

Medicare y Mucho Más
MMM Supremo (HMO-SNP)
MMM Integral (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 22550, Versión 19

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 Supremo/ MMM Integral.

Este documento incluye una lista de los medicamentos (Formulario) de nuestro plan, la cual está en vigencia desde el 22 de noviembre de 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 Mas?

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?”.
- **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, o si pasamos un medicamento a un nivel superior de costo compartido, 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?”.

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 12. 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 10. 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 150. 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 12. 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?” en la página 5 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, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por nuestro plan.
- Puede solicitar que nuestro plan haga una excepción y cubra su medicamento. Consulte a continuación para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

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

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

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento, incluso si no está en nuestro Formulario. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto a un nivel de costo compartido predeterminado, y usted no podrá pedirnos que le brindemos el medicamento a un nivel de costo compartido menor.
- Puede pedirnos que cubramos un medicamento en el Formulario a un nivel de costo compartido menor si este medicamento no está incluido en el nivel de medicamentos especializados. Si se aprueba, esto reduciría la cantidad que usted tiene que pagar por su medicamento.
- 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, el medicamento de menor costo compartido 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, una excepción de nivel o de restricción de uso. **Cuando solicita una excepción al Formulario, una excepción de nivel 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 Supremo/ MMM Integral

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 150.

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 niveles

Antes de que el costo total anual de medicamentos pagado por usted y nuestro plan alcance \$4,430.00, usted paga lo siguiente por medicamentos recetados:

MMM Supremo (HMO-SNP)	Nivel	Medicamento	Copago por cantidad al detal (30 días)	Copago por cantidad al detal (90 días)	Copago por orden por correo (90 días)
	1	Genérico Preferido	\$0.00	\$0.00	\$0.00
	2	Genérico	\$0.00	\$0.00	\$0.00
	3	Marca Preferida	\$0.00	\$0.00	\$0.00
	4	Marca No Preferida	\$20.00	\$40.00	\$40.00
	5	Especialidad	25%	No Cubierto	No Cubierto
	6	Medicamentos de cuidado seleccionados	\$0.00	\$0.00	\$0.00

*Insulinas no disponibles en órdenes por correo.

Luego de que su costo total anual en medicamentos alcance \$4,430.00, usted recibe cubierta limitada por el plan (algunos medicamentos en algunos niveles). También recibirá un descuento en medicamentos de marca y, por lo general, no paga más de 25% del costo del plan por medicamentos de marca y 25% del costo del plan por medicamentos genéricos hasta que el costo anual que paga de su bolsillo por medicamentos alcance \$7,050.00.

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

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

En adición, el Plan ofrece cubierta para insulinas selectas (Modelo de Ahorro para Personas Mayores; SSM por sus siglas en inglés) durante la brecha:

Copago por cantidad al detal (30 días)	Copago por cantidad al detal (90 días)	Copago por orden por correo (90 días)
\$0.00	\$0.00	No Cubierto

Luego de que sus costos totales anuales de su bolsillo por medicamentos alcancen los \$7,050.00, usted pagará la cantidad mayor entre:

- 5% de coaseguro, o
- \$3.95 por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$9.85 por todos los demás medicamentos.

Para más información sobre cómo aplica el nivel de copago, por favor revise su Evidencia de Cubierta.

Estructura de niveles

Antes de que el costo total anual de medicamentos pagado por usted y nuestro plan alcance \$4,430.00, usted paga lo siguiente por medicamentos recetados:

MMM Integral (HMO-SNP)	Nivel	Medicamento	Copago por cantidad al detal (30 días)	Copago por cantidad al detal (90 días)	Copago por orden por correo (90 días)
	1	Genérico Preferido	\$0.00	\$0.00	\$0.00
	2	Genérico	\$0.00	\$0.00	\$0.00
	3	Marca Preferida	\$10.00/ Insulinas \$0.00	\$20.00/ Insulinas \$0.00	\$20.00
	4	Marca No Preferida	\$25.00	\$50.00	\$50.00
	5	Especialidad	25%	No Cubierto	No Cubierto
	6	Medicamentos de cuidado seleccionados	\$0.00	\$0.00	\$0.00

*Insulinas no disponibles en órdenes por correo.

Luego de que su costo total anual en medicamentos alcance \$4,430.00, usted recibe cubierta limitada por el plan (algunos medicamentos en algunos niveles). También recibirá un descuento en medicamentos de marca y, por lo general, no paga más de 25% del costo del plan por medicamentos de marca y 25% del costo del plan por medicamentos genéricos hasta que el costo anual que paga de su bolsillo por medicamentos alcance \$7,050.00.

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

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

En adición, el Plan ofrece cubierta para insulinas selectas (Modelo de Ahorro para Personas Mayores; SSM por sus siglas en inglés) durante la brecha:

Copago por cantidad al detal (30 días)	Copago por cantidad al detal (90 días)	Copago por orden por correo (90 días)
\$0.00	\$0.00	No Cubierto

Luego de que sus costos totales anuales de su bolsillo por medicamentos alcancen los \$7,050.00, usted pagará la cantidad mayor entre:

- 5% de coaseguro, o
- \$3.95 por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$9.85 por todos los demás medicamentos.

Para más información sobre cómo aplica el nivel de copago, por favor revise su Evidencia de Cubierta.

Símbolos y abreviaturas utilizadas en el Formulario

PA - medicamentos que requieren preautorización

QL (###/###) - medicamentos con límite de cantidad; la cantidad en paréntesis especifica la cantidad límite para el máximo de días de suministro.

ST - terapia escalonada

LA - medicamentos con acceso limitado (ej., Medicamentos especializados)

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

CG - medicamentos cubiertos durante su brecha de cubierta

SSM – medicamentos cubiertos bajo el modelo de ahorro para personas mayores (SSM por sus siglas en inglés).

Tabla de Contenido

Agentes Antidemencia	12
Agentes Antigota.....	12
Agentes Antimiasténicos.....	13
Agentes Bipolares	13
Agentes Cardiovasculares	16
Agentes Del Sistema Nervioso Central.....	28
Agentes Dermatológicos	31
Agentes Gastrointestinales	37
Agentes Genitourinarios.....	39
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Adrenal)	41
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Modificadores/Hormonas Sexuales).....	42
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Pituitaria)	48
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Prostaglandinas).....	49
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Tiroides).....	49
Agentes Hormonales, Supresores (Adrenal)	50
Agentes Hormonales, Supresores (Pituitaria)	50
Agentes Hormonales, Supresores (Tiroides).....	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.....	76
Analgésicos	82
Anestésicos	87
Ansiolíticos.....	87
Antibacteriales.....	89
Anticonvulsivos.....	97
Antidepresivos.....	103
Antieméticos.....	107
Antifungales	108
Antimicobacteriales.....	110
Antineoplásicos	111
Antiparasíticos.....	122
Antisicóticos.....	123
Antivirales	127
Electrólitos / Minerales / Metales / Vitaminas	133
Antídotos	137
Productos Sanguíneos Y Modificadores	138
Reguladores De Glucosa En Sangre.....	141
Relajantes Musculo Esqueletales	147
Trastorno Genético O De Enzimas O Proteínas: Reemplazo, Modificadores, Tratamiento	147

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

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i>	COLCRYS	2	MT
<i>colchicine-probenecid oral tablet 0.5-500 mg</i>		2	MT; CG
<i>febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg</i>	ULORIC	2	MT
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>		2	MT; CG
Agentes Antimiasténicos			
<i>Parasimpatomiméticos</i>			
<i>pyridostigmine bromide er oral tablet extended release 180 mg</i>	MESTINON	2	MT; CG
<i>pyridostigmine bromide oral solution 60 mg/5ml</i>	MESTINON	2	MT; CG
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 30 mg</i>		2	MT; CG
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i>	MESTINON	2	MT; CG
Agentes Bipolares			
<i>Agentes Bipolares, Otros</i>			
<i>lamotrigine oral tablet 25 mg</i>	LAMICTAL	2	MT; CG
LATUDA ORAL TABLET 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG		5	PA
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>olanzapine intramuscular solution reconstituted 10 mg</i>	ZYPREXA	2	CG
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	ZYPREXA	2	MT; CG
<i>olanzapine oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	ZYPREXA ZYDIS	2	MT; CG
PERSERIS SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 120 MG, 90 MG		5	PA; QL (1 EA per 28 days)
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg</i>	SEROQUEL XR	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	SEROQUEL XR	2	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

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

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>carbamazepine oral tablet chewable 100 mg</i>		2	MT; CG
<i>divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 500 mg</i>	DEPAKOTE ER	2	MT; CG
<i>divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle 125 mg</i>	DEPAKOTE SPRINKLES	2	MT; CG
<i>divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	DEPAKOTE	2	MT; CG
EPITOL ORAL TABLET 200 MG		2	MT; CG
<i>lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 50 mg</i>	LAMICTAL XR	2	MT; CG
<i>lamotrigine oral kit 25 & 50 & 100 mg</i>	LAMICTAL ODT	2	MT; CG
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	LAMICTAL	2	MT; CG
<i>lamotrigine oral tablet chewable 25 mg, 5 mg</i>	LAMICTAL	2	MT; CG
<i>lamotrigine oral tablet dispersible 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	LAMICTAL ODT	2	MT; CG
<i>lamotrigine starter kit-blue oral kit 35 x 25 mg</i>	LAMICTAL STARTER	2	MT; CG
<i>lamotrigine starter kit-green oral kit 84 x 25 mg & 14x100 mg</i>	LAMICTAL STARTER	2	MT; CG
<i>lamotrigine starter kit-orange oral kit 42 x 25 mg & 7 x 100 mg</i>	LAMICTAL STARTER	2	MT; CG
<i>lithium carbonate er oral tablet extended release 300 mg</i>	LITHOBID	2	MT; CG
<i>lithium carbonate er oral tablet extended release 450 mg</i>		2	MT; CG
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>		1	MT; CG
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>		2	MT; CG
TEGRETOL ORAL SUSPENSION 100 MG/5ML		4	MT
TEGRETOL ORAL TABLET 200 MG		4	MT

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
TEGRETOL-XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 100 MG, 200 MG, 400 MG		4	MT
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>		2	MT; CG
<i>valproic acid oral solution 250 mg/5ml</i>		2	MT; CG
Agentes Cardiovasculares			
Agentes Bloqueadores Beta-Adrenérgicos			
<i>acebutolol hcl oral capsule 200 mg, 400 mg</i>		1	MT; CG
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	TENORMIN	1	MT; CG
<i>betaxolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg</i>		1	MT; CG
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		1	MT; CG
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i>	COREG	1	MT; CG
<i>carvedilol phosphate er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	COREG CR	2	MT; CG
<i>labetalol hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>		1	MT; CG
<i>metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>	TOPROL XL	1	MT; CG; QL (120 EA per 30 days)
<i>metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	TOPROL XL	1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	LOPRESSOR	1	MT; CG
<i>metoprolol tartrate oral tablet 25 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>		1	MT; CG
<i>nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	CORGARD	2	MT; CG
<i>pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		2	MT; CG
<i>propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i>	INDERAL LA	2	MT; CG

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>propranolol hcl oral solution 20 mg/5ml, 40 mg/5ml</i>		2	MT; CG
<i>propranolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>		1	MT; CG
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>		2	MT; CG
Agentes Cardiovasculares, Otros			
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>		2	MT; CG
<i>aliskiren fumarate oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	TEKTURNIA	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>		1	MT; CG
<i>amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg</i>	LOTREL	1	MT; CG
<i>amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 2.5-10 mg, 5-40 mg</i>		1	MT; CG
<i>amlodipine besylate-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i>	EXFORGE	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<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	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg</i>		1	MT; CG; 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	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>amlodipine-valsartan-hctz oral tablet 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-12.5 mg, 5-160-25 mg</i>	EXFORGE HCT	1	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg</i>	TENORETIC 100	2	MT; CG
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 50-25 mg</i>	TENORETIC 50	2	MT; CG
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	LOTENSIN HCT	1	MT; CG

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-6.25 mg</i>		1	MT; CG
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i>	ZIAC	1	MT; CG
CAMZYOS ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 5 MG		5	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	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
CORLANOR ORAL TABLET 5 MG, 7.5 MG		6	PA; MT; QL (60 EA per 30 days)
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg</i>	VASERETIC	1	MT; CG
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-12.5 mg</i>		1	MT; CG
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG		6	MT; QL (60 EA per 30 days)
<i>fosinopril sodium-hctz oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>		1	MT; CG
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 25 mg</i>		1	MT; CG
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg</i>	AVALIDE	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	ZESTORETIC	1	MT; CG
<i>losartan potassium-hctz oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg</i>	HYZAAR	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>losartan potassium-hctz oral tablet 50-12.5 mg</i>	HYZAAR	1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg</i>		1	MT; CG
<i>metyrosine oral capsule 250 mg</i>	DEMSEER	5	
<i>olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i>	BENICAR HCT	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hctz oral tablet 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg</i>	TRIBENZOR	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
ORLADEYO ORAL CAPSULE 110 MG, 150 MG		5	PA; QL (28 EA per 28 days)
<i>pentoxifylline er oral tablet extended release 400 mg</i>		2	MT; CG
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	ACCURETIC	1	MT; CG
<i>ranolazine er oral tablet extended release 12 hour 1000 mg, 500 mg</i>	RANEXA	2	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>spironolactone-hctz oral tablet 25-25 mg</i>	ALDACTAZIDE	2	MT; CG
<i>telmisartan-hctz oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg, 80-25 mg</i>	MICARDIS HCT	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>triamterene-hctz oral capsule 37.5-25 mg</i>		1	MT; CG
<i>triamterene-hctz oral tablet 37.5-25 mg</i>	MAXZIDE-25	1	MT; CG
<i>triamterene-hctz oral tablet 75-50 mg</i>	MAXZIDE	1	MT; CG
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg</i>	DIOVAN HCT	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
Agentes De Bloqueo Alfa-Adrenérgicos			
<i>doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	CARDURA	1	MT; CG
<i>prazosin hcl oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	MINIPRESS	2	MT; CG
<i>terazosin hcl oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>		1	MT; CG
Agentes De Bloqueo De Los Canales De Calcio, Dihidropiridinas			
<i>amlodipine besylate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	NORVASC	1	MT; CG
<i>felodipine er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>		1	MT; CG
<i>isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg</i>		1	MT; CG
<i>nicardipine hcl oral capsule 20 mg, 30 mg</i>		1	MT; CG

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg</i>		1	MT; CG
<i>nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 90 mg</i>		1	MT; CG
<i>nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	PROCARDIA XL	1	MT; CG
<i>nimodipine oral capsule 30 mg</i>		2	
<i>nisoldipine er oral tablet extended release 24 hour 17 mg, 34 mg, 8.5 mg</i>	SULAR	1	MT; CG
Agentes De Bloqueo De Los Canales De Calcio, No Dihidropiridinas			
CARTIA XT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG		2	MT; CG
<i>diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 360 mg</i>		1	MT; CG
<i>diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 420 mg</i>		1	MT; CG
<i>diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>		2	MT; CG
<i>diltiazem hcl er coated beads oral tablet extended release 24 hour 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>		2	MT; CG
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>		1	MT; CG
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	CARDIZEM	1	MT; CG
<i>diltiazem hcl oral tablet 90 mg</i>		1	MT; CG
<i>dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>		1	MT; CG
MATZIM LA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG, 420 MG		2	MT; CG

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
TAZTIA XT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG		1	MT; CG
<i>verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	VERELAN PM	2	MT; CG
<i>verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 360 mg</i>	VERELAN	2	MT; CG
<i>verapamil hcl er oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	CALAN SR	1	MT; CG
<i>verapamil hcl oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>		1	MT; CG
Agonistas Alfa-Adrenérgicos			
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>		1	MT; CG
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24hr</i>	CATAPRES-TTS-1	1	MT; CG
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.2 mg/24hr</i>	CATAPRES-TTS-2	1	MT; CG
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.3 mg/24hr</i>	CATAPRES-TTS-3	1	MT; CG
<i>droxidopa oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	NORTHERA	5	PA
<i>guanfacine hcl oral tablet 1 mg, 2 mg</i>		2	PA; MT; CG
<i>midodrine hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>		1	MT
Antagonista Receptores Angiotensina II (Arb)			
<i>candesartan cilexetil oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	ATACAND	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	AVAPRO	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>losartan potassium oral tablet 100 mg</i>	COZAAR	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>losartan potassium oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	COZAAR	1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	BENICAR	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 5 mg</i>	BENICAR	1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	MICARDIS	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 40 mg, 80 mg</i>	DIOVAN	1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>valsartan oral tablet 320 mg</i>	DIOVAN	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
Antiarrítmicos			
<i>acebutolol hcl oral capsule 200 mg, 400 mg</i>		1	MT; CG
<i>amiodarone hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	PACERONE	2	MT; CG
CARTIA XT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG		2	MT; CG
DIGITEK ORAL TABLET 125 MCG		2	QL (30 EA per 30 days)
DIGITEK ORAL TABLET 250 MCG		2	PA
DIGOX ORAL TABLET 125 MCG		2	QL (30 EA per 30 days)
DIGOX ORAL TABLET 250 MCG		2	PA
<i>digoxin oral solution 0.05 mg/ml</i>		2	PA
<i>digoxin oral tablet 125 mcg</i>		2	QL (30 EA per 30 days)
<i>digoxin oral tablet 250 mcg</i>		2	PA
<i>digoxin oral tablet 62.5 mcg</i>		2	QL (30 EA per 30 days)
<i>diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 360 mg</i>		1	MT; CG

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 420 mg</i>		1	MT; CG
<i>diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>		2	MT; CG
<i>diltiazem hcl er coated beads oral tablet extended release 24 hour 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>		2	MT; CG
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>		1	MT; CG
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	CARDIZEM	1	MT; CG
<i>diltiazem hcl oral tablet 90 mg</i>		1	MT; CG
<i>dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>		1	MT; CG
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i>	TIKOSYN	2	
<i>flecainide acetate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>		2	MT; CG
MATZIM LA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG, 420 MG		2	MT; CG
<i>mexiletine hcl oral capsule 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>		2	MT; CG
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG		6	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	2	MT; CG
<i>propafenone hcl oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>		2	MT; CG
<i>quinidine gluconate er oral tablet extended release 324 mg</i>		2	MT; CG
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg</i>		2	MT; CG
SORINE ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 240 MG, 80 MG		2	MT; CG

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>sotalol hcl (af) oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i>	BETAPACE AF	2	MT; CG
<i>sotalol hcl oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i>		2	MT; CG
TAZTIA XT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG		1	MT; CG
<i>verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	VERELAN PM	2	MT; CG
<i>verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 360 mg</i>	VERELAN	2	MT; CG
<i>verapamil hcl er oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	CALAN SR	1	MT; CG
<i>verapamil hcl oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>		1	MT; CG
Dislipidémicos, Derivados De Acido Fibrico			
<i>fenofibrate micronized oral capsule 130 mg, 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg</i>		1	MT; CG
<i>fenofibrate oral tablet 145 mg, 48 mg</i>	TRICOR	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>fenofibrate oral tablet 160 mg, 54 mg</i>		1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>fenofibric acid oral capsule delayed release 135 mg, 45 mg</i>	TRILIPIX	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i>	LOPID	1	MT; CG
Dislipidémicos, Inhibidores De La Reductasa De Hmg Coa			
<i>atorvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	LIPITOR	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>fluvastatin sodium oral capsule 20 mg</i>		1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>fluvastatin sodium oral capsule 40 mg</i>		1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>lovastatin oral tablet 10 mg</i>		1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>lovastatin oral tablet 20 mg, 40 mg</i>		1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>pravastatin sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>		1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>rosuvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	CRESTOR	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	ZOCOR	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>simvastatin oral tablet 5 mg, 80 mg</i>		1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
Dislipidémicos, Otros			
<i>cholestyramine light oral packet 4 gm</i>		2	MT; CG
<i>cholestyramine oral packet 4 gm</i>	QUESTRAN	2	MT; CG
<i>colesevelam hcl oral packet 3.75 gm</i>	WELCHOL	2	MT
<i>colesevelam hcl oral tablet 625 mg</i>	WELCHOL	2	MT
<i>colestipol hcl oral packet 5 gm</i>	COLESTID	2	MT; CG
<i>colestipol hcl oral tablet 1 gm</i>	COLESTID	2	MT; CG
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i>	ZETIA	1	MT; CG; 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	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
JUXTAPID ORAL CAPSULE 10 MG, 30 MG, 5 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
JUXTAPID ORAL CAPSULE 20 MG		5	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
<i>niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 1000 mg, 750 mg</i>		2	MT; QL (60 EA per 30 days)
<i>niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 500 mg</i>		2	MT; QL (90 EA per 30 days)
NIACOR ORAL TABLET 500 MG		2	MT; CG
<i>omega-3-acid ethyl esters oral capsule 1 gm</i>	LOVAZA	2	MT; CG; QL (120 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
PREVALITE ORAL PACKET 4 GM		2	MT; CG
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 420 MG/3.5ML		6	PA; MT; QL (3.5 ML per 28 days)
REPATHA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 140 MG/ML		6	PA; MT; QL (3 ML per 28 days)
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML		6	PA; QL (2 ML per 28 days)
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GM, 1 GM		6	MT; QL (120 EA per 30 days)
Diuréticos, Ahorradores De Potasio			
<i>amiloride hcl oral tablet 5 mg</i>		2	MT; CG
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	INSPIRA	2	MT; CG
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	ALDACTONE	1	MT; CG
Diuréticos, Asa De Henle			
<i>bumetanide injection solution 0.25 mg/ml</i>		2	
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg</i>	BUMEX	2	MT; CG
<i>bumetanide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>		2	MT; CG
<i>furosemide injection solution 10 mg/ml</i>		1	MT; CG
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 8 mg/ml</i>		1	MT; CG
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	LASIX	1	MT; CG
<i>torsemide oral tablet 10 mg, 100 mg, 5 mg</i>		1	MT; CG
<i>torsemide oral tablet 20 mg</i>		1	MT; CG
Diuréticos, Tiazidas			
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>		2	MT; CG
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>		1	MT; CG

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

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

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>isosorbide mononitrate er oral tablet extended release 24 hour 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>		1	MT; CG
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>		1	MT; CG
NITRO-BID TRANSDERMAL OINTMENT 2 %		6	MT
NITRO-DUR TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 0.3 MG/HR, 0.8 MG/HR		6	MT
<i>nitroglycerin sublingual tablet sublingual 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i>	NITROSTAT	2	MT; CG
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i>	NITRO-DUR	2	MT; CG
RECTIV RECTAL OINTMENT 0.4 %		6	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>		2	MT; CG
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>		2	MT; CG
Agentes Del Sistema Nervioso Central			
<i>Agentes Del Sistema Nervioso Central, Otros</i>			
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG		5	PA; QL (120 EA per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG		5	PA; QL (60 EA per 30 days)
NUEDEXTA ORAL CAPSULE 20-10 MG		4	PA; MT
RADICAVA ORS STARTER KIT ORAL SUSPENSION 105 MG/5ML		5	PA; QL (70 ML per 28 days)
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i>	RILUTEK	2	PA; MT; CG

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg</i>	XENAZINE	5	PA; QL (240 EA per 30 days)
<i>tetrabenazine oral tablet 25 mg</i>	XENAZINE	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
Agentes Fibromialgia			
<i>pregabalin er oral tablet extended release 24 hour 165 mg, 330 mg, 82.5 mg</i>	LYRICA CR	2	MT
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 225 mg, 25 mg, 300 mg, 50 mg, 75 mg</i>	LYRICA	2	MT; CG
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i>	LYRICA	2	MT; CG
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG		3	PA; MT
SAVELLA TITRATION PACK ORAL 12.5 & 25 & 50 MG		3	PA
Agentes Para El Desorden De Déficit De Atención E Hiperactividad, Anfetaminas			
<i>amphetamine-dextroamphet er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 5 mg</i>	ADDERALL XR	2	PA; CG; 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	2	PA; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 10 mg</i>	ADDERALL	2	PA; CG; QL (180 EA per 30 days)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 12.5 mg</i>	ADDERALL	2	PA; CG; QL (144 EA per 30 days)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 15 mg</i>	ADDERALL	2	PA; CG; QL (120 EA per 30 days)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 20 mg</i>	ADDERALL	2	PA; CG; QL (90 EA per 30 days)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 30 mg</i>	ADDERALL	2	PA; CG; QL (60 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

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

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 5 mg</i>	ADDERALL	2	PA; CG; QL (360 EA per 30 days)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 7.5 mg</i>	ADDERALL	2	PA; CG; QL (240 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	ZENZEDI	2	PA; CG
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	2	CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	STRATTERA	2	CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	INTUNIV	2	PA; CG
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 10 mg, 20 mg</i>		2	CG; QL (90 EA per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	METHYLIN	2	CG; QL (900 ML per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	METHYLIN	2	CG; QL (1800 ML per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	RITALIN	2	CG; QL (180 EA per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 20 mg</i>	RITALIN	2	CG; QL (90 EA per 30 days)
Agentes Para El Tratamiento De Esclerosis Múltiple			
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG		5	PA; QL (14 EA per 28 days)
<i>dalfampridine er oral tablet extended release 12 hour 10 mg</i>	AMPYRA	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
GILENYA ORAL CAPSULE 0.5 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 40 mg/ml</i>	GLATOPA	5	PA; QL (12 ML per 28 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
GLATOPA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/ML		5	PA; QL (12 ML per 28 days)
KESIMPTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 20 MG/0.4ML		5	PA; QL (1.6 ML per 28 days)
MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG		5	PA
MAYZENT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
MAYZENT STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 0.25 MG		4	PA; QL (7 EA per 4 days)
MAYZENT STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 12 X 0.25 MG		5	PA
TECFIDERA ORAL 120 & 240 MG		5	PA; LA; QL (120 EA per 365 days)
TECFIDERA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 120 MG, 240 MG		5	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)

Agentes Dermatológicos

Agentes De Acné Y Rosácea

ACCUTANE ORAL CAPSULE 10 MG		2	
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>		2	PA
<i>adapalene external cream 0.1 %</i>	DIFFERIN	2	PA
<i>adapalene external gel 0.1 %, 0.3 %</i>	DIFFERIN	2	PA
<i>adapalene external solution 0.1 %</i>		2	PA
AMNESTEEM ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 40 MG		2	
AVITA EXTERNAL CREAM 0.025 %		2	PA
AVITA EXTERNAL GEL 0.025 %		2	PA
<i>benzoyl peroxide-erythromycin external gel 5-3 %</i>	BENZAMYCIN	2	
CLARAVIS ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG		2	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

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

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>isotretinoin oral capsule 10 mg</i>		2	
<i>isotretinoin oral capsule 20 mg, 40 mg</i>		2	
<i>isotretinoin oral capsule 30 mg</i>		2	
MYORISAN ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG		2	
<i>tazarotene external cream 0.1 %</i>	TAZORAC	2	PA
TAZORAC EXTERNAL CREAM 0.05 %		4	PA
<i>tretinoin external cream 0.025 %</i>		2	PA
<i>tretinoin external cream 0.05 %, 0.1 %</i>	RETIN-A	2	PA
<i>tretinoin external gel 0.01 %</i>	RETIN-A	2	PA
<i>tretinoin external gel 0.025 %</i>		2	PA
ZENATANE ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG		2	
Agentes De Dermatitis Y Prurito			
<i>alclometasone dipropionate external cream 0.05 %</i>		2	
<i>alclometasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>		2	
<i>ammonium lactate external cream 12 %</i>		2	
<i>ammonium lactate external lotion 12 %</i>	AL12	2	
<i>betamethasone dipropionate aug external gel 0.05 %</i>		2	
<i>betamethasone dipropionate aug external lotion 0.05 %</i>		2	
<i>betamethasone dipropionate aug external ointment 0.05 %</i>	DIPROLENE	2	
<i>betamethasone dipropionate external cream 0.05 %</i>		2	
<i>betamethasone dipropionate external lotion 0.05 %</i>		2	
<i>betamethasone valerate external cream 0.1 %</i>		2	
<i>betamethasone valerate external lotion 0.1 %</i>		2	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>betamethasone valerate external ointment 0.1 %</i>		2	
<i>clobetasol propionate e external cream 0.05 %</i>		2	
<i>clobetasol propionate external cream 0.05 %</i>		2	
<i>clobetasol propionate external lotion 0.05 %</i>	CLOBEX	2	
<i>clobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>		2	
<i>clobetasol propionate external shampoo 0.05 %</i>	CLOBEX	2	
<i>desonide external cream 0.05 %</i>	DESOWEN	2	
<i>desonide external lotion 0.05 %</i>		2	
<i>desonide external ointment 0.05 %</i>		2	
<i>desoximetasone external cream 0.05 %, 0.25 %</i>	TOPICORT	2	
<i>desoximetasone external gel 0.05 %</i>	TOPICORT	2	
<i>desoximetasone external liquid 0.25 %</i>	TOPICORT SPRAY	2	
<i>desoximetasone external ointment 0.05 %, 0.25 %</i>	TOPICORT	2	
<i>doxepin hcl external cream 5 %</i>	PRUDOXIN	2	
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.01 %</i>		2	
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.025 %</i>	SYNALAR	2	
<i>fluocinolone acetonide external ointment 0.025 %</i>	SYNALAR	2	
<i>fluocinolone acetonide external solution 0.01 %</i>	SYNALAR	2	
<i>fluocinolone acetonide scalp external oil 0.01 %</i>	DERMA-SMOOTH/FS SCALP	2	
<i>fluocinonide emulsified base external cream 0.05 %</i>		2	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>fluocinonide external cream 0.05 %</i>		2	
<i>fluocinonide external cream 0.1 %</i>	VANOS	2	
<i>fluocinonide external gel 0.05 %</i>		2	
<i>fluocinonide external ointment 0.05 %</i>		2	
<i>fluocinonide external solution 0.05 %</i>		2	
<i>fluticasone propionate external cream 0.05 %</i>		2	
<i>fluticasone propionate external lotion 0.05 %</i>		2	
<i>fluticasone propionate external ointment 0.005 %</i>		2	
<i>halobetasol propionate external cream 0.05 %</i>		2	
<i>halobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>		2	
<i>hydrocortisone (perianal) external cream 2.5 %</i>	PROCTOSOL HC	1	
<i>hydrocortisone butyrate external cream 0.1 %</i>		2	
<i>hydrocortisone butyrate external ointment 0.1 %</i>		2	
<i>hydrocortisone butyrate external solution 0.1 %</i>		2	
<i>hydrocortisone external cream 1 %</i>		1	
<i>hydrocortisone external lotion 2.5 %</i>		2	
<i>hydrocortisone external ointment 1 %</i>		1	
<i>hydrocortisone external ointment 2.5 %</i>		1	
<i>hydrocortisone valerate external cream 0.2 %</i>		2	
<i>hydrocortisone valerate external ointment 0.2 %</i>		2	
HYFTOR EXTERNAL GEL 0.2 %		5	PA; LA; QL (30 GM per 30 days)
<i>mometasone furoate external cream 0.1 %</i>		2	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>mometasone furoate external ointment 0.1 %</i>		2	
<i>mometasone furoate external solution 0.1 %</i>		2	
PROCTO-PAK EXTERNAL CREAM 1 %		2	
PROCTOSOL HC EXTERNAL CREAM 2.5 %		2	
PROCTOZONE-HC EXTERNAL CREAM 2.5 %		2	
<i>selenium sulfide external lotion 2.5 %</i>		2	
<i>tacrolimus external ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	PROTOPIC	2	PA
<i>triamcinolone acetonide external cream 0.025 %</i>		2	
<i>triamcinolone acetonide external cream 0.1 %, 0.5 %</i>		2	
<i>triamcinolone acetonide external lotion 0.025 %, 0.1 %</i>		2	
<i>triamcinolone acetonide external ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>		2	
TRIDERM EXTERNAL CREAM 0.1 %		2	
Agentes Dermatológicos, Otros			
<i>calcipotriene external cream 0.005 %</i>	DOVONEX	2	
<i>calcipotriene external ointment 0.005 %</i>	CALCITRENE	2	
<i>calcipotriene external solution 0.005 %</i>		2	
<i>clotrimazole-betamethasone external cream 1-0.05 %</i>		1	
<i>fluorouracil external cream 0.5 %</i>	CARAC	5	
<i>fluorouracil external cream 5 %</i>	EFUDEX	2	
<i>fluorouracil external solution 2 %, 5 %</i>		2	
BD ALCOHOL SWABS 70 %		3	MT
<i>imiquimod external cream 5 %</i>		2	
<i>methoxsalen rapid oral capsule 10 mg</i>		5	PA

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>nystatin-triamcinolone external cream 100000-0.1 unit/gm-%</i>		2	
<i>nystatin-triamcinolone external ointment 100000-0.1 unit/gm-%</i>		2	
PANRETIN EXTERNAL GEL 0.1 %		5	PA
<i>podofilox external solution 0.5 %</i>		2	
REGRANEX EXTERNAL GEL 0.01 %		5	PA; QL (30 GM per 30 days)
SANTYL EXTERNAL OINTMENT 250 UNIT/GM		4	
<i>silver sulfadiazine external cream 1 %</i>		2	
SSD EXTERNAL CREAM 1 %		2	
Antiinfecciosos Tópicos			
<i>acyclovir external ointment 5 %</i>	ZOVIRAX	2	
<i>ciclopirox external gel 0.77 %</i>		2	
<i>ciclopirox external shampoo 1 %</i>	LOPROX	2	
<i>ciclopirox external solution 8 %</i>	CICLODAN	2	
<i>clindamycin phosphate external gel 1 %</i>	CLINDAGEL	2	
<i>clindamycin phosphate external lotion 1 %</i>	CLEOCIN-T	2	
<i>clindamycin phosphate external solution 1 %</i>		2	
<i>ery external pad 2 %</i>		2	
<i>erythromycin external gel 2 %</i>	ERYGEL	2	
<i>erythromycin external solution 2 %</i>		2	
<i>mupirocin calcium external cream 2 %</i>		2	
<i>mupirocin external ointment 2 %</i>	CENTANY	2	
SULFAMYLON EXTERNAL CREAM 85 MG/GM		4	
Pediculicidas / Escabicidas			
<i>lindane external shampoo 1 %</i>		2	
<i>malathion external lotion 0.5 %</i>	OVIDE	2	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>permethrin external cream 5 %</i>		2	
Agentes Gastrointestinales			
<i>Agentes Antidiarreicos</i>			
<i>alosetron hcl oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	LOTRONEX	5	PA
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5ml</i>		2	PA
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i>	LOMOTIL	2	PA
<i>loperamide hcl oral capsule 2 mg</i>	IMODIUM	2	
XERMELO ORAL TABLET 250 MG		5	PA; QL (90 EA per 30 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG, 550 MG		5	PA
<i>Agentes Anti-Estreñimiento</i>			
<i>constulose oral solution 10 gm/15ml</i>		2	
<i>enulose oral solution 10 gm/15ml</i>		2	
GAVILYTE-C ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 240 GM		1	
GAVILYTE-G ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 236 GM		1	
GAVILYTE-N WITH FLAVOR PACK ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 420 GM		1	
<i>generlac oral solution 10 gm/15ml</i>		2	
<i>lactulose oral solution 10 gm/15ml</i>		2	
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG		4	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>lubiprostone oral capsule 24 mcg, 8 mcg</i>	AMITIZA	2	QL (60 EA per 30 days)
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG		3	
NULYTELY LEMON-LIME ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 420 GM		3	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl oral solution reconstituted 420 gm</i>		1	
<i>peg-3350/electrolytes oral solution reconstituted 236 gm</i>		1	
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 12 MG/0.6ML, 12 MG/0.6ML (0.6ML SYRINGE), 8 MG/0.4ML		5	PA
Agentes Gastrointestinales, Otros			
GATTEX SUBCUTANEOUS KIT 5 MG		5	PA; LA
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5ml</i>		2	
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	REGLAN	1	
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>		2	MT
<i>ursodiol oral tablet 250 mg</i>	URSO 250	2	MT
<i>ursodiol oral tablet 500 mg</i>	URSO FORTE	2	MT
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG		5	PA
Antagonista Del Receptor De Histamina 2 (H2)			
<i>cimetidine hcl oral solution 300 mg/5ml</i>		2	
<i>cimetidine oral tablet 200 mg</i>	TAGAMET HB	2	
<i>cimetidine oral tablet 300 mg, 400 mg, 800 mg</i>		2	
<i>famotidine oral suspension reconstituted 40 mg/5ml</i>		2	
<i>famotidine oral tablet 20 mg</i>		1	
<i>famotidine oral tablet 40 mg</i>	PEPCID	1	
<i>nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg</i>		2	
<i>nizatidine oral solution 15 mg/ml</i>		2	
Antiespasmódicos, Gastrointestinal			
<i>dicyclomine hcl oral capsule 10 mg</i>		2	PA
<i>dicyclomine hcl oral solution 10 mg/5ml</i>		2	PA

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>dicyclomine hcl oral tablet 20 mg</i>		2	PA
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg</i>	ROBINUL	2	
<i>glycopyrrolate oral tablet 2 mg</i>	ROBINUL-FORTE	2	
<i>scopolamine transdermal patch 72 hour 1 mg/3days</i>	TRANSDERM-SCOP	2	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>		2	CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 40 mg</i>	NEXIUM	2	CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral packet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	NEXIUM	2	CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>lansoprazole oral capsule delayed release 15 mg</i>	PREVACID 24HR	1	CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>lansoprazole oral capsule delayed release 30 mg</i>	PREVACID	1	CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>omeprazole oral capsule delayed release 10 mg, 40 mg</i>		1	CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>omeprazole oral capsule delayed release 20 mg</i>		1	CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>pantoprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg</i>	PROTONIX	2	CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>pantoprazole sodium oral tablet delayed release 40 mg</i>	PROTONIX	2	CG; QL (180 EA per 30 days)
<i>Protectores</i>			
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i>	CYTOTEC	2	CG
<i>sucralfate oral suspension 1 gm/10ml</i>	CARAFATE	2	CG
<i>sucralfate oral tablet 1 gm</i>	CARAFATE	2	CG
<i>Agentes Genitourinarios</i>			
<i>Agentes Genitourinarios, Otros</i>			
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>		2	CG

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG		3	
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i>	DEPEN TITRATABS	5	
Agentes Hipertrófia Benigna De La Próstata			
<i>alfuzosin hcl er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	UROXATRAL	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	CARDURA	1	MT; CG
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i>	AVODART	2	MT; CG
<i>dutasteride-tamsulosin hcl oral capsule 0.5-0.4 mg</i>	JALYN	2	MT; CG
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	PROSCAR	2	MT; CG
<i>prazosin hcl oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	MINIPRESS	2	MT; CG
<i>silodosin oral capsule 4 mg, 8 mg</i>	RAPAFLO	2	MT; CG
<i>tamsulosin hcl oral capsule 0.4 mg</i>	FLOMAX	1	MT; CG
<i>terazosin hcl oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>		1	MT; CG
Antiespasmódicos, Urinarios			
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25 MG, 50 MG		4	ST; QL (30 EA per 30 days)
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	DITROPAN XL	2	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 15 mg</i>		2	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 5 mg</i>	DITROPAN XL	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5ml</i>		1	MT; CG
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>		1	MT; CG
<i>solifenacin succinate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	VESICARE	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>tolterodine tartrate er oral capsule extended release 24 hour 2 mg, 4 mg</i>	DETROL LA	2	QL (30 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>tolterodine tartrate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	DETROL	2	
<i>trospium chloride oral tablet 20 mg</i>		2	CG; 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>		2	
<i>betamethasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>		2	
<i>budesonide er oral tablet extended release 24 hour 9 mg</i>	UCERIS	5	QL (30 EA per 30 days)
<i>budesonide oral capsule delayed release particles 3 mg</i>		2	
<i>dexamethasone oral elixir 0.5 mg/5ml</i>		2	
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>		2	
<i>fludrocortisone acetate oral tablet 0.1 mg</i>		2	
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	CORTEF	2	
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg</i>	MEDROL	2	
<i>methylprednisolone oral tablet 32 mg</i>		2	
<i>methylprednisolone oral tablet therapy pack 4 mg</i>	MEDROL	2	
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5ml</i>		2	
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 10 mg/5ml, 20 mg/5ml, 25 mg/5ml</i>		2	
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 6.7 (5 base) mg/5ml</i>	PEDIAPRED	2	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
PREDNISONA INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML		4	
<i>prednisone oral solution 5 mg/5ml</i>		2	
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>		1	
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		2	MT; CG
APRI ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG		2	MT; CG
ARANELLE ORAL TABLET 0.5/1/0.5-35 MG-MCG		2	MT; CG
AUBRA EQ ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG		2	MT; CG
AVIANE ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG		2	MT; CG
BALZIVA ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG		2	MT; CG
<i>briellyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>		2	MT; CG
CRYSELLE-28 ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG		2	MT; CG
CYCLAFEM 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG		2	MT
CYCLAFEM 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG		2	MT
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i>		2	MT; CG

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.03 mg</i>		2	MT; CG
EMOQUETTE ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG		2	MT; CG
ENPRESSE-28 ORAL TABLET 50-30/75-40/ 125-30 MCG		2	MT; CG
ENSKYCE ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG		2	MT; CG
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg</i>		2	MT; CG
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>		2	MT
FALMINA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG		2	MT; CG
FYAVOLV ORAL TABLET 0.5-2.5 MG-MCG, 1-5 MG-MCG		2	PA; CG
INCASSIA ORAL TABLET 0.35 MG		2	MT; CG
INTROVALE ORAL TABLET 0.15-0.03 MG		2	MT; CG
ISIBLOOM ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG		2	MT; CG
JUNEL 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG		2	MT; CG
JUNEL 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG		2	MT; CG
JUNEL FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG		2	MT; CG
JUNEL FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG		2	MT; CG
KARIVA ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)		2	MT; CG
KELNOR 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG		2	MT; CG
KELNOR 1/50 ORAL TABLET 1-50 MG-MCG		2	MT; CG

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
KURVELO ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG		2	MT; CG
LARIN 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG		2	MT; CG
LARIN 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG		2	MT; CG
LARIN FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG		2	MT; CG
LARIN FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG		2	MT; CG
LEENA ORAL TABLET 0.5/1/0.5-35 MG-MCG		2	MT; CG
LESSINA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG		2	MT; CG
LEVONEST ORAL TABLET 50-30/75-40/ 125-30 MCG		2	MT; CG
<i>levonorgest-eth estrad 91-day oral tablet 0.15-0.03 mg</i>		2	MT; CG
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>		2	MT; CG
LEVORA 0.15/30 (28) ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG		2	MT; CG
LORYNA ORAL TABLET 3-0.02 MG		2	MT; CG
LOW-OGESTREL ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG		2	MT; CG
LUTERA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG		2	MT; CG
<i>marlissa oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>		2	MT; CG
MICROGESTIN 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG		2	MT; CG
MICROGESTIN 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG		2	MT; CG
MICROGESTIN 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG		2	MT; CG

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
MICROGESTIN FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG		2	MT; CG
MICROGESTIN FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG		2	MT; CG
NECON 0.5/35 (28) ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG		2	MT; CG
NIKKI ORAL TABLET 3-0.02 MG		2	MT; CG
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral tablet 1-20 mg-mcg</i>		2	MT; CG
NORTREL 0.5/35 (28) ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG		2	MT; CG
NORTREL 1/35 (21) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG		2	MT; CG
NORTREL 1/35 (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG		2	MT; CG
NORTREL 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG		2	MT; CG
NYLIA 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG		2	MT; CG
NYLIA 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG		2	MT; CG
OCELLA ORAL TABLET 3-0.03 MG		2	MT; CG
ORSYTHIA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG		2	MT
PIMTREA ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)		2	MT; CG
PIRMELLA 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG		2	MT; CG
PORTIA-28 ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG		2	MT; CG
PREMPRO ORAL TABLET 0.3-1.5 MG, 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG		3	PA
PREVIFEM ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG		2	MT

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
RECLIPSEN ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG		2	MT; CG
SHAROBEL ORAL TABLET 0.35 MG		2	MT; CG
SPRINTEC 28 ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG		2	MT; CG
SRONYX ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG		2	MT; CG
TARINA FE 1/20 EQ ORAL TABLET 1-20 MG-MCG		2	MT; CG
TILIA FE ORAL TABLET 1-20/1-30/1-35 MG-MCG		2	MT; CG
TRI-LEGEST FE ORAL TABLET 1-20/1-30/1-35 MG-MCG		2	MT; CG
TRI-SPRINTEC ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG		2	MT; CG
TRIVORA (28) ORAL TABLET 50-30/75-40/ 125-30 MCG		2	MT; CG
VELIVET ORAL TABLET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG		2	MT; CG
VYFEMLA ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG		2	MT; CG
ZOVIA 1/35 (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG		2	MT; CG
Agentes Modificadores Del Receptor Selectivo De Estrógeno			
OSPHENA ORAL TABLET 60 MG		4	MT
<i>raloxifene hcl oral tablet 60 mg</i>	EVISTA	2	MT; CG
Andrógenos			
ANDRODERM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 2 MG/24HR, 4 MG/24HR		4	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>		2	
<i>testosterone cypionate intramuscular solution 100 mg/ml, 200 mg/ml</i>	DEPO-TESTOSTERONE	2	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>testosterone enanthate intramuscular solution 200 mg/ml</i>		2	
<i>testosterone transdermal gel 12.5 mg/act (1%)</i>	VOGELXO PUMP	2	PA; MT; QL (300 GM per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel 20.25 mg/act (1.62%)</i>	ANDROGEL PUMP	2	PA; MT; QL (150 GM per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel 25 mg/2.5gm (1%)</i>	ANDROGEL	2	PA; MT; QL (300 GM per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel 50 mg/5gm (1%)</i>	TESTIM	2	PA; MT; QL (300 GM per 30 days)
Esteroides Anabólicos			
<i>oxandrolone oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>		2	PA; QL (60 EA per 30 days)
Estrógenos			
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	ESTRACE	2	PA
<i>estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24hr, 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr, 0.06 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr</i>	CLIMARA	2	PA
<i>estradiol vaginal cream 0.1 mg/gm</i>	ESTRACE	2	
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i>	VAGIFEM	2	
<i>estradiol valerate intramuscular oil 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	DELESTROGEN	2	
MENEST ORAL TABLET 0.3 MG, 0.625 MG, 1.25 MG		2	PA
PREMARIN ORAL TABLET 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG		3	PA
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GM		3	
Progestina			
CAMILA ORAL TABLET 0.35 MG		2	MT; CG
DEBLITANE ORAL TABLET 0.35 MG		2	MT; CG
ERRIN ORAL TABLET 0.35 MG		2	MT; CG
LYLEQ ORAL TABLET 0.35 MG		2	MT; CG

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
LYZA ORAL TABLET 0.35 MG		2	MT; CG
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension 150 mg/ml</i>	DEPO-PROVERA	2	QL (1 ML per 90 days)
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension prefilled syringe 150 mg/ml</i>	DEPO-PROVERA	2	QL (1 ML per 90 days)
<i>medroxyprogesterone acetate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	PROVERA	1	MT; CG
<i>megestrol acetate oral suspension 40 mg/ml</i>		2	PA
<i>megestrol acetate oral suspension 625 mg/5ml</i>		2	PA; MT
<i>megestrol acetate oral tablet 20 mg, 40 mg</i>		2	PA
NORA-BE ORAL TABLET 0.35 MG		2	MT; CG
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i>	AYGESTIN	2	MT; CG
<i>norethindrone oral tablet 0.35 mg</i>		2	MT; CG
<i>progesterone oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	PROMETRIUM	1	MT; CG
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Pituitaria)			
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Pituitaria)			
<i>desmopressin acetate oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i>	DDAVP	2	MT; CG
<i>desmopressin acetate spray nasal solution 0.01 %</i>		2	MT
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/4ML		5	PA; LA
NORDITROPIN FLEXPPO SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 10 MG/1.5ML, 15 MG/1.5ML, 5 MG/1.5ML		5	PA

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Prostaglandinas)			
<i>Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Prostaglandinas)</i>			
<i>misoprostol oral tablet 200 mcg</i>	CYTOTEC	2	CG
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Tiroides)			
<i>Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Tiroides)</i>			
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		1	MT; CG
LEVO-T ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG		1	MT; CG
<i>levothyroxine sodium oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>		1	MT; CG
<i>levothyroxine sodium oral tablet 300 mcg</i>		1	MT; CG
LEVOXYL ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG		2	MT; CG
<i>liothyronine sodium oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i>	CYTOMEL	2	MT; CG

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
SYNTHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG		3	MT
UNITHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG		2	MT; CG
Agentes Hormonales, Supresores (Adrenal)			
<i>Agentes Hormonales, Supresores (Adrenal)</i>			
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG		5	
Agentes Hormonales, Supresores (Pituitaria)			
<i>Agentes Hormonales, Supresores (Pituitaria)</i>			
<i>bromocriptine mesylate oral capsule 5 mg</i>	PARLODEL	2	MT; CG
<i>bromocriptine mesylate oral tablet 2.5 mg</i>	PARLODEL	2	MT; CG
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>		2	QL (20 EA per 30 days)
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 22.5 MG, 30 MG, 45 MG, 7.5 MG		4	PA; MT
<i>leuprolide acetate injection kit 1 mg/0.2ml</i>		2	PA
LUPANETA PACK COMBINATION KIT 11.25 & 5 MG		5	PA; QL (1 EA per 84 days)
LUPANETA PACK COMBINATION KIT 3.75 & 5 MG		5	PA; QL (1 EA per 28 days)
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 3.75 MG, 7.5 MG		5	PA
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 22.5 MG		5	PA

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
LUPRON DEPOT (4-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 30 MG		5	PA
LUPRON DEPOT (6-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 45 MG		5	PA
<i>octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 50 mcg/ml</i>	SANDOSTATIN	2	PA
<i>octreotide acetate injection solution 1000 mcg/ml</i>		5	PA
<i>octreotide acetate injection solution 200 mcg/ml</i>		2	PA
<i>octreotide acetate injection solution 500 mcg/ml</i>	SANDOSTATIN	5	PA
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML, 0.6 MG/ML, 0.9 MG/ML		5	PA; LA
SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG		5	PA; LA
SYNAREL NASAL SOLUTION 2 MG/ML		5	PA
TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 11.25 MG, 22.5 MG, 3.75 MG		5	PA
Agentes Hormonales, Supresores (Tiroides)			
<i>Agentes Antitiroides</i>			
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		2	MT; CG
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>		2	MT; CG
Agentes Inmunológicos			
<i>Agentes Inmunológicos, Otros</i>			
ARCALYST SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 220 MG		5	PA

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 200 MG/1.14ML		5	PA; QL (4.56 ML per 28 days)
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 MG/2ML		5	PA; QL (8 ML per 28 days)
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/0.67ML		5	PA; QL (1.34 ML per 28 days)
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/1.14ML		5	PA; QL (4.56 ML per 28 days)
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MG/2ML		5	PA; QL (8 ML per 28 days)
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	ARAVA	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 15 MG, 45 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>rinvoq oral tablet extended release 24 hour 30 mg</i>		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
SKYRIZI (150 MG DOSE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 75 MG/0.83ML		5	PA; QL (7 EA per 365 days)
SKYRIZI PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML		5	PA; QL (6 ML per 365 days)
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 360 MG/2.4ML		5	PA; QL (21 ML per 365 days)
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML		5	PA; QL (6 ML per 365 days)
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5ML		5	PA; QL (1 ML per 28 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML		5	PA; QL (1 ML per 28 days)
TALTZ SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 80 MG/ML		5	PA; QL (4 ML per 28 days)
TALTZ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 80 MG/ML		5	PA; QL (4 ML per 28 days)
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG		5	PA; QL (60 EA per 30 days)
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 11 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML		5	PA; LA; QL (8 ML per 28 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 75 MG/0.5ML		5	PA; LA; QL (1 ML per 28 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG		5	PA; LA; QL (6 EA per 28 days)
Agentes Para Angioedema			
<i>icatibant acetate subcutaneous solution 30 mg/3ml</i>	SAJAZIR	5	PA; QL (18 ML per 30 days)
SAJAZIR SUBCUTANEOUS SOLUTION 30 MG/3ML		5	PA; QL (18 ML per 30 days)
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MG/2ML		5	PA
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MG/2ML		5	PA
Inmunostimulantes			
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 2000000 UNIT/0.5ML		5	PA; LA
BESREMI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 500 MCG/ML		5	PA; QL (2 ML per 28 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
INTRON A INJECTION SOLUTION 10000000 UNIT/ML, 6000000 UNIT/ML		5	PA
INTRON A INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10000000 UNIT, 18000000 UNIT, 50000000 UNIT		5	PA
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML		5	PA
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 180 MCG/0.5ML		5	PA
Inmunoglobulinas			
BIVIGAM INTRAVENOUS SOLUTION 5 GM/50ML		5	PA
GAMMAGARD INJECTION SOLUTION 2.5 GM/25ML		5	PA
GAMMAGARD S/D LESS IGA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 GM, 5 GM		5	PA
GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 20 GM/200ML, 5 GM/50ML		5	PA
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML		5	PA
PRIVIGEN INTRAVENOUS SOLUTION 20 GM/200ML		5	PA
Inmunosupresores			
azathioprine oral tablet 100 mg, 75 mg	AZASAN	2	PA; MT; CG
azathioprine oral tablet 50 mg	IMURAN	2	PA; MT; CG
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/ML		5	PA
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/ML		5	PA

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

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

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML		5	PA; QL (6 EA per 28 days)
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML		5	PA; QL (3 EA per 28 days)
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML		5	PA; QL (6 EA per 30 days)
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML		5	PA; QL (3 EA per 28 days)
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC START SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML		5	PA; QL (4 EA per 28 days)
HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS START SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML		5	PA; QL (4 EA per 28 days)
HUMIRA PEN-PSOR/UEIT STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML		5	PA; QL (3 EA per 28 days)
HUMIRA SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 10 MG/0.1ML, 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML		5	PA; QL (6 EA per 28 days)
HUMIRA SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 20 MG/0.2ML		5	PA; QL (12 EA per 28 days)
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>		2	MT; CG
<i>methotrexate oral tablet 2.5 mg</i>		2	PA; MT; CG
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 50 mg/2ml</i>		2	PA
<i>methotrexate sodium injection solution 50 mg/2ml</i>		2	PA
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i>	CELLCEPT	2	PA; MT; CG

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>mycophenolate mofetil oral suspension reconstituted 200 mg/ml</i>	CELLCEPT	5	PA
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i>	CELLCEPT	2	PA; MT; CG
<i>mycophenolate sodium oral tablet delayed release 180 mg, 360 mg</i>	MYFORTIC	2	PA; MT; CG
NEORAL ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG		3	PA; MT
NEORAL ORAL SOLUTION 100 MG/ML		3	PA; MT
PROGRAF ORAL PACKET 0.2 MG, 1 MG		4	PA; MT
RESTASIS MULTIDOSE OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %		3	MT; QL (5.5 ML per 30 days)
RESTASIS OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %		3	MT; QL (60 EA per 30 days)
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
SANDIMMUNE ORAL SOLUTION 100 MG/ML		3	PA; MT
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i>	RAPAMUNE	5	PA
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	RAPAMUNE	2	PA; MT; CG
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i>	PROGRAF	2	PA; MT; CG
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML		4	PA; MT
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 22 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>Vacunas</i>			
ACTHIB INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED		3	
ADACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2-15.5 (PREFILLED SYRINGE), 5-2-15.5 LF-MCG/0.5		3	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>bcg vaccine injection solution reconstituted 50 mg</i>		3	
BEXSERO INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE		3	
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5		3	
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5		3	
DAPTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 23-15-5		3	
<i>diphtheria-tetanus toxoids dt intramuscular suspension 25-5 lfu/0.5ml</i>		3	PA
ENGRIX-B INJECTION SUSPENSION 20 MCG/ML		3	PA
ENGRIX-B INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/0.5ML, 20 MCG/ML		3	PA
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION		3	
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE		3	
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1440 EL U/ML, 720 EL U/0.5ML		3	
HIBERIX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10 MCG		3	
IMOVAX RABIES INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 2.5 UNIT/ML		3	
INFANRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25-58-10		3	
IPOL INJECTION INJECTABLE		3	
IXIARO INTRAMUSCULAR SUSPENSION		3	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

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

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML		3	PA
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML		3	PA
ROTARIX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED		3	
ROTATEQ ORAL SOLUTION		3	
SHINGRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MCG/0.5ML		3	
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF/0.5ML		3	PA
TENIVAC INTRAMUSCULAR INJECTABLE 5-2 LFU, 5-2 LFU (INJECTION)		3	PA
TICOVAC INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1.2 MCG/0.25ML, 2.4 MCG/0.5ML		3	
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE		3	
TWINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 720-20 ELU-MCG/ML		3	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5ML		3	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MCG/0.5ML		3	
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5ML, 25 UNIT/0.5ML 0.5 ML, 50 UNIT/ML, 50 UNIT/ML 1 ML		3	
VARIVAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE 1350 PFU/0.5ML		3	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
VARIZIG INTRAMUSCULAR SOLUTION 125 UNIT/1.2ML		3	
YF-VAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE , (2.5 ML IN 1 VIAL, MULTI-DOSE)		3	
Agentes Oftálmicos			
Agentes Oftálmicos De Bloqueo Beta-Adrenérgicos			
<i>betaxolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>		2	MT; CG
BETOPTIC-S OPHTHALMIC SUSPENSION 0.25 %		3	MT
<i>carteolol hcl ophthalmic solution 1 %</i>		2	MT; CG
<i>levobunolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>		2	MT; CG
<i>timolol maleate ophthalmic gel forming solution 0.25 %, 0.5 %</i>	TIMOPTIC-XE	2	MT; CG
<i>timolol maleate ophthalmic solution 0.25 %, 0.5 %</i>	TIMOPTIC	1	MT; CG
Agentes Oftálmicos Para Alergia			
<i>azelastine hcl ophthalmic solution 0.05 %</i>		2	
BEPREVE OPHTHALMIC SOLUTION 1.5 %		3	
<i>cromolyn sodium ophthalmic solution 4 %</i>		1	
LASTACRAFT OPHTHALMIC SOLUTION 0.25 %		4	
<i>olopatadine hcl ophthalmic solution 0.1 %, 0.2 %</i>	PATADAY	2	
Agentes Oftálmicos Para Bajar La Presión Intraocular, Otros			
<i>acetazolamide er oral capsule extended release 12 hour 500 mg</i>		2	MT; CG
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>		2	MT; CG
ALPHAGAN P OPHTHALMIC SOLUTION 0.1 %		3	MT

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.15 %</i>	ALPHAGAN P	2	MT
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.2 %</i>		2	MT; CG
<i>brinzolamide ophthalmic suspension 1 %</i>	AZOPT	2	MT; CG
COMBIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.2-0.5 %		3	MT
<i>dorzolamide hcl ophthalmic solution 2 %</i>	TRUSOPT	2	MT; CG
<i>methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>		2	MT; CG
<i>pilocarpine hcl ophthalmic solution 1 %, 2 %, 4 %</i>		2	MT
RHOPRESSA OPHTHALMIC SOLUTION 0.02 %		4	MT
SIMBRINZA OPHTHALMIC SUSPENSION 1-0.2 %		3	MT
<i>Agentes Oftálmicos Para La Inflamación</i>			
ALREX OPHTHALMIC SUSPENSION 0.2 %		3	
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution 0.1 %</i>		2	
<i>diclofenac sodium ophthalmic solution 0.1 %</i>		2	
DUREZOL OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %		3	
<i>fluorometholone ophthalmic suspension 0.1 %</i>	FML LIQUIFILM	2	
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic solution 0.03 %</i>		2	
FML OPHTHALMIC OINTMENT 0.1 %		3	
ILEVRO OPHTHALMIC SUSPENSION 0.3 %		3	
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.4 %</i>	ACULAR LS	2	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.5 %</i>	ACULAR	2	
LOTEMAX OPHTHALMIC GEL 0.5 %		3	
LOTEMAX SM OPHTHALMIC GEL 0.38 %		3	
<i>loteprednol etabonate ophthalmic suspension 0.5 %</i>	LOTEMAX	2	
MAXIDEX OPHTHALMIC SUSPENSION 0.1 %		3	
<i>prednisolone acetate ophthalmic suspension 1 %</i>	PRED FORTE	2	
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic solution 1 %</i>		2	
XIIDRA OPHTHALMIC SOLUTION 5 %		3	QL (60 EA per 30 days)
Agentes Oftálmicos, Otros			
<i>atropine sulfate ophthalmic solution 1 %</i>	ISOPTO ATROPINE	3	
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc ophthalmic ointment 1 %</i>	NEO-POLYCIN HC	2	
BLEPHAMIDE S.O.P. OPHTHALMIC OINTMENT 10-0.2 %		4	
CYSTARAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.44 %		5	LA; QL (60 ML per 30 days)
<i>dorzolamide hcl-timolol mal ophthalmic solution 22.3-6.8 mg/ml</i>	COSOPT	2	MT; CG
<i>dorzolamide hcl-timolol mal pf ophthalmic solution 2-0.5 %</i>	COSOPT PF	2	MT; CG
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic ointment 3.5-10000-0.1</i>	MAXITROL	2	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic suspension 3.5-10000-0.1</i>	MAXITROL	2	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic solution 1.75-10000-.025</i>		2	
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic suspension 3.5-10000-1</i>		2	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>polymyxin b-trimethoprim ophthalmic solution 10000-0.1 unit/ml-%</i>	POLYTRIM	2	
<i>proparacaine hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	ALCAINE	2	
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution 10-0.23 %</i>		2	
TOBRADEX OPHTHALMIC OINTMENT 0.3-0.1 %		3	
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic suspension 0.3-0.1 %</i>	TOBRADEX	2	
Antiinfecciosos Oftálmicos			
AZASITE OPHTHALMIC SOLUTION 1 %		4	
<i>bacitracin ophthalmic ointment 500 unit/gm</i>		2	
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment 500-10000 unit/gm</i>	POLYCIN	2	
CILOXAN OPHTHALMIC OINTMENT 0.3 %		3	
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic solution 0.3 %</i>		1	
<i>erythromycin ophthalmic ointment 5 mg/gm</i>		2	
<i>gatifloxacin ophthalmic solution 0.5 %</i>	ZYMAXID	2	
GENTAK OPHTHALMIC OINTMENT 0.3 %		2	
<i>gentamicin sulfate ophthalmic solution 0.3 %</i>		2	
<i>moxifloxacin hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	VIGAMOX	2	
NATACYN OPHTHALMIC SUSPENSION 5 %		4	
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx ophthalmic ointment 5-400-10000</i>	NEO-POLYCIN	2	
<i>ofloxacin ophthalmic solution 0.3 %</i>	OCUFLOX	2	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic ointment 10 %</i>		2	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic solution 10 %</i>		2	
<i>tobramycin ophthalmic solution 0.3 %</i>		1	
TOBREX OPHTHALMIC OINTMENT 0.3 %		3	
<i>trifluridine ophthalmic solution 1 %</i>		2	
ZIRGAN OPHTHALMIC GEL 0.15 %		4	
Prostaglandinas Oftálmicas Y Análogos De Prostanida			
<i>bimatoprost ophthalmic solution 0.03 %</i>		2	MT; CG; QL (5 ML per 30 days)
<i>latanoprost ophthalmic solution 0.005 %</i>	XALATAN	1	MT; CG; QL (2.5 ML per 25 days)
LUMIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.01 %		3	MT; QL (2.5 ML per 25 days)
RHOPRESSA OPHTHALMIC SOLUTION 0.02 %		4	MT
<i>travoprost (bak free) ophthalmic solution 0.004 %</i>	TRAVATAN Z	2	MT; CG; QL (2.5 ML per 25 days)
Agentes Orales Y Dentales			
Agentes Orales Y Dentales			
<i>cevimeline hcl oral capsule 30 mg</i>	EVOXAC	2	
<i>chlorhexidine gluconate mouth/throat solution 0.12 %</i>		1	
PERIOGARD MOUTH/THROAT SOLUTION 0.12 %		1	
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	SALAGEN	2	
<i>triamcinolone acetate mouth/throat paste 0.1 %</i>	ORALONE	2	
Agentes Oóticos			
Agentes Oóticos			

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>acetic acid otic solution 2 %</i>		2	
<i>ciprofloxacin hcl otic solution 0.2 %</i>	CETRAXAL	2	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic suspension 0.3-0.1 %</i>	CIPRODEX	2	
FLAC OTIC OIL 0.01 %		2	
<i>fluocinolone acetonide otic oil 0.01 %</i>		2	
<i>hydrocortisone-acetic acid otic solution 1-2 %</i>	ACETASOL HC	2	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic solution 1 %</i>		2	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic suspension 3.5-10000-1</i>		2	
<i>ofloxacin otic solution 0.3 %</i>		2	

Agentes Para El Desorden Del Sueño

Agentes Promotores De La Vigilia

<i>armodafinil oral tablet 150 mg</i>	NUVIGIL	2	PA; CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>armodafinil oral tablet 200 mg, 250 mg</i>	NUVIGIL	2	PA; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>armodafinil oral tablet 50 mg</i>	NUVIGIL	2	PA; CG; QL (150 EA per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	PROVIGIL	2	PA; CG; QL (30 EA per 30 days)
XYREM ORAL SOLUTION 500 MG/ML		5	PA; LA; QL (540 ML per 30 days)

Agentes Promotores Del Sueño

<i>doxepin hcl oral tablet 3 mg, 6 mg</i>	SILENOR	2	CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>estazolam oral tablet 1 mg, 2 mg</i>		1	CG; QL (30 EA per 30 days)
HETLIOZ ORAL CAPSULE 20 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
<i>ramelteon oral tablet 8 mg</i>	ROZEREM	2	CG; QL (30 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 22.5 mg, 30 mg, 7.5 mg</i>	RESTORIL	2	CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg</i>		2	PA; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>zolpidem tartrate er oral tablet extended release 12.5 mg, 6.25 mg</i>	AMBIEN CR	2	PA; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>zolpidem tartrate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	AMBIEN	2	PA; CG; 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>		1	
<i>naloxone hcl injection solution cartridge 0.4 mg/ml</i>		1	
<i>naloxone hcl injection solution prefilled syringe 2 mg/2ml</i>		1	
NARCAN NASAL LIQUID 4 MG/0.1ML		3	
Agentes Para Sesación De Fumar			
<i>bupropion hcl er (smoking det) oral tablet extended release 12 hour 150 mg</i>		2	
NICOTROL INHALATION INHALER 10 MG		3	
NICOTROL NS NASAL SOLUTION 10 MG/ML		3	
<i>varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>		2	QL (60 EA per 30 days)
<i>varenicline tartrate oral tablet therapy pack 0.5 mg x 11 & 1 mg x 42</i>		2	
Dependencia De Opioides			
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg</i>		1	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 8 mg</i>		1	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	1	QL (60 EA per 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 8-2 mg</i>	SUBOXONE	1	QL (90 EA per 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 2-0.5 mg</i>		1	QL (120 EA per 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 8-2 mg</i>		1	QL (90 EA per 30 days)
<i>naltrexone hcl oral tablet 50 mg</i>		2	
Disuadores De Alcohol / Medicamentos Para Controlar El Deseo			
<i>acamprosate calcium oral tablet delayed release 333 mg</i>		2	
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		2	
<i>naltrexone hcl oral tablet 50 mg</i>		2	
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>		2	
<i>dantrolene sodium oral capsule 100 mg, 50 mg</i>		2	
<i>dantrolene sodium oral capsule 25 mg</i>	DANTRIUM	2	
<i>tizanidine hcl oral capsule 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	ZANAFLEX	2	
<i>tizanidine hcl oral tablet 2 mg</i>		2	
<i>tizanidine hcl oral tablet 4 mg</i>	ZANAFLEX	2	
Agentes Para El Tratamiento De La Migraña			

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>Agentes Para El Tratamiento De La Migraña</i>			
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG		5	PA; QL (16 EA per 30 days)
<i>Agonista Del Receptor De Serotonina (5-Ht)</i>			
<i>eletriptan hydrobromide oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	RELPAK	2	QL (9 EA per 30 days)
<i>naratriptan hcl oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>		2	QL (12 EA per 28 days)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet 10 mg</i>	MAXALT	2	QL (18 EA per 28 days)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet 5 mg</i>		2	QL (18 EA per 28 days)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet dispersible 10 mg</i>	MAXALT-MLT	2	QL (18 EA per 28 days)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet dispersible 5 mg</i>		2	QL (18 EA per 28 days)
<i>sumatriptan nasal solution 20 mg/act</i>	IMITREX	2	QL (12 EA per 28 days)
<i>sumatriptan nasal solution 5 mg/act</i>	IMITREX	2	QL (24 EA per 28 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	IMITREX	2	QL (9 EA per 28 days)
<i>sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge 4 mg/0.5ml</i>	IMITREX STATDOSE REFILL	2	QL (9 ML per 28 days)
<i>sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge 6 mg/0.5ml</i>	IMITREX STATDOSE REFILL	2	QL (6 ML per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5ml</i>		2	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	2	QL (6 ML per 28 days)
<i>zolmitriptan oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	ZOMIG	2	QL (12 EA per 28 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>zolmitriptan oral tablet dispersible 2.5 mg, 5 mg</i>		2	QL (12 EA per 28 days)
<i>Alcaloides De Ergotamina</i>			
<i>dihydroergotamine mesylate nasal solution 4 mg/ml</i>	MIGRANAL	2	
MIGERGOT RECTAL SUPPOSITORY 2-100 MG		5	
<i>Profilácticos</i>			
AIMOVIG SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML		4	PA; QL (1 ML per 30 days)
AIMOVIG SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 70 MG/ML		4	PA; QL (2 ML per 30 days)
<i>divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 500 mg</i>	DEPAKOTE ER	2	MT; CG
<i>divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle 125 mg</i>	DEPAKOTE SPRINKLES	2	MT; CG
<i>divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	DEPAKOTE	2	MT; CG
EMGALITY (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML		3	PA; QL (3 ML per 30 days)
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 120 MG/ML		3	PA; QL (2 ML per 30 days)
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 120 MG/ML		3	PA; QL (2 ML per 30 days)
EPRONTIA ORAL SOLUTION 25 MG/ML		4	PA; MT; QL (473 ML per 30 days)
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>		2	MT; CG
<i>topiramate er oral capsule er 24 hour sprinkle 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	QUDEXY XR	2	MT; CG

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>topiramate oral capsule sprinkle 15 mg, 25 mg</i>	TOPAMAX SPRINKLE	2	MT; CG
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	TOPAMAX	2	MT; CG
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>		2	MT; CG
<i>valproic acid oral solution 250 mg/5ml</i>		2	MT; CG
Agentes Para El Tratamiento De Parkinson			
Agentes Para El Tratamiento De Parkinson, Otros			
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>		2	MT; CG
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>		2	MT; CG
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 12.5-50-200 mg</i>	STALEVO 50	2	MT; CG
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 18.75-75-200 mg</i>	STALEVO 75	2	MT; CG
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 25-100-200 mg</i>	STALEVO 100	2	MT; CG
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 31.25-125-200 mg</i>	STALEVO 125	2	MT; CG
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 37.5-150-200 mg</i>	STALEVO 150	2	MT; CG
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 50-200-200 mg</i>	STALEVO 200	2	MT; CG
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i>	COMTAN	2	MT; CG
Antagonistas De Dopamina			
APOKYN SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 30 MG/3ML		5	LA
<i>apomorphine hcl subcutaneous solution cartridge 30 mg/3ml</i>	APOKYN	5	
<i>bromocriptine mesylate oral capsule 5 mg</i>	PARLODEL	2	MT; CG
<i>bromocriptine mesylate oral tablet 2.5 mg</i>	PARLODEL	2	MT; CG

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
NEUPRO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 1 MG/24HR, 2 MG/24HR, 3 MG/24HR, 4 MG/24HR, 6 MG/24HR, 8 MG/24HR		4	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>pramipexole dihydrochloride er oral tablet extended release 24 hour 0.375 mg, 0.75 mg, 1.5 mg, 2.25 mg, 3 mg, 3.75 mg, 4.5 mg</i>	MIRAPEX ER	2	MT; CG
<i>pramipexole dihydrochloride oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i>		2	MT; CG
<i>ropinirole hcl er oral tablet extended release 24 hour 12 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg</i>		2	MT; CG
<i>ropinirole hcl oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>		2	MT; CG
Anticolinérgicos			
<i>benztropine mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>		2	PA; CG
<i>trihexyphenidyl hcl oral solution 0.4 mg/ml</i>		2	PA; CG
<i>trihexyphenidyl hcl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>		2	PA; CG
Inhibidores De Monoamino Oxidasa B (Mao-B)			
<i>rasagiline mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	AZILECT	2	MT; CG
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>		2	MT; CG
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>		2	MT; CG
Precursores De Dopamina Y / O Inhibidores De La Descarboxilasa De L-Aminoácidos			
<i>carbidopa-levodopa er oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>		2	MT; CG
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg</i>	SINEMET	2	MT; CG
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 25-100 mg</i>		2	MT; CG

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 25-250 mg</i>		2	MT; CG
<i>carbidopa-levodopa oral tablet dispersible 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>		2	MT; CG
INBRIJA INHALATION CAPSULE 42 MG		5	PA; LA
RYTARY ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 23.75-95 MG, 36.25-145 MG, 48.75-195 MG, 61.25-245 MG		4	ST; MT
Agentes Para La Enfermedad Inflamatoria Intestinal			
<i>Aminosalicilatos</i>			
<i>balsalazide disodium oral capsule 750 mg</i>	COLAZAL	2	
DIPENTUM ORAL CAPSULE 250 MG		5	
<i>mesalamine er oral capsule extended release 24 hour 0.375 gm</i>	APRISO	2	
<i>mesalamine oral capsule delayed release 400 mg</i>	DELZICOL	2	
<i>mesalamine oral tablet delayed release 1.2 gm</i>	LIALDA	2	
<i>mesalamine oral tablet delayed release 800 mg</i>	ASACOL HD	2	
<i>mesalamine rectal enema 4 gm</i>		2	
<i>mesalamine rectal suppository 1000 mg</i>	CANASA	2	
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	AZULFIDINE	2	MT
<i>sulfasalazine oral tablet delayed release 500 mg</i>	AZULFIDINE EN-TABS	2	MT
<i>Glucocorticoides</i>			
<i>budesonide er oral tablet extended release 24 hour 9 mg</i>	UCERIS	5	QL (30 EA per 30 days)
<i>budesonide oral capsule delayed release particles 3 mg</i>		2	
<i>dexamethasone oral elixir 0.5 mg/5ml</i>		2	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

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

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>alendronate sodium oral tablet 10 mg</i>		1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>alendronate sodium oral tablet 35 mg</i>		1	MT; CG; QL (4 EA per 28 days)
<i>alendronate sodium oral tablet 70 mg</i>	FOSAMAX	1	MT; CG; QL (4 EA per 28 days)
<i>calcitonin (salmon) nasal solution 200 unit/act</i>		2	MT; CG
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i>	ROCALTROL	2	MT; CG
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i>	ROCALTROL	2	PA; MT; CG
<i>cinacalcet hcl oral tablet 30 mg</i>	SENSIPAR	2	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>cinacalcet hcl oral tablet 60 mg</i>	SENSIPAR	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>cinacalcet hcl oral tablet 90 mg</i>	SENSIPAR	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
FORTEO SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 600 MCG/2.4ML		5	PA; QL (2.4 ML per 28 days)
<i>ibandronate sodium oral tablet 150 mg</i>		2	MT; CG; QL (1 EA per 28 days)
NATPARA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG		5	PA; QL (2 EA per 28 days)
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg</i>	ZEMPLAR	2	PA; MT; CG
<i>paricalcitol oral capsule 4 mcg</i>		2	PA; MT; CG
PROLIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 60 MG/ML		4	PA; QL (1 ML per 180 days)
<i>risedronate sodium oral tablet 150 mg</i>	ACTONEL	2	MT; CG; QL (1 EA per 28 days)
<i>risedronate sodium oral tablet 35 mg</i>	ACTONEL	2	MT; CG; QL (4 EA per 28 days)
<i>risedronate sodium oral tablet delayed release 35 mg</i>	ATELVIA	2	MT; CG; QL (4 EA per 28 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
TYMLOS SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 3120 MCG/1.56ML		5	PA; QL (1.56 ML per 30 days)
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7ML		5	PA; QL (1.7 ML per 28 days)
Agentes Pulmonares/ Tracto Respiratorio			
<i>Agentes Del Tracto Respiratorio, Otros</i>			
<i>acetylcysteine inhalation solution 10 %, 20 %</i>		2	PA
ADVAIR DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-50 MCG/ACT, 250-50 MCG/ACT, 500-50 MCG/ACT		3	MT; QL (60 EA per 30 days)
ADVAIR HFA INHALATION AEROSOL 115-21 MCG/ACT, 230-21 MCG/ACT, 45-21 MCG/ACT		3	MT; QL (12 GM per 30 days)
ANORO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5-25 MCG/ACT		3	MT; QL (60 EA per 30 days)
STIOLTO RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 2.5-2.5 MCG/ACT		3	MT; QL (4 GM per 30 days)
SYMBICORT INHALATION AEROSOL 160-4.5 MCG/ACT, 80-4.5 MCG/ACT		3	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		3	MT; QL (60 EA per 30 days)
<i>Agentes Para Fibrosis Cística</i>			
CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED 75 MG		5	PA; LA
KALYDECO ORAL PACKET 25 MG, 50 MG, 75 MG		5	PA; QL (60 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

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

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG		5	PA; QL (60 EA per 30 days)
ORKAMBI ORAL PACKET 100-125 MG, 150-188 MG		5	PA; QL (120 EA per 30 days)
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG		5	PA; QL (120 EA per 30 days)
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 2.5 MG/2.5ML		5	PA
<i>tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/5ml</i>	KITABIS PAK	5	PA; QL (280 ML per 28 days)
Agentes Para Fibrosis Pulmonar			
ESBRIET ORAL CAPSULE 267 MG		5	PA; QL (270 EA per 30 days)
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG		5	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg</i>	ESBRIET	5	PA; QL (270 EA per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 801 mg</i>	ESBRIET	5	PA; QL (90 EA per 30 days)
Agentes Pulmonares/ Tracto Respiratorio			
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 20-100 MCG/ACT		3	MT; QL (8 GM per 30 days)
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution 0.5-2.5 (3) mg/3ml</i>		2	PA; CG
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 100 MG/ML		5	PA; QL (3 ML per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML		5	PA; QL (3 ML per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG		5	PA; QL (3 EA per 28 days)
Antihipertensivos Pulmonares			

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG		5	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
ALYQ ORAL TABLET 20 MG		5	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	LETAIRIS	5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
<i>sildenafil citrate oral suspension reconstituted 10 mg/ml</i>	REVATIO	5	PA
<i>sildenafil citrate oral tablet 20 mg</i>	REVATIO	2	PA; MT; CG; QL (90 EA per 30 days)
<i>tadalafil (pah) oral tablet 20 mg</i>	ALYQ	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
TYVASO DPI MAINTENANCE KIT INHALATION POWDER 112 X 32MCG & 112 X48MCG		5	PA; QL (224 EA per 28 days)
TYVASO DPI MAINTENANCE KIT INHALATION POWDER 16 MCG, 32 MCG, 48 MCG, 64 MCG		5	PA; QL (112 EA per 28 days)
TYVASO DPI TITRATION KIT INHALATION POWDER 112 X 16MCG & 84 X 32MCG		5	PA; QL (196 EA per 28 days)
TYVASO DPI TITRATION KIT INHALATION POWDER 16 & 32 & 48 MCG		5	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		5	PA; QL (60 EA per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 800 MCG		5	PA; QL (200 EA per 30 days)
VENTAVIS INHALATION SOLUTION 10 MCG/ML, 20 MCG/ML		5	PA; QL (270 ML per 30 days)
Antihistaminas			
<i>azelastine hcl nasal solution 0.1 %</i>		2	QL (30 ML per 25 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>azelastine hcl nasal solution 0.15 %</i>	ASTEPRO	2	QL (60 ML per 30 days)
<i>cetirizine hcl oral solution 1 mg/ml</i>		2	
<i>cyproheptadine hcl oral syrup 2 mg/5ml</i>		2	PA
<i>cyproheptadine hcl oral tablet 4 mg</i>		2	PA
<i>desloratadine oral tablet 5 mg</i>	CLARINEX	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>levocetirizine dihydrochloride oral solution 2.5 mg/5ml</i>	XYZAL ALLERGY 24HR	2	
<i>levocetirizine dihydrochloride oral tablet 5 mg</i>	XYZAL ALLERGY 24HR	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>olopatadine hcl nasal solution 0.6 %</i>	PATANASE	2	
<i>promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>		2	PA
Antiinflamatorios, Corticoesteroides Inhalados			
ARNUITY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT, 50 MCG/ACT		3	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension 0.25 mg/2ml, 0.5 mg/2ml, 1 mg/2ml</i>	PULMICORT	2	PA
FLOVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/ACT, 50 MCG/ACT		3	MT; QL (60 EA per 30 days)
FLOVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 250 MCG/ACT		3	MT; QL (240 EA per 30 days)
FLOVENT HFA INHALATION AEROSOL 110 MCG/ACT, 220 MCG/ACT		3	MT; QL (24 GM per 30 days)
FLOVENT HFA INHALATION AEROSOL 44 MCG/ACT		3	MT; QL (21.2 GM per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>flunisolide nasal solution 25 mcg/act (0.025%)</i>		2	QL (50 ML per 25 days)
<i>fluticasone propionate nasal suspension 50 mcg/act</i>	CLARISPRAY	2	QL (32 GM per 30 days)
PULMICORT FLEXHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 180 MCG/ACT, 90 MCG/ACT		4	MT; QL (2 EA per 30 days)
Antileucotrienos			
<i>montelukast sodium oral packet 4 mg</i>	SINGULAIR	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>montelukast sodium oral tablet 10 mg</i>	SINGULAIR	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>montelukast sodium oral tablet chewable 4 mg, 5 mg</i>	SINGULAIR	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	ACCOLATE	2	MT
Broncodilatadores, Anticolinérgicos			
ATROVENT HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION 17 MCG/ACT		3	MT; QL (25.8 GM per 30 days)
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>		2	PA; CG
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.03 %</i>		2	MT; QL (30 ML per 30 days)
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.06 %</i>		2	MT; QL (15 ML per 30 days)
SPIRIVA HANDIHALER INHALATION CAPSULE 18 MCG		3	MT; QL (30 EA per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 1.25 MCG/ACT, 2.5 MCG/ACT		3	MT; QL (4 GM per 30 days)
Broncodilatadores, Simpatomiméticos			

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act (nda020503)</i>	PROVENTIL HFA	2	CG; 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	2	CG; 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>		2	PA; CG
<i>albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5ml</i>		2	MT; CG
<i>albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg</i>		2	MT; CG
BREO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-25 MCG/ACT, 200-25 MCG/ACT		3	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	2	QL (6 EA per 30 days)
<i>epinephrine injection solution auto-injector 0.15 mg/0.3ml</i>	EPIPEN JR 2-PAK	2	QL (6 EA per 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 113-14 mcg/act</i>	AIRDUO RESPICLICK 113/14	2	MT; QL (1 EA per 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 232-14 mcg/act</i>	AIRDUO RESPICLICK 232/14	2	MT; QL (1 EA per 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 55-14 mcg/act</i>	AIRDUO RESPICLICK 55/14	2	MT; QL (1 EA per 30 days)
<i>formoterol fumarate inhalation nebulization solution 20 mcg/2ml</i>	PERFOROMIST	5	PA
<i>levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 0.31 mg/3ml, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml</i>	XOPENEX	2	PA; CG
<i>levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 1.25 mg/0.5ml</i>	XOPENEX CONCENTRATE	2	PA; CG
<i>levalbuterol tartrate inhalation aerosol 45 mcg/act</i>	XOPENEX HFA	2	MT; CG; QL (30 GM per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
SEREVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50 MCG/ACT		3	MT; QL (60 EA per 30 days)
<i>terbutaline sulfate oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>		2	MT; CG
Estabilizadores De Mastocitos			
<i>cromolyn sodium inhalation nebulization solution 20 mg/2ml</i>		2	PA; CG
<i>cromolyn sodium oral concentrate 100 mg/5ml</i>	GASTROCROM	2	
Inhibidores De Fósodiesterasa, Enfermedad De Las Vías Respiratorias			
DALIRESP ORAL TABLET 250 MCG, 500 MCG		4	MT
THEO-24 ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG, 200 MG, 300 MG, 400 MG		2	MT
<i>theophylline er oral tablet extended release 12 hour 300 mg, 450 mg</i>		2	MT
<i>theophylline er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 600 mg</i>		2	MT
<i>theophylline oral solution 80 mg/15ml</i>		2	MT
Analgésicos			
Analgésicos Opioides, Corta Duración			
<i>acetaminophen-codeine #3 oral tablet 300-30 mg</i>		2	QL (360 EA per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5ml</i>		2	QL (1167 ML per 7 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg</i>		2	QL (400 EA per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>		2	QL (180 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>fentanyl citrate (pf) injection solution 100 mcg/2ml</i>		1	QL (4 ML per 30 days)
<i>fentanyl citrate (pf) injection solution 50 mcg/ml</i>		1	QL (2 ML per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1200 mcg, 1600 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	ACTIQ	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 200 mcg</i>	ACTIQ	2	PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal tablet 100 mcg, 200 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	FENTORA	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15ml</i>		2	QL (5400 ML per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg</i>		2	QL (180 EA per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg</i>		2	QL (240 EA per 30 days)
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 7.5-200 mg</i>		2	QL (35 EA per 7 days)
<i>hydromorphone hcl oral liquid 1 mg/ml</i>	DILAUDID	2	
<i>hydromorphone hcl oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	DILAUDID	2	QL (180 EA per 30 days)
<i>hydromorphone hcl oral tablet 8 mg</i>	DILAUDID	2	QL (21 EA per 7 days)
<i>hydromorphone hcl pf injection solution 10 mg/ml, 50 mg/5ml</i>		2	PA
<i>meperidine hcl injection solution 100 mg/ml</i>	DEMEROL	2	QL (360 ML per 30 days)
<i>meperidine hcl injection solution 25 mg/ml</i>	DEMEROL	2	QL (1440 ML per 30 days)
<i>meperidine hcl injection solution 50 mg/ml</i>	DEMEROL	2	QL (720 ML per 30 days)
<i>morphine sulfate (concentrate) oral solution 20 mg/ml</i>		2	QL (42 ML per 7 days)
<i>morphine sulfate oral solution 10 mg/5ml</i>		2	QL (1800 ML per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>morphine sulfate oral solution 20 mg/5ml</i>		2	QL (900 ML per 30 days)
<i>morphine sulfate oral tablet 15 mg, 30 mg</i>		2	QL (180 EA per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral capsule 5 mg</i>		2	QL (180 EA per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral concentrate 100 mg/5ml</i>		2	
<i>oxycodone hcl oral solution 5 mg/5ml</i>		2	QL (2700 ML per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral tablet 10 mg, 20 mg</i>		2	QL (180 EA per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral tablet 15 mg</i>	ROXICODONE	2	QL (180 EA per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral tablet 30 mg</i>	ROXICODONE	2	QL (14 EA per 7 days)
<i>oxycodone hcl oral tablet 5 mg</i>	OXAYDO	2	QL (180 EA per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg</i>		2	QL (180 EA per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg</i>		2	QL (56 EA per 7 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg</i>		2	QL (360 EA per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg</i>		2	QL (240 EA per 30 days)
<i>tramadol hcl oral tablet 50 mg</i>		2	QL (240 EA per 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>		2	QL (56 EA per 7 days)
<i>Analgésicos Opioides, Larga Duración</i>			
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg</i>		1	
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 8 mg</i>		1	QL (60 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1200 mcg, 1600 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	ACTIQ	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 200 mcg</i>	ACTIQ	2	PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal tablet 100 mcg, 200 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	FENTORA	5	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>		2	QL (10 EA per 30 days)
<i>hydromorphone hcl pf injection solution 10 mg/ml, 50 mg/5ml</i>		2	PA
<i>methadone hcl oral solution 10 mg/5ml, 5 mg/5ml</i>		2	QL (450 ML per 30 days)
<i>methadone hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		2	QL (180 EA per 30 days)
<i>morphine sulfate (concentrate) oral solution 20 mg/ml</i>		2	QL (42 ML per 7 days)
<i>morphine sulfate er beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 30 mg, 45 mg, 60 mg, 75 mg, 90 mg</i>		2	QL (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>		2	QL (90 EA per 30 days)
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release 100 mg, 15 mg, 200 mg, 30 mg, 60 mg</i>	MS CONTIN	2	QL (90 EA per 30 days)
<i>morphine sulfate oral solution 10 mg/5ml</i>		2	QL (1800 ML per 30 days)
<i>morphine sulfate oral tablet 15 mg</i>		2	QL (180 EA per 30 days)
Analgésicos			
ENDOCET ORAL TABLET 10-325 MG		2	QL (180 EA per 30 days)
ENDOCET ORAL TABLET 5-325 MG		2	QL (360 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
ENDOCET ORAL TABLET 7.5-325 MG		2	QL (240 EA per 30 days)
TAVNEOS ORAL CAPSULE 10 MG		5	PA; QL (180 EA per 30 days)
Antiinflamatorios No-Esteroidales			
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	CELEBREX	2	QL (60 EA per 30 days)
<i>celecoxib oral capsule 400 mg</i>	CELEBREX	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>diclofenac epolamine external patch 1.3 %</i>	FLECTOR	2	PA
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	CATAFLAM	2	
<i>diclofenac sodium er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>		2	
<i>diclofenac sodium external gel 1 %</i>		2	
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>		2	
<i>diflunisal oral tablet 500 mg</i>		2	
<i>etodolac er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 500 mg, 600 mg</i>		2	
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>		2	
<i>etodolac oral tablet 400 mg</i>	LODINE	2	
<i>etodolac oral tablet 500 mg</i>		2	
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>		2	
IBU ORAL TABLET 600 MG, 800 MG		1	
<i>ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml</i>		2	
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>		1	
<i>ketoprofen oral capsule 25 mg</i>		2	
<i>ketorolac tromethamine injection solution 30 mg/ml</i>		2	
<i>ketorolac tromethamine intramuscular solution 60 mg/2ml</i>		2	
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	MOBIC	1	QL (30 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	RELAFEN	2	
<i>naproxen oral suspension 125 mg/5ml</i>	NAPROSYN	2	
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg</i>		1	
<i>naproxen oral tablet 500 mg</i>	NAPROSYN	1	
<i>naproxen oral tablet delayed release 375 mg, 500 mg</i>	NAPROSYN	2	
<i>naproxen sodium oral tablet 275 mg</i>		2	
<i>naproxen sodium oral tablet 550 mg</i>	ANAPROX DS	2	
<i>oxaprozin oral tablet 600 mg</i>	DAYPRO	2	
<i>piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	FELDENE	2	
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>		2	
Anestésicos			
<i>Anestésicos Locales</i>			
GLYDO EXTERNAL GEL 2 %		2	PA
GLYDO EXTERNAL PREFILLED SYRINGE 2 %		2	PA
<i>lidocaine external ointment 5 %</i>		2	PA
<i>lidocaine external patch 5 %</i>	LIDODERM	2	PA; QL (90 EA per 30 days)
<i>lidocaine hcl external solution 4 %</i>		2	
<i>lidocaine hcl urethral/mucosal external gel 2 %</i>		2	PA
<i>lidocaine hcl urethral/mucosal external prefilled syringe 2 %</i>	GLYDO	2	PA
<i>lidocaine viscous hcl mouth/throat solution 2 %</i>		1	
<i>lidocaine-prilocaine external cream 2.5-2.5 %</i>		2	PA
Ansiolíticos			
<i>Ansiolíticos, Otros</i>			
<i>buspirone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>		2	MT; CG

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>doxepin hcl oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>		2	PA; CG
<i>doxepin hcl oral concentrate 10 mg/ml</i>		2	PA; CG
<i>doxepin hcl oral tablet 3 mg, 6 mg</i>	SILENOR	2	CG; QL (30 EA per 30 days)
Benzodiazepinas			
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	XANAX	1	CG
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	KLONOPIN	1	CG
<i>clonazepam oral tablet dispersible 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>		2	CG
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg</i>		2	PA; CG
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 7.5 mg</i>	TRANXENE-T	2	PA; CG
<i>diazepam oral solution 5 mg/5ml</i>		2	PA; CG
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	VALIUM	1	PA; CG
<i>diazepam rectal gel 10 mg, 20 mg</i>	DIASTAT ACUDIAL	2	
<i>diazepam rectal gel 2.5 mg</i>	DIASTAT	2	
LORAZEPAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 2 MG/ML		2	CG
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	ATIVAN	1	CG
<i>midazolam hcl (pf) injection solution 10 mg/2ml</i>		1	QL (4 ML per 30 days)
<i>midazolam hcl (pf) injection solution 5 mg/5ml</i>		1	QL (10 ML per 30 days)
<i>midazolam hcl (pf) injection solution 5 mg/ml</i>		1	QL (2 ML per 30 days)
<i>midazolam hcl injection solution 10 mg/2ml, 2 mg/2ml</i>		1	QL (4 ML per 30 days)
<i>midazolam hcl injection solution 5 mg/5ml</i>		1	QL (10 ML per 30 days)
<i>midazolam hcl injection solution 5 mg/ml</i>		1	QL (5 ML per 30 days)
NAYZILAM NASAL SOLUTION 5 MG/0.1ML		4	PA

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9. CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
VALTOCO 10 MG DOSE NASAL LIQUID 10 MG/0.1ML		4	PA
VALTOCO 15 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 7.5 MG/0.1ML		4	PA
VALTOCO 20 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 10 MG/0.1ML		4	PA
VALTOCO 5 MG DOSE NASAL LIQUID 5 MG/0.1ML		4	PA
<i>Ssris/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		4	PA; MT; QL (60 EA per 30 days)
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 40 MG		4	PA; MT; QL (90 EA per 30 days)
Antibacteriales			
<i>Aminoglicósidos</i>			
<i>amikacin sulfate injection solution 500 mg/2ml</i>		2	
<i>gentamicin in saline intravenous solution 0.8-0.9 mg/ml-%, 1-0.9 mg/ml-%, 1.2-0.9 mg/ml-%, 1.6-0.9 mg/ml-%</i>		2	
<i>gentamicin sulfate external cream 0.1 %</i>		2	
<i>gentamicin sulfate external ointment 0.1 %</i>		2	
<i>gentamicin sulfate injection solution 40 mg/ml</i>		2	
<i>neomycin sulfate oral tablet 500 mg</i>		2	
<i>paromomycin sulfate oral capsule 250 mg</i>	HUMATIN	2	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>streptomycin sulfate intramuscular solution reconstituted 1 gm</i>		5	
<i>tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml, 80 mg/2ml</i>		2	PA
Antibacteriales, Otros			
<i>aztreonam injection solution reconstituted 1 gm</i>	AZACTAM	2	
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	CLEOCIN	1	
<i>clindamycin palmitate hcl oral solution reconstituted 75 mg/5ml</i>	CLEOCIN	2	
<i>clindamycin phosphate external swab 1 %</i>	CLINDACIN ETZ	2	
<i>clindamycin phosphate in d5w intravenous solution 300 mg/50ml, 600 mg/50ml, 900 mg/50ml</i>		2	
<i>clindamycin phosphate injection solution 300 mg/2ml, 900 mg/6ml</i>	CLEOCIN PHOSPHATE	2	
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i>	CLEOCIN	2	
<i>colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted 150 mg</i>	COLY-MYCIN M	2	PA
<i>daptomycin intravenous solution reconstituted 350 mg</i>		5	
<i>daptomycin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	CUBICIN RF	5	
<i>linezolid intravenous solution 600 mg/300ml</i>	ZYVOX	2	PA
<i>linezolid oral suspension reconstituted 100 mg/5ml</i>	ZYVOX	5	PA
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i>	ZYVOX	2	PA
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gm</i>	HIPREX	2	
<i>metronidazole external cream 0.75 %</i>	METROCREAM	2	
<i>metronidazole external gel 0.75 %</i>	ROSADAN	2	
<i>metronidazole external gel 1 %</i>	METROGEL	2	
<i>metronidazole external lotion 0.75 %</i>	METROLOTION	2	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>metronidazole intravenous solution 500 mg/100ml</i>		2	
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		2	
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 %</i>		2	
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	MACRODANTIN	2	
<i>nitrofurantoin monohyd macro oral capsule 100 mg</i>	MACROBID	2	
<i>polymyxin b sulfate injection solution reconstituted 500000 unit</i>		2	PA
SIVEXTRO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 200 MG		5	PA; QL (6 EA per 15 days)
SIVEXTRO ORAL TABLET 200 MG		5	PA; QL (6 EA per 15 days)
<i>tigecycline intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	TYGACIL	5	PA
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>		2	
<i>vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 500 mg, 750 mg</i>		2	
<i>vancomycin hcl oral capsule 125 mg, 250 mg</i>	VANCOCIN	2	
VANDAZOLE VAGINAL GEL 0.75 %		2	
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG, 550 MG		5	PA
Betalactámico, Cefalosporinas			
<i>cefaclor er oral tablet extended release 12 hour 500 mg</i>		2	
<i>cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>		2	
<i>cefaclor oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml, 375 mg/5ml</i>		2	
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>		2	
<i>cefadroxil oral suspension reconstituted 250 mg/5ml, 500 mg/5ml</i>		2	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>cefadroxil oral tablet 1 gm</i>		2	
<i>cefazolin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 500 mg</i>		2	
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>		2	
<i>cefdinir oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>		2	
<i>cefepime hcl injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>		2	
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i>	SUPRAX	2	
<i>cefixime oral suspension reconstituted 100 mg/5ml</i>		2	
<i>cefixime oral suspension reconstituted 200 mg/5ml</i>	SUPRAX	2	
<i>cefoxitin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm</i>		2	PA
<i>cefpodoxime proxetil oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 50 mg/5ml</i>		2	
<i>cefpodoxime proxetil oral tablet 100 mg, 200 mg</i>		2	
<i>cefprozil oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>		2	
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		2	
<i>ceftazidime injection solution reconstituted 1 gm</i>	TAZICEF	2	
<i>ceftazidime injection solution reconstituted 6 gm</i>		2	
<i>ceftazidime intravenous solution reconstituted 2 gm</i>	TAZICEF	2	
<i>ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 250 mg, 500 mg</i>		2	
<i>ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>		2	
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		2	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>cefuroxime sodium injection solution reconstituted 750 mg</i>		2	PA
<i>cefuroxime sodium intravenous solution reconstituted 1.5 gm</i>		2	PA
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>		1	
<i>cephalexin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>		2	
SUPRAX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 500 MG/5ML		3	
SUPRAX ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG, 200 MG		4	
TEFLARO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 MG, 600 MG		5	PA
Betalactámico, Penicilinas			
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>		1	
<i>amoxicillin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 200 mg/5ml, 250 mg/5ml, 400 mg/5ml</i>		1	
<i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i>		1	
<i>amoxicillin oral tablet chewable 125 mg, 250 mg</i>		2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate er oral tablet extended release 12 hour 1000-62.5 mg</i>		2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 200-28.5 mg/5ml, 250-62.5 mg/5ml, 400-57 mg/5ml</i>		2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 600-42.9 mg/5ml</i>	AUGMENTIN ES-600	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 875-125 mg</i>		2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 500-125 mg</i>	AUGMENTIN	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg</i>		2	
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>		1	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>ampicillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 125 mg</i>		2	PA
<i>ampicillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>		2	PA
<i>ampicillin-sulbactam sodium injection solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 3 (2-1) gm</i>	UNASYN	2	
<i>ampicillin-sulbactam sodium intravenous solution reconstituted 15 (10-5) gm</i>	UNASYN	2	
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2400000 UNIT/4ML		4	
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1200000 UNIT/2ML, 600000 UNIT/ML		4	
<i>dicloxacillin sodium oral capsule 250 mg, 500 mg</i>		2	
<i>nafcillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>		2	PA
<i>nafcillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>		5	PA
<i>oxacillin sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>		2	
<i>oxacillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>		2	
<i>penicillin g pot in dextrose intravenous solution 40000 unit/ml, 60000 unit/ml</i>		2	
<i>penicillin g potassium injection solution reconstituted 20000000 unit</i>	PFIZERPEN	2	
<i>penicillin g procaine intramuscular suspension 600000 unit/ml</i>		2	
<i>penicillin g sodium injection solution reconstituted 5000000 unit</i>		2	
<i>penicillin v potassium oral solution reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>		2	
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		1	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<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>		2	
Carbapenémicos			
<i>ertapenem sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>	INVANZ	2	
<i>imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 250 mg</i>		2	PA
<i>imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	PRIMAXIN IV	2	PA
<i>meropenem intravenous solution reconstituted 1 gm, 500 mg</i>		2	
Macrólidos			
<i>azithromycin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	ZITHROMAX	2	
<i>azithromycin oral packet 1 gm</i>	ZITHROMAX	2	
<i>azithromycin oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>	ZITHROMAX	2	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 250 mg (6 pack), 500 mg, 500 mg (3 pack)</i>	ZITHROMAX	1	
<i>azithromycin oral tablet 600 mg</i>		1	
<i>clarithromycin er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>		2	
<i>clarithromycin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>		2	
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		2	
DIFICID ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 40 MG/ML		5	ST
DIFICID ORAL TABLET 200 MG		5	ST
E.E.S. 400 ORAL TABLET 400 MG		2	
ERY-TAB ORAL TABLET DELAYED RELEASE 250 MG, 333 MG, 500 MG		2	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
ERYTHROCIN LACTOBIONATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 500 MG		3	PA
ERYTHROCIN STEARATE ORAL TABLET 250 MG		2	
<i>erythromycin base oral capsule delayed release particles 250 mg</i>		2	
<i>erythromycin base oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		2	
<i>erythromycin base oral tablet delayed release 500 mg</i>	ERY-TAB	2	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral tablet 400 mg</i>	E.E.S. 400	2	
<i>erythromycin oral tablet delayed release 250 mg, 333 mg</i>	ERY-TAB	2	
Quinolonas			
CILOXAN OPHTHALMIC OINTMENT 0.3 %		3	
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic solution 0.3 %</i>		1	
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 100 mg, 750 mg</i>		2	
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	CIPRO	2	
<i>ciprofloxacin in d5w intravenous solution 200 mg/100ml</i>		2	
<i>levofloxacin in d5w intravenous solution 500 mg/100ml, 750 mg/150ml</i>		2	
<i>levofloxacin intravenous solution 25 mg/ml</i>		2	
<i>levofloxacin oral solution 25 mg/ml</i>		2	
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 750 mg</i>	LEVAQUIN	1	
<i>levofloxacin oral tablet 500 mg</i>		1	
Sulfonamidas			

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>		2	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5ml</i>	SULFATRIM	2	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg</i>	BACTRIM	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 800-160 mg</i>	BACTRIM DS	1	
<i>Tetraciclinas</i>			
DOXY 100 INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG		2	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg</i>	VIBRAMYCIN	2	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 50 mg</i>		2	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg</i>	LYMEPAK	2	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 150 mg, 75 mg</i>	ACTICLATE	2	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 20 mg</i>		2	
<i>doxycycline hyclate oral tablet delayed release 80 mg</i>	DORYX	2	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg</i>		2	
<i>minocycline hcl oral capsule 100 mg</i>	MINOCIN	2	
<i>minocycline hcl oral capsule 50 mg, 75 mg</i>		2	
<i>minocycline hcl oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>		2	
<i>tetracycline hcl oral capsule 250 mg, 500 mg</i>		2	
Anticonvulsivos			
<i>Agentes De Aumento De Ácido Gamma-Aminobutírico (Gaba)</i>			
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i>	ONFI	2	
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	ONFI	2	
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	KLONOPIN	1	CG

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>clonazepam oral tablet dispersible 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>		2	CG
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg</i>		2	PA; CG
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 7.5 mg</i>	TRANXENE-T	2	PA; CG
DIAZEPAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML		2	PA; CG
<i>diazepam oral solution 5 mg/5ml</i>		2	PA; CG
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	VALIUM	1	PA; CG
<i>diazepam rectal gel 10 mg, 20 mg</i>	DIASTAT ACUDIAL	2	
<i>diazepam rectal gel 2.5 mg</i>	DIASTAT	2	
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg, 400 mg</i>	NEURONTIN	1	MT; CG
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5ml</i>	NEURONTIN	2	MT; CG
<i>gabapentin oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	NEURONTIN	1	MT; CG
LORAZEPAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 2 MG/ML		2	CG
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	ATIVAN	1	CG
NAYZILAM NASAL SOLUTION 5 MG/0.1ML		4	PA
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5ml</i>		2	PA
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>		2	PA
<i>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i>	MYSOLINE	2	MT; CG
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG		5	QL (60 EA per 30 days)
SYMPAZAN ORAL FILM 5 MG		4	QL (60 EA per 30 days)
<i>tiagabine hcl oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i>	GABITRIL	2	MT; CG
VALTOCO 10 MG DOSE NASAL LIQUID 10 MG/0.1ML		4	PA

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
VALTOCO 15 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 7.5 MG/0.1ML		4	PA
VALTOCO 20 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 10 MG/0.1ML		4	PA
VALTOCO 5 MG DOSE NASAL LIQUID 5 MG/0.1ML		4	PA
<i>vigabatrin oral packet 500 mg</i>	SABRIL	5	PA; LA
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i>	SABRIL	5	PA; LA
Agentes De Canales De Sodio			
APTOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG, 800 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
APTOM ORAL TABLET 600 MG		5	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	2	MT; CG
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5ml</i>	TEGRETOL	2	MT; CG
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>		2	MT; CG
<i>carbamazepine oral tablet chewable 100 mg</i>		2	MT; CG
DILANTIN INFATABS ORAL TABLET CHEWABLE 50 MG		4	MT
DILANTIN ORAL CAPSULE 100 MG, 30 MG		4	MT
DILANTIN ORAL SUSPENSION 125 MG/5ML		4	MT
EPITOL ORAL TABLET 200 MG		2	MT; CG
<i>lacosamide oral solution 10 mg/ml</i>	VIMPAT	2	MT
<i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	VIMPAT	2	MT; QL (60 EA per 30 days)
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5ml</i>	TRILEPTAL	2	MT; CG

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	TRILEPTAL	2	MT; CG
PHENYTEK ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG		4	MT
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5ml</i>	DILANTIN	2	MT; CG
<i>phenytoin oral tablet chewable 50 mg</i>	DILANTIN INFATABS	2	MT; CG
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg</i>	DILANTIN	2	MT; CG
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	DILANTIN	2	MT; CG
<i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i>	BANZEL	5	PA
<i>rufinamide oral tablet 200 mg, 400 mg</i>	BANZEL	5	PA
TEGRETOL ORAL SUSPENSION 100 MG/5ML		4	MT
TEGRETOL ORAL TABLET 200 MG		4	MT
TEGRETOL-XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 100 MG, 200 MG, 400 MG		4	MT
VIMPAT ORAL SOLUTION 10 MG/ML		5	
VIMPAT ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG		5	QL (60 EA per 30 days)
VIMPAT ORAL TABLET 50 MG		4	MT; QL (60 EA per 30 days)
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	ZONEGRAN	2	MT; CG
<i>zonisamide oral capsule 50 mg</i>		2	MT; CG
<i>Agentes Modificadores De Canales De Calcio</i>			
CELONTIN ORAL CAPSULE 300 MG		4	MT
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i>	ZARONTIN	2	MT; CG
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5ml</i>	ZARONTIN	2	MT; CG
<i>pregabalin er oral tablet extended release 24 hour 165 mg, 330 mg, 82.5 mg</i>	LYRICA CR	2	MT

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 225 mg, 25 mg, 300 mg, 50 mg, 75 mg</i>	LYRICA	2	MT; CG
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i>	LYRICA	2	MT; CG
Anticonvulsivos, Otros			
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML		5	PA; QL (600 ML per 30 days)
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG		5	PA; QL (60 EA per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG, 500 MG		5	PA; LA
DIACOMIT ORAL PACKET 250 MG, 500 MG		5	PA; LA
<i>divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 500 mg</i>	DEPAKOTE ER	2	MT; CG
<i>divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle 125 mg</i>	DEPAKOTE SPRINKLES	2	MT; CG
<i>divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	DEPAKOTE	2	MT; CG
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML		5	PA; LA; QL (600 ML per 30 days)
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5ml</i>	FELBATOL	5	
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i>	FELBATOL	2	MT; CG
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML		5	PA; LA; QL (360 ML per 30 days)
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML		5	PA
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG		5	PA
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG		4	PA
<i>lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg</i>	LAMICTAL XR	2	MT; CG
<i>lamotrigine oral kit 25 & 50 & 100 mg</i>	LAMICTAL ODT	2	MT; CG

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	LAMICTAL	2	MT; CG
<i>lamotrigine oral tablet chewable 25 mg, 5 mg</i>	LAMICTAL	2	MT; CG
<i>lamotrigine oral tablet dispersible 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	LAMICTAL ODT	2	MT; CG
<i>lamotrigine starter kit-blue oral kit 35 x 25 mg</i>	LAMICTAL STARTER	2	MT; CG
<i>lamotrigine starter kit-green oral kit 84 x 25 mg & 14x100 mg</i>	LAMICTAL STARTER	2	MT; CG
<i>lamotrigine starter kit-orange oral kit 42 x 25 mg & 7 x 100 mg</i>	LAMICTAL STARTER	2	MT; CG
<i>levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 500 mg, 750 mg</i>	KEPPRA XR	2	MT; CG
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i>	KEPPRA	2	MT; CG
<i>levetiracetam oral tablet 1000 mg, 250 mg, 750 mg</i>	KEPPRA	2	MT; CG
<i>levetiracetam oral tablet 500 mg</i>		2	MT; CG
ROWEEPRA ORAL TABLET 500 MG		2	MT; CG
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 1000 MG, 250 MG, 500 MG, 750 MG		4	MT
<i>topiramate er oral capsule er 24 hour sprinkle 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	QUDEXY XR	2	MT; CG
<i>topiramate oral capsule sprinkle 15 mg, 25 mg</i>	TOPAMAX SPRINKLE	2	MT; CG
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	TOPAMAX	2	MT; CG
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>		2	MT; CG
<i>valproic acid oral solution 250 mg/5ml</i>		2	MT; CG
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 100 & 150 MG		5	PA; QL (56 EA per 28 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 150 & 200 MG		5	PA; QL (56 EA per 28 days)
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG		5	PA; QL (60 EA per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET 50 MG		5	PA; QL (90 EA per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK 14 X 12.5 MG & 14 X 25 MG		4	PA; QL (28 EA per 28 days)
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK 14 X 150 MG & 14 X 200 MG, 14 X 50 MG & 14 X 100 MG		5	PA; QL (28 EA per 28 days)
Antidepresivos			
Antidepresivos, Otros			
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 300 MG, 400 MG		5	PA; QL (1 EA per 28 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 300 MG, 400 MG		5	PA; QL (1 EA per 28 days)
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>		2	CG
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	ABILIFY	2	CG
<i>aripiprazole oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg</i>		5	
<i>bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	WELLBUTRIN SR	2	MT; CG
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 300 mg</i>	WELLBUTRIN XL	2	MT; CG
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 450 mg</i>	FORFIVO XL	2	MT; CG
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i>		2	MT; CG
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg</i>	REMERON	2	MT; CG
<i>mirtazapine oral tablet 45 mg, 7.5 mg</i>		2	MT; CG

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>mirtazapine oral tablet dispersible 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	REMERON SOLTAB	2	MT; CG
<i>olanzapine-fluoxetine hcl oral capsule 12-25 mg, 12-50 mg, 6-50 mg</i>		2	MT; CG
<i>olanzapine-fluoxetine hcl oral capsule 3-25 mg, 6-25 mg</i>	SYMBYAX	2	MT; CG
<i>perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg</i>		2	PA; CG
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg</i>	SEROQUEL XR	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	SEROQUEL XR	2	MT; CG; 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	1	MT; CG
<i>Inhibidores De Monoamino Oxidasa</i>			
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24HR, 6 MG/24HR, 9 MG/24HR		5	QL (30 EA per 30 days)
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG		4	MT
<i>phenelzine sulfate oral tablet 15 mg</i>	NARDIL	2	MT; CG
<i>tranylcypromine sulfate oral tablet 10 mg</i>	PARNATE	2	MT; CG
<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>		3	MT
<i>citalopram hydrobromide oral solution 10 mg/5ml</i>		1	MT; CG
<i>citalopram hydrobromide oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	CELEXA	1	MT; CG

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>desvenlafaxine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 50 mg</i>		2	MT; CG
<i>desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	PRISTIQ	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 60 MG		4	PA; MT; QL (60 EA per 30 days)
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 40 MG		4	PA; MT; QL (90 EA per 30 days)
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	CYMBALTA	2	MT; CG
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 40 mg</i>		2	MT; CG
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5ml</i>		2	MT; CG; QL (600 ML per 30 days)
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg</i>	LEXAPRO	2	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>escitalopram oxalate oral tablet 20 mg</i>	LEXAPRO	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>escitalopram oxalate oral tablet 5 mg</i>	LEXAPRO	2	MT; CG; QL (120 EA per 30 days)
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG		3	ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
FETZIMA TITRATION ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 20 & 40 MG		4	ST; MT; QL (56 EA per 365 days)
<i>fluoxetine hcl oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	PROZAC	1	MT; CG
<i>fluoxetine hcl oral capsule delayed release 90 mg</i>		2	MT; CG; QL (4 EA per 28 days)
<i>fluoxetine hcl oral solution 20 mg/5ml</i>		2	MT; CG
<i>fluoxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 60 mg</i>		2	MT; CG

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>fluvoxamine maleate er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 150 mg</i>		2	MT; CG
<i>fluvoxamine maleate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>		2	MT; CG
<i>nefazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>		2	MT; CG
<i>paroxetine hcl er oral tablet extended release 24 hour 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg</i>	PAXIL CR	2	PA; MT; CG
<i>paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5ml</i>	PAXIL	2	MT; CG
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	PAXIL	2	PA; MT; CG
<i>sertraline hcl oral capsule 150 mg, 200 mg</i>		3	MT
<i>sertraline hcl oral concentrate 20 mg/ml</i>	ZOLOFT	2	MT; CG
<i>sertraline hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	ZOLOFT	1	MT; CG
<i>trazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg, 50 mg</i>		1	MT; CG
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG		4	ST; MT; QL (60 EA per 30 days)
<i>venlafaxine besylate er oral tablet extended release 24 hour 112.5 mg</i>		3	MT; QL (60 EA per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 150 mg</i>	EFFEXOR XR	2	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 37.5 mg, 75 mg</i>	EFFEXOR XR	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>venlafaxine hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>		2	MT; CG
VIIBRYD ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG		3	MT; QL (30 EA per 30 days)
VIIBRYD STARTER PACK ORAL KIT 10 & 20 MG		3	QL (30 EA per 30 days)
Tricíclicos			
<i>amitriptyline hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>		2	PA; CG

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>		2	CG
<i>clomipramine hcl oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	ANAFRANIL	2	PA; CG
<i>desipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg</i>	NORPRAMIN	2	PA; CG
<i>desipramine hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg</i>		2	PA; CG
<i>doxepin hcl oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>		2	PA; CG
<i>doxepin hcl oral concentrate 10 mg/ml</i>		2	PA; CG
<i>doxepin hcl oral tablet 3 mg, 6 mg</i>	SILENOR	2	CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>		2	PA; CG
<i>imipramine pamoate oral capsule 100 mg, 125 mg, 150 mg, 75 mg</i>		2	PA; CG
<i>nortriptyline hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	PAMELOR	2	CG
<i>nortriptyline hcl oral solution 10 mg/5ml</i>		2	CG
<i>protriptyline hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		2	PA; CG
<i>trimipramine maleate oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>		2	PA; CG
Antieméticos			
<i>Antieméticos, Otros</i>			
<i>chlorpromazine hcl oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml</i>		2	
<i>chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>		2	
<i>meclizine hcl oral tablet 12.5 mg</i>		2	
<i>meclizine hcl oral tablet 25 mg</i>		2	
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5ml</i>		2	
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	REGLAN	1	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>		2	
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		2	MT; CG
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i>	COMPRO	2	
<i>promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>		2	PA
<i>scopolamine transdermal patch 72 hour 1 mg/3days</i>	TRANSDERM-SCOP	2	PA; QL (10 EA per 30 days)
Terapia Adyuvante Emetogénica			
<i>aprepitant oral capsule 125 mg</i>		2	PA; QL (2 EA per 30 days)
<i>aprepitant oral capsule 40 mg</i>		2	PA; QL (1 EA per 30 days)
<i>aprepitant oral capsule 80 & 125 mg</i>	EMEND TRI-PACK	2	PA; QL (8 EA per 30 days)
<i>aprepitant oral capsule 80 mg</i>	EMEND	2	PA; QL (6 EA per 30 days)
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 5 mg</i>		2	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>dronabinol oral capsule 2.5 mg</i>	MARINOL	2	PA; QL (60 EA per 30 days)
EMEND ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 125 MG/5ML		4	PA; QL (2 EA per 30 days)
<i>granisetron hcl oral tablet 1 mg</i>		2	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>ondansetron hcl oral solution 4 mg/5ml</i>		2	PA; QL (450 ML per 10 days)
<i>ondansetron hcl oral tablet 24 mg</i>		2	PA; QL (18 EA per 30 days)
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg</i>		2	PA; QL (45 EA per 30 days)
<i>ondansetron oral tablet dispersible 4 mg, 8 mg</i>		2	PA; QL (45 EA per 30 days)
Antifungales			

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

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

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
Antifungales			
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML		4	PA
AMBISOME INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MG		5	PA
<i>amphotericin b intravenous solution reconstituted 50 mg</i>		2	PA
<i>caspofungin acetate intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	CANCIDAS	5	PA
<i>caspofungin acetate intravenous solution reconstituted 70 mg</i>	CANCIDAS	2	PA
<i>ciclopirox olamine external cream 0.77 %</i>	LOPROX	2	
<i>ciclopirox olamine external suspension 0.77 %</i>	LOPROX	2	
<i>clotrimazole external cream 1 %</i>	DESENEX	2	
<i>clotrimazole external solution 1 %</i>		2	
<i>clotrimazole mouth/throat troche 10 mg</i>		2	
<i>econazole nitrate external cream 1 %</i>		2	
<i>fluconazole in sodium chloride intravenous solution 200-0.9 mg/100ml-%, 400-0.9 mg/200ml-%</i>		2	PA
<i>fluconazole oral suspension reconstituted 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	DIFLUCAN	2	
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	DIFLUCAN	2	
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	ANCOBON	5	
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5ml</i>		2	
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>		2	
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg</i>		2	
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i>	SPORANOX	2	QL (120 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>ketoconazole external cream 2 %</i>		2	
<i>ketoconazole external shampoo 2 %</i>		2	
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>		2	
<i>micafungin sodium intravenous solution reconstituted 100 mg</i>	MYCAMINE	5	
<i>micafungin sodium intravenous solution reconstituted 50 mg</i>		5	
NOXAFIL ORAL SUSPENSION 40 MG/ML		5	
NYAMYC EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM		2	
<i>nystatin external cream 100000 unit/gm</i>		2	
<i>nystatin external ointment 100000 unit/gm</i>		2	
<i>nystatin external powder 100000 unit/gm</i>	NYAMYC	2	
<i>nystatin mouth/throat suspension 100000 unit/ml</i>		2	
<i>nystatin oral tablet 500000 unit</i>		2	
NYSTOP EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM		2	
<i>posaconazole oral tablet delayed release 100 mg</i>	NOXAFIL	5	
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>		2	QL (90 EA per 365 days)
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>		2	
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>		2	
<i>voriconazole intravenous solution reconstituted 200 mg</i>	VFEND IV	5	PA
<i>voriconazole oral suspension reconstituted 40 mg/ml</i>	VFEND	5	
<i>voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg</i>	VFEND	2	
Antimicobacteriales			
<i>Antimicobacteriales, Otros</i>			
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>		2	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

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

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG		5	PA
Antiandrógenos			
<i>abiraterone acetate oral tablet 250 mg</i>	ZYTIGA	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i>	CASODEX	2	MT; CG
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG		5	PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
<i>flutamide oral capsule 125 mg</i>	EULEXIN	2	MT
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i>	NILANDRON	5	
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG		5	PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
<i>toremifene citrate oral tablet 60 mg</i>	FARESTON	5	
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG		5	PA; LA; QL (180 EA per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 40 MG		5	PA; LA; QL (180 EA per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 80 MG		5	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
YONSA ORAL TABLET 125 MG		5	PA; QL (120 EA per 30 days)
ZYTIGA ORAL TABLET 500 MG		5	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
Antiestrógenos / Modificadores			
EMCYT ORAL CAPSULE 140 MG		4	MT
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 10 MG/5ML		5	PA
<i>tamoxifen citrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>		1	MT; CG
Antimetabolitos			
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG		3	
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i>	HYDREA	2	MT; CG
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG		5	PA; LA; QL (5 EA per 28 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG		5	PA; LA; QL (14 EA per 28 days)
PURIXAN ORAL SUSPENSION 2000 MG/100ML		5	
SIKLOS ORAL TABLET 100 MG, 1000 MG		3	MT
TABLOID ORAL TABLET 40 MG		4	MT
Antineoplásicos, Otros			
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG		5	PA; QL (70 EA per 28 days)
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG		5	PA; QL (91 EA per 28 days)
KISQALI FEMARA(200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG		5	PA; QL (49 EA per 28 days)
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>		2	CG
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG, 20-8.19 MG		5	
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG		5	PA; QL (240 EA per 30 days)
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG		5	PA; LA
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG		5	
<i>methotrexate oral tablet 2.5 mg</i>		2	PA; MT; CG
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 50 mg/2ml</i>		2	PA
<i>methotrexate sodium injection solution 50 mg/2ml</i>		2	PA

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG		5	PA; QL (3 EA per 28 days)
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG		5	PA; LA; QL (32 EA per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG		5	PA; LA; QL (180 EA per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG		5	PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
SYNRIBO SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3.5 MG		5	PA
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG, 50 MG		5	PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
WELIREG ORAL TABLET 40 MG		5	PA; QL (90 EA per 30 days)
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML		4	PA; MT
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG		5	PA; LA; QL (20 EA per 28 days)
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 50 MG		5	PA; LA; QL (8 EA per 28 days)
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG		5	PA; LA; QL (8 EA per 28 days)
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG		5	PA; LA; QL (4 EA per 28 days)
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG		5	PA; LA; QL (16 EA per 28 days)
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG		5	PA; LA; QL (8 EA per 28 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG		5	PA; LA; QL (12 EA per 28 days)
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 60 MG		5	PA; LA; QL (4 EA per 28 days)
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG		5	PA; LA; QL (24 EA per 28 days)
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG		5	PA; LA; QL (16 EA per 28 days)
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG		5	PA; LA; QL (8 EA per 28 days)
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG		5	PA; LA; QL (32 EA per 28 days)
XURIDEN ORAL PACKET 2 GM		5	PA; QL (120 EA per 30 days)
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA
<i>Inhibidores Aromatasa, Tercera Generación</i>			
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i>	ARIMIDEX	2	MT; CG
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i>	AROMASIN	2	MT; CG
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i>	FEMARA	2	MT; CG
<i>Inhibidores De Enzimas</i>			
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG		5	PA; LA; QL (21 EA per 28 days)
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG		5	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
<i>Inhibidores Objetivo Molecular</i>			
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG		5	PA; LA; QL (240 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG		5	PA; LA; QL (180 EA per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET THERAPY PACK 90 & 180 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG, 4 MG, 5 MG		5	PA; LA
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG, 400 MG, 500 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG		5	PA; LA; QL (180 EA per 30 days)
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG		5	PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG, 60 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
CALQUENCE ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
CALQUENCE ORAL TABLET 100 MG		5	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG, 300 MG		5	LA
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 80 & 20 MG		5	PA; LA
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 3 X 20 MG & 80 MG		5	PA; LA
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 20 MG		5	PA; LA
<i>copiktra oral capsule 15 mg, 25 mg</i>		5	PA; LA; QL (56 EA per 28 days)
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG		5	PA; LA; QL (63 EA per 28 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG		5	PA; LA; QL (28 EA per 28 days)
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG		5	PA; LA; QL (56 EA per 28 days)
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG		5	PA; LA
<i>erlotinib hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg</i>	TARCEVA	5	PA
<i>everolimus oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg</i>	ZORTRESS	5	PA
<i>everolimus oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	AFINITOR	5	PA
<i>everolimus oral tablet soluble 3 mg, 5 mg</i>	AFINITOR DISPERZ	5	PA
EXKIVITY ORAL CAPSULE 40 MG		5	PA; QL (120 EA per 30 days)
FARYDAK ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 20 MG		5	PA; LA; QL (6 EA per 21 days)
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG		5	PA; LA; QL (21 EA per 28 days)
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG		5	PA; LA
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG		5	PA; LA; QL (21 EA per 28 days)
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 45 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
ICLUSIG ORAL TABLET 15 MG		5	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
<i>imatinib mesylate oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	GLEEVEC	5	PA
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG, 70 MG		5	PA; LA
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML		5	PA; LA; QL (324 ML per 30 days)
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG, 560 MG		5	PA; LA
INLYTA ORAL TABLET 1 MG, 5 MG		5	PA; LA

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

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

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
IRESSA ORAL TABLET 250 MG		5	PA; LA
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG		5	PA; LA
KISQALI (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG		5	PA; QL (21 EA per 28 days)
KISQALI (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG		5	PA; QL (42 EA per 28 days)
KISQALI (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG		5	PA; QL (63 EA per 28 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG, 25 MG		5	PA
<i>lapatinib ditosylate oral tablet 250 mg</i>	TYKERB	5	PA
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 3 X 4 MG		5	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 & 4 MG		5	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG & 2 X 4 MG		5	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG		5	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG & 4 MG		5	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 4 MG		5	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 4 MG		5	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG		5	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG, 2 MG		5	PA; LA
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG		5	PA; LA; QL (180 EA per 30 days)
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG		5	PA; LA; QL (180 EA per 30 days)
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG		5	PA; LA; QL (14 EA per 21 days)
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG		5	PA; QL (28 EA per 28 days)
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 50 MG		5	PA; QL (56 EA per 28 days)
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 2 X 150 MG		5	PA; QL (56 EA per 28 days)
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG		5	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA; LA; QL (180 EA per 30 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG		5	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG		5	PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG		5	PA; QL (240 EA per 30 days)
SCSEMBLIX ORAL TABLET 20 MG		5	PA; QL (120 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
SCSEMBLIX ORAL TABLET 40 MG		5	PA; QL (300 EA per 30 days)
<i>sorafenib tosylate oral tablet 200 mg</i>	NEXAVAR	5	PA
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 20 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG		5	PA
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG		5	PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
<i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	SUTENT	5	PA
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG		5	PA; QL (120 EA per 30 days)
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG		5	PA; LA
TAGRISSE ORAL TABLET 40 MG, 80 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.25 MG		5	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG, 50 MG		5	PA
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG		5	PA; LA; QL (240 EA per 30 days)
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG		5	PA; QL (60 EA per 30 days)
TRUSELTIQ (100MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 100 MG		5	PA; QL (21 EA per 28 days)
TRUSELTIQ (125MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 100 & 25 MG		5	PA; QL (42 EA per 28 days)
TRUSELTIQ (50MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 25 MG		5	PA; QL (42 EA per 28 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
TRUSELTIQ (75MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 25 MG		5	PA; QL (63 EA per 28 days)
TURALIO ORAL CAPSULE 200 MG		5	PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
UKONIQ ORAL TABLET 200 MG		5	PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG		3	PA; MT; LA
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG		5	PA; LA
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 50 & 100 MG		5	PA; LA
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG		5	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG		5	PA; LA
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML		5	PA; LA
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
VOTRIENT ORAL TABLET 200 MG		5	PA; LA
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG		5	PA; LA
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG		5	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
ZEJULA ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG		5	PA; LA
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG		5	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG		5	PA; LA
Retinoides			

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>bexarotene external gel 1 %</i>	TARGRETIN	5	PA
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i>	TARGRETIN	5	PA
<i>tretinoin oral capsule 10 mg</i>		5	
Tratamientos Adyuvantes			
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>		2	CG
MESNEX ORAL TABLET 400 MG		5	
Antiparasíticos			
Antihelmínticos			
<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>		5	
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i>	STROMEKTOL	2	PA
<i>praziquantel oral tablet 600 mg</i>	BILTRICIDE	2	
Antiprotozoales			
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5ml</i>	MEPRON	5	PA
<i>atovaquone-proguanil hcl oral tablet 250-100 mg, 62.5-25 mg</i>	MALARONE	2	
<i>benznidazole oral tablet 100 mg, 12.5 mg</i>		3	
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		2	
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG		4	QL (24 EA per 30 days)
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 100 mg, 300 mg, 400 mg</i>		3	MT
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 200 mg</i>	PLAQUENIL	2	MT
<i>mefloquine hcl oral tablet 250 mg</i>		2	
<i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i>	ALINIA	5	
<i>pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted 300 mg</i>	NEBUPENT	2	PA
<i>pentamidine isethionate injection solution reconstituted 300 mg</i>	PENTAM	2	PA
<i>primaquine phosphate oral tablet 26.3 (15 base) mg</i>		2	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i>	QUALAQUIN	2	
Antisicóticos			
Primera Generación, Típicos			
<i>chlorpromazine hcl oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml</i>		2	
<i>chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>		2	
<i>fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml</i>		2	
<i>fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml</i>		2	
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>		2	MT
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5ml</i>		2	MT
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>		2	MT
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml 1 ml, 50 mg/ml, 50 mg/ml(1ml)</i>	HALDOL DECANOATE	2	
<i>haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml</i>		2	CG
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>		2	MT; CG
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>		2	MT; CG
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>		2	MT; CG
<i>molindone hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>		2	MT; CG
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>		2	
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>		2	CG
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		2	MT; CG

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>thioridazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>		2	PA; CG
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>		2	PA; MT; CG
<i>trifluoperazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>		2	MT; CG
Resistente A Tratamiento			
<i>clozapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	CLOZARIL	2	MT; CG
<i>clozapine oral tablet dispersible 100 mg, 12.5 mg, 150 mg, 25 mg</i>		2	MT; CG
<i>clozapine oral tablet dispersible 200 mg</i>		5	
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML		5	
Segunda Generación, Atípicos			
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 300 MG, 400 MG		5	PA; QL (1 EA per 28 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 300 MG, 400 MG		5	PA; QL (1 EA per 28 days)
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>		2	CG
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	ABILIFY	2	CG
<i>aripiprazole oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg</i>		5	
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 675 MG/2.4ML		5	PA; QL (2.4 ML per 28 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 1064 MG/3.9ML		5	PA; QL (3.9 ML per 56 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 441 MG/1.6ML		5	PA; QL (1.6 ML per 28 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 662 MG/2.4ML		5	PA; QL (2.4 ML per 28 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 882 MG/3.2ML		5	PA; QL (3.2 ML per 28 days)
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG		4	PA
FANAPT ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 6 MG, 8 MG		5	PA
FANAPT TITRATION PACK ORAL TABLET 1 & 2 & 4 & 6 MG		4	PA
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1092 MG/3.5ML		5	PA; QL (3.5 ML per 180 days)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1560 MG/5ML		5	PA; QL (5 ML per 180 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 117 MG/0.75ML		5	PA; QL (0.8 ML per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 156 MG/ML		5	PA; QL (1 ML per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 234 MG/1.5ML		5	PA; QL (1.5 ML per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 39 MG/0.25ML		4	PA; QL (0.3 ML per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 78 MG/0.5ML		5	PA; QL (0.5 ML per 28 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 273 MG/0.88ML		5	PA; QL (0.9 ML per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 410 MG/1.32ML		5	PA; QL (1.3 ML per 90 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 546 MG/1.75ML		5	PA; QL (1.8 ML per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 819 MG/2.63ML		5	PA; QL (3 ML per 90 days)
LATUDA ORAL TABLET 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG		5	PA
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
<i>olanzapine intramuscular solution reconstituted 10 mg</i>	ZYPREXA	2	CG
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	ZYPREXA	2	MT; CG
<i>olanzapine oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	ZYPREXA ZYDIS	2	MT; CG
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 1.5 mg, 3 mg, 6 mg, 9 mg</i>	INVEGA	2	
PERSERIS SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 120 MG, 90 MG		5	PA; QL (1 EA per 28 days)
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg</i>	SEROQUEL XR	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	SEROQUEL XR	2	MT; CG; 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	1	MT; CG
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 12.5 MG, 25 MG		4	PA; QL (2 EA per 28 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 37.5 MG, 50 MG		5	PA; QL (2 EA per 28 days)
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i>	RISPERDAL	2	MT; CG
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg</i>		2	MT; CG
<i>risperidone oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	RISPERDAL	2	MT; CG
<i>risperidone oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>		2	MT; CG
SAPHRIS SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 10 MG		5	PA
SAPHRIS SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 2.5 MG, 5 MG		2	PA
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24HR, 5.7 MG/24HR, 7.6 MG/24HR		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE THERAPY PACK 1.5 & 3 MG		4	PA; QL (14 EA per 365 days)
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	GEODON	2	CG
<i>ziprasidone mesylate intramuscular solution reconstituted 20 mg</i>	GEODON	2	QL (6 EA per 3 days)
Antivirales			
<i>Agentes Anti-Citomegalovirus (Cmv)</i>			
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>valganciclovir hcl oral solution reconstituted 50 mg/ml</i>	VALCYTE	2	
<i>valganciclovir hcl oral tablet 450 mg</i>	VALCYTE	2	
<i>Agentes Anti-Hepatitis B (Hbv)</i>			
<i>adefovir dipivoxil oral tablet 10 mg</i>		5	PA

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
BARACLUDE ORAL SOLUTION 0.05 MG/ML		5	PA
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	BARACLUDE	2	PA
EPIVIR HBV ORAL SOLUTION 5 MG/ML		4	
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i>	EPIVIR	2	MT; CG
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>	EPIVIR HBV	2	
<i>lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	EPIVIR	2	MT; CG
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>	VIREAD	2	MT
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG		5	PA; QL (28 EA per 28 days)
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/GM		5	
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG		5	
Agentes Anti-Hepatitis C (Hcv)			
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG, 400-100 MG		5	PA; QL (84 EA per 365 days)
HARVONI ORAL TABLET 90-400 MG		5	PA; QL (168 EA per 365 days)
MAVYRET ORAL TABLET 100-40 MG		5	PA; QL (336 EA per 365 days)
<i>ribavirin oral capsule 200 mg</i>		2	
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>		2	
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG		5	PA; QL (84 EA per 365 days)
ZEPATIER ORAL TABLET 50-100 MG		5	PA; QL (112 EA per 365 days)
Agentes Anti-Herpéticos			
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>		2	
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5ml</i>	ZOVIRAX	2	
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>		2	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>		2	PA
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>		2	
<i>trifluridine ophthalmic solution 1 %</i>		2	
<i>valacyclovir hcl oral tablet 1 gm</i>	VALTREX	2	
<i>valacyclovir hcl oral tablet 500 mg</i>	VALTREX	2	QL (30 EA per 30 days)
Agentes Anti-Hiv, Inhibidores De Integrasa (Insti)			
BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG		5	
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG		5	
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG		5	
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG		5	
ISENTRESS ORAL PACKET 100 MG		4	MT
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG		5	
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG		4	MT
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 25 MG		3	MT
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG		5	
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG		5	
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG		3	MT
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG		5	
TIVICAY PD ORAL TABLET SOLUBLE 5 MG		3	MT

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
Agentes Anti-Hiv, Inhibidores No-Nucleósidos De La Trascriptasa Reversa (Nnrti)			
COMPLERA ORAL TABLET 200-25-300 MG		5	
EDURANT ORAL TABLET 25 MG		5	
<i>efavirenz oral capsule 200 mg</i>	SUSTIVA	2	MT
<i>efavirenz oral capsule 50 mg</i>	SUSTIVA	2	MT; CG
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>	SUSTIVA	2	MT
<i>etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	INTELENCE	5	
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG		4	MT
<i>nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 400 mg</i>		2	MT; CG
<i>nevirapine oral suspension 50 mg/5ml</i>		2	MT; CG
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>		2	MT; CG
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG		5	
Agentes Anti-Hiv, Inhibidores Nucleósidos De La Trascriptasa Reversa (Nnrti)			
<i>abacavir sulfate oral solution 20 mg/ml</i>	ZIAGEN	2	MT; CG
<i>abacavir sulfate oral tablet 300 mg</i>	ZIAGEN	2	MT; CG
<i>abacavir sulfate-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>	EPZICOM	2	MT; CG
<i>abacavir-lamivudine-zidovudine oral tablet 300-150-300 mg</i>	TRIZIVIR	5	
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG		5	
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG		5	
DESCOVY ORAL TABLET 200-25 MG		5	
<i>efavirenz-emtricitab-tenofovir oral tablet 600-200-300 mg</i>	ATRIPLA	5	
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir oral tablet 400-300-300 mg</i>	SYMFI LO	5	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir oral tablet 600-300-300 mg</i>	SYMFI	5	
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i>	EMTRIVA	2	MT; CG
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg, 200-300 mg</i>	TRUVADA	5	
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML		3	MT
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG		5	
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i>	EPIVIR	2	MT; CG
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>	EPIVIR HBV	2	
<i>lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	EPIVIR	2	MT; CG
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i>	COMBIVIR	2	MT; CG
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG		5	
TEMIXYS ORAL TABLET 300-300 MG		5	
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>	VIREAD	2	MT
TRIZIVIR ORAL TABLET 300-150-300 MG		5	
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/GM		5	
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG		5	
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i>	RETROVIR	2	MT; CG
<i>zidovudine oral syrup 50 mg/5ml</i>	RETROVIR	2	MT; CG
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>		2	MT; CG
Agentes Anti-Hiv, Otros			
FUZEON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 90 MG		5	
<i>maraviroc oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	SELZENTRY	5	
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 600 MG		5	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML		5	
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG		3	MT
SELZENTRY ORAL TABLET 75 MG		5	
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG		5	
TRIUMEQ PD ORAL TABLET SOLUBLE 60-5-30 MG		5	
TYBOST ORAL TABLET 150 MG		3	MT
Agentes Anti-Influenza			
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>		2	MT; CG
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5ml</i>		2	MT; CG
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>		2	MT; CG
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 30 mg</i>	TAMIFLU	2	QL (168 EA per 365 days)
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 45 mg, 75 mg</i>	TAMIFLU	2	QL (84 EA per 365 days)
<i>oseltamivir phosphate oral suspension reconstituted 6 mg/ml</i>	TAMIFLU	2	QL (1080 ML per 365 days)
RELENZA DISKHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 5 MG/ACT		3	QL (120 EA per 365 days)
<i>rimantadine hcl oral tablet 100 mg</i>		2	
Agentes Anti-Vih, Inhibidores De La Proteasa (Pi)			
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG		5	
<i>atazanavir sulfate oral capsule 150 mg</i>		2	MT; CG
<i>atazanavir sulfate oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	REYATAZ	2	MT; CG
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG		5	
<i>fosamprenavir calcium oral tablet 700 mg</i>	LEXIVA	5	
INVIRASE ORAL TABLET 500 MG		5	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML		4	MT
<i>lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5ml</i>	KALETRA	2	MT
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg</i>	KALETRA	2	MT
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg</i>	KALETRA	5	
NORVIR ORAL PACKET 100 MG		3	MT
NORVIR ORAL SOLUTION 80 MG/ML		3	MT
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG		5	
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML		5	
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG, 600 MG, 800 MG		5	
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG		3	MT
REYATAZ ORAL PACKET 50 MG		5	
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i>	NORVIR	2	MT; CG
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG		5	
Electrólitos / Minerales / Metales / Vitaminas			
<i>Electrólitos / Minerales / Metales / Vitaminas</i>			
AMINOSYN-PF INTRAVENOUS SOLUTION 7 %		4	PA
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %		4	PA
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %		4	PA
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %		4	PA
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %		4	PA
<i>dextrose intravenous solution 10 %, 5 %</i>		2	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

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

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<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>		2	
HEPATAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 8 %		2	PA
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %, 30 %		4	PA
ISOLYTE-P IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION		4	
<i>levocarnitine oral solution 1 gm/10ml</i>	CARNITOR	2	PA; MT
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i>	CARNITOR	2	MT
NUTRILIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %		4	PA
PREMASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %		2	PA
PROCALAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 3 %		4	PA
PROSOL INTRAVENOUS SOLUTION 20 %		4	PA
TPN ELECTROLYTES INTRAVENOUS CONCENTRATE		3	PA
TRAVASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %		4	PA
TROPHAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 10 %		4	PA
<i>Electrólitos / Minerales/ Modificadores De Metales</i>			
CHEMET ORAL CAPSULE 100 MG		4	
<i>deferasirox oral tablet soluble 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	EXJADE	5	PA
<i>deferiprone oral tablet 500 mg</i>	FERRIPROX	5	PA
FERRIPROX ORAL SOLUTION 100 MG/ML		5	PA
FERRIPROX ORAL TABLET 1000 MG		5	PA

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
KLOR-CON ORAL PACKET 20 MEQ		2	MT; CG
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i>	DEPEN TITRATABS	5	
<i>potassium chloride crys er oral tablet extended release 15 meq</i>		2	MT; CG
<i>trientine hcl oral capsule 250 mg</i>	SYPRINE	5	
Electrólitos / Reemplazo De Minerales			
<i>carglumic acid oral tablet soluble 200 mg</i>	CARBAGLU	5	PA; LA
ISOLYTE-S PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION		4	
<i>kcl in dextrose-nacl intravenous solution 10-5-0.45 meq/l-%-%, 20-5-0.2 meq/l-%-%, 20-5-0.45 meq/l-%-%, 20-5-0.9 meq/l-%-%, 30-5-0.45 meq/l-%-%, 40-5-0.45 meq/l-%-%, 40-5-0.9 meq/l-%-%</i>		2	
KLOR-CON 10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 10 MEQ		2	MT; CG
KLOR-CON M10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 10 MEQ		2	MT; CG
KLOR-CON M15 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 15 MEQ		2	MT; CG
KLOR-CON M20 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 20 MEQ		2	MT; CG
KLOR-CON ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 8 MEQ		2	MT; CG
<i>magnesium sulfate injection solution 50 %</i>		2	
PLASMA-LYTE 148 INTRAVENOUS SOLUTION		4	
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS SOLUTION		4	
<i>potassium chloride crys er oral tablet extended release 10 meq</i>		2	MT; CG
<i>potassium chloride crys er oral tablet extended release 20 meq</i>		2	MT; CG

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>potassium chloride er oral capsule extended release 10 meq, 8 meq</i>		2	MT; CG
<i>potassium chloride er oral tablet extended release 10 meq</i>		2	MT; CG
<i>potassium chloride er oral tablet extended release 20 meq</i>	K-TAB	2	MT; CG
<i>potassium chloride er oral tablet extended release 8 meq</i>		2	MT; CG
<i>potassium chloride in dextrose intravenous solution 20-5 meq/l-%</i>		2	
<i>potassium chloride in nacl intravenous solution 20-0.45 meq/l-%, 20-0.9 meq/l-%, 40-0.9 meq/l-%</i>		2	
<i>potassium chloride intravenous solution 10 meq/100ml, 2 meq/ml, 20 meq/100ml</i>		2	
<i>potassium chloride oral packet 20 meq</i>		2	MT; CG
<i>potassium chloride oral solution 20 meq/15ml (10%), 40 meq/15ml (20%)</i>		2	MT; CG
<i>potassium citrate er oral tablet extended release 10 meq (1080 mg)</i>	UROKIT-K 10	2	
<i>potassium citrate er oral tablet extended release 15 meq (1620 mg)</i>	UROKIT-K 15	2	
<i>potassium citrate er oral tablet extended release 5 meq (540 mg)</i>	UROKIT-K 5	2	
<i>sodium chloride intravenous solution 0.45 %, 0.9 %, 3 %, 5 %</i>		2	
<i>sodium chloride irrigation solution 0.9 %</i>	ARGYLE STERILE SALINE	2	
<i>sodium fluoride oral tablet 2.2 (1 f) mg</i>		2	MT
SUPREP BOWEL PREP KIT ORAL SOLUTION 17.5-3.13-1.6 GM/177ML		4	
Enlazadores De Fósforo			
<i>calcium acetate (phos binder) oral capsule 667 mg</i>		2	CG

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>calcium acetate oral tablet 667 mg</i>	CALPHRON	2	CG; QL (360 EA per 30 days)
<i>lanthanum carbonate oral tablet chewable 1000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	FOSRENOL	2	CG
<i>sevelamer carbonate oral packet 0.8 gm</i>	REVELA	5	QL (540 EA per 30 days)
<i>sevelamer carbonate oral packet 2.4 gm</i>	REVELA	5	QL (180 EA per 30 days)
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i>	REVELA	2	QL (540 EA per 30 days)
Ligantes De Potasio			
LOKELMA ORAL PACKET 10 GM, 5 GM		3	
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>		2	CG
SPS ORAL SUSPENSION 15 GM/60ML		2	CG
VELTASSA ORAL PACKET 16.8 GM, 25.2 GM, 8.4 GM		3	
Vitaminas			
KLOR-CON 10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 10 MEQ		2	MT; CG
KLOR-CON M10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 10 MEQ		2	MT; CG
KLOR-CON M15 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 15 MEQ		2	MT; CG
KLOR-CON M20 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 20 MEQ		2	MT; CG
KLOR-CON ORAL PACKET 20 MEQ		2	MT; CG
KLOR-CON ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 8 MEQ		2	MT; CG
<i>prenatal oral tablet 27-1 mg</i>	NEONATAL PLUS	2	MT
Antídotos			
Antídotos, Sistémico			
<i>flumazenil intravenous solution 0.5 mg/5ml</i>		1	QL (10 ML per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>flumazenil intravenous solution 1 mg/10ml</i>		1	QL (20 ML per 30 days)
Productos Sanguíneos Y Modificadores			
Agentes Hemostáticos			
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	LYSTEDA	2	
Agentes Modificadores De Plaquetas			
<i>aspirin-dipyridamole er oral capsule extended release 12 hour 25-200 mg</i>		2	MT; CG
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG		6	MT
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>		1	MT; CG
<i>clopidogrel bisulfate oral tablet 75 mg</i>	PLAVIX	1	MT; CG
<i>prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	EFFIENT	2	MT; CG
Anticoagulantes			
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 5 MG		6	MT
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG, 5 MG		6	MT
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 100 mg/ml, 150 mg/ml</i>	LOVENOX	2	QL (30 ML per 30 days)
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 120 mg/0.8ml, 80 mg/0.8ml</i>	LOVENOX	2	QL (24 ML per 30 days)
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 30 mg/0.3ml</i>	LOVENOX	2	QL (9 ML per 30 days)
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 40 mg/0.4ml</i>	LOVENOX	2	QL (12 ML per 30 days)
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 60 mg/0.6ml</i>	LOVENOX	2	QL (18 ML per 30 days)
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 10 mg/0.8ml</i>	ARIXTRA	5	QL (24 ML per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 2.5 mg/0.5ml</i>	ARIXTRA	2	QL (15 ML per 30 days)
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 5 mg/0.4ml</i>	ARIXTRA	5	QL (12 ML per 30 days)
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 7.5 mg/0.6ml</i>	ARIXTRA	5	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>		2	PA
JANTOVEN ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 2 MG, 2.5 MG, 3 MG, 4 MG, 5 MG, 6 MG, 7.5 MG		1	MT; CG
PRADAXA ORAL CAPSULE 110 MG, 150 MG, 75 MG		6	MT
<i>warfarin sodium oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>	COUMADIN	1	MT; CG
XARELTO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 1 MG/ML		6	MT; QL (600 ML per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 20 MG		6	MT
XARELTO STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 15 & 20 MG		6	
Productos Sanguíneos Y Modificadores, Otros			
<i>anagrelide hcl oral capsule 0.5 mg</i>	AGRYLIN	2	CG
<i>anagrelide hcl oral capsule 1 mg</i>		2	CG
NEUPOGEN INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6ML		5	PA
NEUPOGEN INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MCG/0.5ML, 480 MCG/0.8ML		5	PA
NIVESTYM INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6ML		5	PA

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
NIVESTYM INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MCG/0.5ML, 480 MCG/0.8ML		5	PA
PROMACTA ORAL PACKET 12.5 MG		5	PA; LA; QL (360 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL PACKET 25 MG		5	PA; LA; QL (180 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG		5	PA; LA; QL (360 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 25 MG		5	PA; LA; QL (180 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 50 MG		5	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 75 MG		5	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
PYRUKYND ORAL TABLET 20 MG, 5 MG, 50 MG		5	PA; QL (56 EA per 28 days)
PYRUKYND TAPER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 5 MG		5	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		5	PA; QL (14 EA per 14 days)
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10000 UNIT/ML, 10000 UNIT/ML(1ML), 2000 UNIT/ML, 3000 UNIT/ML, 4000 UNIT/ML		3	PA
RETACRIT INJECTION SOLUTION 20000 UNIT/ML		4	PA
RETACRIT INJECTION SOLUTION 40000 UNIT/ML		5	PA
Productos Sanguíneos Y Modificadores			
PROMACTA ORAL PACKET 12.5 MG		5	PA; LA; QL (360 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL PACKET 25 MG		5	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 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG		5	PA; LA; QL (360 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 25 MG		5	PA; LA; QL (180 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 50 MG		5	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 75 MG		5	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
Reguladores De Glucosa En Sangre			
<i>Agentes Antidiabéticos</i>			
<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>		2	MT; CG; QL (90 EA per 30 days)
BYDUREON BCISE SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 2 MG/0.85ML		6	MT; QL (3.4 ML per 28 days)
BYETTA 10 MCG PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 10 MCG/0.04ML		6	MT; QL (2.4 ML per 30 days)
BYETTA 5 MCG PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 5 MCG/0.02ML		6	MT; QL (1.2 ML per 30 days)
<i>colesevelam hcl oral packet 3.75 gm</i>	WELCHOL	2	MT
<i>colesevelam hcl oral tablet 625 mg</i>	WELCHOL	2	MT
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG		6	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	AMARYL	1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	GLUCOTROL XL	1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		1	MT; CG; QL (120 EA per 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>		1	MT; CG; QL (120 EA per 30 days)
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG		6	MT; QL (30 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

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

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
OZEMPIC (1 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2 MG/1.5ML		6	MT; QL (6 ML per 28 days)
OZEMPIC (1 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 4 MG/3ML		6	MT; QL (3 ML per 28 days)
OZEMPIC (2 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 8 MG/3ML		6	MT; QL (3 ML per 28 days)
<i>pioglitazone hcl oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	ACTOS	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>pioglitazone hcl-glimepiride oral tablet 30-2 mg, 30-4 mg</i>	DUETACT	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl oral tablet 15-500 mg, 15-850 mg</i>	ACTOPLUS MET	1	MT; CG; QL (90 EA per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>		1	MT; CG; QL (120 EA per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>		1	MT; CG; QL (240 EA per 30 days)
SYMLINPEN 120 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2700 MCG/2.7ML		5	PA; QL (11 ML per 30 days)
SYMLINPEN 60 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 1500 MCG/1.5ML		5	PA; QL (6 ML per 30 days)
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1000 MG, 12.5-500 MG, 5-1000 MG, 5-500 MG		6	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		6	MT; QL (60 EA per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25-1000 MG		6	MT; QL (30 EA per 30 days)
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG		6	ST; MT; QL (30 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-5- 1000 MG, 25-5-1000 MG		6	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		6	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		6	MT; QL (2 ML per 28 days)
VICTOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 18 MG/3ML		6	MT; QL (9 ML per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10- 1000 MG, 10-500 MG		6	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		6	MT; QL (60 EA per 30 days)
Agentes Glicémicos			
<i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i>	PROGLYCEM	2	
GLUCAGEN HYPOKIT INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 1 MG		3	
<i>glucagon emergency injection kit 1 mg</i>		3	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO- INJECTOR 1 MG/0.2ML		3	
GVOKE KIT SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 MG/0.2ML		3	
GVOKE PFS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 1 MG/0.2ML		3	
KORLYM ORAL TABLET 300 MG		5	PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
Insulinas			

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 1 ML		3	MT
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML		3	MT
<i>gauze sterile pad 2"x2"</i>	BAND-AID GAUZE SMALL	3	MT
EXEL COMFORT POINT PEN NEEDLE 29G X 12MM		3	MT
HUMALOG INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days); SSM
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days); SSM
HUMALOG KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML, 200 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days); SSM
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (50-50) 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days); SSM
HUMALOG MIX 50/50 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (50-50) 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days); SSM
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (75-25) 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days); SSM
HUMALOG MIX 75/25 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (75-25) 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days); SSM
HUMALOG SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days); SSM
HUMULIN 70/30 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days); SSM
HUMULIN 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days); SSM

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
HUMULIN N KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN- INJECTOR 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days); SSM
HUMULIN N SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days); SSM
HUMULIN R INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days); SSM
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML		5	PA; QL (30 ML per 30 days)
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN- INJECTOR 500 UNIT/ML		5	PA; QL (30 ML per 30 days)
LANTUS SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN- INJECTOR 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days); SSM
LANTUS SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days); SSM
LEVEMIR FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN- INJECTOR 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days); SSM
LEVEMIR SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days); SSM
<i>preferred plus insulin syringe 28g x 1/2"</i> <i>0.5 ml</i>	BD INSULIN SYRINGE MICROFINE	3	MT
RELI-ON INSULIN SYRINGE 29G 0.3 ML		3	MT
SOLIQUA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-33 UNT-MCG/ML		3	MT; QL (18 ML per 30 days); SSM
TOUJEO MAX SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN- INJECTOR 300 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days); SSM
TOUJEO SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN- INJECTOR 300 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days); SSM

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
TRESIBA FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN- INJECTOR 100 UNIT/ML, 200 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days); SSM
TRESIBA SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days); SSM
Relajantes Musculo Esqueletales			
<i>Relajantes Musculo Esqueletales</i>			
<i>chlorzoxazone oral tablet 500 mg</i>		2	PA
<i>cyclobenzaprine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		2	PA
<i>cyclobenzaprine hcl oral tablet 7.5 mg</i>	FEXMID	2	PA
<i>orphenadrine citrate injection solution 30 mg/ml</i>		2	
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	5	LA
CERDELGA ORAL CAPSULE 84 MG		5	
CHOLBAM ORAL CAPSULE 250 MG, 50 MG		5	PA
CREON ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 12000-38000 UNIT, 24000-76000 UNIT, 3000-9500 UNIT, 36000-114000 UNIT, 6000-19000 UNIT		3	MT
<i>cromolyn sodium inhalation nebulization solution 20 mg/2ml</i>		2	PA; CG
<i>cromolyn sodium oral concentrate 100 mg/5ml</i>	GASTROCROM	2	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
CYSTAGON ORAL CAPSULE 150 MG, 50 MG		3	MT; LA
<i>miglustat oral capsule 100 mg</i>	ZAVESCA	5	PA; QL (90 EA per 30 days)
<i>nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	ORFADIN	5	PA
NITYR ORAL TABLET 10 MG, 2 MG, 5 MG		5	PA; LA
ORFADIN ORAL CAPSULE 20 MG		5	PA; LA
ORFADIN ORAL SUSPENSION 4 MG/ML		5	PA; LA
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG		5	PA; LA
RAVICTI ORAL LIQUID 1.1 GM/ML		5	PA
<i>sapropterin dihydrochloride oral packet 100 mg, 500 mg</i>	JAVYGTOR	5	PA
<i>sapropterin dihydrochloride oral tablet 100 mg</i>	JAVYGTOR	5	PA
<i>sodium phenylbutyrate oral powder 3 gm/tsp</i>	BUPHENYL	5	PA
<i>sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg</i>	BUPHENYL	5	PA
SUCRAID ORAL SOLUTION 8500 UNIT/ML		5	
VIJOICE ORAL TABLET THERAPY PACK 125 MG, 50 MG		5	PA; QL (28 EA per 28 days)
VIJOICE ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 50 MG		5	PA; QL (56 EA per 28 days)
XURIDEN ORAL PACKET 2 GM		5	PA; QL (120 EA per 30 days)
ZEMAIRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG		5	PA; LA

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

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

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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		4	MT

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

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

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de 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.....	130	amikacin sulfate.....	89	atenolol-chlorthalidone.....	17
abacavir sulfate-lamivudine .	130	amiloride hcl.....	26	atomoxetine hcl	30
abacavir-lamivudine-zidovudine	130	amiloride-hydrochlorothiazide	17	atorvastatin calcium.....	24
ABELCET.....	109	AMINOSYN-PF.....	133	atovaquone.....	122
ABILIFY MAINTENA	103, 124	amiodarone hcl	22	atovaquone-proguanil hcl	122
abiraterone acetate.....	112	amitriptyline hcl	106	atropine sulfate	63
acamprosate calcium	68	amlodipine besy-benazepril hcl	17	ATROVENT HFA.....	80
acarbose.....	141	amlodipine besylate.....	19	AUBRA EQ.....	42
ACCUTANE.....	31	amlodipine besylate-valsartan	17	AUSTEDO	28
acebutolol hcl	16, 22	amlodipine-atorvastatin	17	AVIANE.....	42
acetaminophen-codeine.....	82	amlodipine-olmesartan	17	AVITA.....	31
acetaminophen-codeine #3.....	82	amlodipine-valsartan-hctz	17	AYVAKIT	116
acetazolamide	17, 61	ammonium lactate	32	AZASITE	64
acetazolamide er.....	61	AMNESTEEM.....	31	azathioprine	54
acetic acid.....	66	amoxapine	107	azelastine hcl	61, 78, 79
acetylcysteine	76	amoxicillin.....	93	azithromycin	95
acitretin.....	31	amoxicillin-pot clavulanate ...	93	aztreonam	90
ACTHIB.....	57	amoxicillin-pot clavulanate er	93	B	
ACTIMMUNE	53	amphetamine-dextroamphet er	29	bacitracin	64
acyclovir	36, 128	amphetamine-		bacitracin-polymyxin b.....	64
acyclovir sodium	129	dextroamphetamine	29, 30	bacitra-neomycin-polymyxin-hc	63
ADACEL.....	57	amphotericin b.....	109	baclofen	68
adapalene.....	31	ampicillin.....	93	balsalazide disodium	73
adefovir dipivoxil	127	ampicillin sodium.....	94	BALVERSA	116
ADEMPAS.....	78	ampicillin-sulbactam sodium .	94	BALZIVA.....	42
ADVAIR DISKUS.....	76	anagrelide hcl	139	BARACLUDE.....	128
ADVAIR HFA	76	anastrozole.....	115	bcg vaccine	58
AIMOVIG	70	ANDRODERM	46	BD ALCOHOL SWABS 70 %	35
albendazole.....	122	ANORO ELLIPTA.....	76	benazepril hcl.....	27
albuterol sulfate.....	81	APOKYN	71	benazepril-hydrochlorothiazide	17, 18
albuterol sulfate hfa.....	81	apomorphine hcl	71	BENLYSTA	54
alclometasone dipropionate....	32	aprepitant	108	benznidazole	122
ALECENSA	115	APRI.....	42	benzoyl peroxide-erythromycin	31
alendronate sodium	75	APTIVUS	132	benztropine mesylate	72
alfuzosin hcl er	40	ARANELLE.....	42	BEPREVE	61
aliskiren fumarate	17	ARCALYST.....	51	BESREMI.....	53
allopurinol	12	aripiprazole.....	103, 124	betaine.....	147
alosetron hcl	37	ARISTADA.....	124, 125	betamethasone dipropionate ..	32, 41
ALPHAGAN P.....	61	ARISTADA INITIO.....	124	betamethasone dipropionate aug	32, 41
alprazolam	88	armodafinil	66	betamethasone valerate.....	32, 33
ALREX.....	62	ARNUITY ELLIPTA.....	79	BETASERON.....	30
ALTAVERA	42	aspirin-dipyridamole er	138	betaxolol hcl	16, 61
ALUNBRIG	116	ASSURE ID INSULIN		bethanechol chloride.....	39
ALYQ.....	78	SAFETY SYR.....	145		
amantadine hcl.....	71, 132	atazanavir sulfate.....	132		
AMBISOME	109	atenolol	16		
ambrisentan	78				

BETOPTIC-S	61	candesartan cilexetil-hctz	18	cimetidine	38
bexarotene	122	CAPLYTA.....	125	cimetidine hcl	38
BEXSERO.....	58	CAPRELSA.....	116	cinacalcet hcl	75
bicalutamide	112	captopril.....	27	ciprofloxacin hcl.....	64, 66, 96
BICILLIN L-A	94	carbamazepine	14, 15, 99	ciprofloxacin in d5w.....	96
BIKTARVY	129	carbamazepine er	14, 99	ciprofloxacin-dexamethasone.....	66
bimatoprost.....	65	carbidopa-levodopa	72, 73	citalopram hydrobromide	104
bisoprolol fumarate	16	carbidopa-levodopa er	72	CLARAVIS	31
bisoprolol-hydrochlorothiazide	18	carbidopa-levodopa-entacapone	71	clarithromycin.....	95
BIVIGAM	54	carglumic acid	135	clarithromycin er	95
BLEPHAMIDE S.O.P.....	63	carteolol hcl	61	clindamycin hcl	90
BOOSTRIX.....	58	CARTIA XT.....	20, 22	clindamycin palmitate hcl.....	90
BOSULIF	116	carvedilol	16	clindamycin phosphate	36, 90
BRAFTOVI.....	116	carvedilol phosphate er.....	16	clindamycin phosphate in d5w	90
BREO ELLIPTA	81	caspofungin acetate	109	CLINIMIX/DEXTROSE	
briellyn	42	CAYSTON	76	(4.25/10)	133
BRILINTA	138	cefaclor	91	CLINIMIX/DEXTROSE	
brimonidine tartrate	62	cefaclor er	91	(4.25/5)	133
brinzolamide.....	62	cefadroxil.....	91, 92	CLINIMIX/DEXTROSE (5/15)	
BRIVIACT	101	cefazolin sodium.....	92	.....	133
bromocriptine mesylate	50, 71	cefdinir.....	92	CLINIMIX/DEXTROSE (5/20)	
BRUKINSA	116	cefepime hcl	92	.....	133
budesonide.....	41, 73, 79	cefixime	92	clobazam.....	97
budesonide er.....	41, 73	cefoxitin sodium	92	clobetasol propionate.....	33
bumetanide	26	cefpodoxime proxetil.....	92	clobetasol propionate e	33
buprenorphine hcl.....	67, 68, 84	cefprozil.....	92	clomipramine hcl	107
buprenorphine hcl-naloxone hcl	68	ceftazidime	92	clonazepam	88, 97, 98
bupropion hcl.....	103	ceftriaxone sodium	92	clonidine	21
bupropion hcl er (smoking det)	67	cefuroxime axetil	92	clonidine hcl	21
bupropion hcl er (sr)	103	cefuroxime sodium	93	clopidogrel bisulfate	138
bupropion hcl er (xl).....	103	celecoxib.....	86	clorazepate dipotassium....	88, 98
bupropion hcl	87	CELONTIN	100	clotrimazole	109
BYDUREON BCISE	141	cephalexin.....	93	clotrimazole-betamethasone ...	35
BYETTA 10 MCG PEN	141	CERDELGA.....	147	clozapine.....	124
BYETTA 5 MCG PEN	141	cetirizine hcl	79	COARTEM.....	122
C		cevimeline hcl.....	65	colchicine.....	12, 13
cabergoline	50	CHEMET.....	134	colchicine-probenecid.....	13
CABOMETYX.....	116	chlorhexidine gluconate	65	colesevelam hcl	25, 141
calcipotriene	35	chloroquine phosphate.....	122	colestipol hcl.....	25
calcitonin (salmon).....	75	chlorthalidone.....	26	colistimethate sodium (cba)....	90
calcitriol.....	75	chlorzoxazone.....	147	COMBIGAN	62
calcium acetate	137	CHOLBAM.....	147	COMBIVENT RESPIMAT....	77
calcium acetate (phos binder)	136	cholestyramine.....	25	COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE)	116
CALQUENCE.....	116	cholestyramine light	25	COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE)	116
CAMILA	47	ciclopirox.....	36	COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE)	116
CAMZYOS	18	ciclopirox olamine	109	COMFORT ASSIST INSULIN	
candesartan cilexetil	21	cilostazol.....	138	SYRINGE.....	145
		CILOXAN	64, 96		
		CIMDUO.....	130		

COMPLERA	130	diclofenac potassium	86	EDURANT	130
constulose	37	diclofenac sodium.....	62, 86	efavirenz	130
copiktra.....	116	diclofenac sodium er	86	efavirenz-emtricitab-tenofovir	
CORLANOR.....	18	dicloxacillin sodium	94	.....	130
COTELLIC.....	116	dicyclomine hcl	38, 39	efavirenz-lamivudine-tenofovir	
CREON	147	DIFICID	95	.....	130, 131
cromolyn sodium.....	61, 82, 147	diflunisal.....	86	eletriptan hydrobromide	69
CRYSSELLE-28	42	DIGITEK.....	22	ELIGARD.....	50
CYCLAFEM 1/35	42	DIGOX	22	ELIQUIS.....	138
CYCLAFEM 7/7/7	42	digoxin.....	22	ELIQUIS DVT/PE STARTER	
cyclobenzaprine hcl.....	147	dihydroergotamine mesylate ..	70	PACK	138
cyclophosphamide.....	111	DILANTIN.....	99	ELMIRON.....	40
cyclosporine	55	DILANTIN INFATABS	99	EMCYT	112
cyclosporine modified.....	55	diltiazem hcl	20, 23	EMEND.....	108
cyproheptadine hcl	79	diltiazem hcl er	20, 23	EMGALITY	70
CYSTAGON	148	diltiazem hcl er beads .	20, 22, 23	EMGALITY (300 MG DOSE)	
CYSTARAN	63	diltiazem hcl er coated beads.	20,	.....	70
D		23		EMOQUETTE.....	43
dalfampridine er	30	dilt-xr	20, 23	EMSAM	104
DALIRESP.....	82	DIPENTUM	73	emtricitabine	131
danazol	46	diphenoxylate-atropine.....	37	emtricitabine-tenofovir df.....	131
dantrolene sodium	68	diphtheria-tetanus toxoids dt ..	58	EMTRIVA.....	131
dapsone.....	110	disulfiram.....	68	enalapril maleate.....	27
DAPTACEL	58	divalproex sodium	15, 70, 101	enalapril-hydrochlorothiazide.	18
daptomycin	90	divalproex sodium er	15, 70, 101	ENBREL.....	55
DAURISMO.....	117	dofetilide.....	23	ENBREL MINI	55
DEBLITANE	47	donepezil hcl.....	12	ENBREL SURECLICK	55
deferasirox.....	134	dorzolamide hcl	62	ENDOCET	85, 86
deferiprone	134	dorzolamide hcl-timolol mal ..	63	ENGERIX-B.....	58
DELSTRIGO.....	130	dorzolamide hcl-timolol mal pf		enoxaparin sodium.....	138
DESCOVY	130	.....	63	ENPRESSE-28	43
desipramine hcl	107	DOVATO	129	ENSKYCE.....	43
desloratadine.....	79	doxazosin mesylate.....	19, 40	entacapone	71
desmopressin acetate	48	doxepin hcl	33, 66, 88, 107	entecavir	128
desmopressin acetate spray	48	DOXY 100	97	ENTRESTO.....	18
desogestrel-ethinyl estradiol..	42	doxycycline hyclate.....	97	enulose.....	37
desonide.....	33	doxycycline monohydrate	97	EPCLUSA	128
desoximetasone	33	DRIZALMA SPRINKLE.....	89,	EPIDIOLEX	101
desvenlafaxine er.....	105	105		epinephrine	81
desvenlafaxine succinate er..	105	dronabinol.....	108	EPITOL	15, 99
dexamethasone	41, 73, 74	drospirenone-ethinyl estradiol	43	EPIVIR HBV.....	128
dexamethasone sodium		DROXIA	112	eplerenone.....	26
phosphate.....	62	droxidopa.....	21	EPRONTIA	70
dextroamphetamine sulfate	30	duloxetine hcl	105	ERIVEDGE	117
dextrose	133	DUPIXENT	52	ERLEADA	112
dextrose-nacl	134	DUREZOL	62	erlotinib hcl.....	117
DIACOMIT.....	101	dutasteride	40	ERRIN	47
diazepam.....	88, 98	dutasteride-tamsulosin hcl	40	ertapenem sodium.....	95
DIAZEPAM INTENSOL.....	98	E		ery	36
diazoxide	144	E.E.S. 400.....	95	ERY-TAB.....	95
diclofenac epolamine.....	86	econazole nitrate.....	109		

ERYTHROCIN		
LACTOBIONATE	96	
ERYTHROCIN STEARATE.....	96	
erythromycin	36, 64, 96	
erythromycin base	96	
erythromycin ethylsuccinate ..	96	
ESBRIET.....	77	
escitalopram oxalate	105	
esomeprazole magnesium	39	
estazolam	66	
estradiol	47	
estradiol valerate	47	
ethambutol hcl	111	
ethosuximide	100	
ethynodiol diac-eth estradiol ..	43	
etodolac	86	
etodolac er	86	
etonogestrel-ethinyl estradiol ..	43	
etravirine.....	130	
EUTHYROX.....	49	
everolimus	55, 117	
EVOTAZ.....	132	
EXEL COMFORT POINT PEN		
NEEDLE	145	
exemestane	115	
EXKIVITY	117	
ezetimibe	25	
ezetimibe-simvastatin.....	25	
F		
FALMINA.....	43	
famciclovir	129	
famotidine.....	38	
FANAPT	125	
FANAPT TITRATION PACK		
.....	125	
FARXIGA	141	
FARYDAK.....	117	
febuxostat	13	
felbamate	101	
felodipine er.....	19	
fenofibrate	24	
fenofibrate micronized	24	
fenofibric acid	24	
fentanyl.....	85	
fentanyl citrate.....	83, 85	
fentanyl citrate (pf).....	83	
FERRIPROX.....	134	
FETZIMA.....	105	
FETZIMA TITRATION	105	
finasteride.....	40	
FINTEPLA	101	
FLAC.....	66	
flecainide acetate	23	
FLOVENT DISKUS	79	
FLOVENT HFA.....	79	
fluconazole	109	
fluconazole in sodium chloride		
.....	109	
flucytosine	109	
fludrocortisone acetate	41	
flumazenil.....	137, 138	
flunisolide.....	80	
fluocinolone acetonide	33, 66	
fluocinolone acetonide scalp ..	33	
fluocinonide.....	34	
fluocinonide emulsified base..	33	
fluorometholone	62	
fluorouracil	35	
fluoxetine hcl	105	
fluphenazine decanoate	123	
fluphenazine hcl	123	
flurbiprofen.....	86	
flurbiprofen sodium	62	
flutamide.....	112	
fluticasone propionate	34, 80	
fluticasone-salmeterol	81	
fluvastatin sodium	24	
fluvoxamine maleate	106	
fluvoxamine maleate er	106	
FML.....	62	
fondaparinux sodium....	138, 139	
formoterol fumarate.....	81	
FORTEO	75	
fosamprenavir calcium	132	
fosinopril sodium.....	27	
fosinopril sodium-hctz.....	18	
FOTIVDA	117	
furosemide	26	
FUZEON	131	
FYAVOLV	43	
FYCOMPA.....	101	
G		
gabapentin	98	
galantamine hydrobromide.....	12	
galantamine hydrobromide er..	12	
GAMMAGARD	54	
GAMMAGARD S/D LESS IGA		
.....	54	
GAMMAPLEX	54	
GAMUNEX-C.....	54	
GARDASIL 9.....	58	
gatifloxacin.....	64	
GATTEX	38	
gauze sterile.....	145	
GAVILYTE-C.....	37	
GAVILYTE-G.....	37	
GAVILYTE-N WITH FLAVOR		
PACK	37	
GAVRETO.....	113	
gemfibrozil	24	
generlac.....	37	
GENGRAF	55	
GENTAK.....	64	
gentamicin in saline.....	89	
gentamicin sulfate.....	64, 89	
GENVOYA	129	
GILENYA	30	
GILOTRIF	117	
glatiramer acetate.....	30	
GLATOPA	31	
glimepiride.....	141	
glipizide	141	
glipizide er.....	141	
glipizide-metformin hcl	141	
GLUCAGEN HYPOKIT.....	144	
glucagon emergency	144	
glycopyrrolate.....	39	
GLYDO	87	
GLYXAMBI.....	141	
granisetron hcl	108	
griseofulvin microsize	109	
griseofulvin ultramicrosize...	109	
guanfacine hcl.....	21	
guanfacine hcl er.....	30	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK		
.....	144	
GVOKE KIT	144	
GVOKE PFS	144	
H		
halobetasol propionate.....	34	
haloperidol.....	123	
haloperidol decanoate.....	123	
haloperidol lactate	123	
HARVONI.....	128	
HAVRIX.....	58	
heparin sodium (porcine).....	139	
HEPATAMINE	134	
HETLIOZ	66	
HIBERIX.....	58	
HUMALOG.....	145	
HUMALOG JUNIOR		
KWIKPEN.....	145	
HUMALOG KWIKPEN	145	

HUMALOG MIX 50/50.....	145	imatinib mesylate	117	JENTADUETO	142
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	145	IMBRUVICA	117	JENTADUETO XR.....	142
HUMALOG MIX 75/25.....	145	imipenem-cilastatin	95	JULUCA.....	131
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	145	imipramine hcl.....	107	JUNEL 1.5/30.....	43
HUMIRA.....	56	imipramine pamoate	107	JUNEL 1/20.....	43
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START	55	imiquimod	35	JUNEL FE 1.5/30	43
HUMIRA PEN	56	IMOVAX RABIES	58	JUNEL FE 1/20	43
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER	56	INBRIJA.....	73	JUXTAPID	25
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC START.....	56	INCASSIA.....	43	K	
HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS START	56	INCRELEX	48	KALYDECO	76, 77
HUMIRA PEN-PSOR/UEVIT STARTER	56	indapamide	27	KARIVA.....	43
HUMULIN 70/30	145	INFANRIX.....	58	kcl in dextrose-nacl.....	135
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	145	INLYTA	117	KELNOR 1/35.....	43
HUMULIN N	146	INQOVI.....	112	KELNOR 1/50.....	43
HUMULIN N KWIKPEN....	146	INREBIC	118	KESIMPTA	31
HUMULIN R	146	INTELENCE	130	ketoconazole	110
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED).....	146	INTRALIPID.....	134	ketoprofen.....	86
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	146	INTRON A	54	ketorolac tromethamine ...	62, 63, 86
hydralazine hcl	28	INTROVALE	43	KINRIX	59
hydrochlorothiazide....	18, 26, 27	INVEGA HAFYERA.....	125	KISQALI (200 MG DOSE)..	118
hydrocodone-acetaminophen .	83	INVEGA SUSTENNA.....	125	KISQALI (400 MG DOSE)..	118
hydrocodone-ibuprofen	83	INVEGA TRINZA	125, 126	KISQALI (600 MG DOSE)..	118
hydrocortisone	34, 41, 74	INVIRASE	132	KISQALI FEMARA (400 MG DOSE)	113
hydrocortisone (perianal)	34	IPOL	58	KISQALI FEMARA (600 MG DOSE)	113
hydrocortisone butyrate.....	34	ipratropium bromide.....	80	KISQALI FEMARA(200 MG DOSE)	113
hydrocortisone valerate	34	ipratropium-albuterol.....	77	KLOR-CON	135, 137
hydrocortisone-acetic acid.....	66	irbesartan	21	KLOR-CON 10	135, 137
hydromorphone hcl	83	irbesartan-hydrochlorothiazide	18	KLOR-CON M10	135, 137
hydromorphone hcl pf.....	83, 85	IRESSA	118	KLOR-CON M15	135, 137
hydroxychloroquine sulfate..	122	ISENTRESS	129	KLOR-CON M20.....	135, 137
hydroxyurea.....	112	ISENTRESS HD	129	KORLYM.....	144
HYFTOR.....	34	ISIBLOOM.....	43	KOSELUGO.....	118
I		ISOLYTE-P IN D5W	134	KURVELO	44
ibandronate sodium	75	ISOLYTE-S PH 7.4.....	135	L	
IBRANCE	115, 117	isoniazid.....	111	labetalol hcl	16
IBU	86	isosorbide dinitrate	27	lacosamide	99
ibuprofen	86	isosorbide mononitrate	28	lactulose.....	37
icatibant acetate	53	isosorbide mononitrate er	28	lamivudine	128, 131
ICLUSIG	117	isotretinoin.....	32	lamivudine-zidovudine	131
IDHIFA	113	isradipine	19	lamotrigine.....	13, 15, 101, 102
ILEVRO	62	itraconazole	109	lamotrigine er.....	15, 101
		ivermectin.....	122	lamotrigine starter kit-blue	15, 102
		IXIARO	58	lamotrigine starter kit-green ..	15, 102
		J		lamotrigine starter kit-orange	15, 102
		JAKAFI	118		
		JANTOVEN	139		
		JANUMET	142		
		JANUMET XR.....	142		
		JANUVIA.....	142		
		JARDIANCE.....	142		

lansoprazole.....	39	LEVO-T.....	49	LYZA	48
lanthanum carbonate	137	levothyroxine sodium.....	49	M	
LANTUS	146	LEVOXYL	49	magnesium sulfate	135
LANTUS SOLOSTAR	146	LEXIVA	133	malathion	36
lapatinib ditosylate	118	lidocaine	87	maraviroc	131
LARIN 1.5/30.....	44	lidocaine hcl	87	marlissa.....	44
LARIN 1/20.....	44	lidocaine hcl urethral/mucosal	87	MARPLAN.....	104
LARIN FE 1.5/30	44	lidocaine viscous hcl	87	MATULANE.....	111
LARIN FE 1/20.....	44	lidocaine-prilocaine	87	MATZIM LA.....	20, 23
LASTACRAFT.....	61	lindane	36	MAVYRET	128
latanoprost	65	linezolid	90	MAXIDEX	63
LATUDA	13, 126	LINZESS	37	MAYZENT.....	31
LEENA.....	44	liothyronine sodium.....	49	MAYZENT STARTER PACK	
leflunomide.....	52	lisinopril.....	27	.....	31
lenalidomide	111	lisinopril-hydrochlorothiazide	18	meclizine hcl.....	107
LENVIMA (10 MG DAILY		lithium carbonate.....	15	medroxyprogesterone acetate	48
DOSE)	118	lithium carbonate er.....	15	mefloquine hcl	122
LENVIMA (12 MG DAILY		LOKELMA	137	megestrol acetate	48
DOSE)	118	LONSURF	113	MEKINIST	119
LENVIMA (14 MG DAILY		loperamide hcl	37	MEKTOVI.....	119
DOSE)	118	lopinavir-ritonavir	133	meloxicam	86
LENVIMA (18 MG DAILY		lorazepam	88, 98	memantine hcl	12
DOSE)	118	LORAZEPAM INTENSOL ..88,		memantine hcl er	12
LENVIMA (20 MG DAILY		98		MENACTRA.....	59
DOSE)	118	LORBRENA	119	MENEST	47
LENVIMA (24 MG DAILY		LORYNA	44	MENQUADFI	59
DOSE)	118	losartan potassium	21, 22	MENVEO	59
LENVIMA (4 MG DAILY		losartan potassium-hctz	18	meperidine hcl	83
DOSE)	118	LOTEMAX	63	mercaptopurine	56
LENVIMA (8 MG DAILY		LOTEMAX SM.....	63	meropenem	95
DOSE)	118	loteprednol etabonate	63	mesalamine	73
LESSINA	44	lovastatin	25	mesalamine er	73
letrozole.....	115	LOW-OGESTREL	44	MESNEX.....	122
leucovorin calcium	113, 122	loxapine succinate	123	metformin hcl	142
LEUKERAN	111	lubiprostone	37	metformin hcl er	142
leuprolide acetate.....	50	LUMAKRAS.....	113	methadone hcl.....	85
levalbuterol hcl.....	81	LUMIGAN	65	methazolamide.....	62
levalbuterol tartrate	81	LUPANETA PACK	50	methenamine hippurate	90
LEVEMIR	146	LUPRON DEPOT (1-MONTH)		methimazole	51
LEVEMIR FLEXTOUCH ...	146	.....	50	methotrexate	56, 113
levetiracetam	102	LUPRON DEPOT (3-MONTH)		methotrexate sodium	56, 113
levetiracetam er	102	.....	50	methotrexate sodium (pf)	56, 113
levobunolol hcl.....	61	LUPRON DEPOT (4-MONTH)		methoxsalen rapid.....	35
levocarnitine	134	.....	51	methylphenidate hcl.....	30
levocetirizine dihydrochloride	79	LUPRON DEPOT (6-MONTH)		methylphenidate hcl er	30
levofloxacin.....	96	.....	51	methylprednisolone	41, 74
levofloxacin in d5w	96	LUTERA	44	methylprednisolone acetate ...	74
LEVONEST	44	LYBALVI	13	metoclopramide hcl	38, 107
levonorgest-eth estrad 91-day	44	LYLEQ.....	47	metolazone.....	27
levonorgestrel-ethinyl estrad ..	44	LYNPARZA.....	113	metoprolol succinate er.....	16
LEVORA 0.15/30 (28).....	44	LYSODREN.....	50, 113	metoprolol tartrate	16

metoprolol-hydrochlorothiazide	18	NATACYN	64	NORTREL 7/7/7	45
metronidazole	90, 91	nateglinide	142	nortriptyline hcl	107
metyrosine	18	NATPARA	75	NORVIR	133
mexiletine hcl	23	NAYZILAM	88, 98	NOXAFIL	110
micafungin sodium	110	NECON 0.5/35 (28)	45	NUBEQA	112
MICROGESTIN 1.5/30	44	nefazodone hcl	106	NUCALA	77
MICROGESTIN 1/20	44	neomycin sulfate	89	NUEDEXTA	28
MICROGESTIN 24 FE	44	neomycin-bacitracin zn- polymyx	64	NULYTELY LEMON-LIME	37
MICROGESTIN FE 1.5/30	45	neomycin-polymyxin-dexameth	63	NUPLAZID	126
MICROGESTIN FE 1/20	45	neomycin-polymyxin- gramicidin	63	NUTRILIPID	134
midazolam hcl	88	neomycin-polymyxin-hc	63, 66	NYAMYC	110
midazolam hcl (pf)	88	NEORAL	57	NYLIA 1/35	45
midodrine hcl	21	NERLYNX	119	NYLIA 7/7/7	45
MIGERGOT	70	NEUPOGEN	139	nystatin	110
miglitol	142	NEUPRO	72	nystatin-triamcinolone	36
miglustat	148	nevirapine	130	NYSTOP	110
minocycline hcl	97	nevirapine er	130	O	
minoxidil	28	niacin er (antihyperlipidemic)	25	OCELLA	45
mirtazapine	103, 104	NIACOR	25	octreotide acetate	51
misoprostol	39, 49	nicardipine hcl	19	ODEFSEY	131
M-M-R II	59	NICOTROL	67	ODOMZO	119
modafinil	66	NICOTROL NS	67	OFEV	77
moexipril hcl	27	nifedipine er	20	ofloxacin	64, 66
molindone hcl	123	nifedipine er osmotic release	20	olanzapine	13, 126
mometasone furoate	34, 35	NIKKI	45	olanzapine-fluoxetine hcl	104
montelukast sodium	80	nilutamide	112	olmesartan medoxomil	22
morphine sulfate	83, 84, 85	nimodipine	20	olmesartan medoxomil-hctz ...	18
morphine sulfate (concentrate)	83, 85	NINLARO	114	olmesartan-amlodipine-hctz ...	18
morphine sulfate er	85	nisoldipine er	20	olopatadine hcl	61, 79
morphine sulfate er beads	85	nitazoxanide	122	omega-3-acid ethyl esters	25
MOVANTIK	37	nitisinone	148	omeprazole	39
moxifloxacin hcl	64	NITRO-BID	28	ondansetron	108
MULTAQ	23	NITRO-DUR	28	ondansetron hcl	108
mupirocin	36	nitrofurantoin macrocrystal ...	91	ONUREG	113
mupirocin calcium	36	nitrofurantoin monohyd macro	91	OPSUMIT	78
mycophenolate mofetil	56, 57	nitroglycerin	28	ORFADIN	148
mycophenolate sodium	57	NITYR	148	ORGOVYX	114
MYORISAN	32	NIVESTYM	139, 140	ORKAMBI	77
MYRBETRIQ	40	nizatidine	38	ORLADEYO	19
N		NORA-BE	48	orphenadrine citrate	147
nabumetone	87	NORDITROPIN FLEXPOR	48	ORSYTHIA	45
nadolol	16	norethin ace-eth estrad-fe	45	oseltamivir phosphate	132
naftacillin sodium	94	norethindrone	48	OSPHERA	46
naloxone hcl	67	norethindrone acetate	48	oxacillin sodium	94
naltrexone hcl	68	NORTREL 0.5/35 (28)	45	oxandrolone	47
naproxen	87	NORTREL 1/35 (21)	45	oxaprozin	87
naproxen sodium	87	NORTREL 1/35 (28)	45	oxcarbazepine	99, 100
naratriptan hcl	69			oxybutynin chloride	40
NARCAN	67			oxybutynin chloride er	40
				oxycodone hcl	84
				oxycodone-acetaminophen	84

OZEMPIC (0.25 OR 0.5
MG/DOSE)..... 142
OZEMPIC (1 MG/DOSE).... 143
OZEMPIC (2 MG/DOSE).... 143
P
paliperidone er..... 126
PANRETIN 36
pantoprazole sodium 39
paricalcitol..... 75
paromomycin sulfate 89
paroxetine hcl 106
paroxetine hcl er 106
PASER 111
PEDIARIX 59
PEDVAX HIB..... 59
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl... 38
peg-3350/electrolytes 38
PEGASYS 54
PEMAZYRE 119
penicillamine 40, 135
penicillin g pot in dextrose 94
penicillin g potassium..... 94
penicillin g procaine 94
penicillin g sodium 94
penicillin v potassium..... 94
PENTACEL 59
pentamidine isethionate..... 122
pentoxifylline er 19
perindopril erbumine 27
PERIOGARD 65
permethrin 37
perphenazine..... 108, 123
perphenazine-amitriptyline... 104
PERSERIS..... 13, 126
phenelzine sulfate 104
phenobarbital..... 98
PHENYTEK..... 100
phenytoin..... 100
phenytoin sodium extended.. 100
PIFELTRO 130
pilocarpine hcl 62, 65
pimozide 123
PIMTREA 45
pindolol..... 16
pioglitazone hcl 143
pioglitazone hcl-glimepiride 143
pioglitazone hcl-metformin hcl
..... 143
piperacillin sod-tazobactam so95
PIQRAY (200 MG DAILY
DOSE) 119

PIQRAY (250 MG DAILY
DOSE) 119
PIQRAY (300 MG DAILY
DOSE) 119
pirfenidone..... 77
PIRMELLA 1/35 45
piroxicam..... 87
PLASMA-LYTE 148 135
PLASMA-LYTE A 135
podofilox 36
polymyxin b sulfate 91
polymyxin b-trimethoprim 64
POMALYST 111
PORTIA-28 45
posaconazole 110
potassium chloride..... 136
potassium chloride crys er 135
potassium chloride er..... 136
potassium chloride in dextrose
..... 136
potassium chloride in nacl 136
potassium citrate er..... 136
PRADAXA..... 139
pramipexole dihydrochloride .72
pramipexole dihydrochloride er
..... 72
prasugrel hcl 138
pravastatin sodium..... 25
praziquantel 122
prazosin hcl..... 19, 40
prednisolone 41, 74
prednisolone acetate 63
prednisolone sodium phosphate
..... 41, 63, 74
prednisone 42, 74
PREDNISONE INTENSOL.. 42,
74
preferred plus insulin syringe
..... 146
pregabalin 29, 101
pregabalin er 29, 100
prehevbrio..... 59
PREMARIN 47
PREMASOL..... 134
PREMPRO 45
prenatal 137
pretomanid..... 111
PREVALITE 26
PREVIFEM 45
PREVYMIS..... 127
PREZCOBIX..... 133

PREZISTA 133
PRIFTIN 111
primaquine phosphate..... 122
primidone..... 98
PRIORIX 59
PRIVIGEN 54
probenecid 13
PROCALAMINE 134
prochlorperazine 108
prochlorperazine maleate..... 108,
123
PROCTO-PAK 35
PROCTOSOL HC 35
PROCTOZONE-HC..... 35, 74
progesterone 48
PROGRAF..... 57
PROLASTIN-C 148
PROLIA..... 75
PROMACTA..... 140, 141
promethazine hcl 79, 108
propafenone hcl 23
propafenone hcl er 23
proparacaine hcl..... 64
propranolol hcl..... 17
propranolol hcl er 16
propylthiouracil 51
PROQUAD..... 59
PROSOL..... 134
protriptyline hcl 107
PULMICORT FLEXHALER. 80
PULMOZYME..... 77
PURIXAN 113
pyrazinamide 111
pyridostigmine bromide..... 13
pyridostigmine bromide er 13
PYRUKYND 140
PYRUKYND TAPER PACK
..... 140
Q
QINLOCK 119
QUADRACEL 59
quetiapine fumarate 14, 104, 126
quetiapine fumarate er ... 13, 104,
126
quinapril hcl..... 27
quinapril-hydrochlorothiazide 19
quinidine gluconate er 23
quinidine sulfate 23
quinine sulfate 123
R
RABAVERT..... 59

RADICAVA ORS STARTER KIT	28	ROZLYTREK	119	sotalol hcl (af).....	24
raloxifene hcl.....	46	RUBRACA.....	119	SPIRIVA HANDIHALER	80
ramelteon.....	66	rufinamide	100	SPIRIVA RESPIMAT	80
ramipril	27	RUKOBIA.....	131	spironolactone.....	26
ranolazine er	19	RYDAPT	119	spironolactone-hctz.....	19
rasagiline mesylate	72	RYTARY.....	73	SPRINTEC 28	46
RAVICTI.....	148	S		SPRITAM.....	102
RECLIPSEN.....	46	SAJAZIR	53	SPRYCEL.....	120
RECOMBIVAX HB	60	SANDIMMUNE	57	SPS	137
RECTIV	28	SANTYL	36	SRONYX.....	46
REGRANEX	36	SAPHRIS.....	14, 127	SSD.....	36
RELENZA DISKHALER	132	sapropterin dihydrochloride .	148	STELARA	52, 53
RELI-ON INSULIN SYRINGE	146	SAVELLA.....	29	STIOLTO RESPIMAT	76
RELISTOR.....	38	SAVELLA TITRATION PACK	29	STIVARGA.....	120
repaglinide.....	143	SCEMBLIX.....	119, 120	streptomycin sulfate.....	90
REPATHA	26	scopolamine.....	39, 108	STRIBILD	129
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	26	SECUADO	14, 127	SUCRAID.....	148
REPATHA SURECLICK	26	selegiline hcl.....	72	sucrafate.....	39
RESTASIS	57	selenium sulfide.....	35	sulfacetamide sodium	65
RESTASIS MULTIDOSE	57	SELZENTRY	132	sulfacetamide-prednisolone....	64
RETACRIT	140	SEREVENT DISKUS	82	sulfadiazine	97
RETEVMO.....	114	sertraline hcl	106	sulfamethoxazole-trimethoprim	97
REVLIMID	111	sevelamer carbonate	137	SULFAMYLON.....	36
REXULTI.....	126	SHAROBEL	46	sulfasalazine	73
REYATAZ	133	SHINGRIX.....	60	sulindac.....	87
REZUROCK	57	SIGNIFOR.....	51	sumatriptan	69
RHOPRESSA.....	62, 65	SIKLOS	113	sumatriptan succinate	69
ribavirin	128	sildenafil citrate	78	sumatriptan succinate refill....	69
rifabutin	111	silodosin.....	40	sunitinib malate	120
rifampin	111	silver sulfadiazine.....	36	SUPRAX	93
riluzole.....	28	SIMBRINZA	62	SUPREP BOWEL PREP KIT	136
rimantadine hcl.....	132	simvastatin.....	25	SYMBICORT.....	76
rinqoq	52	sirolimus	57	SYMLINPEN 120	143
RINVOQ	52	SIRTURO	111	SYMLINPEN 60	143
risedronate sodium	75	SIVEXTRO	91	SYMPAZAN	98
RISPERDAL CONSTA 14, 126, 127		SKYRIZI	52	SYMTUZA.....	129
risperidone.....	14, 127	SKYRIZI (150 MG DOSE)....	52	SYNAREL.....	51
ritonavir	133	SKYRIZI PEN.....	52	SYNJARDY	143
rivastigmine.....	12	sodium chloride	136	SYNJARDY XR.....	143
rivastigmine tartrate.....	12	sodium fluoride.....	136	SYNRIBO.....	114
rizatriptan benzoate	69	sodium phenylbutyrate	148	SYNTHROID	50
ropinirole hcl	72	sodium polystyrene sulfonate	137	T	
ropinirole hcl er	72	solifenacin succinate.....	40	TABLOID.....	113
rosuvastatin calcium	25	SOLQUA	146	TABRECTA.....	120
ROTARIX	60	SOLTAMOX.....	112	tacrolimus	35, 57
ROTATEQ	60	SOMAVERT	51	tadalafil (pah).....	78
ROWEEPRA.....	102	sorafenib tosylate.....	120	TAFINLAR	120
		SORINE.....	23	TAGRISSE.....	120
		sotalol hcl	24	TAKHZYRO	53

TALTZ	53	tobramycin-dexamethasone....	64	TRUSELTIQ (125MG DAILY DOSE)	120
TALZENNA.....	120	TOBREX	65	TRUSELTIQ (50MG DAILY DOSE)	120
tamoxifen citrate.....	112	tolterodine tartrate	41	TRUSELTIQ (75MG DAILY DOSE)	121
tamsulosin hcl.....	40	tolterodine tartrate er	40	TUKYSA	114
TARINA FE 1/20 EQ.....	46	topiramate.....	71, 102	TURALIO.....	121
TASIGNA	120	topiramate er.....	70, 102	TWINRIX.....	60
TAVNEOS	86	toremifene citrate.....	112	TYBOST.....	132
tazarotene	32	torsemide	26	TYMLOS.....	76
TAZORAC	32	TOUJEO MAX SOLOSTAR	146	TYPHIM VI.....	60
TAZTIA XT	21, 24	TOUJEO SOLOSTAR	146	TYVASO DPI MAINTENANCE KIT	78
TAZVERIK.....	120	TPN ELECTROLYTES	134	TYVASO DPI TITRATION KIT	78
TDVAX.....	60	TRADJENTA	143	U	
TECFIDERA	31	tramadol hcl.....	84	UBRELVY	69
TEFLARO.....	93	tramadol-acetaminophen	84	UKONIQ	121
TEGRETOL	15, 100	trandolapril	27	UNITHROID.....	50
TEGRETOL-XR	16, 100	tranexamic acid.....	138	UPTRAVI.....	78
telmisartan	22	tranylcypromine sulfate	104	ursodiol	38
telmisartan-hctz	19	TRAVASOL.....	134	V	
temazepam.....	67	travoprost (bak free)	65	valacyclovir hcl	129
TEMIXYS	131	trazodone hcl	106	VALCHLOR	111
TENIVAC	60	TRECTOR.....	111	valganciclovir hcl	127
tenofovir disoproxil fumarate	128, 131	TRELEGY ELLIPTA.....	76	valproic acid	16, 71, 102
TEPMETKO.....	120	TRELSTAR MIXJECT	51	valsartan.....	22
terazosin hcl.....	19, 40	TRESIBA	147	valsartan-hydrochlorothiazide	19
terbinafine hcl.....	110	TRESIBA FLEXTOUCH.....	147	VALTOCO 10 MG DOSE	89, 98
terbutaline sulfate	82	tretinoin	32, 122	VALTOCO 15 MG DOSE	89, 99
terconazole	110	triamcinolone acetonide ..	35, 65, 74	VALTOCO 20 MG DOSE	89, 99
testosterone.....	47	triamterene-hctz.....	19	VALTOCO 5 MG DOSE .	89, 99
testosterone cypionate	46	TRIDERM	35	vancomycin hcl.....	91
testosterone enanthate	47	trientine hcl.....	135	VANDAZOLE	91
tetrabenazine.....	29	trifluoperazine hcl.....	124	VAQTA	60
tetracycline hcl	97	trifluridine.....	65, 129	varenicline tartrate	67
THALOMID.....	112	trihexyphenidyl hcl.....	72	VARIVAX.....	60
THEO-24.....	82	TRIARDY XR	144	VARIZIG.....	61
theophylline.....	82	TRI-LEGEST FE.....	46	VASCEPA	26
theophylline er.....	82	trimethoprim.....	91	VELIVET	46
thioridazine hcl	124	trimipramine maleate.....	107	VELTASSA.....	137
thiothixene.....	124	TRINTELLIX.....	106	VEMLIDY.....	128
tiagabine hcl	98	TRI-SPRINTEC	46	VENCLEXTA	121
TIBSOVO.....	115	TRIUMEQ.....	132	VENCLEXTA STARTING PACK	121
TICOVAC	60	TRIUMEQ PD.....	132	venlafaxine besylate er	106
tigecycline	91	TRIVORA (28).....	46	venlafaxine hcl.....	106
TILIA FE.....	46	TRIZIVIR.....	131		
timolol maleate	17, 61, 70	TROPHAMINE.....	134		
TIVICAY	129	tropium chloride.....	41		
TIVICAY PD	129	TRULICITY	144		
tizanidine hcl	68	TRUMENBA.....	60		
TOBRADEX	64	TRUSELTIQ (100MG DAILY DOSE)	120		
tobramycin.....	65, 77				
tobramycin sulfate	90				

venlafaxine hcl er	106
VENTAVIS.....	78
verapamil hcl	21, 24
verapamil hcl er.....	21, 24
VERSACLOZ	124
VERZENIO.....	121
VICTOZA	144
vigabatrin.....	99
VIIBRYD	106
VIIBRYD STARTER PACK	106
VIJOICE.....	148
VIMPAT.....	100
VIRACEPT	133
VIREAD.....	128, 131
VITRAKVI.....	121
VIZIMPRO.....	121
VONJO.....	121
voriconazole	110
VOSEVI	128
VOTRIENT.....	121
VRAYLAR.....	14, 127
VYFEMLA.....	46
W	
warfarin sodium.....	139
WELIREG.....	114
X	
XALKORI.....	121
XARELTO	139

XARELTO STARTER PACK	139
XATMEP.....	57, 114
XCOPRI	103
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE)	102
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE)	103
XELJANZ	53
XELJANZ XR.....	53, 57
XERMELO.....	37
XGEVA	76
XIFAXAN.....	37, 38, 91
XIGDUO XR.....	144
XIIDRA	63
XOLAIR.....	53
XOSPATA.....	121
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY).....	114
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY).....	114
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY).....	114
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY).....	115
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY).....	115
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY).....	115

XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY).....	115
XTANDI.....	112
XURIDEN	115, 148
XYREM.....	66
Y	
YF-VAX.....	61
YONSA	112
Z	
zafirlukast	80
zaleplon.....	67
ZEJULA	121
ZELBORAF	121
ZEMAIRA.....	148
ZENATANE.....	32
ZENPEP	149
ZEPATIER	128
zidovudine	131
ziprasidone hcl.....	14, 127
ziprasidone mesylate	14, 127
ZIRGAN	65
ZOLINZA.....	115
zolmitriptan.....	69, 70
zolpidem tartrate	67
zolpidem tartrate er.....	67
zonisamide.....	100
ZOVIA 1/35 (28).....	46
ZYDELIG.....	121
ZYKADIA.....	121
ZYTIGA	112

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