

Medicare y Mucho Más / PMC Medicare Choice

MMM Diamante Platino (HMO SNP)

MMM Relax Platino (HMO SNP)

MMM Valor Platino (HMO SNP)

MMM Grande Platino (HMO SNP)

MMM Bono Platino (HMO SNP)

PMC Premier Platino (HMO SNP)

Formulario para 2022

(Lista de Medicamentos Cubiertos)

POR FAVOR, LEA LO SIGUIENTE: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN

HPMS ID 22549, Versión 24

Este formulario fue actualizado el 22 de noviembre de 2022. Para información más reciente o para otras preguntas, por favor, comuníquese con Servicios al Afiliado de MMM Healthcare, LLC, al 1-866-333-5470 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-333-5469), de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., o visite www.mmmpr.com.

Nota para los afiliados actuales: Este formulario ha cambiado desde el año pasado. Por favor, revise este documento para asegurarse de que aún contiene los medicamentos que toma.

Cuando esta Lista de Medicamentos (Formulario) dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, hace referencia a MMM Healthcare, LLC. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a MMM Diamante Platino/MMM Relax Platino/MMM Valor Platino/MMM Grande Platino/MMM Bono Platino/PMC Premier Platino.

Este documento incluye una lista de los medicamentos (Formulario) de nuestro plan, la cual está en vigencia desde el 22 de noviembre 2022. Para obtener un formulario actualizado, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en la portada y en la contraportada.

Generalmente, tiene que visitar las farmacias de la red para usar su beneficio de medicamentos recetados. Los beneficios, el Formulario, la red de farmacias y/o los copagos/el coaseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2022 y periódicamente durante el año.

¿Qué es el Formulario de Medicare y Mucho Más / PMC Medicare Choice?

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

¿Puede cambiar el Formulario (lista de medicamentos)?

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

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

- **Nuevos medicamentos genéricos.** Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de Medicamentos si lo reemplazamos con un nuevo medicamento genérico que aparecerá en el mismo nivel o en un nivel de costo compartido más bajo y con las mismas o menos restricciones. Además, cuando agreguemos el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de Medicamentos, pero inmediatamente moverlo a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones. Si actualmente está tomando ese medicamento de marca, quizás no le informemos con antelación antes de que realicemos el cambio, pero más adelante le proporcionaremos información sobre el(los) cambio(s) específico(s) que hemos realizado.
 - Si hacemos dicho cambio, usted o el médico que le receta puede solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. En el aviso que le proporcionamos también se incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y usted también puede encontrar información en la sección a continuación titulada “¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de Medicare y Mucho Más / PMC Medicare Choice?”.
- **Medicamentos retirados del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos considera que un medicamento de nuestro Formulario no es seguro o el fabricante del medicamento lo retira del mercado, eliminaremos de inmediato dicho medicamento de nuestro Formulario y le notificaremos a los afiliados que toman el medicamento en cuestión.
- **Otros cambios.** Podemos hacer otros cambios que afectan a los afiliados que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca que actualmente se encuentre en el Formulario o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o moverlo a un nivel de costo compartido diferente o ambos. O bien, podemos hacer cambios basados en nuevas pautas clínicas. Si retiramos medicamentos de nuestro Formulario, o agregamos pre-autorizaciones, restricciones de límite de cantidad o de terapia escalonada en un medicamento, tenemos que notificarles a los afiliados afectados por el cambio, al menos 30 días antes de que entre en vigencia dicho cambio, o cuando el afiliado solicite una repetición del medicamento, momento en el cual el afiliado recibirá un suministro del medicamento para un mes.
 - Si realizamos estos otros cambios, usted o el médico que le receta puede solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. En el aviso que le proporcionamos también se incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y usted también

puede encontrar información en la sección a continuación titulada “¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de Medicare y Mucho Más / PMC Medicare Choice?”.

Cambios que no le afectarán si actualmente toma el medicamento. En general, si usted toma un medicamento en nuestro Formulario para 2022 que estaba cubierto al comienzo del año, nosotros no descontinuaremos ni reduciremos la cubierta del medicamento durante el año de póliza 2022, excepto como descrito anteriormente. Esto significa que, por el resto del año de cubierta, estos medicamentos continuarán disponibles al mismo costo compartido y sin nuevas restricciones para aquellos afiliados que estén tomándolos. No recibirá notificación directa este año sobre los cambios que no le afectan. Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, dichos cambios le afectarían, y es importante consultar la Lista de Medicamentos para el nuevo año de beneficios con respecto a cualquier cambio en los medicamentos.

El Formulario adjunto es vigente a partir del 1 de enero de 2022. Para recibir información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por nuestro plan, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en la portada y en la contraportada. En el caso de cambios al Formulario a mediados de año en medicamentos que no son de mantenimiento, todos los afiliados afectados serán notificados por correo (al menos 60 días antes de que el cambio entre en vigencia). Además, una versión actualizada de nuestro Formulario impreso se actualizará la primera semana del mes de efectividad y se publicará en nuestro sitio web: www.mmmpr.com.

¿Cómo utilizo el Formulario?

Hay dos formas de encontrar su medicamento dentro del Formulario:

Condición médica

El Formulario comienza en la página 11. Los medicamentos en este Formulario están agrupados por categorías según el tipo de condiciones médicas para las cuales son utilizados. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar una condición cardíaca se agrupan dentro de la categoría Agentes Cardiovasculares. Si sabe para qué se utiliza su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que empieza en la página 9. Luego, busque su medicamento debajo del nombre de la categoría.

Lista en orden alfabético

Si no está seguro de cuál categoría consultar, debe buscar su medicamento en el Índice que comienza en la página 148. El Índice proporciona una lista en orden alfabético de todos los medicamentos incluidos en este documento. En el Índice, están tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Busque en el Índice y encuentre su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de página donde puede encontrar información sobre la cubierta. Vaya a la página que aparece en el Índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

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

¿Hay alguna restricción en mi cubierta?

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

- **Preautorización:** Nuestro plan exige que usted o su médico obtenga una pre-autorización para determinados medicamentos. Esto significa que necesitará contar con la aprobación de nuestro plan antes de obtener sus medicamentos con receta. Si no consigue la autorización, es posible que nuestro plan no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad:** Para ciertos medicamentos, nuestro plan limita la cantidad del medicamento que cubrirá. Por ejemplo, nuestro plan proporciona 60 tabletas por receta para *glimepiride*. Esto puede ser adicional a un suministro estándar para un mes o tres meses.
- **Terapia escalonada:** En algunos casos, nuestro plan requiere que usted primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su condición médica antes de que cubramos otro medicamento para esa enfermedad. Por ejemplo, si tanto el medicamento A como el medicamento B tratan su condición médica, es posible que nuestro plan no cubra el medicamento B a menos que usted pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, entonces nuestro plan cubrirá el medicamento B.

Para averiguar si su medicamento tiene requisitos adicionales o límites, consulte el Formulario que empieza en la página 11. También puede obtener más información sobre las restricciones que aplican a medicamentos cubiertos específicos en nuestro sitio web. Hemos publicado documentos en línea que explican nuestras restricciones de pre-autorización y terapia escalonada. También puede pedirnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en la portada y en la contraportada.

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

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

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

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

- Puede pedirle a Servicios al Afiliado una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por nuestro plan. Cuando reciba la lista, muéstrésela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por nuestro plan.
- Puede solicitar que nuestro plan haga una excepción y cubra su medicamento. Consulte a continuación para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo solicito que se haga una excepción al Formulario de Medicare y Mucho Más / PMC Medicare Choice?

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

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

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

Por lo general, nuestro plan solo aprobará su solicitud de excepción si las alternativas de medicamentos incluidas en el Formulario del plan, o las restricciones de uso adicionales no fueran tan efectivas para tratar su condición o pudieran causarle efectos médicos adversos.

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

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

Como afiliado nuevo o que ya estaba en nuestro plan, es posible que esté tomando medicamentos que no estén incluidos en nuestro Formulario. O, puede que esté tomando un medicamento incluido en nuestro Formulario, pero su capacidad para conseguirlo es limitada. Por ejemplo, podría necesitar nuestra preautorización antes de poder obtener su medicamento con receta. Debe consultar con su médico para decidir si debe cambiar su medicamento por uno apropiado que nosotros cubramos o solicitar una excepción al Formulario para que le cubramos el medicamento que toma. Mientras evalúa con su médico el curso a seguir más apropiado en su caso, podemos cubrir su medicamento, en algunos casos, durante los primeros 90 días en que usted sea un afiliado de nuestro plan.

Por cada uno de sus medicamentos que no estén incluidos en nuestro Formulario, o si su capacidad para conseguir sus medicamentos es limitada, cubriremos un suministro temporero para 30 días. Si su receta está hecha para menos días, permitiremos que obtenga repeticiones por un máximo de hasta 30 días del medicamento. Después del primer suministro para 30 días, no pagaremos por estos medicamentos, incluso si ha sido afiliado del plan por menos de 90 días.

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

Para aquellos afiliados que son dados de alta de un hospital o de cualquiera otra institución de cuidado a sus hogares, o si su capacidad para obtener sus medicamentos es limitada, nuestro plan proveerá un suministro temporero de 30 días de los medicamentos que no están en nuestro Formulario o que tienen una restricción de uso, mientras le pide a su médico que le recete un medicamento similar que esté cubierto por nuestro plan.

Para obtener más información

Para obtener información más detallada sobre la cubierta de medicamentos recetados de su plan, consulte su Evidencia de Cubierta y otros materiales del plan.

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

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

Formulario de MMM Diamante Platino/MMM Relax Platino/MMM Valor Platino/MMM Grande Platino/MMM Bono Platino/PMC Premier Platino

El formulario a continuación proporciona información sobre la cubierta de medicamentos cubiertos por nuestro plan. Si tiene alguna dificultad para encontrar en la lista el medicamento que toma, consulte el Índice que comienza en la página 148.

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

La información incluida en la columna de Requisitos/Límites indica si el plan tiene algún requisito especial para la cubierta de su medicamento.

Estructura de beneficios

MMM Diamante Platino (HMO-SNP)	Medicamento	Copago por cantidad al detal (30 días)	Copago por cantidad al detal (90 días)	Copago por orden por correo (90 días)
	Medicamentos Cubiertos	\$0.00	\$0.00	\$0.00

MMM Relax Platino (HMO-SNP)	Medicamento	Copago por cantidad al detal (30 días)	Copago por cantidad al detal (90 días)	Copago por orden por correo (90 días)
	Medicamentos Cubiertos	\$0.00	\$0.00	\$0.00

MMM Valor Platino (HMO-SNP)	Medicamento	Copago por cantidad al detal (30 días)	Copago por cantidad al detal (90 días)	Copago por orden por correo (90 días)
	Medicamentos Cubiertos	\$0.00	\$0.00	\$0.00

MMM Bono Platino (HMO-SNP)	Medicamento	Copago por cantidad al detal (30 días)	Copago por cantidad al detal (90 días)	Copago por orden por correo (90 días)
	Medicamentos Cubiertos	\$0.00	\$0.00	\$0.00

MMM Grande Platino (HMO-SNP)	Medicamento	Copago por cantidad al detal (30 días)	Copago por cantidad al detal (90 días)	Copago por orden por correo (90 días)
	Medicamentos Cubiertos	\$0.00	\$0.00	\$0.00

PMC Premier Platino (HMO-SNP)	Medicamento	Copago por cantidad al detal (30 días)	Copago por cantidad al detal (90 días)	Copago por orden por correo (90 días)
	Medicamentos Cubiertos	\$0.00	\$0.00	\$0.00

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 para el máximo de días de suministro.

ST - terapia escalonada

LA - medicamentos con acceso limitado (ej. Medicamentos de especialidad)

MT - medicamentos de mantenimiento (ej. suministro de 90 días - farmacias contratadas y envío por correo)

ED – Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

Tabla de Contenido

Agentes Antidemencia	11
Agentes Antigota.....	11
Agentes Antimiasténicos.....	12
Agentes Bipolares	12
Agentes Cardiovasculares	15
Agentes Del Sistema Nervioso Central.....	27
Agentes Dermatológicos	30
Agentes Gastrointestinales	36
Agentes Genitourinarios.....	39
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Adrenal)	40
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Modificadores/Hormonas Sexuales).....	41
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Pituitaria)	48
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Prostaglandinas).....	48
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Tiroides).....	48
Agentes Hormonales, Supresores (Adrenal)	49
Agentes Hormonales, Supresores (Pituitaria)	50
Agentes Hormonales, Supresores (Tiroides).....	51
Agentes Inmunológicos.....	51
Agentes Oftálmicos	61
Agentes Orales Y Dentales	65
Agentes Oticos	65
Agentes Para El Desorden Del Sueño	66
Agentes Para El Tratamiento De Abuso De Sustancias. Anti-Adicción.....	67
Agentes Para El Tratamiento De La Espasticidad	68
Agentes Para El Tratamiento De La Migraña	68
Agentes Para El Tratamiento De Parkinson.....	71

Agentes Para La Enfermedad Inflamatoria Intestinal	73
Agentes Parala Enfermedad Metabólica Del Hueso	74
Agentes Pulmonares/ Tracto Respiratorio.....	75
Analgésicos	82
Anestésicos.....	86
Ansiolíticos.....	87
Antibacteriales.....	88
Anticonvulsivos.....	97
Antidepresivos.....	102
Antieméticos.....	107
Antifungales	108
Antimicobacteriales.....	110
Antineoplásicos	110
Antiparasíticos.....	120
Antisicóticos.....	121
Antivirales	125
Electrólitos / Minerales / Metales / Vitaminas	131
Antídotos	135
Listado Platino.....	136
Productos Sanguíneos Y Modificadores	137
Reguladores De Glucosa En Sangre.....	140
Relajantes Musculo Esqueletales	145
Trastorno Genético O De Enzimas O Proteínas: Reemplazo, Modificadores, Tratamiento	146

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

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
<i>colchicine-probenecid oral tablet 0.5-500 mg</i>		MT
<i>febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg</i>	ULORIC	MT
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>		MT
Agentes Antimiasténicos		
<i>Parasimpatomiméticos</i>		
<i>pyridostigmine bromide er oral tablet extended release 180 mg</i>	MESTINON	MT
<i>pyridostigmine bromide oral solution 60 mg/5ml</i>	MESTINON	MT
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 30 mg</i>		MT
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i>	MESTINON	MT
Agentes Bipolares		
<i>Agentes Bipolares, Otros</i>		
<i>lamotrigine oral tablet 25 mg</i>	LAMICTAL	MT
LATUDA ORAL TABLET 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG		PA
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG		PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>olanzapine intramuscular solution reconstituted 10 mg</i>	ZYPREXA	
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	ZYPREXA	MT
<i>olanzapine oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	ZYPREXA ZYDIS	MT
PERSERIS SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 120 MG, 90 MG		PA; QL (1 EA per 28 days)
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg</i>	SEROQUEL XR	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	SEROQUEL XR	MT; QL (60 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
<i>quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	SEROQUEL	MT
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 12.5 MG, 25 MG, 37.5 MG, 50 MG		PA; QL (2 EA per 28 days)
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i>	RISPERDAL	MT
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg</i>		MT
<i>risperidone oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	RISPERDAL	MT
<i>risperidone oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>		MT
SAPHRIS SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 10 MG, 2.5 MG, 5 MG		PA
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24HR, 5.7 MG/24HR, 7.6 MG/24HR		PA; QL (30 EA per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE THERAPY PACK 1.5 & 3 MG		PA; QL (14 EA per 365 days)
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	GEODON	
<i>ziprasidone mesylate intramuscular solution reconstituted 20 mg</i>	GEODON	QL (6 EA per 3 days)
<i>Estabilizadores De Humor</i>		
<i>carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	CARBATROL	MT
<i>carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 100 mg</i>	TEGRETOL-XR	MT
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5ml</i>	TEGRETOL	MT
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>		MT
<i>carbamazepine oral tablet chewable 100 mg</i>		MT

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
<i>divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 500 mg</i>	DEPAKOTE ER	MT
<i>divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle 125 mg</i>	DEPAKOTE SPRINKLES	MT
<i>divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	DEPAKOTE	MT
EPITOL ORAL TABLET 200 MG		MT
<i>lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 50 mg</i>	LAMICTAL XR	MT
<i>lamotrigine oral kit 25 & 50 & 100 mg</i>	LAMICTAL ODT	MT
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	LAMICTAL	MT
<i>lamotrigine oral tablet chewable 25 mg, 5 mg</i>	LAMICTAL	MT
<i>lamotrigine oral tablet dispersible 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	LAMICTAL ODT	MT
<i>lamotrigine starter kit-blue oral kit 35 x 25 mg</i>	LAMICTAL STARTER	MT
<i>lamotrigine starter kit-green oral kit 84 x 25 mg & 14x100 mg</i>	LAMICTAL STARTER	MT
<i>lamotrigine starter kit-orange oral kit 42 x 25 mg & 7 x 100 mg</i>	LAMICTAL STARTER	MT
<i>lithium carbonate er oral tablet extended release 300 mg</i>	LITHOBID	MT
<i>lithium carbonate er oral tablet extended release 450 mg</i>		MT
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>		MT
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>		MT
TEGRETOL ORAL SUSPENSION 100 MG/5ML		MT
TEGRETOL ORAL TABLET 200 MG		MT

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
TEGRETOL-XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 100 MG, 200 MG, 400 MG		MT
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>		MT
<i>valproic acid oral solution 250 mg/5ml</i>		MT
Agentes Cardiovasculares		
Agentes Bloqueadores Beta- Adrenérgicos		
<i>acebutolol hcl oral capsule 200 mg, 400 mg</i>		MT
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	TENORMIN	MT
<i>betaxolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg</i>		MT
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		MT
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i>	COREG	MT
<i>carvedilol phosphate er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	COREG CR	MT
<i>labetalol hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>		MT
<i>metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>	TOPROL XL	MT; QL (120 EA per 30 days)
<i>metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	TOPROL XL	MT; QL (60 EA per 30 days)
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	LOPRESSOR	MT
<i>metoprolol tartrate oral tablet 25 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>		MT
<i>nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	CORGARD	MT
<i>pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		MT

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
<i>propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i>	INDERAL LA	MT
<i>propranolol hcl oral solution 20 mg/5ml, 40 mg/5ml</i>		MT
<i>propranolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>		MT
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>		MT
Agentes Cardiovasculares, Otros		
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>		MT
<i>aliskiren fumarate oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	TEKTURNA	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>		MT
<i>amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg</i>	LOTREL	MT
<i>amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 2.5-10 mg, 5-40 mg</i>		MT
<i>amlodipine besylate-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i>	EXFORGE	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg</i>	CADUET	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg</i>		MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	AZOR	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>amlodipine-valsartan-hctz oral tablet 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-12.5 mg, 5-160-25 mg</i>	EXFORGE HCT	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg</i>	TENORETIC 100	MT

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 50-25 mg</i>	TENORETIC 50	MT
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	LOTENSIN HCT	MT
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-6.25 mg</i>		MT
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i>	ZIAC	MT
CAMZYOS ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 5 MG		PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
<i>candesartan cilexetil-hctz oral tablet 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg</i>	ATACAND HCT	MT; QL (30 EA per 30 days)
CORLANOR ORAL TABLET 5 MG, 7.5 MG		PA; MT; QL (60 EA per 30 days)
<i>digoxin oral solution 0.05 mg/ml</i>		PA
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg</i>	VASERETIC	MT
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-12.5 mg</i>		MT
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG		MT; QL (60 EA per 30 days)
<i>fosinopril sodium-hctz oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>		MT
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 25 mg</i>		MT
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg</i>	AVALIDE	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	ZESTORETIC	MT
<i>losartan potassium-hctz oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg</i>	HYZAAR	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>losartan potassium-hctz oral tablet 50-12.5 mg</i>	HYZAAR	MT; QL (60 EA per 30 days)
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg</i>		MT

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
<i>metirosine oral capsule 250 mg</i>	DEMSER	
<i>olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i>	BENICAR HCT	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hctz oral tablet 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg</i>	TRIBENZOR	MT; QL (30 EA per 30 days)
ORLADEYO ORAL CAPSULE 110 MG, 150 MG		PA; QL (28 EA per 28 days)
<i>pentoxifylline er oral tablet extended release 400 mg</i>		MT
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	ACCURETIC	MT
<i>ranolazine er oral tablet extended release 12 hour 1000 mg, 500 mg</i>	RANEXA	MT; QL (60 EA per 30 days)
<i>spironolactone-hctz oral tablet 25-25 mg</i>	ALDACTAZIDE	MT
<i>telmisartan-hctz oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg, 80-25 mg</i>	MICARDIS HCT	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>triamterene-hctz oral capsule 37.5-25 mg</i>		MT
<i>triamterene-hctz oral tablet 37.5-25 mg</i>	MAXZIDE-25	MT
<i>triamterene-hctz oral tablet 75-50 mg</i>	MAXZIDE	MT
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg</i>	DIOVAN HCT	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>Agentes De Bloqueo Alfa-Adrenérgicos</i>		
<i>doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	CARDURA	MT
<i>prazosin hcl oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	MINIPRESS	MT
<i>terazosin hcl oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>		MT

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
<i>Agentes De Bloqueo De Los Canales De Calcio, Dihidropiridinas</i>		
<i>amlodipine besylate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	NORVASC	MT
<i>felodipine er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>		MT
<i>isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg</i>		MT
<i>nicardipine hcl oral capsule 20 mg, 30 mg</i>		MT
<i>nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg</i>		MT
<i>nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 90 mg</i>		MT
<i>nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	PROCARDIA XL	MT
<i>nimodipine oral capsule 30 mg</i>		
<i>nisoldipine er oral tablet extended release 24 hour 17 mg, 34 mg, 8.5 mg</i>	SULAR	MT
<i>Agentes De Bloqueo De Los Canales De Calcio, No Dihidropiridinas</i>		
CARTIA XT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG		MT
<i>diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 360 mg</i>		MT
<i>diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 420 mg</i>		MT
<i>diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>		MT

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
<i>diltiazem hcl er coated beads oral tablet extended release 24 hour 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>		MT
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>		MT
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	CARDIZEM	MT
<i>diltiazem hcl oral tablet 90 mg</i>		MT
<i>dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>		MT
MATZIM LA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG, 420 MG		MT
TAZTIA XT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG		MT
<i>verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	VERELAN PM	MT
<i>verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 360 mg</i>	VERELAN	MT
<i>verapamil hcl er oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	CALAN SR	MT
<i>verapamil hcl oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>		MT
Agonistas Alfa-Adrenérgicos		
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>		MT
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24hr</i>	CATAPRES-TTS-1	MT
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.2 mg/24hr</i>	CATAPRES-TTS-2	MT
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.3 mg/24hr</i>	CATAPRES-TTS-3	MT

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
<i>droxidopa oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	NORTHERA	PA
<i>guanfacine hcl oral tablet 1 mg, 2 mg</i>		PA; MT
<i>midodrine hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>		MT
<i>Antagonista Receptores Angiotensina Ii (Arb)</i>		
<i>candesartan cilexetil oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	ATACAND	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	AVAPRO	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>losartan potassium oral tablet 100 mg</i>	COZAAR	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>losartan potassium oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	COZAAR	MT; QL (60 EA per 30 days)
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	BENICAR	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 5 mg</i>	BENICAR	MT; QL (60 EA per 30 days)
<i>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	MICARDIS	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 40 mg, 80 mg</i>	DIOVAN	MT; QL (60 EA per 30 days)
<i>valsartan oral tablet 320 mg</i>	DIOVAN	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>Antiarrítmicos</i>		
<i>acebutolol hcl oral capsule 200 mg, 400 mg</i>		MT
<i>amiodarone hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	PACERONE	MT
CARTIA XT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG		MT
DIGITEK ORAL TABLET 125 MCG		QL (30 EA per 30 days)
DIGITEK ORAL TABLET 250 MCG		PA
DIGOX ORAL TABLET 125 MCG		QL (30 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
DIGOX ORAL TABLET 250 MCG		PA
<i>digoxin oral solution 0.05 mg/ml</i>		PA
<i>digoxin oral tablet 125 mcg</i>	DIGITEK	QL (30 EA per 30 days)
<i>digoxin oral tablet 250 mcg</i>	DIGITEK	PA
<i>digoxin oral tablet 62.5 mcg</i>	LANOXIN	QL (30 EA per 30 days)
<i>diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 360 mg</i>	TAZTIA XT	MT
<i>diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 420 mg</i>	TIADYLT ER	MT
<i>diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	CARTIA XT	MT
<i>diltiazem hcl er coated beads oral tablet extended release 24 hour 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	MATZIM LA	MT
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>		MT
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	CARDIZEM	MT
<i>diltiazem hcl oral tablet 90 mg</i>		MT
<i>dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>		MT
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i>	TIKOSYN	
<i>flecainide acetate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>		MT
MATZIM LA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG, 420 MG		MT
<i>mexiletine hcl oral capsule 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>		MT
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG		MT; QL (60 EA per 30 days)
<i>propafenone hcl er oral capsule extended release 12 hour 225 mg, 325 mg, 425 mg</i>	RYTHMOL SR	MT

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
<i>propafenone hcl oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>		MT
<i>quinidine gluconate er oral tablet extended release 324 mg</i>		MT
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg</i>		MT
SORINE ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 240 MG, 80 MG		MT
<i>sotalol hcl (af) oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i>	BETAPACE AF	MT
<i>sotalol hcl oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i>	SORINE	MT
TAZTIA XT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG		MT
<i>verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	VERELAN PM	MT
<i>verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 360 mg</i>	VERELAN	MT
<i>verapamil hcl er oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	CALAN SR	MT
<i>verapamil hcl oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>		MT
<i>Dislipidémicos, Derivados De Acido Fíbrico</i>		
<i>fenofibrate micronized oral capsule 130 mg, 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg</i>		MT
<i>fenofibrate oral tablet 145 mg, 48 mg</i>	TRICOR	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>fenofibrate oral tablet 160 mg, 54 mg</i>		MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>fenofibric acid oral capsule delayed release 135 mg, 45 mg</i>	TRILIPIX	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i>	LOPID	MT

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
<i>Dislipidémicos, Inhibidores De La Reductasa De Hmg Coa</i>		
<i>atorvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	LIPITOR	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>fluvastatin sodium oral capsule 20 mg</i>		MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>fluvastatin sodium oral capsule 40 mg</i>		MT; QL (60 EA per 30 days)
<i>lovastatin oral tablet 10 mg</i>		MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>lovastatin oral tablet 20 mg, 40 mg</i>		MT; QL (60 EA per 30 days)
<i>pravastatin sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>		MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>rosuvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	CRESTOR	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	ZOCOR	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>simvastatin oral tablet 5 mg, 80 mg</i>		MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>Dislipidémicos, Otros</i>		
<i>cholestyramine light oral packet 4 gm</i>		MT
<i>cholestyramine oral packet 4 gm</i>	QUESTRAN	MT
<i>colesevelam hcl oral packet 3.75 gm</i>	WELCHOL	MT
<i>colesevelam hcl oral tablet 625 mg</i>	WELCHOL	MT
<i>colestipol hcl oral packet 5 gm</i>	COLESTID	MT
<i>colestipol hcl oral tablet 1 gm</i>	COLESTID	MT
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i>	ZETIA	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg</i>	VYTORIN	MT; QL (30 EA per 30 days)
JUXTAPID ORAL CAPSULE 10 MG, 30 MG, 5 MG		PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
JUXTAPID ORAL CAPSULE 20 MG		PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
<i>niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 1000 mg, 750 mg</i>		MT; QL (60 EA per 30 days)
<i>niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 500 mg</i>		MT; QL (90 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
NIACOR ORAL TABLET 500 MG		MT
<i>omega-3-acid ethyl esters oral capsule 1 gm</i>	LOVAZA	MT; QL (120 EA per 30 days)
PREVALITE ORAL PACKET 4 GM		MT
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 420 MG/3.5ML		PA; MT; QL (3.5 ML per 28 days)
REPATHA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 140 MG/ML		PA; MT; QL (3 ML per 28 days)
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML		PA; QL (2 ML per 28 days)
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GM, 1 GM		MT; QL (120 EA per 30 days)
<i>Diuréticos, Ahorradores De Potasio</i>		
<i>amiloride hcl oral tablet 5 mg</i>		MT
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	INSPIRA	MT
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	ALDACTONE	MT
<i>Diuréticos, Asa De Henle</i>		
<i>bumetanide injection solution 0.25 mg/ml</i>		
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg</i>	BUMEX	MT
<i>bumetanide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>		MT
<i>furosemide injection solution 10 mg/ml</i>		MT
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 8 mg/ml</i>		MT
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	LASIX	MT
<i>torseamide oral tablet 10 mg, 100 mg, 5 mg</i>		MT
<i>torseamide oral tablet 20 mg</i>		MT

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
<i>Diuréticos, Tiazidas</i>		
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>		MT
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>		MT
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 50 mg</i>		MT
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>		MT
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>		MT
<i>Inhibidores Convertidor De La Enzima De Angiotensina (Ace)</i>		
<i>benazepril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	LOTENSIN	MT
<i>benazepril hcl oral tablet 5 mg</i>		MT
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>		MT
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	VASOTEC	MT
<i>fosinopril sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>		MT
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i>	ZESTRIL	MT
<i>moexipril hcl oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>		MT
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>		MT
<i>quinapril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	ACCUPRIL	MT
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	ALTACE	MT
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg</i>		MT
<i>trandolapril oral tablet 4 mg</i>	MAVIK	MT
<i>Vasodilatadores, Acción Directa En Arteria / Vena</i>		

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg</i>		MT
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 40 mg</i>	ISORDIL TITRADOSE	
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 5 mg</i>	ISORDIL TITRADOSE	MT
<i>isosorbide mononitrate er oral tablet extended release 24 hour 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>		MT
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>		MT
NITRO-BID TRANSDERMAL OINTMENT 2 %		MT
NITRO-DUR TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 0.3 MG/HR, 0.8 MG/HR		MT
<i>nitroglycerin sublingual tablet sublingual 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i>	NITROSTAT	MT
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i>	NITRO-DUR	MT
RECTIV RECTAL OINTMENT 0.4 %		PA; QL (30 GM per 30 days)
<i>Vasodilatadores, Acción Directa En Arteria</i>		
<i>hydralazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>		MT
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>		MT
Agentes Del Sistema Nervioso Central		
<i>Agentes Del Sistema Nervioso Central, Otros</i>		
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG		PA; QL (120 EA per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG		PA; QL (60 EA per 30 days)
NUEDEXTA ORAL CAPSULE 20-10 MG		PA; MT

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
RADICAVA ORS STARTER KIT ORAL SUSPENSION 105 MG/5ML		PA; QL (70 ML per 28 days)
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i>	RILUTEK	PA; MT
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg</i>	XENAZINE	PA; QL (240 EA per 30 days)
<i>tetrabenazine oral tablet 25 mg</i>	XENAZINE	PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>Agentes Fibromialgia</i>		
<i>pregabalin er oral tablet extended release 24 hour 165 mg, 330 mg, 82.5 mg</i>	LYRICA CR	MT
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 225 mg, 25 mg, 300 mg, 50 mg, 75 mg</i>	LYRICA	MT
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i>	LYRICA	MT
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG		PA; MT
SAVELLA TITRATION PACK ORAL 12.5 & 25 & 50 MG		PA
<i>Agentes Para El Desorden De Déficit De Atención E Hiperactividad, Anfetaminas</i>		
<i>amphetamine-dextroamphet er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 5 mg</i>	ADDERALL XR	PA; QL (90 EA per 30 days)
<i>amphetamine-dextroamphet er oral capsule extended release 24 hour 15 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg</i>	ADDERALL XR	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 10 mg</i>	ADDERALL	PA; QL (180 EA per 30 days)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 12.5 mg</i>	ADDERALL	PA; QL (144 EA per 30 days)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 15 mg</i>	ADDERALL	PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 20 mg</i>	ADDERALL	PA; QL (90 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 30 mg</i>	ADDERALL	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 5 mg</i>	ADDERALL	PA; QL (360 EA per 30 days)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 7.5 mg</i>	ADDERALL	PA; QL (240 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	ZENZEDI	PA
Agentes Para El Desorden De Déficit De Atención E Hiperactividad, No-Anfetaminas		
<i>atomoxetine hcl oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg</i>	STRATTERA	QL (60 EA per 30 days)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	STRATTERA	QL (30 EA per 30 days)
<i>guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	INTUNIV	PA
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 10 mg, 20 mg</i>		QL (90 EA per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	METHYLIN	QL (900 ML per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	METHYLIN	QL (1800 ML per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	RITALIN	QL (180 EA per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 20 mg</i>	RITALIN	QL (90 EA per 30 days)
Agentes Para El Tratamiento De Esclerosis Múltiple		
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG		PA; QL (14 EA per 28 days)
<i>dalfampridine er oral tablet extended release 12 hour 10 mg</i>	AMPYRA	PA; QL (60 EA per 30 days)
GILENYA ORAL CAPSULE 0.5 MG		PA; QL (30 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 40 mg/ml</i>	GLATOPA	PA; QL (12 ML per 28 days)
GLATOPA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/ML		PA; QL (12 ML per 28 days)
KESIMPTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 20 MG/0.4ML		PA; QL (1.6 ML per 28 days)
MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG		PA
MAYZENT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG		PA; QL (30 EA per 30 days)
MAYZENT STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 0.25 MG		PA; QL (7 EA per 4 days)
MAYZENT STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 12 X 0.25 MG		PA
TECFIDERA ORAL 120 & 240 MG		PA; LA; QL (120 EA per 365 days)
TECFIDERA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 120 MG, 240 MG		PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
Agentes Dermatológicos		
<i>Agentes De Acné Y Rosácea</i>		
ACCUTANE ORAL CAPSULE 10 MG		
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>		PA
<i>adapalene external cream 0.1 %</i>	DIFFERIN	PA
<i>adapalene external gel 0.1 %, 0.3 %</i>	DIFFERIN	PA
AMNESTEEM ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 40 MG		
AVITA EXTERNAL CREAM 0.025 %		PA
AVITA EXTERNAL GEL 0.025 %		PA
<i>benzoyl peroxide-erythromycin external gel 5-3 %</i>	BENZAMYCIN	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
CLARAVIS ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG		
<i>isotretinoin oral capsule 10 mg</i>		
<i>isotretinoin oral capsule 20 mg, 40 mg</i>		
<i>isotretinoin oral capsule 30 mg</i>		
MYORISAN ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG		
<i>tazarotene external cream 0.1 %</i>	TAZORAC	PA
TAZORAC EXTERNAL CREAM 0.05 %		PA
<i>tretinoin external cream 0.025 %</i>		PA
<i>tretinoin external cream 0.05 %, 0.1 %</i>	RETIN-A	PA
<i>tretinoin external gel 0.01 %</i>	RETIN-A	PA
<i>tretinoin external gel 0.025 %</i>		PA
ZENATANE ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG		
<i>Agentes De Dermatitis Y Prurito</i>		
<i>alclometasone dipropionate external cream 0.05 %</i>		
<i>alclometasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>		
<i>ammonium lactate external cream 12 %</i>		
<i>ammonium lactate external lotion 12 %</i>	AL12	
<i>betamethasone dipropionate aug external gel 0.05 %</i>		
<i>betamethasone dipropionate aug external lotion 0.05 %</i>		
<i>betamethasone dipropionate aug external ointment 0.05 %</i>	DIPROLENE	
<i>betamethasone dipropionate external cream 0.05 %</i>		
<i>betamethasone dipropionate external lotion 0.05 %</i>		

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
<i>betamethasone valerate external cream 0.1 %</i>		
<i>betamethasone valerate external lotion 0.1 %</i>		
<i>betamethasone valerate external ointment 0.1 %</i>		
<i>clobetasol propionate e external cream 0.05 %</i>		
<i>clobetasol propionate external cream 0.05 %</i>		
<i>clobetasol propionate external lotion 0.05 %</i>	CLOBEX	
<i>clobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>		
<i>clobetasol propionate external shampoo 0.05 %</i>	CLOBEX	
<i>desonide external cream 0.05 %</i>	DESOWEN	
<i>desonide external lotion 0.05 %</i>		
<i>desonide external ointment 0.05 %</i>		
<i>desoximetasone external cream 0.05 %, 0.25 %</i>	TOPICORT	
<i>desoximetasone external gel 0.05 %</i>	TOPICORT	
<i>desoximetasone external liquid 0.25 %</i>	TOPICORT SPRAY	
<i>desoximetasone external ointment 0.05 %, 0.25 %</i>	TOPICORT	
<i>doxepin hcl external cream 5 %</i>	PRUDOXIN	
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.01 %</i>		
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.025 %</i>	SYNALAR	
<i>fluocinolone acetonide external ointment 0.025 %</i>	SYNALAR	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
<i>fluocinolone acetonide external solution 0.01 %</i>	SYNALAR	
<i>fluocinolone acetonide scalp external oil 0.01 %</i>	DERMA-SMOOTH/FS SCALP	
<i>fluocinonide emulsified base external cream 0.05 %</i>		
<i>fluocinonide external cream 0.05 %</i>		
<i>fluocinonide external cream 0.1 %</i>	VANOS	
<i>fluocinonide external gel 0.05 %</i>		
<i>fluocinonide external ointment 0.05 %</i>		
<i>fluocinonide external solution 0.05 %</i>		
<i>fluticasone propionate external cream 0.05 %</i>		
<i>fluticasone propionate external lotion 0.05 %</i>		
<i>fluticasone propionate external ointment 0.005 %</i>		
<i>halobetasol propionate external cream 0.05 %</i>		
<i>halobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>		
<i>hydrocortisone (perianal) external cream 2.5 %</i>	PROCTOSOL HC	
<i>hydrocortisone butyrate external cream 0.1 %</i>		
<i>hydrocortisone butyrate external ointment 0.1 %</i>		
<i>hydrocortisone butyrate external solution 0.1 %</i>		
<i>hydrocortisone external cream 1 %</i>		
<i>hydrocortisone external lotion 2.5 %</i>		
<i>hydrocortisone external ointment 1 %</i>		
<i>hydrocortisone external ointment 2.5 %</i>		

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
<i>hydrocortisone valerate external cream 0.2 %</i>		
<i>hydrocortisone valerate external ointment 0.2 %</i>		
HYFTOR EXTERNAL GEL 0.2 %		PA; LA; QL (30 GM per 30 days)
<i>mometasone furoate external cream 0.1 %</i>		
<i>mometasone furoate external ointment 0.1 %</i>		
<i>mometasone furoate external solution 0.1 %</i>		
PROCTO-PAK EXTERNAL CREAM 1 %		
PROCTOSOL HC EXTERNAL CREAM 2.5 %		
PROCTOZONE-HC EXTERNAL CREAM 2.5 %		
<i>selenium sulfide external lotion 2.5 %</i>		
<i>tacrolimus external ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	PROTOPIC	PA
<i>triamcinolone acetonide external cream 0.025 %</i>		
<i>triamcinolone acetonide external cream 0.1 %, 0.5 %</i>	TRIDERM	
<i>triamcinolone acetonide external lotion 0.025 %, 0.1 %</i>		
<i>triamcinolone acetonide external ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>		
TRIDERM EXTERNAL CREAM 0.1 %		
<i>Agentes Dermatológicos, Otros</i>		
<i>calcipotriene external cream 0.005 %</i>	DOVONEX	
<i>calcipotriene external ointment 0.005 %</i>	CALCITRENE	
<i>calcipotriene external solution 0.005 %</i>		

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
<i>clotrimazole-betamethasone external cream 1-0.05 %</i>		
<i>fluorouracil external cream 0.5 %</i>	CARAC	
<i>fluorouracil external cream 5 %</i>	EFUDEX	
<i>fluorouracil external solution 2 %, 5 %</i>		
BD ALCOHOL SWABS 70 %		MT
<i>imiquimod external cream 5 %</i>		
<i>methoxsalen rapid oral capsule 10 mg</i>		PA
<i>nystatin-triamcinolone external cream 100000-0.1 unit/gm-%</i>		
<i>nystatin-triamcinolone external ointment 100000-0.1 unit/gm-%</i>		
PANRETIN EXTERNAL GEL 0.1 %		PA
<i>podofilox external solution 0.5 %</i>		
REGRANEX EXTERNAL GEL 0.01 %		PA; QL (30 GM per 30 days)
SANTYL EXTERNAL OINTMENT 250 UNIT/GM		
<i>silver sulfadiazine external cream 1 %</i>		
SSD EXTERNAL CREAM 1 %		
<i>Antiinfecciosos Tópicos</i>		
<i>acyclovir external ointment 5 %</i>	ZOVIRAX	
<i>ciclopirox external gel 0.77 %</i>		
<i>ciclopirox external shampoo 1 %</i>	LOPROX	
<i>ciclopirox external solution 8 %</i>	CICLODAN	
<i>clindamycin phosphate external gel 1 %</i>	CLINDAGEL	
<i>clindamycin phosphate external lotion 1 %</i>	CLEOCIN-T	
<i>clindamycin phosphate external solution 1 %</i>		
<i>ery external pad 2 %</i>		
<i>erythromycin external gel 2 %</i>	ERYGEL	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
<i>erythromycin external solution 2 %</i>		
<i>mupirocin calcium external cream 2 %</i>		
<i>mupirocin external ointment 2 %</i>	CENTANY	
SULFAMYLON EXTERNAL CREAM 85 MG/GM		
<i>Pediculicidas / Escabicidas</i>		
<i>lindane external shampoo 1 %</i>		
<i>malathion external lotion 0.5 %</i>	OVIDE	
<i>permethrin external cream 5 %</i>		
Agentes Gastrointestinales		
<i>Agentes Antidiarreicos</i>		
<i>alosetron hcl oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	LOTRONEX	PA
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5ml</i>		PA
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i>	LOMOTIL	PA
<i>loperamide hcl oral capsule 2 mg</i>	IMODIUM	
XERMELO ORAL TABLET 250 MG		PA; QL (90 EA per 30 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG, 550 MG		PA
<i>Agentes Anti-Estreñimiento</i>		
<i>constulose oral solution 10 gm/15ml</i>		
<i>enulose oral solution 10 gm/15ml</i>		
GAVILYTE-C ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 240 GM		
GAVILYTE-G ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 236 GM		
GAVILYTE-N WITH FLAVOR PACK ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 420 GM		
<i>generlac oral solution 10 gm/15ml</i>		
<i>lactulose oral solution 10 gm/15ml</i>		

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG		MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>lubiprostone oral capsule 24 mcg, 8 mcg</i>	AMITIZA	QL (60 EA per 30 days)
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG		
NULYTELY LEMON-LIME ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 420 GM		
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl oral solution reconstituted 420 gm</i>		
<i>peg-3350/electrolytes oral solution reconstituted 236 gm</i>	GAVILYTE-G	
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 12 MG/0.6ML, 12 MG/0.6ML (0.6ML SYRINGE), 8 MG/0.4ML		PA
<i>Agentes Gastrointestinales, Otros</i>		
GATTEX SUBCUTANEOUS KIT 5 MG		PA; LA
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5ml</i>		
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	REGLAN	
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>		MT
<i>ursodiol oral tablet 250 mg</i>	URSO 250	MT
<i>ursodiol oral tablet 500 mg</i>	URSO FORTE	MT
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG		PA
<i>Antagonista Del Receptor De Histamina 2 (H2)</i>		
<i>cimetidine hcl oral solution 300 mg/5ml</i>		
<i>cimetidine oral tablet 200 mg</i>	TAGAMET HB	
<i>cimetidine oral tablet 300 mg, 400 mg, 800 mg</i>		
<i>famotidine oral suspension reconstituted 40 mg/5ml</i>		

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
<i>famotidine oral tablet 20 mg</i>		
<i>famotidine oral tablet 40 mg</i>	PEPCID	
<i>nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg</i>		
<i>nizatidine oral solution 15 mg/ml</i>		
<i>Antiespasmódicos, Gastrointestinal</i>		
<i>dicyclomine hcl oral capsule 10 mg</i>		PA
<i>dicyclomine hcl oral solution 10 mg/5ml</i>		PA
<i>dicyclomine hcl oral tablet 20 mg</i>		PA
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg</i>	ROBINUL	
<i>glycopyrrolate oral tablet 2 mg</i>	ROBINUL-FORTE	
<i>scopolamine transdermal patch 72 hour 1 mg/3days</i>	TRANSDERM-SCOP	PA; QL (10 EA per 30 days)
<i>Inhibidores De La Bomba De Protones</i>		
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 20 mg</i>		QL (30 EA per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 40 mg</i>	NEXIUM	QL (30 EA per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral packet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	NEXIUM	QL (30 EA per 30 days)
<i>lansoprazole oral capsule delayed release 15 mg</i>	PREVACID 24HR	QL (30 EA per 30 days)
<i>lansoprazole oral capsule delayed release 30 mg</i>	PREVACID	QL (30 EA per 30 days)
<i>omeprazole oral capsule delayed release 10 mg, 40 mg</i>		QL (30 EA per 30 days)
<i>omeprazole oral capsule delayed release 20 mg</i>		QL (60 EA per 30 days)
<i>pantoprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg</i>	PROTONIX	QL (30 EA per 30 days)
<i>pantoprazole sodium oral tablet delayed release 40 mg</i>	PROTONIX	QL (180 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
<i>Protectores</i>		
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i>	CYTOTEC	
<i>sucralfate oral suspension 1 gm/10ml</i>	CARAFATE	
<i>sucralfate oral tablet 1 gm</i>	CARAFATE	
Agentes Genitourinarios		
<i>Agentes Genitourinarios, Otros</i>		
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>		
ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG		
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i>	DEPEN TITRATABS	
<i>Agentes Hipertrofia Benigna De La Próstata</i>		
<i>alfuzosin hcl er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	UROXATRAL	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	CARDURA	MT
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i>	AVODART	MT
<i>dutasteride-tamsulosin hcl oral capsule 0.5-0.4 mg</i>	JALYN	MT
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	PROSCAR	MT
<i>prazosin hcl oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	MINIPRESS	MT
<i>silodosin oral capsule 4 mg, 8 mg</i>	RAPAFLO	MT
<i>tamsulosin hcl oral capsule 0.4 mg</i>	FLOMAX	MT
<i>terazosin hcl oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>		MT
<i>Antiespasmódicos, Urinarios</i>		
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25 MG, 50 MG		ST; QL (30 EA per 30 days)
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	DITROPAN XL	MT; QL (60 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 15 mg</i>		MT; QL (60 EA per 30 days)
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 5 mg</i>	DITROPAN XL	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5ml</i>		MT
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>		MT
<i>solifenacin succinate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	VESICARE	QL (30 EA per 30 days)
<i>tolterodine tartrate er oral capsule extended release 24 hour 2 mg, 4 mg</i>	DETROL LA	QL (30 EA per 30 days)
<i>tolterodine tartrate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	DETROL	
<i>tropium chloride oral tablet 20 mg</i>		QL (60 EA per 30 days)
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Adrenal)		
<i>Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Adrenal)</i>		
<i>betamethasone dipropionate aug external cream 0.05 %</i>		
<i>betamethasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>		
<i>budesonide er oral tablet extended release 24 hour 9 mg</i>	UCERIS	QL (30 EA per 30 days)
<i>budesonide oral capsule delayed release particles 3 mg</i>		
<i>dexamethasone oral elixir 0.5 mg/5ml</i>		
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>		
<i>fludrocortisone acetate oral tablet 0.1 mg</i>		
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	CORTEF	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg</i>	MEDROL	
<i>methylprednisolone oral tablet 32 mg</i>		
<i>methylprednisolone oral tablet therapy pack 4 mg</i>	MEDROL	
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5ml</i>		
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 10 mg/5ml, 20 mg/5ml, 25 mg/5ml</i>		
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 6.7 (5 base) mg/5ml</i>	PEDIAPRED	
PREDNISONO INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML		
<i>prednisone oral solution 5 mg/5ml</i>		
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>		
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Modificadores/Hormonas Sexuales)		
<i>Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Modificadores/Hormonas Sexuales)</i>		
ALTAVERA ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG		MT
APRI ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG		MT
ARANELLE ORAL TABLET 0.5/1/0.5-35 MG-MCG		MT
AUBRA EQ ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG		MT

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
AVIANE ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG		MT
BALZIVA ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG		MT
<i>briellyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>		MT
CRYSSELLE-28 ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG		MT
CYCLAFEM 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG		MT
CYCLAFEM 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG		MT
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i>		MT
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.03 mg</i>		MT
EMOQUETTE ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG		MT
ENPRESSE-28 ORAL TABLET 50-30/75-40/ 125-30 MCG		MT
ENSKYCE ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG		MT
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg</i>		MT
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>		MT
FALMINA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG		MT
FYAVOLV ORAL TABLET 0.5-2.5 MG-MCG, 1-5 MG-MCG		PA
INCASSIA ORAL TABLET 0.35 MG		MT
INTROVALE ORAL TABLET 0.15-0.03 MG		MT
ISIBLOOM ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG		MT

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
JUNEL 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG		MT
JUNEL 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG		MT
JUNEL FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG		MT
JUNEL FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG		MT
KARIVA ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)		MT
KELNOR 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG		MT
KELNOR 1/50 ORAL TABLET 1-50 MG-MCG		MT
KURVELO ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG		MT
LARIN 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG		MT
LARIN 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG		MT
LARIN FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG		MT
LARIN FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG		MT
LEENA ORAL TABLET 0.5/1/0.5-35 MG-MCG		MT
LESSINA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG		MT
LEVONEST ORAL TABLET 50-30/75-40/ 125-30 MCG		MT
<i>levonorgest-eth estrad 91-day oral tablet 0.15-0.03 mg</i>		MT
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>		MT

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
LEVORA 0.15/30 (28) ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG		MT
LORYNA ORAL TABLET 3-0.02 MG		MT
LOW-OGESTREL ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG		MT
LUTERA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG		MT
<i>marlissa oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>		MT
MICROGESTIN 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG		MT
MICROGESTIN 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG		MT
MICROGESTIN 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG		MT
MICROGESTIN FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG		MT
MICROGESTIN FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG		MT
NECON 0.5/35 (28) ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG		MT
NIKKI ORAL TABLET 3-0.02 MG		MT
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral tablet 1-20 mg-mcg</i>		MT
NORTREL 0.5/35 (28) ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG		MT
NORTREL 1/35 (21) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG		MT
NORTREL 1/35 (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG		MT
NORTREL 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG		MT
NYLIA 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG		MT

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
NYLIA 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG		MT
OCELLA ORAL TABLET 3-0.03 MG		MT
ORSYTHIA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG		MT
PIMTREA ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)		MT
PIRMELLA 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG		MT
PORTIA-28 ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG		MT
PREMPRO ORAL TABLET 0.3-1.5 MG, 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG		PA
PREVIFEM ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG		MT
RECLIPSEN ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG		MT
SHAROBEL ORAL TABLET 0.35 MG		MT
SPRINTEC 28 ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG		MT
SRONYX ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG		MT
TARINA FE 1/20 EQ ORAL TABLET 1-20 MG-MCG		MT
TILIA FE ORAL TABLET 1-20/1-30/1-35 MG-MCG		MT
TRI-LEGEST FE ORAL TABLET 1-20/1-30/1-35 MG-MCG		MT
TRI-SPRINTEC ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG		MT
TRIVORA (28) ORAL TABLET 50-30/75-40/ 125-30 MCG		MT
VELIVET ORAL TABLET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG		MT

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
VYFEMLA ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG		MT
ZOVIA 1/35 (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG		MT
<i>Agentes Modificadores Del Receptor Selectivo De Estrógeno</i>		
OSPHENA ORAL TABLET 60 MG		MT
<i>raloxifene hcl oral tablet 60 mg</i>	EVISTA	MT
<i>Andrógenos</i>		
ANDRODERM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 2 MG/24HR, 4 MG/24HR		PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>		
<i>testosterone cypionate intramuscular solution 100 mg/ml, 200 mg/ml</i>	DEPO-TESTOSTERONE	
<i>testosterone enanthate intramuscular solution 200 mg/ml</i>		
<i>testosterone transdermal gel 12.5 mg/act (1%)</i>	VOGELXO PUMP	PA; MT; QL (300 GM per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel 20.25 mg/act (1.62%)</i>	ANDROGEL PUMP	PA; MT; QL (150 GM per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel 25 mg/2.5gm (1%)</i>	ANDROGEL	PA; MT; QL (300 GM per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel 50 mg/5gm (1%)</i>	TESTIM	PA; MT; QL (300 GM per 30 days)
<i>Esteroides Anabólicos</i>		
<i>oxandrolone oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>		PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>Estrógenos</i>		
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	ESTRACE	PA

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
<i>estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24hr, 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr, 0.06 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr</i>	CLIMARA	PA
<i>estradiol vaginal cream 0.1 mg/gm</i>	ESTRACE	
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i>	VAGIFEM	
<i>estradiol valerate intramuscular oil 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	DELESTROGEN	
MENEST ORAL TABLET 0.3 MG, 0.625 MG, 1.25 MG		PA
PREMARIN ORAL TABLET 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG		PA
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GM		
<i>Progestina</i>		
CAMILA ORAL TABLET 0.35 MG		MT
DEBLITANE ORAL TABLET 0.35 MG		MT
ERRIN ORAL TABLET 0.35 MG		MT
LYLEQ ORAL TABLET 0.35 MG		MT
LYZA ORAL TABLET 0.35 MG		MT
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension 150 mg/ml</i>	DEPO-PROVERA	QL (1 ML per 90 days)
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension prefilled syringe 150 mg/ml</i>	DEPO-PROVERA	QL (1 ML per 90 days)
<i>medroxyprogesterone acetate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	PROVERA	MT
<i>megestrol acetate oral suspension 40 mg/ml</i>		PA
<i>megestrol acetate oral suspension 625 mg/5ml</i>		PA; MT
<i>megestrol acetate oral tablet 20 mg, 40 mg</i>		PA

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
NORA-BE ORAL TABLET 0.35 MG		MT
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i>	AYGESTIN	MT
<i>norethindrone oral tablet 0.35 mg</i>		MT
<i>progesterone oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	PROMETRIUM	MT
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Pituitaria)		
<i>Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Pituitaria)</i>		
<i>desmopressin acetate oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i>	DDAVP	MT
<i>desmopressin acetate spray nasal solution 0.01 %</i>		MT
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/4ML		PA; LA
NORDITROPIN FLEXPRO SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 10 MG/1.5ML, 15 MG/1.5ML, 5 MG/1.5ML		PA
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Prostaglandinas)		
<i>Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Prostaglandinas)</i>		
<i>misoprostol oral tablet 200 mcg</i>	CYTOTEC	
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Tiroides)		

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Tiroides)		
EUTHYROX ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG		MT
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		MT
<i>levothyroxine sodium oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>		MT
<i>levothyroxine sodium oral tablet 300 mcg</i>		MT
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		MT
<i>liothyronine sodium oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i>	CYTOMEL	MT
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		MT
UNITHROID 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		MT
Agentes Hormonales, Supresores (Adrenal)		
Agentes Hormonales, Supresores (Adrenal)		

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG		
Agentes Hormonales, Supresores (Pituitaria)		
<i>Agentes Hormonales, Supresores (Pituitaria)</i>		
<i>bromocriptine mesylate oral capsule 5 mg</i>	PARLODEL	MT
<i>bromocriptine mesylate oral tablet 2.5 mg</i>	PARLODEL	MT
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>		QL (20 EA per 30 days)
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 22.5 MG, 30 MG, 45 MG, 7.5 MG		PA; MT
<i>leuprolide acetate injection kit 1 mg/0.2ml</i>		PA
LUPANETA PACK COMBINATION KIT 11.25 & 5 MG		PA; QL (1 EA per 84 days)
LUPANETA PACK COMBINATION KIT 3.75 & 5 MG		PA; QL (1 EA per 28 days)
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 3.75 MG, 7.5 MG		PA
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 22.5 MG		PA
LUPRON DEPOT (4-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 30 MG		PA
LUPRON DEPOT (6-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 45 MG		PA
<i>octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	SANDOSTATIN	PA
<i>octreotide acetate injection solution 1000 mcg/ml, 200 mcg/ml</i>		PA
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML, 0.6 MG/ML, 0.9 MG/ML		PA; LA

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG		PA; LA
SYNAREL NASAL SOLUTION 2 MG/ML		PA
TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 11.25 MG, 22.5 MG, 3.75 MG		PA
Agentes Hormonales, Supresores (Tiroides)		
<i>Agentes Antitiroides</i>		
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		MT
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>		MT
Agentes Inmunológicos		
<i>Agentes Inmunológicos, Otros</i>		
ARCALYST SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 220 MG		PA
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 200 MG/1.14ML		PA; QL (4.56 ML per 28 days)
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 MG/2ML		PA; QL (8 ML per 28 days)
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/0.67ML		PA; QL (1.34 ML per 28 days)
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/1.14ML		PA; QL (4.56 ML per 28 days)
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MG/2ML		PA; QL (8 ML per 28 days)
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	ARAVA	MT; QL (30 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 15 MG, 45 MG		PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>rinvoq oral tablet extended release 24 hour 30 mg</i>		PA; QL (30 EA per 30 days)
SKYRIZI (150 MG DOSE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 75 MG/0.83ML		PA; QL (7 EA per 365 days)
SKYRIZI PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML		PA; QL (6 ML per 365 days)
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 360 MG/2.4ML		PA; QL (21 ML per 365 days)
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML		PA; QL (6 ML per 365 days)
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5ML		PA; QL (1 ML per 28 days)
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML		PA; QL (1 ML per 28 days)
TALTZ SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 80 MG/ML		PA; QL (4 ML per 28 days)
TALTZ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 80 MG/ML		PA; QL (4 ML per 28 days)
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG		PA; QL (60 EA per 30 days)
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 11 MG		PA; QL (30 EA per 30 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML		PA; LA; QL (8 ML per 28 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 75 MG/0.5ML		PA; LA; QL (1 ML per 28 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG		PA; LA; QL (6 EA per 28 days)
<i>Agentes Para Angioedema</i>		
<i>icatibant acetate subcutaneous solution 30 mg/3ml</i>	SAJAZIR	PA; QL (18 ML per 30 days)
SAJAZIR SUBCUTANEOUS SOLUTION 30 MG/3ML		PA; QL (18 ML per 30 days)
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MG/2ML		PA
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MG/2ML		PA
<i>Inmunostimulantes</i>		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 2000000 UNIT/0.5ML		PA; LA
BESREMI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 500 MCG/ML		PA; QL (2 ML per 28 days)
INTRON A INJECTION SOLUTION 10000000 UNIT/ML, 6000000 UNIT/ML		PA
INTRON A INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10000000 UNIT, 18000000 UNIT, 50000000 UNIT		PA
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML		PA
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 180 MCG/0.5ML		PA
<i>Inmunoglobulinas</i>		
BIVIGAM INTRAVENOUS SOLUTION 5 GM/50ML		PA

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
GAMMAGARD INJECTION SOLUTION 2.5 GM/25ML		PA
GAMMAGARD S/D LESS IGA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 GM, 5 GM		PA
GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 20 GM/200ML, 5 GM/50ML		PA
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML		PA
PRIVIGEN INTRAVENOUS SOLUTION 20 GM/200ML		PA
<i>Inmunosupresores</i>		
<i>azathioprine oral tablet 100 mg, 75 mg</i>	AZASAN	PA; MT
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i>	IMURAN	PA; MT
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/ML		PA
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/ML		PA
<i>cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	GENGRAF	PA; MT
<i>cyclosporine modified oral capsule 50 mg</i>		PA; MT
<i>cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml</i>	GENGRAF	PA; MT
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	SANDIMMUNE	PA; MT
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 50 MG/ML		PA; QL (8 ML per 28 days)
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5ML		PA; QL (8 ML per 28 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MG/0.5ML, 50 MG/ML		PA; QL (8 ML per 28 days)
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 25 MG		PA; QL (8 EA per 28 days)
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 50 MG/ML		PA; QL (8 ML per 28 days)
<i>everolimus oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i>	ZORTRESS	PA
<i>everolimus oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	AFINITOR	PA
<i>everolimus oral tablet soluble 2 mg, 3 mg, 5 mg</i>	AFINITOR DISPERZ	PA
GENGRAF ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG		PA; MT
GENGRAF ORAL SOLUTION 100 MG/ML		PA; MT
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 80 MG/0.8ML		PA; QL (3 EA per 28 days)
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML		PA; QL (2 EA per 28 days)
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML		PA; QL (6 EA per 28 days)
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML		PA; QL (3 EA per 28 days)
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML		PA; QL (6 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML		PA; QL (3 EA per 28 days)
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC START SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML		PA; QL (4 EA per 28 days)
HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS START SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML		PA; QL (4 EA per 28 days)
HUMIRA PEN-PSOR/UEIT STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML		PA; QL (3 EA per 28 days)
HUMIRA SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 10 MG/0.1ML, 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML		PA; QL (6 EA per 28 days)
HUMIRA SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 20 MG/0.2ML		PA; QL (12 EA per 28 days)
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>		MT
<i>methotrexate oral tablet 2.5 mg</i>		PA; MT
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 50 mg/2ml</i>		PA
<i>methotrexate sodium injection solution 50 mg/2ml</i>		PA
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i>	CELLCEPT	PA; MT
<i>mycophenolate mofetil oral suspension reconstituted 200 mg/ml</i>	CELLCEPT	PA
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i>	CELLCEPT	PA; MT
<i>mycophenolate sodium oral tablet delayed release 180 mg, 360 mg</i>	MYFORTIC	PA; MT
NEORAL ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG		PA; MT

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
NEORAL ORAL SOLUTION 100 MG/ML		PA; MT
PROGRAF ORAL PACKET 0.2 MG, 1 MG		PA; MT
RESTASIS MULTIDOSE OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %		MT; QL (5.5 ML per 30 days)
RESTASIS OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %		MT; QL (60 EA per 30 days)
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG		PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
SANDIMMUNE ORAL SOLUTION 100 MG/ML		PA; MT
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i>	RAPAMUNE	PA
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	RAPAMUNE	PA; MT
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i>	PROGRAF	PA; MT
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML		PA; MT
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 22 MG		PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>Vacunas</i>		
ACTHIB INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED		
ADACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2-15.5 (PREFILLED SYRINGE), 5-2-15.5 LF-MCG/0.5		
<i>bcg vaccine injection solution reconstituted 50 mg</i>		
BEXSERO INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE		
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5		

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5		
DAPTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 23-15-5		
<i>diphtheria-tetanus toxoids dt intramuscular suspension 25-5 lfu/0.5ml</i>		PA
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION 20 MCG/ML		PA
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/0.5ML, 20 MCG/ML		PA
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION		
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE		
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1440 EL U/ML, 720 EL U/0.5ML		
HIBERIX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10 MCG		
IMOVAX RABIES INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 2.5 UNIT/ML		
INFANRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25-58-10		
IPOLE INJECTION INJECTABLE		
IXIARO INTRAMUSCULAR SUSPENSION		
KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION		
KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML		

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
MENACTRA INTRAMUSCULAR SOLUTION		
MENQUADFI INTRAMUSCULAR SOLUTION		
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED		
M-M-R II INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED		
PEDIARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE		
PEDVAX HIB INTRAMUSCULAR SUSPENSION 7.5 MCG/0.5ML		
PENTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED , (96-30-68-1-80-2-16-3-64-20 VAR UNITS)		
<i>prehevrio intramuscular suspension 10 mcg/ml</i>		
PRIORIX SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED		
PROQUAD SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED		
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION , (58 UNT/ML)		
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML		
RABAVERT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED		
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML		PA
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML		PA

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
ROTARIX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED		
ROTATEQ ORAL SOLUTION		
SHINGRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MCG/0.5ML		
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF/0.5ML		PA
TENIVAC INTRAMUSCULAR INJECTABLE 5-2 LFU, 5-2 LFU (INJECTION)		PA
TICOVAC INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1.2 MCG/0.25ML, 2.4 MCG/0.5ML		
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE		
TWINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 720-20 ELU-MCG/ML		
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5ML		
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MCG/0.5ML		
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5ML, 25 UNIT/0.5ML 0.5 ML, 50 UNIT/ML, 50 UNIT/ML 1 ML		
VARIVAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE 1350 PFU/0.5ML		
VARIZIG INTRAMUSCULAR SOLUTION 125 UNIT/1.2ML		
YF-VAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE , (2.5 ML IN 1 VIAL, MULTI-DOSE)		

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
Agentes Oftálmicos		
<i>Agentes Oftálmicos De Bloqueo Beta-Adrenérgicos</i>		
<i>betaxolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>		MT
BETOPTIC-S OPHTHALMIC SUSPENSION 0.25 %		MT
<i>carteolol hcl ophthalmic solution 1 %</i>		MT
<i>levobunolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>		MT
<i>timolol maleate ophthalmic gel forming solution 0.25 %, 0.5 %</i>	TIMOPTIC-XE	MT
<i>timolol maleate ophthalmic solution 0.25 %, 0.5 %</i>	TIMOPTIC	MT
<i>Agentes Oftálmicos Para Alergia</i>		
<i>azelastine hcl ophthalmic solution 0.05 %</i>		
BEPREVE OPHTHALMIC SOLUTION 1.5 %		
<i>cromolyn sodium ophthalmic solution 4 %</i>		
LASTACAFT OPHTHALMIC SOLUTION 0.25 %		
<i>olopatadine hcl ophthalmic solution 0.1 %, 0.2 %</i>	PATADAY	
<i>Agentes Oftálmicos Para Bajar La Presión Intraocular, Otros</i>		
<i>acetazolamide er oral capsule extended release 12 hour 500 mg</i>		MT
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>		MT
ALPHAGAN P OPHTHALMIC SOLUTION 0.1 %		MT
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.15 %</i>	ALPHAGAN P	MT
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.2 %</i>		MT

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
<i>brinzolamide ophthalmic suspension 1 %</i>	AZOPT	MT
COMBIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.2-0.5 %		MT
<i>dorzolamide hcl ophthalmic solution 2 %</i>	TRUSOPT	MT
<i>methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>		MT
<i>pilocarpine hcl ophthalmic solution 1 %, 2 %, 4 %</i>		MT
RHOPRESSA OPHTHALMIC SOLUTION 0.02 %		MT
SIMBRINZA OPHTHALMIC SUSPENSION 1-0.2 %		MT
<i>Agentes Oftálmicos Para La Inflamación</i>		
ALREX OPHTHALMIC SUSPENSION 0.2 %		
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution 0.1 %</i>		
<i>diclofenac sodium ophthalmic solution 0.1 %</i>		
DUREZOL OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %		
<i>fluorometholone ophthalmic suspension 0.1 %</i>	FML LIQUIFILM	
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic solution 0.03 %</i>		
FML OPHTHALMIC OINTMENT 0.1 %		
ILEVRO OPHTHALMIC SUSPENSION 0.3 %		
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.4 %</i>	ACULAR LS	
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.5 %</i>	ACULAR	
LOTEMAX OPHTHALMIC GEL 0.5 %		

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
LOTEMAX SM OPHTHALMIC GEL 0.38 %		
<i>loteprednol etabonate ophthalmic suspension 0.5 %</i>	LOTEMAX	
MAXIDEX OPHTHALMIC SUSPENSION 0.1 %		
<i>prednisolone acetate ophthalmic suspension 1 %</i>	PRED FORTE	
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic solution 1 %</i>		
XIIDRA OPHTHALMIC SOLUTION 5 %		QL (60 EA per 30 days)
<i>Agentes Oftálmicos, Otros</i>		
<i>atropine sulfate ophthalmic solution 1 %</i>	ISOPTO ATROPINE	
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc ophthalmic ointment 1 %</i>	NEO-POLYCIN HC	
BLEPHAMIDE S.O.P. OPHTHALMIC OINTMENT 10-0.2 %		
CYSTARAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.44 %		LA; QL (60 ML per 30 days)
<i>dorzolamide hcl-timolol mal ophthalmic solution 22.3-6.8 mg/ml</i>	COSOPT	MT
<i>dorzolamide hcl-timolol mal pf ophthalmic solution 2-0.5 %</i>	COSOPT PF	MT
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic ointment 3.5-10000-0.1</i>	MAXITROL	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic suspension 3.5-10000-0.1</i>	MAXITROL	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic solution 1.75-10000-.025</i>		
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic suspension 3.5-10000-1</i>		
<i>polymyxin b-trimethoprim ophthalmic solution 10000-0.1 unit/ml-%</i>	POLYTRIM	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
<i>proparacaine hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	ALCAINE	
RESTASIS MULTIDOSE OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %		MT; QL (60 ML per 30 days)
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution 10-0.23 %</i>		
TOBRADEX OPHTHALMIC OINTMENT 0.3-0.1 %		
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic suspension 0.3-0.1 %</i>	TOBRADEX	
<i>Antiinfecciosos Oftálmicos</i>		
AZASITE OPHTHALMIC SOLUTION 1 %		
<i>bacitracin ophthalmic ointment 500 unit/gm</i>		
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment 500-10000 unit/gm</i>	POLYCIN	
CILOXAN OPHTHALMIC OINTMENT 0.3 %		
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic solution 0.3 %</i>		
<i>erythromycin ophthalmic ointment 5 mg/gm</i>		
<i>gatifloxacin ophthalmic solution 0.5 %</i>	ZYMAXID	
GENTAK OPHTHALMIC OINTMENT 0.3 %		
<i>gentamicin sulfate ophthalmic solution 0.3 %</i>		
<i>moxifloxacin hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	VIGAMOX	
NATACYN OPHTHALMIC SUSPENSION 5 %		
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx ophthalmic ointment 5-400-10000</i>	NEO-POLYCIN	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
<i>ofloxacin ophthalmic solution 0.3 %</i>	OCUFLOX	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic ointment 10 %</i>		
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic solution 10 %</i>		
<i>tobramycin ophthalmic solution 0.3 %</i>		
TOBREX OPHTHALMIC OINTMENT 0.3 %		
<i>trifluridine ophthalmic solution 1 %</i>		
ZIRGAN OPHTHALMIC GEL 0.15 %		
<i>Prostaglandinas Oftálmicas Y Análogos De Prostanida</i>		
<i>bimatoprost ophthalmic solution 0.03 %</i>		MT; QL (5 ML per 30 days)
<i>latanoprost ophthalmic solution 0.005 %</i>	XALATAN	MT; QL (2.5 ML per 25 days)
LUMIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.01 %		MT; QL (2.5 ML per 25 days)
RHOPRESSA OPHTHALMIC SOLUTION 0.02 %		MT
<i>travoprost (bak free) ophthalmic solution 0.004 %</i>	TRAVATAN Z	MT; QL (2.5 ML per 25 days)
Agentes Orales Y Dentales		
<i>Agentes Orales Y Dentales</i>		
<i>cevimeline hcl oral capsule 30 mg</i>	EVOXAC	
<i>chlorhexidine gluconate mouth/throat solution 0.12 %</i>		
PERIOGARD MOUTH/THROAT SOLUTION 0.12 %		
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	SALAGEN	
<i>triamcinolone acetate mouth/throat paste 0.1 %</i>	ORALONE	
Agentes Oóticos		
<i>Agentes Oóticos</i>		

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
<i>acetic acid otic solution 2 %</i>		
<i>ciprofloxacin hcl otic solution 0.2 %</i>	CETRAXAL	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic suspension 0.3-0.1 %</i>	CIPRODEX	
FLAC OTIC OIL 0.01 %		
<i>fluocinolone acetonide otic oil 0.01 %</i>		
<i>hydrocortisone-acetic acid otic solution 1-2 %</i>	ACETASOL HC	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic solution 1 %</i>		
<i>neomycin-polymyxin-hc otic suspension 3.5-10000-1</i>		
<i>ofloxacin otic solution 0.3 %</i>		
Agentes Para El Desorden Del Sueño		
<i>Agentes Promotores De La Vigilia</i>		
<i>armodafinil oral tablet 150 mg</i>	NUVIGIL	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>armodafinil oral tablet 200 mg, 250 mg</i>	NUVIGIL	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>armodafinil oral tablet 50 mg</i>	NUVIGIL	PA; QL (150 EA per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	PROVIGIL	PA; QL (30 EA per 30 days)
XYREM ORAL SOLUTION 500 MG/ML		PA; LA; QL (540 ML per 30 days)
<i>Agentes Promotores Del Sueño</i>		
<i>doxepin hcl oral tablet 3 mg, 6 mg</i>	SILENOR	QL (30 EA per 30 days)
<i>estazolam oral tablet 1 mg, 2 mg</i>		QL (30 EA per 30 days)
HETLIOZ ORAL CAPSULE 20 MG		PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
<i>ramelteon oral tablet 8 mg</i>	ROZEREM	QL (30 EA per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 22.5 mg, 30 mg, 7.5 mg</i>	RESTORIL	QL (30 EA per 30 days)
<i>zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg</i>		PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>zolpidem tartrate er oral tablet extended release 12.5 mg, 6.25 mg</i>	AMBIEN CR	PA; QL (30 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
<i>zolpidem tartrate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	AMBIEN	PA; QL (30 EA per 30 days)
Agentes Para El Tratamiento De Abuso De Sustancias. Anti-Adicción		
Agentes Para Revertimiento De Opioides		
<i>naloxone hcl injection solution 0.4 mg/ml</i>		
<i>naloxone hcl injection solution cartridge 0.4 mg/ml</i>		
<i>naloxone hcl injection solution prefilled syringe 2 mg/2ml</i>		
NARCAN NASAL LIQUID 4 MG/0.1ML		
Agentes Para Sesación De Fumar		
<i>bupropion hcl er (smoking det) oral tablet extended release 12 hour 150 mg</i>		
NICOTROL INHALATION INHALER 10 MG		
NICOTROL NS NASAL SOLUTION 10 MG/ML		
<i>varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>		QL (60 EA per 30 days)
<i>varenicline tartrate oral tablet therapy pack 0.5 mg x 11 & 1 mg x 42</i>		
Dependencia De Opioides		
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg</i>		
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 8 mg</i>		QL (60 EA per 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 12-3 mg, 2-0.5 mg, 4-1 mg</i>	SUBOXONE	QL (60 EA per 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 8-2 mg</i>	SUBOXONE	QL (90 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 2-0.5 mg</i>		QL (120 EA per 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 8-2 mg</i>		QL (90 EA per 30 days)
<i>naltrexone hcl oral tablet 50 mg</i>		
Disuadores De Alcohol / Medicamentos Para Controlar El Deseo		
<i>acamprosate calcium oral tablet delayed release 333 mg</i>		
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		
<i>naltrexone hcl oral tablet 50 mg</i>		
Agentes Para El Tratamiento De La Espasticidad		
Agentes Para El Tratamiento De La Espasticidad		
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>		
<i>dantrolene sodium oral capsule 100 mg, 50 mg</i>		
<i>dantrolene sodium oral capsule 25 mg</i>	DANTRIUM	
<i>tizanidine hcl oral capsule 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	ZANAFLEX	
<i>tizanidine hcl oral tablet 2 mg</i>		
<i>tizanidine hcl oral tablet 4 mg</i>	ZANAFLEX	
Agentes Para El Tratamiento De La Migraña		
Agentes Para El Tratamiento De La Migraña		
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG		PA; QL (16 EA per 30 days)
Agonista Del Receptor De Serotonina (5-Ht)		

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
<i>eletriptan hydrobromide oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	RELPAK	QL (9 EA per 30 days)
<i>naratriptan hcl oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>		QL (12 EA per 28 days)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet 10 mg</i>	MAXALT	QL (18 EA per 28 days)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet 5 mg</i>		QL (18 EA per 28 days)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet dispersible 10 mg</i>	MAXALT-MLT	QL (18 EA per 28 days)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet dispersible 5 mg</i>		QL (18 EA per 28 days)
<i>sumatriptan nasal solution 20 mg/act</i>	IMITREX	QL (12 EA per 28 days)
<i>sumatriptan nasal solution 5 mg/act</i>	IMITREX	QL (24 EA per 28 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	IMITREX	QL (9 EA per 28 days)
<i>sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge 4 mg/0.5ml</i>	IMITREX STATDOSE REFILL	QL (9 ML per 28 days)
<i>sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge 6 mg/0.5ml</i>	IMITREX STATDOSE REFILL	QL (6 ML per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5ml</i>		QL (6 ML per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 4 mg/0.5ml, 6 mg/0.5ml</i>	IMITREX STATDOSE SYSTEM	QL (6 ML per 28 days)
<i>zolmitriptan oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	ZOMIG	QL (12 EA per 28 days)
<i>zolmitriptan oral tablet dispersible 2.5 mg, 5 mg</i>		QL (12 EA per 28 days)
<i>Alcaloides De Ergotamina</i>		
<i>dihydroergotamine mesylate nasal solution 4 mg/ml</i>	MIGRANAL	
MIGERGOT RECTAL SUPPOSITORY 2-100 MG		
<i>Profilácticos</i>		

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
AIMOVIG SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML		PA; QL (1 ML per 30 days)
AIMOVIG SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 70 MG/ML		PA; QL (2 ML per 30 days)
<i>divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 500 mg</i>	DEPAKOTE ER	MT
<i>divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle 125 mg</i>	DEPAKOTE SPRINKLES	MT
<i>divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	DEPAKOTE	MT
EMGALITY (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML		PA; QL (3 ML per 30 days)
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 120 MG/ML		PA; QL (2 ML per 30 days)
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 120 MG/ML		PA; QL (2 ML per 30 days)
EPRONTIA ORAL SOLUTION 25 MG/ML		PA; MT; QL (473 ML per 30 days)
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>		MT
<i>topiramate er oral capsule er 24 hour sprinkle 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	QUDEXY XR	MT
<i>topiramate oral capsule sprinkle 15 mg, 25 mg</i>	TOPAMAX SPRINKLE	MT
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	TOPAMAX	MT
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>		MT
<i>valproic acid oral solution 250 mg/5ml</i>		MT

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
Agentes Para El Tratamiento De Parkinson		
<i>Agentes Para El Tratamiento De Parkinson, Otros</i>		
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>		MT
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>		MT
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 12.5-50-200 mg</i>	STALEVO 50	MT
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 18.75-75-200 mg</i>	STALEVO 75	MT
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 25-100-200 mg</i>	STALEVO 100	MT
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 31.25-125-200 mg</i>	STALEVO 125	MT
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 37.5-150-200 mg</i>	STALEVO 150	MT
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 50-200-200 mg</i>	STALEVO 200	MT
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i>	COMTAN	MT
<i>Antagonistas De Dopamina</i>		
APOKYN SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 30 MG/3ML		LA
<i>apomorphine hcl subcutaneous solution cartridge 30 mg/3ml</i>	APOKYN	
<i>bromocriptine mesylate oral capsule 5 mg</i>	PARLODEL	MT
<i>bromocriptine mesylate oral tablet 2.5 mg</i>	PARLODEL	MT
NEUPRO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 1 MG/24HR, 2 MG/24HR, 3 MG/24HR, 4 MG/24HR, 6 MG/24HR, 8 MG/24HR		MT; QL (30 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
<i>pramipexole dihydrochloride er oral tablet extended release 24 hour 0.375 mg, 0.75 mg, 1.5 mg, 2.25 mg, 3 mg, 3.75 mg, 4.5 mg</i>	MIRAPEX ER	MT
<i>pramipexole dihydrochloride oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i>		MT
<i>ropinirole hcl er oral tablet extended release 24 hour 12 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg</i>		MT
<i>ropinirole hcl oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>		MT
<i>Anticolinérgicos</i>		
<i>benztropine mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>		PA
<i>trihexyphenidyl hcl oral solution 0.4 mg/ml</i>		PA
<i>trihexyphenidyl hcl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>		PA
<i>Inhibidores De Monoamino Oxidasa B (Mao-B)</i>		
<i>rasagiline mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	AZILECT	MT
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>		MT
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>		MT
<i>Precursores De Dopamina Y / O Inhibidores De La Descarboxilasa De L-Aminoácidos</i>		
<i>carbidopa-levodopa er oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>		MT
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg</i>	SINEMET	MT
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 25-100 mg</i>	DHIVY	MT
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 25-250 mg</i>		MT

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
<i>carbidopa-levodopa oral tablet dispersible 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>		MT
INBRIJA INHALATION CAPSULE 42 MG		PA; LA
RYTARY ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 23.75-95 MG, 36.25-145 MG, 48.75-195 MG, 61.25-245 MG		ST; MT

Agentes Para La Enfermedad Inflamatoria Intestinal

Aminosalicilatos

<i>balsalazide disodium oral capsule 750 mg</i>	COLAZAL	
DIPENTUM ORAL CAPSULE 250 MG		
<i>mesalamine er oral capsule extended release 24 hour 0.375 gm</i>	APRISO	
<i>mesalamine oral capsule delayed release 400 mg</i>	DELZICOL	
<i>mesalamine oral tablet delayed release 1.2 gm</i>	LIALDA	
<i>mesalamine oral tablet delayed release 800 mg</i>	ASACOL HD	
<i>mesalamine rectal enema 4 gm</i>		
<i>mesalamine rectal suppository 1000 mg</i>	CANASA	
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	AZULFIDINE	MT
<i>sulfasalazine oral tablet delayed release 500 mg</i>	AZULFIDINE EN-TABS	MT

Glucocorticoides

<i>budesonide er oral tablet extended release 24 hour 9 mg</i>	UCERIS	QL (30 EA per 30 days)
<i>budesonide oral capsule delayed release particles 3 mg</i>		
<i>dexamethasone oral elixir 0.5 mg/5ml</i>		

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>		
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	CORTEF	
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60ml</i>	CORTENEMA	
<i>methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml</i>	DEPO-MEDROL	
<i>methylprednisolone acetate injection suspension 80 mg/ml</i>	DEPO-MEDROL	
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg</i>	MEDROL	
<i>methylprednisolone oral tablet 32 mg</i>		
<i>methylprednisolone oral tablet therapy pack 4 mg</i>	MEDROL	
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5ml</i>		
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 10 mg/5ml, 20 mg/5ml, 25 mg/5ml</i>		
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 6.7 (5 base) mg/5ml</i>	PEDIAPRED	
PREDNISONO INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML		
<i>prednisone oral solution 5 mg/5ml</i>		
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>		
PROCTOZONE-HC EXTERNAL CREAM 2.5 %		
<i>triamcinolone acetate injection suspension 40 mg/ml</i>	KENALOG	
Agentes Parala Enfermedad Metabólica Del Hueso		
<i>Agentes Parala Enfermedad Metabólica Del Hueso</i>		

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
<i>alendronate sodium oral tablet 10 mg</i>		MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>alendronate sodium oral tablet 35 mg</i>		MT; QL (4 EA per 28 days)
<i>alendronate sodium oral tablet 70 mg</i>	FOSAMAX	MT; QL (4 EA per 28 days)
<i>calcitonin (salmon) nasal solution 200 unit/act</i>		MT
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i>	ROCALTROL	MT
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i>	ROCALTROL	PA; MT
<i>cinacalcet hcl oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	SENSIPAR	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>cinacalcet hcl oral tablet 90 mg</i>	SENSIPAR	PA; QL (120 EA per 30 days)
FORTEO SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 600 MCG/2.4ML		PA; QL (2.4 ML per 28 days)
<i>ibandronate sodium oral tablet 150 mg</i>		MT; QL (1 EA per 28 days)
NATPARA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG		PA; QL (2 EA per 28 days)
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg</i>	ZEMPLAR	PA; MT
<i>paricalcitol oral capsule 4 mcg</i>		PA; MT
PROLIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 60 MG/ML		PA; QL (1 ML per 180 days)
<i>risedronate sodium oral tablet 150 mg</i>	ACTONEL	MT; QL (1 EA per 28 days)
<i>risedronate sodium oral tablet 35 mg</i>	ACTONEL	MT; QL (4 EA per 28 days)
<i>risedronate sodium oral tablet delayed release 35 mg</i>	AELVIA	MT; QL (4 EA per 28 days)
TYMLOS SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 3120 MCG/1.56ML		PA; QL (1.56 ML per 30 days)
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7ML		PA; QL (1.7 ML per 28 days)

Agentes Pulmonares/ Tracto Respiratorio

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
<i>Agentes Del Tracto Respiratorio, Otros</i>		
<i>acetylcysteine inhalation solution 10 %, 20 %</i>		PA
ADVAIR DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-50 MCG/ACT, 250-50 MCG/ACT, 500-50 MCG/ACT		MT; QL (60 EA per 30 days)
ADVAIR HFA INHALATION AEROSOL 115-21 MCG/ACT, 230-21 MCG/ACT, 45-21 MCG/ACT		MT; QL (12 GM per 30 days)
ANORO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5-25 MCG/ACT		MT; QL (60 EA per 30 days)
STIOLTO RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 2.5-2.5 MCG/ACT		MT; QL (4 GM per 30 days)
SYMBICORT INHALATION AEROSOL 160-4.5 MCG/ACT, 80-4.5 MCG/ACT		MT; QL (10.2 GM per 30 days)
TRELEGY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-62.5-25 MCG/ACT, 200-62.5-25 MCG/ACT		MT; QL (60 EA per 30 days)
<i>Agentes Para Fibrosis Cística</i>		
CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED 75 MG		PA; LA
KALYDECO ORAL PACKET 25 MG, 50 MG, 75 MG		PA; QL (60 EA per 30 days)
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG		PA; QL (60 EA per 30 days)
ORKAMBI ORAL PACKET 100-125 MG, 150-188 MG		PA; QL (120 EA per 30 days)
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG		PA; QL (120 EA per 30 days)
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 2.5 MG/2.5ML		PA

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
<i>tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/5ml</i>	KITABIS PAK	PA; QL (280 ML per 28 days)
<i>Agentes Para Fibrosis Pulmonar</i>		
ESBRIET ORAL CAPSULE 267 MG		PA; QL (270 EA per 30 days)
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG		PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg</i>	ESBRIET	PA; QL (270 EA per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 801 mg</i>	ESBRIET	PA; QL (90 EA per 30 days)
<i>Agentes Pulmonares/ Tracto Respiratorio</i>		
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 20-100 MCG/ACT		MT; QL (8 GM per 30 days)
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution 0.5-2.5 (3) mg/3ml</i>		PA
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 100 MG/ML		PA; QL (3 ML per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML		PA; QL (3 ML per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG		PA; QL (3 EA per 28 days)
<i>Antihipertensivos Pulmonares</i>		
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG		PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
ALYQ ORAL TABLET 20 MG		PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	LETAIRIS	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG		PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
<i>sildenafil citrate oral suspension reconstituted 10 mg/ml</i>	REVATIO	PA
<i>sildenafil citrate oral tablet 20 mg</i>	REVATIO	PA; MT; QL (90 EA per 30 days)
<i>tadalafil (pah) oral tablet 20 mg</i>	ALYQ	PA; QL (60 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
TYVASO DPI MAINTENANCE KIT INHALATION POWDER 112 X 32MCG & 112 X48MCG		PA; QL (224 EA per 28 days)
TYVASO DPI MAINTENANCE KIT INHALATION POWDER 16 MCG, 32 MCG, 48 MCG, 64 MCG		PA; QL (112 EA per 28 days)
TYVASO DPI TITRATION KIT INHALATION POWDER 112 X 16MCG & 84 X 32MCG		PA; QL (196 EA per 28 days)
TYVASO DPI TITRATION KIT INHALATION POWDER 16 & 32 & 48 MCG		PA; QL (252 EA per 28 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 1000 MCG, 1200 MCG, 1400 MCG, 1600 MCG, 200 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG		PA; QL (60 EA per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 800 MCG		PA; QL (200 EA per 30 days)
VENTAVIS INHALATION SOLUTION 10 MCG/ML, 20 MCG/ML		PA; QL (270 ML per 30 days)
<i>Antihistaminas</i>		
<i>azelastine hcl nasal solution 0.1 %</i>		QL (30 ML per 25 days)
<i>azelastine hcl nasal solution 0.15 %</i>		QL (60 ML per 30 days)
<i>cetirizine hcl oral solution 1 mg/ml</i>		
<i>cyproheptadine hcl oral syrup 2 mg/5ml</i>		PA
<i>cyproheptadine hcl oral tablet 4 mg</i>		PA
<i>desloratadine oral tablet 5 mg</i>	CLARINEX	QL (30 EA per 30 days)
<i>levocetirizine dihydrochloride oral solution 2.5 mg/5ml</i>	XYZAL ALLERGY 24HR	
<i>levocetirizine dihydrochloride oral tablet 5 mg</i>	XYZAL ALLERGY 24HR	QL (30 EA per 30 days)
<i>olopatadine hcl nasal solution 0.6 %</i>	PATANASE	
<i>promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>		PA

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
Antiinflamatorios, Corticoesteroides Inhalados		
ARNUITY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT, 50 MCG/ACT		MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension 0.25 mg/2ml, 0.5 mg/2ml, 1 mg/2ml</i>	PULMICORT	PA
FLOVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/ACT, 50 MCG/ACT		MT; QL (60 EA per 30 days)
FLOVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 250 MCG/ACT		MT; QL (240 EA per 30 days)
FLOVENT HFA INHALATION AEROSOL 110 MCG/ACT, 220 MCG/ACT		MT; QL (24 GM per 30 days)
FLOVENT HFA INHALATION AEROSOL 44 MCG/ACT		MT; QL (21.2 GM per 30 days)
<i>flunisolide nasal solution 25 mcg/act (0.025%)</i>		QL (50 ML per 25 days)
<i>fluticasone propionate nasal suspension 50 mcg/act</i>	CLARISPRAY	QL (32 GM per 30 days)
PULMICORT FLEXHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 180 MCG/ACT, 90 MCG/ACT		MT; QL (2 EA per 30 days)
Antileucotrienos		
<i>montelukast sodium oral packet 4 mg</i>	SINGULAIR	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>montelukast sodium oral tablet 10 mg</i>	SINGULAIR	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>montelukast sodium oral tablet chewable 4 mg, 5 mg</i>	SINGULAIR	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	ACCOLATE	MT

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
Broncodilatadores, Anticolinérgicos		
ATROVENT HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION 17 MCG/ACT		MT; QL (25.8 GM per 30 days)
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>		PA
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.03 %</i>		MT; QL (30 ML per 30 days)
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.06 %</i>		MT; QL (15 ML per 30 days)
SPIRIVA HANDIHALER INHALATION CAPSULE 18 MCG		MT; QL (30 EA per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 1.25 MCG/ACT, 2.5 MCG/ACT		MT; QL (4 GM per 30 days)
Broncodilatadores, Simpatomiméticos		
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act (nda020503)</i>	PROVENTIL HFA	QL (40.2 GM per 30 days)
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act, 108 (90 base) mcg/act (nda020983)</i>	PROVENTIL HFA	QL (36 GM per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution (2.5 mg/3ml) 0.083%, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml, 2.5 mg/0.5ml</i>		PA
<i>albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5ml</i>		MT
<i>albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg</i>		MT
BREO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-25 MCG/ACT, 200-25 MCG/ACT		MT; QL (60 EA per 30 days)
<i>epinephrine injection solution auto- injector 0.15 mg/0.15ml, 0.3 mg/0.3ml</i>	AUVI-Q	QL (6 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
<i>epinephrine injection solution auto-injector 0.15 mg/0.3ml</i>	EPIPEN JR 2-PAK	QL (6 EA per 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 113-14 mcg/act</i>	AIRDUO RESPICLICK 113/14	MT; QL (1 EA per 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 232-14 mcg/act</i>	AIRDUO RESPICLICK 232/14	MT; QL (1 EA per 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 55-14 mcg/act</i>	AIRDUO RESPICLICK 55/14	MT; QL (1 EA per 30 days)
<i>formoterol fumarate inhalation nebulization solution 20 mcg/2ml</i>	PERFOROMIST	PA
<i>levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 0.31 mg/3ml, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml</i>	XOPENEX	PA
<i>levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 1.25 mg/0.5ml</i>	XOPENEX CONCENTRATE	PA
<i>levalbuterol tartrate inhalation aerosol 45 mcg/act</i>	XOPENEX HFA	MT; QL (30 GM per 30 days)
SEREVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50 MCG/ACT		MT; QL (60 EA per 30 days)
<i>terbutaline sulfate oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>		MT
<i>Estabilizadores De Mastocitos</i>		
<i>cromolyn sodium inhalation nebulization solution 20 mg/2ml</i>		PA
<i>cromolyn sodium oral concentrate 100 mg/5ml</i>	GASTROCROM	
<i>Inhibidores De Fósfo diesterasa, Enfermedad De Las Vías Respiratorias</i>		
DALIRESP ORAL TABLET 250 MCG, 500 MCG		MT

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
THEO-24 ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG, 200 MG, 300 MG, 400 MG		MT
<i>theophylline er oral tablet extended release 12 hour 300 mg, 450 mg</i>		MT
<i>theophylline er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 600 mg</i>		MT
<i>theophylline oral solution 80 mg/15ml</i>		MT

Analgésicos

Analgésicos Opioides, Corta Duración

<i>acetaminophen-codeine #3 oral tablet 300-30 mg</i>		QL (360 EA per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120- 12 mg/5ml</i>		QL (1167 ML per 7 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg</i>		QL (400 EA per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>		QL (180 EA per 30 days)
<i>fentanyl citrate (pf) injection solution 100 mcg/2ml</i>		QL (4 ML per 30 days)
<i>fentanyl citrate (pf) injection solution 50 mcg/ml</i>		QL (2 ML per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1200 mcg, 1600 mcg, 200 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	ACTIQ	PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal tablet 100 mcg, 200 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	FENTORA	PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15ml</i>		QL (5400 ML per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg</i>		QL (180 EA per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg</i>		QL (240 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 7.5-200 mg</i>		QL (35 EA per 7 days)
<i>hydromorphone hcl oral liquid 1 mg/ml</i>	DILAUDID	
<i>hydromorphone hcl oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	DILAUDID	QL (180 EA per 30 days)
<i>hydromorphone hcl oral tablet 8 mg</i>	DILAUDID	QL (21 EA per 7 days)
<i>hydromorphone hcl pf injection solution 10 mg/ml, 50 mg/5ml</i>		PA
<i>meperidine hcl injection solution 100 mg/ml</i>	DEMEROL	QL (360 ML per 30 days)
<i>meperidine hcl injection solution 25 mg/ml</i>	DEMEROL	QL (1440 ML per 30 days)
<i>meperidine hcl injection solution 50 mg/ml</i>	DEMEROL	QL (720 ML per 30 days)
<i>morphine sulfate (concentrate) oral solution 20 mg/ml</i>		QL (42 ML per 7 days)
<i>morphine sulfate oral solution 10 mg/5ml</i>		QL (1800 ML per 30 days)
<i>morphine sulfate oral solution 20 mg/5ml</i>		QL (900 ML per 30 days)
<i>morphine sulfate oral tablet 15 mg, 30 mg</i>		QL (180 EA per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral capsule 5 mg</i>		QL (180 EA per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral concentrate 100 mg/5ml</i>		
<i>oxycodone hcl oral solution 5 mg/5ml</i>		QL (2700 ML per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral tablet 10 mg, 20 mg</i>		QL (180 EA per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral tablet 15 mg</i>	ROXICODONE	QL (180 EA per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral tablet 30 mg</i>	ROXICODONE	QL (14 EA per 7 days)
<i>oxycodone hcl oral tablet 5 mg</i>		QL (180 EA per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg</i>		QL (180 EA per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg</i>		QL (56 EA per 7 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg</i>		QL (360 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg</i>		QL (240 EA per 30 days)
<i>tramadol hcl oral tablet 50 mg</i>		QL (240 EA per 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>		QL (56 EA per 7 days)
<i>Analgésicos Opioides, Larga Duración</i>		
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg</i>		
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 8 mg</i>		QL (60 EA per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1200 mcg, 1600 mcg, 200 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	ACTIQ	PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal tablet 100 mcg, 200 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	FENTORA	PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr</i>		QL (10 EA per 30 days)
<i>hydromorphone hcl pf injection solution 10 mg/ml, 50 mg/5ml</i>		PA
<i>methadone hcl oral solution 10 mg/5ml, 5 mg/5ml</i>		QL (450 ML per 30 days)
<i>methadone hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		QL (180 EA per 30 days)
<i>morphine sulfate (concentrate) oral solution 20 mg/ml</i>		QL (42 ML per 7 days)
<i>morphine sulfate er beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 30 mg, 45 mg, 60 mg, 75 mg, 90 mg</i>		QL (90 EA per 30 days)
<i>morphine sulfate er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 100 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg, 80 mg</i>		QL (90 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release 100 mg, 15 mg, 200 mg, 30 mg, 60 mg</i>	MS CONTIN	QL (90 EA per 30 days)
<i>morphine sulfate oral solution 10 mg/5ml</i>		QL (1800 ML per 30 days)
<i>morphine sulfate oral tablet 15 mg</i>		QL (180 EA per 30 days)
Analgésicos		
ENDOCET ORAL TABLET 10-325 MG		QL (180 EA per 30 days)
ENDOCET ORAL TABLET 5-325 MG		QL (360 EA per 30 days)
ENDOCET ORAL TABLET 7.5-325 MG		QL (240 EA per 30 days)
TAVNEOS ORAL CAPSULE 10 MG		PA; QL (180 EA per 30 days)
Antiinflamatorios No-Esteroidales		
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	CELEBREX	QL (60 EA per 30 days)
<i>celecoxib oral capsule 400 mg</i>	CELEBREX	QL (30 EA per 30 days)
<i>diclofenac epolamine external patch 1.3 %</i>	FLECTOR	PA
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	CATAFLAM	
<i>diclofenac sodium er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>		
<i>diclofenac sodium external gel 1 %</i>		
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>		
<i>diflunisal oral tablet 500 mg</i>		
<i>etodolac er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 500 mg, 600 mg</i>		
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>		
<i>etodolac oral tablet 400 mg</i>	LODINE	
<i>etodolac oral tablet 500 mg</i>		
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>		
IBU ORAL TABLET 600 MG, 800 MG		
<i>ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml</i>		
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>		

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
<i>ketoprofen oral capsule 25 mg</i>		
<i>ketorolac tromethamine injection solution 30 mg/ml</i>		
<i>ketorolac tromethamine intramuscular solution 60 mg/2ml</i>		
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	MOBIC	QL (30 EA per 30 days)
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	RELAFEN	
<i>naproxen oral suspension 125 mg/5ml</i>	NAPROSYN	
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg</i>		
<i>naproxen oral tablet 500 mg</i>	NAPROSYN	
<i>naproxen oral tablet delayed release 375 mg, 500 mg</i>	NAPROSYN	
<i>naproxen sodium oral tablet 275 mg</i>		
<i>naproxen sodium oral tablet 550 mg</i>	ANAPROX DS	
<i>oxaprozin oral tablet 600 mg</i>	DAYPRO	
<i>piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	FELDENE	
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>		
Anestésicos		
<i>Anestésicos Locales</i>		
<i>GLYDO EXTERNAL GEL 2 %</i>		PA
<i>GLYDO EXTERNAL PREFILLED SYRINGE 2 %</i>		PA
<i>lidocaine external ointment 5 %</i>		PA
<i>lidocaine external patch 5 %</i>	LIDODERM	PA; QL (90 EA per 30 days)
<i>lidocaine hcl external solution 4 %</i>		
<i>lidocaine hcl urethral/mucosal external gel 2 %</i>		PA
<i>lidocaine hcl urethral/mucosal external prefilled syringe 2 %</i>	GLYDO	PA
<i>lidocaine viscous hcl mouth/throat solution 2 %</i>		

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
<i>lidocaine-prilocaine external cream 2.5-2.5 %</i>		PA
Ansiolíticos		
Ansiolíticos, Otros		
<i>buspirone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>		MT
<i>doxepin hcl oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>		PA
<i>doxepin hcl oral concentrate 10 mg/ml</i>		PA
<i>doxepin hcl oral tablet 3 mg, 6 mg</i>	SILENOR	QL (30 EA per 30 days)
Benzodiazepinas		
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	XANAX	
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	KLONOPIN	
<i>clonazepam oral tablet dispersible 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>		
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg</i>		PA
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 7.5 mg</i>	TRANXENE-T	PA
DIAZEPAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML		PA
<i>diazepam oral solution 5 mg/5ml</i>		PA
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	VALIUM	PA
<i>diazepam rectal gel 10 mg, 20 mg</i>	DIASTAT ACUDIAL	
<i>diazepam rectal gel 2.5 mg</i>	DIASTAT	
LORAZEPAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 2 MG/ML		
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	ATIVAN	
<i>midazolam hcl (pf) injection solution 10 mg/2ml</i>		QL (4 ML per 30 days)
<i>midazolam hcl (pf) injection solution 5 mg/5ml</i>		QL (10 ML per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
<i>midazolam hcl (pf) injection solution 5 mg/ml</i>		QL (2 ML per 30 days)
<i>midazolam hcl injection solution 10 mg/2ml, 2 mg/2ml</i>		QL (4 ML per 30 days)
<i>midazolam hcl injection solution 5 mg/5ml</i>		QL (10 ML per 30 days)
<i>midazolam hcl injection solution 5 mg/ml</i>		QL (2 ML per 30 days)
NAYZILAM NASAL SOLUTION 5 MG/0.1ML		PA
VALTOCO 10 MG DOSE NASAL LIQUID 10 MG/0.1ML		PA
VALTOCO 15 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 7.5 MG/0.1ML		PA
VALTOCO 20 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 10 MG/0.1ML		PA
VALTOCO 5 MG DOSE NASAL LIQUID 5 MG/0.1ML		PA
<i>Ssrís/Snris (Inhibidores Selectivos De La Recaptación De Serotonina / Inhibidores De La Recaptación De Serotonina Y Norepinefrina)</i>		
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 60 MG		PA; MT; QL (60 EA per 30 days)
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 40 MG		PA; MT; QL (90 EA per 30 days)
Antibacteriales		
<i>Aminoglicósidos</i>		
<i>amikacin sulfate injection solution 500 mg/2ml</i>		

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
<i>gentamicin in saline intravenous solution 0.8-0.9 mg/ml-%, 1-0.9 mg/ml-%, 1.2-0.9 mg/ml-%, 1.6-0.9 mg/ml-%</i>		
<i>gentamicin sulfate external cream 0.1 %</i>		
<i>gentamicin sulfate external ointment 0.1 %</i>		
<i>gentamicin sulfate injection solution 40 mg/ml</i>		
<i>neomycin sulfate oral tablet 500 mg</i>		
<i>paromomycin sulfate oral capsule 250 mg</i>	HUMATIN	
<i>streptomycin sulfate intramuscular solution reconstituted 1 gm</i>		
<i>tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml, 80 mg/2ml</i>		PA
<i>Antibacteriales, Otros</i>		
<i>aztreonam injection solution reconstituted 1 gm</i>	AZACTAM	
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	CLEOCIN	
<i>clindamycin palmitate hcl oral solution reconstituted 75 mg/5ml</i>	CLEOCIN	
<i>clindamycin phosphate external swab 1 %</i>	CLINDACIN ETZ	
<i>clindamycin phosphate in d5w intravenous solution 300 mg/50ml, 600 mg/50ml, 900 mg/50ml</i>		
<i>clindamycin phosphate injection solution 300 mg/2ml, 900 mg/6ml</i>	CLEOCIN PHOSPHATE	
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i>	CLEOCIN	
<i>colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted 150 mg</i>	COLY-MYCIN M	PA
<i>daptomycin intravenous solution reconstituted 350 mg</i>		
<i>daptomycin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	CUBICIN RF	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
<i>linezolid intravenous solution 600 mg/300ml</i>	ZYVOX	PA
<i>linezolid oral suspension reconstituted 100 mg/5ml</i>	ZYVOX	PA
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i>	ZYVOX	PA
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gm</i>	HIPREX	
<i>metronidazole external cream 0.75 %</i>	METROCREAM	
<i>metronidazole external gel 0.75 %</i>	ROSADAN	
<i>metronidazole external gel 1 %</i>	METROGEL	
<i>metronidazole external lotion 0.75 %</i>	METROLOTION	
<i>metronidazole intravenous solution 500 mg/100ml</i>		
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 %</i>		
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	MACRODANTIN	
<i>nitrofurantoin monohyd macro oral capsule 100 mg</i>	MACROBID	
<i>polymyxin b sulfate injection solution reconstituted 500000 unit</i>		PA
SIVEXTRO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 200 MG		PA; QL (6 EA per 15 days)
SIVEXTRO ORAL TABLET 200 MG		PA; QL (6 EA per 15 days)
<i>tigecycline intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	TYGACIL	PA
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>		
<i>vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 500 mg, 750 mg</i>		
<i>vancomycin hcl oral capsule 125 mg, 250 mg</i>	VANCOCIN	
VANDAZOLE VAGINAL GEL 0.75 %		

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG, 550 MG		PA
<i>Betalactámico, Cefalosporinas</i>		
<i>cefaclor er oral tablet extended release 12 hour 500 mg</i>		
<i>cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>		
<i>cefaclor oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml, 375 mg/5ml</i>		
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>		
<i>cefadroxil oral suspension reconstituted 250 mg/5ml, 500 mg/5ml</i>		
<i>cefadroxil oral tablet 1 gm</i>		
<i>cefazolin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 500 mg</i>		
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>		
<i>cefdinir oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>		
<i>cefepime hcl injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>		
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i>	SUPRAX	
<i>cefixime oral suspension reconstituted 100 mg/5ml</i>		
<i>cefixime oral suspension reconstituted 200 mg/5ml</i>	SUPRAX	
<i>cefoxitin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm</i>		PA
<i>cefpodoxime proxetil oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 50 mg/5ml</i>		
<i>cefpodoxime proxetil oral tablet 100 mg, 200 mg</i>		
<i>cefprozil oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>		
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
<i>ceftazidime injection solution reconstituted 1 gm</i>	TAZICEF	
<i>ceftazidime injection solution reconstituted 6 gm</i>		
<i>ceftazidime intravenous solution reconstituted 2 gm</i>	TAZICEF	
<i>ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 250 mg, 500 mg</i>		
<i>ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>		
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		
<i>cefuroxime sodium injection solution reconstituted 750 mg</i>		PA
<i>cefuroxime sodium intravenous solution reconstituted 1.5 gm</i>		PA
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>		
<i>cephalexin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>		
SUPRAX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 500 MG/5ML		
SUPRAX ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG, 200 MG		
TEFLARO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 MG, 600 MG		PA
<i>Betalactámico, Penicilinas</i>		
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>		
<i>amoxicillin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 200 mg/5ml, 250 mg/5ml, 400 mg/5ml</i>		
<i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i>		
<i>amoxicillin oral tablet chewable 125 mg, 250 mg</i>		

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
<i>amoxicillin-pot clavulanate er oral tablet extended release 12 hour 1000-62.5 mg</i>		
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 200-28.5 mg/5ml, 250-62.5 mg/5ml, 400-57 mg/5ml</i>		
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 600-42.9 mg/5ml</i>	AUGMENTIN ES-600	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 875-125 mg</i>		
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 500-125 mg</i>	AUGMENTIN	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg</i>		
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>		
<i>ampicillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 125 mg</i>		PA
<i>ampicillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>		PA
<i>ampicillin-sulbactam sodium injection solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 3 (2-1) gm</i>	UNASYN	
<i>ampicillin-sulbactam sodium intravenous solution reconstituted 15 (10-5) gm</i>	UNASYN	
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2400000 UNIT/4ML		
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1200000 UNIT/2ML, 600000 UNIT/ML		
<i>dicloxacillin sodium oral capsule 250 mg, 500 mg</i>		
<i>nafcillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>		PA
<i>nafcillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>		PA

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
<i>oxacillin sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>		
<i>oxacillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>		
<i>penicillin g pot in dextrose intravenous solution 40000 unit/ml, 60000 unit/ml</i>		
<i>penicillin g potassium injection solution reconstituted 20000000 unit</i>	PFIZERPEN	
<i>penicillin g procaine intramuscular suspension 600000 unit/ml</i>		
<i>penicillin g sodium injection solution reconstituted 5000000 unit</i>		
<i>penicillin v potassium oral solution reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>		
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		
<i>piperacillin sod-tazobactam so intravenous solution reconstituted 2.25 (2-0.25) gm, 3.375 (3-0.375) gm, 4.5 (4-0.5) gm</i>		
Carbapenémicos		
<i>ertapenem sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>	INVANZ	
<i>imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 250 mg</i>		PA
<i>imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	PRIMAXIN IV	PA
<i>meropenem intravenous solution reconstituted 1 gm, 500 mg</i>		
Macrólidos		
<i>azithromycin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	ZITHROMAX	
<i>azithromycin oral packet 1 gm</i>	ZITHROMAX	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
<i>azithromycin oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>	ZITHROMAX	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 250 mg (6 pack), 500 mg, 500 mg (3 pack)</i>	ZITHROMAX	
<i>azithromycin oral tablet 600 mg</i>		
<i>clarithromycin er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>		
<i>clarithromycin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>		
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		
DIFICID ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 40 MG/ML		ST
DIFICID ORAL TABLET 200 MG		ST
E.E.S. 400 ORAL TABLET 400 MG		
ERY-TAB ORAL TABLET DELAYED RELEASE 250 MG, 333 MG, 500 MG		
ERYTHROCIN LACTOBIONATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 500 MG		PA
ERYTHROCIN STEARATE ORAL TABLET 250 MG		
<i>erythromycin base oral capsule delayed release particles 250 mg</i>		
<i>erythromycin base oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		
<i>erythromycin base oral tablet delayed release 500 mg</i>	ERY-TAB	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral tablet 400 mg</i>	E.E.S. 400	
<i>erythromycin oral tablet delayed release 250 mg, 333 mg</i>	ERY-TAB	
<i>Quinolonas</i>		
CILOXAN OPHTHALMIC OINTMENT 0.3 %		

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic solution 0.3 %</i>		
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 100 mg, 750 mg</i>		
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	CIPRO	
<i>ciprofloxacin in d5w intravenous solution 200 mg/100ml</i>		
<i>levofloxacin in d5w intravenous solution 500 mg/100ml, 750 mg/150ml</i>		
<i>levofloxacin intravenous solution 25 mg/ml</i>		
<i>levofloxacin oral solution 25 mg/ml</i>		
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 750 mg</i>	LEVAQUIN	
<i>levofloxacin oral tablet 500 mg</i>		
<i>Sulfonamidas</i>		
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>		
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5ml</i>	SULFATRIM	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg</i>	BACTRIM	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 800-160 mg</i>	BACTRIM DS	
<i>Tetraciclinas</i>		
DOXY 100 INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG		
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg</i>	VIBRAMYCIN	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 50 mg</i>		
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg</i>	LYMEPAK	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 150 mg, 75 mg</i>	ACTICLATE	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 20 mg</i>		

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
<i>doxycycline hyclate oral tablet delayed release 80 mg</i>	DORYX	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg</i>		
<i>minocycline hcl oral capsule 100 mg</i>	MINOCIN	
<i>minocycline hcl oral capsule 50 mg, 75 mg</i>		
<i>minocycline hcl oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>		
<i>tetracycline hcl oral capsule 250 mg, 500 mg</i>		
Anticonvulsivos		
Agentes De Aumento De Ácido Gamma-Aminobutírico (Gaba)		
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i>	ONFI	
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	ONFI	
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	KLONOPIN	
<i>clonazepam oral tablet dispersible 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>		
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg</i>		PA
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 7.5 mg</i>	TRANXENE-T	PA
DIAZEPAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML		PA
<i>diazepam oral solution 5 mg/5ml</i>		PA
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	VALIUM	PA
<i>diazepam rectal gel 10 mg, 20 mg</i>	DIASTAT ACUDIAL	
<i>diazepam rectal gel 2.5 mg</i>	DIASTAT	
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg, 400 mg</i>	NEURONTIN	MT
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5ml</i>	NEURONTIN	MT
<i>gabapentin oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	NEURONTIN	MT

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
LORAZEPAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 2 MG/ML		
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	ATIVAN	
NAYZILAM NASAL SOLUTION 5 MG/0.1ML		PA
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5ml</i>		PA
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>		PA
<i>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i>	MYSOLINE	MT
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG, 5 MG		QL (60 EA per 30 days)
<i>tiagabine hcl oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i>	GABITRIL	MT
VALTOCO 10 MG DOSE NASAL LIQUID 10 MG/0.1ML		PA
VALTOCO 15 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 7.5 MG/0.1ML		PA
VALTOCO 20 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 10 MG/0.1ML		PA
VALTOCO 5 MG DOSE NASAL LIQUID 5 MG/0.1ML		PA
<i>vigabatrin oral packet 500 mg</i>	SABRIL	PA; LA
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i>	SABRIL	PA; LA
<i>Agentes De Canales De Sodio</i>		
APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG, 800 MG		PA; QL (30 EA per 30 days)
APTIOM ORAL TABLET 600 MG		PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	TEGRETOL-XR	MT
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5ml</i>	TEGRETOL	MT

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>		MT
<i>carbamazepine oral tablet chewable 100 mg</i>		MT
DILANTIN INFATABS ORAL TABLET CHEWABLE 50 MG		MT
DILANTIN ORAL CAPSULE 100 MG, 30 MG		MT
DILANTIN ORAL SUSPENSION 125 MG/5ML		MT
EPITOL ORAL TABLET 200 MG		MT
<i>lacosamide oral solution 10 mg/ml</i>	VIMPAT	MT
<i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	VIMPAT	MT; QL (60 EA per 30 days)
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5ml</i>	TRILEPTAL	MT
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	TRILEPTAL	MT
PHENYTEK ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG		MT
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5ml</i>	DILANTIN	MT
<i>phenytoin oral tablet chewable 50 mg</i>	DILANTIN INFATABS	MT
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg</i>	DILANTIN	MT
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	DILANTIN	MT
<i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i>	BANZEL	PA
<i>rufinamide oral tablet 200 mg, 400 mg</i>	BANZEL	PA
TEGRETOL ORAL SUSPENSION 100 MG/5ML		MT
TEGRETOL ORAL TABLET 200 MG		MT
TEGRETOL-XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 100 MG, 200 MG, 400 MG		MT

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
VIMPAT ORAL SOLUTION 10 MG/ML		
VIMPAT ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG		QL (60 EA per 30 days)
VIMPAT ORAL TABLET 50 MG		MT; QL (60 EA per 30 days)
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	ZONEGRAN	MT
<i>zonisamide oral capsule 50 mg</i>		MT
<i>Agentes Modificadores De Canales De Calcio</i>		
CELONTIN ORAL CAPSULE 300 MG		MT
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i>	ZARONTIN	MT
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5ml</i>	ZARONTIN	MT
<i>pregabalin er oral tablet extended release 24 hour 165 mg, 330 mg, 82.5 mg</i>	LYRICA CR	MT
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 225 mg, 25 mg, 300 mg, 50 mg, 75 mg</i>	LYRICA	MT
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i>	LYRICA	MT
<i>Anticonvulsivos, Otros</i>		
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML		PA; QL (600 ML per 30 days)
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG		PA; QL (60 EA per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG, 500 MG		PA; LA
DIACOMIT ORAL PACKET 250 MG, 500 MG		PA; LA
<i>divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 500 mg</i>	DEPAKOTE ER	MT
<i>divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle 125 mg</i>	DEPAKOTE SPRINKLES	MT
<i>divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	DEPAKOTE	MT

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML		PA; LA; QL (600 ML per 30 days)
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5ml</i>	FELBATOL	
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i>	FELBATOL	MT
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML		PA; LA; QL (360 ML per 30 days)
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML		PA
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG		PA
<i>lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg</i>	LAMICTAL XR	MT
<i>lamotrigine oral kit 25 & 50 & 100 mg</i>	LAMICTAL ODT	MT
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	LAMICTAL	MT
<i>lamotrigine oral tablet chewable 25 mg, 5 mg</i>	LAMICTAL	MT
<i>lamotrigine oral tablet dispersible 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	LAMICTAL ODT	MT
<i>lamotrigine starter kit-blue oral kit 35 x 25 mg</i>	LAMICTAL STARTER	MT
<i>lamotrigine starter kit-green oral kit 84 x 25 mg & 14x100 mg</i>	LAMICTAL STARTER	MT
<i>lamotrigine starter kit-orange oral kit 42 x 25 mg & 7 x 100 mg</i>	LAMICTAL STARTER	MT
<i>levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 500 mg, 750 mg</i>	KEPPRA XR	MT
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i>	KEPPRA	MT
<i>levetiracetam oral tablet 1000 mg, 250 mg, 750 mg</i>	KEPPRA	MT
<i>levetiracetam oral tablet 500 mg</i>		MT
ROWEEPRA ORAL TABLET 500 MG		MT

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 1000 MG, 250 MG, 500 MG, 750 MG		MT
<i>topiramate er oral capsule er 24 hour sprinkle 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	QUDEXY XR	MT
<i>topiramate oral capsule sprinkle 15 mg, 25 mg</i>	TOPAMAX SPRINKLE	MT
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	TOPAMAX	MT
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>		MT
<i>valproic acid oral solution 250 mg/5ml</i>		MT
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 100 & 150 MG		PA; QL (56 EA per 28 days)
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 150 & 200 MG		PA; QL (56 EA per 28 days)
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG		PA; QL (60 EA per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET 50 MG		PA; QL (90 EA per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK 14 X 12.5 MG & 14 X 25 MG, 14 X 150 MG & 14 X200 MG, 14 X 50 MG & 14 X100 MG		PA; QL (28 EA per 28 days)
Antidepresivos		
<i>Antidepresivos, Otros</i>		
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 300 MG, 400 MG		PA; QL (1 EA per 28 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 300 MG, 400 MG		PA; QL (1 EA per 28 days)
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>		

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	ABILIFY	
<i>aripiprazole oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg</i>		
<i>bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	WELLBUTRIN SR	MT
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 300 mg</i>	WELLBUTRIN XL	MT
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 450 mg</i>	FORFIVO XL	MT
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i>		MT
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg</i>	REMERON	MT
<i>mirtazapine oral tablet 45 mg, 7.5 mg</i>		MT
<i>mirtazapine oral tablet dispersible 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	REMERON SOLTAB	MT
<i>olanzapine-fluoxetine hcl oral capsule 12-25 mg, 12-50 mg, 6-50 mg</i>		MT
<i>olanzapine-fluoxetine hcl oral capsule 3-25 mg, 6-25 mg</i>	SYMBYAX	MT
<i>perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg</i>		PA
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg</i>	SEROQUEL XR	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	SEROQUEL XR	MT; QL (60 EA per 30 days)
<i>quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	SEROQUEL	MT
<i>Inhibidores De Monoamino Oxidasa</i>		
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24HR, 6 MG/24HR, 9 MG/24HR		QL (30 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG		MT
<i>phenelzine sulfate oral tablet 15 mg</i>	NARDIL	MT
<i>tranylcypromine sulfate oral tablet 10 mg</i>	PARNATE	MT
<i>Ssris/Snris (Inhibidores Selectivos De La Recaptación De Serotonina / Inhibidores De La Recaptación De Serotonina Y Norepinefrina)</i>		
<i>citalopram hydrobromide oral capsule 30 mg</i>		MT
<i>citalopram hydrobromide oral solution 10 mg/5ml</i>		MT
<i>citalopram hydrobromide oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	CELEXA	MT
<i>desvenlafaxine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 50 mg</i>		MT
<i>desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	PRISTIQ	MT; QL (30 EA per 30 days)
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 60 MG		PA; MT; QL (60 EA per 30 days)
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 40 MG		PA; MT; QL (90 EA per 30 days)
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	CYMBALTA	MT
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 40 mg</i>		MT
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5ml</i>		MT; QL (600 ML per 30 days)
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg</i>	LEXAPRO	MT; QL (60 EA per 30 days)
<i>escitalopram oxalate oral tablet 20 mg</i>	LEXAPRO	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>escitalopram oxalate oral tablet 5 mg</i>	LEXAPRO	MT; QL (120 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG		ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
FETZIMA TITRATION ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 20 & 40 MG		ST; MT; QL (56 EA per 365 days)
<i>fluoxetine hcl oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	PROZAC	MT
<i>fluoxetine hcl oral capsule delayed release 90 mg</i>		MT; QL (4 EA per 28 days)
<i>fluoxetine hcl oral solution 20 mg/5ml</i>		MT
<i>fluoxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 60 mg</i>		MT
<i>fluvoxamine maleate er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 150 mg</i>		MT
<i>fluvoxamine maleate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>		MT
<i>nefazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>		MT
<i>paroxetine hcl er oral tablet extended release 24 hour 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg</i>	PAXIL CR	PA; MT
<i>paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5ml</i>	PAXIL	MT
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	PAXIL	PA; MT
<i>sertraline hcl oral capsule 150 mg, 200 mg</i>		MT
<i>sertraline hcl oral concentrate 20 mg/ml</i>	ZOLOFT	MT
<i>sertraline hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	ZOLOFT	MT
<i>trazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg, 50 mg</i>		MT
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG		ST; MT; QL (60 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
<i>venlafaxine besylate er oral tablet extended release 24 hour 112.5 mg</i>		MT; QL (60 EA per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 150 mg</i>	EFFEXOR XR	MT; QL (60 EA per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 37.5 mg, 75 mg</i>	EFFEXOR XR	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>venlafaxine hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>		MT
VIIBRYD ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG		MT; QL (30 EA per 30 days)
VIIBRYD STARTER PACK ORAL KIT 10 & 20 MG		QL (30 EA per 30 days)
Tricíclicos		
<i>amitriptyline hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>		PA
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>		
<i>clomipramine hcl oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	ANAFRANIL	PA
<i>desipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg</i>	NORPRAMIN	PA
<i>desipramine hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg</i>		PA
<i>doxepin hcl oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>		PA
<i>doxepin hcl oral concentrate 10 mg/ml</i>		PA
<i>doxepin hcl oral tablet 3 mg, 6 mg</i>	SILENOR	QL (30 EA per 30 days)
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>		PA
<i>imipramine pamoate oral capsule 100 mg, 125 mg, 150 mg, 75 mg</i>		PA
<i>nortriptyline hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	PAMELOR	
<i>nortriptyline hcl oral solution 10 mg/5ml</i>		

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
<i>protriptyline hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		PA
<i>trimipramine maleate oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>		PA
Antieméticos		
<i>Antieméticos, Otros</i>		
<i>chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>		
<i>meclizine hcl oral tablet 12.5 mg</i>		
<i>meclizine hcl oral tablet 25 mg</i>	DRAMAMINE	
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5ml</i>		
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	REGLAN	
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>		
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		MT
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i>	COMPRO	
<i>promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>		PA
<i>scopolamine transdermal patch 72 hour 1 mg/3days</i>	TRANSDERM-SCOP	PA; QL (10 EA per 30 days)
<i>Terapia Adyuvante Emetogénica</i>		
<i>aprepitant oral capsule 125 mg</i>		PA; QL (2 EA per 30 days)
<i>aprepitant oral capsule 40 mg</i>		PA; QL (1 EA per 30 days)
<i>aprepitant oral capsule 80 & 125 mg</i>	EMEND TRI-PACK	PA; QL (8 EA per 30 days)
<i>aprepitant oral capsule 80 mg</i>	EMEND	PA; QL (6 EA per 30 days)
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 5 mg</i>		PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>dronabinol oral capsule 2.5 mg</i>	MARINOL	PA; QL (60 EA per 30 days)
EMEND ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 125 MG/5ML		PA; QL (2 EA per 30 days)
<i>granisetron hcl oral tablet 1 mg</i>		PA; QL (60 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
<i>ondansetron hcl oral solution 4 mg/5ml</i>		PA; QL (450 ML per 10 days)
<i>ondansetron hcl oral tablet 24 mg</i>		PA; QL (18 EA per 30 days)
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg</i>		PA; QL (45 EA per 30 days)
<i>ondansetron oral tablet dispersible 4 mg, 8 mg</i>		PA; QL (45 EA per 30 days)
Antifungales		
Antifungales		
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML		PA
AMBISOME INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MG		PA
<i>amphotericin b intravenous solution reconstituted 50 mg</i>		PA
<i>casprofungin acetate intravenous solution reconstituted 50 mg, 70 mg</i>	CANCIDAS	PA
<i>ciclopirox olamine external cream 0.77 %</i>	LOPROX	
<i>ciclopirox olamine external suspension 0.77 %</i>	LOPROX	
<i>clotrimazole external cream 1 %</i>	DESENEK	
<i>clotrimazole external solution 1 %</i>		
<i>clotrimazole mouth/throat troche 10 mg</i>		
<i>econazole nitrate external cream 1 %</i>		
<i>fluconazole in sodium chloride intravenous solution 200-0.9 mg/100ml-%, 400-0.9 mg/200ml-%</i>		PA
<i>fluconazole oral suspension reconstituted 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	DIFLUCAN	
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	DIFLUCAN	
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	ANCOBON	
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5ml</i>		

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>		
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg</i>		
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i>	SPORANOX	QL (120 EA per 30 days)
<i>ketoconazole external cream 2 %</i>		
<i>ketoconazole external shampoo 2 %</i>		
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>		
<i>micafungin sodium intravenous solution reconstituted 100 mg</i>	MYCAMINE	
<i>micafungin sodium intravenous solution reconstituted 50 mg</i>		
NOXAFIL ORAL SUSPENSION 40 MG/ML		
NYAMYC EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM		
<i>nystatin external cream 100000 unit/gm</i>		
<i>nystatin external ointment 100000 unit/gm</i>		
<i>nystatin external powder 100000 unit/gm</i>	NYAMYC	
<i>nystatin mouth/throat suspension 100000 unit/ml</i>		
<i>nystatin oral tablet 500000 unit</i>		
NYSTOP EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM		
<i>posaconazole oral tablet delayed release 100 mg</i>	NOXAFIL	
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>		QL (90 EA per 365 days)
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>		
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>		
<i>voriconazole intravenous solution reconstituted 200 mg</i>	VFEND IV	PA
<i>voriconazole oral suspension reconstituted 40 mg/ml</i>	VFEND	
<i>voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg</i>	VFEND	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
Antimicobacteriales		
<i>Antimicobacteriales, Otros</i>		
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>		
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG		
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>	MYCOBUTIN	
Antituberculares		
<i>ethambutol hcl oral tablet 100 mg</i>		
<i>ethambutol hcl oral tablet 400 mg</i>	MYAMBUTOL	
<i>isoniazid oral syrup 50 mg/5ml</i>		
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>		
PASER ORAL PACKET 4 GM		
<i>pretomanid oral tablet 200 mg</i>		PA; QL (182 EA per 182 days)
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>		
<i>rifampin intravenous solution reconstituted 600 mg</i>	RIFADIN	
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>		
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG		PA; LA
TRECTOR ORAL TABLET 250 MG		
Antineoplásicos		
<i>Agentes Alquilantes</i>		
<i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i>		PA; MT
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG		MT
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG		PA; LA
VALCHLOR EXTERNAL GEL 0.016 %		PA; LA
<i>Agentes Antiangiogénicos</i>		
<i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg</i>	REVLIMID	PA; LA
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG		PA; LA

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
REVLIMID ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG		PA; LA
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG		PA
<i>Antiandrógenos</i>		
<i>abiraterone acetate oral tablet 250 mg</i>	ZYTIGA	PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i>	CASODEX	MT
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG		PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
<i>flutamide oral capsule 125 mg</i>	EULEXIN	MT
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i>	NILANDRON	
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG		PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
<i>toremifene citrate oral tablet 60 mg</i>	FARESTON	
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG		PA; LA; QL (180 EA per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 40 MG		PA; LA; QL (180 EA per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 80 MG		PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
YONSA ORAL TABLET 125 MG		PA; QL (120 EA per 30 days)
ZYTIGA ORAL TABLET 500 MG		PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
<i>Antiestrógenos / Modificadores</i>		
EMCYT ORAL CAPSULE 140 MG		MT
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 10 MG/5ML		PA
<i>tamoxifen citrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>		MT
<i>Antimetabolitos</i>		
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG		
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i>	HYDREA	MT
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG		PA; LA; QL (5 EA per 28 days)
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG		PA; LA; QL (14 EA per 28 days)
PURIXAN ORAL SUSPENSION 2000 MG/100ML		

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
SIKLOS ORAL TABLET 100 MG, 1000 MG		MT
TABLOID ORAL TABLET 40 MG		MT
<i>Antineoplásicos, Otros</i>		
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG		PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG		PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG		PA; QL (70 EA per 28 days)
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG		PA; QL (91 EA per 28 days)
KISQALI FEMARA(200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG		PA; QL (49 EA per 28 days)
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>		
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG, 20-8.19 MG		
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG		PA; QL (240 EA per 30 days)
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG		PA; LA
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG		
<i>methotrexate oral tablet 2.5 mg</i>		PA; MT
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 50 mg/2ml</i>		PA
<i>methotrexate sodium injection solution 50 mg/2ml</i>		PA
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG		PA; QL (3 EA per 28 days)
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG		PA; LA; QL (32 EA per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG		PA; LA; QL (180 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG		PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
SYNRIBO SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3.5 MG		PA
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG, 50 MG		PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
WELIREG ORAL TABLET 40 MG		PA; QL (90 EA per 30 days)
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML		PA; MT
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG		PA; LA; QL (20 EA per 28 days)
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 50 MG		PA; LA; QL (8 EA per 28 days)
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG		PA; LA; QL (8 EA per 28 days)
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG		PA; LA; QL (4 EA per 28 days)
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG		PA; LA; QL (16 EA per 28 days)
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG		PA; LA; QL (8 EA per 28 days)
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG		PA; LA; QL (12 EA per 28 days)
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 60 MG		PA; LA; QL (4 EA per 28 days)
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG		PA; LA; QL (24 EA per 28 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG		PA; LA; QL (16 EA per 28 days)
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG		PA; LA; QL (8 EA per 28 days)
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG		PA; LA; QL (32 EA per 28 days)
XURIDEN ORAL PACKET 2 GM		PA; QL (120 EA per 30 days)
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG		PA
<i>Inhibidores Aromatasa, Tercera Generación</i>		
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i>	ARIMIDEX	MT
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i>	AROMASIN	MT
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i>	FEMARA	MT
<i>Inhibidores De Enzimas</i>		
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG		PA; LA; QL (21 EA per 28 days)
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG		PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
<i>Inhibidores Objetivo Molecular</i>		
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG		PA; LA; QL (240 EA per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG		PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG		PA; LA; QL (180 EA per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET THERAPY PACK 90 & 180 MG		PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG		PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG, 4 MG, 5 MG		PA; LA
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG, 400 MG, 500 MG		PA; QL (30 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG		PA; LA; QL (180 EA per 30 days)
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG		PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG, 60 MG		PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
CALQUENCE ORAL CAPSULE 100 MG		PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
CALQUENCE ORAL TABLET 100 MG		PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG, 300 MG		LA
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 80 & 20 MG		PA; LA
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 3 X 20 MG & 80 MG		PA; LA
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 20 MG		PA; LA
<i>copiktra oral capsule 15 mg, 25 mg</i>		PA; LA; QL (56 EA per 28 days)
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG		PA; LA; QL (63 EA per 28 days)
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG		PA; LA; QL (28 EA per 28 days)
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG		PA; LA; QL (56 EA per 28 days)
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG		PA; LA
<i>erlotinib hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg</i>	TARCEVA	PA
<i>everolimus oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg</i>	ZORTRESS	PA
<i>everolimus oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	AFINITOR	PA
<i>everolimus oral tablet soluble 3 mg, 5 mg</i>	AFINITOR DISPERZ	PA
EXKIVITY ORAL CAPSULE 40 MG		PA; QL (120 EA per 30 days)
FARYDAK ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 20 MG		PA; LA; QL (6 EA per 21 days)
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG		PA; LA; QL (21 EA per 28 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG		PA; LA
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG		PA; LA; QL (21 EA per 28 days)
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 45 MG		PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
ICLUSIG ORAL TABLET 15 MG		PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
<i>imatinib mesylate oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	GLEEVEC	PA
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG, 70 MG		PA; LA
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML		PA; LA; QL (324 ML per 30 days)
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG, 560 MG		PA; LA
INLYTA ORAL TABLET 1 MG, 5 MG		PA; LA
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG		PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
IRESSA ORAL TABLET 250 MG		PA; LA
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG		PA; LA
KISQALI (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG		PA; QL (21 EA per 28 days)
KISQALI (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG		PA; QL (42 EA per 28 days)
KISQALI (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG		PA; QL (63 EA per 28 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG, 25 MG		PA
<i>lapatinib ditosylate oral tablet 250 mg</i>	TYKERB	PA
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG		PA; LA; QL (30 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 3 X 4 MG		PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 & 4 MG		PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG & 2 X 4 MG		PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG		PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG & 4 MG		PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 4 MG		PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 4 MG		PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG		PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG		PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG, 2 MG		PA; LA
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG		PA; LA; QL (180 EA per 30 days)
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG		PA; LA; QL (180 EA per 30 days)
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG		PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG		PA; LA; QL (14 EA per 21 days)
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG		PA; QL (28 EA per 28 days)
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 50 MG		PA; QL (56 EA per 28 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 2 X 150 MG		PA; QL (56 EA per 28 days)
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG		PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG		PA; LA; QL (180 EA per 30 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG		PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG		PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG		PA; QL (240 EA per 30 days)
SCSEMBLIX ORAL TABLET 20 MG		PA; QL (120 EA per 30 days)
SCSEMBLIX ORAL TABLET 40 MG		PA; QL (300 EA per 30 days)
<i>sorafenib tosylate oral tablet 200 mg</i>	NEXAVAR	PA
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 20 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG		PA
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG		PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
<i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	SUTENT	PA
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG		PA; QL (120 EA per 30 days)
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG		PA; LA
TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG		PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.25 MG		PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG		PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG, 50 MG		PA
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG		PA; LA; QL (240 EA per 30 days)
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG		PA; QL (60 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
TRUSELTIQ (100MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 100 MG		PA; QL (21 EA per 28 days)
TRUSELTIQ (125MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 100 & 25 MG		PA; QL (42 EA per 28 days)
TRUSELTIQ (50MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 25 MG		PA; QL (42 EA per 28 days)
TRUSELTIQ (75MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 25 MG		PA; QL (63 EA per 28 days)
TURALIO ORAL CAPSULE 200 MG		PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
UKONIQ ORAL TABLET 200 MG		PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG		PA; MT; LA
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG		PA; LA
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 50 & 100 MG		PA; LA
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG		PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG		PA; LA
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML		PA; LA
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG		PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG		PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
VOTRIENT ORAL TABLET 200 MG		PA; LA
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG		PA; LA
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG		PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
ZEJULA ORAL CAPSULE 100 MG		PA; LA; QL (90 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG		PA; LA
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG		PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG		PA; LA
Retinoides		
<i>bexarotene external gel 1 %</i>	TARGRETIN	PA
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i>	TARGRETIN	PA
<i>tretinoin oral capsule 10 mg</i>		
Tratamientos Adyuvantes		
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>		
MESNEX ORAL TABLET 400 MG		
Antiparasíticos		
Antihelminticos		
<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>		
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i>	STROMEKTOL	PA
<i>praziquantel oral tablet 600 mg</i>	BILTRICIDE	
Antiprotozoales		
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5ml</i>	MEPRON	PA
<i>atovaquone-proguanil hcl oral tablet 250-100 mg, 62.5-25 mg</i>	MALARONE	
<i>benznidazole oral tablet 100 mg, 12.5 mg</i>		
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG		QL (24 EA per 30 days)
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 100 mg, 300 mg, 400 mg</i>		MT
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 200 mg</i>	PLAQUENIL	MT
<i>mefloquine hcl oral tablet 250 mg</i>		
<i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i>	ALINIA	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
<i>pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted 300 mg</i>	NEBUPENT	PA
<i>pentamidine isethionate injection solution reconstituted 300 mg</i>	PENTAM	PA
<i>primaquine phosphate oral tablet 26.3 (15 base) mg</i>		
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i>	QUALAQUIN	
Antisicóticos		
Primera Generación, Típicos		
<i>chlorpromazine hcl oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml</i>		
<i>chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>		
<i>fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml</i>		
<i>fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml</i>		
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>		MT
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5ml</i>		MT
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>		MT
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml 1 ml, 50 mg/ml, 50 mg/ml(1ml)</i>	HALDOL DECANOATE	
<i>haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml</i>		
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>		MT
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>		MT
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>		MT

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
<i>molindone hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>		MT
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>		
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>		
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		MT
<i>thioridazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>		PA
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>		PA; MT
<i>trifluoperazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>		MT
<i>Resistente A Tratamiento</i>		
<i>clozapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	CLOZARIL	MT
<i>clozapine oral tablet dispersible 100 mg, 12.5 mg, 150 mg, 25 mg</i>		MT
<i>clozapine oral tablet dispersible 200 mg</i>		
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML		
<i>Segunda Generación, Atípicos</i>		
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 300 MG, 400 MG		PA; QL (1 EA per 28 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 300 MG, 400 MG		PA; QL (1 EA per 28 days)
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>		
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	ABILIFY	
<i>aripiprazole oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg</i>		

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 675 MG/2.4ML		PA; QL (2.4 ML per 28 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 1064 MG/3.9ML		PA; QL (3.9 ML per 56 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 441 MG/1.6ML		PA; QL (1.6 ML per 28 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 662 MG/2.4ML		PA; QL (2.4 ML per 28 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 882 MG/3.2ML		PA; QL (3.2 ML per 28 days)
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG		PA; QL (30 EA per 30 days)
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG		PA
FANAPT TITRATION PACK ORAL TABLET 1 & 2 & 4 & 6 MG		PA
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1092 MG/3.5ML		PA; QL (3.5 ML per 180 days)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1560 MG/5ML		PA; QL (5 ML per 180 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 117 MG/0.75ML		PA; QL (0.8 ML per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 156 MG/ML		PA; QL (1 ML per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 234 MG/1.5ML		PA; QL (1.5 ML per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 39 MG/0.25ML		PA; QL (0.3 ML per 28 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 78 MG/0.5ML		PA; QL (0.5 ML per 28 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 273 MG/0.88ML		PA; QL (0.9 ML per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 410 MG/1.32ML		PA; QL (1.3 ML per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 546 MG/1.75ML		PA; QL (1.8 ML per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 819 MG/2.63ML		PA; QL (3 ML per 90 days)
LATUDA ORAL TABLET 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG		PA
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG		PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG		PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
<i>olanzapine intramuscular solution reconstituted 10 mg</i>	ZYPREXA	
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	ZYPREXA	MT
<i>olanzapine oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	ZYPREXA ZYDIS	MT
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 1.5 mg, 3 mg, 6 mg, 9 mg</i>	INVEGA	
PERSERIS SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 120 MG, 90 MG		PA; QL (1 EA per 28 days)
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg</i>	SEROQUEL XR	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	SEROQUEL XR	MT; QL (60 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
<i>quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	SEROQUEL	MT
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG		PA; QL (30 EA per 30 days)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 12.5 MG, 25 MG, 37.5 MG, 50 MG		PA; QL (2 EA per 28 days)
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i>	RISPERDAL	MT
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg</i>		MT
<i>risperidone oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	RISPERDAL	MT
<i>risperidone oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>		MT
SAPHRIS SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 10 MG, 2.5 MG, 5 MG		PA
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24HR, 5.7 MG/24HR, 7.6 MG/24HR		PA; QL (30 EA per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG		PA; QL (30 EA per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE THERAPY PACK 1.5 & 3 MG		PA; QL (14 EA per 365 days)
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	GEODON	
<i>ziprasidone mesylate intramuscular solution reconstituted 20 mg</i>	GEODON	QL (6 EA per 3 days)
Antivirales		
Agentes Anti-Citomegalovirus (Cmv)		
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG		PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>valganciclovir hcl oral solution reconstituted 50 mg/ml</i>	VALCYTE	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
<i>valganciclovir hcl oral tablet 450 mg</i>	VALCYTE	
Agentes Anti-Hepatitis B (Hbv)		
<i>adefovir dipivoxil oral tablet 10 mg</i>		PA
BARACLUDE ORAL SOLUTION 0.05 MG/ML		PA
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	BARACLUDE	PA
EPIVIR HBV ORAL SOLUTION 5 MG/ML		
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i>	EPIVIR	MT
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>	EPIVIR HBV	
<i>lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	EPIVIR	MT
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>	VIREAD	MT
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG		PA; QL (28 EA per 28 days)
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/GM		
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG		
Agentes Anti-Hepatitis C (Hcv)		
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG, 400-100 MG		PA; QL (84 EA per 365 days)
HARVONI ORAL TABLET 90-400 MG		PA; QL (168 EA per 365 days)
MAVYRET ORAL TABLET 100-40 MG		PA; QL (336 EA per 365 days)
<i>ribavirin oral capsule 200 mg</i>		
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>		
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG		PA; QL (84 EA per 365 days)
ZEPATIER ORAL TABLET 50-100 MG		PA; QL (112 EA per 365 days)
Agentes Anti-Herpéticos		
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>		
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5ml</i>	ZOVIRAX	
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>		

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
<i>acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>		PA
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>		
<i>trifluridine ophthalmic solution 1 %</i>		
<i>valacyclovir hcl oral tablet 1 gm</i>	VALTREX	
<i>valacyclovir hcl oral tablet 500 mg</i>	VALTREX	QL (30 EA per 30 days)
<i>Agentes Anti-Hiv, Inhibidores De Integrasa (Insti)</i>		
BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG		
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG		
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG		
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG		
ISENTRESS ORAL PACKET 100 MG		MT
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG		
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG, 25 MG		MT
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG		
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG		
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG		MT
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG		
TIVICAY PD ORAL TABLET SOLUBLE 5 MG		MT
<i>Agentes Anti-Hiv, Inhibidores No-Nucleósidos De La Trascriptasa Reversa (Nnrti)</i>		

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
COMPLERA ORAL TABLET 200-25-300 MG		
EDURANT ORAL TABLET 25 MG		
<i>efavirenz oral capsule 200 mg, 50 mg</i>	SUSTIVA	MT
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>	SUSTIVA	MT
<i>etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	INTELENCE	
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG		MT
<i>nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 400 mg</i>		MT
<i>nevirapine oral suspension 50 mg/5ml</i>		MT
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>		MT
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG		
<i>Agentes Anti-Hiv, Inhibidores Nucleósidos De La Trascriptasa Reversa (Nnrti)</i>		
<i>abacavir sulfate oral solution 20 mg/ml</i>	ZIAGEN	MT
<i>abacavir sulfate oral tablet 300 mg</i>	ZIAGEN	MT
<i>abacavir sulfate-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>	EPZICOM	MT
<i>abacavir-lamivudine-zidovudine oral tablet 300-150-300 mg</i>	TRIZIVIR	
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG		
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG		
DESCOVY ORAL TABLET 200-25 MG		
<i>efavirenz-emtricitab-tenofovir oral tablet 600-200-300 mg</i>	ATRIPLA	
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir oral tablet 400-300-300 mg</i>	SYMFI LO	
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir oral tablet 600-300-300 mg</i>	SYMFI	
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i>	EMTRIVA	MT

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg, 200-300 mg</i>	TRUVADA	
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML		MT
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG		
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i>	EPIVIR	MT
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>	EPIVIR HBV	
<i>lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	EPIVIR	MT
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i>	COMBIVIR	MT
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG		
TEMIXYS ORAL TABLET 300-300 MG		
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>	VIREAD	MT
TRIZIVIR ORAL TABLET 300-150-300 MG		
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/GM		
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG		
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i>	RETROVIR	MT
<i>zidovudine oral syrup 50 mg/5ml</i>	RETROVIR	MT
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>		MT
<i>Agentes Anti-Hiv, Otros</i>		
FUZEON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 90 MG		
<i>maraviroc oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	SELZENTRY	
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 600 MG		
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML		

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG		MT
SELZENTRY ORAL TABLET 75 MG		
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG		
TRIUMEQ PD ORAL TABLET SOLUBLE 60-5-30 MG		
TYBOST ORAL TABLET 150 MG		MT
<i>Agentes Anti-Influenza</i>		
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>		MT
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5ml</i>		MT
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>		MT
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 30 mg</i>	TAMIFLU	QL (168 EA per 365 days)
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 45 mg, 75 mg</i>	TAMIFLU	QL (84 EA per 365 days)
<i>oseltamivir phosphate oral suspension reconstituted 6 mg/ml</i>	TAMIFLU	QL (1080 ML per 365 days)
RELENZA DISKHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 5 MG/ACT		QL (120 EA per 365 days)
<i>rimantadine hcl oral tablet 100 mg</i>		
<i>Agentes Anti-Vih, Inhibidores De La Proteasa (Pi)</i>		
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG		
<i>atazanavir sulfate oral capsule 150 mg</i>		MT
<i>atazanavir sulfate oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	REYATAZ	MT
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG		
<i>fosamprenavir calcium oral tablet 700 mg</i>	LEXIVA	
INVIRASE ORAL TABLET 500 MG		
LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML		MT

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
<i>lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5ml</i>	KALETRA	MT
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg</i>	KALETRA	MT
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg</i>	KALETRA	
NORVIR ORAL PACKET 100 MG		MT
NORVIR ORAL SOLUTION 80 MG/ML		MT
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG		
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML		
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG, 600 MG, 800 MG		
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG		MT
REYATAZ ORAL PACKET 50 MG		
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i>	NORVIR	MT
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG		

**Electrólitos / Minerales / Metales /
Vitaminas**

*Electrólitos / Minerales / Metales /
Vitaminas*

AMINOSYN-PF INTRAVENOUS SOLUTION 7 %		PA
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %		PA
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %		PA
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %		PA
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %		PA
<i>dextrose intravenous solution 10 %, 5 %</i>		

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
<i>dextrose-nacl intravenous solution 10-0.2 % , 10-0.45 % , 2.5-0.45 % , 5-0.2 % , 5-0.45 % , 5-0.9 %</i>		
HEPATAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 8 %		PA
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 % , 30 %		PA
ISOLYTE-P IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION		
<i>levocarnitine oral solution 1 gm/10ml</i>	CARNITOR	PA; MT
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i>	CARNITOR	MT
NUTRILIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %		PA
PREMASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %		PA
PROCALAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 3 %		PA
PROSOL INTRAVENOUS SOLUTION 20 %		PA
TPN ELECTROLYTES INTRAVENOUS CONCENTRATE		PA
TRAVASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %		PA
TROPHAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 10 %		PA
<i>Electrólitos / Minerales/ Modificadores De Metales</i>		
CHEMET ORAL CAPSULE 100 MG		
<i>deferasirox oral tablet soluble 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	EXJADE	PA
<i>deferiprone oral tablet 500 mg</i>	FERRIPROX	PA
FERRIPROX ORAL SOLUTION 100 MG/ML		PA

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
FERRIPROX ORAL TABLET 1000 MG		PA
KLOR-CON ORAL PACKET 20 MEQ		MT
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i>	DEPEN TITRATABS	
<i>potassium chloride crys er oral tablet extended release 15 meq</i>		MT
<i>trientine hcl oral capsule 250 mg</i>	SYPRINE	
<i>Electrólitos / Reemplazo De Minerales</i>		
<i>carglumic acid oral tablet soluble 200 mg</i>	CARBAGLU	PA; LA
ISOLYTE-S PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION		
<i>kcl in dextrose-nacl intravenous solution 10-5-0.45 meq/l-%-%, 20-5-0.2 meq/l-%-%, 20-5-0.45 meq/l-%-%, 20-5-0.9 meq/l-%-%, 30-5-0.45 meq/l-%-%, 40-5-0.45 meq/l-%-%, 40-5-0.9 meq/l-%-%</i>		
KLOR-CON 10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 10 MEQ		MT
KLOR-CON M10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 10 MEQ		MT
KLOR-CON M15 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 15 MEQ		MT
KLOR-CON M20 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 20 MEQ		MT
KLOR-CON ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 8 MEQ		MT
<i>magnesium sulfate injection solution 50 %</i>		
PLASMA-LYTE 148 INTRAVENOUS SOLUTION		
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS SOLUTION		
<i>potassium chloride crys er oral tablet extended release 10 meq</i>		MT

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
<i>potassium chloride crys er oral tablet extended release 15 meq</i>		MT
<i>potassium chloride crys er oral tablet extended release 20 meq</i>		MT
<i>potassium chloride er oral capsule extended release 10 meq, 8 meq</i>		MT
<i>potassium chloride er oral tablet extended release 10 meq</i>		MT
<i>potassium chloride er oral tablet extended release 20 meq</i>	K-TAB	MT
<i>potassium chloride er oral tablet extended release 8 meq</i>		MT
<i>potassium chloride in dextrose intravenous solution 20-5 meq/l-%</i>		
<i>potassium chloride in nacl intravenous solution 20-0.45 meq/l-%, 20-0.9 meq/l-%, 40-0.9 meq/l-%</i>		
<i>potassium chloride intravenous solution 10 meq/100ml, 2 meq/ml, 20 meq/100ml</i>		
<i>potassium chloride oral packet 20 meq</i>		MT
<i>potassium chloride oral solution 20 meq/15ml (10%), 40 meq/15ml (20%)</i>		MT
<i>potassium citrate er oral tablet extended release 10 meq (1080 mg)</i>	UROCIT-K 10	
<i>potassium citrate er oral tablet extended release 15 meq (1620 mg)</i>	UROCIT-K 15	
<i>potassium citrate er oral tablet extended release 5 meq (540 mg)</i>	UROCIT-K 5	
<i>sodium chloride intravenous solution 0.45 %, 0.9 %, 3 %, 5 %</i>		
<i>sodium chloride irrigation solution 0.9 %</i>	ARGYLE STERILE SALINE	
<i>sodium fluoride oral tablet 2.2 (1 f) mg</i>		MT
SUPREP BOWEL PREP KIT ORAL SOLUTION 17.5-3.13-1.6 GM/177ML		

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
<i>Enlazadores De Fósforo</i>		
<i>calcium acetate (phos binder) oral capsule 667 mg</i>		
<i>calcium acetate oral tablet 667 mg</i>	CALPHRON	QL (360 EA per 30 days)
<i>lanthanum carbonate oral tablet chewable 1000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	FOSRENOL	
<i>sevelamer carbonate oral packet 0.8 gm</i>	REVELA	QL (540 EA per 30 days)
<i>sevelamer carbonate oral packet 2.4 gm</i>	REVELA	QL (180 EA per 30 days)
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i>	REVELA	QL (540 EA per 30 days)
<i>Ligantes De Potasio</i>		
LOKELMA ORAL PACKET 10 GM, 5 GM		
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>		
SPS ORAL SUSPENSION 15 GM/60ML		
VELTASSA ORAL PACKET 16.8 GM, 25.2 GM, 8.4 GM		
<i>Vitaminas</i>		
KLOR-CON 10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 10 MEQ		MT
KLOR-CON M10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 10 MEQ		MT
KLOR-CON M15 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 15 MEQ		MT
KLOR-CON M20 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 20 MEQ		MT
KLOR-CON ORAL PACKET 20 MEQ		MT
KLOR-CON ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 8 MEQ		MT
<i>prenatal oral tablet 27-1 mg</i>	NEONATAL PLUS	MT
<i>Antídotos</i>		
<i>Antídotos, Sistémico</i>		

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
<i>flumazenil intravenous solution 0.5 mg/5ml</i>		QL (10 ML per 30 days)
<i>flumazenil intravenous solution 1 mg/10ml</i>		QL (20 ML per 30 days)
Listado Platino		
Listado Platino		
<i>butalbital-apap-caffeine oral capsule 50-325-40 mg</i>	FIORICET	
<i>butalbital-apap-caffeine oral tablet 50-325-40 mg</i>	FIORICET	
<i>cyanocobalamin injection solution 1000 mcg/ml</i>		ED
<i>d 1000 oral capsule 25 mcg (1000 ut)</i>		ED
FEROSUL ORAL TABLET 325 (65 FE) MG		ED
<i>ferrous sulfate iron oral tablet 200 (65 fe) mg</i>		ED
<i>ferrous sulfate oral elixir 220 (44 fe) mg/5ml</i>		ED
<i>ferrous sulfate oral solution 75 (15 fe) mg/ml</i>		ED
<i>ferrous sulfate oral tablet delayed release 324 mg, 325 (65 fe) mg</i>		ED
<i>folic acid oral tablet 1 mg, 400 mcg, 800 mcg</i>		ED
INFED INJECTION SOLUTION 50 MG/ML		ED
MAXIMUM D3 ORAL CAPSULE 10000 UNIT, 325 MCG (13000 UT)		ED
<i>phytonadione oral tablet 5 mg</i>		ED
<i>vitamin d (cholecalciferol) oral capsule 10 mcg (400 unit)</i>		ED
<i>vitamin d (cholecalciferol) oral tablet 10 mcg (400 unit)</i>		ED

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
<i>vitamin d (cholecalciferol) oral tablet 25 mcg (1000 ut)</i>		ED
<i>vitamin d (ergocalciferol) oral capsule 1.25 mg (50000 ut)</i>		ED
<i>vitamin d oral tablet 50 mcg (2000 ut)</i>		ED
<i>vitamin d2 oral tablet 50 mcg (2000 ut)</i>		ED
<i>vitamin d3 oral capsule 1.25 mg (50000 ut)</i>		ED
<i>vitamin d3 oral capsule 125 mcg (5000 ut)</i>		ED
<i>vitamin d3 oral capsule 50 mcg (2000 ut)</i>		ED
<i>vitamin d-3 oral tablet 125 mcg (5000 ut)</i>		ED
<i>vitamin d3 ultra potency oral tablet 1.25 mg (50000 ut)</i>		ED
Productos Sanguíneos Y Modificadores		
<i>Agentes Hemostáticos</i>		
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	LYSTEDA	
<i>Agentes Modificadores De Plaquetas</i>		
<i>aspirin-dipyridamole er oral capsule extended release 12 hour 25-200 mg</i>		MT
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG		MT
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>		MT
<i>clopidogrel bisulfate oral tablet 75 mg</i>	PLAVIX	MT
<i>prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	EFFIENT	MT
<i>Anticoagulantes</i>		
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 5 MG		MT
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG, 5 MG		MT

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 100 mg/ml, 150 mg/ml</i>	LOVENOX	QL (30 ML per 30 days)
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 120 mg/0.8ml, 80 mg/0.8ml</i>	LOVENOX	QL (24 ML per 30 days)
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 30 mg/0.3ml</i>	LOVENOX	QL (9 ML per 30 days)
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 40 mg/0.4ml</i>	LOVENOX	QL (12 ML per 30 days)
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 60 mg/0.6ml</i>	LOVENOX	QL (18 ML per 30 days)
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 10 mg/0.8ml</i>	ARIXTRA	QL (24 ML per 30 days)
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 2.5 mg/0.5ml</i>	ARIXTRA	QL (15 ML per 30 days)
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 5 mg/0.4ml</i>	ARIXTRA	QL (12 ML per 30 days)
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 7.5 mg/0.6ml</i>	ARIXTRA	QL (18 ML per 30 days)
<i>heparin sodium (porcine) injection solution 1000 unit/ml, 10000 unit/ml, 20000 unit/ml, 5000 unit/ml</i>		PA
JANTOVEN ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 2 MG, 2.5 MG, 3 MG, 4 MG, 5 MG, 6 MG, 7.5 MG		MT
PRADAXA ORAL CAPSULE 110 MG, 150 MG, 75 MG		MT
<i>warfarin sodium oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>	COUMADIN	MT
XARELTO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 1 MG/ML		MT; QL (600 ML per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 20 MG		MT

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
XARELTO STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 15 & 20 MG		
Productos Sanguíneos Y Modificadores, Otros		
<i>anagrelide hcl oral capsule 0.5 mg</i>	AGRYLIN	
<i>anagrelide hcl oral capsule 1 mg</i>		
NEUPOGEN INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6ML		PA
NEUPOGEN INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MCG/0.5ML, 480 MCG/0.8ML		PA
NIVESTYM INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6ML		PA
NIVESTYM INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MCG/0.5ML, 480 MCG/0.8ML		PA
PROMACTA ORAL PACKET 12.5 MG		PA; LA; QL (360 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL PACKET 25 MG		PA; LA; QL (180 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG		PA; LA; QL (360 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 25 MG		PA; LA; QL (180 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 50 MG		PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 75 MG		PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
PYRUKYND ORAL TABLET 20 MG, 5 MG, 50 MG		PA; QL (56 EA per 28 days)
PYRUKYND TAPER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 5 MG		PA; QL (7 EA per 7 days)
PYRUKYND TAPER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 7 X 20 MG & 7 X 5 MG, 7 X 50 MG & 7 X 20 MG		PA; QL (14 EA per 14 days)
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10000 UNIT/ML, 10000 UNIT/ML(1ML), 2000 UNIT/ML, 20000 UNIT/ML, 3000 UNIT/ML, 4000 UNIT/ML, 40000 UNIT/ML		PA

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
Reguladores De Glucosa En Sangre		
<i>Agentes Antidiabéticos</i>		
<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>		MT; QL (90 EA per 30 days)
BYDUREON BCISE SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 2 MG/0.85ML		MT; QL (3.4 ML per 28 days)
BYETTA 10 MCG PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 10 MCG/0.04ML		MT; QL (2.4 ML per 30 days)
BYETTA 5 MCG PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 5 MCG/0.02ML		MT; QL (1.2 ML per 30 days)
<i>colesevelam hcl oral packet 3.75 gm</i>	WELCHOL	MT
<i>colesevelam hcl oral tablet 625 mg</i>	WELCHOL	MT
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG		MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	AMARYL	MT; QL (60 EA per 30 days)
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	GLUCOTROL XL	MT; QL (60 EA per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		MT; QL (120 EA per 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>		MT; QL (120 EA per 30 days)
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG		MT; QL (30 EA per 30 days)
JANUMET ORAL TABLET 50-1000 MG, 50-500 MG		ST; MT; QL (60 EA per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100-1000 MG		ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 50-1000 MG, 50-500 MG		ST; MT; QL (60 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG		ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG		MT; QL (30 EA per 30 days)
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG		ST; MT; QL (60 EA per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG		ST; MT; QL (60 EA per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG		ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>		MT; QL (120 EA per 30 days)
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 750 mg</i>		MT; QL (60 EA per 30 days)
<i>metformin hcl oral tablet 1000 mg</i>		MT; QL (60 EA per 30 days)
<i>metformin hcl oral tablet 500 mg, 850 mg</i>		MT; QL (90 EA per 30 days)
<i>miglitol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>		MT; QL (90 EA per 30 days)
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>		MT; QL (90 EA per 30 days)
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2 MG/1.5ML		MT; QL (6 ML per 28 days)
OZEMPIC (1 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2 MG/1.5ML		MT; QL (6 ML per 28 days)
OZEMPIC (1 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 4 MG/3ML		MT; QL (3 ML per 28 days)
OZEMPIC (2 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 8 MG/3ML		MT; QL (3 ML per 28 days)
<i>pioglitazone hcl oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	ACTOS	MT; QL (30 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
<i>pioglitazone hcl-glimepiride oral tablet 30-2 mg, 30-4 mg</i>	DUETACT	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl oral tablet 15-500 mg, 15-850 mg</i>	ACTOPLUS MET	MT; QL (90 EA per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>		MT; QL (120 EA per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>		MT; QL (240 EA per 30 days)
SYMLINPEN 120 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2700 MCG/2.7ML		PA; QL (11 ML per 30 days)
SYMLINPEN 60 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 1500 MCG/1.5ML		PA; QL (6 ML per 30 days)
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1000 MG, 12.5-500 MG, 5-1000 MG, 5-500 MG		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		MT; QL (60 EA per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25-1000 MG		MT; QL (30 EA per 30 days)
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG		ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-5-1000 MG, 25-5-1000 MG		MT; QL (30 EA per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12.5-2.5-1000 MG, 5-2.5-1000 MG		MT; QL (60 EA per 30 days)
TRULICITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 0.75 MG/0.5ML, 1.5 MG/0.5ML, 3 MG/0.5ML, 4.5 MG/0.5ML		MT; QL (2 ML per 28 days)
VICTOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 18 MG/3ML		MT; QL (9 ML per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10- 1000 MG, 10-500 MG		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		MT; QL (60 EA per 30 days)
<i>Agentes Glicémicos</i>		
<i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i>	PROGLYCEM	
GLUCAGEN HYPOKIT INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 1 MG		
<i>glucagon emergency injection kit 1 mg</i>		
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO- INJECTOR 1 MG/0.2ML		
GVOKE KIT SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 MG/0.2ML		
GVOKE PFS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 1 MG/0.2ML		
KORLYM ORAL TABLET 300 MG		PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
<i>Insulinas</i>		
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 1 ML		MT
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML		MT
<i>gauze sterile pad 2"x2"</i>	BAND-AID GAUZE SMALL	MT
EXEL COMFORT POINT PEN NEEDLE 29G X 12MM		MT
HUMALOG INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML		MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN- INJECTOR 100 UNIT/ML		MT; QL (30 ML per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

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

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
LANTUS SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN- INJECTOR 100 UNIT/ML		MT; QL (30 ML per 30 days)
LANTUS SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML		MT; QL (30 ML per 30 days)
LEVEMIR FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN- INJECTOR 100 UNIT/ML		MT; QL (30 ML per 30 days)
LEVEMIR SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML		MT; QL (30 ML per 30 days)
<i>preferred plus insulin syringe 28g x 1/2"</i> <i>0.5 ml</i>	BD INSULIN SYRINGE MICROFINE	MT
RELI-ON INSULIN SYRINGE 29G 0.3 ML		MT
SOLIQUA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-33 UNT-MCG/ML		MT; QL (18 ML per 30 days)
TOUJEO MAX SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN- INJECTOR 300 UNIT/ML		MT; QL (30 ML per 30 days)
TOUJEO SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN- INJECTOR 300 UNIT/ML		MT; QL (30 ML per 30 days)
TRESIBA FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN- INJECTOR 100 UNIT/ML, 200 UNIT/ML		MT; QL (30 ML per 30 days)
TRESIBA SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML		MT; QL (30 ML per 30 days)
Relajantes Musculo Esqueletales		
<i>Relajantes Musculo Esqueletales</i>		
<i>chlorzoxazone oral tablet 500 mg</i>		PA
<i>cyclobenzaprine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		PA

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
<i>cyclobenzaprine hcl oral tablet 7.5 mg</i>	FEXMID	PA
<i>orphenadrine citrate injection solution 30 mg/ml</i>		
Trastorno Genético O De Enzimas O Proteínas: Reemplazo, Modificadores, Tratamiento		
<i>Trastorno Genético O De Enzimas O Proteínas: Reemplazo, Modificadores, Tratamiento</i>		
<i>betaine oral powder</i>	CYSTADANE	LA
CERDELGA ORAL CAPSULE 84 MG		
CHOLBAM ORAL CAPSULE 250 MG, 50 MG		PA
CREON ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 12000-38000 UNIT, 24000-76000 UNIT, 3000-9500 UNIT, 36000-114000 UNIT, 6000-19000 UNIT		MT
<i>cromolyn sodium inhalation nebulization solution 20 mg/2ml</i>		PA
<i>cromolyn sodium oral concentrate 100 mg/5ml</i>	GASTROCROM	
CYSTAGON ORAL CAPSULE 150 MG, 50 MG		MT; LA
<i>miglustat oral capsule 100 mg</i>	ZAVESCA	PA; QL (90 EA per 30 days)
<i>nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	ORFADIN	PA
NITYR ORAL TABLET 10 MG, 2 MG, 5 MG		PA; LA
ORFADIN ORAL CAPSULE 20 MG		PA; LA
ORFADIN ORAL SUSPENSION 4 MG/ML		PA; LA

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Requisitos/Límites
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG		PA; LA
RAVICTI ORAL LIQUID 1.1 GM/ML		PA
<i>sapropterin dihydrochloride oral packet 100 mg, 500 mg</i>	JAVYGTOR	PA
<i>sapropterin dihydrochloride oral tablet 100 mg</i>	JAVYGTOR	PA
<i>sodium phenylbutyrate oral powder 3 gm/tsp</i>	BUPHENYL	PA
<i>sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg</i>	BUPHENYL	PA
SUCRAID ORAL SOLUTION 8500 UNIT/ML		
VIJOICE ORAL TABLET THERAPY PACK 125 MG, 50 MG		PA; QL (28 EA per 28 days)
VIJOICE ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 50 MG		PA; QL (56 EA per 28 days)
XURIDEN ORAL PACKET 2 GM		PA; QL (120 EA per 30 days)
ZEMAIRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG		PA; LA
ZENPEP ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 10000-32000 UNIT, 15000-47000 UNIT, 20000-63000 UNIT, 25000-79000 UNIT, 3000-10000 UNIT, 40000-126000 UNIT, 5000-24000 UNIT		MT

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 8. ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica).

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469

Índice

A

- abacavir sulfate..... 128
abacavir sulfate-lamivudine . 128
abacavir-lamivudine-zidovudine
..... 128
ABELCET 108
ABILIFY MAINTENA 102, 122
abiraterone acetate..... 111
acamprosate calcium 68
acarbose..... 140
ACCUTANE 30
acebutolol hcl 15, 21
acetaminophen-codeine 82
acetaminophen-codeine #3..... 82
acetazolamide 16, 61
acetazolamide er..... 61
acetic acid..... 66
acetylcysteine 76
acitretin..... 30
ACTHIB 57
ACTIMMUNE 53
acyclovir 35, 126
acyclovir sodium 127
ADACEL..... 57
adapalene..... 30
adefovir dipivoxil 126
ADEMPAS..... 77
ADVAIR DISKUS 76
ADVAIR HFA 76
AIMOVIG 70
albendazole..... 120
albuterol sulfate 80
albuterol sulfate hfa..... 80
alclometasone dipropionate.... 31
ALECENSA 114
alendronate sodium 75
alfuzosin hcl er 39
aliskiren fumarate..... 16
allopurinol 11
alosetron hcl 36
ALPHAGAN P..... 61
alprazolam 87
ALREX..... 62
ALTAVERA 41
ALUNBRIG 114
ALYQ..... 77
amantadine hcl..... 71, 130
AMBISOME 108
ambrisentan 77
amikacin sulfate..... 88
amiloride hcl..... 25
amiloride-hydrochlorothiazide 16
AMINOSYN-PF..... 131
amiodarone hcl 21
amitriptyline hcl 106
amlodipine besy-benazepril hcl
..... 16
amlodipine besylate..... 19
amlodipine besylate-valsartan 16
amlodipine-atorvastatin 16
amlodipine-olmesartan 16
amlodipine-valsartan-hctz 16
ammonium lactate 31
AMNESTEEM 30
amoxapine 106
amoxicillin..... 92
amoxicillin-pot clavulanate ... 93
amoxicillin-pot clavulanate er 93
amphetamine-dextroamphet er
..... 28
amphetamine-
dextroamphetamine 28, 29
amphotericin b..... 108
ampicillin..... 93
ampicillin sodium..... 93
ampicillin-sulbactam sodium . 93
anagrelide hcl 139
anastrozole..... 114
ANDRODERM 46
ANORO ELLIPTA..... 76
APOKYN 71
apomorphine hcl 71
aprepitant 107
APRI..... 41
APTIOM..... 98
APTIVUS 130
ARANELLE..... 41
ARCALYST 51
aripiprazole..... 102, 103, 122
ARISTADA..... 123
ARISTADA INITIO..... 123
armodafinil 66
ARNUITY ELLIPTA..... 79
aspirin-dipyridamole er 137
ASSURE ID INSULIN
SAFETY SYR..... 143
atazanavir sulfate..... 130
atenolol 15
atenolol-chlorthalidone..... 16, 17
atomoxetine hcl 29
atorvastatin calcium..... 24
atovaquone..... 120
atovaquone-proguanil hcl 120
atropine sulfate 63
ATROVENT HFA..... 80
AUBRA EQ..... 41
AUSTEDO 27
AVIANE..... 42
AVITA..... 30
AYVAKIT 114
AZASITE 64
azathioprine 54
azelastine hcl 61, 78
azithromycin..... 94, 95
aztreonam 89
- ## B
- bacitracin 64
bacitracin-polymyxin b..... 64
bacitra-neomycin-polymyxin-hc
..... 63
baclofen 68
balsalazide disodium 73
BALVERSA 114
BALZIVA..... 42
BARACLUDGE..... 126
bcg vaccine 57
BD ALCOHOL SWABS 70 %
..... 35
benazepril hcl..... 26
benazepril-hydrochlorothiazide
..... 17
BENLYSTA 54
benznidazole 120
benzoyl peroxide-erythromycin
..... 30
benztropine mesylate 72
BEPREVE 61
BESREMI..... 53
betaine..... 146
betamethasone dipropionate .. 31,
40
betamethasone dipropionate aug
..... 31, 40
betamethasone valerate..... 32
BETASERON..... 29
betaxolol hcl 15, 61
bethanechol chloride..... 39

BETOPTIC-S	61	candesartan cilexetil	21	CIMDUO	128
bexarotene	120	candesartan cilexetil-hctz	17	cimetidine	37
BEXSERO.....	57	CAPLYTA.....	123	cimetidine hcl	37
bicalutamide	111	CAPRELSA.....	115	cinacalcet hcl	75
BICILLIN L-A	93	captopril.....	26	ciprofloxacin hcl.....	64, 66, 96
BIKTARVY	127	carbamazepine	13, 98, 99	ciprofloxacin in d5w.....	96
bimatoprost.....	65	carbamazepine er	13, 98	ciprofloxacin-dexamethasone.....	66
bisoprolol fumarate	15	carbidopa-levodopa	72, 73	citalopram hydrobromide	104
bisoprolol-hydrochlorothiazide	17	carbidopa-levodopa er	72	CLARAVIS	31
BIVIGAM	53	carbidopa-levodopa-entacapone	71	clarithromycin.....	95
BLEPHAMIDE S.O.P.....	63	carglumic acid	133	clarithromycin er	95
BOOSTRIX.....	57, 58	carteolol hcl	61	clindamycin hcl	89
BOSULIF	114	CARTIA XT.....	19, 21	clindamycin palmitate hcl.....	89
BRAFTOVI.....	115	carvedilol	15	clindamycin phosphate	35, 89
BREO ELLIPTA	80	carvedilol phosphate er.....	15	clindamycin phosphate in d5w	89
briellyn	42	casprofungin acetate	108	CLINIMIX/DEXTROSE	
BRILINTA	137	CAYSTON	76	(4.25/10)	131
brimonidine tartrate	61	cefaclor	91	CLINIMIX/DEXTROSE	
brinzolamide.....	62	cefaclor er	91	(4.25/5)	131
BRIVIACT	100	cefadroxil.....	91	CLINIMIX/DEXTROSE (5/15)	
bromocriptine mesylate	50, 71	cefazolin sodium.....	91	.....	131
BRUKINSA	115	cefdinir.....	91	CLINIMIX/DEXTROSE (5/20)	
budesonide.....	40, 73, 79	cefepime hcl	91	.....	131
budesonide er.....	40, 73	cefixime	91	clobazam.....	97
bumetanide	25	cefoxitin sodium	91	clobetasol propionate.....	32
buprenorphine hcl.....	67, 84	cefpodoxime proxetil.....	91	clobetasol propionate e.....	32
buprenorphine hcl-naloxone hcl	67, 68	cefprozil.....	91	clomipramine hcl	106
bupropion hcl.....	103	ceftazidime	92	clonazepam.....	87, 97
bupropion hcl er (smoking det)	67	ceftriaxone sodium	92	clonidine	20
bupropion hcl er (sr).....	103	cefuroxime axetil.....	92	clonidine hcl	20
bupropion hcl er (xl).....	103	cefuroxime sodium	92	clopidogrel bisulfate	137
buspiron e hcl	87	celecoxib.....	85	clorazepate dipotassium.....	87, 97
butalbital-apap-caffeine.....	136	CELONTIN.....	100	clotrimazole	108
BYDUREON BCISE	140	cephalexin.....	92	clotrimazole-betamethasone	35
BYETTA 10 MCG PEN	140	CERDELGA.....	146	clozapine.....	122
BYETTA 5 MCG PEN	140	cetirizine hcl	78	COARTEM.....	120
C		cevimeline hcl.....	65	colchicine.....	11
cabergoline	50	CHEMET.....	132	colchicine-probenecid.....	12
CABOMETYX.....	115	chlorhexidine gluconate	65	colesevelam hcl	24, 140
calcipotriene	34	chloroquine phosphate.....	120	colestipol hcl.....	24
calcitonin (salmon).....	75	chlorthalidone	26	colistimethate sodium (cba).....	89
calcitriol.....	75	chlorzoxazone.....	145	COMBIGAN	62
calcium acetate	135	CHOLBAM.....	146	COMBIVENT RESPIMAT.....	77
calcium acetate (phos binder)	135	cholestyramine.....	24	COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE)	115
CALQUENCE.....	115	cholestyramine light	24	COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE)	115
CAMILA	47	ciclopirox.....	35	COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE)	115
CAMZYOS	17	ciclopirox olamine.....	108		
		cilostazol.....	137		
		CILOXAN	64, 95		

COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE.....	143	diazepam.....	87, 97	dutasteride-tamsulosin hcl.....	39
COMPLERA.....	128	DIAZEPAM INTENSOL.....	87, 97	E	
constulose.....	36	diazoxide.....	143	E.E.S. 400.....	95
copiktra.....	115	diclofenac epolamine.....	85	econazole nitrate.....	108
CORLANOR.....	17	diclofenac potassium.....	85	EDURANT.....	128
COTELLIC.....	115	diclofenac sodium.....	62, 85	efavirenz.....	128
CREON.....	146	diclofenac sodium er.....	85	efavirenz-emtricitab-tenofovir	128
cromolyn sodium.....	61, 81, 146	dicloxacillin sodium.....	93	efavirenz-lamivudine-tenofovir	128
CRYSSELLE-28.....	42	dicyclomine hcl.....	38	eletriptan hydrobromide.....	69
cyanocobalamin.....	136	DIFICID.....	95	ELIGARD.....	50
CYCLAFEM 1/35.....	42	diflunisal.....	85	ELIQUIS.....	137
CYCLAFEM 7/7/7.....	42	DIGITEK.....	21	ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK.....	137
cyclobenzaprine hcl.....	145, 146	DIGOX.....	21, 22	ELMIRON.....	39
cyclophosphamide.....	110	digoxin.....	17, 22	EMCYT.....	111
cyclosporine.....	54	dihydroergotamine mesylate..	69	EMEND.....	107
cyclosporine modified.....	54	DILANTIN.....	99	EMGALITY.....	70
cyproheptadine hcl.....	78	DILANTIN INFATABS.....	99	EMGALITY (300 MG DOSE)	70
CYSTAGON.....	146	diltiazem hcl.....	20, 22	EMOQUETTE.....	42
CYSTARAN.....	63	diltiazem hcl er.....	20, 22	EMSAM.....	103
D		diltiazem hcl er beads.....	19, 22	emtricitabine.....	128
d 1000.....	136	diltiazem hcl er coated beads.....	19, 20, 22	emtricitabine-tenofovir df.....	129
dalfampridine er.....	29	dilt-xr.....	20, 22	EMTRIVA.....	129
DALIRESP.....	81	DIPENTUM.....	73	enalapril maleate.....	26
danazol.....	46	diphenoxylate-atropine.....	36	enalapril-hydrochlorothiazide.....	17
dantrolene sodium.....	68	diphtheria-tetanus toxoids dt..	58	ENBREL.....	54, 55
dapsone.....	110	disulfiram.....	68	ENBREL MINI.....	54
DAPTACEL.....	58	divalproex sodium....	14, 70, 100	ENBREL SURECLICK.....	55
daptomycin.....	89	divalproex sodium er.....	14, 70, 100	ENDOCET.....	85
DAURISMO.....	115	dofetilide.....	22	ENGERIX-B.....	58
DEBLITANE.....	47	donepezil hcl.....	11	enoxaparin sodium.....	138
deferasirox.....	132	dorzolamide hcl.....	62	ENPRESSE-28.....	42
deferiprone.....	132	dorzolamide hcl-timolol mal..	63	ENSKYCE.....	42
DELSTRIGO.....	128	dorzolamide hcl-timolol mal pf	63	entacapone.....	71
DESCOVY.....	128	DOVATO.....	127	entecavir.....	126
desipramine hcl.....	106	doxazosin mesylate.....	18, 39	ENTRESTO.....	17
desloratadine.....	78	doxepin hcl.....	32, 66, 87, 106	enulose.....	36
desmopressin acetate.....	48	DOXY 100.....	96	EPCLUSA.....	126
desmopressin acetate spray....	48	doxycycline hyclate.....	96, 97	EPIDIOLEX.....	101
desogestrel-ethinyl estradiol..	42	doxycycline monohydrate.....	97	epinephrine.....	80, 81
desonide.....	32	DRIZALMA SPRINKLE.....	88, 104	EPITOL.....	14, 99
desoximetasone.....	32	dronabinol.....	107	EPIVIR HBV.....	126
desvenlafaxine er.....	104	drosiprenone-ethinyl estradiol	42	eplerenone.....	25
desvenlafaxine succinate er..	104	DROXIA.....	111	EPRONTIA.....	70
dexamethasone.....	40, 73, 74	droxidopa.....	21	ERIVEDGE.....	115
dexamethasone sodium phosphate.....	62	duloxetine hcl.....	104	ERLEADA.....	111
dextroamphetamine sulfate....	29	DUPIXENT.....	51	erlotinib hcl.....	115
dextrose.....	131	DUREZOL.....	62	ERRIN.....	47
dextrose-nacl.....	132	dutasteride.....	39		
DIACOMIT.....	100				

ertapenem sodium	94	ferrous sulfate	136	GAMMAGARD	54
ery	35	ferrous sulfate iron.....	136	GAMMAGARD S/D LESS IGA	
ERY-TAB.....	95	FETZIMA.....	105	.....	54
ERYTHROCIN		FETZIMA TITRATION	105	GAMMAPLEX	54
LACTOBIONATE	95	finasteride	39	GAMUNEX-C.....	54
ERYTHROCIN STEARATE.....	95	FINTEPLA	101	GARDASIL 9.....	58
erythromycin	35, 36, 64, 95	FLAC.....	66	gatifloxacin.....	64
erythromycin base	95	flecainide acetate	22	GATTEX	37
erythromycin ethylsuccinate ..	95	FLOVENT DISKUS	79	gauze sterile.....	143
ESBRIET.....	77	FLOVENT HFA.....	79	GAVILYTE-C.....	36
escitalopram oxalate.....	104	fluconazole	108	GAVILYTE-G.....	36
esomeprazole magnesium	38	fluconazole in sodium chloride		GAVILYTE-N WITH FLAVOR	
estazolam.....	66	.....	108	PACK	36
estradiol	46, 47	flucytosine	108	GAVRETO	112
estradiol valerate	47	fludrocortisone acetate	40	gemfibrozil	23
ethambutol hcl.....	110	flumazenil.....	136	generlac.....	36
ethosuximide	100	flunisolide.....	79	GENGRAF	55
ethynodiol diac-eth estradiol ..	42	fluocinolone acetonide.....	32, 33, 66	GENTAK.....	64
etodolac	85	fluocinolone acetonide scalp ..	33	gentamicin in saline.....	89
etodolac er	85	fluocinonide.....	33	gentamicin sulfate.....	64, 89
etonogestrel-ethinyl estradiol ..	42	fluocinonide emulsified base..	33	GENVOYA	127
etravirine.....	128	fluorometholone	62	GILENYA	29
EUTHYROX.....	49	fluorouracil	35	GILOTRIF	116
everolimus	55, 115	fluoxetine hcl.....	105	glatiramer acetate.....	30
EVOTAZ.....	130	fluphenazine decanoate	121	GLATOPA	30
EXEL COMFORT POINT PEN		fluphenazine hcl	121	glimpiride.....	140
NEEDLE	143	flurbiprofen.....	85	glipizide	140
exemestane	114	flurbiprofen sodium.....	62	glipizide er	140
EXKIVITY.....	115	flutamide.....	111	glipizide-metformin hcl	140
ezetimibe	24	fluticasone propionate	33, 79	GLUCAGEN HYPOKIT.....	143
ezetimibe-simvastatin.....	24	fluticasone-salmeterol	81	glucagon emergency	143
F		fluvastatin sodium	24	glycopyrrolate.....	38
FALMINA.....	42	fluvoxamine maleate	105	GLYDO	86
famciclovir	127	fluvoxamine maleate er	105	GLYXAMBI.....	140
famotidine.....	37, 38	FML.....	62	granisetron hcl	107
FANAPT	123	folic acid.....	136	griseofulvin microsize ..	108, 109
FANAPT TITRATION PACK		fondaparinux sodium.....	138	griseofulvin ultramicrosize...	109
.....	123	formoterol fumarate.....	81	guanfacine hcl.....	21
FARXIGA	140	FORTEO	75	guanfacine hcl er.....	29
FARYDAK.....	115	fosamprenavir calcium	130	GVOKE HYPOPEN 2-PACK	
febuxostat	12	fosinopril sodium.....	26	.....	143
felbamate	101	fosinopril sodium-hctz.....	17	GVOKE KIT	143
felodipine er.....	19	FOTIVDA	115	GVOKE PFS	143
fenofibrate	23	furosemide.....	25	H	
fenofibrate micronized	23	FUZEON	129	halobetasol propionate.....	33
fenofibric acid	23	FYAVOLV	42	haloperidol.....	121
fentanyl.....	84	FYCOMPA.....	101	haloperidol decanoate.....	121
fentanyl citrate.....	82, 84	G		haloperidol lactate	121
fentanyl citrate (pf).....	82	gabapentin	97	HARVONI.....	126
FEROSUL	136	galantamine hydrobromide.....	11	HAVRIX.....	58
FERRIPROX.....	132, 133	galantamine hydrobromide er.	11	heparin sodium (porcine).....	138

HEPATAMINE.....	132	IBRANCE	114, 116	IXIARO	58
HETLIOZ.....	66	IBU	85	J	
HIBERIX.....	58	ibuprofen	85	JAKAFI	116
HUMALOG	143, 144	icatibant acetate	53	JANTOVEN	138
HUMALOG JUNIOR		ICLUSIG	116	JANUMET	140
KWIKPEN	143	IDHIFA	112	JANUMET XR.....	140
HUMALOG KWIKPEN	144	ILEVRO	62	JANUVIA.....	141
HUMALOG MIX 50/50.....	144	imatinib mesylate	116	JARDIANCE.....	141
HUMALOG MIX 50/50		IMBRUVICA	116	JENTADUETO	141
KWIKPEN	144	imipenem-cilastatin	94	JENTADUETO XR.....	141
HUMALOG MIX 75/25.....	144	imipramine hcl.....	106	JULUCA.....	129
HUMALOG MIX 75/25		imipramine pamoate	106	JUNEL 1.5/30.....	43
KWIKPEN	144	imiquimod	35	JUNEL 1/20.....	43
HUMIRA.....	56	IMOVAX RABIES	58	JUNEL FE 1.5/30	43
HUMIRA PEDIATRIC		INBRIJA.....	73	JUNEL FE 1/20	43
CROHNS START	55	INCASSIA.....	42	JUXTAPID.....	24
HUMIRA PEN.....	55	INCRELEX.....	48	K	
HUMIRA PEN-CD/UC/HS		indapamide	26	KALYDECO	76
STARTER.....	55, 56	INFANRIX.....	58	KARIVA.....	43
HUMIRA PEN-PEDIATRIC		INFED	136	kcl in dextrose-nacl.....	133
UC START.....	56	INLYTA	116	KELNOR 1/35.....	43
HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL		INQOVI.....	111	KELNOR 1/50.....	43
HS START	56	INREBIC	116	KESIMPTA	30
HUMIRA PEN-PSOR/UEVIT		INTELENCE.....	128	ketoconazole.....	109
STARTER.....	56	INTRALIPID.....	132	ketoprofen.....	86
HUMULIN 70/30.....	144	INTRON A	53	ketorolac tromethamine	62, 86
HUMULIN 70/30 KWIKPEN		INTROVALE	42	KINRIX	58
.....	144	INVEGA HAFYERA.....	123	KISQALI (200 MG DOSE)..	116
HUMULIN N	144	INVEGA SUSTENNA. 123, 124		KISQALI (400 MG DOSE)..	116
HUMULIN N KWIKPEN....	144	INVEGA TRINZA	124	KISQALI (600 MG DOSE)..	116
HUMULIN R	144	INVIRASE	130	KISQALI FEMARA (400 MG	
HUMULIN R U-500		IPOL	58	DOSE)	112
(CONCENTRATED).....	144	ipratropium bromide.....	80	KISQALI FEMARA (600 MG	
HUMULIN R U-500		ipratropium-albuterol.....	77	DOSE)	112
KWIKPEN	144	irbesartan	21	KISQALI FEMARA(200 MG	
hydralazine hcl	27	irbesartan-hydrochlorothiazide		DOSE)	112
hydrochlorothiazide.....	17, 26	.....	17	KLOR-CON	133, 135
hydrocodone-acetaminophen .	82	IRESSA	116	KLOR-CON 10	133, 135
hydrocodone-ibuprofen	83	ISENTRESS	127	KLOR-CON M10.....	133, 135
hydrocortisone	33, 40, 74	ISENTRESS HD	127	KLOR-CON M15.....	133, 135
hydrocortisone (perianal)	33	ISIBLOOM.....	42	KLOR-CON M20.....	133, 135
hydrocortisone butyrate.....	33	ISOLYTE-P IN D5W	132	KORLYM.....	143
hydrocortisone valerate	34	ISOLYTE-S PH 7.4.....	133	KOSELUGO.....	116
hydrocortisone-acetic acid.....	66	isoniazid.....	110	KURVELO	43
hydromorphone hcl	83	isosorbide dinitrate	27	L	
hydromorphone hcl pf.....	83, 84	isosorbide mononitrate	27	labetalol hcl	15
hydroxychloroquine sulfate..	120	isosorbide mononitrate er	27	lacosamide	99
hydroxyurea.....	111	isotretinoin.....	31	lactulose.....	36
HYFTOR.....	34	isradipine	19	lamivudine	126, 129
I		itraconazole	109	lamivudine-zidovudine.....	129
ibandronate sodium	75	ivermectin.....	120	lamotrigine.....	12, 14, 101

lamotrigine er	14, 101	levocetirizine dihydrochloride	78	LUPRON DEPOT (6-MONTH)	50
lamotrigine starter kit-blue	14, 101	levofloxacin	96	LUTERA	44
lamotrigine starter kit-green ..	14, 101	levofloxacin in d5w	96	LYBALVI.....	12
lamotrigine starter kit-orange	14, 101	LEVONEST	43	LYLEQ.....	47
lansoprazole.....	38	levonorgest-eth estrad 91-day	43	LYNPARZA.....	112
lanthanum carbonate	135	levonorgestrel-ethinyl estrad ..	43	LYSODREN.....	50, 112
LANTUS	145	LEVORA 0.15/30 (28).....	44	LYZA	47
LANTUS SOLOSTAR	145	LEVO-T.....	49	M	
lapatinib ditosylate	116	levothyroxine sodium	49	magnesium sulfate	133
LARIN 1.5/30.....	43	LEVOXYL	49	malathion	36
LARIN 1/20.....	43	LEXIVA	130	maraviroc.....	129
LARIN FE 1.5/30.....	43	lidocaine	86	marlissa.....	44
LARIN FE 1/20.....	43	lidocaine hcl	86	MARPLAN.....	104
LASTACAFT.....	61	lidocaine hcl urethral/mucosal	86	MATULANE.....	110
latanoprost	65	lidocaine viscous hcl	86	MATZIM LA.....	20, 22
LATUDA	12, 124	lidocaine-prilocaine	87	MAVYRET	126
LEENA.....	43	lindane	36	MAXIDEX	63
leflunomide.....	51	linezolid.....	90	MAXIMUM D3.....	136
lenalidomide.....	110	LINZESS	37	MAYZENT.....	30
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE)	116	liothyronine sodium.....	49	MAYZENT STARTER PACK	30
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE)	117	lisinopril.....	26	meclizine hcl.....	107
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE)	117	lisinopril-hydrochlorothiazide	17	medroxyprogesterone acetate	47
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE)	117	lithium carbonate.....	14	mefloquine hcl	120
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE)	117	lithium carbonate er.....	14	megestrol acetate	47
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE)	117	LOKELMA	135	MEKINIST	117
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE)	117	LONSURF.....	112	MEKTOVI.....	117
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE)	117	loperamide hcl	36	meloxicam	86
LESSINA	43	lopinavir-ritonavir	131	memantine hcl	11
letrozole.....	114	lorazepam	87, 98	memantine hcl er	11
leucovorin calcium	112, 120	LORAZEPAM INTENSOL ..	87, 98	MENACTRA.....	59
LEUKERAN	110	LORBRENA	117	MENEST	47
leuprolide acetate.....	50	LORYNA	44	MENQUADFI	59
levabuterol hcl.....	81	losartan potassium	21	MENVEO	59
levabuterol tartrate	81	losartan potassium-hctz	17	meperidine hcl	83
LEVEMIR.....	145	LOTEMAX	62	mercaptopurine.....	56
LEVEMIR FLEXTOUCH ..	145	LOTEMAX SM.....	63	meropenem	94
levetiracetam	101	loteprednol etabonate	63	mesalamine	73
levetiracetam er	101	lovastatin	24	mesalamine er	73
levobunolol hcl.....	61	LOW-OGESTREL	44	MESNEX.....	120
levocarnitine.....	132	loxapine succinate	121	metformin hcl	141
		lubiprostone	37	metformin hcl er	141
		LUMAKRAS.....	112	methadone hcl.....	84
		LUMIGAN	65	methazolamide.....	62
		LUPANETA PACK	50	methenamine hippurate	90
		LUPRON DEPOT (1-MONTH)	50	methimazole	51
		LUPRON DEPOT (3-MONTH)	50	methotrexate	56, 112
		LUPRON DEPOT (4-MONTH)	50	methotrexate sodium	56, 112
				methotrexate sodium (pf)	56, 112
				methoxsalen rapid.....	35

methylphenidate hcl	29	nadolol	15	NORA-BE	48
methylphenidate hcl er	29	naftillin sodium	93	NORDITROPIN FLEXPRO ..	48
methylprednisolone	41, 74	naloxone hcl	67	norethin ace-eth estrad-fe	44
methylprednisolone acetate	74	naltrexone hcl	68	norethindrone.....	48
metoclopramide hcl	37, 107	naproxen	86	norethindrone acetate.....	48
metolazone	26	naproxen sodium	86	NORTREL 0.5/35 (28).....	44
metoprolol succinate er	15	naratriptan hcl.....	69	NORTREL 1/35 (21).....	44
metoprolol tartrate	15	NARCAN	67	NORTREL 1/35 (28).....	44
metoprolol-hydrochlorothiazide		NATACYN	64	NORTREL 7/7/7	44
.....	17	nateglinide	141	nortriptyline hcl	106
metronidazole	90	NATPARA	75	NORVIR.....	131
metirosine	18	NAYZILAM.....	88, 98	NOXAFIL.....	109
mexiletine hcl	22	NECON 0.5/35 (28)	44	NUBEQA	111
micafungin sodium.....	109	nefazodone hcl.....	105	NUCALA	77
MICROGESTIN 1.5/30	44	neomycin sulfate.....	89	NUEDEXTA	27
MICROGESTIN 1/20	44	neomycin-bacitracin zn-		NULYTELY LEMON-LIME 37	
MICROGESTIN 24 FE.....	44	polymyx.....	64	NUPLAZID	124
MICROGESTIN FE 1.5/30....	44	neomycin-polymyxin-dexameth		NUTRILIPID.....	132
MICROGESTIN FE 1/20.....	44	.....	63	NYAMYC	109
midazolam hcl	88	neomycin-polymyxin-		NYLIA 1/35.....	44
midazolam hcl (pf)	87, 88	gramicidin.....	63	NYLIA 7/7/7	45
midodrine hcl.....	21	neomycin-polymyxin-hc ..	63, 66	nystatin	109
MIGERGOT.....	69	NEORAL.....	56, 57	nystatin-triamcinolone	35
miglitol	141	NERLYNX.....	117	NYSTOP.....	109
miglustat.....	146	NEUPOGEN	139	O	
minocycline hcl	97	NEUPRO	71	OCELLA	45
minoxidil	27	nevirapine	128	octreotide acetate	50
mirtazapine	103	nevirapine er.....	128	ODEFSEY	129
misoprostol.....	39, 48	niacin er (antihyperlipidemic)	24	ODOMZO.....	117
M-M-R II.....	59	NIACOR.....	25	OFEV	77
modafinil	66	nicardipine hcl	19	ofloxacin	65, 66
moexipril hcl	26	NICOTROL	67	olanzapine.....	12, 124
molindone hcl.....	122	NICOTROL NS.....	67	olanzapine-fluoxetine hcl	103
mometasone furoate	34	nifedipine er.....	19	olmesartan medoxomil	21
montelukast sodium.....	79	nifedipine er osmotic release ..	19	olmesartan medoxomil-hctz ...	18
morphine sulfate.....	83, 85	NIKKI.....	44	olmesartan-amlodipine-hctz ...	18
morphine sulfate (concentrate)		nilutamide.....	111	olopatadine hcl.....	61, 78
.....	83, 84	nimodipine.....	19	omega-3-acid ethyl esters	25
morphine sulfate er.....	84, 85	NINLARO	112	omeprazole	38
morphine sulfate er beads.....	84	nisoldipine er	19	ondansetron.....	108
MOVANTIK	37	nitazoxanide.....	120	ondansetron hcl.....	108
moxifloxacin hcl.....	64	nitisinone	146	ONUREG	111
MULTAQ.....	22	NITRO-BID.....	27	OPSUMIT.....	77
mupirocin	36	NITRO-DUR.....	27	ORFADIN	146
mupirocin calcium.....	36	nitrofurantoin macrocrystal ...	90	ORGOVYX	112
mycophenolate mofetil.....	56	nitrofurantoin monohyd macro		ORKAMBI	76
mycophenolate sodium.....	56	.....	90	ORLADEYO	18
MYORISAN.....	31	nitroglycerin	27	orphenadrine citrate	146
MYRBETRIQ	39	NITYR.....	146	ORSYTHIA	45
N		NIVESTYM	139	oseltamivir phosphate.....	130
nabumetone	86	nizatidine	38	OSPHENA.....	46

oxacillin sodium	94	pimozide	122	pregabalin er	28, 100
oxandrolone	46	PIMTREA	45	prehevbrio	59
oxaprozin	86	pindolol.....	15	PREMARIN	47
oxcarbazepine.....	99	pioglitazone hcl	141	PREMASOL.....	132
oxybutynin chloride.....	40	pioglitazone hcl-glimepiride.	142	PREMPRO	45
oxybutynin chloride er	39, 40	pioglitazone hcl-metformin hcl		prenatal	135
oxycodone hcl	83	.....	142	pretomanid.....	110
oxycodone-acetaminophen....	83, 84	piperacillin sod-tazobactam so	94	PREVALITE	25
OZEMPIC (0.25 OR 0.5		PIQRAY (200 MG DAILY		PREVIFEM	45
MG/DOSE).....	141	DOSE)	117	PREVYMIS.....	125
OZEMPIC (1 MG/DOSE)....	141	PIQRAY (250 MG DAILY		PREZCOBIX.....	131
OZEMPIC (2 MG/DOSE)....	141	DOSE)	117	PREZISTA	131
P		PIQRAY (300 MG DAILY		PRIFTIN.....	110
paliperidone er.....	124	DOSE)	118	primaquine phosphate.....	121
PANRETIN	35	pirfenidone.....	77	primidone.....	98
pantoprazole sodium	38	PIRMELLA 1/35.....	45	PRIORIX	59
paricalcitol.....	75	piroxicam.....	86	PRIVIGEN	54
paromomycin sulfate	89	PLASMA-LYTE 148	133	probenecid	12
paroxetine hcl	105	PLASMA-LYTE A	133	PROCALAMINE	132
paroxetine hcl er	105	podofilox	35	prochlorperazine	107
PASER	110	polymyxin b sulfate.....	90	prochlorperazine maleate....	107, 122
PEDIARIX	59	polymyxin b-trimethoprim	63	PROCTO-PAK.....	34
PEDVAX HIB.....	59	POMALYST	110	PROCTOSOL HC	34
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl...37		PORTIA-28	45	PROCTOZONE-HC.....	34, 74
peg-3350/electrolytes	37	posaconazole	109	progesterone	48
PEGASYS	53	potassium chloride.....	134	PROGRAF.....	57
PEMAZYRE	117	potassium chloride crys er... 133,	134	PROLASTIN-C	147
penicillamine	39, 133	potassium chloride er.....	134	PROLIA.....	75
penicillin g pot in dextrose....	94	potassium chloride in dextrose		PROMACTA	139
penicillin g potassium.....	94	.....	134	promethazine hcl	78, 107
penicillin g procaine	94	potassium chloride in nacl....	134	propafenone hcl	23
penicillin g sodium	94	potassium citrate er.....	134	propafenone hcl er	22
penicillin v potassium.....	94	PRADAXA.....	138	proparacaine hcl.....	64
PENTACEL	59	pramipexole dihydrochloride .72		propranolol hcl.....	16
pentamidine isethionate.....	121	pramipexole dihydrochloride er		propranolol hcl er	16
pentoxifylline er	18	.....	72	propylthiouracil	51
perindopril erbumine	26	prasugrel hcl	137	PROQUAD.....	59
PERIOGARD	65	pravastatin sodium.....	24	PROSOL.....	132
permethrin	36	praziquantel	120	protriptyline hcl	107
perphenazine.....	107, 122	prazosin hcl.....	18, 39	PULMICORT FLEXHALER.79	
perphenazine-amitriptyline... 103		prednisolone	41, 74	PULMOZYME.....	76
PERSERIS.....	12, 124	prednisolone acetate	63	PURIXAN	111
phenelzine sulfate.....	104	prednisolone sodium phosphate		pyrazinamide	110
phenobarbital.....	98	.....	41, 63, 74	pyridostigmine bromide.....	12
PHENYTEK.....	99	prednisone	41, 74	pyridostigmine bromide er	12
phenytoin.....	99	PREDNISON INTENSOL..41,	74	PYRUKYND.....	139
phenytoin sodium extended....	99			PYRUKYND TAPER PACK	
phytonadione	136	preferred plus insulin syringe		.....	139
PIFELTRO	128	.....	145	Q	
pilocarpine hcl.....	62, 65	pregabalin	28, 100	QINLOCK	118

QUADRACEL	59	ritonavir	131	sodium phenylbutyrate	147
quetiapine fumarate 13, 103, 125		rivastigmine	11	sodium polystyrene sulfonate	
quetiapine fumarate er... 12, 103,		rivastigmine tartrate.....	11	.....	135
124		rizatriptan benzoate	69	solifenacin succinate.....	40
quinapril hcl.....	26	ropinirole hcl	72	SOLQUA.....	145
quinapril-hydrochlorothiazide	18	ropinirole hcl er	72	SOLTAMOX	111
quinidine gluconate er	23	rosuvastatin calcium	24	SOMAVERT	51
quinidine sulfate	23	ROTARIX	60	sorafenib tosylate.....	118
quinine sulfate	121	ROTATEQ	60	SORINE.....	23
R		ROWEEPRA.....	101	sotalol hcl.....	23
RABAVERT	59	ROZLYTREK	118	sotalol hcl (af).....	23
RADICAVA ORS STARTER		RUBRACA.....	118	SPIRIVA HANDIHALER	80
KIT	28	rufinamide	99	SPIRIVA RESPIMAT	80
raloxifene hcl.....	46	RUKOBIA.....	129	spironolactone.....	25
ramelteon.....	66	RYDAPT	118	spironolactone-hctz.....	18
ramipril.....	26	RYTARY.....	73	SPRINTEC 28	45
ranolazine er	18	S		SPRITAM.....	102
rasagiline mesylate	72	SAJAZIR	53	SPRYCEL.....	118
RAVICTI.....	147	SANDIMMUNE	57	SPS	135
RECLIPSEN.....	45	SANTYL	35	SRONYX.....	45
RECOMBIVAX HB	59	SAPHRIS.....	13, 125	SSD.....	35
RECTIV	27	sapropterin dihydrochloride .	147	STELARA	52
REGRANEX	35	SAVELLA.....	28	STIOLTO RESPIMAT.....	76
RELENZA DISKHALER	130	SAVELLA TITRATION PACK		STIVARGA	118
RELI-ON INSULIN SYRINGE		.....	28	streptomycin sulfate.....	89
.....	145	SCSEMBLIX.....	118	STRIBILD	127
RELISTOR.....	37	scopolamine.....	38, 107	SUCRAID.....	147
repaglinide	142	SECUADO	13, 125	sucrafate.....	39
REPATHA	25	selegiline hcl.....	72	sulfacetamide sodium	65
REPATHA PUSHTRONEX		selenium sulfide.....	34	sulfacetamide-prednisolone....	64
SYSTEM	25	SELZENTRY	129, 130	sulfadiazine.....	96
REPATHA SURECLICK	25	SEREVENT DISKUS	81	sulfamethoxazole-trimethoprim	
RESTASIS	57	sertraline hcl	105	.....	96
RESTASIS MULTIDOSE57, 64		sevelamer carbonate	135	SULFAMYLON.....	36
RETACRIT	139	SHAROBEL	45	sulfasalazine	73
RETEVMO.....	112, 113	SHINGRIX.....	60	sulindac.....	86
REVLIMID	111	SIGNIFOR.....	50	sumatriptan	69
REXULTI.....	125	SIKLOS	112	sumatriptan succinate	69
REYATAZ	131	sildenafil citrate	77	sumatriptan succinate refill....	69
REZUROCK	57	silodosin.....	39	sunitinib malate	118
RHOPRESSA.....	62, 65	silver sulfadiazine.....	35	SUPRAX	92
ribavirin	126	SIMBRINZA	62	SUPREP BOWEL PREP KIT	
rifabutin	110	simvastatin.....	24	.....	134
rifampin	110	sirolimus	57	SYMBICORT.....	76
riluzole.....	28	SIRTURO	110	SYMLINPEN 120	142
rimantadine hcl.....	130	SIVEXTRO	90	SYMLINPEN 60	142
rinvoq	52	SKYRIZI	52	SYMPAZAN	98
RINVOQ	52	SKYRIZI (150 MG DOSE)....	52	SYMTUZA.....	127
risedronate sodium	75	SKYRIZI PEN.....	52	SYNAREL.....	51
RISPERDAL CONSTA . 13, 125		sodium chloride.....	134	SYNJARDY	142
risperidone.....	13, 125	sodium fluoride.....	134	SYNJARDY XR.....	142

SYNRIBO	113	TICOVAC	60	TRIUMEQ.....	130
SYNTHROID.....	49	tigecycline	90	TRIUMEQ PD.....	130
T		TILIA FE.....	45	TRIVORA (28).....	45
TABLOID	112	timolol maleate.....	16, 61, 70	TRIZIVIR.....	129
TABRECTA.....	118	TIVICAY.....	127	TROPHAMINE.....	132
tacrolimus.....	34, 57	TIVICAY PD	127	tropium chloride.....	40
tadalafil (pah)	77	tizanidine hcl	68	TRULICITY	142
TAFINLAR	118	TOBRADEX	64	TRUMENBA.....	60
TAGRISSE	118	tobramycin.....	65, 77	TRUSELTIQ (100MG DAILY	
TAKHZYRO.....	53	tobramycin sulfate	89	DOSE)	119
TALTZ	52	tobramycin-dexamethasone....	64	TRUSELTIQ (125MG DAILY	
TALZENNA.....	118	TOBREX	65	DOSE)	119
tamoxifen citrate.....	111	tolterodine tartrate	40	TRUSELTIQ (50MG DAILY	
tamsulosin hcl.....	39	tolterodine tartrate er	40	DOSE)	119
TARINA FE 1/20 EQ.....	45	topiramate.....	70, 102	TRUSELTIQ (75MG DAILY	
TASIGNA	118	topiramate er.....	70, 102	DOSE)	119
TAVNEOS	85	toremifene citrate.....	111	TUKYSA.....	113
tazarotene	31	torsemide	25	TURALIO.....	119
TAZORAC	31	TOUJEO MAX SOLOSTAR		TWINRIX.....	60
TAZTIA XT	20, 23	.....	145	TYBOST.....	130
TAZVERIK.....	118	TOUJEO SOLOSTAR	145	TYMLOS.....	75
TDVAX.....	60	TPN ELECTROLYTES	132	TYPHIM VI.....	60
TECFIDERA	30	TRADJENTA	142	TYVASO DPI	
TEFLARO.....	92	tramadol hcl.....	84	MAINTENANCE KIT	78
TEGRETOL	14, 99	tramadol-acetaminophen	84	TYVASO DPI TITRATION	
TEGRETOL-XR	15, 99	trandolapril	26	KIT	78
telmisartan	21	tranexamic acid.....	137	U	
telmisartan-hctz	18	tranylcypromine sulfate.....	104	UBRELVY	68
temazepam.....	66	TRAVASOL.....	132	UKONIQ	119
TEMIXYS	129	travoprost (bak free)	65	UNITHROID.....	49
TENIVAC	60	trazodone hcl	105	UPTRAVI.....	78
tenofovir disoproxil fumarate		TRECTOR.....	110	ursodiol	37
.....	126, 129	TRELEGY ELLIPTA.....	76	V	
TEPMETKO.....	118	TRELSTAR MIXJECT.....	51	valacyclovir hcl	127
terazosin hcl.....	18, 39	TRESIBA	145	VALCHLOR	110
terbinafine hcl.....	109	TRESIBA FLEXTOUCH....	145	valganciclovir hcl	125, 126
terbutaline sulfate	81	tretinoin	31, 120	valproic acid	15, 70, 102
terconazole	109	triamcinolone acetonide ..	34, 65,	valsartan.....	21
testosterone.....	46	74		valsartan-hydrochlorothiazide	18
testosterone cypionate	46	triamterene-hctz.....	18	VALTOCO 10 MG DOSE ...	88,
testosterone enanthate	46	TRIDERM.....	34	98	
tetrabenazine.....	28	trientine hcl.....	133	VALTOCO 15 MG DOSE ...	88,
tetracycline hcl	97	trifluoperazine hcl.....	122	98	
THALOMID.....	111	trifluridine.....	65, 127	VALTOCO 20 MG DOSE ...	88,
THEO-24.....	82	trihexyphenidyl hcl.....	72	98	
theophylline.....	82	TRIJARDY XR	142	VALTOCO 5 MG DOSE .	88, 98
theophylline er.....	82	TRI-LEGEST FE.....	45	vancomycin hcl.....	90
thioridazine hcl.....	122	trimethoprim.....	90	VANDAZOLE	90
thiothixene.....	122	trimipramine maleate.....	107	VAQTA	60
tiagabine hcl	98	TRINTELLIX.....	105	varenicline tartrate	67
TIBSOVO.....	114	TRI-SPRINTEC	45	VARIVAX.....	60

VARIZIG	60	voriconazole	109	XPOVIO (60 MG TWICE	
VASCEPA.....	25	VOSEVI	126	WEEKLY).....	113
VELIVET	45	VOTRIENT	119	XPOVIO (80 MG ONCE	
VELTASSA	135	VRAYLAR.....	13, 125	WEEKLY).....	114
VEMLIDY	126	VYFEMLA.....	46	XPOVIO (80 MG TWICE	
VENCLEXTA.....	119	W		WEEKLY).....	114
VENCLEXTA STARTING		warfarin sodium.....	138	XTANDI.....	111
PACK	119	WELIREG	113	XURIDEN	114, 147
venlafaxine besylate er	106	X		XYREM.....	66
venlafaxine hcl	106	XALKORI.....	119	Y	
venlafaxine hcl er	106	XARELTO	138	YF-VAX.....	60
VENTAVIS.....	78	XARELTO STARTER PACK		YONSA	111
verapamil hcl	20, 23	.....	139	Z	
verapamil hcl er.....	20, 23	XATMEP.....	57, 113	zafirlukast	79
VERSACLOZ	122	XCOPRI	102	zaleplon.....	66
VERZENIO.....	119	XCOPRI (250 MG DAILY		ZEJULA	119
VICTOZA	142	DOSE)	102	ZELBORAF	120
vigabatrin.....	98	XCOPRI (350 MG DAILY		ZEMAIRA.....	147
VIIBRYD	106	DOSE)	102	ZENATANE.....	31
VIIBRYD STARTER PACK		XELJANZ	52	ZENPEP	147
.....	106	XELJANZ XR.....	52, 57	ZEPATIER	126
VIJOICE.....	147	XERMELO.....	36	zidovudine	129
VIMPAT.....	100	XGEVA	75	ziprasidone hcl.....	13, 125
VIRACEPT	131	XIFAXAN.....	36, 37, 91	ziprasidone mesylate	13, 125
VIREAD.....	126, 129	XIGDUO XR.....	143	ZIRGAN	65
vitamin d.....	137	XIIDRA	63	ZOLINZA.....	114
vitamin d (cholecalciferol) ..	136,	XOLAIR.....	52, 53	zolmitriptan.....	69
137		XOSPATA.....	119	zolpidem tartrate	67
vitamin d (ergocalciferol).....	137	XPOVIO (100 MG ONCE		zolpidem tartrate er.....	66
vitamin d2.....	137	WEEKLY).....	113	zonisamide.....	100
vitamin d3.....	137	XPOVIO (40 MG ONCE		ZOVIA 1/35 (28).....	46
vitamin d-3	137	WEEKLY).....	113	ZYDELIG.....	120
vitamin d3 ultra potency.....	137	XPOVIO (40 MG TWICE		ZYKADIA	120
VITRAKVI.....	119	WEEKLY).....	113	ZYTIGA	111
VIZIMPRO.....	119	XPOVIO (60 MG ONCE			
VONJO.....	119	WEEKLY).....	113		

Este formulario fue actualizado el 22 de noviembre de 2022. Para información más reciente o para otras preguntas, por favor, comuníquese con Servicios al Afiliado de MMM Healthcare, LLC, al 1-866-333-5470 (libre de cargos); o usuarios de TTY deben llamar al 1-866-333-5469, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. o visite www.mmmpr.com.

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

MMM Healthcare, LLC cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. MMM Healthcare, LLC complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Y0049_2022 1085 0001 2_C