First+Plus – Advantage (PPO)

Formulario 2018
(Lista de medicamentos cubiertos)

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

HPMS ID: 18492, Versión #: 17

Este formulario fue actualizado el 1 de diciembre de 2018. Para información más reciente, o para otras preguntas, por favor, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado de First+Plus al 787-522-7800 (Área Metro), 1-888-767-7717 (libre de cargos), o usuarios de TTY deben llamar al 1-877-672-4242, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., o visite www.firstpluspr.com.

Aviso para afiliados actuales: 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”, “nuestro” significa MMM Healthcare, LLC. Cuando se refiere a “el plan” o “nuestro plan” significa First+Plus Advantage (PPO).

Este documento incluye una lista de los medicamentos (formulario) cubiertos por el plan que está actualizado al 1 de diciembre de 2018. 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, aparece en la portada y contraportada.

Los beneficiarios deben 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 2018, y de vez en cuando durante el año.

¿Qué es el Formulario de First+Plus Advantage?

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 que el medicamento sea médicamente necesario, la receta se adquiera 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 2018, que estaba cubierto al principio de año, no descontinuaremos o reduciremos la cubierta del medicamento durante el año de cubierta 2018, a menos que salga al mercado un medicamento genérico nuevo y menos costoso o que surja nueva información que sea adversa sobre la seguridad y efectividad del medicamento. Otros tipos de cambios en el formulario, como eliminar un medicamento de nuestro formulario, no afectarán a los beneficiarios que al momento estén tomando dicho medicamento. El mismo continuará disponible por el mismo costo que corresponde para esos afiliados que lo toman, por el resto de la cubierta anual. Consideramos que es importante que usted siga teniendo acceso por lo que resta del año de cubierta a los medicamentos del formulario que estaban disponibles cuando eligió nuestro plan, excepto en aquellos casos en los que pueda ahorrar dinero adicional o podamos garantizar su seguridad.

Si eliminamos medicamentos de nuestro formulario o añadimos preautorización, límites de cantidad y/o restricciones de terapias escalonadas para un medicamento o elevamos un medicamento a un nivel de costo compartido más alto], debemos notificarles el cambio a los beneficiarios afectados al menos 60 días antes de que dicho cambio entre en vigor, o en el momento en que el afiliado solicite una repetición del medicamento, y en ese momento el afiliado recibirá un suplido del medicamento para 60 días. Si la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) considera que un medicamento incluido en nuestro formulario no es seguro o si el fabricante del medicamento retira el medicamento del mercado, lo eliminaremos de inmediato de nuestro formulario y notificaremos a los afiliados que toman este medicamento. El formulario adjunto es vigente a partir del 1 de enero de 2018. 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 del formulario impreso se actualizará la primera semana del mes de efectividad y se publicará en nuestro portal de Internet www.firstpluspr.com.

¿Cómo utilizo el Formulario?

Hay dos maneras de encontrar su medicamento en el formulario:

Condición médica

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

Listado alfabético
Si no está seguro de la categoría en la que debe realizar su búsqueda, busque su medicamento en el índice que comienza en la página 150. 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 como que tiene 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?

Es posible que algunos medicamentos cubiertos tengan 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 nuestro plan. Por ejemplo, nuestro plan establece la cantidad de 30 tabletas por receta para *losartan*. Esto puede ser adicional a un suplido regular para un (1) mes o tres (3) meses.

- **Terapia escalonada:** En ciertos casos, nuestro plan exige que se trate primero la condición médica con ciertos medicamentos antes de cubrir otro medicamento para esa condición. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B se usan para tratar su condición médica en particular, es posible que nuestro plan no cubra el Medicamento B, a menos que primero utilice el Medicamento A. Si el Medicamento A no funciona en su caso, nuestro plan cubrirá el Medicamento B.

Usted puede verificar si su medicamento tiene algún requisito o límite adicional, consultando el formulario que empieza en la página 10. También puede obtener información adicional sobre las restricciones que se aplican a medicamentos específicos cubiertos en su formulario, visitando nuestra página de Internet. Publicamos documentos en Internet que explican nuestras restricciones de preautorización y terapia escalonada. También nos puede solicitar que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, al igual que la fecha en que este formulario fue actualizado, aparece en la portada y contraportada.

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

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

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

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

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

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

¿Cómo solicito una excepción al Formulario de First+Plus Advantage?

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

- Puede pedir 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 pedir que cubramos su medicamento en 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 pedir que obviemos 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 pedir que obviemos 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 de nivel de costo más bajo o las restricciones adicionales de uso no fueran 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 su médico o profesional que le receta, que respalde su solicitud**. Por lo general, debemos tomar una decisión en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración 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 (a menos que usted tenga una receta para menos días) a través de una farmacia de nuestra red. 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, cubriremos un suplido de transición temporal de al menos 91 y hasta 98 días, de acuerdo con los incrementos en despacho (a menos que tenga una receta para menos días). Nosotros cubriremos más de una repetición de esos medicamentos por los primeros 90 días en que usted esté afiliado a nuestro plan. Si necesita un medicamento que no está en nuestro formulario, o si su capacidad para obtenerlo es limitada pero usted ya pasó los primeros 90 días de afiliación en nuestro plan, le cubriremos un suplido de emergencia de 31 días de ese medicamento (a menos que usted tenga una receta para menos días) mientras usted consigue una excepción al formulario.

Para aquellos afiliados que se han dado de alta de un hospital o de una facilidad de cuidado, para ir a su casa, 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 o tiene alguna restricciones de uso, 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 First+Plus 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 150.

La primera columna de la tabla menciona el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca aparecen en letra mayúscula (por ejemplo, JANUMET) 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 $3,750.00, usted pagará lo siguiente por medicamentos recetados:

	Nivel	Medicamento	Copago por cantidad al detal (30 días)	Copago por cantidad al detal (90 días)	Copago por orden por correo (90 días)
First+Plus Advantage (PPO*)*	1	Genérico Preferido	$0.00	$0.00	$0.00
	2	Genérico	$5.00	$10.00	$10.00
	3	Marca Preferida	$35.00	$105.00	$70.00
	4	Marca No Preferida	$50.00	$150.00	$100.00
	5	Especialidad	25%	No Cubierto	No Cubierto

Luego de que su costo total anual de medicamentos alcance $3,750.00, usted recibe cubierta limitada por el plan en ciertos medicamentos. También recibe un descuento en medicamentos de marca y, por lo general, no paga más de 35% del costo del plan por medicamentos de marca y 44% del costo del plan por medicamentos genéricos hasta que su costo de bolsillo anual por medicamentos alcance $5,000.00.

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

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

Luego de que los gastos de su bolsillo alcancen los $5,000.00 en el año, usted pagará la cantidad mayor entre:

- 5% de coaseguro, o
- $3.55 por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) y $8.35 por todos los demás medicamentos

Para información más detallada 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 Inmunológicos 10
Agentes Para El Tratamiento De Abuso De Sustancias. Anti-Adicción 17
Agentes Antidemencia 18
Agentes Antigota 19
Agentes Antiinflamatorios 19
Agentes Antimiasténicos 22
Agentes Bipolares 22
Agentes Cardiovasculares 24
Agentes Del Sistema Nervioso Central 37
Agentes Dermatológicos 40
Agentes Gastrointestinales 42
Agentes Genitourinarios 45
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Adrenal) 47
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Modificadores/Hormonas Sexuales) 51
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Pituitaria) 57
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Prostaglandinas) 57
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Tiroides) 58
Agentes Hormonales, Supresores (Adrenal) 58
Agentes Hormonales, Supresores (Pituitaria) 58
Agentes Hormonales, Supresores (Tiroides) 60
Agentes Ofálmicos 60
Agentes Orales Y Dentales 64
Agentes Oticos 64
Agentes Para El Desórden Del Sueño 65
Agentes Para El Tratamiento De La Espasticidad 66
Agentes Para El Tratamiento De La Migraña 66
Agentes Para El Tratamiento De Parkinson 68
Agentes Para La Enfermedad Inflamatoria Intestinal 70
Agentes Parala Enfermedad Metabólica Del Hueso 71
Agentes Pulmonares/ Tracto Respiratorio 73
Analgésicos 80
Anestésicos 84
Ansiolíticos 85
Antibacteriales 86
Anticonvulsivos 96
Antidepresivos 101

Antieméticos 105
Antifungales 107
Antimicobacteriales 109
Antineoplásicos 109
Antiparasíticos 120
Antisicóticos 121
Antivirales 125
Desórden Genético O Enzimático: Reemplazo, Modificadores, Tratamiento 132
Electrólitos / Minerales/ Vitaminas 134
Non-Frf 139
Productos Sanguíneos / Modificadores / Expansores De Volumen 140
Reguladores De Glucosa En Sangre 143
Relajantes Musculo Esqueletales 149

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
Agentes Inmunológicos			
Agentes Inmunológicos			
leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg	ARAVA	2	CG; QL (30 EA per 30 days)
SYNAGIS INTRAMUSCULAR SOLUTION 50 MG/0.5ML		5	PA
Agentes Inmunizantes, Pasivos			
BIVIGAM INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML		5	PA
GAMASTAN S/D INTRAMUSCULAR INJECTABLE (10ML), (2ML)		3	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
IMOGAM RABIES-HT INJECTION SOLUTION 300 UNIT/2ML		3	
PRIVIGEN INTRAVENOUS SOLUTION 20 GM/200ML		5	PA
SYNAGIS INTRAMUSCULAR SOLUTION 100 MG/ML, 50 MG/0.5ML		5	PA
Agentes Para Angioedema			
CINRYZE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 500 UNIT		5	PA; LA
FIRAZYR SUBCUTANEOUS SOLUTION 30 MG/3ML		5	PA; QL (18 ML per 30 days)
Inmunomoduladores			

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 2000000 UNIT/0.5ML		5	PA; LA
ARCALYST SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 220 MG		5	PA
ILARIS SUBCUTANEOUS SOLUTION 150 MG/ML		5	PA
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML		5	PA
leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg	ARAVA	2	CG; QL (30 EA per 30 days)
TYSABRI INTRAVENOUS CONCENTRATE 300 MG/15ML		5	PA; LA
Inmunosupresores			
AFINITOR DISPERZ ORAL TABLET SOLUBLE 2 MG, 3 MG, 5 MG		5	PA
AFINITOR ORAL TABLET 2.5 MG		5	PA
azathioprine oral tablet 50 mg	IMURAN	2	PA; MT
azathioprine sodium injection solution reconstituted 100 mg		2	PA
BENLYSTA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 120 MG, 400 MG		5	PA
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/ML		5	PA
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/ML		5	PA
cyclosporine intravenous solution 50 mg/ml	SANDIMMUNE	2	PA; CG
cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg	GENGRAF	2	PA; MT; CG
cyclosporine modified oral capsule 50 mg		2	PA; MT; CG
cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml	GENGRAF	2	PA; MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg	SANDIMMUNE	2	PA; MT; CG
DEPEN TITRATABS ORAL TABLET 250 MG		5	
gengraf oral capsule 100 mg, 25 mg		2	PA; MT; CG
gengraf oral solution 100 mg/ml		2	PA; MT; CG
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 40 MG/0.8ML (6 PACK)		5	PA; QL (6 EA per 28 days)
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 40 MG/0.8ML, 80 MG/0.8ML		5	PA; QL (3 EA per 28 days)
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML		5	PA; QL (2 EA per 28 days)
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML		5	PA; QL (6 EA per 28 days)
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML		5	PA; QL (6 EA per 30 days)
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML		5	PA; QL (3 EA per 28 days)
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML		5	PA; QL (4 EA per 28 days)
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML		5	PA; QL (2 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 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
HUMIRA SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 10 MG/0.2ML, 20 MG/0.4ML		5	PA; QL (2 EA per 28 days)
HUMIRA SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 20 MG/0.2ML		5	PA; QL (12 EA per 28 days)
mercaptopurine oral tablet 50 mg		2	CG
methotrexate oral tablet 2.5 mg		2	PA; MT; CG
methotrexate sodium (pf) injection solution 250 mg/10ml		2	PA
methotrexate sodium injection solution 250 mg/10ml		2	PA
methotrexate sodium injection solution reconstituted 1 gm		2	PA
mycophenolate mofetil hcl intravenous solution reconstituted 500 mg	CELLCEPT INTRAVENOUS	2	PA
mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg	CELLCEPT	2	PA; MT; CG
mycophenolate mofetil oral suspension reconstituted 200 mg/ml	CELLCEPT	5	PA
mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg	CELLCEPT	2	PA; MT; CG
mycophenolate sodium oral tablet delayed release 180 mg	MYFORTIC	2	PA; MT
mycophenolate sodium oral tablet delayed release 360 mg	MYFORTIC	2	PA
NEORAL ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG		3	PA; MT
NEORAL ORAL SOLUTION 100 MG/ML		3	PA; MT
NULOJIX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 250 MG		5	PA
OTEZLA ORAL TABLET 30 MG		5	PA; QL (60 EA per 30 days)
OTEZLA ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 20 & 30 MG		5	PA; QL (55 EA per 28 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
PROGRAF ORAL CAPSULE 0.5 MG, 1 MG		3	PA
PROGRAF ORAL CAPSULE 5 MG		5	PA
RAPAMUNE ORAL SOLUTION 1 MG/ML		5	PA
REMICADE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG		5	PA
SANDIMMUNE ORAL SOLUTION 100 MG/ML		3	PA; MT
sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg	RAPAMUNE	2	PA; CG
sirolimus oral tablet 2 mg	RAPAMUNE	5	PA
tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg	PROGRAF	2	PA
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML		4	PA
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG		5	PA; QL (60 EA per 30 days)
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 11 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
ZORTRESS ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 0.75 MG		5	PA
Vacunas			
ACTHIB INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED		3	
ADACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2-15.5 (PREFILLED SYRINGE), 5-2-15.5 LF-MCG/0.5		3	
BCG VACCINE INJECTION INJECTABLE		3	
BEXSERO INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE		3	
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2.5-18.5 , 5-2.5-18.5 (0.5ML SYRINGE)		3	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
DAPTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15-23-5 LF-MCG/0.5		3	
DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS DT INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25-5 LFU/0.5ML		3	PA
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION 10 MCG/0.5ML, 20 MCG/ML		3	PA
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION		3	
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE		3	
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1440 EL U/ML, 1440 EL U/ML 1 ML, 720 EL U/0.5ML, 720 EL U/0.5ML 0.5 ML		3	
HIBERIX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10 MCG		3	
IMOVAX RABIES INTRAMUSCULAR INJECTABLE 2.5 UNIT/ML		3	
INFANRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25-58-10		3	
IPOL INJECTION INJECTABLE		3	
IXIARO INTRAMUSCULAR SUSPENSION		3	
KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION , INJECTION 0.5 ML		3	
MENACTRA INTRAMUSCULAR INJECTABLE		3	
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED		3	
M-M-R II SUBCUTANEOUS INJECTABLE		3	
PEDIARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION		3	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
PEDVAX HIB INTRAMUSCULAR SUSPENSION 7.5 MCG/0.5ML		3	
PROQUAD SUBCUTANEOUS INJECTABLE		3	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION		3	
RABAVERT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED		3	
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION 10 MCG/ML, 10 MCG/ML (1ML SYRINGE), 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML		3	PA
ROTARIX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED		3	
ROTATEQ ORAL SOLUTION		3	
SHINGRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MCG		3	
tenivac intramuscular injectable 5-2 lfu		3	PA
TETANUS-DIPHTHERIA TOXOIDS TD INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF/0.5ML		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	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
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 Para El Tratamiento De Abuso De Sustancias. Anti Adicción			
Agentes Para Revertimiento De Opioides			
naloxone hcl injection solution 0.4 mg/ml		2	
naloxone hcl injection solution cartridge 0.4 mg/ml		2	
naloxone hcl injection solution prefilled syringe 2 mg/2ml		2	
Agentes Para Sesación De Fumar			
bupropion hcl er (smoking det) oral tablet extended release 12 hour 150 mg	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
NICOTROL INHALATION INHALER 10 MG		3	
NICOTROL NS NASAL SOLUTION 10 MG/ML		3	
Disuadores De Alcohol / Medicamentos Para Controlar El Deseo			
acamprosate calcium oral tablet delayed release 333 mg		2	
disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg	ANTABUSE	2	
naltrexone hcl oral tablet 50 mg		2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
Tratamiento Dependencia De Opioides			
buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg		2	PA
buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 8 mg		2	PA; QL (60 EA per 30 days)
buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 2-0.5 mg, 8-2 mg		2	PA; QL (120 EA per 30 days)
naltrexone hcl oral tablet 50 mg		2	
SUBOXONE SUBLINGUAL FILM 12-3 MG, 2-0.5 MG, 4-1 MG, 8-2 MG		4	PA; QL (60 EA per 30 days)
Agentes Antidemencia			
Antagonistas Del Receptor De N-Metil-D-Aspartato (Nmda)			
memantine hcl er oral capsule extended release 24 hour 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg	NAMENDA XR	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
memantine hcl oral solution 2 mg/ml		2	MT; CG
memantine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	NAMENDA	2	MT; CG
memantine hcl oral tablet 5 (28)-10 (21) mg	NAMENDA TITRATION PAK	2	CG
NAMENDA XR TITRATION PACK ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 7 & 14 & 21 &28 MG		4	QL (28 EA per 28 days)
Inhibidores De Colinesterasa			
donepezil hcl oral tablet 10 mg, 23 mg, 5 mg	ARICEPT	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
donepezil hcl oral tablet dispersible 10 mg, 5 mg		1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour 16 mg, 24 mg, 8 mg	RAZADYNE ER	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
galantamine hydrobromide oral solution 4 mg/ml		2	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
galantamine hydrobromide oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg	RAZADYNE	2	MT; CG
rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg		2	MT; CG
rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24hr, 4.6 mg/24hr, 9.5 mg/24hr	EXELON	2	PA; MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
Agentes Antigota			
Agentes Antigota			
allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg	ZYLOPRIM	1	MT; CG
colchicine oral capsule 0.6 mg	MITIGARE	3	
colchicine oral tablet 0.6 mg	COLCRYS	2	
colchicine-probenecid oral tablet 0.5-500 mg		2	MT; CG
probenecid oral tablet 500 mg		2	CG
ULORIC ORAL TABLET 40 MG, 80 MG		3	MT
Agentes Antiinflamatorios			
Antiinflamatorios No-Esteroidales			
celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg	CELEBREX	2	PA; QL (60 EA per 30 days)
celecoxib oral capsule 400 mg	CELEBREX	2	PA; QL (30 EA per 30 days)
diclofenac potassium oral tablet 50 mg		2	
diclofenac sodium er oral tablet extended release 24 hour 100 mg		2	
diclofenac sodium oral tablet delayed release 25 mg, 50 mg, 75 mg		2	
diflunisal oral tablet 500 mg		2	
etodolac er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 500 mg, 600 mg		2	
etodolac oral capsule 200 mg		2	
etodolac oral tablet 400 mg	LODINE	2	
etodolac oral tablet 500 mg		2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
flurbiprofen oral tablet 100 mg, 50 mg		2	
ibu oral tablet 600 mg, 800 mg		1	
ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml		2	
ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg	IBU	1	
meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg	MOBIC	1	QL (30 EA per 30 days)
nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg		2	
naproxen dr oral tablet delayed release 375 mg, 500 mg	EC-NAPROSYN	2	
naproxen oral suspension 125 mg/5ml	NAPROSYN	2	
naproxen oral tablet 250 mg, 500 mg	NAPROSYN	1	
naproxen oral tablet 375 mg		1	
naproxen sodium oral tablet 275 mg		2	
naproxen sodium oral tablet 550 mg	ANAPROX DS	2	
oxaprozin oral tablet 600 mg	DAYPRO	2	
piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg	FELDENE	2	
sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg		2	
Glucocorticoides			
betamethasone dipropionate aug external cream 0.05 %	DIPROLENE AF	2	
betamethasone dipropionate aug external gel 0.05 %		2	
betamethasone dipropionate aug external lotion 0.05 %	DIPROLENE	2	
betamethasone dipropionate aug external ointment 0.05 %	DIPROLENE	2	
betamethasone dipropionate external cream 0.05 %		2	
betamethasone dipropionate external lotion 0.05 %		2	
betamethasone dipropionate external ointment 0.05 %		2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
betamethasone valerate external cream 0.1 %		2	
betamethasone valerate external lotion 0.1 %		2	
betamethasone valerate external ointment 0.1 %		2	
blephamide s.o.p. ophthalmic ointment 10-0.2 %		4	
cortisone acetate oral tablet 25 mg		2	
dexamethasone intensol oral concentrate 1 mg/ml		2	
dexamethasone oral elixir 0.5 mg/5ml	DECADRON	2	
dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 4 mg, 6 mg	DECADRON	2	
dexamethasone oral tablet 1 mg, 1.5 mg, 2 mg		2	
dexamethasone sodium phosphate injection solution 10 mg/ml, 120 mg/30ml		2	
hydrocortisone oral tablet 20 mg, 5 mg	CORTEF	2	
methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml, 80 mg/ml	DEPO-MEDROL	2	
methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg	MEDROL	2	
methylprednisolone sodium succ injection solution reconstituted 1000 mg	SOLU-MEDROL	2	
methylprednisolone sodium succ injection solution reconstituted 40 mg	SOLU-MEDROL	2	
prednisolone acetate ophthalmic suspension 1 %	OMNIPRED	2	
prednisolone oral solution 15 mg/5ml		2	
prednisolone sodium phosphate ophthalmic solution 1 %		2	
prednisolone sodium phosphate oral solution 25 mg/5ml, 6.7 (5 base) mg/5ml		2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
prednisone intensol oral concentrate 5 mg/ml		2	
prednisone oral solution 5 mg/5ml		2	
prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 50 mg		1	
prednisone oral tablet 20 mg	DELTASONE	1	
SOLU-CORTEF INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 250 MG		4	
sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution 10-0.23 %		2	
Agentes Antimiasténicos			
Parasimpatomiméticos			
guanidine hcl oral tablet 125 mg		2	CG
pyridostigmine bromide er oral tablet extended release 180 mg	MESTINON	2	CG
pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg	MESTINON	2	CG
Agentes Bipolares			
Agentes Bipolares, Otros			
GEODON INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED 20 MG		4	PA; QL (6 EA per 3 days)
olanzapine intramuscular solution reconstituted 10 mg	ZYPREXA	2	
olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg	ZYPREXA	2	MT; CG
olanzapine oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg	ZYPREXA ZYDIS	2	MT
quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 200 mg	SEROQUEL XR	2	PA; MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 400 mg, 50 mg	SEROQUEL XR	2	PA; MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg	SEROQUEL	1	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
quetiapine fumarate oral tablet 25 mg, 50 mg	SEROQUEL	1	PA; MT; CG
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 12.5 MG, 25 MG		4	PA; QL (2 EA per 28 days)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 37.5 MG, 50 MG		5	PA; QL (2 EA per 28 days)
risperidone oral solution 1 mg/ml	RISPERDAL	2	CG
risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg	RISPERDAL	2	MT; CG
risperidone oral tablet dispersible 0.25 mg, 3 mg, 4 mg		2	MT; CG
risperidone oral tablet dispersible 0.5 mg, 1 mg, 2 mg		2	MT; CG
SAPHRIS SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 10 MG, 2.5 MG, 5 MG		4	PA
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE THERAPY PACK 1.5 & 3 MG		4	PA; QL (14 EA per 365 days)
ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg	GEODON	2	CG
Estabilizadores De Humor			
carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg	CARBATROL	2	MT; CG
carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 100 mg	TEGRETOL-XR	2	MT; CG
carbamazepine oral suspension 100 mg/5ml	TEGRETOL	2	MT; CG
carbamazepine oral tablet 200 mg		2	MT; CG
carbamazepine oral tablet chewable 100 mg		2	MT; CG
divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 500 mg	DEPAKOTE ER	2	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle 125 mg	DEPAKOTE SPRINKLES	2	MT; CG
divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg, 500 mg	DEPAKOTE	2	MT; CG
epitol oral tablet 200 mg		2	MT; CG
lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 50 mg	LAMICTAL XR	2	MT
lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg	LAMICTAL	2	MT; CG
lamotrigine oral tablet chewable 25 mg, 5 mg	LAMICTAL	2	MT; CG
lamotrigine oral tablet dispersible 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	LAMICTAL ODT	2	MT; CG
lithium carbonate er oral tablet extended release 300 mg	LITHOBID	2	MT; CG
lithium carbonate er oral tablet extended release 450 mg		2	MT; CG
lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg		1	MT; CG
lithium carbonate oral tablet 300 mg		2	MT; CG
LITHIUM ORAL SOLUTION 8 MEQ/5ML		2	MT
TEGRETOL ORAL SUSPENSION 100 MG/5ML		4	MT
TEGRETOL ORAL TABLET 200 MG		4	MT
TEGRETOL-XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 100 MG, 200 MG, 400 MG		4	MT
valproate sodium oral solution 250 mg/5ml	DEPAKENE	2	MT; CG
valproic acid oral capsule 250 mg	DEPAKENE	2	MT; CG
Agentes Cardiovasculares			
Agentes Bloqueadores Beta-Adrenérgicos			

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
acebutolol hcl oral capsule 200 mg, 400 mg		1	MT; CG
atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	TENORMIN	1	MT; CG
betaxolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg		1	MT; CG
bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg		1	MT; CG
carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg	COREG	1	MT; CG
carvedilol phosphate er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 20 mg, 40 mg	COREG CR	2	MT; CG
labetalol hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg		1	MT; CG
metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg	TOPROL XL	1	MT; CG; QL (120 EA per 30 days)
metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour 200 mg, 25 mg, 50 mg	TOPROL XL	1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
metoprolol tartrate intravenous solution 5 mg/5ml		1	
metoprolol tartrate intravenous solution cartridge 5 mg/5ml		1	
metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 50 mg	LOPRESSOR	1	MT; CG
metoprolol tartrate oral tablet 25 mg		1	MT; CG
nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg	CORGARD	2	MT; CG
pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg		2	MT; CG
propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg	INDERAL LA	2	MT; CG
propranolol hcl intravenous solution 1 mg/ml		1	
propranolol hcl oral solution 20 mg/5ml, 40 mg/5ml		2	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
propranolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg		1	MT; CG
timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg		2	MT; CG
Agentes Bloqueadores De Canales De Calcio			
afeditab cr oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg		1	MT; CG
amlodipine besylate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	NORVASC	1	MT; CG
cartia xt oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg		1	MT; CG
cartia xt oral capsule extended release 24 hour 300 mg		1	MT; CG
diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 360 mg	TAZTIA XT	1	MT; CG
diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 420 mg	TIAZAC	1	MT; CG
diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg	CARDIZEM CD	1	MT; CG
diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 120 mg, 60 mg, 90 mg		1	MT; CG
diltiazem hcl intravenous solution 50 mg/10ml		1	
diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg	CARDIZEM	1	MT; CG
diltiazem hcl oral tablet 90 mg		1	MT; CG
dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg		1	MT; CG
felodipine er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg		1	MT; CG
isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg		1	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
matzim la oral tablet extended release 24 hour 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg		2	MT; CG
nicardipine hcl oral capsule 20 mg, 30 mg		1	MT; CG
nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg		1	MT; CG
nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 90 mg	PROCARDIA XL	1	MT; CG
nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 60 mg		1	MT; CG
nifedipine oral capsule 10 mg	PROCARDIA	1	MT; CG
nifedipine oral capsule 20 mg		1	MT; CG
nimodipine oral capsule 30 mg		5	
nisoldipine er oral tablet extended release 24 hour 17 mg, 34 mg, 8.5 mg	SULAR	1	MT; CG
taztia xt oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg		1	MT; CG
taztia xt oral capsule extended release 24 hour 360 mg		1	MT; CG
verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg	VERELAN PM	2	MT; CG
verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 360 mg	VERELAN	2	MT; CG
verapamil hcl er oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg	CALAN SR	1	MT; CG
verapamil hcl intravenous solution 2.5 mg/ml		2	
verapamil hcl oral tablet 120 mg, 80 mg	CALAN	1	MT; CG
verapamil hcl oral tablet 40 mg		1	MT; CG
Agentes Cardiovasculares, Otros			
CORLANOR ORAL TABLET 5 MG, 7.5 MG		4	PA; QL (60 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
digitek oral tablet 125 mcg		2	QL (30 EA per 30 days)
digitek oral tablet 250 mcg		2	PA
digox oral tablet 125 mcg		2	QL (30 EA per 30 days)
digox oral tablet 250 mcg		2	PA
digoxin injection solution 0.25 mg/ml	LANOXIN	2	
DIGOXIN ORAL SOLUTION 0.05 MG/ML		2	PA
digoxin oral tablet 125 mcg	DIGITEK	2	QL (30 EA per 30 days)
digoxin oral tablet 250 mcg	DIGITEK	2	PA
pentoxifylline er oral tablet extended release 400 mg		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			
amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg		1	MT; CG
amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg	LOTREL	1	MT; CG
amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 2.5-10 mg, 5-40 mg		1	MT; CG
amlodipine besylate-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg	EXFORGE	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg	AZOR	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
amlodipine-valsartan-hctz oral tablet 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-12.5 mg, 5-160-25 mg	EXFORGE HCT	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg	TENORETIC 100	2	MT; CG
atenolol-chlorthalidone oral tablet 50-25 mg	TENORETIC 50	2	MT; CG
benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg	LOTENSIN HCT	1	MT; CG
benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-6.25 mg		1	MT; CG
bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg	ZIAC	1	MT; CG
candesartan cilexetil-hctz oral tablet 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg	ATACAND HCT	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
captopril-hydrochlorothiazide oral tablet 25-15 mg, 25-25 mg, 50-15 mg, 50-25 mg		1	MT; CG
DEMSER ORAL CAPSULE 250 MG		5	
enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg	VASERETIC	1	MT; CG
enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-12.5 mg		1	MT; CG
ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg	VYTORIN	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
fosinopril sodium-hctz oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg		1	MT; CG
irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg	AVALIDE	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg	ZESTORETIC	1	MT; CG
losartan potassium-hctz oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg	HYZAAR	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
losartan potassium-hctz oral tablet 50-12.5 mg	HYZAAR	1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg	CATAPRES	1	MT; CG
clonidine hcl transdermal patch weekly 0.1 mg/24hr	CATAPRES-TTS-1	1	MT; CG
clonidine hcl transdermal patch weekly 0.2 mg/24hr	CATAPRES-TTS-2	1	MT; CG
clonidine hcl transdermal patch weekly 0.3 mg/24hr	CATAPRES-TTS-3	1	MT; CG
guanfacine hcl oral tablet 1 mg, 2 mg		1	MT
midodrine hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg		1	
NORTHERA ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG, 300 MG		5	PA
Antagonista Receptores Angiotensina Ii (Arb)			
candesartan cilexetil oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg	ATACAND	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG		4	PA; MT; QL (60 EA per 30 days)
irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg	AVAPRO	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
losartan potassium oral tablet 100 mg	COZAAR	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
losartan potassium oral tablet 25 mg, 50 mg	COZAAR	1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
olmesartan medoxomil oral tablet 20 mg, 40 mg	BENICAR	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
olmesartan medoxomil oral tablet 5 mg	BENICAR	1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg	BENICAR HCT	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
valsartan oral tablet 160 mg, 40 mg, 80 mg	DIOVAN	1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
valsartan oral tablet 320 mg	DIOVAN	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
Antiarrítmicos			
amiodarone hcl intravenous solution 150 mg/3ml		2	
amiodarone hcl oral tablet 100 mg, 200 mg	PACERONE	1	MT; CG
amiodarone hcl oral tablet 400 mg	PACERONE	2	MT; CG
dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg	TIKOSYN	2	
flecainide acetate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg		2	MT; CG
mexiletine hcl oral capsule 150 mg, 200 mg, 250 mg		2	MT; CG
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG		4	MT; QL (60 EA per 30 days)
pacerone oral tablet 100 mg, 400 mg		2	MT; CG
pacerone oral tablet 200 mg		1	MT; CG
propafenone hcl er oral capsule extended release 12 hour 225 mg, 325 mg, 425 mg	RYTHMOL SR	2	MT; CG
propafenone hcl oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg		2	MT; CG
quinidine gluconate er oral tablet extended release 324 mg		2	MT; CG
quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg		2	MT; CG
sorine oral tablet 120 mg		2	MT; CG
sorine oral tablet 160 mg, 80 mg		2	MT; CG
sorine oral tablet 240 mg		2	MT; CG
sotalol hcl (af) oral tablet 120 mg	BETAPACE AF	2	MT; CG
sotalol hcl oral tablet 160 mg, 80 mg	BETAPACE	2	MT; CG
sotalol hcl oral tablet 240 mg		2	MT; CG
Dislipidémicos, Derivados De Acido Fíbrico			
fenofibrate micronized oral capsule 130 mg, 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg		1	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
fenofibrate oral tablet 145 mg, 48 mg	TRICOR	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
fenofibrate oral tablet 160 mg	TRIGLIDE	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
fenofibrate oral tablet 54 mg		1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
fenofibric acid oral capsule delayed release 135 mg, 45 mg	TRILIPIX	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
gemfibrozil oral tablet 600 mg	LOPID	1	MT; CG
Dislipidémicos, Inhibidores De La Reductasa De Hmg Coa			
atorvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg	LIPITOR	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
fluvastatin sodium oral capsule 20 mg	LESCOL	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
fluvastatin sodium oral capsule 40 mg		1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
lovastatin oral tablet 10 mg		1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
lovastatin oral tablet 20 mg		1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
lovastatin oral tablet 40 mg	MEVACOR	1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
pravastatin sodium oral tablet 10 mg		1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
pravastatin sodium oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg	PRAVACHOL	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
rosuvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg	CRESTOR	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg, 80 mg	ZOCOR	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
Dislipidémicos, Otros			
cholestyramine light oral powder 4 gm/dose	PREVALITE	2	MT; CG
colestipol hcl oral packet 5 gm	COLESTID	2	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
colestipol hcl oral tablet 1 gm	COLESTID	2	MT; CG
ezetimibe oral tablet 10 mg	ZETIA	1	ST; MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
JUXTAPID ORAL CAPSULE 10 MG, 30 MG, 40 MG, 5 MG, 60 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
JUXTAPID ORAL CAPSULE 20 MG		5	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
KYNAMRO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/ML		5	PA; LA
niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 1000 mg, 750 mg	NIASPAN	2	MT; QL (60 EA per 30 days)
niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 500 mg	NIASPAN	2	MT; QL (90 EA per 30 days)
niacor oral tablet 500 mg		2	CG
omega-3-acid ethyl esters oral capsule 1 gm	LOVAZA	2	MT; CG; QL (120 EA per 30 days)
prevalite oral packet 4 gm		2	MT; CG
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 420 MG/3.5ML		5	PA
REPATHA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 140 MG/ML		5	PA
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML		5	PA
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GM, 1 GM		4	MT; QL (120 EA per 30 days)
WELCHOL ORAL PACKET 3.75 GM		3	MT
WELCHOL ORAL TABLET 625 MG		3	MT
Diuréticos, Ahorradores De Potasio			
amiloride hcl oral tablet 5 mg		2	MT; CG
eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg	INSPRA	2	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
benazepril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	LOTENSIN	1	MT; CG
benazepril hcl oral tablet 5 mg		1	MT; CG
captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg		1	MT; CG
enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg	VASOTEC	1	MT; CG
fosinopril sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg		1	MT; CG
lisinopril oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	PRINIVIL	1	MT; CG
lisinopril oral tablet 2.5 mg, 30 mg, 40 mg	ZESTRIL	1	MT; CG
moexipril hcl oral tablet 15 mg, 7.5 mg		1	MT; CG
perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg		1	MT; CG
quinapril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg	ACCUPRIL	1	MT; CG
ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	ALTACE	1	MT; CG
trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg		1	MT; CG
trandolapril oral tablet 4 mg	MAVIK	1	MT; CG
Vasodilatadores, Actúan Directo En Arteria / Vena			
isosorbide dinitrate er oral tablet extended release 40 mg		2	MT; CG
isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg		2	MT; CG
isosorbide dinitrate oral tablet 5 mg	ISORDIL TITRADOSE	2	MT; CG
isosorbide mononitrate er oral tablet extended release 24 hour 120 mg, 30 mg, 60 mg		1	MT; CG
isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg		1	MT; CG
minitran transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr		2	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
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
Agentes Para El Desórden De Déficit De Atención E Hiperactividad, Anfetaminas			
amphetamine-dextroamphet er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 5 mg	ADDERALL XR	2	PA; CG; QL (90 EA per 30 days)
amphetamine-dextroamphet er oral capsule extended release 24 hour 15 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg	ADDERALL XR	2	PA; CG; QL (30 EA per 30 days)
amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 10 mg	ADDERALL	2	PA; CG; QL (180 EA per 30 days)
amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 12.5 mg	ADDERALL	2	PA; CG; QL (144 EA per 30 days)
amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 15 mg	ADDERALL	2	PA; CG; QL (120 EA per 30 days)
amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 20 mg	ADDERALL	2	PA; CG; QL (90 EA per 30 days)
amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 30 mg	ADDERALL	2	PA; CG; QL (60 EA per 30 days)
amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 5 mg	ADDERALL	2	PA; CG; QL (360 EA per 30 days)
amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 7.5 mg	ADDERALL	2	PA; CG; QL (240 EA per 30 days)
dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg, 5 mg	ZENZEDI	2	PA; CG
Agentes Para El Desórden De Déficit De Atención E Hiperactividad, N0-Anfetaminas			

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
atomoxetine hcl oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg	STRATTERA	2	CG; QL (60 EA per 30 days)
atomoxetine hcl oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg	STRATTERA	2	CG; QL (30 EA per 30 days)
guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg	INTUNIV	2	PA
metadate er oral tablet extended release 20 mg		2	CG; QL (90 EA per 30 days)
methylphenidate hcl er oral tablet extended release 10 mg		2	CG; QL (90 EA per 30 days)
methylphenidate hcl er oral tablet extended release 20 mg	METADATE ER	2	CG; QL (90 EA per 30 days)
methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5ml	METHYLIN	2	CG; QL (900 ML per 30 days)
methylphenidate hcl oral solution 5 mg/5ml	METHYLIN	2	CG; QL (1800 ML per 30 days)
methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	RITALIN	2	CG; QL (180 EA per 30 days)
methylphenidate hcl oral tablet 20 mg	RITALIN	2	CG; QL (90 EA per 30 days)
Agentes Para El Tratamiento De Esclerosis Múltiple			
AMPYRA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 10 MG		5	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
AUBAGIO ORAL TABLET 14 MG, 7 MG		5	PA
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG		5	PA; QL (14 EA per 28 days)
GILENYA ORAL CAPSULE 0.5 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 20 mg/ml	COPAXONE	5	PA; QL (30 ML per 30 days)
glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 40 mg/ml	COPAXONE	5	PA; QL (12 ML per 28 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
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)
mitoxantrone hcl intravenous concentrate 25 mg/12.5ml		2	PA
TYSABRI INTRAVENOUS CONCENTRATE 300 MG/15ML		5	PA; LA
Agentes Dermatológicos			
Agentes Dermatológicos			
acitretin oral capsule 10 mg, 25 mg	SORIATANE	5	PA
acitretin oral capsule 17.5 mg		5	PA
adapalene external cream 0.1 %	DIFFERIN	2	PA
adapalene external gel 0.1 %, 0.3 %	DIFFERIN	2	PA
ammonium lactate external cream 12 %	GERI-HYDROLAC 12	2	
ammonium lactate external lotion 12 %	AL12	1	
amnesteem oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg		2	
AVITA EXTERNAL CREAM 0.025 %		4	PA
AVITA EXTERNAL GEL 0.025 %		4	PA
benzoyl peroxide-erythromycin external gel 5-3 %	BENZAMYCIN	2	
betamethasone dipropionate external lotion 0.05 %		2	
calcipotriene external cream 0.005 %	DOVONEX	2	
calcipotriene external ointment 0.005 %	CALCITRENE	2	
calcipotriene external solution 0.005 %		2	
claravis oral capsule 10 mg		4	
clotrimazole-betamethasone external cream 1-0.05 %	LOTRISONE	1	
diclofenac sodium transdermal gel 1 %	VOLTAREN	2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
doxepin hcl external cream 5 %	PRUDOXIN	2	
doxycycline hyclate oral capsule 50 mg	MORGIDOX	2	
doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg		2	
fluocinonide external cream 0.1 %	VANOS	2	
fluorouracil external cream 0.5 %	CARAC	3	
fluorouracil external cream 5 %	EFUDEX	2	
fluorouracil external solution 2 %, 5 %		2	
fluorouracil intravenous solution 5 gm/100ml	ADRUCIL	2	PA
fluticasone propionate external cream 0.05 %		2	
fluticasone propionate external lotion 0.05 %	CUTIVATE	2	
fluticasone propionate external ointment 0.005 %		2	
imiquimod external cream 5 %	ALDARA	2	
isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg		2	
methoxsalen rapid oral capsule 10 mg	OXSORALEN ULTRA	5	PA
myorisan oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg		4	
nystatin-triamcinolone external cream 100000-0.1 unit/gm-%		2	
nystatin-triamcinolone external ointment 100000-0.1 unit/gm-%		2	
podofilox external solution 0.5 %		2	
REGRANEX EXTERNAL GEL 0.01 %		5	PA; QL (30 GM per 30 days)
SANTYL EXTERNAL OINTMENT 250 UNIT/GM		4	
selenium sulfide external lotion 2.5 %		2	
tacrolimus external ointment 0.03 %, 0.1 %	PROTOPIC	2	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
tazarotene external cream 0.1 %	TAZORAC	2	PA
TAZORAC EXTERNAL CREAM 0.05 %		4	PA
tretinoin external cream 0.025 %		2	PA
tretinoin external cream 0.05 %, 0.1 %	RETIN-A	2	PA
tretinoin external gel 0.01 %	RETIN-A	2	PA
tretinoin external gel 0.025 %		2	PA
triamcinolone acetonide injection suspension 40 mg/ml	KENALOG	2	
VALCHLOR EXTERNAL GEL 0.016 %		5	PA; LA
zenatane oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg		2	
zenatane oral capsule 30 mg		4	
Agentes Gastrointestinales			
Agentes Gastrointestinales, Otros			
CHOLBAM ORAL CAPSULE 250 MG, 50 MG		5	PA
diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5ml		2	
diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg	LOMOTIL	2	
GATTEX SUBCUTANEOUS KIT 5 MG		5	PA
loperamide hcl oral capsule 2 mg		2	
metoclopramide hcl injection solution 5 mg/ml		2	
metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5ml		2	
metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	REGLAN	1	
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG		3	
proctozone-hc rectal cream 2.5 %		4	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 12 MG/0.6ML, 12 MG/0.6ML (0.6ML SYRINGE), 8 MG/0.4ML		5	PA
ursodiol oral capsule 300 mg	ACTIGALL	2	MT
ursodiol oral tablet 250 mg	URSO 250	2	MT
ursodiol oral tablet 500 mg	URSO FORTE	2	MT
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG		5	PA
Agentes Síndrome Irritable Del Intestino			
alosetron hcl oral tablet 0.5 mg, 1 mg	LOTRONEX	5	PA
AMITIZA ORAL CAPSULE 24 MCG, 8 MCG		3	QL (60 EA per 30 days)
budesonide oral capsule delayed release particles 3 mg	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)
Antagonista Del Receptor De Histamina 2 (H2)			
cimetidine hcl oral solution 300 mg/5ml		2	
cimetidine oral tablet 200 mg	TAGAMET HB	2	
cimetidine oral tablet 300 mg, 400 mg, 800 mg		2	
famotidine intravenous solution 20 mg/2ml		2	
famotidine oral suspension reconstituted 40 mg/5ml	PEPCID	2	
famotidine oral tablet 20 mg, 40 mg	PEPCID	1	
famotidine premixed intravenous solution 20-0.9 mg/50ml-%		2	
nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg		2	
nizatidine oral solution 15 mg/ml		2	
ranitidine hcl injection solution 50 mg/2ml	ZANTAC	2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
ranitidine hcl oral capsule 150 mg, 300 mg		1	
ranitidine hcl oral tablet 150 mg		1	
ranitidine hcl oral tablet 300 mg	ZANTAC	1	
Antiespasmódicos, Gastrointestinal			
dicyclomine hcl oral capsule 10 mg		1	
dicyclomine hcl oral solution 10 mg/5ml		2	
dicyclomine hcl oral tablet 20 mg		1	
glycopyrrolate injection solution 4 mg/20ml		2	
glycopyrrolate oral tablet 1 mg	ROBINUL	2	
glycopyrrolate oral tablet 2 mg	ROBINUL-FORTE	2	
TRANSDERM-SCOP (1.5 MG) TRANSDERMAL PATCH 72 HOUR 1 MG/3DAYS		4	PA; QL (10 EA per 30 days)
Inhibidores De La Bomba De Protones			
DEXILANT ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 30 MG, 60 MG		4	QL (30 EA per 30 days)
esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 20 mg		2	CG; QL (30 EA per 30 days)
esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 40 mg	NEXIUM	2	CG; QL (30 EA per 30 days)
esomeprazole sodium intravenous solution reconstituted 20 mg		2	
esomeprazole sodium intravenous solution reconstituted 40 mg	NEXIUM I.V.	2	
lansoprazole oral capsule delayed release 15 mg, 30 mg	PREVACID	1	CG; QL (30 EA per 30 days)
omeprazole oral capsule delayed release 10 mg, 40 mg		1	CG; QL (30 EA per 30 days)
omeprazole oral capsule delayed release 20 mg		1	CG; QL (60 EA per 30 days)
pantoprazole sodium intravenous solution reconstituted 40 mg	PROTONIX	2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
pantoprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg, 40 mg	PROTONIX	2	CG; QL (30 EA per 30 days)
Laxantes			
constulose oral solution 10 gm/15ml		2	
enulose oral solution 10 gm/15ml		2	
gavilyte-c oral solution reconstituted 240 gm		2	
gavilyte-g oral solution reconstituted 236 gm		2	
gavilyte-n with flavor pack oral solution reconstituted 420 gm		2	
generlac oral solution 10 gm/15ml		2	
GOLYTELY ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 227.1 GM		3	
lactulose oral solution 10 gm/15ml		2	
MOVIPREP ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 100 GM		4	
nulytely with flavor packs oral solution reconstituted 420 gm		2	
peg 3350/electrolytes oral solution reconstituted 240 gm	COLYTE WITH FLAVOR PACKS	2	
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl oral solution reconstituted 420 gm	GAVILYTE-N WITH FLAVOR PACK	2	
peg-3350/electrolytes oral solution reconstituted 236 gm	GAVILYTE-G	2	
polyethylene glycol 3350 oral powder	CLEARLAX	2	
trilyte oral solution reconstituted 420 gm		2	
Protectores			
misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg	CYTOTEC	2	CG
sucralfate oral tablet 1 gm	CARAFATE	2	CG
Agentes Genitourinarios			
Agentes Genitourinarios, Otros			

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg	URECHOLINE	2	CG
DEPEN TITRATABS ORAL TABLET 250 MG		5	
ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG		3	
potassium citrate er oral tablet extended release 10 meq (1080 mg)	UROCIT-K 10	2	
potassium citrate er oral tablet extended release 15 meq (1620 mg)	UROCIT-K 15	2	
potassium citrate er oral tablet extended release 5 meq (540 mg)	UROCIT-K 5	2	
sodium phenylbutyrate oral powder 3 gm/tsp	BUPHENYL	5	PA
Agentes Hipertrofia Benigna De La Próstata			
alfuzosin hcl er oral tablet extended release 24 hour 10 mg	UROXATRAL	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg	CARDURA	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
doxazosin mesylate oral tablet 8 mg	CARDURA	1	MT; CG
dutasteride oral capsule 0.5 mg	AVODART	2	MT; CG
dutasteride-tamsulosin hcl oral capsule 0.5-0.4 mg	JALYN	2	MT; CG
finasteride oral tablet 5 mg	PROSCAR	2	MT; CG
prazosin hcl oral capsule 1 mg	MINIPRESS	1	MT; CG
prazosin hcl oral capsule 2 mg, 5 mg	MINIPRESS	2	MT; CG
tamsulosin hcl oral capsule 0.4 mg	FLOMAX	1	MT; CG
terazosin hcl oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg		1	MT; CG
Antiespasmódicos, Urinarios			
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25 MG, 50 MG		4	ST; QL (30 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 10 mg	DITROPAN XL	2	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 15 mg		2	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 5 mg	DITROPAN XL	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5ml		1	MT; CG
oxybutynin chloride oral tablet 5 mg		1	MT; CG
tolterodine tartrate er oral capsule extended release 24 hour 2 mg, 4 mg	DETROL LA	2	QL (30 EA per 30 days)
tolterodine tartrate oral tablet 1 mg, 2 mg	DETROL	2	
trospium chloride oral tablet 20 mg		2	CG; QL (60 EA per 30 days)
VESICARE ORAL TABLET 10 MG, 5 MG		4	ST; QL (30 EA per 30 days)
Enlazadores De Fósfato			
calcium acetate (phos binder) oral capsule 667 mg	PHOSLO	2	CG
calcium acetate (phos binder) oral tablet 667 mg	CALPHRON	2	CG; QL (360 EA per 30 days)
lanthanum carbonate oral tablet chewable 1000 mg, 500 mg, 750 mg	FOSRENOL	2	CG
sevelamer carbonate oral packet 0.8 gm	RENVELA	2	QL (540 EA per 30 days)
sevelamer carbonate oral packet 2.4 gm	RENVELA	2	QL (180 EA per 30 days)
sevelamer carbonate oral tablet 800 mg	RENVELA	2	QL (540 EA per 30 days)
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Adrenal)			
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Adrenal)			
ala-cort external cream 1 %		1	
ala-cort external cream 2.5 %		1	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
alclometasone dipropionate external cream 0.05 %		2	
alclometasone dipropionate external ointment 0.05 %		2	
betamethasone dipropionate aug external cream 0.05 %	DIPROLENE AF	2	
betamethasone dipropionate aug external gel 0.05 %		2	
betamethasone dipropionate aug external lotion 0.05 %	DIPROLENE	2	
betamethasone dipropionate aug external ointment 0.05 %	DIPROLENE	2	
betamethasone dipropionate external cream 0.05 %		2	
betamethasone dipropionate external ointment 0.05 %		2	
betamethasone valerate external cream 0.1 %		2	
betamethasone valerate external lotion 0.1 %		2	
betamethasone valerate external ointment 0.1 %		2	
cortisone acetate oral tablet 25 mg		2	
desonide external cream 0.05 %	DESOWEN	2	
desonide external lotion 0.05 %	DESOWEN	2	
desonide external ointment 0.05 %		2	
desoximetasone external cream 0.05 %, 0.25 %	TOPICORT	2	
desoximetasone external gel 0.05 %	TOPICORT	2	
desoximetasone external ointment 0.05 %, 0.25 %	TOPICORT	2	
dexamethasone intensol oral concentrate 1 mg/ml		2	
dexamethasone oral elixir 0.5 mg/5ml	DECADRON	2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 4 mg, 6 mg	DECADRON	2	
dexamethasone oral tablet 1 mg, 1.5 mg, 2 mg		2	
dexamethasone sodium phosphate injection solution 10 mg/ml, 120 mg/30ml		2	
fludrocortisone acetate oral tablet 0.1 mg		2	
fluocinolone acetonide external cream 0.01 %		2	
fluocinolone acetonide external cream 0.025 %	SYNALAR	2	
fluocinolone acetonide external ointment 0.025 %	SYNALAR	2	
fluocinolone acetonide external solution 0.01 %	SYNALAR	2	
fluocinolone acetonide otic oil 0.01 %	DERMOTIC	2	
fluocinolone acetonide scalp external oil 0.01 %	DERMA-SMOOTHE/FS SCALP	2	
fluocinonide emulsified base external cream 0.05 %		2	
fluocinonide external cream 0.1 %	VANOS	2	
fluocinonide external gel 0.05 %		2	
fluocinonide external ointment 0.05 %		2	
fluocinonide external solution 0.05 %		2	
fluticasone propionate external cream 0.05 %		2	
fluticasone propionate external lotion 0.05 %	CUTIVATE	2	
fluticasone propionate external ointment 0.005 %		2	
halobetasol propionate external cream 0.05 %	ULTRAVATE	2	
halobetasol propionate external ointment 0.05 %	ULTRAVATE	2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
hydrocortisone butyrate external cream 0.1 %	LOCOID	1	
hydrocortisone butyrate external ointment 0.1 %		2	
hydrocortisone butyrate external solution 0.1 %	LOCOID	2	
hydrocortisone external cream 1 %		1	
hydrocortisone external cream 2.5 %		1	
hydrocortisone external lotion 2.5 %		2	
hydrocortisone external ointment 1 %		1	
hydrocortisone external ointment 2.5 %		1	
hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	CORTEF	2	
hydrocortisone valerate external cream 0.2 %		2	
hydrocortisone valerate external ointment 0.2 %		2	
methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml, 80 mg/ml	DEPO-MEDROL	2	
methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg	MEDROL	2	
methylprednisolone oral tablet therapy pack 4 mg	MEDROL	2	
methylprednisolone sodium succ injection solution reconstituted 1000 mg	SOLU-MEDROL	2	
methylprednisolone sodium succ injection solution reconstituted 40 mg	SOLU-MEDROL	2	
mometasone furoate external cream 0.1 %	ELOCON	2	
mometasone furoate external ointment 0.1 %	ELOCON	2	
mometasone furoate external solution 0.1 %		2	
prednisolone oral solution 15 mg/5ml		2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
prednisolone sodium phosphate oral solution 10 mg/5ml	MILLIPRED	2	
prednisolone sodium phosphate oral solution 20 mg/5ml	VERIPRED 20	2	
prednisolone sodium phosphate oral solution 25 mg/5ml, 6.7 (5 base) mg/5ml		2	
prednisone intensol oral concentrate 5 mg/ml		2	
prednisone oral solution 5 mg/5ml		2	
prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 50 mg		1	
prednisone oral tablet 20 mg	DELTASONE	1	
procto-pak rectal cream 1 %		4	
proctozone-hc rectal cream 2.5 %		4	
SOLU-CORTEF INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 250 MG		4	
triamcinolone acetonide external cream 0.025 %		2	
triamcinolone acetonide external cream 0.1 %, 0.5 %	TRIDERM	2	
triamcinolone acetonide external lotion 0.025 %, 0.1 %		2	
triamcinolone acetonide external ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %		2	
triderm external cream 0.1 %		2	
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Modificadores/Hormonas Sexuales)			
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Modificadores/Hormonas Sexuales)			
altavera oral tablet 0.15-30 mg-mcg		2	MT; CG
apri oral tablet 0.15-30 mg-mcg		2	MT; CG
aranelle oral tablet 0.5/1/0.5-35 mg-mcg		2	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
aubra oral tablet 0.1-20 mg-mcg		2	MT; CG
aviane oral tablet 0.1-20 mg-mcg		2	MT; CG
balziva oral tablet 0.4-35 mg-mcg		4	
briellyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg	BALZIVA	4	
budesonide oral capsule delayed release particles 3 mg	ENTOCORT EC	5	
cryselle-28 oral tablet 0.3-30 mg-mcg		2	MT; CG
cyclafem 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg		2	MT; CG
cyclafem 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg		2	MT; CG
deblitane oral tablet 0.35 mg	CAMILA	2	MT; CG
delyla oral tablet 0.1-20 mg-mcg		2	MT; CG
desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)	AZURETTE	2	MT; CG
desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-30 mg-mcg		2	MT; CG
drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.03 mg	OCELLA	2	MT; CG
emoquette oral tablet 0.15-30 mg-mcg		2	MT; CG
enpresse-28 oral tablet		2	MT; CG
ENSKYCE ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG		2	MT; CG
estradiol valerate intramuscular oil 40 mg/ml	DELESTROGEN	2	
ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg	KELNOR 1/35	2	MT; CG
falmina oral tablet 0.1-20 mg-mcg		2	MT; CG
fyavolv oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg		2	PA
fyavolv oral tablet 1-5 mg-mcg		2	PA
gianvi oral tablet 3-0.02 mg		2	MT; CG
INCASSIA ORAL TABLET 0.35 MG		2	CG
introvale oral tablet 0.15-0.03 mg		4	
isibloom oral tablet 0.15-30 mg-mcg		2	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
junel 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg		2	MT; CG
junel 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg		2	MT; CG
junel fe 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg		2	MT; CG
junel fe 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg		2	MT; CG
kariva oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)		2	CG
kelnor 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg		2	MT; CG
kelnor 1/50 oral tablet 1-50 mg-mcg		2	MT; CG
kurvelo oral tablet 0.15-30 mg-mcg		2	MT; CG
larin 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg		2	MT; CG
larin 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg		2	MT; CG
larin fe 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg		2	MT; CG
larin fe 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg		2	MT; CG
leena oral tablet 0.5/1/0.5-35 mg-mcg		2	MT; CG
lessina oral tablet 0.1-20 mg-mcg		2	MT; CG
levonest oral tablet		2	MT; CG
levonorgest-eth estrad 91-day oral tablet 0.15-0.03 mg		2	
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.15-30 mg-mcg		2	MT; CG
levora 0.15/30 (28) oral tablet 0.15-30 mg-mcg		2	MT; CG
loryna oral tablet 3-0.02 mg		2	CG
low-ogestrel oral tablet 0.3-30 mg-mcg		2	MT; CG
lutera oral tablet 0.1-20 mg-mcg		2	MT; CG
marlissa oral tablet 0.15-30 mg-mcg		2	MT; CG
microgestin 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg		2	MT; CG
microgestin 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg		2	MT; CG
microgestin fe 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg		2	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
microgestin fe 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg		2	MT; CG
mononessa oral tablet 0.25-35 mg-mcg		2	MT; CG
necon 0.5/35 (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg		4	
necon 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg		2	MT; CG
nikki oral tablet 3-0.02 mg		2	CG
nora-be oral tablet 0.35 mg		2	MT; CG
norlyroc oral tablet 0.35 mg		2	MT; CG
nortrel 0.5/35 (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg		4	
nortrel 1/35 (21) oral tablet 1-35 mg-mcg		2	MT; CG
nortrel 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg		2	MT; CG
nortrel 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg		2	MT; CG
NUVARING VAGINAL RING 0.12-0.015 MG/24HR		4	
ocella oral tablet 3-0.03 mg		2	MT; CG
orsythia oral tablet 0.1-20 mg-mcg		2	MT; CG
pimtrea oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)		2	CG
pirmella 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg		2	MT; CG
portia-28 oral tablet 0.15-30 mg-mcg		2	MT; CG
PREMPRO ORAL TABLET 0.3-1.5 MG, 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG		3	PA
previfem oral tablet 0.25-35 mg-mcg		2	MT; CG
quasense oral tablet 0.15-0.03 mg		4	
reclipsen oral tablet 0.15-30 mg-mcg		2	MT; CG
sharobel oral tablet 0.35 mg		2	MT; CG
sprintec 28 oral tablet 0.25-35 mg-mcg		2	MT; CG
sronyx oral tablet 0.1-20 mg-mcg		2	MT; CG
tarina fe 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg		2	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
tri-legest fe oral tablet 1-20/1-30/1-35 mg-mcg		4	
trinessa (28) oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg		2	MT; CG
tri-previfem oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg		2	MT; CG
tri-sprintec oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg		2	MT; CG
trivora (28) oral tablet		2	MT; CG
velivet oral tablet 0.1/0.125/0.15 -0.025 mg		4	
vyfemla oral tablet 0.4-35 mg-mcg		4	
zenchent oral tablet 0.4-35 mg-mcg		4	
zovia 1/35e (28) oral tablet 1-35 mg-mcg		2	MT; CG
Agentes Modificadores Del Receptor Selectivo De Estrógeno			
raloxifene hcl oral tablet 60 mg	EVISTA	2	MT; CG
Andrógenos			
ANDRODERM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 2 MG/24HR, 4 MG/24HR		4	PA; QL (30 EA per 30 days)
danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg		2	
testosterone cypionate intramuscular solution 100 mg/ml, 200 mg/ml	DEPO-TESTOSTERONE	2	
testosterone enanthate intramuscular solution 200 mg/ml		2	
testosterone transdermal gel 12.5 mg/act (1%)	VOGELXO PUMP	2	PA; MT; QL (300 GM per 30 days)
testosterone transdermal gel 25 mg/2.5gm (1%), 50 mg/5gm (1%)	ANDROGEL	2	PA; MT; QL (300 GM per 30 days)
Esteroides Aanabólicos			
ANADROL-50 ORAL TABLET 50 MG		5	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
oxandrolone oral tablet 10 mg	OXANDRIN	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
oxandrolone oral tablet 2.5 mg		2	PA; QL (60 EA per 30 days)
Estrógenos			
estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	ESTRACE	2	PA
estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24hr, 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr, 0.06 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr	CLIMARA	2	PA
estradiol vaginal cream 0.1 mg/gm	ESTRACE	2	
estradiol vaginal tablet 10 mcg	VAGIFEM	2	
estradiol valerate intramuscular oil 20 mg/ml	DELESTROGEN	2	
estropipate oral tablet 0.75 mg		1	PA
marlissa oral tablet 0.15-30 mg-mcg		2	MT; CG
menest oral tablet 0.3 mg, 0.625 mg, 1.25 mg		2	PA
PREMARIN INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 25 MG		3	
PREMARIN ORAL TABLET 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG		3	PA
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GM		3	
Progestina			
camila oral tablet 0.35 mg		2	MT; CG
DEPO-PROVERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 400 MG/ML		4	PA
errin oral tablet 0.35 mg		2	MT; CG
jolivette oral tablet 0.35 mg		2	MT; CG
lyza oral tablet 0.35 mg		2	MT; CG
marlissa oral tablet 0.15-30 mg-mcg		2	MT; CG
medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension 150 mg/ml	DEPO-PROVERA	2	QL (1 ML per 90 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension prefilled syringe 150 mg/ml	DEPO-PROVERA	2	QL (1 ML per 90 days)
medroxyprogesterone acetate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	PROVERA	1	MT; CG
megestrol acetate oral suspension 40 mg/ml		2	PA
megestrol acetate oral suspension 625 mg/5ml	MEGACE ES	2	PA; MT
megestrol acetate oral tablet 20 mg, 40 mg		2	PA
norethindrone acetate oral tablet 5 mg	AYGESTIN	2	MT; CG
norethindrone oral tablet 0.35 mg		2	MT; CG
progesterone micronized oral capsule 100 mg	PROMETRIUM	2	MT; CG
progesterone micronized oral capsule 200 mg	PROMETRIUM	1	MT; CG
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Pituitaria)			
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Pituitaria)			
desmopressin ace spray refrig nasal solution 0.01 %		2	
desmopressin acetate injection solution 4 mcg/ml	DDAVP	2	PA
desmopressin acetate oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg	DDAVP	2	MT; CG
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/4ML		5	PA; LA
NORDITROPIN FLEXPRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/1.5ML, 15 MG/1.5ML, 5 MG/1.5ML		5	PA
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Prostaglandinas)			

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Prostaglandinas)			
misoprostol oral tablet 200 mcg	CYTOTEC	2	CG
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Tiroides)			
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Tiroides)			
levo-t oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg		1	MT; CG
levothyroxine sodium oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg		1	MT; CG
levoxyl oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg		2	MT; CG
liothyronine sodium oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg	CYTOMEL	2	MT; CG
SYNTHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG		3	MT
unithroid oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg		2	MT; CG
Agentes Hormonales, Supresores (Adrenal)			
Agentes Hormonales, Supresores (Adrenal)			
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG		3	
Agentes Hormonales, Supresores (Pituitaria)			

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
Agentes Hormonales, Supresores (Pituitaria)			
bromocriptine mesylate oral capsule 5 mg	PARLODEL	2	MT; CG
bromocriptine mesylate oral tablet 2.5 mg	PARLODEL	2	MT; CG
cabergoline oral tablet 0.5 mg		2	QL (20 EA per 30 days)
leuprolide acetate injection kit 1 mg/0.2ml		2	PA
LUPANETA PACK COMBINATION KIT 11.25 & 5 MG		5	PA; QL (1 EA per 84 days)
LUPANETA PACK COMBINATION KIT 3.75 & 5 MG		5	PA; QL (1 EA per 28 days)
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
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 15 MG		5	PA
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 30 MG (PED)		5	PA
octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 50 mcg/ml	SANDOSTATIN	2	PA
octreotide acetate injection solution 1000 mcg/ml		5	PA
octreotide acetate injection solution 200 mcg/ml		2	PA
octreotide acetate injection solution 500 mcg/ml	SANDOSTATIN	5	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
SANDOSTATIN LAR DEPOT INTRAMUSCULAR KIT 10 MG, 20 MG, 30 MG		5	PA
SIGNIFOR LAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 20 MG, 40 MG, 60 MG		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; LA
SYNAREL NASAL SOLUTION 2 MG/ML		5	PA
TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 11.25 MG, 22.5 MG, 3.75 MG		5	PA
Agentes Hormonales, Supresores (Tiroides)			
Agentes Antitiroides			
methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg	TAPAZOLE	2	MT; CG
propylthiouracil oral tablet 50 mg		2	MT; CG
Agentes Ofálmicos			
Agentes Ofálmicos Para Alergia			
azelastine hcl ophthalmic solution 0.05 %		2	
BEPREVE OPHTHALMIC SOLUTION 1.5 %		3	
cromolyn sodium ophthalmic solution 4 %		1	
LASTACAFT OPHTHALMIC SOLUTION 0.25 %		4	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
olopatadine hcl ophthalmic solution 0.2 %	PATADAY	2	
PAZEO OPHTHALMIC SOLUTION 0.7 %		3	
Agentes Ofálmicos Para Glaucoma			
acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg		2	MT; CG
ALPHAGAN P OPHTHALMIC SOLUTION 0.1 %		3	MT
AZOPT OPHTHALMIC SUSPENSION 1 %		3	MT
betaxolol hcl ophthalmic solution 0.5 %		2	MT; CG
BETOPTIC-S OPHTHALMIC SUSPENSION 0.25 %		3	MT
bimatoprost ophthalmic solution 0.03 %		2	MT; CG; QL (5 ML per 30 days)
brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.15 %	ALPHAGAN P	2	MT
brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.2 %		2	MT; CG
carteolol hcl ophthalmic solution 1 %		2	MT; CG
COMBIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.2-0.5 %		3	MT
dorzolamide hcl ophthalmic solution 2 %	TRUSOPT	2	MT; CG
dorzolamide hcl-timolol mal ophthalmic solution 22.3-6.8 mg/ml	COSOPT	2	MT; CG
levobunolol hcl ophthalmic solution 0.5 %	BETAGAN	2	MT; CG
methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg		2	MT; CG
metipranolol ophthalmic solution 0.3 %		2	MT; CG
PHOSPHOLINE IODIDE OPHTHALMIC SOLUTION RECONSTITUTED 0.125 %		4	MT
pilocarpine hcl ophthalmic solution 1 %, 2 %, 4 %	ISOPTO CARPINE	2	MT
SIMBRINZA OPHTHALMIC SUSPENSION 1-0.2 %		3	MT

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
timolol maleate ophthalmic gel forming solution 0.25 %, 0.5 %	TIMOPTIC-XE	2	CG
timolol maleate ophthalmic solution 0.25 %, 0.5 %	TIMOPTIC	1	MT; CG
Agentes Ofálmicos Para La Inflamación			
ALREX OPHTHALMIC SUSPENSION 0.2 %		3	
dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution 0.1 %		2	
diclofenac sodium ophthalmic solution 0.1 %		2	
DUREZOL OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %		3	
fluorometholone ophthalmic suspension 0.1 %	FML LIQUIFILM	2	
flurbiprofen sodium ophthalmic solution 0.03 %		2	
FML OPHTHALMIC OINTMENT 0.1 %		3	
ILEVRO OPHTHALMIC SUSPENSION 0.3 %		3	
ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.4 %	ACULAR LS	2	
ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.5 %	ACULAR	2	
LOTEMAX OPHTHALMIC GEL 0.5 %		3	
LOTEMAX OPHTHALMIC SUSPENSION 0.5 %		3	
MAXIDEX OPHTHALMIC SUSPENSION 0.1 %		3	
NEVANAC OPHTHALMIC SUSPENSION 0.1 %		3	
prednisolone acetate ophthalmic suspension 1 %	OMNIPRED	2	
prednisolone sodium phosphate ophthalmic solution 1 %		2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
Agentes Ofálmicos, Otros			
atropine sulfate ophthalmic solution 1 %	ISOPTO ATROPINE	1	CG
CYSTARAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.44 %		5	QL (60 ML per 30 days)
proparacaine hcl ophthalmic solution 0.5 %	ALCAINE	2	
RESTASIS OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %		3	PA; MT; QL (60 EA per 30 days)
sulfacetamide sodium ophthalmic ointment 10 %		2	
Agentes Ofálmicos			
bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment 500-10000 unit/gm	POLYCIN	2	
bacitra-neomycin-polymyxin-hc ophthalmic ointment 1 %	NEO-POLYCIN HC	2	
blephamide s.o.p. ophthalmic ointment 10-0.2 %		4	
neomycin-bacitracin zn-polymyx ophthalmic ointment 5-400-10000	NEO-POLYCIN	2	
neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic ointment 3.5-10000-0.1	MAXITROL	2	
neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic suspension 3.5-10000-0.1	MAXITROL	2	
neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic solution 1.75-10000-.025	NEOSPORIN	2	
neomycin-polymyxin-hc ophthalmic suspension 3.5-10000-1		2	
polymyxin b-trimethoprim ophthalmic solution 10000-0.1 unit/ml-%	POLYTRIM	2	
sulfacetamide sodium ophthalmic ointment 10 %		2	
sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution 10-0.23 %		2	
tobramycin-dexamethasone ophthalmic suspension 0.3-0.1 %	TOBRADEX	2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
Prostaglandinas Oftálmicas Y Análogos De Prostamida			
bimatoprost ophthalmic solution 0.03 %		2	MT; CG; QL (5 ML per 30 days)
latanoprost ophthalmic solution 0.005 %	XALATAN	1	MT; CG; QL (2.5 ML per 25 days)
LUMIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.01 %		3	MT; QL (2.5 ML per 25 days)
TRAVATAN Z OPHTHALMIC SOLUTION 0.004 %		3	MT; QL (2.5 ML per 25 days)
Agentes Orales Y Dentales			
Agentes Orales Y Dentales			
cevimeline hcl oral capsule 30 mg	EVOXAC	2	
chlorhexidine gluconate mouth/throat solution 0.12 %	PAROEX	1	
doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg	MORGIDOX	2	
doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg		2	
doxycycline hyclate oral tablet 75 mg	ACTICLATE	2	
doxycycline monohydrate oral tablet 150 mg, 50 mg, 75 mg		2	
minocycline hcl oral capsule 100 mg, 50 mg	MINOCIN	2	
minocycline hcl oral capsule 75 mg		2	
periogard mouth/throat solution 0.12 %	PAROEX	1	
pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg	SALAGEN	2	
triamcinolone acetonide mouth/throat paste 0.1 %	ORALONE	2	
Agentes Oticos			
Agentes Oticos			
CIPRODEX OTIC SUSPENSION 0.3-0.1 %		3	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
hydrocortisone-acetic acid otic solution 1-2 %	ACETASOL HC	2	
neomycin-polymyxin-hc otic solution 1 %		2	
neomycin-polymyxin-hc otic suspension 3.5-10000-1		2	
Agentes Para El Desórden Del Sueño			
Agentes Para El Desórden Del Sueño, Otros			
armodafinil oral tablet 150 mg	NUVIGIL	2	PA; QL (60 EA per 30 days)
armodafinil oral tablet 200 mg, 250 mg	NUVIGIL	2	PA; QL (30 EA per 30 days)
armodafinil oral tablet 50 mg	NUVIGIL	2	PA; QL (150 EA per 30 days)
doxepin hcl oral capsule 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg		2	PA; CG
doxepin hcl oral concentrate 10 mg/ml		2	PA; CG
HETLIOZ ORAL CAPSULE 20 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
modafinil oral tablet 100 mg, 200 mg	PROVIGIL	2	PA; CG; QL (30 EA per 30 days)
ROZEREM ORAL TABLET 8 MG		3	QL (30 EA per 30 days)
XYREM ORAL SOLUTION 500 MG/ML		5	PA; LA; QL (540 ML per 30 days)
Moduladores Del Receptor De Gaba			
temazepam oral capsule 15 mg, 7.5 mg	RESTORIL	2	CG; QL (30 EA per 30 days)
temazepam oral capsule 22.5 mg, 30 mg	RESTORIL	1	CG; QL (30 EA per 30 days)
zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg	SONATA	2	PA; QL (30 EA per 30 days)
zolpidem tartrate er oral tablet extended release 12.5 mg, 6.25 mg	AMBIEN CR	4	PA; QL (30 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
zolpidem tartrate oral tablet 10 mg, 5 mg	AMBIEN	2	PA; QL (30 EA per 30 days)
Agentes Para El Tratamiento De La Espasticidad			
Agentes Para El Tratamiento De La Espasticidad			
baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg		2	
BOTOX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 100 UNIT, 200 UNIT		4	PA
dantrolene sodium oral capsule 100 mg		2	
dantrolene sodium oral capsule 25 mg, 50 mg	DANTRIUM	2	
tizanidine hcl oral tablet 2 mg		2	
tizanidine hcl oral tablet 4 mg	ZANAFLEX	2	
Agentes Para El Tratamiento De La Migraña			
Agonistas Del Receptor De Serotonina (5-Ht) 1B/1D			
eletriptan hydrobromide oral tablet 20 mg, 40 mg	RELPAX	2	QL (9 EA per 30 days)
naratriptan hcl oral tablet 1 mg, 2.5 mg	AMERGE	2	QL (12 EA per 28 days)
rizatriptan benzoate oral tablet 10 mg	MAXALT	2	QL (18 EA per 28 days)
rizatriptan benzoate oral tablet 5 mg		2	QL (18 EA per 28 days)
rizatriptan benzoate oral tablet dispersible 10 mg, 5 mg	MAXALT-MLT	2	QL (18 EA per 28 days)
sumatriptan nasal solution 20 mg/act	IMITREX	2	QL (12 EA per 28 days)
sumatriptan nasal solution 5 mg/act	IMITREX	2	QL (24 EA per 28 days)
sumatriptan succinate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	IMITREX	2	QL (9 EA per 28 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge 4 mg/0.5ml	IMITREX STATDOSE REFILL	2	QL (9 ML per 28 days)
sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge 6 mg/0.5ml	IMITREX STATDOSE REFILL	2	QL (6 ML per 28 days)
sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5ml	IMITREX	2	QL (6 ML per 28 days)
sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 4 mg/0.5ml, 6 mg/0.5ml	IMITREX STATDOSE SYSTEM	2	QL (6 ML per 28 days)
zolmitriptan oral tablet 2.5 mg, 5 mg	ZOMIG	2	QL (12 EA per 28 days)
zolmitriptan oral tablet dispersible 2.5 mg, 5 mg	ZOMIG ZMT	2	QL (12 EA per 28 days)
Alcaloides De Ergotamina			
dihydroergotamine mesylate injection solution 1 mg/ml	D.H.E. 45	5	
dihydroergotamine mesylate nasal solution 4 mg/ml	MIGRANAL	2	
migergot rectal suppository 2-100 mg		5	
Profilácticos			
BOTOX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 100 UNIT, 200 UNIT		4	PA
divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 500 mg	DEPAKOTE ER	2	MT; CG
divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle 125 mg	DEPAKOTE SPRINKLES	2	MT; CG
divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg, 500 mg	DEPAKOTE	2	MT; CG
timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg		2	MT; CG
topiramate oral capsule sprinkle 15 mg, 25 mg	TOPAMAX SPRINKLE	2	MT; CG
topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	TOPAMAX	2	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
valproate sodium oral solution 250 mg/5ml	DEPAKENE	2	MT; CG
valproic acid oral capsule 250 mg	DEPAKENE	2	MT; CG
Agentes Para El Tratamiento De Parkinson			
Agentes Para El Tratamiento De Parkinson, Otros			
amantadine hcl oral capsule 100 mg		2	CG
amantadine hcl oral syrup 50 mg/5ml		2	MT; CG
amantadine hcl oral tablet 100 mg		2	CG
entacapone oral tablet 200 mg	COMTAN	2	CG
Agentes Para El Tratamiento De Parkinson			
carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 12.5-50-200 mg	STALEVO 50	2	MT; CG
carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 18.75-75-200 mg	STALEVO 75	2	MT; CG
carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 25-100-200 mg	STALEVO 100	2	MT; CG
carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 31.25-125-200 mg	STALEVO 125	2	MT; CG
carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 37.5-150-200 mg	STALEVO 150	2	MT; CG
carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 50-200-200 mg	STALEVO 200	2	MT; CG
Antagonistas De Dopamina			
APOKYN SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 30 MG/3ML		5	LA
bromocriptine mesylate oral capsule 5 mg	PARLODEL	2	MT; CG
bromocriptine mesylate oral tablet 2.5 mg	PARLODEL	2	MT; CG
NEUPRO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 1 MG/24HR, 2 MG/24HR, 3 MG/24HR, 4 MG/24HR, 6 MG/24HR, 8 MG/24HR		4	QL (30 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
pramipexole dihydrochloride er oral tablet extended release 24 hour 0.375 mg, 0.75 mg, 1.5 mg, 2.25 mg, 3 mg, 3.75 mg, 4.5 mg	MIRAPEX ER	2	MT; CG
pramipexole dihydrochloride oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg	MIRAPEX	2	MT; CG
ropinirole hcl er oral tablet extended release 24 hour 12 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg	REQUIP XL	2	MT; CG
ropinirole hcl oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg	REQUIP	2	MT; CG
Anticolinérgicos			
benztropine mesylate injection solution 1 mg/ml	COGENTIN	2	PA
benztropine mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg		2	PA; CG
diphenhydramine hcl injection solution 50 mg/ml		2	
trihexyphenidyl hcl oral elixir 0.4 mg/ml		2	PA; CG
trihexyphenidyl hcl oral tablet 2 mg, 5 mg		2	PA; CG
Inhibidores De Monoamino Oxidasa B (Mao-B)			
rasagiline mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg	AZILECT	2	MT; CG
selegiline hcl oral capsule 5 mg	ELDEPRYL	2	MT; CG
selegiline hcl oral tablet 5 mg		2	MT; CG
Precursores De Dopamina /Inhibidores De Decarboxilasa E L-Amino Acido			
carbidopa-levodopa er oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg	SINEMET CR	2	MT; CG
carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg	SINEMET	2	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
carbidopa-levodopa oral tablet dispersible 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg		2	MT; CG
Agentes Para La Enfermedad Inflamatoria Intestinal			
Aminosalicilatos			
APRISO ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.375 GM		4	MT
balsalazide disodium oral capsule 750 mg	COLAZAL	2	
CANASA RECTAL SUPPOSITORY 1000 MG		5	
DELZICOL ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 400 MG		4	
DIPENTUM ORAL CAPSULE 250 MG		5	
mesalamine oral tablet delayed release 1.2 gm	LIALDA	2	
mesalamine oral tablet delayed release 800 mg	ASACOL HD	2	
mesalamine rectal enema 4 gm		2	
Glucocorticoides			
budesonide oral capsule delayed release particles 3 mg	ENTOCORT EC	5	
colocort rectal enema 100 mg/60ml		2	
cortisone acetate oral tablet 25 mg		2	
dexamethasone intensol oral concentrate 1 mg/ml		2	
dexamethasone oral elixir 0.5 mg/5ml	DECADRON	2	
dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 4 mg, 6 mg	DECADRON	2	
dexamethasone oral tablet 1 mg, 1.5 mg, 2 mg		2	
hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	CORTEF	2	
hydrocortisone rectal enema 100 mg/60ml	COLOCORT	2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml, 80 mg/ml	DEPO-MEDROL	2	
methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg	MEDROL	2	
methylprednisolone oral tablet therapy pack 4 mg	MEDROL	2	
methylprednisolone sodium succ injection solution reconstituted 1000 mg	SOLU-MEDROL	2	
prednisolone acetate ophthalmic suspension 1 %	OMNIPRED	2	
prednisolone oral solution 15 mg/5ml		2	
prednisolone sodium phosphate oral solution 6.7 (5 base) mg/5ml		2	
prednisone intensol oral concentrate 5 mg/ml		2	
prednisone oral solution 5 mg/5ml		2	
prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 50 mg		1	
prednisone oral tablet 20 mg	DELTASONE	1	
proctosol hc rectal cream 2.5 %		2	
SOLU-CORTEF INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 250 MG		4	
Sulfonamidas			
sulfasalazine oral tablet 500 mg	AZULFIDINE	2	MT
sulfasalazine oral tablet delayed release 500 mg	AZULFIDINE EN-TABS	2	MT
Agentes Parala Enfermedad Metabólica Del Hueso			
Agentes Parala Enfermedad Metabólica Del Hueso			
alendronate sodium oral tablet 10 mg, 5 mg		1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
alendronate sodium oral tablet 35 mg		1	MT; CG; QL (4 EA per 28 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
alendronate sodium oral tablet 40 mg		1	CG; QL (30 EA per 30 days)
alendronate sodium oral tablet 70 mg	FOSAMAX	1	MT; CG; QL (4 EA per 28 days)
calcitonin (salmon) nasal solution 200 unit/act	MIACALCIN	2	MT; CG
calcitriol intravenous solution 1 mcg/ml		2	
calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg	ROCALTROL	2	MT; CG
calcitriol oral solution 1 mcg/ml	ROCALTROL	2	PA; MT; CG
etidronate disodium oral tablet 200 mg, 400 mg		2	
FORTEO SUBCUTANEOUS SOLUTION 600 MCG/2.4ML		5	PA; QL (2.4 ML per 28 days)
ibandronate sodium oral tablet 150 mg	BONIVA	2	MT; CG; QL (1 EA per 28 days)
MIACALCIN INJECTION SOLUTION 200 UNIT/ML		5	
NATPARA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG		5	PA; LA; QL (2 EA per 28 days)
pamidronate disodium intravenous solution 30 mg/10ml, 6 mg/ml, 90 mg/10ml		2	PA
paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg	ZEMPLAR	2	PA; MT; CG
paricalcitol oral capsule 4 mcg		2	PA; MT; CG
PROLIA SUBCUTANEOUS SOLUTION 60 MG/ML		4	PA; QL (1 ML per 180 days)
risedronate sodium oral tablet 150 mg	ACTONEL	2	MT; CG; QL (1 EA per 28 days)
risedronate sodium oral tablet 35 mg	ACTONEL	2	MT; CG; QL (4 EA per 28 days)
risedronate sodium oral tablet delayed release 35 mg	ATELVIA	2	MT; CG; QL (4 EA per 28 days)
SENSIPAR ORAL TABLET 30 MG, 60 MG		5	PA; QL (60 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
SENSIPAR ORAL TABLET 90 MG		5	PA; QL (120 EA per 30 days)
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7ML		5	PA; QL (1.7 ML per 28 days)
zoledronic acid intravenous concentrate 4 mg/5ml	ZOMETA	2	PA
zoledronic acid intravenous solution 5 mg/100ml	RECLAST	2	PA
Agentes Pulmonares/ Tracto Respiratorio			
Agentes Del Tracto Respiratorios, Otros			
acetylcysteine inhalation solution 10 %, 20 %		2	PA
ANORO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5-25 MCG/INH		4	PA; QL (60 EA per 30 days)
INCRUSE ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5 MCG/INH		4	PA; QL (30 EA per 30 days)
LUMIZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 50 MG		5	PA; LA
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG		5	PA; LA
STIOLTO RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 2.5-2.5 MCG/ACT		3	PA; QL (4 GM per 30 days)
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 50 UNIT/ML 1 ML		3	
ZEMAIRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG		5	PA; LA
Agentes Para Fibrosis Cística			
CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED 75 MG		5	PA; LA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
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 TABLET 100-125 MG, 200-125 MG		5	PA; QL (120 EA per 30 days)
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML		5	PA
Agentes Pulmonares/ Tracto Respiratorio			
ADVAIR DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-50 MCG/DOSE, 500-50 MCG/DOSE		4	PA; QL (60 EA per 30 days)
ADVAIR DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 250-50 MCG/DOSE		4	QL (60 EA per 30 days)
ADVAIR HFA INHALATION AEROSOL 115-21 MCG/ACT, 230-21 MCG/ACT, 45-21 MCG/ACT		4	PA; QL (12 GM per 30 days)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 20-100 MCG/ACT		3	QL (8 GM per 30 days)
ESBRIET ORAL CAPSULE 267 MG		5	PA; QL (270 EA per 30 days)
ESBRIET ORAL TABLET 267 MG		5	PA; QL (270 EA per 30 days)
ESBRIET ORAL TABLET 801 MG		5	PA; QL (90 EA per 30 days)
ipratropium-albuterol inhalation solution 0.5-2.5 (3) mg/3ml		2	PA; CG
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)
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML		5	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
SYMBICORT INHALATION AEROSOL 160-4.5 MCG/ACT, 80-4.5 MCG/ACT		3	QL (10.2 GM per 30 days)
TRELEGY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-62.5-25 MCG/INH		4	PA; QL (60 EA per 30 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG		5	PA; LA; 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; LA; QL (90 EA per 30 days)
LETAIRIS ORAL TABLET 10 MG, 5 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
REMODULIN INJECTION SOLUTION 1 MG/ML, 10 MG/ML, 2.5 MG/ML, 5 MG/ML		5	PA; LA
REVATIO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 10 MG/ML		5	PA
sildenafil citrate oral tablet 20 mg	REVATIO	2	PA; MT; CG; QL (90 EA per 30 days)
VENTAVIS INHALATION SOLUTION 10 MCG/ML, 20 MCG/ML		5	PA; LA; QL (270 ML per 30 days)
Antihistaminas			
azelastine hcl nasal solution 0.1 %		2	QL (30 ML per 25 days)
azelastine hcl nasal solution 0.15 %	ASTEPRO	2	QL (60 ML per 30 days)
cetirizine hcl oral solution 1 mg/ml		2	
cyproheptadine hcl oral syrup 2 mg/5ml		2	
cyproheptadine hcl oral tablet 4 mg		2	
desloratadine oral tablet 5 mg	CLARINEX	2	QL (30 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
diphenhydramine hcl injection solution 50 mg/ml		2	
levocetirizine dihydrochloride oral solution 2.5 mg/5ml	XYZAL ALLERGY 24HR CHILDRENS	2	
levocetirizine dihydrochloride oral tablet 5 mg	XYZAL ALLERGY 24HR	2	QL (30 EA per 30 days)
olopatadine hcl nasal solution 0.6 %	PATANASE	2	
promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg		2	PA
Antiinflamatorios, Corticoesteroides Inhalados			
ADVAIR DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-50 MCG/DOSE, 500-50 MCG/DOSE		4	PA; QL (60 EA per 30 days)
ADVAIR DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 250-50 MCG/DOSE		4	QL (60 EA per 30 days)
ADVAIR HFA INHALATION AEROSOL 115-21 MCG/ACT, 230-21 MCG/ACT, 45-21 MCG/ACT		4	PA; QL (12 GM per 30 days)
ARNUITY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT, 50 MCG/ACT		4	PA; QL (30 EA per 30 days)
budesonide inhalation suspension 0.25 mg/2ml, 0.5 mg/2ml, 1 mg/2ml	PULMICORT	2	PA
FLOVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/BLIST, 50 MCG/BLIST		3	QL (60 EA per 30 days)
FLOVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 250 MCG/BLIST		3	QL (240 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
FLOVENT HFA INHALATION AEROSOL 110 MCG/ACT, 220 MCG/ACT		3	QL (24 GM per 30 days)
FLOVENT HFA INHALATION AEROSOL 44 MCG/ACT		3	QL (21.2 GM per 30 days)
flunisolide nasal solution 25 mcg/act (0.025%)		2	QL (50 ML per 25 days)
fluticasone propionate external lotion 0.05 %	CUTIVATE	2	
fluticasone propionate nasal suspension 50 mcg/act	CLARISPRAY	2	QL (16 GM per 30 days)
PULMICORT FLEXHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 180 MCG/ACT, 90 MCG/ACT		3	QL (2 EA per 30 days)
Antileucotrienos			
montelukast sodium oral packet 4 mg	SINGULAIR	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
montelukast sodium oral tablet 10 mg	SINGULAIR	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
montelukast sodium oral tablet chewable 4 mg, 5 mg	SINGULAIR	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
zafirlukast oral tablet 10 mg	ACCOLATE	2	MT
zafirlukast oral tablet 20 mg	ACCOLATE	2	
Broncodilatadores, Anticolinérgicos			
ATROVENT HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION 17 MCG/ACT		3	QL (25.8 GM per 30 days)
INCRUSE ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5 MCG/INH		4	PA; QL (30 EA per 30 days)
ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %		2	PA; MT; CG
ipratropium bromide nasal solution 0.03 %		2	QL (30 ML per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
ipratropium bromide nasal solution 0.06 %		2	QL (15 ML per 30 days)
SPIRIVA HANDIHALER INHALATION CAPSULE 18 MCG		3	QL (30 EA per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 1.25 MCG/ACT, 2.5 MCG/ACT		3	QL (4 GM per 30 days)
Broncodilatadores, Simpatomiméticos			
ADVAIR DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-50 MCG/DOSE, 500-50 MCG/DOSE		4	PA; QL (60 EA per 30 days)
ADVAIR DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 250-50 MCG/DOSE		4	QL (60 EA per 30 days)
ADVAIR HFA INHALATION AEROSOL 115-21 MCG/ACT, 230-21 MCG/ACT, 45-21 MCG/ACT		4	PA; QL (12 GM per 30 days)
albuterol sulfate er oral tablet extended release 12 hour 4 mg, 8 mg		2	CG
albuterol sulfate inhalation nebulization solution (2.5 mg/3ml) 0.083%, (5 mg/ml) 0.5%, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml		2	PA; CG
albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5ml		2	CG
albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg		2	CG
BREO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-25 MCG/INH, 200-25 MCG/INH		4	QL (60 EA per 30 days)
epinephrine injection solution 0.3 mg/0.3ml		3	QL (6 EA per 30 days)
epinephrine injection solution auto-injector 0.15 mg/0.15ml	AUVI-Q	3	QL (6 EA per 30 days)
epinephrine injection solution auto-injector 0.15 mg/0.3ml	EPIPEN JR 2-PAK	2	QL (6 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
epinephrine injection solution auto-injector 0.3 mg/0.3ml	AUVI-Q	2	QL (6 EA per 30 days)
fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 113-14 mcg/act	AIRDUO RESPICLICK 113/14	2	MT; QL (1 EA per 30 days)
fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 232-14 mcg/act	AIRDUO RESPICLICK 232/14	2	MT; QL (1 EA per 30 days)
fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 55-14 mcg/act	AIRDUO RESPICLICK 55/14	2	MT; QL (1 EA per 30 days)
levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 0.31 mg/3ml, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml	XOPENEX	2	PA; CG
levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 1.25 mg/0.5ml	XOPENEX CONCENTRATE	2	PA; CG
levalbuterol tartrate inhalation aerosol 45 mcg/act	XOPENEX HFA	2	CG; QL (30 GM per 30 days)
PERFOROMIST INHALATION NEBULIZATION SOLUTION 20 MCG/2ML		3	PA
SEREVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50 MCG/DOSE		3	PA; QL (60 EA per 30 days)
terbutaline sulfate injection solution 1 mg/ml		5	
terbutaline sulfate oral tablet 2.5 mg, 5 mg		2	CG
VENTOLIN HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION 108 (90 BASE) MCG/ACT		3	QL (36 GM per 30 days)
Estabilizadores De Mastocitos			
cromolyn sodium inhalation nebulization solution 20 mg/2ml		2	PA; MT; CG
cromolyn sodium oral concentrate 100 mg/5ml	GASTROCROM	5	
Inhibidores De Fósfodiesterasa, Enfermedad De Las Vías Respiratorias			

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
aminophylline intravenous solution 25 mg/ml		2	
DALIRESP ORAL TABLET 250 MCG, 500 MCG		4	
theo-24 oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg		2	MT
theophylline er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg	THEOCHRON	2	MT
theophylline er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 600 mg		2	MT
theophylline oral solution 80 mg/15ml		2	MT
Analgésicos			
Analgésicos Opioides, Corta Duración			
butorphanol tartrate injection solution 1 mg/ml, 2 mg/ml		2	
fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1200 mcg, 1600 mcg, 200 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg	ACTIQ	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr	DURAGESIC-100	2	PA; QL (10 EA per 30 days)
fentanyl transdermal patch 72 hour 12 mcg/hr	DURAGESIC-12	2	PA; QL (10 EA per 30 days)
fentanyl transdermal patch 72 hour 25 mcg/hr	DURAGESIC-25	2	PA; QL (10 EA per 30 days)
fentanyl transdermal patch 72 hour 50 mcg/hr	DURAGESIC-50	2	PA; QL (10 EA per 30 days)
fentanyl transdermal patch 72 hour 75 mcg/hr	DURAGESIC-75	2	PA; QL (10 EA per 30 days)
FENTORA BUCCAL TABLET 100 MCG, 200 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG		5	PA; QL (120 EA per 30 days)
hydromorphone hcl oral liquid 1 mg/ml	DILAUDID	2	
hydromorphone hcl oral tablet 2 mg, 4 mg	DILAUDID	2	QL (42 EA per 7 days)
hydromorphone hcl oral tablet 8 mg	DILAUDID	2	QL (21 EA per 7 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
meperidine hcl injection solution 25 mg/ml, 50 mg/ml	DEMEROL	2	PA; QL (720 ML per 30 days)
morphine sulfate (concentrate) oral solution 100 mg/5ml		2	QL (180 ML per 30 days)
morphine sulfate (pf) intravenous solution 10 mg/ml, 2 mg/ml, 4 mg/ml, 8 mg/ml		2	PA
morphine sulfate oral solution 10 mg/5ml		2	QL (1800 ML per 30 days)
morphine sulfate oral tablet 30 mg		2	QL (120 EA per 30 days)
oxycodone hcl oral capsule 5 mg		2	QL (42 EA per 7 days)
oxycodone hcl oral concentrate 100 mg/5ml		2	
oxycodone hcl oral solution 5 mg/5ml		2	QL (630 ML per 7 days)
oxycodone hcl oral tablet 10 mg, 20 mg		2	QL (42 EA per 7 days)
oxycodone hcl oral tablet 15 mg	ROXICODONE	2	QL (28 EA per 7 days)
oxycodone hcl oral tablet 30 mg	ROXICODONE	2	QL (14 EA per 7 days)
oxycodone hcl oral tablet 5 mg	ROXICODONE	2	QL (42 EA per 7 days)
tramadol hcl oral tablet 50 mg	ULTRAM	2	QL (56 EA per 7 days)
Analgésicos Opioides, Larga Duración			
duramorph injection solution 0.5 mg/ml, 1 mg/ml		4	PA
fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1200 mcg, 1600 mcg, 200 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg	ACTIQ	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr	DURAGESIC-100	2	PA; QL (10 EA per 30 days)
fentanyl transdermal patch 72 hour 12 mcg/hr	DURAGESIC-12	2	PA; QL (10 EA per 30 days)
fentanyl transdermal patch 72 hour 25 mcg/hr	DURAGESIC-25	2	PA; QL (10 EA per 30 days)
fentanyl transdermal patch 72 hour 50 mcg/hr	DURAGESIC-50	2	PA; QL (10 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
fentanyl transdermal patch 72 hour 75 mcg/hr	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)
hydromorphone hcl pf injection solution 10 mg/ml, 50 mg/5ml		2	PA
methadone hcl oral solution 10 mg/5ml, 5 mg/5ml		2	QL (450 ML per 30 days)
methadone hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	DOLOPHINE	2	QL (180 EA per 30 days)
morphine sulfate (concentrate) oral solution 100 mg/5ml		2	QL (42 ML per 7 days)
morphine sulfate er beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 30 mg, 45 mg, 60 mg, 75 mg, 90 mg		2	QL (14 EA per 7 days)
morphine sulfate er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 20 mg, 30 mg, 50 mg, 60 mg, 80 mg	KADIAN	2	QL (14 EA per 7 days)
morphine sulfate er oral capsule extended release 24 hour 100 mg	KADIAN	5	QL (14 EA per 7 days)
morphine sulfate er oral tablet extended release 100 mg, 15 mg, 30 mg	MS CONTIN	2	QL (21 EA per 7 days)
morphine sulfate er oral tablet extended release 200 mg, 60 mg	MS CONTIN	2	QL (14 EA per 7 days)
morphine sulfate injection solution 5 mg/ml		2	PA
morphine sulfate oral solution 10 mg/5ml		2	QL (420 ML per 7 days)
morphine sulfate oral solution 20 mg/5ml		2	QL (210 ML per 7 days)
morphine sulfate oral tablet 15 mg		2	QL (42 EA per 7 days)
morphine sulfate oral tablet 30 mg		2	QL (28 EA per 7 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
XTAMPZA ER ORAL CAPSULE ER 12 HOUR ABUSE-DETERRENT 13.5 MG, 18 MG, 27 MG, 36 MG, 9 MG		4	QL (14 EA per 7 days)
Analgésicos			
acetaminophen-codeine #3 oral tablet 300-30 mg	TYLENOL WITH CODEINE #3	2	QL (42 EA per 7 days)
acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5ml		2	QL (1167 ML per 7 days)
acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg		2	QL (42 EA per 7 days)
acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg	TYLENOL WITH CODEINE #4	2	QL (42 EA per 7 days)
endocet oral tablet 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg		4	QL (42 EA per 7 days)
hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15ml		2	QL (1260 ML per 7 days)
hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg	LORCET HD	2	QL (42 EA per 7 days)
hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg	LORCET	2	QL (42 EA per 7 days)
hydrocodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg	LORCET PLUS	2	QL (42 EA per 7 days)
hydrocodone-ibuprofen oral tablet 7.5-200 mg		2	QL (28 EA per 7 days)
lorcet hd oral tablet 10-325 mg		2	QL (42 EA per 7 days)
lorcet oral tablet 5-325 mg		2	QL (42 EA per 7 days)
lorcet plus oral tablet 7.5-325 mg		2	QL (42 EA per 7 days)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg	ENDOCET	2	QL (42 EA per 7 days)
tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg	ULTRACET	2	QL (56 EA per 7 days)
Antiinflamatorios No-Esteroidales			
celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg	CELEBREX	2	PA; QL (60 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
lidocaine external ointment 5 %		2	PA
lidocaine external patch 5 %	LIDODERM	2	PA; QL (90 EA per 30 days)
lidocaine hcl (pf) injection solution 0.5 %, 1 %	XYLOCAINE-MPF	2	PA
lidocaine hcl external gel 2 %	7T LIDO	2	PA
lidocaine hcl external solution 4 %		2	PA
lidocaine hcl injection solution 2 %	XYLOCAINE	2	PA
lidocaine viscous mouth/throat solution 2 %		1	
lidocaine-prilocaine external cream 2.5-2.5 %		2	PA
Ansiolíticos			
Ansiolíticos, Otros			
buspirone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg		2	CG
doxepin hcl oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg		2	PA; CG
doxepin hcl oral concentrate 10 mg/ml		2	PA; CG
hydroxyzine hcl intramuscular solution 25 mg/ml, 50 mg/ml		2	PA
SILENOR ORAL TABLET 3 MG, 6 MG		3	ST; QL (30 EA per 30 days)
Benzodiazepinas			
alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	XANAX	1	CG
lorazepam oral concentrate 2 mg/ml	LORAZEPAM INTENSOL	2	
lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	ATIVAN	1	CG
Ssris/ Snris			
duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 20 mg, 30 mg, 60 mg	CYMBALTA	2	MT; CG
duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 40 mg		2	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5ml		2	MT; CG; QL (600 ML per 30 days)
escitalopram oxalate oral tablet 10 mg	LEXAPRO	2	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
escitalopram oxalate oral tablet 20 mg	LEXAPRO	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
escitalopram oxalate oral tablet 5 mg	LEXAPRO	2	MT; CG; QL (120 EA per 30 days)
paroxetine hcl er oral tablet extended release 24 hour 12.5 mg, 25 mg	PAXIL CR	1	MT; CG
paroxetine hcl er oral tablet extended release 24 hour 37.5 mg	PAXIL CR	2	MT; CG
paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	PAXIL	1	MT; CG
PAXIL ORAL SUSPENSION 10 MG/5ML		4	ST
sertraline hcl oral concentrate 20 mg/ml	ZOLOFT	2	MT; CG
sertraline hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	ZOLOFT	1	MT; CG
venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 150 mg	EFFEXOR XR	2	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 37.5 mg, 75 mg	EFFEXOR XR	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
venlafaxine hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg		2	MT; CG
Antibacteriales			
Aminoglicósidos			
amikacin sulfate injection solution 500 mg/2ml		2	
gentak ophthalmic ointment 0.3 %		2	
gentamicin in saline intravenous solution 0.8-0.9 mg/ml-%, 1-0.9 mg/ml-%, 1.2-0.9 mg/ml-%, 1.6-0.9 mg/ml-%		2	
gentamicin sulfate external cream 0.1 %		2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
gentamicin sulfate external ointment 0.1 %		2	
gentamicin sulfate injection solution 40 mg/ml		2	
gentamicin sulfate ophthalmic solution 0.3 %		2	
neomycin sulfate oral tablet 500 mg		2	
paromomycin sulfate oral capsule 250 mg		2	
streptomycin sulfate intramuscular solution reconstituted 1 gm		2	
TOBRADEX OPHTHALMIC OINTMENT 0.3-0.1 %		3	
tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/5ml	KITABIS PAK	5	PA; QL (280 ML per 28 days)
tobramycin ophthalmic solution 0.3 %	TOBREX	2	
tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml, 80 mg/2ml		2	PA
TOBREX OPHTHALMIC OINTMENT 0.3 %		3	
Antibacteriales, Otros			
acetic acid otic solution 2 %		2	
bacitracin ophthalmic ointment 500 unit/gm		2	
clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg	CLEOCIN	1	
clindamycin palmitate hcl oral solution reconstituted 75 mg/5ml	CLEOCIN	2	
clindamycin phosphate external gel 1 %	CLEOCIN-T	2	
clindamycin phosphate external lotion 1 %	CLEOCIN-T	2	
clindamycin phosphate external solution 1 %	CLEOCIN-T	2	
clindamycin phosphate external swab 1 %	CLEOCIN-T	2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
clindamycin phosphate in d5w intravenous solution 300 mg/50ml, 600 mg/50ml, 900 mg/50ml	CLEOCIN IN D5W	2	
clindamycin phosphate injection solution 300 mg/2ml, 900 mg/6ml	CLEOCIN PHOSPHATE	2	
clindamycin phosphate vaginal cream 2 %	CLEOCIN	2	
daptomycin intravenous solution reconstituted 500 mg	CUBICIN	5	PA
GLOBAL ALCOHOL PREP EASE PAD 70 %	ALCOH-GLOVE CONTOURED WIPE	3	MT
linezolid intravenous solution 600 mg/300ml	ZYVOX	5	PA
linezolid oral suspension reconstituted 100 mg/5ml	ZYVOX	5	PA
linezolid oral tablet 600 mg	ZYVOX	5	PA
methenamine hippurate oral tablet 1 gm	HIPREX	2	
metronidazole external cream 0.75 %	METROCREAM	2	
metronidazole external gel 0.75 %	ROSADAN	2	
metronidazole external gel 1 %	METROGEL	2	
metronidazole external lotion 0.75 %	METROLOTION	2	
metronidazole in nacl intravenous solution 500-0.79 mg/100ml-%		2	
metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg	FLAGYL	2	
metronidazole vaginal gel 0.75 %	METROGEL-VAGINAL	2	
mupirocin calcium external cream 2 %	BACTROBAN	2	
mupirocin external ointment 2 %	CENTANY	2	
nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg	MACRODANTIN	2	PA
nitrofurantoin monohyd macro oral capsule 100 mg	MACROBID	2	PA
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)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
SULFAMYLON EXTERNAL CREAM 85 MG/GM		4	
tigecycline intravenous solution reconstituted 50 mg	TYGACIL	2	PA
trimethoprim oral tablet 100 mg		2	
vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 10 gm, 1000 mg, 500 mg		2	PA
vancomycin hcl oral capsule 125 mg, 250 mg	VANCOCIN HCL	5	
vandazole vaginal gel 0.75 %	METROGEL-VAGINAL	2	
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG, 550 MG		5	PA
Antibacteriales			
colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted 150 mg	COLY-MYCIN M	2	PA
SYNERCID INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150-350 MG		5	PA
Betalactámico, Cefalosporinas			
cefaclor er oral tablet extended release 12 hour 500 mg		2	
cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg		2	
cefaclor oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml, 375 mg/5ml		2	
cefadroxil oral capsule 500 mg		2	
cefadroxil oral suspension reconstituted 250 mg/5ml, 500 mg/5ml		2	
cefadroxil oral tablet 1 gm		2	
cefazolin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 500 mg		2	
cefdinir oral capsule 300 mg		2	
cefdinir oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml		2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
cefepime hcl injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm	MAXIPIME	2	
cefixime oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml	SUPRAX	2	
cefotaxime sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 500 mg		2	
cefoxitin sodium injection solution reconstituted 10 gm		2	PA
cefoxitin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 2 gm		2	PA
cefpodoxime proxetil oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 50 mg/5ml		2	
cefpodoxime proxetil oral tablet 100 mg, 200 mg		2	
cefprozil oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml		2	
cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg		2	
ceftazidime injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 6 gm	TAZICEF	2	
ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 1 gm	ROCEPHIN	2	PA
ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 2 gm, 250 mg, 500 mg		2	PA
ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted 10 gm		2	PA
cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg		2	
cefuroxime sodium injection solution reconstituted 7.5 gm, 750 mg		2	PA
cefuroxime sodium intravenous solution reconstituted 1.5 gm		2	PA
cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg	KEFLEX	1	
cephalexin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml		2	
SUPRAX ORAL CAPSULE 400 MG		3	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
SUPRAX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 500 MG/5ML		3	
SUPRAX ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG		4	
SUPRAX ORAL TABLET CHEWABLE 200 MG		4	
TEFLARO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 MG, 600 MG		5	PA
Betalactámico, Otros			
aztreonam injection solution reconstituted 1 gm	AZACTAM	2	
CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED 75 MG		5	PA; LA
imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 250 mg		2	PA
imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 500 mg	PRIMAXIN IV	2	PA
INVANZ INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 1 GM		4	PA
meropenem intravenous solution reconstituted 1 gm, 500 mg	MERREM	2	PA
Betalactámico, Penicilinas			
amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg		1	
amoxicillin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 200 mg/5ml, 250 mg/5ml, 400 mg/5ml		1	
amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg		1	
amoxicillin oral tablet chewable 125 mg, 250 mg		2	
amoxicillin-pot clavulanate er oral tablet extended release 12 hour 1000-62.5 mg	AUGMENTIN XR	2	
amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 200-28.5 mg/5ml, 400-57 mg/5ml		2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 250-62.5 mg/5ml	AUGMENTIN	2	
amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 600-42.9 mg/5ml	AUGMENTIN ES-600	2	
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg		2	
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 500-125 mg, 875-125 mg	AUGMENTIN	2	
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg		2	
ampicillin oral capsule 500 mg		1	
ampicillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 125 mg		2	PA
ampicillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm		2	PA
ampicillin-sulbactam sodium injection solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 15 (10-5) gm, 3 (2-1) gm	UNASYN	2	PA
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1200000 UNIT/2ML, 2400000 UNIT/4ML, 600000 UNIT/ML		4	
dicloxacillin sodium oral capsule 250 mg, 500 mg		2	
nafcillin sodium injection solution reconstituted 1 gm		2	PA
nafcillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm		5	PA
oxacillin sodium injection solution reconstituted 1 gm		2	
oxacillin sodium injection solution reconstituted 10 gm		5	
penicillin g pot in dextrose intravenous solution 40000 unit/ml, 60000 unit/ml		2	
penicillin g potassium injection solution reconstituted 20000000 unit	PFIZERPEN	2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
penicillin g procaine intramuscular suspension 600000 unit/ml		2	
penicillin g sodium injection solution reconstituted 5000000 unit		2	
penicillin v potassium oral solution reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml		2	
penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg		1	
piperacillin sod-tazobactam so intravenous solution reconstituted 2.25 (2-0.25) gm, 3.375 (3-0.375) gm, 4.5 (4-0.5) gm	ZOSYN	2	
Macrólidos			
AZASITE OPHTHALMIC SOLUTION 1 %		4	
azithromycin intravenous solution reconstituted 500 mg	ZITHROMAX	2	
azithromycin oral packet 1 gm	ZITHROMAX	2	
azithromycin oral suspension reconstituted 100 mg/5ml	ZITHROMAX	2	QL (75 ML per 30 days)
azithromycin oral suspension reconstituted 200 mg/5ml	ZITHROMAX	2	QL (68 ML per 30 days)
azithromycin oral tablet 250 mg	ZITHROMAX	1	QL (8 EA per 15 days)
azithromycin oral tablet 250 mg (6 pack)	ZITHROMAX	1	QL (6 EA per 15 days)
azithromycin oral tablet 500 mg	ZITHROMAX	1	QL (4 EA per 15 days)
azithromycin oral tablet 500 mg (3 pack)	ZITHROMAX	1	QL (3 EA per 15 days)
azithromycin oral tablet 600 mg	ZITHROMAX	1	
clarithromycin er oral tablet extended release 24 hour 500 mg		2	
clarithromycin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml		2	
clarithromycin oral tablet 250 mg		2	
clarithromycin oral tablet 500 mg	BIAXIN	2	
DIFICID ORAL TABLET 200 MG		5	ST

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
E.E.S. 400 ORAL TABLET 400 MG		2	
ery external pad 2 %		2	
ery-tab oral tablet delayed release 250 mg, 333 mg, 500 mg		2	
erythrocin lactobionate intravenous solution reconstituted 500 mg		2	PA
erythrocin stearate oral tablet 250 mg		4	
erythromycin base oral capsule delayed release particles 250 mg		2	
erythromycin base oral tablet 250 mg, 500 mg		2	
erythromycin ethylsuccinate oral tablet 400 mg	E.E.S. 400	2	
erythromycin external gel 2 %	ERYGEL	2	
erythromycin external solution 2 %		2	
erythromycin ophthalmic ointment 5 mg/gm		2	
Quinolonas			
CETRAXAL OTIC SOLUTION 0.2 %		3	
CILOXAN OPHTHALMIC OINTMENT 0.3 %		3	
ciprofloxacin hcl ophthalmic solution 0.3 %	CILOXAN	2	
ciprofloxacin hcl oral tablet 100 mg, 750 mg		2	
ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg	CIPRO	2	
ciprofloxacin hcl otic solution 0.2 %	CETRAXAL	2	
ciprofloxacin in d5w intravenous solution 200 mg/100ml		2	
ciprofloxacin oral suspension reconstituted 250 mg/5ml (5%), 500 mg/5ml (10%)	CIPRO	2	
gatifloxacin ophthalmic solution 0.5 %	ZYMAXID	2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
levofloxacin in d5w intravenous solution 500 mg/100ml, 750 mg/150ml		2	
levofloxacin intravenous solution 25 mg/ml		2	
levofloxacin oral solution 25 mg/ml		2	
levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg	LEVAQUIN	1	
MOXEZA OPHTHALMIC SOLUTION 0.5 %		3	
moxifloxacin hcl ophthalmic solution 0.5 %	VIGAMOX	2	
ofloxacin ophthalmic solution 0.3 %	OCUFLOX	2	
ofloxacin otic solution 0.3 %	FLOXIN OTIC	2	
Sulfonamidas			
silver sulfadiazine external cream 1 %	SILVADENE	2	
ssd external cream 1 %	SILVADENE	2	
sulfacetamide sodium ophthalmic ointment 10 %		2	
sulfacetamide sodium ophthalmic solution 10 %	BLEPH-10	2	
sulfadiazine oral tablet 500 mg		2	
sulfamethoxazole-trimethoprim intravenous solution 400-80 mg/5ml		2	
sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5ml	SULFATRIM PEDIATRIC	2	
sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg	BACTRIM	1	
sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 800-160 mg	BACTRIM DS	1	
Tetraciclinas			
doxy 100 intravenous solution reconstituted 100 mg		2	
doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg	MORGIDOX	2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg		2	
doxycycline hyclate oral tablet 150 mg	ACTICLATE	2	
doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg		2	
minocycline hcl oral capsule 100 mg, 50 mg	MINOCIN	2	
minocycline hcl oral capsule 75 mg		2	
Anticonvulsivos			
Agentes De Aumento De Ácido Gamma-Aminobutírico (Gaba)			
clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	KLONOPIN	1	CG
clonazepam oral tablet dispersible 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg		2	CG
clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg		2	PA; CG
clorazepate dipotassium oral tablet 7.5 mg	TRANXENE-T	2	PA; CG
divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 500 mg	DEPAKOTE ER	2	MT; CG
divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle 125 mg	DEPAKOTE SPRINKLES	2	MT; CG
divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg, 500 mg	DEPAKOTE	2	MT; CG
gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg, 400 mg	NEURONTIN	1	MT; CG
gabapentin oral solution 250 mg/5ml	NEURONTIN	2	MT; CG
gabapentin oral tablet 600 mg, 800 mg	NEURONTIN	1	MT; CG
lamotrigine oral tablet dispersible 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	LAMICTAL ODT	2	MT; CG
ONFI ORAL SUSPENSION 2.5 MG/ML		5	
ONFI ORAL TABLET 10 MG, 20 MG		5	
phenobarbital oral elixir 20 mg/5ml		2	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg		2	PA
primidone oral tablet 250 mg, 50 mg	MYSOLINE	2	MT; CG
SABRIL ORAL TABLET 500 MG		5	PA; LA
tiagabine hcl oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg	GABITRIL	2	MT; CG
valproate sodium oral solution 250 mg/5ml	DEPAKENE	2	MT; CG
valproic acid oral capsule 250 mg	DEPAKENE	2	MT; CG
vigabatrin oral packet 500 mg	SABRIL	5	PA
Agentes De Canales De Sodio			
APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG, 800 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
APTIOM ORAL TABLET 600 MG		5	PA; QL (60 EA per 30 days)
BANZEL ORAL SUSPENSION 40 MG/ML		5	PA
BANZEL ORAL TABLET 200 MG, 400 MG		5	PA
carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 400 mg	TEGRETOL-XR	2	MT; CG
carbamazepine oral suspension 100 mg/5ml	TEGRETOL	2	MT; CG
carbamazepine oral tablet 200 mg		2	MT; CG
carbamazepine oral tablet chewable 100 mg		2	MT; CG
DILANTIN INFATABS ORAL TABLET CHEWABLE 50 MG		4	MT
DILANTIN ORAL CAPSULE 100 MG		4	MT
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG		4	MT
DILANTIN ORAL SUSPENSION 125 MG/5ML		4	MT
epitol oral tablet 200 mg		2	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5ml	TRILEPTAL	2	MT; CG
oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg	TRILEPTAL	2	MT; CG
PEGANONE ORAL TABLET 250 MG		4	MT
PHENYTEK ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG		4	MT
phenytoin oral suspension 125 mg/5ml	DILANTIN	2	MT; CG
phenytoin oral tablet chewable 50 mg	DILANTIN INFATABS	2	MT; CG
phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg	DILANTIN	2	MT; CG
phenytoin sodium extended oral capsule 200 mg, 300 mg	PHENYTEK	2	MT; CG
phenytoin sodium injection solution 50 mg/ml		2	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 INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/20ML		5	
VIMPAT ORAL SOLUTION 10 MG/ML		5	QL (1200 ML per 30 days)
VIMPAT ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG		5	QL (60 EA per 30 days)
VIMPAT ORAL TABLET 50 MG		4	MT; QL (60 EA per 30 days)
Agentes Modificadores De Canales De Calcio			
CELONTIN ORAL CAPSULE 300 MG		4	MT
ethosuximide oral capsule 250 mg	ZARONTIN	2	MT; CG
ethosuximide oral solution 250 mg/5ml	ZARONTIN	2	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
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	
zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg	ZONEGRAN	2	MT; CG
zonisamide oral capsule 50 mg		2	MT; CG
Agentes Reductores De Glutamato			
felbamate oral suspension 600 mg/5ml	FELBATOL	5	
felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg	FELBATOL	2	MT; CG
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML		5	PA
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG		5	PA
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG		4	PA
lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg	LAMICTAL XR	2	MT; CG
lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 50 mg	LAMICTAL XR	2	MT
lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg	LAMICTAL	2	MT; CG
lamotrigine oral tablet chewable 25 mg, 5 mg	LAMICTAL	2	MT; CG
lamotrigine starter kit-blue oral kit 25 (35) mg	LAMICTAL STARTER	2	MT; CG
lamotrigine starter kit-green oral kit 25 (84)-100(14) mg	LAMICTAL STARTER	2	MT; CG
lamotrigine starter kit-orange oral kit 25 (42)-100 (7) mg	LAMICTAL STARTER	2	MT; CG
topiramate er oral capsule er 24 hour sprinkle 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	QUDEXY XR	2	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
topiramate oral capsule sprinkle 15 mg, 25 mg	TOPAMAX SPRINKLE	2	MT; CG
topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	TOPAMAX	2	MT; CG
Anticonvulsivos, Otros			
BRIVIACT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/5ML		5	PA
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		3	
DIASTAT ACUDIAL RECTAL GEL 20 MG		3	
DIASTAT PEDIATRIC RECTAL GEL 2.5 MG		3	
diazepam intensol oral concentrate 5 mg/ml		2	PA
diazepam oral solution 5 mg/5ml		2	PA; CG
diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg	VALIUM	1	PA; CG
levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 500 mg, 750 mg	KEPPRA XR	2	MT; CG
levetiracetam in nacl intravenous solution 1000 mg/100ml, 1500 mg/100ml, 500 mg/100ml		2	
levetiracetam intravenous solution 500 mg/5ml	KEPPRA	2	CG
levetiracetam oral solution 100 mg/ml	KEPPRA	2	MT; CG
levetiracetam oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg	KEPPRA	2	MT; CG
roweepra oral tablet 1000 mg, 500 mg, 750 mg		2	MT; CG
roweepra xr oral tablet extended release 24 hour 500 mg, 750 mg		1	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 1000 MG, 250 MG, 500 MG, 750 MG		4	
Antidepresivos			
Antidepresivos, Otros			
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 400 MG		5	PA; QL (1 EA per 28 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 300 MG		5	PA; QL (1 EA per 28 days)
aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 5 mg	ABILIFY	2	
aripiprazole oral tablet 20 mg, 30 mg	ABILIFY	5	
aripiprazole oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg		5	
bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 150 mg, 200 mg	WELLBUTRIN SR	2	MT; CG
bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 300 mg	WELLBUTRIN XL	2	MT; CG
bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg		2	MT; CG
maprotiline hcl oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg		2	CG
mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg	REMERON	2	MT; CG
mirtazapine oral tablet 45 mg, 7.5 mg		2	MT; CG
mirtazapine oral tablet dispersible 15 mg, 30 mg, 45 mg	REMERON SOLTAB	2	MT; CG
nefazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg		2	MT; CG
quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg	SEROQUEL XR	2	PA; MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 400 mg, 50 mg	SEROQUEL XR	2	PA; MT; CG; QL (60 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5ml		2	MT; CG; QL (600 ML per 30 days)
escitalopram oxalate oral tablet 10 mg	LEXAPRO	2	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
escitalopram oxalate oral tablet 20 mg	LEXAPRO	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
escitalopram oxalate oral tablet 5 mg	LEXAPRO	2	MT; CG; QL (120 EA per 30 days)
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 40 MG, 80 MG		4	ST; QL (30 EA per 30 days)
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 20 MG		2	ST; QL (30 EA per 30 days)
FETZIMA TITRATION ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 20 & 40 MG		4	ST; QL (56 EA per 365 days)
fluoxetine hcl oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg	PROZAC	1	MT; CG
fluoxetine hcl oral capsule delayed release 90 mg		2	MT; CG; QL (4 EA per 28 days)
fluoxetine hcl oral solution 20 mg/5ml		2	MT; CG
fluoxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg		2	MT; CG
fluvoxamine maleate er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 150 mg		2	MT; CG
fluvoxamine maleate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg		2	MT; CG
paroxetine hcl er oral tablet extended release 24 hour 12.5 mg, 25 mg	PAXIL CR	1	MT; CG
paroxetine hcl er oral tablet extended release 24 hour 37.5 mg	PAXIL CR	2	MT; CG
paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	PAXIL	1	PA; MT; CG
PAXIL ORAL SUSPENSION 10 MG/5ML		4	PA; ST

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
nortriptyline hcl oral solution 10 mg/5ml		2	MT
protriptyline hcl oral tablet 10 mg, 5 mg		2	MT; CG
SILENOR ORAL TABLET 3 MG, 6 MG		3	ST; QL (30 EA per 30 days)
trimipramine maleate oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg	SURMONTIL	2	PA; CG
Antieméticos			
Antieméticos, Otros			
chlorpromazine hcl injection solution 50 mg/2ml		2	
chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg		2	
diphenhydramine hcl injection solution 50 mg/ml		2	
meclizine hcl oral tablet 12.5 mg		2	
meclizine hcl oral tablet 25 mg	DRAMAMINE LESS DROWSY	2	
metoclopramide hcl injection solution 5 mg/ml		2	
metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5ml		2	
metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	REGLAN	1	
perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg		2	
phenadoz rectal suppository 12.5 mg		2	PA
prochlorperazine edisylate injection solution 5 mg/ml		2	CG
prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg		2	MT; CG
prochlorperazine rectal suppository 25 mg	COMPRO	2	
promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg		2	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
scopolamine transdermal patch 72 hour 1 mg/3days	TRANSDERM-SCOP (1.5 MG)	2	PA; QL (10 EA per 30 days)
TRANSDERM-SCOP (1.5 MG) TRANSDERMAL PATCH 72 HOUR 1 MG/3DAYS		4	PA; QL (10 EA per 30 days)
Terapia Adyuvante Emetogénica			
aprepitant oral capsule 125 mg	EMEND	2	PA; MT; QL (2 EA per 30 days)
aprepitant oral capsule 40 mg	EMEND	2	PA; QL (1 EA per 30 days)
aprepitant oral capsule 80 & 125 mg	EMEND TRI-PACK	2	PA; QL (3 EA per 3 days)
aprepitant oral capsule 80 mg	EMEND	2	PA; QL (2 EA per 2 days)
dronabinol oral capsule 10 mg	MARINOL	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
dronabinol oral capsule 2.5 mg, 5 mg	MARINOL	2	PA; QL (60 EA per 30 days)
EMEND INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG		3	PA
EMEND ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 125 MG		4	PA; QL (2 EA per 30 days)
granisetron hcl intravenous solution 0.1 mg/ml		2	
granisetron hcl intravenous solution 1 mg/ml, 4 mg/4ml		2	PA
granisetron hcl oral tablet 1 mg		2	PA; QL (60 EA per 30 days)
ondansetron hcl injection solution 4 mg/2ml		2	
ondansetron hcl oral solution 4 mg/5ml	ZOFRAN	2	PA; QL (300 ML per 10 days)
ondansetron hcl oral tablet 24 mg		2	PA; QL (18 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg	ZOFRAN	2	PA; QL (45 EA per 30 days)
ondansetron oral tablet dispersible 4 mg, 8 mg	ZOFRAN ODT	2	PA; QL (45 EA per 30 days)
Antifungales			
Antifungales			
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML		5	PA
AMBISOME INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MG		5	PA
amphotericin b injection solution reconstituted 50 mg		2	PA
caspofungin acetate intravenous solution reconstituted 50 mg, 70 mg	CANCIDAS	5	PA
ciclopirox external gel 0.77 %		2	
ciclopirox external shampoo 1 %	LOPROX	2	
ciclopirox external solution 8 %	CICLODAN	2	
ciclopirox olamine external cream 0.77 %	LOPROX	2	
ciclopirox olamine external suspension 0.77 %	LOPROX	2	
clotrimazole external cream 1 %		2	
clotrimazole external solution 1 %	FUNGICURE INTENSIVE/NAILGUARD	2	
clotrimazole mouth/throat lozenge 10 mg		2	
econazole nitrate external cream 1 %		2	
FLUCONAZOLE IN SODIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION 200-0.9 MG/100ML-%		2	PA
fluconazole in sodium chloride intravenous solution 400-0.9 mg/200ml-%		2	PA
fluconazole oral suspension reconstituted 10 mg/ml, 40 mg/ml	DIFLUCAN	2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg	DIFLUCAN	2	
flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg	ANCOBON	5	
griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5ml		2	
griseofulvin microsize oral tablet 500 mg		2	
griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg		2	
itraconazole oral capsule 100 mg	SPORANOX	2	QL (120 EA per 30 days)
ketoconazole external cream 2 %		2	
ketoconazole external shampoo 2 %	NIZORAL	2	
ketoconazole oral tablet 200 mg		2	
MYCAMINE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG, 50 MG		5	PA
NATACYN OPHTHALMIC SUSPENSION 5 %		4	
NOXAFIL ORAL SUSPENSION 40 MG/ML		5	
NOXAFIL ORAL TABLET DELAYED RELEASE 100 MG		5	
nyamyc external powder 100000 unit/gm		4	
nystatin external cream 100000 unit/gm		2	
nystatin external ointment 100000 unit/gm		2	
nystatin external powder 100000 unit/gm	NYAMYC	2	
nystatin mouth/throat suspension 100000 unit/ml		2	
nystatin oral tablet 500000 unit		2	
nystop external powder 100000 unit/gm		4	
terbinafine hcl oral tablet 250 mg	LAMISIL	2	QL (90 EA per 365 days)
terconazole vaginal cream 0.4 %	TERAZOL 7	2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
terconazole vaginal cream 0.8 %		2	
terconazole vaginal suppository 80 mg		2	
voriconazole intravenous solution reconstituted 200 mg	VFEND IV	2	
voriconazole oral suspension reconstituted 40 mg/ml	VFEND	5	
voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg	VFEND	5	
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA
Antimicobacteriales			
Antimicobacteriales, Otros			
dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg		2	
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG		4	
rifabutin oral capsule 150 mg	MYCOBUTIN	2	
Antituberculares			
CAPASTAT SULFATE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 1 GM		4	
ethambutol hcl oral tablet 100 mg, 400 mg	MYAMBUTOL	2	
isoniazid injection solution 100 mg/ml		2	
isoniazid oral syrup 50 mg/5ml		2	
isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg		1	
paser oral packet 4 gm		2	
pyrazinamide oral tablet 500 mg		2	
rifampin intravenous solution reconstituted 600 mg	RIFADIN	2	
rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg	RIFADIN	2	
RIFATER ORAL TABLET 50-120-300 MG		4	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG		5	PA
TRECATOR ORAL TABLET 250 MG		4	
Antineoplásicos			
Agentes Antiangiogénicos			

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG		5	PA; LA
REVLIMID ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 25 MG, 5 MG		5	PA; LA
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG		5	PA
Alkylating Agents			
busulfan intravenous solution 6 mg/ml	BUSULFEX	5	PA
cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg		2	PA
HEXALEN ORAL CAPSULE 50 MG		5	PA
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG		4	
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG		5	PA
melphalan hcl intravenous solution reconstituted 50 mg	ALKERAN	5	PA
VALCHLOR EXTERNAL GEL 0.016 %		5	PA; LA
Antiandrógenos			
bicalutamide oral tablet 50 mg	CASODEX	2	
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG		5	PA; QL (120 EA per 30 days)
flutamide oral capsule 125 mg		2	
nilutamide oral tablet 150 mg	NILANDRON	5	
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 250 MG, 500 MG		5	PA
Antimetabolitos			
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG		3	
DROXIA ORAL CAPSULE 400 MG		2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
gemcitabine hcl intravenous solution reconstituted 1 gm	GEMZAR	5	PA
hydroxyurea oral capsule 500 mg	HYDREA	2	CG
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG, 20-8.19 MG		5	
PURIXAN ORAL SUSPENSION 2000 MG/100ML		5	
TABLOID ORAL TABLET 40 MG		4	
Antineoplásicos, Otros			
fludarabine phosphate intravenous solution reconstituted 50 mg		2	PA
leucovorin calcium injection solution reconstituted 100 mg, 350 mg		2	PA
leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg		2	CG
mitoxantrone hcl intravenous concentrate 25 mg/12.5ml		2	PA
REVLIMID ORAL CAPSULE 2.5 MG, 20 MG		5	PA; LA
SYLATRON SUBCUTANEOUS KIT 200 MCG, 300 MCG, 600 MCG		5	PA
SYNRIBO SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3.5 MG		5	PA
YERVOY INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/10ML		5	PA
ZALTRAP INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML		5	PA
Antineoplásicos			
ALIMTA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG, 500 MG		5	PA
AVASTIN INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML, 400 MG/16ML		5	PA
azacitidine injection suspension reconstituted 100 mg	VIDAZA	5	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
BELEODAQ INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 500 MG		5	PA
BICNU INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG		3	PA
bleomycin sulfate injection solution reconstituted 30 unit		2	PA
bortezomib intravenous solution reconstituted 3.5 mg		5	PA
carboplatin intravenous solution 150 mg/15ml		2	PA
cisplatin intravenous solution 50 mg/50ml		2	PA
cladribine intravenous solution 10 mg/10ml		5	PA
clofarabine intravenous solution 1 mg/ml	CLOLAR	5	PA
cytarabine injection solution 20 mg/ml		2	PA
dacarbazine intravenous solution reconstituted 200 mg		2	PA
dactinomycin intravenous solution reconstituted 0.5 mg	COSMEGEN	5	PA
daunorubicin hcl intravenous injectable 5 mg/ml		2	PA
dexrazoxane intravenous solution reconstituted 250 mg	ZINECARD	5	PA
docetaxel intravenous concentrate 80 mg/4ml	TAXOTERE	5	PA
docetaxel intravenous solution 160 mg/16ml		5	PA
doxorubicin hcl intravenous solution 2 mg/ml	ADRIAMYCIN	2	PA
doxorubicin hcl liposomal intravenous injectable 2 mg/ml	DOXIL	5	PA
ELITEK INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1.5 MG, 7.5 MG		5	PA
epirubicin hcl intravenous solution 200 mg/100ml	ELLENCE	2	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
FASLODEX INTRAMUSCULAR SOLUTION 250 MG/5ML		5	PA
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG, 100 MG, 40 MG		4	
HALAVEN INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/2ML		5	PA
HERCEPTIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 440 MG		5	PA
idarubicin hcl intravenous solution 10 mg/10ml	IDAMYCIN PFS	5	PA
ifosfamide intravenous solution reconstituted 1 gm	IFEX	2	PA
irinotecan hcl intravenous solution 100 mg/5ml	CAMPTOSAR	2	PA
ISTODAX (OVERFILL) INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 MG		5	PA
KADCYLA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG, 160 MG		5	PA
LYNPARZA ORAL CAPSULE 50 MG		5	PA
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG		5	PA
mesna intravenous solution 100 mg/ml	MESNEX	2	PA
MESNEX ORAL TABLET 400 MG		5	
mitomycin intravenous solution reconstituted 20 mg	MUTAMYCIN	5	PA
MUSTARGEN INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10 MG		5	PA
MYLOTARG INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 4.5 MG		5	PA
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG		5	PA; QL (3 EA per 28 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
NIPENT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 MG		5	PA
oxaliplatin intravenous solution 100 mg/20ml		2	PA
oxaliplatin intravenous solution reconstituted 100 mg		2	PA
paclitaxel intravenous concentrate 100 mg/16.7ml		2	PA
PROLEUKIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 22000000 UNIT		5	PA
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG		5	PA; QL (120 EA per 30 days)
TREANDA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG, 25 MG		5	PA
TRISENOX INTRAVENOUS SOLUTION 12 MG/6ML		5	PA
VELCADE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 3.5 MG		5	PA
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
vinblastine sulfate intravenous solution 1 mg/ml		2	PA
vincasar pfs intravenous solution 1 mg/ml	VINCASAR PFS	2	PA
vincristine sulfate intravenous solution 1 mg/ml	VINCASAR PFS	2	PA
vinorelbine tartrate intravenous solution 50 mg/5ml	NAVELBINE	2	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
VYXEOS INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED 44-100 MG		5	PA
YONDELIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1 MG		5	PA
ZEJULA ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA; QL (90 EA per 30 days)
Conjugado Anticuerpo / Anticuerpo Monoclonal			
BAVENCIO INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/10ML		5	PA
CYRAMZA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML, 500 MG/50ML		5	PA
DARZALEX INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/5ML		5	PA
EMPLICITI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 300 MG, 400 MG		5	PA
IMFINZI INTRAVENOUS SOLUTION 120 MG/2.4ML, 500 MG/10ML		5	PA
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML		5	PA
LARTRUVO INTRAVENOUS SOLUTION 190 MG/19ML, 500 MG/50ML		5	PA
OPDIVO INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML, 40 MG/4ML		5	PA
RITUXAN INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML		5	PA
RITUXAN INTRAVENOUS SOLUTION 500 MG/50ML		5	PA; LA
TECENTRIQ INTRAVENOUS SOLUTION 1200 MG/20ML		5	PA
Inhibidores Aromatasa, Tercera Generación			

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
anastrozole oral tablet 1 mg	ARIMIDEX	2	MT; CG
exemestane oral tablet 25 mg	AROMASIN	2	MT; CG
letrozole oral tablet 2.5 mg	FEMARA	2	MT; CG
Inhibidores De Enzimas			
ALIQOPA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 60 MG		5	PA
etoposide intravenous solution 100 mg/5ml	TOPOSAR	2	PA
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)
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)
toposar intravenous solution 1 gm/50ml		4	PA
topotecan hcl intravenous solution reconstituted 4 mg	HYCAMTIN	5	PA
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG		5	PA; QL (60 EA per 30 days)
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG		5	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
Inhibidores Diana Moleculares			
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)
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 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, 300 MG		5	LA
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 1 X 80 & 1 X 20 MG		5	PA; LA
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 1 X 80 & 3 X 20 MG		5	PA; LA
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 20 MG		5	PA; LA
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG		5	PA; QL (63 EA per 28 days)
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG		5	PA; LA
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG		5	PA; LA
ICLUSIG ORAL TABLET 15 MG		5	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
ICLUSIG ORAL TABLET 45 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
imatinib mesylate oral tablet 100 mg, 400 mg	GLEEVEC	5	PA
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG, 70 MG		5	PA; LA
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG, 560 MG		5	PA; LA
INLYTA ORAL TABLET 1 MG, 5 MG		5	PA; LA
IRESSA ORAL TABLET 250 MG		5	PA
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG		5	PA; LA
KYPROLIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 30 MG, 60 MG		5	PA
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG		5	PA; QL (30 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 8 MG DAILY DOSE ORAL CAPSULE THERAPY PACK 4 (2) MG		5	PA; QL (60 EA per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG, 2 MG		5	PA; LA
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG		5	PA; QL (180 EA per 30 days)
NEXAVAR ORAL TABLET 200 MG		5	PA; LA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
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; LA; QL (120 EA per 30 days)
SUTENT ORAL CAPSULE 12.5 MG, 25 MG, 37.5 MG, 50 MG		5	PA
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG		5	PA; LA
TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
TARCEVA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 25 MG		5	PA; LA
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG, 50 MG		5	PA
TYKERB ORAL TABLET 250 MG		5	PA; LA
VOTRIENT ORAL TABLET 200 MG		5	PA; LA
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG		5	PA; LA
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG		5	PA; LA
ZYKADIA ORAL CAPSULE 150 MG		5	PA; LA
Modificadores / Antiestrógenos			
EMCYT ORAL CAPSULE 140 MG		4	
FARESTON ORAL TABLET 60 MG		5	
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 10 MG/5ML		4	PA
tamoxifen citrate oral tablet 10 mg, 20 mg		1	MT; CG
Retinoides			
AVITA EXTERNAL CREAM 0.025 %		4	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
AVITA EXTERNAL GEL 0.025 %		4	PA
bexarotene oral capsule 75 mg	TARGRETIN	5	PA
PANRETIN EXTERNAL GEL 0.1 %		5	PA
TARGRETIN EXTERNAL GEL 1 %		5	PA
tretinoin external cream 0.025 %		2	PA
tretinoin external cream 0.05 %, 0.1 %	RETIN-A	2	PA
tretinoin external gel 0.01 %	RETIN-A	2	PA
tretinoin external gel 0.025 %		2	PA
tretinoin oral capsule 10 mg		5	
Antiparasíticos			
Antihelminticos			
ALBENZA ORAL TABLET 200 MG		5	
BILTRICIDE ORAL TABLET 600 MG		3	
ivermectin oral tablet 3 mg	STROMECTOL	2	
Antiprotozoales			
ALINIA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 100 MG/5ML		5	
ALINIA ORAL TABLET 500 MG		5	
atovaquone oral suspension 750 mg/5ml	MEPRON	5	PA
atovaquone-proguanil hcl oral tablet 250-100 mg, 62.5-25 mg	MALARONE	2	
benznidazole oral tablet 100 mg, 12.5 mg		3	
chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg		2	
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG		4	QL (24 EA per 30 days)
hydroxychloroquine sulfate oral tablet 200 mg	PLAQUENIL	2	
mefloquine hcl oral tablet 250 mg		2	
NEBUPENT INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED 300 MG		4	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
PENTAM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 300 MG		4	PA
PRIMAQUINE PHOSPHATE ORAL TABLET 26.3 MG		3	
quinine sulfate oral capsule 324 mg	QUALAQUIN	2	
Pediculicidas / Scabicides			
EURAX EXTERNAL CREAM 10 %		3	
EURAX EXTERNAL LOTION 10 %		3	
lindane external shampoo 1 %		2	
malathion external lotion 0.5 %	OVIDE	2	
permethrin external cream 5 %	ELIMITE	2	
Antisicóticos			
Primera Generación, Típicos			
chlorpromazine hcl injection solution 50 mg/2ml		2	
chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg		2	
fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml		2	
fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml		2	
fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml		2	
fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5ml		2	
fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg		2	MT
haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml 1 ml, 50 mg/ml	HALDOL DECANOATE	2	
haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml, 5 mg/ml(1 ml prefilled syringe)	HALDOL	2	CG
haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml		2	MT; CG
haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg		2	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg		2	MT; CG
perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg		2	
pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg	ORAP	2	CG
prochlorperazine edisylate injection solution 5 mg/ml		2	CG
prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg		2	MT; CG
thioridazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg		2	PA
thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg		2	PA; MT; CG
trifluoperazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg		2	MT; CG
Resistente A Tratamiento			
clozapine oral tablet 100 mg, 25 mg	CLOZARIL	2	CG
clozapine oral tablet 200 mg, 50 mg		2	CG
clozapine oral tablet dispersible 100 mg, 12.5 mg, 25 mg	FAZACLO	2	CG
clozapine oral tablet dispersible 150 mg	FAZACLO	2	
clozapine oral tablet dispersible 200 mg	FAZACLO	5	
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML		5	
Segunda Generación, Atípicos			
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 300 MG, 400 MG		5	PA; QL (1 EA per 28 days)
aripiprazole oral solution 1 mg/ml		2	
aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 5 mg	ABILIFY	2	
aripiprazole oral tablet 20 mg, 30 mg	ABILIFY	5	
aripiprazole oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg		5	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 1064 MG/3.9ML		5	PA; QL (3.9 ML per 56 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 441 MG/1.6ML		5	PA; QL (1.6 ML per 28 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 662 MG/2.4ML		5	PA; QL (2.4 ML per 28 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 882 MG/3.2ML		5	PA; QL (3.2 ML per 28 days)
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG		4	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		5	PA; QL (0.75 ML per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 156 MG/ML		5	PA; QL (1 ML per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 234 MG/1.5ML		5	PA; QL (1.5 ML per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 39 MG/0.25ML		4	PA; QL (0.25 ML per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 78 MG/0.5ML		5	PA; QL (0.5 ML per 28 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 273 MG/0.875ML		5	PA; QL (0.875 ML per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 410 MG/1.315ML		5	PA; QL (1.315 ML per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 546 MG/1.75ML		5	PA; QL (1.75 ML per 90 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 819 MG/2.625ML		5	PA; QL (2.625 ML per 90 days)
LATUDA ORAL TABLET 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG		4	PA
NUPLAZID ORAL TABLET 17 MG		5	PA; QL (60 EA per 30 days)
olanzapine intramuscular solution reconstituted 10 mg	ZYPREXA	2	
olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg	ZYPREXA	2	MT; CG
olanzapine oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg	ZYPREXA ZYDIS	2	MT
paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 1.5 mg, 3 mg, 6 mg, 9 mg	INVEGA	5	
quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 200 mg	SEROQUEL XR	2	PA; MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 400 mg, 50 mg	SEROQUEL XR	2	PA; MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg	SEROQUEL	1	MT; CG
quetiapine fumarate oral tablet 25 mg, 50 mg	SEROQUEL	1	PA; MT; CG
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 12.5 MG, 25 MG		4	PA; QL (2 EA per 28 days)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 37.5 MG, 50 MG		5	PA; QL (2 EA per 28 days)
risperidone oral solution 1 mg/ml	RISPERDAL	2	CG
risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg	RISPERDAL	2	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
risperidone oral tablet dispersible 0.25 mg, 3 mg, 4 mg		2	MT; CG
risperidone oral tablet dispersible 0.5 mg, 1 mg, 2 mg		2	MT; CG
SAPHRIS SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 10 MG, 2.5 MG, 5 MG		4	PA
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE THERAPY PACK 1.5 & 3 MG		4	PA; QL (14 EA per 365 days)
ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg	GEODON	2	CG
Antivirales			
Agentes Anti-Citomegalovirus (Cmv)			
ganciclovir sodium intravenous solution reconstituted 500 mg	CYTOVENE	2	PA
PREVYMIS INTRAVENOUS SOLUTION 240 MG/12ML, 480 MG/24ML		5	PA
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
valganciclovir hcl oral solution reconstituted 50 mg/ml	VALCYTE	5	
valganciclovir hcl oral tablet 450 mg	VALCYTE	5	
ZIRGAN OPHTHALMIC GEL 0.15 %		4	
Agentes Anti-Hepatitis B (Hbv)			
adefovir dipivoxil oral tablet 10 mg	HEPSERA	5	PA
BARACLUDE ORAL SOLUTION 0.05 MG/ML		5	PA
entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg	BARACLUDE	5	PA
EPIVIR HBV ORAL SOLUTION 5 MG/ML		4	
INTRON A INJECTION SOLUTION 10000000 UNIT/ML, 6000000 UNIT/ML		5	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
INTRON A INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10000000 UNIT		5	PA
lamivudine oral solution 10 mg/ml	EPIVIR	2	CG
lamivudine oral tablet 100 mg		2	
lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg	EPIVIR	2	CG
REBETOL ORAL SOLUTION 40 MG/ML		5	PA
ribasphere oral capsule 200 mg		4	PA
ribasphere oral tablet 200 mg		2	PA
ribasphere oral tablet 400 mg, 600 mg		5	PA
ribavirin oral capsule 200 mg		2	PA
ribavirin oral tablet 200 mg		2	PA
tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg	VIREAD	2	CG
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG		5	PA; QL (28 EA per 28 days)
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/GM		5	
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG		5	
Agentes Anti-Hepatitis C (Hcv), Acción Directa			
EPCLUSA ORAL TABLET 400-100 MG		5	PA; QL (84 EA per 365 days)
HARVONI ORAL TABLET 90-400 MG		5	PA; QL (168 EA per 365 days)
MAVYRET ORAL TABLET 100-40 MG		5	PA; QL (336 EA per 365 days)
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)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
EPCLUSA ORAL TABLET 400-100 MG		5	PA; QL (84 EA per 365 days)
HARVONI ORAL TABLET 90-400 MG		5	PA; QL (168 EA per 365 days)
INTRON A INJECTION SOLUTION 6000000 UNIT/ML		5	PA
INTRON A INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10000000 UNIT, 18000000 UNIT, 50000000 UNIT		5	PA
moderiba oral tablet 200 mg		2	PA
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/0.5ML, 180 MCG/ML		5	PA
REBETOL ORAL SOLUTION 40 MG/ML		5	PA
ribasphere oral capsule 200 mg		4	PA
ribasphere oral tablet 200 mg		2	PA
ribasphere oral tablet 400 mg, 600 mg		5	PA
ribavirin oral capsule 200 mg		2	PA
ribavirin oral tablet 200 mg		2	PA
SOVALDI ORAL TABLET 400 MG		5	PA; QL (28 EA per 28 days)
SYLATRON SUBCUTANEOUS KIT 200 MCG, 300 MCG, 600 MCG		5	PA
Agentes Anti-Herpéticos			
acyclovir external ointment 5 %	ZOVIRAX	2	
acyclovir oral capsule 200 mg	ZOVIRAX	2	
acyclovir oral suspension 200 mg/5ml	ZOVIRAX	2	
acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg	ZOVIRAX	2	
acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml		2	PA
famciclovir oral tablet 125 mg, 500 mg		2	QL (21 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
famciclovir oral tablet 250 mg		2	QL (60 EA per 30 days)
trifluridine ophthalmic solution 1 %	VIROPTIC	2	
valacyclovir hcl oral tablet 1 gm, 500 mg	VALTREX	2	QL (30 EA per 30 days)
Agentes Anti-Hiv, Inhibidores De Integrasa (Insti)			
BIKTARVY ORAL TABLET 50-200-25 MG		5	
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG		5	
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG		5	
ISENTRESS ORAL PACKET 100 MG		5	
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG		5	
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG		5	
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 25 MG		3	
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG		5	
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG		3	
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG		5	
Agentes Anti-Hiv, Inhibidores De Proteasa			
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG		5	
APTIVUS ORAL SOLUTION 100 MG/ML		5	
atazanavir sulfate oral capsule 150 mg, 200 mg, 300 mg	REYATAZ	2	
CRIXIVAN ORAL CAPSULE 200 MG, 400 MG		4	
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG		5	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
fosamprenavir calcium oral tablet 700 mg	LEXIVA	2	
INVIRASE ORAL CAPSULE 200 MG		5	
INVIRASE ORAL TABLET 500 MG		5	
KALETRA ORAL TABLET 100-25 MG		4	
KALETRA ORAL TABLET 200-50 MG		5	
LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML		4	
lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5ml	KALETRA	5	
NORVIR ORAL CAPSULE 100 MG		3	
NORVIR ORAL PACKET 100 MG		3	
NORVIR ORAL SOLUTION 80 MG/ML		3	
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG		5	
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML		5	
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG, 600 MG, 800 MG		5	
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG		3	
REYATAZ ORAL PACKET 50 MG		5	
ritonavir oral tablet 100 mg	NORVIR	2	
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG		5	
Agentes Anti-Hiv, Inhibidores No-Nucleósidos De La Trascriptasa Reversa (Nnrti)			
COMPLERA ORAL TABLET 200-25-300 MG		5	
EDURANT ORAL TABLET 25 MG		5	
efavirenz oral capsule 200 mg, 50 mg	SUSTIVA	2	
efavirenz oral tablet 600 mg	SUSTIVA	2	
INTELENCE ORAL TABLET 100 MG, 200 MG		5	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG		4	
nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg	VIRAMUNE XR	2	CG
nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 400 mg	VIRAMUNE XR	2	
nevirapine oral tablet 200 mg	VIRAMUNE	2	CG
RESCRIPTOR ORAL TABLET 100 MG, 200 MG		4	
VIRAMUNE ORAL SUSPENSION 50 MG/5ML		3	
Agentes Anti-Hiv, Inhibidores Nucleósidos De La Trascriptasa Reversa (Nnrti)			
abacavir sulfate oral solution 20 mg/ml	ZIAGEN	2	
abacavir sulfate oral tablet 300 mg	ZIAGEN	2	
abacavir sulfate-lamivudine oral tablet 600-300 mg	EPZICOM	5	
abacavir-lamivudine-zidovudine oral tablet 300-150-300 mg	TRIZIVIR	5	
ATRIPLA ORAL TABLET 600-200-300 MG		5	
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG		5	
DESCOVY ORAL TABLET 200-25 MG		5	
didanosine oral capsule delayed release 200 mg, 250 mg, 400 mg	VIDEX EC	2	
EMTRIVA ORAL CAPSULE 200 MG		3	
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML		3	
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG		5	
lamivudine oral solution 10 mg/ml	EPIVIR	2	CG
lamivudine oral tablet 100 mg		2	
lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg	EPIVIR	2	CG
lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg	COMBIVIR	2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG		5	
RETROVIR INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML		4	
stavudine oral capsule 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	ZERIT	2	
SYMFI LO ORAL TABLET 400-300-300 MG		5	
SYMFI ORAL TABLET 600-300-300 MG		5	
TRUVADA ORAL TABLET 100-150 MG, 133-200 MG, 167-250 MG, 200-300 MG		5	
VIDEX EC ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 125 MG		4	
VIDEX ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 4 GM		4	
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/GM		5	
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG		5	
ZERIT ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 1 MG/ML		5	
zidovudine oral capsule 100 mg	RETROVIR	2	CG
zidovudine oral syrup 50 mg/5ml	RETROVIR	2	CG
zidovudine oral tablet 300 mg		2	CG
Agentes Anti-Hiv, Otros			
FUZEON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 90 MG		5	
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML		4	
SELZENTRY ORAL TABLET 150 MG, 300 MG, 75 MG		5	
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG		4	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG		5	
TYBOST ORAL TABLET 150 MG		3	
Agentes Anti-Influenza			
amantadine hcl oral capsule 100 mg		2	CG
amantadine hcl oral syrup 50 mg/5ml		2	MT; CG
amantadine hcl oral tablet 100 mg		2	CG
oseltamivir phosphate oral capsule 30 mg	TAMIFLU	2	QL (168 EA per 365 days)
oseltamivir phosphate oral capsule 45 mg, 75 mg	TAMIFLU	2	QL (84 EA per 365 days)
oseltamivir phosphate oral suspension reconstituted 6 mg/ml	TAMIFLU	2	QL (1080 ML per 365 days)
RELENZA DISKHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 5 MG/BLISTER		3	QL (120 EA per 365 days)
rimantadine hcl oral tablet 100 mg	FLUMADINE	2	
TAMIFLU ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 6 MG/ML		3	QL (1080 ML per 365 days)
Desórden Genético O Enzimático: Reemplazo, Modificadores, Tratamiento			
Desórden Genético O Enzimático: Reemplazo, Modificadores, Tratamiento			
ADAGEN INTRAMUSCULAR SOLUTION 250 UNIT/ML		5	PA; LA
ALDURAZYME INTRAVENOUS SOLUTION 2.9 MG/5ML		5	PA; LA
CERDELGA ORAL CAPSULE 84 MG		5	
CEREZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 UNIT		5	PA; LA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
CREON ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 12000 UNIT, 24000-76000 UNIT, 3000-9500 UNIT, 36000 UNIT, 6000 UNIT		3	MT
CYSTADANE ORAL POWDER		5	LA
CYSTAGON ORAL CAPSULE 150 MG, 50 MG		3	LA
FABRAZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 35 MG, 5 MG		5	PA; LA
KANUMA INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/10ML		5	PA
KUVAN ORAL PACKET 100 MG, 500 MG		5	PA
KUVAN ORAL TABLET SOLUBLE 100 MG		5	PA; LA
miglustat oral capsule 100 mg	ZAVESCA	5	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
NAGLAZYME INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/ML		5	PA; LA
ORFADIN ORAL CAPSULE 10 MG, 2 MG, 20 MG, 5 MG		5	PA; LA
ORFADIN ORAL SUSPENSION 4 MG/ML		5	PA; LA
RAVICTI ORAL LIQUID 1.1 GM/ML		5	PA
sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg	BUPHENYL	5	PA
SUCRAID ORAL SOLUTION 8500 UNIT/ML		5	LA
VPRIV INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 UNIT		5	PA
XURIDEN ORAL PACKET 2 GM		5	PA; QL (120 EA per 30 days)
ZAVESCA ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
ZENPEP ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 10000-32000 UNIT, 15000-47000 UNIT, 20000-63000 UNIT, 25000-79000 UNIT, 3000-14000 UNIT, 40000-126000 UNIT, 5000-24000 UNIT		4	MT
Electrólitos / Minerales/ Vitaminas			
Electrólitos / Minerales/ Vitaminas			
AMINOSYN II INTRAVENOUS SOLUTION 10 %		4	PA
AMINOSYN II INTRAVENOUS SOLUTION 8.5 %		4	PA
aminosyn ii/electrolytes intravenous solution 8.5 %		4	PA
aminosyn/electrolytes intravenous solution 8.5 %		4	PA
AMINOSYN-HBC INTRAVENOUS SOLUTION 7 %		4	PA
AMINOSYN-PF INTRAVENOUS SOLUTION 10 %		2	PA
AMINOSYN-PF INTRAVENOUS SOLUTION 7 %		4	PA
CLINIMIX/DEXTROSE (2.75/5) INTRAVENOUS SOLUTION 2.75 %		4	PA
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %		4	PA
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/20) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %		4	PA
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/25) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %		4	PA
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %		4	PA
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %		4	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %		4	PA
CLINIMIX/DEXTROSE (5/25) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %		4	PA
dextrose in lactated ringers intravenous solution 5 %		2	
dextrose intravenous solution 10 %, 5 %		2	
DEXTROSE-NACL INTRAVENOUS SOLUTION 10-0.2 %		2	
dextrose-nacl intravenous solution 10-0.45 %, 2.5-0.45 %, 5-0.2 %, 5-0.225 %, 5-0.33 %, 5-0.45 %, 5-0.9 %		2	
hepatamine intravenous solution 8 %		2	PA
intralipid intravenous emulsion 20 %		2	PA
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION 30 %		4	PA
IONOSOL-MB IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION		4	
ISOLYTE-P IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION		4	
kcl in dextrose-nacl intravenous solution 10-5-0.45 meq/l-%-%, 20-5-0.2 meq/l-%-%, 20-5-0.33 meq/l-%-%, 20-5-0.45 meq/l-%-%, 20-5-0.9 meq/l-%-%, 30-5-0.45 meq/l-%-%, 40-5-0.45 meq/l-%-%, 40-5-0.9 meq/l-%-%		2	
lactated ringers intravenous solution		2	
levocarnitine oral solution 1 gm/10ml	CARNITOR	2	PA; MT
levocarnitine oral tablet 330 mg	CARNITOR	2	MT
NEPHRAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 5.4 %		4	PA
NORMOSOL-M IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION		2	
NORMOSOL-R IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION		4	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
nutrilipid intravenous emulsion 20 %	INTRALIPID	4	PA
potassium chloride in dextrose intravenous solution 20-5 meq/l-%, 40-5 meq/l-%		2	
PREMASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %		2	PA
premasol intravenous solution 6 %		2	PA
prenatal oral tablet 27-1 mg		2	MT
PROCALAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 3 %		4	PA
PROSOL INTRAVENOUS SOLUTION 20 %		4	PA
ringers intravenous solution		2	
sterile water for irrigation irrigation solution	ARGYLE STERILE WATER	2	CG
tpn electrolytes intravenous solution		2	PA
TRAVASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %		4	PA
TROPHAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 10 %		4	PA
Electrólitos / Modificadores De Minerales			
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, 500 MG		5	PA; LA
FERRIPROX ORAL SOLUTION 100 MG/ML		5	PA
FERRIPROX ORAL TABLET 500 MG		5	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
FREAMINE HBC INTRAVENOUS SOLUTION 6.9 %		4	PA
kionex oral suspension 15 gm/60ml		2	
klor-con oral packet 20 meq		2	MT; CG
sodium polystyrene sulfonate oral powder		2	CG
sps oral suspension 15 gm/60ml		2	CG
trientine hcl oral capsule 250 mg	SYPRINE	5	
Electrólitos / Reemplazo De Minerales			
CARBAGLU ORAL TABLET 200 MG		5	PA; LA
ISOLYTE-S INTRAVENOUS SOLUTION		4	
klor-con 10 oral tablet extended release 10 meq	K-TAB	2	MT; CG
klor-con m10 oral tablet extended release 10 meq		2	MT; CG
klor-con m15 oral tablet extended release 15 meq		2	MT; CG
klor-con m20 oral tablet extended release 20 meq		2	MT; CG
klor-con oral tablet extended release 8 meq	K-TAB	2	MT; CG
klor-con sprinkle oral capsule extended release 10 meq, 8 meq		2	MT
magnesium sulfate injection solution 50 %		2	
NORMOSOL-R PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION		4	
PLASMA-LYTE 148 INTRAVENOUS SOLUTION		4	
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS SOLUTION		4	
potassium chloride crys er oral tablet extended release 10 meq	KLOR-CON M10	2	MT; CG
potassium chloride crys er oral tablet extended release 20 meq	KLOR-CON M20	2	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
potassium chloride er oral capsule extended release 10 meq, 8 meq	KLOR-CON SPRINKLE	2	MT
potassium chloride er oral tablet extended release 10 meq, 20 meq, 8 meq	K-TAB	2	MT; CG
potassium chloride in nacl intravenous solution 20-0.45 meq/l-%, 20-0.9 meq/l-%, 40-0.9 meq/l-%		2	
potassium chloride intravenous solution 10 meq/100ml, 20 meq/100ml		2	
potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml		2	
potassium chloride oral solution 20 meq/15ml (10%), 40 meq/15ml (20%)		2	MT
sodium chloride injection solution 2.5 meq/ml		2	
sodium chloride intravenous solution 0.45 %, 0.9 %, 3 %, 5 %		2	
sodium chloride irrigation solution 0.9 %	ARGYLE STERILE SALINE	2	
sodium fluoride oral tablet 2.2 (1 f) mg		2	MT
SUPREP BOWEL PREP KIT ORAL SOLUTION 17.5-3.13-1.6 GM/180ML		4	
Vitaminas			
klor-con 10 oral tablet extended release 10 meq	K-TAB	2	MT; CG
klor-con m10 oral tablet extended release 10 meq		2	MT; CG
klor-con m15 oral tablet extended release 15 meq		2	MT; CG
klor-con m20 oral tablet extended release 20 meq		2	MT; CG
klor-con oral tablet extended release 8 meq	K-TAB	2	MT; CG
klor-con sprinkle oral capsule extended release 10 meq, 8 meq		2	MT

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
Non Frf			
Non-Frf			
acetasol hc otic solution 2-1 %		1	
ampicillin oral capsule 250 mg		1	
ampicillin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml		2	
budesonide nasal suspension 32 mcg/act	RHINOCORT ALLERGY	2	
cefuroxime sodium injection solution reconstituted 1.5 gm		2	PA
ciprofloxacin intravenous solution 400 mg/40ml		2	
claravis oral capsule 20 mg, 30 mg, 40 mg		4	
diazepam oral solution 1 mg/ml		2	PA
diazepam rectal gel 10 mg	DIASTAT ACUDIAL	2	
diazepam rectal gel 2.5 mg	DIASTAT PEDIATRIC	2	
estropipate oral tablet 1.5 mg		1	PA
gavilyte-h oral kit 5-210 mg-gm		2	
gengraf oral capsule 50 mg		2	PA; MT
gildagia oral tablet 0.4-35 mg-mcg		4	
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 5 MG		4	
ILARIS SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG		5	PA
ketoprofen oral capsule 50 mg, 75 mg		2	
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 50 MG		5	PA
lokara external lotion 0.05 %	DESOWEN	2	
menomune subcutaneous injectable		3	
methotrexate sodium (pf) injection solution 1 gm/40ml		2	PA
methotrexate sodium injection solution 50 mg/2ml		2	PA
necon 10/11 (28) oral tablet 35 mcg		4	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
nevirapine oral suspension 50 mg/5ml	VIRAMUNE	2	
sumatriptan succinate subcutaneous solution prefilled syringe 6 mg/0.5ml		2	QL (6 ML per 28 days)
triamterene-hctz oral capsule 50-25 mg		1	MT
TRISENOX INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/10ML		5	PA
vestura oral tablet 3-0.02 mg		2	MT
VYXEOS INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED 100-44 MG		5	PA
zazole vaginal cream 0.8 %		2	
ZENPEP ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 10000 UNIT, 15000-51000 UNIT, 20000-68000 UNIT, 25000 UNIT, 3000-10000 UNIT, 40000-136000 UNIT, 5000 UNIT		4	MT
ZINBRYTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML		5	PA; QL (1 ML per 28 days)
zovia 1/50e (28) oral tablet 1-50 mg-mcg		2	MT
Productos Sanguíneos / Modificadores / Expansores De Volumen			
Agentes Modificadores De Plaquetas			
ASPIRIN-DIPYRIDAMOLE ER ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR 25-200 MG	AGGRENOX	2	MT
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG		3	PA; MT
cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg		1	MT; CG
clopidogrel bisulfate oral tablet 75 mg	PLAVIX	1	MT; CG
prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	EFFIENT	2	MT; CG
ZONTIVITY ORAL TABLET 2.08 MG		4	
Anticoagulantes			

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
COUMADIN ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 2 MG, 2.5 MG, 3 MG, 4 MG, 5 MG, 6 MG, 7.5 MG		3	MT
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG, 5 MG		3	MT
ELIQUIS STARTER PACK ORAL TABLET 5 MG		3	MT
enoxaparin sodium injection solution 300 mg/3ml	LOVENOX	2	QL (30 ML per 30 days)
enoxaparin sodium subcutaneous solution 100 mg/ml	LOVENOX	2	QL (30 ML per 30 days)
enoxaparin sodium subcutaneous solution 120 mg/0.8ml, 80 mg/0.8ml	LOVENOX	2	QL (24 ML per 30 days)
enoxaparin sodium subcutaneous solution 150 mg/ml	LOVENOX	2	MT; QL (30 ML per 30 days)
enoxaparin sodium subcutaneous solution 30 mg/0.3ml	LOVENOX	2	QL (9 ML per 30 days)
enoxaparin sodium subcutaneous solution 40 mg/0.4ml	LOVENOX	2	QL (12 ML per 30 days)
enoxaparin sodium subcutaneous solution 60 mg/0.6ml	LOVENOX	2	QL (18 ML per 30 days)
fondaparinux sodium subcutaneous solution 10 mg/0.8ml	ARIXTRA	5	PA; QL (24 ML per 30 days)
fondaparinux sodium subcutaneous solution 2.5 mg/0.5ml	ARIXTRA	2	PA; QL (15 ML per 30 days)
fondaparinux sodium subcutaneous solution 5 mg/0.4ml	ARIXTRA	5	PA; QL (12 ML per 30 days)
fondaparinux sodium subcutaneous solution 7.5 mg/0.6ml	ARIXTRA	5	PA; QL (18 ML per 30 days)
heparin (porcine) in d5w intravenous solution 40-5 unit/ml-%, 50-5 unit/ml-%		2	PA
HEPARIN SOD (PORCINE) IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION 100 UNIT/ML		2	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
heparin sodium (porcine) injection solution 1000 unit/ml, 10000 unit/ml, 20000 unit/ml, 5000 unit/ml		2	PA
jantoven oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg		1	MT; CG
PRADAXA ORAL CAPSULE 110 MG, 150 MG, 75 MG		4	PA; MT
warfarin sodium oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg	COUMADIN	1	MT; CG
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG		3	MT
XARELTO STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 15 & 20 MG		3	
Hemostasis Agents			
tranexamic acid intravenous solution 1000 mg/10ml	CYKLOKAPRON	2	
tranexamic acid oral tablet 650 mg	LYSTEDA	2	
Modificadores De La Formación De Sangre			
anagrelide hcl oral capsule 0.5 mg	AGRYLIN	2	CG
anagrelide hcl oral capsule 1 mg		2	CG
GRANIX SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MCG/0.5ML, 480 MCG/0.8ML		5	PA
LEUKINE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 250 MCG		5	
MOZOBIL SUBCUTANEOUS SOLUTION 24 MG/1.2ML		5	PA
NEUPOGEN INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML		5	PA; QL (16 ML per 30 days)
NEUPOGEN INJECTION SOLUTION 480 MCG/1.6ML		5	PA; QL (25.6 ML per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
NEUPOGEN INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MCG/0.5ML		5	PA; QL (5 ML per 30 days)
NEUPOGEN INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 480 MCG/0.8ML		5	PA; QL (8 ML per 30 days)
PROCRIT INJECTION SOLUTION 10000 UNIT/ML, 2000 UNIT/ML, 3000 UNIT/ML, 4000 UNIT/ML		3	PA
PROCRIT INJECTION SOLUTION 20000 UNIT/ML, 40000 UNIT/ML		5	PA
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG		5	PA; LA; QL (360 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 25 MG		5	PA; LA; QL (180 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 50 MG		5	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 75 MG		5	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
Reguladores De Glucosa En Sangre			
Agentes Antidiabéticos			
acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	PRECOSE	2	MT; CG; QL (90 EA per 30 days)
BYDUREON BCISE SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 2 MG/0.85ML		3	MT; QL (3.4 ML per 28 days)
BYDUREON SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR 2 MG		3	MT; QL (4 EA per 28 days)
BYDUREON SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED ER 2 MG		3	MT; QL (4 EA per 28 days)
BYETTA 10 MCG PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 10 MCG/0.04ML		4	MT; QL (2.4 ML per 30 days)
BYETTA 5 MCG PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 5 MCG/0.02ML		4	MT; QL (1.2 ML per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
colesevelam hcl oral tablet 625 mg	WELCHOL	2	MT
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG		3	ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
FARXIGA ORAL TABLET 5 MG		3	ST; MT; QL (60 EA per 30 days)
glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg	AMARYL	1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
glipizide er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	GLUCOTROL XL	1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
glipizide oral tablet 10 mg, 5 mg	GLUCOTROL	1	MT; CG; QL (120 EA per 30 days)
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG		3	ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
glyxambi oral tablet 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)
metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 500 mg	GLUCOPHAGE XR	1	MT; CG; QL (120 EA per 30 days)
metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 750 mg	GLUCOPHAGE XR	1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
metformin hcl oral tablet 1000 mg	GLUCOPHAGE	1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
metformin hcl oral tablet 500 mg, 850 mg	GLUCOPHAGE	1	MT; CG; QL (90 EA per 30 days)
miglitol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	GLYSET	2	MT; CG; QL (90 EA per 30 days)
nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg	STARLIX	1	MT; CG; QL (90 EA per 30 days)
ONGLYZA ORAL TABLET 2.5 MG, 5 MG		3	ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
pioglitazone hcl oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg	ACTOS	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
repaglinide oral tablet 0.5 mg		1	MT; CG; QL (120 EA per 30 days)
repaglinide oral tablet 1 mg	PRANDIN	1	MT; CG; QL (120 EA per 30 days)
repaglinide oral tablet 2 mg	PRANDIN	1	MT; CG; QL (240 EA per 30 days)
SYMLINPEN 120 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2700 MCG/2.7ML		5	PA; QL (10.8 ML per 30 days)
SYMLINPEN 60 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 1500 MCG/1.5ML		3	PA; MT; QL (6 ML per 30 days)
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1000 MG, 12.5-500 MG, 5-1000 MG, 5-500 MG		3	ST; MT; QL (60 EA per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 12.5-1000 MG, 5-1000 MG		3	ST; MT; QL (60 EA per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25-1000 MG		3	ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
tolazamide oral tablet 250 mg		1	MT; CG; QL (120 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
tolazamide oral tablet 500 mg		1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
tolbutamide oral tablet 500 mg		1	MT; CG; QL (180 EA per 30 days)
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG		3	ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
VICTOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 18 MG/3ML		3	MT; QL (9 ML per 30 days)
WELCHOL ORAL PACKET 3.75 GM		3	MT
WELCHOL ORAL TABLET 625 MG		3	MT
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 10-500 MG		3	ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG, 5-1000 MG, 5-500 MG		3	ST; MT; QL (60 EA per 30 days)
Agentes Glicémicos			
GLUCAGEN HYPOKIT INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 1 MG		3	
GLUCAGON EMERGENCY INJECTION KIT 1 MG		3	
KORLYM ORAL TABLET 300 MG		5	PA; QL (120 EA per 30 days)
PROGLYCEM ORAL SUSPENSION 50 MG/ML		4	
Insulinas			
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 1 ML		3	MT; QL (100 EA per 30 days)
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML		3	MT
cvs gauze sterile pad 2"x2"	BAND-AID GAUZE SMALL	3	MT
EXEL COMFORT POINT PEN NEEDLE 29G X 12MM		3	MT; QL (100 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
HUMALOG KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML, 200 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (50-50) 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMALOG MIX 50/50 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (50-50) 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (75-25) 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMALOG MIX 75/25 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (75-25) 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMALOG SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMULIN 70/30 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMULIN 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMULIN N KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMULIN N SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMULIN R INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML		5	PA; QL (30 ML per 30 days)
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 500 UNIT/ML		5	PA; QL (30 ML per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
LANTUS SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
LANTUS SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
LEVEMIR FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
LEVEMIR SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
PREFERRED PLUS INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML	BD INSULIN SYRINGE MICROFINE	3	MT; QL (100 EA per 30 days)
RELI-ON INSULIN SYRINGE 29G 0.3 ML		3	MT
TOUJEO MAX SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
TOUJEO SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
Reguladores De Glucosa En Sangre			
glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg		1	MT; CG; QL (120 EA per 30 days)
JANUMET ORAL TABLET 50-1000 MG, 50-500 MG		3	ST; MT; QL (60 EA per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100-1000 MG		3	ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
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 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

Nombre Medicamento	Referncia de Marca	Nivel	Requisitos/Limites
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG		3	ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
KOMBIGLYZE XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG		3	ST; MT; QL (60 EA per 30 days)
KOMBIGLYZE XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG, 5-500 MG		3	ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
pioglitazone hcl-glimepiride oral tablet 30-2 mg, 30-4 mg	DUETACT	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
pioglitazone hcl-metformin hcl oral tablet 15-500 mg, 15-850 mg	ACTOPLUS MET	1	MT; CG; QL (90 EA per 30 days)
repaglinide-metformin hcl oral tablet 1-500 mg, 2-500 mg		1	MT; CG; QL (150 EA per 30 days)
Relajantes Musculo Esqueletales			
Relajantes Musculo Esqueletales			
cyclobenzaprine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg		2	PA
cyclobenzaprine hcl oral tablet 7.5 mg	FEXMID	2	PA
tizanidine hcl oral capsule 2 mg, 4 mg, 6 mg	ZANAFLEX	2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242**.**

A
abacavir sulfate....130
abacavir sulfate-lamivudine .130
abacavir-lamivudine-zidovudine 130
ABELCET....107
ABILIFY MAINTENA 101, 122
acamprosate calcium 17
acarbose....143
acebutolol hcl 25
acetaminophen-codeine....83
acetaminophen-codeine #3....83
acetasol hc 139
acetazolamide....35, 61
acetazolamide er....35
acetic acid....87
acetylcysteine 73
acitretin....40
ACTHIB....14
ACTIMMUNE 11
acyclovir....127
acyclovir sodium 127
ADACEL....14
ADAGEN....132
adapalene....40
ADCIRCA....75
adefovir dipivoxil....125
ADEMPAS....75
ADVAIR DISKUS....74, 76, 78
ADVAIR HFA 74, 76, 78
afeditab cr....26
AFINITOR 11, 117
AFINITOR DISPERZ....11
ala-cort....47
ALBENZA 120
albuterol sulfate....78
albuterol sulfate er....78
alclometasone dipropionate....48
ALDURAZYME....132
ALECENSA....117
alendronate sodium 71, 72
alfuzosin hcl er....46
ALIMTA 111
ALINIA 120
ALIQOPA 116
allopurinol 19
alosetron hcl 43
ALPHAGAN P....61
alprazolam 85
ALREX....62
altavera 51
ALUNBRIG 117
amantadine hcl....68, 132
AMBISOME 107
amikacin sulfate....86
amiloride hcl....34
amiloride-hydrochlorothiazide28
aminophylline....80
AMINOSYN II....134
aminosyn ii/electrolytes....134
aminosyn/electrolytes....134
AMINOSYN/ELECTROLYTE S....136
AMINOSYN-HBC....134
AMINOSYN-PF....134
AMINOSYN-RF 136
amiodarone hcl 32
AMITIZA 43
amitriptyline hcl 104
amlodipine besy-benazepril hcl 28
amlodipine besylate....26
amlodipine besylate-valsartan 28
amlodipine-olmesartan 28
amlodipine-valsartan-hctz 29
ammonium lactate 40
amnesteem....40
amoxapine 104
amoxicillin....91
amoxicillin-pot clavulanate ...91, 92
amoxicillin-pot clavulanate er 91
amphetamine-dextroamphet er 38
amphetamine-dextroamphetamine 38
amphotericin b....107
ampicillin....92, 139
ampicillin sodium....92
ampicillin-sulbactam sodium .92
AMPYRA....39
ANADROL-50 55
anagrelide hcl 142
anastrozole....116
ANDRODERM 55
ANORO ELLIPTA....73
APOKYN 68
aprepitant 106
apri....51
APRISO....70
APTIOM....97
APTIVUS 128
aranelle 51
ARCALYST 11
aripiprazole 101, 122
ARISTADA....123
armodafinil 65
ARNUITY ELLIPTA....76
ASPIRIN-DIPYRIDAMOLE ER....140
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR 146
atazanavir sulfate....128
atenolol 25
atenolol-chlorthalidone....29
atomoxetine hcl 39
atorvastatin calcium....33
atovaquone....120
atovaquone-proguanil hcl 120
ATRIPLA 130
atropine sulfate 63
ATROVENT HFA....77
AUBAGIO....39
aubra 52
AVASTIN....111
aviane....52
AVITA....40, 119, 120
azacitidine....111
AZASITE 93
azathioprine 11
azathioprine sodium....11
azelastine hcl 60, 75
azithromycin 93
AZITHROMYCIN 93
AZOPT 61
aztreonam 91
B
bacitracin 87
bacitracin-polymyxin b....63
bacitra-neomycin-polymyxin-hc 63

baclofen 66
balsalazide disodium 70
balziva 52
BANZEL 97
BARACLUDE 125
BAVENCIO 115
BCG VACCINE 14
BELEODAQ 112
benazepril hcl 36
benazepril-hydrochlorothiazide 29
BENLYSTA 11
benznidazole 120
benzoyl peroxide-erythromycin 40
benztropine mesylate 69
BEPREVE 60
betamethasone dipropionate .. 20, 40, 48
betamethasone dipropionate aug 20, 48
betamethasone valerate 21, 48
BETASERON 39
betaxolol hcl 25, 61
bethanechol chloride 46
BETOPTIC-S 61
bexarotene 120
BEXSERO 14
bicalutamide 110
BICILLIN L-A 92
BICNU 112
BIKTARVY 128
BILTRICIDE 120
bimatoprost 61, 64
bisoprolol fumarate 25
bisoprolol-hydrochlorothiazide 29
BIVIGAM 10
bleomycin sulfate 112
blephamide s.o.p. 21, 63
BOOSTRIX 14
bortezomib 112
BOSULIF 117
BOTOX 66, 67
BREO ELLIPTA 78
briellyn 52
BRILINTA 140
brimonidine tartrate 61
BRIVIACT 100
bromocriptine mesylate 59, 68
budesonide 43, 52, 70, 76, 139
bumetanide 35
buprenorphine hcl 18
buprenorphine hcl-naloxone hcl 18
bupropion hcl 101
bupropion hcl er (smoking det) 17
bupropion hcl er (sr) 101
bupropion hcl er (xl) 101
buspirone hcl 85
busulfan 110
butorphanol tartrate 80
BYDUREON 143
BYDUREON BCISE 143
BYETTA 10 MCG PEN 143
BYETTA 5 MCG PEN 143

C

cabergoline 59
CABOMETYX 117
calcipotriene 40
calcitonin (salmon) 72
calcitriol 72
calcium acetate (phos binder) . 47
CALQUENCE 117
camila 56
CANASA 70
candesartan cilexetil 31
candesartan cilexetil-hctz 29
CAPASTAT SULFATE 109
CAPRELSA 117
captopril 36
captopril-hydrochlorothiazide 29
CARBAGLU 137
carbamazepine 23, 97
carbamazepine er 23, 97
carbidopa-levodopa 69, 70
carbidopa-levodopa er 69
carbidopa-levodopa-entacapone 68
carboplatin 112
carteolol hcl 61
cartia xt 26
carvedilol 25
carvedilol phosphate er 25
caspofungin acetate 107
CAYSTON 73, 91
cefaclor 89
cefaclor er 89
cefadroxil 89
cefazolin sodium 89
cefdinir 89
cefepime hcl 90
cefixime 90
cefotaxime sodium 90
cefoxitin sodium 90
cefpodoxime proxetil 90
cefprozil 90
ceftazidime 90
ceftriaxone sodium 90
cefuroxime axetil 90
cefuroxime sodium 90, 139
celecoxib 19, 83, 84
CELONTIN 98
cephalexin 90
CERDELGA 132
CEREZYME 132
cetirizine hcl 75
CETRAXAL 94
cevimeline hcl 64
CHANTIX 17
CHANTIX CONTINUING MONTH PAK 17
CHANTIX STARTING MONTH PAK 17
CHEMET 136
chlorhexidine gluconate 64
chloroquine phosphate 120
chlorothiazide 35
chlorpromazine hcl 105, 121
chlorthalidone 35
CHOLBAM 42
cholestyramine light 33
ciclopirox 107
ciclopirox olamine 107
cilostazol 140
CILOXAN 94
CIMDUO 130
cimetidine 43
cimetidine hcl 43
CINRYZE 10
CIPRODEX 64
ciprofloxacin 94, 139
ciprofloxacin hcl 94
ciprofloxacin in d5w 94
cisplatin 112
citalopram hydrobromide 102
cladribine 112
claravis 40, 139
clarithromycin 93

clarithromycin er 93
clindamycin hcl 87
clindamycin palmitate hcl 87
clindamycin phosphate 87, 88
clindamycin phosphate in d5w 88
CLINIMIX/DEXTROSE (2.75/5) 134
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) 134
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/20) 134
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/25) 134
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) 134
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) 134
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) 135
CLINIMIX/DEXTROSE (5/25) 135
clofarabine 112
clomipramine hcl 104
clonazepam 96
clonidine hcl 31
clopidogrel bisulfate 140
clorazepate dipotassium 96
clotrimazole 107
clotrimazole-betamethasone ... 40
clozapine 122
COARTEM 120
colchicine 19
COLCHICINE 19
colchicine-probenecid 19
colesevelam hcl 144
colestipol hcl 33, 34
colistimethate sodium (cba) ... 89
colocort 70
COMBIGAN 61
COMBIVENT RESPIMAT ... 74
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) 117
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) 117
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) 117
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE 146
COMPLERA 129
constulose 45
CORLANOR 27
cortisone acetate 21, 48, 70
COTELLIC 117
COUMADIN 141
CREON 133
CRIXIVAN 128
cromolyn sodium 60, 79
cryselle-28 52
cvs gauze sterile 146
cyclafem 1/35 52
cyclafem 7/7/7 52
cyclobenzaprine hcl 149
cyclophosphamide 110
cyclosporine 11, 12
cyclosporine modified 11
cyproheptadine hcl 75
CYRAMZA 115
CYSTADANE 133
CYSTAGON 133
CYSTARAN 63
cytarabine 112
D
dacarbazine 112
dactinomycin 112
DAKLINZA 126
DALIRESP 80
danazol 55
dantrolene sodium 66
dapsone 109
DAPTACEL 15
daptomycin 88
DARZALEX 115
daunorubicin hcl 112
deblitane 52
delyla 52
DELZICOL 43, 70
DEMSER 29
DEPEN TITRATABS 12, 46, 136
DEPO-PROVERA 56
DESCOVY 130
desipramine hcl 104
desloratadine 75
desmopressin ace spray refrig 57
desmopressin acetate 57
desogestrel-ethinyl estradiol ... 52
desonide 48
desoximetasone 48
desvenlafaxine er 102
desvenlafaxine succinate er .. 102
dexamethasone 21, 48, 49, 70
dexamethasone intensol ... 21, 48, 70
dexamethasone sodium phosphate 21, 49, 62
DEXILANT 44
dexrazoxane 112
dextroamphetamine sulfate 38
dextrose 135
dextrose in lactated ringers ... 135
dextrose-nacl 135
DEXTROSE-NACL 135
DIASTAT ACUDIAL 100
DIASTAT PEDIATRIC 100
diazepam 100, 139
diazepam intensol 100
diclofenac potassium 19, 84
diclofenac sodium 19, 62, 84
DICLOFENAC SODIUM 40
diclofenac sodium er 19, 84
dicloxacillin sodium 92
dicyclomine hcl 44
didanosine 130
DIFICID 93
diflunisal 19, 84
digitek 28
digox 28
digoxin 28
DIGOXIN 28
dihydroergotamine mesylate .. 67
dilantin 97
DILANTIN 97
DILANTIN INFATABS 97
diltiazem hcl 26
diltiazem hcl er 26
diltiazem hcl er beads 26
diltiazem hcl er coated beads .. 26
dilt-xr 26
DIPENTUM 70
diphenhydramine hcl 69, 76, 105
diphenoxylate-atropine 42
DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS DT 15
disulfiram 17
divalproex sodium 24, 67, 96
divalproex sodium er .. 23, 67, 96
DOCETAXEL 112
dofetilide 32
donepezil hcl 18

dorzolamide hcl 61
dorzolamide hcl-timolol mal .. 61
doxazosin mesylate 30, 46
doxepin hcl 41, 65, 85, 104
doxorubicin hcl 112
doxorubicin hcl liposomal 112
doxy 100 95
doxycycline hyclate ... 41, 64, 95, 96
doxycycline monohydrate 41, 64, 96
dronabinol 106
drospirenone-ethinyl estradiol 52
DROXIA 110
duloxetine hcl 37, 85, 102
duramorph 81
DUREZOL 62
dutasteride 46
dutasteride-tamsulosin hcl 46
E
E.E.S. 400 94
econazole nitrate 107
EDURANT 129
efavirenz 129
eletriptan hydrobromide 66
ELIQUIS 141
ELIQUIS STARTER PACK 141
ELITEK 112
ELMIRON 46
EMCYT 119
EMEND 106
emoquette 52
EMPLICITI 115
EMSAM 102
EMTRIVA 130
enalapril maleate 36
enalapril-hydrochlorothiazide 29
endocet 83
ENGERIX-B 15
enoxaparin sodium 141
enpresse-28 52
ENSKYCE 52
entacapone 68
entecavir 125
ENTRESTO 31
enulose 45
EPCLUSA 126, 127
epinephrine 78, 79
EPIRUBICIN HCL 112
epitol 24, 97
EPIVIR HBV 125
eplerenone 34
ERIVEDGE 117
ERLEADA 110
errin 56
ery 94
ery-tab 94
erythrocin lactobionate 94
erythrocin stearate 94
erythromycin 94
erythromycin base 94
erythromycin ethylsuccinate ... 94
ESBRIET 74
escitalopram oxalate 86, 103
esomeprazole magnesium 44
esomeprazole sodium 44
estazolam 37
estradiol 56
estradiol valerate 52, 56
estropipate 56, 139
ethambutol hcl 109
ethosuximide 98
ethynodiol diac-eth estradiol .. 52
etidronate disodium 72
etodolac 19, 84
etodolac er 19, 84
etoposide 116
EURAX 121
EVOTAZ 128
EXEL COMFORT POINT PEN NEEDLE 146
exemestane 116
EXJADE 136
ezetimibe 34
ezetimibe-simvastatin 29
F
FABRAZYME 133
falmina 52
famciclovir 127, 128
famotidine 43
famotidine premixed 43
FANAPT 123
FANAPT TITRATION PACK 123
FARESTON 119
FARXIGA 144
FARYDAK 116
FASLODEX 113
felbamate 99
felodipine er 26
fenofibrate 33
fenofibrate micronized 32
fenofibric acid 33
fentanyl 80, 81, 82
fentanyl citrate 80, 81
FENTORA 80, 82
FERRIPROX 136
FETZIMA 103
FETZIMA TITRATION 103
finasteride 46
FIRAZYR 10
flecainide acetate 32
FLOVENT DISKUS 76
FLOVENT HFA 77
fluconazole 107, 108
fluconazole in sodium chloride 107
FLUCONAZOLE IN SODIUM CHLORIDE 107
flucytosine 108
fludarabine phosphate 111
fludrocortisone acetate 49
flunisolide 77
fluocinolone acetonide 49
fluocinolone acetonide scalp .. 49
fluocinonide 41, 49
fluocinonide emulsified base .. 49
fluorometholone 62
fluorouracil 41
FLUOROURACIL 41
fluoxetine hcl 103
fluphenazine decanoate 121
fluphenazine hcl 121
flurbiprofen 20, 84
flurbiprofen sodium 62
flutamide 110
fluticasone propionate 41, 49, 77
fluticasone-salmeterol 79
fluvastatin sodium 33
fluvoxamine maleate 103
fluvoxamine maleate er 103
FML 62
fondaparinux sodium 141
FORTEO 72
fosamprenavir calcium 129
fosinopril sodium 36
fosinopril sodium-hctz 29
FREAMINE HBC 137
furosemide 35
FUZEON 131

fyavolv....52
FYCOMPA....99
G
gabapentin....96
galantamine hydrobromide....18, 19
galantamine hydrobromide er.18
GAMASTAN S/D....10
GAMMAGARD....10
GAMMAGARD S/D LESS IGA....10
GAMMAPLEX....10
GAMUNEX-C....10
ganciclovir sodium....125
GARDASIL 9....15
gatifloxacin....94
GATTEX....42
gavilyte-c....45
gavilyte-g....45
gavilyte-h....139
gavilyte-n with flavor pack....45
gemcitabine hcl....111
gemfibrozil....33
generlac....45
gengraf....12, 139
gentak....86
gentamicin in saline....86
gentamicin sulfate....86, 87
GENVOYA....128
GEODON....22, 123
gianvi....52
gildagia....139
GILENYA....39
GILOTRIF....117
glatiramer acetate....39
GLATOPA....40
GLEOSTINE....113, 139
glimepiride....144
glipizide....144
glipizide er....144
glipizide-metformin hcl....148
GLOBAL ALCOHOL PREP EASE....88
GLUCAGEN HYPOKIT....146
GLUCAGON EMERGENCY....146
glycopyrrolate....44
glyxambi....144
GLYXAMBI....144
GOLYTELY....45
granisetron hcl....106
GRANIX....142
griseofulvin microsize....108
griseofulvin ultramicrosize...108
guanfacine hcl....31
guanfacine hcl er....39
guanidine hcl....22
H
HALAVEN....113
halobetasol propionate....49
haloperidol....121
haloperidol decanoate....121
haloperidol lactate....121
HARVONI....126, 127
HAVRIX....15
heparin (porcine) in d5w....141
HEPARIN SOD (PORCINE) IN D5W....141
heparin sodium (porcine)....142
hepatamine....135
HERCEPTIN....113
HETLIOZ....65
HEXALEN....110
HIBERIX....15
HUMALOG....147
HUMALOG KWIKPEN....147
HUMALOG MIX 50/50....147
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN....147
HUMALOG MIX 75/25....147
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN....147
HUMIRA....12, 13
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START....12
HUMIRA PEN....12
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER....12
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER....12
HUMULIN 70/30....147
HUMULIN 70/30 KWIKPEN....147
HUMULIN N....147
HUMULIN N KWIKPEN....147
HUMULIN R....147
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)....147
HUMULIN R U-500 KWIKPEN....147
hydralazine hcl....37
hydrochlorothiazide....35
hydrocodone-acetaminophen..83
hydrocodone-ibuprofen....83
hydrocortisone....21, 50, 70
hydrocortisone butyrate....50
hydrocortisone valerate....50
hydrocortisone-acetic acid....65
hydromorphone hcl....80
hydromorphone hcl pf....82
hydroxychloroquine sulfate..120
hydroxyurea....111
hydroxyzine hcl....85
I
ibandronate sodium....72
IBRANCE....116
ibu....20
ibuprofen....20, 84
ICLUSIG....117, 118
idarubicin hcl....113
IDHIFA....116
ifosfamide....113
ILARIS....11, 139
ILEVRO....62
imatinib mesylate....118
IMBRUVICA....118
IMFINZI....115
imipenem-cilastatin....91
imipramine hcl....104
imipramine pamoate....104
imiquimod....41
IMOGAM RABIES-HT....10
IMOVAX RABIES....15
INCASSIA....52
INCRELEX....57
INCRUSE ELLIPTA....73, 77
indapamide....35
INFANRIX....15
INLYTA....118
INTELENCE....129, 130
intralipid....135
INTRALIPID....135
INTRON A....125, 126, 127
introvale....52
INVANZ....91
INVEGA SUSTENNA....123
INVEGA TRINZA....123, 124
INVIRASE....129
INVOKAMET....144
INVOKAMET XR....144

INVOKANA 144
IONOSOL-MB IN D5W 135
IPOL 15
ipratropium bromide 77, 78
ipratropium-albuterol 74
irbesartan 31
irbesartan-hydrochlorothiazide 29, 35
IRESSA 118
irinotecan hcl 113
ISENTRESS 128
ISENTRESS HD 128
isibloom 52
ISOLYTE-P IN D5W 135
ISOLYTE-S 137
isoniazid 109
isosorbide dinitrate 36
isosorbide dinitrate er 36
isosorbide mononitrate 36
isosorbide mononitrate er 36
isotretinoin 41
isradipine 26
ISTODAX (OVERFILL) 113
itraconazole 108
ivermectin 120
IXIARO 15

J

JAKAFI 118
jantoven 142
JANUMET 148
JANUMET XR 148
JANUVIA 144
JARDIANCE 144
JENTADUETO 148
JENTADUETO XR 148, 149
jolivette 56
JULUCA 130
junel 1.5/30 53
junel 1/20 53
junel fe 1.5/30 53
junel fe 1/20 53
JUXTAPID 34

K

KADCYLA 113
KALETRA 129
KALYDECO 74
KANUMA 133
kariva 53
kcl in dextrose-nacl 135
kelnor 1/35 53
kelnor 1/50 53
ketoconazole 108
ketoprofen 139
ketorolac tromethamine 62
KEYTRUDA 11, 115, 139
KINRIX 15
kionex 137
KISQALI 200 DOSE 116
KISQALI 400 DOSE 116
KISQALI 600 DOSE 116
KISQALI FEMARA 200 DOSE 116
KISQALI FEMARA 400 DOSE 116
KISQALI FEMARA 600 DOSE 116
klor-con 137, 138
klor-con 10 ..... 137, 138
klor-con m10 ..... 137, 138
klor-con m15 ..... 137, 138
klor-con m20 ..... 137, 138
klor-con sprinkle 137, 138
KOMBIGLYZE XR 149
KORLYM 146
kurvelo 53
KUVAN 133
KYNAMRO 34
KYPROLIS 118

L

labetalol hcl 25
lactated ringers 135
lactulose 45
lamivudine 126, 130
lamivudine-zidovudine 130
lamotrigine 24, 96, 99
lamotrigine er 24, 99
lamotrigine starter kit-blue 99
lamotrigine starter kit-green 99
lamotrigine starter kit-orange 99
lansoprazole 44
lanthanum carbonate 47
LANTUS 148
LANTUS SOLOSTAR 148
larin 1.5/30 53
larin 1/20 53
larin fe 1.5/30 53
larin fe 1/20 53
LARTRUVO 115
LASTACAFT 60
latanoprost 64
LATUDA 124
leena 53
leflunomide 10, 11
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE 118
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE 118
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE 118
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE 118
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE 118
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE 118
lessina 53
LETAIRIS 75
letrozole 116
leucovorin calcium 111
LEUKERAN 110
LEUKINE 142
leuprolide acetate 59
levalbuterol hcl 79
levalbuterol tartrate 79
LEVEMIR 148
LEVEMIR FLEXTOUCH 148
levetiracetam 100
levetiracetam er 100
levetiracetam in nacl 100
levobunolol hcl 61
levocarnitine 135
levocetirizine dihydrochloride 76
levofloxacin 95
levofloxacin in d5w 95
levonest 53
levonorgest-eth estrad 91-day 53
levonorgestrel-ethinyl estrad 53
levora 0.15/30 (28) 53
levo-t 58
levothyroxine sodium 58
levoxyl 58
LEXIVA 129
lidocaine 85
lidocaine hcl 85
lidocaine hcl (pf) 85
lidocaine viscous 85
lidocaine-prilocaine 85
lindane 121
linezolid 88
LINEZOLID 88

LINZESS 43
liothyronine sodium 58
lisinopril 36
lisinopril-hydrochlorothiazide 29
LITHIUM 24
lithium carbonate 24
lithium carbonate er 24
lokara 139
LONSURF 111
loperamide hcl 42
lopinavir-ritonavir 129
lorazepam 85
lorcet 83
lorcet hd 83
lorcet plus 83
loryna 53
losartan potassium 31
losartan potassium-hctz 29
LOTEMAX 62
lovastatin 33
low-ogestrel 53
loxapine succinate 122
LUMIGAN 64
LUMIZYME 73
LUPANETA PACK 59
LUPRON DEPOT (1-MONTH) 59
LUPRON DEPOT (3-MONTH) 59
LUPRON DEPOT (4-MONTH) 59
LUPRON DEPOT (6-MONTH) 59
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) 59
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) 59
lutera 53
LYNPARZA 113
LYRICA 38, 99
LYRICA CR 99
LYSODREN 58
lyza 56

M

magnesium sulfate 137
malathion 121
maprotiline hcl 101
marlissa 53, 56
MARPLAN 102
MATULANE 110
matzim la 27
MAVYRET 126
MAXIDEX 62
meclizine hcl 105
medroxyprogesterone acetate 56, 57
mefloquine hcl 120
megestrol acetate 57
MEKINIST 118
meloxicam 20, 84
melphalan hcl 110
memantine hcl 18
memantine hcl er 18
MENACTRA 15
menest 56
menomune 139
MENVEO 15
meperidine hcl 81
mercaptopurine 13
meropenem 91
mesalamine 70
mesna 113
MESNEX 113
metadate er 39
metformin hcl 145
metformin hcl er 144
methadone hcl 82
methazolamide 35, 61
methenamine hippurate 88
methimazole 60
methotrexate 13
methotrexate sodium 13, 139
methotrexate sodium (pf) 13, 139
methoxsalen rapid 41
methyclothiazide 35
methylphenidate hcl 39
methylphenidate hcl er 39
methylprednisolone 21, 50, 71
methylprednisolone acetate 21, 50, 71
methylprednisolone sodium succ 21, 50, 71
metipranolol 61
metoclopramide hcl 42, 105
metolazone 35
metoprolol succinate er 25
metoprolol tartrate 25
metoprolol-hydrochlorothiazide 30
metronidazole 88
metronidazole in nacl 88
mexiletine hcl 32
MIACALCIN 72
microgestin 1.5/30 53
microgestin 1/20 53
microgestin fe 1.5/30 53
microgestin fe 1/20 54
midodrine hcl 31
migergot 67
miglitol 145
miglustat 133
minitran 36
minocycline hcl 64, 96
minoxidil 37
mirtazapine 101
misoprostol 45, 58
mitomycin 113
mitoxantrone hcl 40, 111
M-M-R II 15
modafinil 65
moderiba 127
moexipril hcl 36
moexipril-hydrochlorothiazide 30
mometasone furoate 50
mononessa 54
montelukast sodium 77
morphine sulfate 81, 82
MORPHINE SULFATE 81, 82
morphine sulfate (concentrate) 81, 82
MORPHINE SULFATE (PF) 81
morphine sulfate er 82
morphine sulfate er beads 82
MOVANTIK 42
MOVIPREP 45
MOXEZA 95
moxifloxacin hcl 95
MOZOBIL 142
MULTAQ 32
mupirocin 88
mupirocin calcium 88
MUSTARGEN 113
MYCAMINE 108
mycophenolate mofetil 13
mycophenolate mofetil hcl 13
mycophenolate sodium 13
MYLOTARG 113
myorisan 41
MYRBETRIQ 46

N
nabumetone 20, 84
nadolol 25
nafcillin sodium 92
NAGLAZYME 133
naloxone hcl 17
naltrexone hcl 17, 18
NAMENDA XR TITRATION PACK 18
naproxen 20, 84
naproxen dr 20, 84
naproxen sodium 20, 84
naratriptan hcl 66
NATACYN 108
nateglinide 145
NATPARA 72
NEBUPENT 120
necon 0.5/35 (28) 54
necon 10/11 (28) 139
necon 7/7/7 54
nefazodone hcl 101
neomycin sulfate 87
neomycin-bacitracin zn-polymyx 63
neomycin-polymyxin-dexameth 63
neomycin-polymyxin-gramicidin 63
neomycin-polymyxin-hc ..63, 65
NEORAL 13
NEPHRAMINE 135
NERLYNX 118
NEUPOGEN 142, 143
NEUPRO 68
NEVANAC 62
nevirapine 130, 140
nevirapine er 130
NEXAVAR 118
niacin er (antihyperlipidemic) 34
niacor 34
nicardipine hcl 27
NICOTROL 17
NICOTROL NS 17
nifedipine 27
nifedipine er 27
nifedipine er osmotic release ..27
nikki 54
nilutamide 110
nimodipine 27
NINLARO 113
NIPENT 114
nisoldipine er 27
nitro-bid 37
NITRO-DUR 37
nitrofurantoin macrocrystal 88
nitrofurantoin monohyd macro 88
nitroglycerin 37
nizatidine 43
nora-be 54
NORDITROPIN FLEXPRO ..57
norethindrone 57
norethindrone acetate 57
norlyroc 54
NORMOSOL-M IN D5W 135
NORMOSOL-R IN D5W 135
NORMOSOL-R PH 7.4 137
NORTHERA 31
nortrel 0.5/35 (28) 54
nortrel 1/35 (21) 54
nortrel 1/35 (28) 54
nortrel 7/7/7 54
nortriptyline hcl 104, 105
NORVIR 129
NOXAFIL 108
NUCALA 74
NUEDEXTA 37
NULOJIX 13
nulytely with flavor packs 45
NUPLAZID 124
nutrilipid 136
NUVARING 54
nyamyc 108
nystatin 108
nystatin-triamcinolone 41
nystop 108
O
ocella 54
octreotide acetate 59
ODEFSEY 131
ODOMZO 119
OFEV 74, 119
ofloxacin 95
olanzapine 22, 124
olanzapine-fluoxetine hcl 102
olmesartan medoxomil 31
olmesartan medoxomil-hctz ..30, 31
olmesartan-amlodipine-hctz ... 30
olopatadine hcl 61, 76
omega-3-acid ethyl esters 34
omeprazole 44
ondansetron 107
ondansetron hcl 106, 107
ONFI 96
ONGLYZA 145
OPDIVO 115
OPSUMIT 75
ORFADIN 133
ORKAMBI 74
orsythia 54
oseltamivir phosphate 132
OTEZLA 13
oxacillin sodium 92
oxaliplatin 114
oxandrolone 56
oxaprozin 20, 84
oxcarbazepine 98
oxybutynin chloride 47
oxybutynin chloride er 47
oxycodone hcl 81
oxycodone-acetaminophen 83
P
pacerone 32
paclitaxel 114
paliperidone er 124
pamidronate disodium 72
PANRETIN 120
pantoprazole sodium 44, 45
paricalcitol 72
paromomycin sulfate 87
paroxetine hcl 86, 103
paroxetine hcl er 86, 103
paser 109
PAXIL 86, 103
PAZEO 61
PEDIARIX 15
PEDVAX HIB 16
peg 3350/electrolytes 45
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl ... 45
peg-3350/electrolytes 45
PEGANONE 98
PEGASYS 127
penicillin g pot in dextrose 92
penicillin g potassium 92
penicillin g procaine 93
penicillin g sodium 93
penicillin v potassium 93
PENTAM 121
pentoxifylline er 28

PERFOROMIST 79
perindopril erbumine 36
periogard 64
permethrin 121
perphenazine 105, 122
perphenazine-amitriptyline ... 102
phenadoz 105
phenelzine sulfate 102
phenobarbital 96, 97
PHENYTEK 98
phenytoin 98
phenytoin sodium 98
phenytoin sodium extended 98
PHOSPHOLINE IODIDE 61
pilocarpine hcl 61, 64
pimozide 122
pimtrea 54
pindolol 25
pioglitazone hcl 145
pioglitazone hcl-glimepiride 149
pioglitazone hcl-metformin hcl 149
piperacillin sod-tazobactam so93
pirmella 1/35 54
piroxicam 20, 84
PLASMA-LYTE 148 137
PLASMA-LYTE A 137
podofilox 41
polyethylene glycol 3350 45
polymyxin b-trimethoprim 63
POMALYST 110
portia-28 54
potassium chloride 138
potassium chloride crys er 137
potassium chloride er 138
potassium chloride in dextrose 136
potassium chloride in nacl 138
potassium citrate er 46
PRADAXA 142
pramipexole dihydrochloride . 69
pramipexole dihydrochloride er 69
prasugrel hcl 140
pravastatin sodium 33
prazosin hcl 30, 46
prednisolone 21, 50, 71
prednisolone acetate ... 21, 62, 71
prednisolone sodium phosphate 21, 51, 62, 71
prednisone 22, 51, 71
prednisone intensol 22, 51, 71
PREFERRED PLUS INSULIN SYRINGE 148
PREMARIN 56
premasol 136
PREMASOL 136
PREMPRO 54
prenatal 136
prevalite 34
previfem 54
PREVYMIS 125
PREZCOBIX 129
PREZISTA 129
PRIFTIN 109
PRIMAQUINE PHOSPHATE 121
primidone 97
PRIVIGEN 10
probenecid 19
PROCALAMINE 136
prochlorperazine 105
prochlorperazine edisylate ... 105, 122
prochlorperazine maleate 105, 122
PROCRIT 143
procto-pak 51
proctosol hc 71
proctozone-hc 42, 51
progesterone micronized 57
PROGLYCEM 146
PROGRAF 14
PROLASTIN-C 73
PROLEUKIN 114
PROLIA 72
PROMACTA 143
promethazine hcl 76, 105
propafenone hcl 32
propafenone hcl er 32
proparacaine hcl 63
propranolol hcl 25, 26
propranolol hcl er 25
propranolol-hctz 30
propylthiouracil 60
PROQUAD 16
PROSOL 136
protriptyline hcl 105
PULMICORT FLEXHALER. 77
PULMOZYME 74
PURIXAN 111
pyrazinamide 109
pyridostigmine bromide 22
pyridostigmine bromide er 22

Q

QUADRACEL 16
quasense 54
quetiapine fumarate . 22, 23, 102, 124
quetiapine fumarate er ... 22, 101, 124
quinapril hcl 36
quinapril-hydrochlorothiazide 30
quinidine gluconate er 32
quinidine sulfate 32
quinine sulfate 121

R

RABAVERT 16
RADICAVA 37
raloxifene hcl 55
ramipril 36
RANEXA 28
ranitidine hcl 43, 44
RAPAMUNE 14
rasagiline mesylate 69
RAVICTI 133
REBETOL 126, 127
reclipsen 54
RECOMBIVAX HB 16
REGRANEX 41
RELENZA DISKHALER 132
RELI-ON INSULIN SYRINGE 148
RELISTOR 43
REMICADE 14
REMODULIN 75
repaglinide 145
repaglinide-metformin hcl 149
REPATHA 34
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM 34
REPATHA SURECLICK 34
RESCRIPTOR 130
RESTASIS 63
RETROVIR 131
REVATIO 75
REVLIMID 110, 111
REXULTI 124
REYATAZ 129
ribasphere 126, 127

ribavirin 126, 127
rifabutin 109
rifampin 109
RIFATER 109
riluzole 37
rimantadine hcl 132
ringers 136
risedronate sodium 72
RISPERDAL CONSTA 23, 124
risperidone 23, 124, 125
ritonavir 129
RITUXAN 115
rivastigmine 19
rivastigmine tartrate 19
rizatriptan benzoate 66
ropinirole hcl 69
ropinirole hcl er 69
rosuvastatin calcium 33
ROTARIX 16
ROTATEQ 16
roweepra 100
roweepra xr 100
ROZEREM 65
RUBRACA 114
RYDAPT 119
S
SABRIL 97
SANDIMMUNE 14
SANDOSTATIN LAR DEPOT 60
SANTYL 41
SAPHRIS 23, 125
SAVELLA 38
SAVELLA TITRATION PACK 38
scopolamine 106
selegiline hcl 69
selenium sulfide 41
SELZENTRY 131
SENSIPAR 72, 73
SEREVENT DISKUS 79
sertraline hcl 86, 104
sevelamer carbonate 47
sharobel 54
SHINGRIX 16
SIGNIFOR 60
SIGNIFOR LAR 60
sildenafil citrate 75
SILENOR 85, 105
silver sulfadiazine 95
SIMBRINZA 61
simvastatin 33
sirolimus 14
SIROLIMUS 14
SIRTURO 109
SIVEXTRO 88
sodium chloride 138
sodium fluoride 138
sodium phenylbutyrate 46, 133
sodium polystyrene sulfonate 137
SOLTAMOX 119
SOLU-CORTEF 22, 51, 71
SOMATULINE DEPOT 60
SOMAVERT 60
sorine 32
sotalol hcl 32
sotalol hcl (af) 32
SOVALDI 126, 127
SPIRIVA HANDIHALER 78
SPIRIVA RESPIMAT 78
spironolactone 35
spironolactone-hctz 30
sprintec 28 54
SPRITAM 101
SPRYCEL 119
sps 137
sronyx 54
ssd 95
stavudine 131
sterile water for irrigation 136
STIOLTO RESPIMAT 73
STIVARGA 119
streptomycin sulfate 87
STRIBILD 128
SUBOXONE 18
SUCRAID 133
sucralfate 45
sulfacetamide sodium 63, 95
sulfacetamide-prednisolone 22, 63
sulfadiazine 95
sulfamethoxazole-trimethoprim 95
SULFAMYLON 89
sulfasalazine 71
sulindac 20, 84
sumatriptan 66
sumatriptan succinate 66, 67, 140
sumatriptan succinate refill 67
suprax 91
SUPRAX 90, 91
SUPREP BOWEL PREP KIT 138
SUTENT 119
SYLATRON 111, 127
SYMBICORT 75
SYMFI 131
SYMFI LO 131
SYMLINPEN 120 145
SYMLINPEN 60 145
SYNAGIS 10
SYNAREL 60
SYNERCID 89
SYNJARDY 145
SYNJARDY XR 145
SYNRIBO 111
SYNTHROID 58
T
TABLOID 111
tacrolimus 14, 41
TAFINLAR 119
TAGRISSO 119
TAMIFLU 132
tamoxifen citrate 119
tamsulosin hcl 46
TARCEVA 119
TARGRETIN 120
tarina fe 1/20 54
TASIGNA 119
tazarotene 42
TAZORAC 42
taztia xt 27
TECENTRIQ 115
TEFLARO 91
TEGRETOL 24, 98
TEGRETOL-XR 24, 98
telmisartan-hctz 30
temazepam 65
tenivac 16
tenofovir disoproxil fumarate 126
terazosin hcl 30, 46
terbinafine hcl 108
terbutaline sulfate 79
terconazole 108, 109
testosterone 55
testosterone cypionate 55
testosterone enanthate 55

TETANUS-DIPHTHERIA TOXOIDS TD 16
TETRABENAZINE 37
THALOMID 110
theo-24 80
theophylline 80
theophylline er 80
thioridazine hcl 122
thiothixene 122
tiagabine hcl 97
tigecycline 89
timolol maleate 26, 62, 67
TIVICAY 128
tizanidine hcl 66, 149
TOBRADEX 87
tobramycin 87
tobramycin sulfate 87
tobramycin-dexamethasone 63
TOBREX 87
tolazamide 145, 146
tolbutamide 146
tolterodine tartrate 47
tolterodine tartrate er 47
topiramate 67, 100
topiramate er 99
toposar 116
topotecan hcl 116
torsemide 35
TOUJEO MAX SOLOSTAR 148
TOUJEO SOLOSTAR 148
tpn electrolytes 136
TRADJENTA 146
tramadol hcl 81
tramadol-acetaminophen 83
trandolapril 36
tranexamic acid 142
TRANSDERM-SCOP (1.5 MG) 44, 106
tranylcypromine sulfate 102
TRAVASOL 136
TRAVATAN Z 64
trazodone hcl 102
TREANDA 114
TRECATOR 109
TRELEGY ELLIPTA 75
TRELSTAR MIXJECT 60
tretinoin 42, 120
triamcinolone acetonide 42, 51, 64
triamterene-hctz 30, 140
triderm 51
trientine hcl 137
trifluoperazine hcl 122
trifluridine 128
trihexyphenidyl hcl 69
tri-legest fe 55
trilyte 45
trimethoprim 89
trimipramine maleate 105
trinessa (28) 55
TRINTELLIX 104
tri-previfem 55
TRISENOX 114, 140
tri-sprintec 55
TRIUMEQ 132
trivora (28) 55
TROPHAMINE 136
trospium chloride 47
TRUMENBA 16
TRUVADA 131
TWINRIX 16
TYBOST 132
TYKERB 119
TYPHIM VI 16
TYSABRI 11, 40

U

ULORIC 19
unithroid 58
UPTRAVI 28
ursodiol 43

V

valacyclovir hcl 128
VALCHLOR 42, 110
valganciclovir hcl 125
valproate sodium 24, 68, 97
valproic acid 24, 68, 97
valsartan 31
valsartan-hydrochlorothiazide 30
vancomycin hcl 89
vandazole 89
VAQTA 16, 73
VARIVAX 16
VARIZIG 17
VASCEPA 34
VELCADE 114
velivet 55
VEMLIDY 126
VENCLEXTA 114
VENCLEXTA STARTING PACK 114
venlafaxine hcl 86, 104
venlafaxine hcl er 86, 104
VENTAVIS 75
VENTOLIN HFA 79
verapamil hcl 27
verapamil hcl er 27
VERSACLOZ 122
VERZENIO 116
VESICARE 47
vestura 140
VICTOZA 146
VIDEX 131
VIDEX EC 131
vigabatrin 97
VIIBRYD 104
VIIBRYD STARTER PACK 104
VIMPAT 98
vinblastine sulfate 114
vincasar pfs 114
vincristine sulfate 114
vinorelbine tartrate 114
VIRACEPT 129
VIRAMUNE 130
VIREAD 126, 131
voriconazole 109
VOSEVI 126
VOTRIENT 119
VPRIV 133
VRAYLAR 23, 125
vyfemla 55
VYXEOS 115, 140

W

warfarin sodium 142
WELCHOL 34, 146

X

XALKORI 119
XARELTO 142
XARELTO STARTER PACK 142
XATMEP 14
XELJANZ 14
XELJANZ XR 14
XGEVA 73
XIFAXAN 43, 89
XIGDUO XR 146
XOLAIR 75
XTAMPZA ER 83

XTANDI....110
XURIDEN....133
XYREM....65
Y
YERVOY....111
YF-VAX....17
YONDELIS....115
YONSA....110
Z
zafirlukast....77
zaleplon....65
ZALTRAP....111
ZAVESCA....133
zazole....140
ZEJULA....115
ZELBORAF....119
ZEMAIRA....73
zenatane....42
zenchent....55
ZENPEP....134, 140
ZERIT....131
zidovudine....131
ZINBRYTA....140
ziprasidone hcl....23, 125
ZIRGAN....125
zoledronic acid....73
ZOLINZA....109, 116
zolmitriptan....67
zolpidem tartrate....66
zolpidem tartrate er....65
zonisamide....99
ZONTIVITY....140
ZORTRESS....14
ZOSTAVAX....17
zovia 1/35e (28)....55
zovia 1/50e (28)....140
ZYDELIG....117
ZYKADIA....119
ZYTIGA....110

Este formulario fue actualizado el 1 de diciembre de 2018. Para información más reciente, o para otras preguntas, por favor, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado de First+Plus al 787-522-7800 (Área Metro*)*, 1-888-767-7717 (libre de cargos); o usuarios de TTY deben llamar al 1-877-672-4242, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. o visite www.firstpluspr.com.

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

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

Esta información está disponible gratis en otros idiomas. Por favor llama a nuestro número de Servicios al Afiliado al 787-522-7800 (Área Metro), 1-888-767-7717 (libre de cargos), o al 1-877-672-4242 TTY (audioimpedidos), lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

This information is available for free in other languages. Please call our Member Services number at* 787-522-7800 *(Metro Area),* 1-888-767-7717 *(toll free) or* 1-877-672-4242 *TTY (hearing impaired), Monday through Sunday, from 8:00 a.m. to 8:00 p.m.

H7522
Y0049_2018 1085 0002 2
File & Use 09062017
CMS Accepted