 120
ARISTADA INITIO..... 120
armodafinil 63
ARNUITY ELLIPTA..... 76
aspirin-dipyridamole er 135
ASSURE ID INSULIN
SAFETY SYR 141
atazanavir sulfate 126
atenolol 17
atenolol-chlorthalidone..... 21
atomoxetine hcl 31
atorvastatin calcium..... 25
atovaquone..... 117
atovaquone-proguanil hcl 117
ATRIPLA 128
atropine sulfate 61
ATROVENT HFA..... 77
AUBAGIO..... 31
aubra 43
aviane..... 43
AVITA..... 32, 117
AZASITE 93
azathioprine 53
azelastine hcl 58, 75
azithromycin 93, 94
AZOPT 59
aztreonam 91
B
bacitracin 88
bacitracin-polymyxin b..... 61
bacitra-neomycin-polymyxin-hc
..... 61
baclofen 65
balsalazide disodium 70
BALZIVA..... 43
BANZEL 98
BARACLUDGE..... 123
BCG VACCINE 56
benazepril hcl..... 28

benazepril-hydrochlorothiazide	21	BYDUREON.....	138, 145	CERDELGA.....	130
BENLYSTA.....	53	BYDUREON BCISE	138	cetirizine hcl	75
BENZNIDAZOLE	117	BYETTA 10 MCG PEN.....	138	CETRAXAL.....	95
benzoyl peroxide-erythromycin	32	BYETTA 5 MCG PEN.....	138	cevimeline hcl.....	62
benztropine mesylate.....	69	C		CHANTIX	64
BEPREVE	58	cabergoline	51	CHANTIX CONTINUING MONTH PAK	64
betamethasone dipropionate.. 13, 32, 40		CABOMETYX.....	114	CHANTIX STARTING MONTH PAK	64
betamethasone dipropionate aug	13, 39, 40	calcipotriene	32	CHEMET.....	133
betamethasone valerate	13, 40	calcitonin (salmon).....	72	chlorhexidine gluconate.....	62
BETASERON	31	calcitriol.....	72	chloroquine phosphate.....	118
betaxolol hcl	17, 59	calcium acetate (phos binder).39		chlorothiazide	27
bethanechol chloride	37	CALQUENCE.....	114	chlorpromazine hcl	106, 118
BETOPTIC-S	59	camila	48	chlorthalidone	27
bexarotene	117	CANASA.....	70	CHOLBAM	34
BEXSERO.....	56	candesartan cilexetil	23	cholestyramine light	26
bicalutamide	110	candesartan cilexetil-hctz	21	ciclopirox	107
BICILLIN L-A	93	CAPRELSA.....	114	ciclopirox olamine.....	107, 108
BIKTARVY	125	captopril.....	28	cilostazol.....	136
BILTRICIDE.....	117	captopril-hydrochlorothiazide	21	CILOXAN	95
bimatoprost.....	59, 62	CARBAGLU	134	CIMDUO.....	128
bisoprolol fumarate	17	carbamazepine	16, 98	cimetidine	35
bisoprolol-hydrochlorothiazide	21	carbamazepine er.....	16, 98	cimetidine hcl	35
BIVIGAM	52	carbidopa-levodopa	70	CINRYZE.....	52
BLEPHAMIDE S.O.P.....	13, 61	carbidopa-levodopa er.....	70	CIPRODEX	63
BOOSTRIX	56	carbidopa-levodopa-entacapone	68	ciprofloxacin.....	95, 145
BOSULIF	113	carteolol hcl	59	ciprofloxacin hcl.....	95
BRAFTOVI.....	114	cartia xt.....	18	ciprofloxacin in d5w.....	95
BREO ELLIPTA	78	carvedilol	17	clonidine hydrobromide	103
BRIELLYN	43	carvedilol phosphate er.....	17	CLARAVIS	33
BRILINTA	136	casposfungin acetate	107	clarithromycin.....	94
brimonidine tartrate	59	CAYSTON	73, 91	clarithromycin er	94
BRIVIACT.....	101	cefaclor	90	clindamycin hcl	88
bromocriptine mesylate ... 50, 51, 68, 69		cefaclor er	90	clindamycin palmitate hcl.....	88
budesonide.....	35, 43, 70, 76	cefadroxil.....	90	clindamycin phosphate	88
bumetanide	27	cefazolin sodium.....	90	clindamycin phosphate in d5w	88
buprenorphine hcl.....	65, 81	cefdinir.....	90	CLINIMIX/DEXTROSE (2.75/5)	145
buprenorphine hcl-naloxone hcl	65	cefepime hcl	90	CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10)	131
bupropion hcl.....	102	cefexime	90	CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/20)	145
bupropion hcl er (smoking det)	64	cefotaxime sodium	90, 145	CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/25)	131
bupropion hcl er (sr).....	102	cefoxitin sodium.....	90	CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5)	131
bupropion hcl er (xl).....	102	cefpodoxime proxetil.....	90	CLINIMIX/DEXTROSE (5/15)	131
buspironone hcl	85	cefprozil.....	90		
		ceftazidime	91		
		ceftriaxone sodium	91		
		cefuroxime axetil.....	91		
		cefuroxime sodium	91		
		celecoxib.....	12, 83		
		CELONTIN	99		
		cephalexin.....	91		

CLINIMIX/DEXTROSE (5/20)	cyclosporine modified	53	diclofenac sodium er.....	12, 84
.....	cyproheptadine hcl	76	dicloxacillin sodium	93
CLINIMIX/DEXTROSE (5/25)	CYSTADANE.....	130	dicyclomine hcl	36
.....	CYSTAGON	130	didanosine.....	128
clobazam.....	CYSTARAN	61	DIFICID	94
clomipramine hcl.....	D		diflunisal	12, 84
clonazepam.....	DAKLINZA	123, 124	digitek.....	20
clonidine	dalfampridine er	31	digox	20
clonidine hcl	DALIRESP	79	digoxin.....	20
clopidogrel bisulfate.....	danazol.....	47	dihydroergotamine mesylate ..	67
clorazepate dipotassium ...	dantrolene sodium	65, 66	DILANTIN	98, 99
clotrimazole.....	dapsone.....	109	DILANTIN INFATABS	98
clotrimazole-betamethasone...	DAPTACEL	56	diltiazem hcl	19
clozapine.....	daptomycin	88	diltiazem hcl er	19
COARTEM	DAURISMO.....	114	diltiazem hcl er beads	18
colchicine	deblitane	43	diltiazem hcl er coated beads..	18
<i>COLCHICINE</i>	DELSTRIGO.....	128	dilt-xr	19
colchicine-probenecid	delyla	43	DIPENTUM	70
colesevelam hcl	DELZICOL	35, 70	diphenoxylate-atropine	34
colestipol hcl	DEMSEER.....	21	DIPHThERIA-TETANUS	
colistimethate sodium (cba) ..	DEPEN TITRATABS	37, 53,	TOXOIDS DT	56
90	133		disulfiram.....	65
colocort.....	DEPO-PROVERA.....	48	divalproex sodium	16, 67, 97
COMBIGAN	DESCOVY	128	divalproex sodium er ..	16, 67, 97
COMBIVENT RESPIMAT ...	desipramine hcl.....	105	dofetilide.....	24
COMETRIQ (100 MG DAILY	desloratadine.....	76	donepezil hcl.....	11
DOSE)	desmopressin ace spray refrig	49	dorzolamide hcl	59
COMETRIQ (140 MG DAILY	desmopressin acetate	49	dorzolamide hcl-timolol mal ..	59
DOSE)	desogestrel-ethinyl estradiol...	44	dorzolamide hcl-timolol mal pf	
COMETRIQ (60 MG DAILY	desonide.....	40	.....	59
DOSE)	desoximetasone	40	doxazosin mesylate.....	22, 38
COMFORT ASSIST INSULIN	desvenlafaxine er.....	103	doxepin hcl	33, 63, 85, 105
SYRINGE.....	desvenlafaxine succinate er ..	103	doxy 100	96
COMPLERA	dexamethasone	14, 40, 70, 71	doxycycline hyclate	33, 62, 96
constulose	dexamethasone intensol... 13, 40,		doxycycline monohydrate	33, 62,
COPIKTRA.....	70		96	
CORLANOR.....	dexamethasone sodium		dronabinol.....	107
cortisone acetate	phosphate.....	60	drosiprenone-ethinyl estradiol	44
COTELLIC.....	DEXILANT	36	DROXIA.....	111
COUMADIN	dextroamphetamine sulfate....	31	duloxetine hcl	29, 86, 104
CREON	dextrose	132	DURAMORPH.....	81
CRIVAN	dextrose-nacl	132	DUREZOL	60
cromolyn sodium.....	DIASTAT ACUDIAL.....	85, 97,	dutasteride.....	38
cryselle-28	101		dutasteride-tamsulosin hcl	38
<i>CVS GAUZE STERILE</i>	DIASTAT PEDIATRIC ..	85, 97,	E	
cyclafem 1/35	101		e.e.s. 400	94
cyclafem 7/7/7	diazepam.....	86, 97, 101	econazole nitrate.....	108
cyclobenzaprine hcl.....	diazepam intensol	86, 97, 101	EDURANT	127
cyclophosphamide.....	diclofenac potassium	12, 84	efavirenz	127
cyclosporine	diclofenac sodium. 12, 33, 60, 84		eletriptan hydrobromide	66

ELIQUIS	136	etodolac	12, 84	fluphenazine decanoate	118
ELIQUIS STARTER PACK	136	etodolac er	12, 84	fluphenazine hcl.....	118
ELMIRON.....	37	EURAX	118	flurbiprofen.....	12, 84
EMCYT.....	116	EVOTAZ.....	126	flurbiprofen sodium	60
EMEND.....	107	EXEL COMFORT POINT PEN		flutamide.....	110
emoquette	44	NEEDLE	141	fluticasone propionate	33, 41, 77
EMSAM	103	exemestane	112	fluticasone-salmeterol.....	79
EMTRIVA.....	128	EXJADE.....	133	fluvastatin sodium	25
enalapril maleate	28	ezetimibe	26	fluvoxamine maleate	104
enalapril-hydrochlorothiazide	21	ezetimibe-simvastatin.....	21	fluvoxamine maleate er	104
ENBREL	53	F		FML.....	60
ENBREL SURECLICK	54	falmina.....	44	fondaparinux sodium	136
ENDOCET	83	famciclovir.....	125	FORTEO.....	72
ENGERIX-B	56	famotidine.....	35	fosamprenavir calcium	126
enoxaparin sodium	136	FANAPT	120	fosinopril sodium.....	28
enpresse-28.....	44	FANAPT TITRATION PACK		fosinopril sodium-hctz.....	21
enskyce.....	44	.....	120	FREAMINE HBC	133
entacapone.....	68	FARESTON	116	furosemide	27
entecavir	123	FARYDAK.....	112	FUZEON	129
ENTRESTO	23	felbamate	100	fyavolv	44
enulose.....	36	felodipine er.....	19	FYCOMPA.....	100
EPCLUSA	124	fenofibrate	25	G	
EPIDIOLEX.....	97	fenofibrate micronized	25	gabapentin.....	97
epinephrine	78	fenofibric acid.....	25	galantamine hydrobromide.....	11
EPINEPHRINE	78	fentanyl.....	80, 81	galantamine hydrobromide er.	11
epitol.....	16, 99	fentanyl citrate.....	80, 81	GAMMAGARD	52
EPIVIR HBV.....	123	FENTORA.....	80, 82	GAMMAGARD S/D LESS IGA	
eplerenone	27	FERRIPROX	133	.....	52
ERIVEDGE.....	114	FETZIMA.....	104	GAMMAPLEX	52
ERLEADA	110	FETZIMA TITRATION	104	GAMUNEX-C.....	52
errin	48	finasteride	38	GARDASIL 9	56
ertapenem sodium	91	FIRAZYR.....	53	gatifloxacin	95
ery.....	94	flac	63	GATTEX	34
ery-tab.....	94	flecainide acetate	24	gavilyte-c	36
erythrocin lactobionate.....	94	FLOVENT DISKUS	76	gavilyte-g.....	36
ERYTHROCIN STEARATE.	94	FLOVENT HFA.....	76, 77	GAVILYTE-H.....	145
erythromycin	94	fluconazole	108	gavilyte-n with flavor pack.....	36
erythromycin base	94	fluconazole in sodium chloride		gemfibrozil	25
erythromycin ethylsuccinate ..	94	.....	108	generlac.....	36
ESBRIET.....	74	flucytosine	108	gengraf	54
escitalopram oxalate.....	86, 104	fludrocortisone acetate	40	gentak	87
esomeprazole magnesium	36	flunisolide.....	77	gentamicin in saline.....	87
estazolam.....	29	fluocinolone acetonide	40, 41	gentamicin sulfate.....	87
estradiol	47, 48	fluocinolone acetonide scalp ..	41	GENVOYA	125
estradiol valerate	44, 48	fluocinonide.....	33, 41	GEODON	14, 120
estropipate	44, 145	fluocinonide emulsified base..	41	gianvi	44
ethambutol hcl	109	fluorometholone	60	GILDAGIA.....	145
ethosuximide	99	fluorouracil	33	GILENYA	32
ethynodiol diac-eth estradiol ..	44	<i>FLUOROURACIL</i>	33	GILOTRIF.....	114
etidronate disodium	72	fluoxetine hcl.....	103, 104	glatiramer acetate.....	32

GLATOPA	32	HUMULIN 70/30 KWIKPEN	142	INVOKAMET	139
GLEOSTINE	111	HUMULIN N	142	INVOKAMET XR	139
glimepiride	139	HUMULIN N KWIKPEN....	142	INVOKANA.....	139
glipizide.....	139	HUMULIN R	142	IONOSOL-MB IN D5W	132
glipizide er.....	139	HUMULIN R U-500		IPOL	57
glipizide-metformin hcl.....	143	(CONCENTRATED)	142	ipratropium bromide.....	77
<i>GLOBAL ALCOHOL PREP</i>		HUMULIN R U-500		ipratropium-albuterol.....	74
<i>EASE</i>	88	KWIKPEN.....	142	irbesartan	23
GLUCAGEN HYPOKIT	141	hydralazine hcl	29	irbesartan-hydrochlorothiazide	21, 27
GLUCAGON EMERGENCY	141	hydrochlorothiazide.....	27	IRESSA	115
glycopyrrolate.....	36	hydrocodone-acetaminophen..	83	ISENTRESS	125
GLYXAMBI	139	hydrocodone-ibuprofen	83	ISENTRESS HD	125
GOLYTELY.....	37	hydrocortisone	14, 41, 42, 71	isibloom	44
granisetron hcl	107	hydrocortisone butyrate	41	ISOLYTE-P IN D5W	132
GRANIX	137	hydrocortisone valerate	42	ISOLYTE-S.....	134
griseofulvin microsize	108	hydrocortisone-acetic acid.....	63	isoniazid.....	109
griseofulvin ultramicrosize...	108	hydromorphone hcl.....	80	isosorbide dinitrate	28
guanfacine hcl	23	hydromorphone hcl pf	82	isosorbide dinitrate er	28
guanfacine hcl er	31	hydroxychloroquine sulfate..	118	isosorbide mononitrate	28
guanidine hcl	14	hydroxyurea.....	111	isosorbide mononitrate er	28
H		I		isotretinoin.....	33
halobetasol propionate.....	41	ibandronate sodium	72	isradipine	19
haloperidol.....	119	IBRANCE	112	itraconazole.....	108
haloperidol decanoate.....	119	ibu.....	12, 84	ivermectin	117
haloperidol lactate	119	ibuprofen	12, 84	IXIARO	57
HARVONI	124	ICLUSIG	114	J	
HAVRIX	57	IDHIFA	112	JAKAFI	115
heparin sodium (porcine)	137	ILEVRO	60	jantoven	137
hepatamine	132	imatinib mesylate	114	JANUMET	143
HETLIOZ.....	63	IMBRUVICA	114, 115	JANUMET XR.....	143
HEXALEN	146	imipenem-cilastatin	91	JANUVIA.....	139
HIBERIX.....	57	imipramine hcl.....	105	JARDIANCE.....	139
HUMALOG	142	imipramine pamoate	105	JENTADUETO	139, 143
HUMALOG KWIKPEN	141	imiquimod	33	JENTADUETO XR.....	139, 143,
HUMALOG MIX 50/50.....	142	IMOVAX RABIES	57	144	
HUMALOG MIX 50/50		incassia	44	jolivetite.....	48
KWIKPEN	142	INCRELEX	49	JULUCA.....	128
HUMALOG MIX 75/25.....	142	INCRUSE ELLIPTA.....	77	junel 1.5/30.....	44
HUMALOG MIX 75/25		indapamide	27	junel 1/20.....	44
KWIKPEN	142	INFANRIX.....	57	junel fe 1.5/30.....	44
HUMIRA.....	54, 55	INLYTA	115	junel fe 1/20.....	44
HUMIRA PEDIATRIC		INTELENCE.....	127	JUXTAPID.....	26
CROHNS START	54	intralipid	132	K	
HUMIRA PEN	54	INTRALIPID.....	132	KALETRA	126
HUMIRA PEN-CD/UC/HS		INTRON A	123, 124	KALYDECO	73
STARTER	54	INTROVALE	44	kariva	44
HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL		INVEGA SUSTENNA. 120, 121		kcl in dextrose-nacl.....	132
HS START	54	INVEGA TRINZA	121	kelnor 1/35.....	44
HUMULIN 70/30.....	142	INVIRASE	126, 146	kelnor 1/50.....	44

ketoconazole.....	108	leflunomide.....	52, 53	liothyronine sodium.....	50
ketoprofen.....	84, 146	LENVIMA 10 MG DAILY		lisinopril.....	28
ketorolac tromethamine.....	60	DOSE.....	115	lisinopril-hydrochlorothiazide	21
KINRIX.....	57	LENVIMA 12 MG DAILY		lithium.....	17
kionex.....	133	DOSE.....	115	lithium carbonate.....	17
KISQALI 200 DOSE.....	112	LENVIMA 14 MG DAILY		lithium carbonate er.....	17
KISQALI 400 DOSE.....	112	DOSE.....	115	LONSURF.....	111
KISQALI 600 DOSE.....	112	LENVIMA 18 MG DAILY		loperamide hcl.....	34
KISQALI FEMARA 200 DOSE		DOSE.....	115	lopinavir-ritonavir.....	126
.....	113	LENVIMA 20 MG DAILY		lorazepam.....	86, 97
KISQALI FEMARA 400 DOSE		DOSE.....	115	LORBRENA.....	115
.....	113	LENVIMA 24 MG DAILY		lorcet.....	83
KISQALI FEMARA 600 DOSE		DOSE.....	115	lorcet hd.....	83
.....	113	LENVIMA 4 MG DAILY		lorcet plus.....	83
klor-con.....	133, 134, 135	DOSE.....	115	loryna.....	45
klor-con 10.....	134, 135	LENVIMA 8 MG DAILY		losartan potassium.....	23
klor-con m10.....	134, 135	DOSE.....	115	losartan potassium-hctz....	21, 22
klor-con m15.....	134, 135	lessina.....	45	LOTEMAX.....	60
klor-con m20.....	134, 135	LETAIRIS.....	75	lovastatin.....	25
klor-con sprinkle.....	134, 135	letrozole.....	112	low-ogestrel.....	45
KOMBIGLYZE XR.....	144	leucovorin calcium.....	111, 117	loxapine succinate.....	119
KORLYM.....	141	LEUKERAN.....	110	LUMIGAN.....	62
kurvelo.....	44	LEUKINE.....	137	LUPANETA PACK.....	51
KUVAN.....	130	leuprolide acetate.....	51	LUPRON DEPOT (1-MONTH)	
KYNAMRO.....	26	levabuterol hcl.....	79	.....	51
L		levabuterol tartrate.....	79	LUPRON DEPOT (3-MONTH)	
labetalol hcl.....	17	LEVEMIR.....	143	.....	51
lactulose.....	37	LEVEMIR FLEXTOUCH...	143	LUPRON DEPOT (4-MONTH)	
lamivudine.....	123, 128	levetiracetam.....	101	.....	51
lamivudine-zidovudine.....	128	levetiracetam er.....	101	LUPRON DEPOT (6-MONTH)	
lamotrigine.....	16, 97, 100	levobunolol hcl.....	59	.....	51
lamotrigine er.....	16, 100	levocarnitine.....	132	lutera.....	45
lamotrigine starter kit-blue....	16,	levocetirizine dihydrochloride	76	LYNPARZA.....	111, 146
100		levofloxacin.....	95	LYRICA.....	30, 100
lamotrigine starter kit-green..	16,	levofloxacin in d5w.....	95	LYRICA CR.....	30, 100
100		levonest.....	45	LYSODREN.....	50
lamotrigine starter kit-orange	16,	levonorgest-eth estrad 91-day	45	lyza.....	48
100		levonorgestrel-ethinyl estrad..	45	M	
lansoprazole.....	36	levora 0.15/30 (28).....	45	magnesium sulfate.....	134
lanthanum carbonate.....	39	levo-t.....	50	malathion.....	118
LANTUS.....	143	levothyroxine sodium.....	50	maprotiline hcl.....	102
LANTUS SOLOSTAR.....	142	levoxyl.....	50	marlissa.....	45, 48
larin 1.5/30.....	44	LEXIVA.....	126	MARPLAN.....	103
larin 1/20.....	44	lidocaine.....	85	MATULANE.....	110
larin fe 1.5/30.....	45	lidocaine hcl.....	85	matzim la.....	19
larin fe 1/20.....	45	lidocaine viscous.....	85	MAVYRET.....	124
LASTACAFT.....	59	lidocaine-prilocaine.....	85	MAXIDEX.....	60
latanoprost.....	62	lindane.....	118	meclizine hcl.....	106
LATUDA.....	121	linezolid.....	88	medroxyprogesterone acetate	48
leena.....	45	LINZESS.....	35	mefloquine hcl.....	118

megestrol acetate	48	minoxidil	29	neomycin-bacitracin zn-	
MEKINIST	115	mirtazapine	102	polymyx	61
MEKTOVI	115	misoprostol	37, 49	neomycin-polymyxin-dexameth	
meloxicam	12, 84	M-M-R II	57	.....	61
memantine hcl	11	modafinil	63	neomycin-polymyxin-	
memantine hcl er	11	moderiba	146	gramicidin	61
MENACTRA	57	moexipril hcl	28	neomycin-polymyxin-hc... 61, 63	
menest	48	moexipril-hydrochlorothiazide		NEORAL	55
MENVEO	57	.....	22	NEPHRAMINE	132
meperidine hcl	80	molindone hcl	119	NERLYNX	115
mercaptopurine	55	mometasone furoate	42	NEUPOGEN	137, 138
meropenem	92	mononessa	45	NEUPRO	69
mesalamine	70	montelukast sodium	77	NEVANAC	61
MESNEX	111	morphine sulfate	81, 82	nevirapine	127
metadate er	31	morphine sulfate (concentrate)		nevirapine er	127
metformin hcl	140	.....	82	NEXAVAR	115
metformin hcl er	139	morphine sulfate er	82	niacin er (antihyperlipidemic) 26	
methadone hcl	82	morphine sulfate er beads	82	niacor	26
methazolamide	27, 59	MOVANTIK	34	nicardipine hcl	19
methenamine hippurate	88	MOVIPREP	37	NICOTROL	65
methimazole	52	MOXEZA	95	NICOTROL NS	65
methotrexate	55	moxifloxacin hcl	95	nifedipine er	19
methotrexate sodium	55	MULTAQ	24	nifedipine er osmotic release .. 19	
methotrexate sodium (pf)	55	mupirocin	89	nikki	45
methoxsalen rapid	33	mupirocin calcium	89	nilutamide	110
methylclothiazide	27	MYCAMINE	108	nimodipine	19
methylphenidate hcl	31	mycophenolate mofetil	55	NINLARO	111
methylphenidate hcl er	31	mycophenolate sodium	55	nisoldipine er	19
methylprednisolone 14, 42, 71		MYORISAN	33	nitro-bid	29
methylprednisolone acetate .. 146		MYRBETRIQ	38	NITRO-DUR	29
metipranolol	146	N		nitrofurantoin macrocrystal 89	
metoclopramide hcl	34, 106	nabumetone	12, 84	nitrofurantoin monohyd macro	
metolazone	27	nadolol	18	.....	89
metoprolol succinate er	18	nafcellin sodium	93	nitroglycerin	29
metoprolol tartrate	18	naloxone hcl	64	nizatidine	35
metoprolol-hydrochlorothiazide		naltrexone hcl	65	nora-be	45
.....	22	naproxen	12, 13, 84	NORDITROPIN FLEXPRO .. 49	
metronidazole	88, 89	naproxen dr	12, 84	norethindrone	49
metronidazole in nacl	89	naproxen sodium	13, 84	norethindrone acetate	48
mexiletine hcl	24	naratriptan hcl	66	norlyroc	45
microgestin 1.5/30	45	NATACYN	108	normosol-m in d5w	132
microgestin 1/20	45	nateglinide	140	NORMOSOL-R IN D5W 132	
microgestin fe 1.5/30	45	NATPARA	72	NORMOSOL-R PH 7.4	134
microgestin fe 1/20	45	NEBUPENT	118	NORTHERA	23
midodrine hcl	23	necon 0.5/35 (28)	45	NORTREL 0.5/35 (28)	45
MIGERGOT	67	NECON 1/50 (28)	145	nortrel 1/35 (21)	45
miglitol	140	NECON 7/7/7	145	nortrel 1/35 (28)	45
miglustat	130	nefazodone hcl	102	nortrel 7/7/7	46
minitran	29	neomycin sulfate	87	nortriptyline hcl	105
minocycline hcl	62, 96			NORVIR	126, 146

NOXAFIL	108, 109	paricalcitol	72	podofilox.....	33
NUCALA	74	paromomycin sulfate	87	polyethylene glycol 3350	145
NUDEXTA	29	paroxetine hcl	86, 104	polymyxin b sulfate	89
nulytely with flavor packs	37	paroxetine hcl er	86, 104	polymyxin b-trimethoprim	62
NUPLAZID	121	paser.....	110	POMALYST.....	110
NUTRILIPID	132	PAXIL	86, 104	portia-28	46
NUVARING.....	46	PAZEO	59	potassium chloride.....	135
NYAMYC	109	PEDIARIX	57	potassium chloride crys er	134
nystatin	109	PEDVAX HIB.....	57	potassium chloride er.....	134
nystatin-triamcinolone.....	33	peg 3350/electrolytes.....	37	potassium chloride in dextrose	
NYSTOP	109	peg 3350-kcl-na bicarb-nacl...37		.....	132
O		peg-3350/electrolytes	37	potassium chloride in nacl	134
ocella	46	PEGANONE	99	potassium citrate er.....	37
octreotide acetate.....	51	PEGASYS	124	PRADAXA.....	137
ODEFSEY	128	penicillin g pot in dextrose	93	pramipexole dihydrochloride..	69
ODOMZO	116	penicillin g potassium.....	93	pramipexole dihydrochloride er	
OFEV	74, 116	penicillin g procaine	93	.....	69
ofloxacin.....	95	penicillin g sodium	93	prasugrel hcl	136
olanzapine.....	15, 121	penicillin v potassium.....	93	pravastatin sodium.....	25
olanzapine-fluoxetine hcl	103	PENTAM.....	118	praziquantel	117
olmesartan medoxomil	23	pentoxifylline er	20	prazosin hcl.....	22, 38
olmesartan medoxomil-hctz ..	22,	PERFOROMIST	79	prednisolone	14, 42, 71
23		perindopril erbumine	28	prednisolone acetate ..	14, 61, 71
olmesartan-amlodipine-hctz...22		<i>PERIOGARD</i>	146	prednisolone sodium phosphate	
olopatadine hcl	59, 76	permethrin	118	.....	14, 42, 61, 71
omega-3-acid ethyl esters.....	26	perphenazine.....	106, 119	prednisone.....	14, 42, 71
omeprazole	36	perphenazine-amitriptyline..	102,	prednisone intensol.....	14, 42, 71
ondansetron	107	103		<i>PREFERRED PLUS INSULIN</i>	
ondansetron hcl	107	PERSERIS	121	<i>SYRINGE</i>	143
ONGLYZA.....	140	phenadoz.....	106	PREMARIN	48
OPSUMIT	75	phenelzine sulfate	103	premasol	132
ORFADIN	130	phenobarbital	97	PREMPRO	46
ORKAMBI.....	73	PHENYTEK.....	99	prenatal	133
orsythia	46	phenytoin	99	prevalite	26
oseltamivir phosphate.....	129	phenytoin sodium extended...99		previfem.....	46
OSPHENA	46, 47	PHOSPHOLINE IODIDE.....	59	PREVYMIS.....	122
oxacillin sodium	93	PIFELTRO	127	PREZCOBIX	126
oxandrolone.....	47	pilocarpine hcl	60, 63	PREZISTA	126, 127
oxaprozin.....	13, 84	pimozide	119	PRIFTIN	109
oxcarbazepine.....	99	pimtrex.....	46	primaquine phosphate.....	118
oxybutynin chloride.....	38	pindolol.....	18	primidone.....	98
oxybutynin chloride er	38	pioglitazone hcl	140	PRIVIGEN	52
oxycodone hcl	81	pioglitazone hcl-glimepiride..	144	probenecid	12
oxycodone-acetaminophen.....	83	pioglitazone hcl-metformin hcl		PROCALAMINE	133
OZEMPIC	140	.....	144	prochlorperazine	106
P		piperacillin sod-tazobactam so93		prochlorperazine maleate....	106,
pacerone	24	pirmella 1/35.....	46	119	
paliperidone er.....	121	piroxicam.....	13, 84	PROCRIT	138
PANRETIN	117	PLASMA-LYTE 148	134	PROCTO-PAK.....	42
pantoprazole sodium	36	PLASMA-LYTE A	134	proctosol hc	71

PROCTOZONE-HC.....	34, 42	RELI-ON INSULIN SYRINGE	143	SELZENTRY	129
progesterone micronized	49	repaglinide.....	140	SENSIPAR	73
PROGLYCEM	141	repaglinide-metformin hcl....	144	SEREVENT DISKUS	79
PROLASTIN-C.....	73	REPATHA.....	26	sertraline hcl	86, 104, 105
PROLIA	72	REPATHA PUSHTRONEX	26	sevelamer carbonate	39
PROMACTA.....	138	SYSTEM	26	sharobel.....	46
promethazine hcl	76, 106	REPATHA SURECLICK	26	SHINGRIX.....	58
propafenone hcl	24	RESCRIPTOR.....	127	SIGNIFOR.....	51
propafenone hcl er.....	24	RESTASIS.....	61	sildenafil citrate	75
proparacaine hcl	61	REVATIO	75	SILENOR	85, 106
propranolol hcl	18	REVLIMID	110, 111	silver sulfadiazine.....	95
propranolol hcl er	18	REXULTI.....	122	SIMBRINZA	60
propranolol-hctz	22	REYATAZ	127	simvastatin.....	25
propylthiouracil	52	<i>ribasphere</i>	123, 124	sirolimus	55
PROQUAD.....	57	<i>RIBASPHERE</i>	123, 124	SIRTURO	110
PROSOL.....	133	ribavirin	123, 124	SIVEXTRO	89
protriptyline hcl	106	rifabutin	109	sodium chloride	135
PULMICORT FLEXHALER	77	rifampin	110	sodium fluoride.....	135
PULMOZYME.....	74, 75	RIFATER	110	sodium phenylbutyrate ...	37, 130
PURIXAN	111	riluzole.....	29	sodium polystyrene sulfonate	133
pyrazinamide	110	rimantadine hcl	130	SOLTAMOX.....	116
pyridostigmine bromide	14	risedronate sodium	72	SOMATULINE DEPOT	51
pyridostigmine bromide er	14	RISPERDAL CONSTA .	15, 122	SOMAVERT	51
Q		risperidone	15, 122	sorine	24
QUADRACEL	57	ritonavir	127	sotalol hcl.....	24
QUASENSE.....	46	rivastigmine.....	11	sotalol hcl (af).....	24
quetiapine fumarate	15, 103, 121, 122	rivastigmine tartrate.....	11	SOVALDI.....	124, 125
quetiapine fumarate er ...	15, 102, 121	rizatriptan benzoate	66	SPIRIVA HANDIHALER	78
quinapril hcl.....	28	ropinirole hcl	69	SPIRIVA RESPIMAT	78
quinapril-hydrochlorothiazide	22	ropinirole hcl er	69	spironolactone.....	27
quinidine gluconate er	24	rosuvastatin calcium	25	spironolactone-hctz.....	22
quinidine sulfate	24	ROTARIX	58	sprintec 28	46
quinine sulfate	118	ROTATEQ	58	SPRITAM.....	101
R		roweepra	101	SPRYCEL.....	116
RABAVERT	57	roweepra xr.....	101	sps.....	133
raloxifene hcl.....	47	ROZEREM.....	63	sronyx	46
ramipril	28	RUBRACA.....	111	ssd.....	95
RANEXA	20	RYDAPT	116	stavudine.....	128
ranitidine hcl.....	35, 36	S		STIOLTO RESPIMAT.....	73
RAPAMUNE	55	SABRIL.....	98	STIVARGA.....	116
rasagiline mesylate	69	SANDIMMUNE	55	streptomycin sulfate.....	87
RAVICTI.....	130	SANTYL	33	STRIBILD	126
REBETOL.....	123, 124	SAPHRIS.....	15, 122	SUBOXONE	65
reclipsen	46	SAVELLA.....	30	SUCRAID.....	130
RECOMBIVAX HB	57	SAVELLA TITRATION PACK	30	sucralfate.....	37
REGRANEX	33	scopolamine.....	106	sulfacetamide sodium .	61, 62, 96
RELENZA DISKHALER	130	selegiline hcl.....	69	sulfacetamide-prednisolone ...	14, 62
		selenium sulfide.....	34	sulfadiazine.....	96

sulfamethoxazole-trimethoprim	96	terazosin hcl.....	23, 38	triamcinolone acetonide...42, 43, 63, 146
SULFAMYLON.....	89	terbinafine hcl.....	109	triamterene-hctz.....
sulfasalazine.....	71	terbutaline sulfate.....	79	22, 146
sulindac.....	13, 84	terconazole.....	109	triderm.....
sumatriptan.....	66	testosterone.....	47	43
sumatriptan succinate.....	66, 67	testosterone cypionate.....	47	trientine hcl.....
sumatriptan succinate refill....	66	testosterone enanthate.....	47	133
SUPRAX.....	91	tetrabenazine.....	29	trifluoperazine hcl.....
SUPREP BOWEL PREP KIT	135	tetracycline hcl.....	96	119
SUTENT.....	116	THALOMID.....	110	trifluridine.....
SYLATRON.....	111, 125	theo-24.....	80	125
SYMBICORT.....	75	theophylline.....	80	trihexyphenidyl hcl.....
SYMFI.....	128	theophylline er.....	80	69
SYMFI LO.....	128	thioridazine hcl.....	119	TRI-LEGEST FE.....
SYMLINPEN 120.....	140	thiothixene.....	119	46
SYMLINPEN 60.....	140	tiagabine hcl.....	98	trilyte.....
SYMPAZAN.....	98	TIBSOVO.....	113	37
SYMTUZA.....	126	tigecycline.....	89	trimethoprim.....
SYNAREL.....	52	timolol maleate.....	18, 60, 67	89
SYNJARDY.....	140	TIVICAY.....	126	trimipramine maleate.....
SYNJARDY XR.....	140	tizanidine hcl.....	66, 144	106
SYNRIBO.....	111	TOBRADEX.....	87	trinessa (28).....
SYNTHROID.....	50	tobramycin.....	87	46
T		tobramycin sulfate.....	87	TRINTELLIX.....
TABLOID.....	111	tobramycin-dexamethasone...62		105
tacrolimus.....	34, 55	TOBREX.....	87	tri-previfem.....
TAFINLAR.....	116	tolazamide.....	141	46
TAGRISSE.....	116	tolbutamide.....	141	tri-sprintec.....
TALZENNA.....	112	tolterodine tartrate.....	38	46
TAMIFLU.....	130	tolterodine tartrate er.....	38	TRIUSEQ.....
tamoxifen citrate.....	116	topiramate.....	67, 101	129
tamsulosin hcl.....	38	topiramate er.....	101	trivora (28).....
TARCEVA.....	116	toremifene citrate.....	117	46
TARGRETIN.....	117	torsemide.....	27	TROPHAMINE.....
tarina fe 1/20.....	46	TOUJEO MAX SOLOSTAR	143	133
TASIGNA.....	116	TOUJEO SOLOSTAR.....	143	tropium chloride.....
tazarotene.....	34	tpn electrolytes.....	133	38
TAZORAC.....	34	TRADJENTA.....	141	TRUMENBA.....
taztia xt.....	19	tramadol hcl.....	81	58
TDVAX.....	58	tramadol-acetaminophen.....	83	TRUVADA.....
TEFLARO.....	91	trandolapril.....	28	128
TEGRETOL.....	17, 99	tranexamic acid.....	137	TWINRIX.....
TEGRETOL-XR.....	17, 99	tranylcypramine sulfate.....	103	58
telmisartan-hctz.....	22	TRAVASOL.....	133	TYBOST.....
temazepam.....	64	TRAVATAN Z.....	62	129
TENIVAC.....	58	trazodone hcl.....	103	TYKERB.....
tenofovir disoproxil fumarate	123, 128	TRECTOR.....	110	116
		TRELSTAR MIXJECT.....	52	TYPHIM VI.....
		tretinoin.....	34, 117	58
				U
				ULORIC.....
				12
				unithroid.....
				50
				UPTRAVI.....
				20
				ursodiol.....
				35
				V
				valacyclovir hcl.....
				125
				VALCHLOR.....
				34, 110
				valganciclovir hcl.....
				122
				valproate sodium.....
				17, 67, 98
				valproic acid.....
				17, 67, 98
				valsartan.....
				24
				valsartan-hydrochlorothiazide
				22
				vancomycin hcl.....
				89
				vandazole.....
				89
				VARIVAX.....
				58
				VARIZIG.....
				58
				VASCEPA.....
				26
				VELIVET.....
				46
				VEMLIDY.....
				123
				VENCLEXTA.....
				112
				VENCLEXTA STARTING PACK.....
				112
				venlafaxine hcl.....
				87, 105

venlafaxine hcl er	86, 105	VOTRIENT	116	zaleplon.....	64
VENTAVIS	75	VRAYLAR.....	15, 122	ZEJULA	112
VENTOLIN HFA.....	79	VYFEMLA.....	47	ZELBORAF	116
verapamil hcl	19, 20	W		ZEMAIRA	73
verapamil hcl er.....	19	warfarin sodium.....	137	zenatane	34
VERSACLOZ	146	X		ZENATANE.....	34
VERZENIO.....	113	XALKORI.....	116	ZENCHENT	145
VESICARE	39	XARELTO	137	ZENPEP	131
VESTURA	145	XARELTO STARTER PACK		ZERIT	147
VICTOZA	141	.....	137	zidovudine	129
VIDEX	129	XATMEP.....	56	ziprasidone hcl.....	16, 122
VIDEX EC	129	XELJANZ	56	ZIRGAN	122
vigabatrin.....	98	XELJANZ XR.....	56	ZOLINZA.....	109, 113
<i>VIGADRONE</i>	98	XGEVA.....	73	zolmitriptan.....	67
VIIBRYD	105	XIFAXAN	35, 89	zolpidem tartrate.....	64
VIIBRYD STARTER PACK		XOLAIR.....	75	<i>ZOLPIDEM TARTRATE ER</i> ..	64
.....	105	XOSPATA.....	113	zonisamide.....	100
VIMPAT.....	99	XTANDI.....	111	ZONTIVITY.....	136
VIRACEPT	127	XURIDEN	131	ZORTRESS	56
VIRAMUNE	127	XYREM.....	64	ZOSTAVAX.....	58
VIREAD.....	123, 129	Y		zovia 1/35e (28).....	47
VITRAKVI.....	113	YF-VAX.....	58	ZYDELIG.....	113
VIZIMPRO.....	116	YONSA	111	ZYKADIA	116
voriconazole	109	Z		ZYTIGA	111
VOSEVI	124	zafirlukast	77		

Este formulario fue actualizado el 23 de abril de 2019. Para información más reciente, o para otras preguntas, por favor, comuníquese con Servicios al Afiliado de MMM Healthcare, LLC al 787-620-2397 (Área Metro), 1-866-333-5470 (libre de cargos); o usuarios de TTY deben llamar al 1-866-333-5469, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. o visite www.mmmpr.com

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

MMM Healthcare, LLC es un plan 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).

H4003/H7522 Y0049_2019 1085 0001 2_C