

Formulario de la Parte D de Medicare

Lista de medicamentos cubiertos

Fecha de entrada en vigor: 1 de agosto de 2023

Actualizado: 1 de agosto de 2023

Identificación de formulario 23215
e identificación de formulario 23216

Versión 14

Este formulario se actualizó el 1 de agosto de 2023. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con el equipo de Servicio al cliente del Plan médico de Mass General Brigham. Visite [MassGeneralBrighamAdvantage.org/Rx-information](https://www.massgeneralbrigham.org/Rx-information) para obtener la lista del formulario más actualizada y más información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare.

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D gratis para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Llame a Servicio al cliente para obtener más información.

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina: no pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina que cubre nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido esté, incluso si no ha pagado su deducible.

Este documento está disponible gratis en español. Por favor llame al Centro de Servicios a los Afiliados de Mass General Brigham Health Plan al número arriba.

Para miembros de Medicare Advantage:

Llame al **855-833-3668** (TTY: 711)

Del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., EST, de lunes a domingo

Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., EST, de lunes a viernes

Mass General Brigham Advantage Secure (HMO-POS), Mass General Brigham Advantage (PPO), y Mass General Brigham Advantage Premier (PPO)

Este plan está suscrito por Mass General Brigham Health Plan, Inc.

NOTA PARA LOS MIEMBROS ACTUALES: Este documento incluye una lista de los medicamentos (Formulario) de nuestro plan que está en vigor al 1 de agosto de 2023. Para obtener un formulario actualizado, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en que actualizamos por última vez el Formulario, aparece en las páginas de la portada y la contraportada.

Por lo general, debe usar las farmacias de la red para usar su beneficio de medicamentos con receta. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias o los copagos/coseguros pueden cambiar ocasionalmente durante el año.

¿Qué es el Formulario de la Parte D de Medicare del Plan médico de Mass General Brigham?

Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos que selecciona el Plan médico de Mass General Brigham en consulta con un equipo de proveedores de atención médica, que representa las terapias recetadas que se consideran una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. El Plan médico de Mass General Brigham por lo general cubrirá los medicamentos listados en nuestro Formulario siempre que el medicamento sea médicamente necesario, la receta se surta en una farmacia de la red del Plan médico de Mass General Brigham y se sigan otras reglas del plan. Para obtener más información sobre cómo surtir sus recetas, consulte su Evidencia de cobertura.

¿Puede cambiar el Formulario (lista de medicamentos)?

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurren el 1 de enero, pero el Plan médico de Mass General Brigham puede agregar o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos durante el año, moverlos a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones. Debemos seguir las reglas de Medicare cuando hacemos estos cambios.

Cambios que pueden afectarlo este año

En los casos de abajo, se verá afectado por los cambios de cobertura durante el año.

Nuevos medicamentos genéricos

Es posible que eliminemos de inmediato un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo estamos reemplazando con un nuevo medicamento genérico que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en uno 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 cambiarlo de inmediato a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones. Si en estos momentos está tomando ese medicamento de marca, es posible que no le informemos con antelación antes de que hagamos ese cambio, pero luego le daremos información sobre los cambios específicos que hicimos.

- Si hacemos un cambio así, usted o quien recete pueden pedirnos que hagamos una excepción y seguir cubriendo el medicamento de marca para usted. El aviso que le damos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y también puede encontrar información en la sección titulada "¿Cómo solicito una excepción al Formulario de la Parte D de Medicare de Mass General Brigham Health Care?" en la página 6.

Medicamentos retirados del mercado

Si la Administración de Alimentos y Medicamentos considera que un medicamento de nuestro Formulario no es seguro o si el fabricante del medicamento retira el medicamento del mercado, retiraremos de inmediato el medicamento de nuestro Formulario e informaremos a los miembros que toman el medicamento.

Otros cambios

Podemos hacer otros cambios que afecten a los miembros que en este momento toman un medicamento. Por ejemplo, podemos agregar un nuevo medicamento genérico para reemplazar un medicamento de marca que en este momento está en el Formulario, o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o moverlo a un nivel de costo compartido diferente o ambos. O podemos agregar un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca que en este momento está en el Formulario, o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o moverlo a un nivel de costo compartido diferente o ambos. O podemos hacer cambios basados en nuevas directrices clínicas.

Si eliminamos medicamentos de nuestro Formulario, o agregamos una autorización previa, límites de cantidad o restricciones de terapia escalonada en un medicamento, o movemos un medicamento a un nivel de costo compartido más alto, debemos informar a los miembros afectados del cambio al menos 30 días antes de que el cambio entre en vigor, o en el momento en que el miembro solicite un resurtido del medicamento, entonces el miembro recibirá un suministro del medicamento para un mes (hasta 30 días).

- Si hacemos estos otros cambios, usted o quien recete pueden pedirnos que hagamos una excepción y seguir cubriendo el medicamento de marca para usted. El aviso que le damos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y también puede encontrar información en la sección de abajo titulada "¿Cómo solicito una excepción al Formulario de la Parte D de Medicare del Plan médico de Mass General Brigham?"

Cambios que no lo afectarán si en estos momentos está tomando el medicamento

Por lo general, si está tomando un medicamento de nuestro Formulario de 2023 que estaba cubierto a principios de año, no suspenderemos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura de 2023, excepto como se describe arriba. Esto significa que estos medicamentos permanecerán disponibles al mismo costo compartido y sin nuevas restricciones para esos miembros que los tomen durante el resto del año de cobertura. No recibirá un aviso directo este año sobre cambios que no lo afecten. Pero el 1 de enero del próximo año esos cambios lo afectarán, y es importante consultar la Lista de medicamentos para el nuevo año de beneficios para ver si hay cambios en los medicamentos.

El Formulario adjunto está actualizado a partir de febrero de 2023. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por el Plan médico de Mass General Brigham, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en las páginas de la portada y la contraportada.

Si hay cambios en el Formulario durante el año, los cambios también se publicarán en **massgeneralbrighamadvantage.org**. La versión actualizada del Formulario completo se publicará en este sitio web mensualmente, según sea necesario. Para ver la lista de cambios, comience en nuestra página de inicio y:

- Haga clic en el enlace de "Rx Information" (Información de Rx) en la parte de arriba (en la barra azul)
- En la parte de arriba de la página verá un título para la Parte D, y el enlace del archivo PDF del formulario estará abajo y se actualizará cada mes.

O puede solicitar una hoja de erratas (una copia de los cambios en el Formulario de 2023) llamando al Servicio de atención al cliente del Plan médico de Mass General Brigham a los números que están en la parte de atrás de su tarjeta de identificación de miembro.

¿Cómo uso el Formulario?

Hay dos formas de encontrar su medicamento dentro del Formulario:

Condición

El Formulario comienza en la página 12. Los medicamentos de este formulario se agrupan en categorías según el tipo de condiciones que se usan para tratar. Por ejemplo, los medicamentos usados para tratar una condición cardíaca se listan en la categoría "Cardiovascular". Si sabe para qué se usa su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página 12. Luego busque bajo el nombre de la categoría de su medicamento.

Listado alfabético

Si no está seguro de en qué categoría buscar, debe buscar su medicamento en el índice que comienza en la página 87. El índice tiene una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. Los medicamentos de marca y los medicamentos genéricos se listan en el índice.

1. Busque en el índice y encuentre su medicamento.
2. Junto a su medicamento, verá el número de página donde puede encontrar información sobre la cobertura.
3. Vaya a la página que aparece en el índice y busque el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

El Plan médico de Mass General Brigham cubre medicamentos de marca y genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la FDA por tener el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos cuestan menos que los medicamentos de marca.

¿Hay alguna restricción en mi cobertura?

Algunos medicamentos cubiertos pueden tener requisitos o límites adicionales en la cobertura. Estos requisitos y límites pueden incluir:

Autorización previa

El Plan médico de Mass General Brigham requiere que usted o su médico obtengan autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que deberá obtener la aprobación del Plan médico de Mass General Brigham antes de surtir sus recetas. Si no obtiene la aprobación, es posible que el Plan médico de Mass General Brigham no cubra el medicamento.

Límites de cantidad

Para ciertos medicamentos, el Plan médico de Mass General Brigham limita la cantidad del medicamento que cubrirá el Plan médico de Mass General Brigham. Por ejemplo, el Plan médico de Mass General Brigham da 30 tabletas cada 30 días por receta de JANUVIA. Esto puede ser además de un suministro estándar para uno o tres meses.

Terapia escalonada

En algunos casos, el Plan médico de Mass General Brigham requiere que primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su condición antes de que cubramos otro medicamento para esa condición. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan su condición, es posible que el Plan médico de Mass General Brigham no cubra el Medicamento B a menos que pruebe el Medicamento A primero. Si el Medicamento A no funciona para usted, el Plan médico de Mass General Brigham cubrirá el Medicamento B. Puede averiguar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales consultando el Formulario que comienza en la página 12.

También puede obtener más información sobre las restricciones aplicadas a medicamentos cubiertos específicos visitando nuestro sitio web. Publicamos documentos en línea que explican nuestra restricción de autorización previa y restricciones de terapia escalonada. También puede pedirnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en que actualizamos por última vez el Formulario, aparece en las páginas de la portada y la contraportada.

Puede pedirle al Plan médico de Mass General Brigham que haga una excepción a estas restricciones o límites o que le dé una lista de otros medicamentos similares que puedan tratar su condición. Consulte la sección, "¿Cómo solicito una excepción al Formulario de la Parte D de Medicare del Plan médico de Mass General Brigham?" en la página siguiente 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 el Servicio al cliente del Plan médico de Mass General Brigham y preguntar si su medicamento está cubierto.

Si se entera de que el Plan médico de Mass General Brigham no cubre su medicamento, tiene dos opciones:

1. Puede solicitar al Servicio al cliente del Plan médico de Mass General Brigham una lista de medicamentos similares que cubra el Plan médico de Mass General Brigham. Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que cubra el Plan médico de Mass General Brigham.
2. Puede pedirle al Plan médico de Mass General Brigham que haga una excepción y cubra su medicamento. Consulte la siguiente sección para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo solicito una excepción al Formulario de la Parte D de Medicare del Plan médico de Mass General Brigham?

Puede pedirle al Plan médico de Mass General Brigham que haga una excepción a nuestras reglas de cobertura. Hay varios tipos de excepciones que puede pedirnos que hagamos.

- 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 no podrá solicitarnos que le demos el medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.
- Puede pedirnos que cubramos un medicamento del Formulario a un nivel de costo compartido más bajo. Si se aprueba, esto reduciría la cantidad que debe pagar por su medicamento.

Nota: No puede pedirnos que cubramos un medicamento del formulario de nivel 5 (nivel de especialidad) a un nivel de costo compartido más bajo.

- Puede pedirnos que no cobremos las restricciones o límites de cobertura de su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, el Plan médico de Mass General Brigham limita la cantidad del medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede pedirnos que no cobremos el límite y cubramos una cantidad mayor.

En general, el Plan médico de Mass General Brigham solo aprobará su solicitud de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el Formulario del plan, el medicamento de costo compartido más bajo o las restricciones de uso adicionales no serían tan efectivos para tratar su condición o causarían efectos médicos adversos.

Debe comunicarse con nosotros para solicitarnos una decisión de cobertura inicial para una excepción de restricción de uso, nivel o del Formulario.

Cuando solicita una excepción de restricción de uso, nivel o del Formulario, debe enviar una declaración de su médico o persona que receta que respalde su solicitud.

Por lo general, debemos tomar nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de la recepción de la declaración de respaldo de la persona que receta. Puede solicitar una excepción acelerada (rápida) si usted o su médico creen que su salud podría verse seriamente perjudicada si espera una decisión hasta 72 horas. Si se concede su solicitud, debemos darle una decisión a más tardar 24 horas después de recibir una declaración de respaldo de su médico u otra persona que recete.

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

Como miembro nuevo de nuestro plan, es posible que esté tomando medicamentos que no están en nuestro Formulario. O puede estar tomando un medicamento que está en nuestro Formulario, pero su capacidad para obtenerlo es limitada. Por ejemplo, es posible que necesite una autorización previa de nosotros antes de que pueda surtir su receta. Debe hablar con su médico para decidir si debe cambiar a un medicamento apropiado que cubramos o solicitar una excepción al Formulario para que cubramos el medicamento que toma. Mientras habla con su médico para determinar el curso de acción adecuado para usted, es posible que cubramos su medicamento en ciertos casos durante los primeros 90 días que sea miembro de nuestro plan.

Para cada uno de sus medicamentos que no esté en nuestro Formulario o si su capacidad para obtener sus medicamentos es limitada, cubriremos un suministro temporal para 30 días. Si su receta es para menos días, permitiremos resurtidos para dar un suministro de medicamento para un máximo de 30 días. Después de su primer suministro de 30 días, no pagaremos estos medicamentos, incluso si es miembro del plan por menos de 90 días.

Si es residente de un centro de atención de largo plazo y necesita un medicamento que no está en nuestro Formulario o si su capacidad para obtener sus medicamentos es limitada, pero ya pasaron los primeros 90 días de membresía en nuestro plan, cubriremos hasta un suministro acumulativo de 31 días de ese medicamento mientras busca una excepción al Formulario.

Los miembros que están cambiando los niveles de atención pueden ser elegibles para un suministro de medicamentos de transición fuera de su período de transición de inscripción inicial de 90 días. Los cambios en el nivel de atención pueden incluir la entrada o salida de un centro de atención de largo plazo, el alta del hospital al domicilio y la finalización de una estancia en un centro de enfermería especializada y el regreso a la cobertura del Formulario de la Parte D según su plan.

Para obtener más información

Para obtener más información sobre su cobertura de medicamentos con receta del Plan médico de Mass General Brigham, revise su Evidencia de cobertura y otros materiales del plan.

Si tiene preguntas sobre el Plan médico de Mass General Brigham, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en que actualizamos por última vez el Formulario, aparece en las páginas de la portada y la contraportada.

Si tiene preguntas generales sobre la cobertura de medicamentos con receta de Medicare, llame a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** 24/7. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O visite [medicare.gov](https://www.medicare.gov).

Formulario de la Parte D de Medicare del Plan médico de Mass General Brigham

El Formulario que comienza en la página 12 da información de cobertura sobre la mayoría de los medicamentos que cubre el Plan médico de Mass General Brigham. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, consulte el índice que comienza en la página 87.

La primera columna de la tabla lista el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están en mayúsculas (p. ej., JANUVIA) y los medicamentos genéricos aparecen en minúsculas y cursivas (p. ej., *allopurinol*).

La información en la columna Requisitos/Límites le indica si Plan médico de Mass General Brigham tiene algún requisito especial para la cobertura de su medicamento.

Abreviaturas y definiciones de los términos del Formulario

Puede encontrar una o más de las siguientes abreviaturas en el Formulario en la columna Requisitos/Límites junto al nombre de un medicamento.

No disponible para pedido por correo (NM)

Ciertos medicamentos no se permiten por el programa de farmacia de pedidos por correo. Estas recetas solo se pueden surtir en una farmacia.

Autorización previa (PA)

Por razones de seguridad o ahorro de costos, el Plan médico de Mass General requiere que usted o su médico obtengan una autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que deberá obtener la aprobación del Plan médico de Mass General Brigham antes de surtir sus recetas. Si no obtiene la aprobación primero, es posible que el Plan médico de Mass General no cubra el medicamento.

Límites de cantidad (QL)

Por razones de seguridad o ahorro de costos, para ciertos medicamentos, el Plan médico de Mass General limita la cantidad del medicamento que cubriremos. Por ejemplo, el Plan médico de Mass General Brigham da una cápsula por día de JANUVIA. Este límite se puede aplicar a un suministro estándar de uno o tres meses.

Terapia escalonada (ST)

Por razones de seguridad o ahorro de costos, en algunos casos, el Plan médico de Mass General Brigham requiere que primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su condición antes de que cubramos otro medicamento para esa condición. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan su condición, es posible que el Plan médico de Mass General Brigham no cubra el Medicamento B a menos que pruebe el Medicamento A primero. Si el Medicamento A no funciona para usted, el Plan médico de Mass General Brigham cubrirá el Medicamento B.

Acceso limitado (LA)

Algunos medicamentos están disponibles solo en una farmacia especializada designada por la distribución limitada del fabricante.

Cobertura de medicamentos de la Parte B frente a la Parte D (B/D)

Algunos medicamentos podrían estar cubiertos por el beneficio de la Parte B (médica) o la Parte D (medicamentos con receta), según ciertos criterios. Esto significa que usted o su médico deben enviar una solicitud al Plan médico de Mass General Brigham para que podamos determinar, según las directrices de Medicare, si su medicamento se cubrirá como Parte B o Parte D. Su costo compartido se basará en esta determinación.

Sus costos en el período de cobertura inicial

Nota: Si califica para el Programa Prescription Advantage de Massachusetts (Programa de asistencia farmacéutica del Estado de Massachusetts), SPAP o Subsidio por Bajos Ingresos, las cantidades de abajo pueden reducirse.

Lo que paga por un suministro para 30 días de una farmacia:

| Plan médico de Mass General Brigham Medicare Advantage Tipo de plan | Deducible | Nivel 1 | Nivel 2 | Nivel 3 | Nivel 4 | Nivel 5 |
|---|----------------------|---|---------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| | | Medicamentos genéricos preferidos | Medicamentos genéricos | Medicamentos de marca preferidos | Medicamentos no preferidos | Medicamentos especializados |
| Mass General Brigham Advantage PPO | | <i>Lo que paga después de alcanzar el deducible</i> | | | | |
| | \$275 Niveles 3-5 | \$0 | \$3 | \$37 | \$100 | 28% |
| Mass General Brigham Advantage Secure HMO-POS | | | | | | |
| | \$200 Niveles 3-5 | \$0 | \$3 | \$37 | \$100 | 29% |
| Mass General Brigham Advantage Premier PPO | | | | | | |
| | \$0 | \$0 | \$3 | \$37 | \$100 | 33% |

*Su deducible será de \$0 a \$99 según su nivel de "Ayuda adicional".

**El costo compartido de los medicamentos con receta surtidos en cualquier farmacia de la red se basa en su nivel de "Ayuda adicional".

Descripciones de niveles

Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos: costo de \$0

El Nivel 1 incluye medicamentos genéricos seleccionados que se usan para tratar condiciones crónicas como diabetes, presión alta, colesterol alto y osteoporosis/salud ósea.

Nivel 2: medicamentos genéricos

El Nivel 2 incluye la mayoría de los otros medicamentos genéricos en nuestro Formulario. Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos, potencia y eficacia que las versiones de marca, pero por lo general a un costo mucho menor.

Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos

El Nivel 3 incluye medicamentos de marca preferidos que tienen el costo compartido más bajo para los medicamentos de marca. Algunos medicamentos genéricos pueden aparecer en el Nivel 3 por posibles problemas de seguridad o el alto costo del medicamento.

Nivel 4: Medicamentos no preferidos

El Nivel 4 incluye todos los demás medicamentos genéricos y de marca no preferidos en nuestro Formulario. Los medicamentos de la Parte D excluidos de nuestro Formulario deben pasar un proceso de excepción para que el Plan médico de Mass General Brigham los cubra. Si se aprueban, estarán cubiertos en el Nivel 4.

Nivel 5: Medicamentos especializados

El Nivel 5 incluye medicamentos de marca y genéricos especializados de alto costo que cuestan más de \$830 por un suministro para un mes. La mayoría de los medicamentos en el Nivel 5 están restringidos a un suministro de un mes en farmacia y están excluidos del programa de pedido por correo y del proceso de excepción de nivel.

**Mass General Brigham Health Plan_CY23_GS_CORE eff
8/1/2023**

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|---|------------------------------|---------------------------------|
| ANALGÉSICOS | | |
| GOTA | | |
| <i>alopurinol</i> COMPRIMIDOS 100 mg, 300 mg | 1 | |
| <i>colchicina</i> COMPRIMIDOS 0.6 mg | 4 | QL (120 comprimidos/30 días) |
| <i>colchicina con probenecida comprimidos 0.5-500 mg</i> | 3 | |
| <i>febuxostat</i> COMPRIMIDOS 40 mg, 80 mg | 4 | AP |
| MITIGARE CÁPSULAS 0.6 mg | 3 | QL (60 cápsulas/30 días) |
| <i>probenecid</i> COMPRIMIDOS 500 mg | 3 | |
| AINES | | |
| <i>celecoxib</i> CÁPSULAS 50 mg, 100 mg, 200 mg | 3 | QL (60 cápsulas/30 días) |
| <i>celecoxib</i> CÁPSULAS 400 mg | 3 | QL (30 cápsulas/30 días) |
| <i>diclofenaco potásico</i> COMPRIMIDOS 50 mg | 3 | QL (120 comprimidos/30 días) |
| <i>diclofenaco sódico</i> COMPRIMIDO DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 100 mg | 3 | |
| <i>diclofenaco sódico</i> COMPRIMIDO DE LIBERACIÓN PROLONGADA 25 mg, 50 mg, 75 mg | 2 | |
| <i>diclofenaco c/misoprostol comprimido de liberación retardada 50-0.2 mg</i> | 4 | |
| <i>diclofenaco c/misoprostol comprimido de liberación retardada 75-0.2 mg</i> | 4 | |
| <i>diflunisal</i> COMPRIMIDOS 500 mg | 3 | |
| <i>ec-naproxeno</i> COMPRIMIDO DE LIBERACIÓN PROLONGADA 375 mg | 2 | QL (120 comprimidos/30 días) |
| <i>ec-naproxeno</i> COMPRIMIDO DE LIBERACIÓN PROLONGADA 500 mg | 4 | QL (90 comprimidos/30 días) |
| <i>etodolaco</i> CÁPSULAS 200 mg, 300 mg; COMPRIMIDOS 400 mg, 500 mg; COMPRIMIDO DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 400 mg, 500 mg, 600 mg | 3 | |
| <i>flurbiprofeno</i> COMPRIMIDOS 100 mg | 3 | |
| <i>ibu</i> COMPRIMIDOS 400 mg, 600 mg, 800 mg | 1 | |
| <i>ibuprofeno</i> SUSPENSIÓN 100 mg/5 ml | 3 | |
| <i>ibuprofeno</i> COMPRIMIDOS 400 mg, 600 mg, 800 mg | 1 | |
| <i>meloxicam</i> COMPRIMIDOS 7.5 mg, 15 mg | 1 | |
| <i>nabumetona</i> COMPRIMIDOS 500 mg, 750 mg | 2 | |
| <i>naproxeno</i> COMPRIMIDOS 250 mg, 375 mg, 500 mg | 1 | |

AP = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;
NM = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;
AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|--|-----------------------|------------------------------------|
| <i>naproxeno</i> COMPRIMIDO DE LIBERACIÓN PROLONGADA 375 mg | 2 | QL (120 comprimidos/30 días) |
| <i>naproxeno</i> COMPRIMIDO DE LIBERACIÓN PROLONGADA 500 mg | 4 | QL (90 comprimidos/30 días) |
| <i>naproxeno sódico</i> COMPRIMIDOS 275 mg, 550 mg | 3 | |
| <i>oxaprozina</i> COMPRIMIDOS 600 mg | 4 | |
| <i>piroxicam</i> CÁPSULAS 10 mg, 20 mg | 3 | |
| <i>sulindac</i> COMPRIMIDOS 150 mg, 200 mg | 2 | |
| ANALGÉSICOS OPIOIDES, DE ACCIÓN PROLONGADA | | |
| <i>fentanilo</i> PT72 12 mcg/h, 25 mcg/h, 50 mcg/h, 75 mcg/h, 100 mcg/h | 4 | QL (10 parches/30 días), AP |
| <i>bitartrato de hidrocodona</i> COMPRIMIDO DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H DISUASORIO DEL ABUSO 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg, 100 mg, 120 mg | 3 | QL (30 comprimidos/30 días), AP |
| HYSINGLA ER COMPRIMIDO DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H DISUASORIO DEL ABUSO 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg, 100 mg, 120 mg | 3 | QL (30 comprimidos/30 días), AP |
| <i>metadona hcl</i> SOLUCIÓN 5 mg/5 ml, 10 mg/5 ml | 3 | QL (450 ml/30 días), AP |
| <i>metadona hcl</i> COMPRIMIDOS 5 mg, 10 mg | 3 | QL (90 comprimidos/30 días), AP |
| <i>hidrocloruro de metadona i</i> CONCENTRADO 10 mg/ml | 3 | QL (90 ml/30 días), AP |
| <i>sulfato de morfina</i> COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 15 mg, 30 mg, 60 mg, 100 mg, 200 mg | 3 | QL (90 comprimidos/30 días), AP |
| ANALGÉSICOS OPIOIDES, DE ACCIÓN CORTA | | |
| <i>acetaminofeno c/codeína solución</i> 120-12 mg/5 ml | 3 | QL (2700 ml/30 días) |
| <i>acetaminofeno c/codeína comprimidos</i> 300-15 mg | 3 | QL (400 comprimidos/30 días) |
| <i>acetaminofeno c/codeína comprimidos</i> 300-30 mg | 3 | QL (360 comprimidos/30 días) |
| <i>acetaminofeno c/codeína comprimidos</i> 300-60 mg | 3 | QL (180 comprimidos/30 días) |
| <i>tartrato de butorfanol</i> SOLUCIÓN 1 mg/ml, 2 mg/ml | 4 | |
| <i>tartrato de butorfanol</i> SOLUCIÓN 10 mg/ml | 3 | QL (10 ml/30 días) |
| <i>endocet comprimidos</i> 2.5-325 mg | 3 | QL (360 comprimidos/30 días) |
| <i>endocet comprimidos</i> 5-325 mg | 3 | QL (360 comprimidos/30 días) |

AP = autorización previa; QL = límites de cantidad; ST = tratamiento escalonado;
 NM = no disponible en pedidos por correo; B/D = cubierto por Medicare Parte B o D;
 AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|--|-----------------------|-----------------------------------|
| <i>endocet comprimidos 7.5-325 mg</i> | 3 | QL (240 comprimidos/30 días) |
| <i>endocet comprimidos 10-325 mg</i> | 3 | QL (180 comprimidos/30 días) |
| <i>citrato de fentanilo PIRULETA 200 mcg</i> | 4 | QL (120 pastillas/30 días), AP |
| <i>citrato de fentanilo PIRULETA 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg, 1200 mcg, 1600 mcg</i> | 5 | QL (120 pastillas/30 días), AP |
| <i>hidrocodona-acetaminofeno solución 7.5- 325 mg/15 ml</i> | 4 | QL (2700 ml/30 días) |
| <i>hidrocodona-acetaminofeno comprimidos 5- 325 mg</i> | 3 | QL (240 comprimidos/30 días) |
| <i>hidrocodona-acetaminofeno comprimidos 7.5- 325 mg</i> | 3 | QL (180 comprimidos/30 días) |
| <i>hidrocodona-acetaminofeno comprimidos 10- 325 mg</i> | 3 | QL (180 comprimidos/30 días) |
| <i>hidrocodona-acetaminofeno comprimidos 7.5- 200 mg</i> | 3 | QL (150 comprimidos/30 días) |
| <i>hidromorfona hcl LÍQUIDO 1 mg/ml</i> | 4 | QL (600 ml/30 días) |
| <i>hidromorfona hcl COMPRIMIDOS 2 mg, 4 mg, 8 mg</i> | 3 | QL (180 comprimidos/30 días) |
| SULFATO DE MORFINA SOLUCIÓN 2 mg/ml, 4 mg/ml, 5 mg/ml, 8 mg/ml, 10 mg/ml | 4 | B/D |
| <i>sulfato de morfina SOLUCIÓN 4 mg/ml, 8 mg/ml, 10 mg/ml</i> | 4 | B/D |
| <i>sulfato de morfina SOLUCIÓN 10 mg/5 ml, 20 mg/5 ml</i> | 3 | QL (900 ml/30 días) |
| <i>sulfato de morfina SOLUCIÓN 20 mg/ml</i> | 3 | QL (180 ml/30 días) |
| <i>sulfato de morfina COMPRIMIDOS 15 mg, 30 mg</i> | 3 | QL (180 comprimidos/30 días) |
| SULFATO DE MORFINA/SÓDICO C SOLUCIÓN 1 mg/ml | 4 | B/D |
| <i>nalbufina hcl SOLUCIÓN 10 mg/ml, 20 mg/ml</i> | 4 | |
| <i>oxicodona hcl CÁPSULAS 5 mg</i> | 4 | QL (180 cápsulas/30 días) |
| <i>oxicodona hcl CONCENTRADO 100 mg/5 ml</i> | 4 | QL (180 ml/30 días) |
| <i>oxicodona hcl SOLUCIÓN 5 mg/5 ml</i> | 4 | QL (900 ml/30 días) |
| <i>oxicodona hcl COMPRIMIDOS 5 mg, 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg</i> | 3 | QL (180 comprimidos/30 días) |
| <i>oxicodona c/paracetamol comprimidos 2.5- 325 mg</i> | 3 | QL (360 comprimidos/30 días) |
| <i>oxicodona c/paracetamol comprimidos 5- 325 mg</i> | 3 | QL (360 comprimidos/30 días) |
| <i>oxicodona c/paracetamol comprimidos 7.5- 325 mg</i> | 3 | QL (240 comprimidos/30 días) |
| <i>oxicodona c/paracetamol comprimidos 10- 325 mg</i> | 3 | QL (180 comprimidos/30 días) |

AP = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;
NM = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;
AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|---|-----------------------|---------------------------------|
| <i>tramadol hcl</i> COMPRIMIDOS 50 mg | 2 | QL (240 comprimidos/30 días) |
| <i>tramadol-acetaminofeno comprimidos 37.5-325 mg</i> | 3 | QL (240 comprimidos/30 días) |

ANESTÉSICOS

ANESTÉSICOS LOCALES

| | | |
|--|---|-----|
| <i>lidocaína hcl (anestésico local.)</i> SOLUCIÓN 0.5 %, 1 %, 1.5 %, 2 % | 3 | B/D |
|--|---|-----|

ANTIINFECCIOSOS

ANTIINFECCIOSOS: VARIOS

| | | |
|--|---|-------------------------|
| <i>albendazol</i> COMPRIMIDOS 200 mg | 5 | |
| <i>sulfato de amikacina</i> SOLUCIÓN 1 g/4 ml, 500 mg/2 ml | 4 | |
| <i>atovacuna</i> SUSPENSIÓN 750 mg/5 ml | 4 | |
| <i>aztreonam</i> SOLUCIÓN RECONSTITUÍDA 1 g, 2 g | 4 | |
| CAYSTON SOLUCIÓN RECONSTITUÍDA 75 mg | 5 | NM, AL, AP |
| <i>clindamicina hcl</i> CÁPSULAS 75 mg, 150 mg, 300 mg | 2 | |
| <i>clorhidrato de palmitato de clindamicina</i> SOLUCIÓN RECONSTITUÍDA 75 mg/5 ml | 4 | |
| <i>fosfato de clindamicina</i> SOLUCIÓN 300 mg/2 ml, 600 mg/4 ml, 900 mg/6 ml, 9000 mg/60 ml | 3 | |
| <i>fosfato de clindamicina en D5W solución i. v.</i> 300 mg/50 ml | 4 | |
| <i>fosfato de clindamicina en D5W solución i. v.</i> 600 mg/50 ml | 4 | |
| <i>fosfato de clindamicina en D5W solución i. v.</i> 900 mg/50 ml | 4 | |
| CLINDMIC/NAC INYECCIÓN 300/50 ML | 4 | |
| CLINDMIC/NAC INYECCIÓN 600/50 ML | 4 | |
| CLINDMIC/NAC INYECCIÓN 900/50 ML | 4 | |
| <i>colistimetato sódico</i> SOLUCIÓN RECONSTITUÍDA 150 mg | 4 | |
| <i>dapsona</i> COMPRIMIDOS 25 mg, 100 mg | 3 | |
| DAPTOMICINA SOLUCIÓN RECONSTITUÍDA 350 mg | 5 | |
| <i>daptomicina</i> SOLUCIÓN RECONSTITUÍDA 350 mg, 500 mg | 5 | |
| EMVERM COMPRIMIDO MASTICABLE 100 mg | 5 | QL (12 comprimidos/año) |
| <i>ertapenem sódico</i> SOLUCIÓN RECONSTITUÍDA 1 g | 4 | |
| <i>gentamicina en inyección salina 0.8 mg/ml</i> | 3 | |
| <i>gentamicina en inyección salina 1 mg/ml</i> | 3 | |

AP = autorización previa; QL = límites de cantidad; ST = tratamiento escalonado;
 NM = no disponible en pedidos por correo; B/D = cubierto por Medicare Parte B o D;
 AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|--|-----------------------|---------------------------------------|
| <i>gentamicina en inyección salina 1.2 mg/ml</i> | 3 | |
| <i>gentamicina en inyección salina 1.6 mg/ml</i> | 3 | |
| <i>gentamicina en inyección salina 2 mg/ml</i> | 3 | |
| <i>sulfato de gentamicina SOLUCIÓN 10 mg/ml, 40 mg/ml</i> | 3 | |
| <i>imipenem-cilastatina solución i. v. 250 mg</i> | 4 | |
| <i>imipenem-cilastatina solución i. v. 500 mg</i> | 4 | |
| <i>ivermectina COMPRIMIDOS 3 mg</i> | 3 | QL (12 comprimidos/90 días), AP |
| <i>linezolid SOLUCIÓN 600 mg/300 ml</i> | 4 | |
| <i>linezolid SUSPENSIÓN RECONSTITUÍDA 100 mg/5 ml</i> | 5 | QL (1800 ml/30 días) |
| <i>linezolid COMPRIMIDOS 600 mg</i> | 4 | QL (60 comprimidos/30 días) |
| <i>linezolid en cloruro de sodio solución i. v. 600 mg/300 ml-0.9 %</i> | 4 | |
| <i>meropenem SOLUCIÓN RECONSTITUÍDA 1 g, 500 mg</i> | 4 | |
| <i>hipurato de metenamina COMPRIMIDOS 1 g</i> | 4 | |
| <i>metronidazol SOLUCIÓN 500 mg/100 ml</i> | 3 | |
| <i>metronidazol COMPRIMIDOS 250 mg, 500 mg</i> | 1 | |
| <i>sulfato de neomicina COMPRIMIDOS 500 mg</i> | 2 | |
| <i>nitazoxanida COMPRIMIDOS 500 mg</i> | 5 | QL (6 comprimidos/30 días) |
| <i>nitrofurantoína macrocristales CÁPSULAS 50 mg, 100 mg</i> | 3 | |
| <i>nitrofurantoína monohidrato/macrocrístales CÁPSULAS 100 mg</i> | 3 | |
| <i>sulfato de paromomicina CÁPSULAS 250 mg</i> | 4 | |
| <i>isetionato de pentamidina inh SOLUCIÓN RECONSTITUÍDA 300 mg</i> | 4 | B/D |
| <i>isetionato de pentamidina inyección SOLUCIÓN RECONSTITUÍDA 300 mg</i> | 4 | |
| <i>praziquantel COMPRIMIDOS 600 mg</i> | 4 | |
| <i>SIVEXTRO SOLUCIÓN RECONSTITUÍDA 200 mg; COMPRIMIDOS 200 mg</i> | 5 | |
| <i>sulfato de estreptomina SOLUCIÓN RECONSTITUÍDA 1 g</i> | 4 | |
| <i>sulfadiazina COMPRIMIDOS 500 mg</i> | 4 | |
| <i>sulfametoxazol-trimetoprima solución i. v. 400-80 mg/5 ml</i> | 4 | |
| <i>sulfametoxazol-trimetoprima suspensión 200-40 mg/5 ml</i> | 3 | |
| <i>sulfametoxazol-trimetoprima comprimidos 400-80 mg</i> | 1 | |

AP = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;
NM = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;
AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|--|-----------------------|----------------------------|
| <i>sulfametoxazol-trimetoprima comprimidos 800-160 mg</i> | 1 | |
| SYNERCID INYECCIÓN 500 MG | 5 | |
| <i>tinidazol COMPRIMIDOS 250 mg, 500 mg</i> | 3 | |
| <i>tobramicina NEBULIZABLE 300 mg/5 ml</i> | 5 | NM, AP |
| <i>sulfato de tobramicina SOLUCIÓN 1.2 g/30 ml, 10 mg/ml, 40 mg/ml, 80 mg/2 ml</i> | 3 | |
| <i>trimetoprima COMPRIMIDOS 100 mg</i> | 3 | |
| <i>vancomicina hcl CÁPSULAS 125 mg</i> | 4 | QL (80 cápsulas/180 días) |
| <i>vancomicina hcl CÁPSULAS 250 mg</i> | 4 | QL (160 cápsulas/180 días) |
| <i>vancomicina hcl SOLUCIÓN RECONSTITUÍDA 1 g, 5 g, 10 g, 500 mg, 750 mg</i> | 4 | |
| VANCOMICINA INYECCIÓN 1 G | 4 | |
| VANCOMICINA INYECCIÓN 500 MG | 4 | |
| VANCOMICINA INYECCIÓN 750 MG | 4 | |

ANTIMICÓTICOS

| | | |
|--|---|-------------------------|
| ABELCET SUSPENSIÓN 5 mg/ml | 4 | B/D |
| <i>anfotericina b SOLUCIÓN RECONSTITUÍDA 50 mg</i> | 4 | B/D |
| <i>anfotericina b liposomal SUSPENSIÓN RECONSTITUÍDA 50 mg</i> | 5 | B/D |
| <i>acetato de caspofungina SOLUCIÓN RECONSTITUÍDA 50 mg, 70 mg</i> | 4 | |
| <i>fluconazol SUSPENSIÓN RECONSTITUÍDA 10 mg/ml, 40 mg/ml; COMPRIMIDOS 50 mg, 100 mg, 200 mg</i> | 3 | |
| <i>fluconazol COMPRIMIDOS 150 mg</i> | 2 | |
| <i>fluconazol en NAACL al 0.9 % inyección 200 mg/100 ml</i> | 3 | |
| <i>fluconazol en NAACL al 0.9 % inyección 400 mg/200 ml</i> | 3 | |
| <i>flucitosina CÁPSULAS 250 mg, 500 mg</i> | 5 | AP |
| <i>griseofulvina micronizada SUSPENSIÓN 125 mg/5 ml; COMPRIMIDOS 500 mg</i> | 4 | |
| <i>griseofulvina ultramicronizada COMPRIMIDOS 125 mg, 250 mg</i> | 4 | |
| <i>itraconazol CÁPSULAS 100 mg</i> | 4 | AP |
| <i>ketoconazol COMPRIMIDOS 200 mg</i> | 3 | AP |
| <i>micalfungina sódica SOLUCIÓN RECONSTITUÍDA 50 mg, 100 mg</i> | 5 | |
| NOXAFIL SUSPENSIÓN 40 mg/ml | 5 | QL (630 ml/30 días), AP |
| <i>nistatina COMPRIMIDOS 500,000 unidades</i> | 3 | |
| <i>posaconazol SUSPENSIÓN 40 mg/ml</i> | 5 | QL (630 ml/30 días), AP |

AP = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;
NM = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;
AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|---|-----------------------|----------------------------------|
| <i>posaconazol</i> COMPRIMIDOS CON RECUBRIMIENTO ENTÉRICO 100 mg | 5 | QL (93 comprimidos/30 días), AP |
| <i>terbinafina hcl</i> COMPRIMIDOS 250 mg | 1 | QL (90 comprimidos/año) |
| <i>voriconazol</i> SOLR 200 mg; SUSPENSIÓN RECONSTITUÍDA 40 mg/ml | 5 | AP |
| <i>voriconazol</i> COMPRIMIDOS 50 mg | 4 | QL (480 comprimidos/30 días), AP |
| <i>voriconazol</i> COMPRIMIDOS 200 mg | 4 | QL (120 comprimidos/30 días), AP |

ANTIPALÚDICOS

| | | |
|---|---|----|
| <i>atovacuna-clorhidrato de proguanilo hcl comprimidos 62.5-25 mg</i> | 4 | |
| <i>atovacuna-proguanilo hcl comprimidos 250-100 mg</i> | 4 | |
| <i>fosfato de cloroquina</i> COMPRIMIDOS 250 mg, 500 mg | 4 | |
| COARTEM COMPRIMIDOS 20-120 MG | 4 | |
| <i>mefloquina hcl</i> COMPRIMIDOS 250 mg | 3 | |
| <i>fosfato de primaquina</i> COMPRIMIDOS 26.3 mg | 3 | |
| FOSFATO DE PRIMAQUINA COMPRIMIDOS 26.3 mg | 3 | |
| <i>sulfato de quinina</i> CÁPSULAS 324 mg | 4 | AP |

AGENTES ANTIRRETROVIRALES

| | | |
|---|---|---------------------------------|
| <i>sulfato de abacavir</i> SOLUCIÓN 20 mg/ml | 4 | NM |
| <i>sulfato de abacavir</i> COMPRIMIDOS 300 mg | 3 | NM |
| APTIVUS COMPRIMIDOS 250 mg | 5 | NM |
| <i>sulfato de atazanavir</i> COMPRIMIDOS 150 mg, 200 mg, 300 mg | 4 | NM |
| <i>darunavir</i> COMPRIMIDOS 600 mg | 5 | QL (60 comprimidos/30 días), NM |
| <i>darunavir</i> COMPRIMIDOS 800 mg | 5 | QL (30 comprimidos/30 días), NM |
| EDURANT COMPRIMIDOS 25 mg | 5 | NM |
| <i>efavirenz</i> CÁPSULAS 50 mg, 200 mg; COMPRIMIDOS 600 mg | 4 | NM |
| <i>emtricitabina</i> CÁPSULAS 200 mg | 3 | NM |
| EMTRIVA SOLUCIÓN 10 mg/ml | 4 | NM |
| <i>etravirina</i> COMPRIMIDOS 100 mg, 200 mg | 5 | NM |
| <i>fosamprenavir de calcio</i> COMPRIMIDOS 700 mg | 5 | NM |

AP = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;
NM = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;
AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|--|-----------------------|----------------------------------|
| FUZEON SOLUCIÓN RECONSTITUÍDA 90 mg | 5 | NM |
| INTELENCE COMPRIMIDOS 25 mg | 4 | NM |
| ISENTRESS COMPRIMIDO MASTICABLE 25 mg | 4 | NM |
| ISENTRESS COMPRIMIDO MASTICABLE 100 mg; PAQUETE 100 mg; COMPRIMIDOS 400 mg | 5 | NM |
| ISENTRESS HD COMPRIMIDOS 600 mg | 5 | NM |
| <i>lamivudina</i> SOLUCIÓN 10 mg/ml; COMPRIMIDOS 150 mg, 300 mg | 3 | NM |
| LEXIVA SUSPENSIÓN 50 mg/ml | 4 | NM |
| <i>maraviroc</i> COMPRIMIDOS 150 mg, 300 mg | 5 | NM |
| <i>nevirapina</i> SUSPENSIÓN 50 mg/5 ml; COMPRIMIDO DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 100 mg, 400 mg | 4 | NM |
| <i>nevirapina</i> COMPRIMIDOS 200 mg | 2 | NM |
| NORVIR PAQUETE 100 mg | 4 | NM |
| PIFELTRO COMPRIMIDOS 100 mg | 5 | NM |
| PREZISTA SUSPENSIÓN 100 mg/ml | 5 | QL (400 ml/30 días), NM |
| PREZISTA COMPRIMIDOS 75 mg | 4 | QL (480 comprimidos/30 días), NM |
| PREZISTA COMPRIMIDOS 150 mg | 5 | QL (240 comprimidos/30 días), NM |
| PREZISTA COMPRIMIDOS 600 mg | 5 | QL (60 comprimidos/30 días), NM |
| PREZISTA COMPRIMIDOS 800 mg | 5 | QL (30 comprimidos/30 días), NM |
| REYATAZ PAQUETE 50 mg | 5 | NM |
| <i>ritonavir</i> COMPRIMIDOS 100 mg | 3 | NM |
| RUKOBIA COMPRIMIDO DE LIBERACIÓN PROLONGADA 12 H 600 mg | 5 | NM |
| SELZENTRY SOLUCIÓN 20 mg/ml; COMPRIMIDOS 75 mg | 5 | NM |
| SELZENTRY COMPRIMIDOS 25 mg | 4 | NM |
| <i>estavudina</i> CÁPSULAS 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg | 4 | NM |
| SUNLENCA PAQUETE DE TERAPIA DE COMPRIMIDOS 300 mg | 5 | NM, AL |
| <i>fumarato de disoproxilo de tenofovir</i> COMPRIMIDOS 300 mg | 3 | NM |
| TIVICAY COMPRIMIDOS 10 mg | 3 | NM |
| TIVICAY COMPRIMIDOS 25 mg, 50 mg | 5 | NM |

AP = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;
NM = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;
AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|---|-----------------------|---------------------------------------|
| TIVICAY PD COMPRIMIDO SOLUBLE 5 mg | 5 | NM |
| TROGARZO SOLUCIÓN 200 mg/1.33 ml | 5 | NM, AL |
| TYBOST COMPRIMIDOS 150 mg | 3 | NM |
| VIRACEPT COMPRIMIDOS 250 mg, 625 mg | 5 | NM |
| VIREAD POLVO 40 mg/g; COMPRIMIDOS 150 mg, 200 mg, 250 mg | 5 | NM |
| <i>zidovudina</i> CÁPSULAS 100 mg; SYRP 50 mg/5 ml | 4 | NM |
| <i>zidovudina</i> COMPRIMIDOS 300 mg | 3 | NM |
| AGENTES COMBINADOS ANTIRRETROVIRALES | | |
| <i>sulfato de abacavir/lamivudina comprimidos 600-300 mg</i> | 3 | NM |
| BIKTARVY COMPRIMIDOS 30-120-15 MG | 5 | NM |
| BIKTARVY COMPRIMIDOS 50-200-25 MG | 5 | NM |
| CIMDUO COMPRIMIDOS 300-300 | 5 | NM |
| COMPLERA COMPRIMIDO | 5 | NM |
| DELSTRIGO COMPRIMIDO | 5 | NM |
| DESCOVY COMPRIMIDO 120-15 MG | 5 | QL (30 comprimidos/30 días), NM |
| DESCOVY COMPRIMIDO 200/25 MG | 5 | QL (30 comprimidos/30 días), NM |
| DOVATO COMPRIMIDO 50-300 MG | 5 | NM |
| <i>efavirenz-emtricitabina-tenofovir df comprimidos 600-200-300 mg</i> | 5 | NM |
| <i>efavirenz-lamivudina-tenofovir df comprimidos 400-300-300 mg</i> | 5 | NM |
| <i>efavirenz-lamivudina-tenofovir df comprimidos 600-300-300 mg</i> | 5 | NM |
| <i>emtricitabina-tenofovir fumarato de disoproxilo comprimidos 100-150 mg</i> | 5 | QL (30 comprimidos/30 días), NM |
| <i>emtricitabina-tenofovir fumarato de disoproxilo comprimidos 133-200 mg</i> | 5 | QL (30 comprimidos/30 días), NM |
| <i>emtricitabina-tenofovir fumarato de disoproxilo comprimidos 167-250 mg</i> | 5 | QL (30 comprimidos/30 días), NM |
| <i>emtricitabina-tenofovir fumarato de disoproxilo comprimidos 200-300 mg</i> | 5 | QL (30 comprimidos/30 días), NM |
| EVOTAZ COMPRIMIDO 300-150 | 5 | NM |
| GENVOYA COMPRIMIDO | 5 | NM |
| JULUCA COMPRIMIDO 50-25 MG | 5 | NM |

AP = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;
NM = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;
AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|---|-----------------------|--------------------|
| <i>lamivudina-zidovudina comprimidos 150-300 mg</i> | 4 | NM |
| <i>lopinavir-ritonavir solución 400-100 mg/5 ml (80-20 mg/ml)</i> | 4 | NM |
| <i>lopinavir-ritonavir comprimidos 100-25 mg</i> | 4 | NM |
| <i>lopinavir-ritonavir comprimidos 200-50 mg</i> | 4 | NM |
| ODEFSEY COMPRIMIDO | 5 | NM |
| PREZCOBIX COMPRIMIDO 800-150 | 5 | NM |
| STRIBILD COMPRIMIDO | 5 | NM |
| SYMTUZA COMPRIMIDO | 5 | NM |
| TRIUMEQ PD COMPRIMIDO | 5 | NM |
| TRIUMEQ COMPRIMIDO | 5 | NM |
| TRIZIVIR COMPRIMIDO | 5 | NM |

AGENTES ANTITUBERCULARES

| | | |
|--|---|------------|
| <i>cicloserina</i> CÁPSULAS 250 mg | 5 | |
| <i>etambutol hcl</i> COMPRIMIDOS 100 mg, 400 mg | 3 | |
| <i>isoniacida</i> JARABE 50 mg/5 ml | 4 | |
| <i>isoniacida</i> COMPRIMIDOS 100 mg, 300 mg | 1 | |
| PRIFTIN COMPRIMIDOS 150 mg | 4 | |
| <i>pirazinamida</i> COMPRIMIDOS 500 mg | 4 | |
| <i>rifabutina</i> CÁPSULAS 150 mg | 4 | |
| <i>rifampicina</i> CÁPSULAS 150 mg, 300 mg | 3 | |
| <i>rifampicina</i> SOLUCIÓN RECONSTITUÍDA 600 mg | 4 | |
| SIRTURO COMPRIMIDOS 20 mg, 100 mg | 5 | NM, AL, AP |
| TRECTOR COMPRIMIDOS 250 mg | 4 | |

ANTIVIRALES

| | | |
|--|---|--------|
| <i>aciclovir</i> CÁPSULAS 200 mg; COMPRIMIDOS 400 mg, 800 mg | 2 | |
| <i>aciclovir</i> SUSPENSIÓN 200 mg/5 ml | 4 | |
| <i>aciclovir sódico</i> SOLUCIÓN 50 mg/ml | 4 | B/D |
| <i>adefovir dipivoxilo</i> COMPRIMIDOS 10 mg | 5 | NM |
| BARACLUDE SOLUCIÓN 0.05 mg/ml | 5 | NM |
| <i>entecavir</i> COMPRIMIDOS 0.5 mg, 1 mg | 4 | NM |
| EPCLUSA PAQUETE 150-37.5 | 5 | NM, AP |
| EPCLUSA PAQUETE 200-50 MG | 5 | NM, AP |
| EPCLUSA COMPRIMIDOS 200-50 MG | 5 | NM, AP |
| EPCLUSA COMPRIMIDOS 400-100 | 5 | NM, AP |
| EPIVIR HBV SOLUCIÓN 5 mg/ml | 4 | NM |
| <i>famciclovir</i> COMPRIMIDOS 125 mg, 250 mg, 500 mg | 3 | |
| <i>ganciclovir sódico</i> SOLUCIÓN RECONSTITUÍDA 500 mg | 4 | B/D |
| HARVONI PAQUETE 33.75-150 MG | 5 | NM, AP |

AP = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;
NM = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;
AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|--|-----------------------|---------------------------------|
| HARVONI PAQUETE 45-200 MG | 5 | NM, AP |
| HARVONI COMPRIMIDOS 45-200 MG | 5 | NM, AP |
| HARVONI COMPRIMIDOS 90-400 MG | 5 | NM, AP |
| <i>lamivudina (hbv)</i> COMPRIMIDOS 100 mg | 4 | NM |
| MAVYRET PAQUETE 50-20 MG | 5 | NM, AP |
| MAVYRET COMPRIMIDOS 100-40 MG | 5 | NM, AP |
| <i>fosfato de oseltamivir</i> CÁPSULAS 30 mg | 3 | QL (168 cápsulas/año) |
| <i>fosfato de oseltamivir</i> CÁPSULAS 45 mg, 75 mg | 3 | QL (84 cápsulas/año) |
| <i>fosfato de oseltamivir</i> SUSPENSIÓN RECONSTITUÍDA 6 mg/ml | 3 | QL (1080 ml/año) |
| PEGASYS SOLUCIÓN 180 mcg/ml; SOLUCIÓN EN JERINGA PRECARGADA 180 mcg/0.5ml | 5 | NM, AP |
| PREVYMIS COMPRIMIDOS 240 mg, 480 mg | 5 | QL (28 comprimidos/28 días), AP |
| RELENZA DISKHALER POLVO EN AEROSOL ACTIVADO POR LA RESPIRACIÓN 5 mg/blíster | 3 | QL (6 inhaladores/año) |
| <i>ribavirina (hepatitis c)</i> CÁPSULAS 200 mg | 3 | NM |
| <i>ribavirina (hepatitis c)</i> COMPRIMIDOS 200 mg | 4 | NM |
| <i>hidrocloruro de rimantadina</i> COMPRIMIDOS 100 mg | 4 | |
| <i>valaciclovir hcl</i> COMPRIMIDOS 1 g, 500 mg | 3 | |
| <i>valganciclovir hcl</i> SOLUCIÓN RECONSTITUÍDA 50 mg/ml | 5 | |
| <i>valganciclovir hcl</i> COMPRIMIDOS 450 mg | 3 | |
| VEMLIDY COMPRIMIDOS 25 mg | 5 | NM |
| VOSEVI COMPRIMIDOS | 5 | NM, AP |
| CEFALOSPORINAS | | |
| <i>cefaclor</i> CÁPSULAS 250 mg, 500 mg | 3 | |
| <i>cefaclor</i> SUSPENSIÓN RECONSTITUÍDA 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 375 mg/5 ml | 4 | |
| CEFAZOLIN ER COMPRIMIDO DE LIBERACIÓN PROLONGADA 12 H 500 mg | 4 | |
| <i>cefadroxilo</i> CÁPSULAS 500 mg | 2 | |
| <i>cefadroxilo</i> SUSPENSIÓN RECONSTITUÍDA 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml | 3 | |
| CEFAZOLIN SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 2 g, 3 g | 4 | |
| CEFAZOLIN INYECCIÓN 1 G/50 ML | 4 | |
| <i>cefazolina sódica</i> SOLUCIÓN RECONSTITUÍDA 1 g, 2 g, 10 g, 500 mg | 3 | |
| CEFAZOLINA SOLUCIÓN 2 G/100 ML-4 % | 4 | |
| <i>cefdinir</i> CÁPSULAS 300 mg | 2 | |

AP = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;
NM = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;
AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|---|-----------------------|--------------------|
| <i>cefdinir</i> SUSPENSIÓN RECONSTITUÍDA 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml | 3 | |
| <i>cefepima hcl</i> SOLUCIÓN RECONSTITUÍDA 1 g, 2 g | 4 | |
| <i>cefixima</i> CÁPSULAS 400 mg; SUSPENSIÓN RECONSTITUÍDA 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml | 4 | |
| <i>cefoxitina sódica</i> SOLUCIÓN RECONSTITUÍDA 1 g, 2 g, 10 g | 4 | |
| <i>cefpodoxima proxetilo</i> SUSPENSIÓN RECONSTITUÍDA 50 mg/5 ml, 100 mg/5 ml | 4 | |
| <i>cefpodoxima proxetilo</i> COMPRIMIDOS 100 mg, 200 mg | 3 | |
| <i>cefprozil</i> SUSPENSIÓN RECONSTITUÍDA 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml; COMPRIMIDOS 250 mg, 500 mg | 3 | |
| <i>ceftazidima</i> SOLUCIÓN RECONSTITUÍDA 1 g, 2 g, 6 g | 4 | |
| CEFTAZIDIMA/SOLUCIÓN D5W 1 G | 4 | |
| CEFTAZIDIMA/SOLUCIÓN D5W 2 G | 4 | |
| <i>ceftriaxona sódica</i> SOLUCIÓN RECONSTITUÍDA 1 g, 2 g, 10 g, 250 mg, 500 mg | 4 | |
| <i>cefuroxima axetilo</i> COMPRIMIDOS 250 mg, 500 mg | 3 | |
| <i>cefuroxima sódica</i> SOLUCIÓN RECONSTITUÍDA 1.5 g, 750 mg | 3 | |
| <i>cefalexina</i> CÁPSULAS 250 mg, 500 mg | 1 | |
| <i>cefalexina</i> SUSPENSIÓN RECONSTITUÍDA 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml | 3 | |
| <i>tazicef</i> SOLUCIÓN RECONSTITUÍDA 1 g, 2 g, 6 g | 4 | |
| TEFLARO SOLUCIÓN RECONSTITUÍDA 400 mg, 600 mg | 5 | |
| ERITROMICINAS/MACRÓLIDOS | | |
| <i>azitromicina</i> PAQUETE 1 g; SOLUCIÓN RECONSTITUÍDA 500 mg; SUSPENSIÓN RECONSTITUÍDA 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml | 3 | |
| <i>azitromicina</i> COMPRIMIDOS 250 mg, 500 mg, 600 mg | 1 | |
| <i>claritromicina</i> SUSPENSIÓN RECONSTITUÍDA 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml | 4 | |
| <i>claritromicina</i> COMPRIMIDOS 250 mg, 500 mg; COMPRIMIDO DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 500 mg | 3 | |
| DIFICID SUSPENSIÓN RECONSTITUÍDA 40 mg/ml; COMPRIMIDOS 200 mg | 5 | |

AP = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;
NM = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;
AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|---|-----------------------|--------------------|
| <i>e.e.s. 400</i> COMPRIMIDOS 400 mg | 4 | |
| <i>ery-tab</i> COMPRIMIDO DE LIBERACIÓN PROLONGADA 250 mg, 333 mg, 500 mg | 4 | |
| LACTOBIONATO DE ERITROCINA SOLUCIÓN RECONSTITUÍDA 500 mg | 4 | |
| <i>estearato de eritrocina</i> COMPRIMIDOS 250 mg | 4 | |
| <i>eritromicina base</i> PARTÍCULAS EN CÁPSULAS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 250 mg; COMPRIMIDOS 250 mg, 500 mg; COMPRIMIDO DE LIBERACIÓN PROLONGADA 250 mg, 333 mg, 500 mg | 4 | |
| <i>etilsuccinato de eritromicina</i> COMPRIMIDOS 400 mg | 4 | |
| <i>lactobionato de eritromicina</i> SOLUCIÓN RECONSTITUÍDA 500 mg | 4 | |
| FLUOROQUINOLONAS | | |
| CIPRO SUSPENSIÓN RECONSTITUÍDA 500 mg/5 ml | 4 | |
| <i>ciprofloxacino 200 mg/100 ml en D5W</i> | 3 | |
| <i>ciprofloxacino 400 mg/200 ml en D5W</i> | 3 | |
| <i>ciprofloxacino hcl</i> COMPRIMIDOS 100 mg | 4 | |
| <i>ciprofloxacino hcl</i> COMPRIMIDOS 250 mg, 500 mg, 750 mg | 1 | |
| <i>levofloxacino</i> SOLUCIÓN 25 mg/ml | 4 | |
| <i>levofloxacino</i> COMPRIMIDOS 250 mg, 500 mg, 750 mg | 1 | |
| <i>levofloxacino en D5W solución i. v. 250 mg/50 ml</i> | 3 | |
| <i>levofloxacino en D5W solución i. v. 500 mg/100 ml</i> | 3 | |
| <i>levofloxacino en D5W solución i. v. 750 mg/150 ml</i> | 3 | |
| <i>moxifloxacina hcl</i> COMPRIMIDOS 400 mg | 4 | |
| PENICILINAS | | |
| <i>amoxicilina</i> CÁPSULAS 250 mg, 500 mg; SUSPENSIÓN RECONSTITUÍDA 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml; COMPRIMIDOS 500 mg, 875 mg | 1 | |
| <i>amoxicilina</i> COMPRIMIDO MASTICABLE 125 mg, 250 mg | 2 | |
| <i>amoxicilina y clavulanato de potasio comprimidos masticables 200-28.5 mg</i> | 4 | |
| <i>amoxicilina y clavulanato de potasio comprimidos masticables 400-57 mg</i> | 4 | |

AP = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;
NM = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;
AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|---|------------------------------|---------------------------|
| <i>amoxicilina y clavulanato de potasio para suspensión 200-28.5 mg/5 ml</i> | 3 | |
| <i>amoxicilina y clavulanato de potasio para suspensión 250-62.5 mg/5 ml</i> | 4 | |
| <i>amoxicilina y clavulanato de potasio para suspensión 400-57 mg/5 ml</i> | 3 | |
| <i>amoxicilina y clavulanato de potasio para suspensión 600-42.9 mg/5 ml</i> | 3 | |
| <i>amoxicilina y clavulanato de potasio comprimidos 250-125 mg</i> | 3 | |
| <i>amoxicilina y clavulanato de potasio comprimidos 500-125 mg</i> | 2 | |
| <i>amoxicilina y clavulanato de potasio comprimidos 875-125 mg</i> | 2 | |
| <i>amoxicilina y clavulanato de potasio comprimidos de liberación prolongada de 12 h 1000-62.5 mg</i> | 4 | |
| <i>ampicilina CÁPSULAS 500 mg</i> | 2 | |
| <i>ampicilina y sulbactam sódico para inyección 1.5 (1-0.5) g</i> | 4 | |
| <i>ampicilina y sulbactam sódico para inyección 3 (2-1) g</i> | 4 | |
| <i>ampicilina y sulbactam sódico para solución i. v. 1.5 (1-0.5) g</i> | 4 | |
| <i>ampicilina y sulbactam sódico para solución i. v. 3 (2-1) g</i> | 4 | |
| <i>ampicilina y sulbactam sódico para solución i. v. 15 (10-5) g</i> | 4 | |
| <i>ampicilina sódica SOLUCIÓN RECONSTITUÍDA 1 g, 2 g, 10 g, 125 mg, 250 mg, 500 mg</i> | 4 | |
| <i>BICILLINA L-A SUSPENSIÓN EN JERINGA PRECARGADA 600,000 unidades/ml; 1,200,000 unidades/2 ml, 2,400,000 unidades/4 ml</i> | 4 | |
| <i>dicloxacilina sódica CÁPSULAS 250 mg, 500 mg</i> | 3 | |
| <i>nafcilina sódica SOLUCIÓN RECONSTITUÍDA 1 g, 2 g</i> | 4 | |
| <i>nafcilina sódica SOLUCIÓN RECONSTITUÍDA 10 g</i> | 5 | |
| <i>oxacilina sódica SOLUCIÓN RECONSTITUÍDA 1 g, 2 g, 10 g</i> | 4 | |
| <i>PEN GK/DEXTR INYECCIÓN 40,000/ML</i> | 4 | |
| <i>PEN GK/DEXTR INYECCIÓN 60,000/ML</i> | 4 | |

AP = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;
NM = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;
AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|---|-----------------------|--------------------|
| <i>penicilina g potásica</i> SOLUCIÓN RECONSTITUÍDA 5,000,000 unidades, 20,000,000 unidades | 4 | |
| PENICILINA G PROCAÍNA SUSPENSIÓN 600,000 unidades/ml | 4 | |
| <i>penicilina g sódica</i> SOLUCIÓN RECONSTITUÍDA 5,000,000 unidades | 4 | |
| <i>potasio de penicilina v</i> SOLUCIÓN RECONSTITUÍDA 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml | 2 | |
| <i>potasio de penicilina</i> COMPRIMIDOS 250 mg, 500 mg | 1 | |
| <i>pfizerpen</i> SOLUCIÓN RECONSTITUÍDA 5,000,000 unidades, 20,000,000 unidades | 4 | |
| <i>piperacilina sod-tazobactam NA para inyección</i> 3.375 g (3-0.375 g) | 4 | |
| <i>piperacilina sod-tazobactam sodio para inyección</i> 2.25 g (2-0.25 g) | 4 | |
| <i>piperacilina sod-tazobactam sodio para inyección</i> 4.5 g (4-0.5 g) | 4 | |
| <i>piperacilina sod-tazobactam sodio para inyección</i> 13.5 g (12-1.5 g) | 4 | |
| <i>piperacilina sod-tazobactam sodio para inyección</i> 40.5 g (36-4.5 g) | 4 | |
| TETRACICLINAS | | |
| <i>doxi 100</i> SOLUCIÓN RECONSTITUÍDA 100 mg | 4 | |
| <i>doxiciclina (monohidrato)</i> CÁPSULAS 50 mg, 100 mg | 2 | |
| <i>doxiciclina (monohidrato)</i> COMPRIMIDOS 50 mg, 75 mg, 100 mg | 3 | |
| <i>hiclato de doxiciclina</i> CÁPSULAS 50 mg, 100 mg; COMPRIMIDOS 20 mg, 100 mg | 3 | |
| <i>hiclato de doxiciclina</i> SOLUCIÓN RECONSTITUÍDA 100 mg | 4 | |
| <i>minociclina hcl</i> CÁPSULAS 50 mg, 75 mg, 100 mg | 3 | |
| NUZYRA SOLUCIÓN RECONSTITUÍDA 100 mg; COMPRIMIDOS 150 mg | 5 | NM, AL |
| <i>tetraciclina hcl</i> CÁPSULAS 250 mg, 500 mg | 4 | AP |
| <i>tigeciclina</i> SOLUCIÓN RECONSTITUÍDA 50 mg | 5 | |
| TIGECICLINA SOLUCIÓN RECONSTITUÍDA 50 mg | 5 | |
| AGENTES ANTINEOPLÁSICOS | | |
| AGENTES ALQUILANTES | | |
| BENDEKA SOLUCIÓN 100 mg/4 ml | 5 | B/D, NM, AL |

AP = autorización previa; QL = límites de cantidad; ST = tratamiento escalonado;
 NM = no disponible en pedidos por correo; B/D = cubierto por Medicare Parte B o D;
 AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|---|-----------------------|--------------------|
| <i>carboplatino</i> SOLUCIÓN 50 mg/5 ml, 150 mg/15 ml, 450 mg/45 ml, 600 mg/60 ml | 3 | B/D |
| <i>cisplatino</i> SOLUCIÓN 50 mg/50 ml, 100 mg/100 ml, 200 mg/200 ml | 3 | B/D |
| <i>ciclofosfamida</i> CÁPSULAS 25 mg, 50 mg | 3 | B/D |
| CICLOFOSFAMIDA SOLUCIÓN 1 g/5 ml, 500 mg/2.5 ml | 5 | B/D |
| <i>ciclofosfamida</i> SOLUCIÓN RECONSTITUÍDA 1 g, 2 g, 500 mg | 5 | B/D |
| CICLOFOSFAMIDA COMPRIMIDOS 25 mg, 50 mg | 4 | B/D |
| CICLOFOSFAMIDA MONOHIDR SOLUCIÓN 2 g/10 ml | 5 | B/D |
| GLEOSTINA CÁPSULAS 10 mg, 40 mg | 4 | NM |
| GLEOSTINA CÁPSULAS 100 mg | 5 | NM |
| LEUKERAN COMPRIMIDOS 2 mg | 4 | |
| <i>oxaliplatino</i> SOLUCIÓN 50 mg/10 ml, 100 mg/20 ml, 200 mg/40 ml | 4 | B/D |
| <i>oxaliplatino</i> SOLUCIÓN RECONSTITUÍDA 50 mg, 100 mg | 5 | B/D |
| <i>paraplatin</i> SOLUCIÓN 1000 mg/100 ml | 3 | B/D |
| ANTIBIÓTICOS | | |
| <i>doxorrubicina hcl</i> SOLUCIÓN 2 mg/ml | 4 | B/D |
| <i>doxorrubicina liposomal hcl</i> INYECCIÓN 2 mg/ml | 5 | B/D |
| ELLENCÉ SOLUCIÓN 50 mg/25 ml, 200 mg/100 ml | 4 | B/D |
| ANTIMETABOLITOS | | |
| <i>azacitidina</i> SUSPENSIÓN RECONSTITUÍDA 100 mg | 5 | B/D, NM |
| <i>citarabina</i> SOLUCIÓN 20 mg/ml | 3 | B/D |
| <i>fluorouracilo</i> SOLUCIÓN 1 g/20 ml, 2.5 g/50 ml, 5 g/100 ml, 500 mg/10 ml | 3 | B/D |
| <i>gemcitabina hcl</i> SOLUCIÓN 1 g/26.3 ml, 2 g/52.6 ml, 200 mg/5.26 ml; SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 1 g, 2 g, 200 mg | 4 | B/D |
| INQOVI COMPRIMIDOS 35-100 MG | 5 | NM, AL, AP |
| LONSURF COMPRIMIDOS 15-6.14 | 5 | NM, AL, AP |
| LONSURF COMPRIMIDOS 20-8.19 | 5 | NM, AL, AP |
| <i>mercaptopurina</i> COMPRIMIDOS 50 mg | 3 | |
| <i>metotrexato sódico</i> SOLUCIÓN 1 g/40 ml, 50 mg/2 ml, 250 mg/10 ml; SOLUCIÓN RECONSTITUÍDA 1 g | 3 | B/D |
| ONUREG COMPRIMIDOS 200 mg, 300 mg | 5 | NM, AL, AP |

AP = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;
NM = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;
AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|---|-----------------------|--------------------------------------|
| <i>pemetrexed disódico</i> SOLUCIÓN RECONSTITUÍDA 100 mg, 500 mg, 750 mg, 1000 mg | 5 | B/D |
| PURIXAN SUSP 2000 mg/100 ml | 5 | NM |
| TABLOID COMPRIMIDOS 40 mg | 4 | |
| AGENTES ANTINEOPLÁSICOS HORMONALES | | |
| <i>acetato de abiraterona</i> COMPRIMIDOS 250 mg, 500 mg | 5 | NM, AP |
| <i>anastrozol</i> COMPRIMIDOS 1 mg | 2 | |
| <i>bicalutamida</i> COMPRIMIDOS 50 mg | 2 | |
| ELIGARD KIT 7.5 mg, 22.5 mg, 30 mg, 45 mg | 4 | NM, AP |
| EMCYT CÁPSULAS 140 mg | 5 | |
| ERLEADA COMPRIMIDOS 60 mg, 240 mg | 5 | NM, AL, AP |
| EULEXIN CÁPSULAS 125 mg | 5 | |
| <i>exemestano</i> COMPRIMIDOS 25 mg | 4 | |
| <i>fulvestrant</i> SOSY 250 mg/5 ml | 5 | B/D |
| <i>letrozol</i> COMPRIMIDOS 2.5 mg | 2 | |
| <i>acetato de leuprorelina</i> KIT 1 mg/0.2 ml | 4 | NM, AP |
| LUPRON DEPOT (1 MES) KIT 3.75 mg | 5 | NM, AP |
| LUPRON DEPOT (3 MESES) KIT 11.25 mg | 5 | NM, AP |
| LYSODREN COMPRIMIDOS 500 mg | 5 | NM |
| <i>acetato de megestrol</i> COMPRIMIDOS 20 mg, 40 mg | 3 | |
| <i>nilutamida</i> COMPRIMIDOS 150 mg | 5 | |
| NUBEQA COMPRIMIDOS 300 mg | 5 | NM, AL, AP |
| ORGOVYX COMPRIMIDOS 120 mg | 5 | NM, AL, AP |
| ORSERDU COMPRIMIDOS 86 mg, 345 mg | 5 | NM, AL, AP |
| SOLTAMOX SOLUCIÓN 10 mg/5 ml | 5 | |
| <i>citrato de tamoxifeno</i> COMPRIMIDOS 10 mg, 20 mg | 2 | |
| <i>citrato de toremifeno</i> COMPRIMIDOS 60 mg | 5 | |
| XTANDI CÁPSULAS 40 mg; COMPRIMIDOS 40 mg, 80 mg | 5 | NM, AL, AP |
| INMUNOMODULADORES | | |
| <i>lenalidomida</i> CÁPSULAS 2.5 mg, 5 mg, 10 mg, 15 mg | 5 | QL (28 cápsulas/28 días), NM, AL, AP |
| <i>lenalidomida</i> CÁPSULAS 20 mg, 25 mg | 5 | QL (21 cápsulas/28 días), NM, AL, AP |
| POMALYST CÁPSULAS 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg | 5 | QL (21 cápsulas/28 días), NM, AL, AP |
| REVLIMID CÁPSULAS 2.5 mg, 5 mg, 10 mg, 15 mg | 5 | QL (28 cápsulas/28 días), NM, AL, AP |
| REVLIMID CÁPSULAS 20 mg, 25 mg | 5 | QL (21 cápsulas/28 días), NM, AL, AP |

AP = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;
NM = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;
AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|----------------------------------|-----------------------|---|
| THALOMID CÁPSULAS 50 mg, 100 mg | 5 | QL (28 cápsulas/28 días), NM, AL, AP |
| THALOMID CÁPSULAS 150 mg, 200 mg | 5 | QL (56 cápsulas/28 días), NM, AL, AP |

VARIOS

| | | |
|---|---|---|
| BESREMI SOSY 500 mcg/ml | 5 | NM, AL, AP |
| <i>bexaroteno</i> CÁPSULAS 75 mg | 5 | NM, AP |
| <i>hidroxiurea</i> CÁPSULAS 500 mg | 2 | |
| <i>irinotecán hcl</i> SOLUCIÓN 40 mg/2 ml, 100 mg/5 ml, 300 mg/15 ml, 500 mg/25 ml | 4 | B/D |
| KISQALI 200 PAK FEMARA | 5 | QL (49 comprimidos/28 días), NM, AP |
| KISQALI 400 PAK FEMARA | 5 | QL (70 comprimidos/28 días), NM, AP |
| KISQALI 600 PAK FEMARA | 5 | QL (91 comprimidos/28 días), NM, AP |
| MATULANE CÁPSULAS 50 mg | 5 | NM, AL |
| SYNRIBO SOLUCIÓN RECONSTITUÍDA 3.5 mg | 5 | NM, AP |
| <i>tretinoína (quimioterapia)</i> CÁPSULAS 10 mg | 5 | |
| WELIREG COMPRIMIDOS 40 mg | 5 | NM, AL, AP |

INHIBIDORES MITÓTICOS

| | | |
|---|---|---------|
| <i>docetaxel</i> CONCENTRADO 20 mg/ml | 4 | B/D |
| <i>docetaxel</i> CONCENTRADO 80 mg/4 ml, 160 mg/8 ml; SOLUCIÓN 20 mg/2 ml, 80 mg/8 ml, 160 mg/16 ml | 5 | B/D |
| DOCETAXEL CONCENTRADO 80 mg/4 ml, 160 mg/8 ml; SOLUCIÓN 20 mg/2 ml, 80 mg/8 ml, 160 mg/16 ml | 5 | B/D |
| <i>etopósido</i> SOLUCIÓN 100 mg/5 ml, 500 mg/25 ml | 3 | B/D |
| <i>paclitaxel</i> CONCENTRADO 6 mg/ml, 30 mg/5 ml, 150 mg/25 ml, 300 mg/50 ml | 4 | B/D |
| <i>paclitaxel partículas unidas a proteínas para suspensión i. v. 100 mg</i> | 5 | B/D, NM |
| <i>toposar</i> SOLUCIÓN 1 g/50 ml, 100 mg/5 ml | 3 | B/D |
| <i>sulfato de vincristina</i> SOLUCIÓN 1 mg/ml | 2 | B/D |
| <i>tartrato de vinorelbina</i> SOLUCIÓN 10 mg/ml, 50 mg/5 ml | 4 | B/D |

AGENTES DIANA MOLECULARES

| | | |
|--|---|------------|
| ALECENSA CÁPSULAS 150 mg | 5 | NM, AL, AP |
| ALUNBRIG COMPRIMIDOS 30 mg, 90 mg, 180 mg | 5 | NM, AL, AP |

AP = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;
NM = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;
AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|---|-----------------------|---|
| ALUNBRIG PAQUETE | 5 | NM, AL, AP |
| AYVAKIT COMPRIMIDOS 25 mg, 50 mg, 100 mg, 200 mg, 300 mg | 5 | QL (30 comprimidos/30 días), NM, AL, AP |
| BALVERSA COMPRIMIDOS 3 mg, 4 mg, 5 mg | 5 | NM, AL, AP |
| BORTEZOMIB SOLUCIÓN RECONSTITUÍDA 1 mg, 2.5 mg, 3.5 mg | 5 | NM, AP |
| <i>bortezomib</i> SOLUCIÓN RECONSTITUÍDA 3.5 mg | 5 | NM, AP |
| BOSULIF COMPRIMIDOS 100 mg, 400 mg, 500 mg | 5 | NM, AP |
| BRAFTOVI CÁPSULAS 75 mg | 5 | NM, AL, AP |
| BRUKINSA CÁPSULAS 80 mg | 5 | NM, AL, AP |
| CABOMETYX COMPRIMIDOS 20 mg, 40 mg, 60 mg | 5 | QL (30 comprimidos/30 días), NM, AL, AP |
| CALQUENCE CÁPSULAS 100 mg | 5 | QL (60 cápsulas/30 días), NM, AL, AP |
| CALQUENCE COMPRIMIDOS 100 mg | 5 | QL (60 comprimidos/30 días), NM, AL, AP |
| CAPRELSA COMPRIMIDOS 100 mg, 300 mg | 5 | NM, AL, AP |
| COMETRIQ (DOSIS DE 60 MG) KIT 20 mg | 5 | NM, AL, AP |
| COMETRIQ KIT 100 MG | 5 | NM, AL, AP |
| COMETRIQ KIT 140 MG | 5 | NM, AL, AP |
| COPIKTRA CÁPSULAS 15 mg, 25 mg | 5 | NM, AL, AP |
| COTELLIC COMPRIMIDOS 20 mg | 5 | NM, AL, AP |
| DAURISMO COMPRIMIDOS 25 mg, 100 mg | 5 | NM, AL, AP |
| ERIVEDGE CÁPSULAS 150 mg | 5 | NM, AL, AP |
| <i>erlotinib hcl</i> COMPRIMIDOS 25 mg | 5 | QL (90 comprimidos/30 días), NM, AP |
| <i>erlotinib hcl</i> COMPRIMIDOS 100 mg, 150 mg | 5 | QL (30 comprimidos/30 días), NM, AP |
| <i>everolimus</i> COMPRIMIDOS 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg, 10 mg | 5 | QL (30 comprimidos/30 días), NM, AP |
| <i>everolimus</i> TBSO 2 mg | 5 | QL (150 comprimidos/30 días), NM, AP |
| <i>everolimus</i> TBSO 3 mg | 5 | QL (90 comprimidos/30 días), NM, AP |

AP = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;
NM = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;
AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|---|-----------------------|--|
| <i>everolimus</i> TBSO 5 mg | 5 | QL (60 comprimidos/30 días), NM, AP |
| EXKIVITY CÁPSULAS 40 mg | 5 | NM, AL, AP |
| FOTIVDA CÁPSULAS 0.89 mg, 1.34 mg | 5 | QL (21 cápsulas/28 días), NM, AL, AP |
| GAVRETO CÁPSULAS 100 mg | 5 | NM, AL, AP |
| <i>gefitinib</i> COMPRIMIDOS 250 mg | 5 | NM, AP |
| GILOTRIF COMPRIMIDOS 20 mg, 30 mg, 40 mg | 5 | NM, AL, AP |
| HERCEP HYLEC SOL 60-10000 | 5 | NM, AL, AP |
| HERCEPTINA SOLUCIÓN RECONSTITUÍDA 150 mg | 5 | NM, AL, AP |
| HERZUMA SOLUCIÓN RECONSTITUÍDA 150 mg, 420 mg | 5 | NM, AL, AP |
| IBRANCE CÁPSULAS 75 mg, 100 mg, 125 mg | 5 | QL (21 cápsulas/28 días), NM, AL, AP |
| IBRANCE COMPRIMIDOS 75 mg, 100 mg, 125 mg | 5 | QL (21 comprimidos/28 días), NM, AL, AP |
| ICLUSIG COMPRIMIDOS 10 mg, 15 mg, 30 mg, 45 mg | 5 | QL (30 comprimidos/30 días), NM, AL, AP |
| IDHIFA COMPRIMIDOS 50 mg, 100 mg | 5 | QL (30 comprimidos/30 días), NM, AL, AP |
| <i>mesilato de imatinib</i> COMPRIMIDOS 100 mg | 5 | QL (90 comprimidos/30 días), NM, AP |
| <i>mesilato de imatinib</i> COMPRIMIDOS 400 mg | 5 | QL (60 comprimidos/30 días), NM, AP |
| IMBRUVICA CÁPSULAS 70 mg | 5 | QL (30 cápsulas/30 días), NM, AL, AP |
| IMBRUVICA CÁPSULAS 140 mg | 5 | QL (120 cápsulas/30 días), NM, AL, AP |
| IMBRUVICA SUSP 70 mg/ml | 5 | QL (216 ml/27 días), NM, AL, AP |
| IMBRUVICA COMPRIMIDOS 140 mg, 280 mg, 420 mg, 560 mg | 5 | QL (30 comprimidos/30 días), NM, AL, AP |
| INLYTA COMPRIMIDOS 1 mg | 5 | QL (180 comprimidos/30 días), NM, AL, AP |

AP = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;
NM = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;
AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|--|-----------------------|--|
| INLYTA COMPRIMIDOS 5 mg | 5 | QL (120 comprimidos/30 días), NM, AL, AP |
| INREBIC CÁPSULAS 100 mg | 5 | NM, AL, AP |
| IRESSA COMPRIMIDOS 250 mg | 5 | NM, AL, AP |
| JAKAFI COMPRIMIDOS 5 mg, 10 mg, 15 mg, 20 mg, 25 mg | 5 | QL (60 comprimidos/30 días), NM, AL, AP |
| JAYPIRCA COMPRIMIDOS 50 mg | 5 | QL (30 comprimidos/30 días), NM, AL, AP |
| JAYPIRCA COMPRIMIDOS 100 mg | 5 | QL (60 comprimidos/30 días), NM, AL, AP |
| KADCYLA SOLUCIÓN RECONSTITUÍDA 100 mg, 160 mg | 5 | B/D, NM, AL |
| KANJINTI SOLUCIÓN RECONSTITUÍDA 150 mg, 420 mg | 5 | NM, AL, AP |
| KEYTRUDA SOLUCIÓN 100 mg/4 ml | 5 | NM, AL, AP |
| KISQALI 200 DOSIS PAQUETE DE TERAPIA DE COMPRIMIDOS 200 mg | 5 | QL (21 comprimidos/28 días), NM, AP |
| KISQALI 400 DOSIS PAQUETE DE TERAPIA DE COMPRIMIDOS 200 mg | 5 | QL (42 cápsulas/28 días), NM, AP |
| KISQALI 600 DOSIS PAQUETE DE TERAPIA DE COMPRIMIDOS 200 mg | 5 | QL (63 comprimidos/28 días), NM, AP |
| KRAZATI COMPRIMIDOS 200 mg | 5 | NM, AL, AP |
| <i>ditosilato de lapatinib</i> COMPRIMIDOS 250 mg | 5 | NM, AP |
| LENVIMA 4 MG DOSIS DIARIA PAQUETE DE TERAPIA DE CÁPSULAS 4 mg | 5 | QL (30 cápsulas/30 días), NM, AL, AP |
| LENVIMA 8 MG DOSIS DIARIA PAQUETE DE TERAPIA DE CÁPSULAS 4 mg | 5 | QL (60 cápsulas/30 días), NM, AL, AP |
| LENVIMA 10 MG DOSIS DIARIA PAQUETE DE TERAPIA DE CÁPSULAS 10 mg | 5 | QL (30 cápsulas/30 días), NM, AL, AP |
| LENVIMA 12 MG DOSIS DIARIA PAQUETE DE TERAPIA DE CÁPSULAS 4 mg | 5 | QL (90 cápsulas/30 días), NM, AL, AP |
| LENVIMA 20 MG DOSIS DIARIA PAQUETE DE TERAPIA DE CÁPSULAS 10 mg | 5 | QL (60 cápsulas/30 días), NM, AL, AP |
| LENVIMA CÁPSULAS 14 MG | 5 | QL (60 cápsulas/30 días), NM, AL, AP |
| LENVIMA CÁPSULAS 18 MG | 5 | QL (90 cápsulas/30 días), NM, AL, AP |
| LENVIMA CÁPSULAS 24 MG | 5 | QL (90 cápsulas/30 días), NM, AL, AP |
| LORBRENA COMPRIMIDOS 25 mg, 100 mg | 5 | NM, AL, AP |

AP = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;
NM = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;
AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|---|-----------------------|--|
| LUMAKRAS COMPRIMIDOS 120 mg, 320 mg | 5 | NM, AL, AP |
| LYNPARZA COMPRIMIDOS 100 mg, 150 mg | 5 | QL (120 comprimidos/30 días), NM, AL, AP |
| LYTGOBI PAQUETE DE TERAPIA DE COMPRIMIDOS 4 mg | 5 | NM, AL, AP |
| MEKINIST SOLR 0.05 mg/ml; COMPRIMIDOS 0.5 mg, 2 mg | 5 | NM, AL, AP |
| MEKTOVI COMPRIMIDOS 15 mg | 5 | NM, AL, AP |
| MONJUVI SOLUCIÓN RECONSTITUÍDA 200 mg | 5 | NM, AL, AP |
| MVASI SOLUCIÓN 100 mg/4 ml, 400 mg/16 ml | 5 | NM, AL, AP |
| NERLYNX COMPRIMIDOS 40 mg | 5 | NM, AL, AP |
| NEXAVAR COMPRIMIDOS 200 mg | 5 | QL (120 comprimidos/30 días), NM, AL, AP |
| NINLARO CÁPSULAS 2.3 mg, 3 mg, 4 mg | 5 | QL (3 cápsulas/28 días), NM, AP |
| ODOMZO CÁPSULAS 200 mg | 5 | NM, AL, AP |
| OGIVRI SOLUCIÓN RECONSTITUÍDA 150 mg | 5 | NM, AL, AP |
| OGIVRI INYECCIÓN 420 MG | 5 | NM, AL, AP |
| ONTRUZANT SOLUCIÓN RECONSTITUÍDA 150 mg, 420 mg | 5 | NM, AL, AP |
| PEMAZYRE COMPRIMIDOS 4.5 mg, 9 mg, 13.5 mg | 5 | NM, AL, AP |
| PHESGO SOL | 5 | NM, AL, AP |
| PIQRAY 200 MG DOSIS DIARIA PAQUETE DE TERAPIA DE COMPRIMIDOS 200 mg | 5 | NM, AP |
| PIQRAY COMPRIMIDOS 250 MG DOSIS | 5 | NM, AP |
| PIQRAY 300 MG DOSIS DIARIA PAQUETE DE TERAPIA DE COMPRIMIDOS 150 mg | 5 | NM, AP |
| QINLOCK COMPRIMIDOS 50 mg | 5 | NM, AL, AP |
| RETEVMO CÁPSULAS 40 mg, 80 mg | 5 | NM, AL, AP |
| REZLIDHIA CÁPSULAS 150 mg | 5 | NM, AL, AP |
| ROZLYTREK CÁPSULAS 100 mg, 200 mg | 5 | NM, AL, AP |
| RUBRACA COMPRIMIDOS 200 mg, 250 mg, 300 mg | 5 | QL (120 comprimidos/30 días), NM, AL, AP |
| RYDAPT CÁPSULAS 25 mg | 5 | NM, AP |
| SCEMBLIX COMPRIMIDOS 20 mg | 5 | QL (60 comprimidos/30 días), NM, AP |
| SCEMBLIX COMPRIMIDOS 40 mg | 5 | QL (300 comprimidos/30 días), NM, AP |

AP = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;
NM = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;
AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|--|-----------------------|--|
| <i>tosilato de sorafenib</i> COMPRIMIDOS 200 mg | 5 | QL (120 comprimidos/30 días), NM, AP |
| SPRYCEL COMPRIMIDOS 20 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg, 100 mg, 140 mg | 5 | NM, AP |
| STIVARGA COMPRIMIDOS 40 mg | 5 | NM, AL, AP |
| <i>malato de sunitinib</i> CÁPSULAS 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg | 5 | QL (30 cápsulas/30 días), NM, AP |
| TABRECTA COMPRIMIDOS 150 mg, 200 mg | 5 | NM, AP |
| TAFINLAR CÁPSULAS 50 mg, 75 mg; TBSO 10 mg | 5 | NM, AL, AP |
| TAGRISSO COMPRIMIDOS 40 mg, 80 mg | 5 | QL (30 comprimidos/30 días), NM, AL, AP |
| TALZENNA CÁPSULAS 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg | 5 | QL (30 cápsulas/30 días), NM, AL, AP |
| TALZENNA CÁPSULAS 0.25 mg | 5 | QL (90 cápsulas/30 días), NM, AL, AP |
| TASIGNA CÁPSULAS 50 mg, 150 mg, 200 mg | 5 | NM, AP |
| TAZVERIK COMPRIMIDOS 200 mg | 5 | NM, AL, AP |
| TECENTRIQ SOLUCIÓN 840 mg/14 ml, 1200 mg/20 ml | 5 | NM, AL, AP |
| TEPMETKO COMPRIMIDOS 225 mg | 5 | NM, AL, AP |
| TIBSOVO COMPRIMIDOS 250 mg | 5 | NM, AL, AP |
| TRAZIMERA SOLUCIÓN RECONSTITUÍDA 150 mg, 420 mg | 5 | NM, AP |
| TRUSELTIQ 50 mg DOSIS DIARIA PAQUETE DE TERAPIA DE CÁPSULAS 25 mg | 5 | LA, PA |
| TRUSELTIQ 75 mg DOSIS DIARIA PAQUETE DE TERAPIA DE CÁPSULAS 25 mg | 5 | LA, PA |
| TRUSELTIQ 100 mg DOSIS DIARIA PAQUETE DE TERAPIA DE CÁPSULAS 100 mg | 5 | LA, PA |
| TRUSELTIQ 125 mg DOSIS DIARIA | 5 | LA, PA |
| TRUXIMA SOLUCIÓN 100 mg/10 ml, 500 mg/50 ml | 5 | NM, AP |
| TUKYSA COMPRIMIDOS 50 mg, 150 mg | 5 | NM, AL, AP |
| TURALIO CÁPSULAS 125 mg, 200 mg | 5 | NM, AL, AP |
| VENCLEXTA COMPRIMIDOS 10 mg | 4 | QL (112 comprimidos/28 días), NM, AL, AP |
| VENCLEXTA COMPRIMIDOS 50 mg | 5 | QL (112 comprimidos/28 días), NM, AL, AP |
| VENCLEXTA COMPRIMIDOS 100 mg | 5 | QL (180 comprimidos/30 días), NM, AL, AP |

AP = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;
NM = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;
AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|--|-----------------------|---|
| PAQUETE DE INICIO DE COMPRIMIDOS VENCLEXTA | 5 | QL (42 comprimidos/28 días), NM, AL, AP |
| VERZENIO COMPRIMIDOS 50 mg, 100 mg, 150 mg, 200 mg | 5 | QL (56 comprimidos/28 días), NM, AL, AP |
| VITRAKVI CÁPSULAS 25 mg, 100 mg; SOLUCIÓN 20 mg/ml | 5 | NM, AL, AP |
| VIZIMPRO COMPRIMIDOS 15 mg, 30 mg, 45 mg | 5 | NM, AL, AP |
| VONJO CÁPSULAS 100 mg | 5 | QL (120 cápsulas/30 días), NM, AL, AP |
| VOTRIENT COMPRIMIDOS 200 mg | 5 | NM, AL, AP |
| XALKORI CÁPSULAS 200 mg, 250 mg | 5 | NM, AL, AP |
| XOSPATA COMPRIMIDOS 40 mg | 5 | NM, AL, AP |
| XPOVIO 40 MG UNA VEZ A LA SEMANA PAQUETE DE TERAPIA DE COMPRIMIDOS 40 mg | 5 | QL (4 comprimidos/28 días), NM, AL, AP |
| XPOVIO 40 MG DOS VECES A LA SEMANA PAQUETE DE TERAPIA DE COMPRIMIDOS 40 mg | 5 | QL (8 comprimidos/28 días), NM, AL, AP |
| XPOVIO 60 MG UNA VEZ A LA SEMANA PAQUETE DE TERAPIA DE COMPRIMIDOS 60 mg | 5 | QL (4 comprimidos/28 días), NM, AL, AP |
| XPOVIO 60 MG DOS VECES A LA SEMANA PAQUETE DE TERAPIA DE COMPRIMIDOS 20 mg | 5 | QL (24 comprimidos/28 días), NM, AL, AP |
| XPOVIO 80 MG UNA VEZ A LA SEMANA PAQUETE DE TERAPIA DE COMPRIMIDOS 40 mg | 5 | QL (8 comprimidos/28 días), NM, AL, AP |
| XPOVIO 80 MG DOS VECES A LA SEMANA PAQUETE DE TERAPIA DE COMPRIMIDOS 20 mg | 5 | QL (32 comprimidos/28 días), NM, AL, AP |
| XPOVIO 100 MG UNA VEZ A LA SEMANA PAQUETE DE TERAPIA DE COMPRIMIDOS 50 mg | 5 | QL (8 comprimidos/28 días), NM, AL, AP |
| ZEJULA CÁPSULAS 100 mg | 5 | QL (90 cápsulas/30 días), NM, AL, AP |
| ZELBORAF COMPRIMIDOS 240 mg | 5 | NM, AL, AP |
| ZIRABEV SOLUCIÓN 100 mg/4 ml, 400 mg/16 ml | 5 | NM, AL, AP |
| ZOLINZA CÁPSULAS 100 mg | 5 | NM, AP |
| ZYDELIG COMPRIMIDOS 100 mg, 150 mg | 5 | NM, AL, AP |
| ZYKADIA COMPRIMIDOS 150 mg | 5 | NM, AL, AP |

AP = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;
NM = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;
AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|--|-----------------------|--------------------------|
| AGENTES PROTECTORES | | |
| <i>leucovorina cálcica</i> SOLUCIÓN 500 mg/50 ml; SOLUCIÓN RECONSTITUÍDA 50 mg, 100 mg, 200 mg, 350 mg, 500 mg | 4 | B/D |
| <i>leucovorina cálcica</i> COMPRIMIDOS 5 mg, 10 mg, 15 mg | 3 | |
| <i>leucovorina calcio</i> COMPRIMIDOS 25 mg | 4 | |
| MESNEX COMPRIMIDOS 400 mg | 5 | |
| CARDIOVASCULAR | | |
| COMBINACIONES DE INHIBIDORES DEL ACE | | |
| <i>besilato de amlodipina-benazepril hcl cápsulas</i> 2.5-10 mg | 1 | QL (30 cápsulas/30 días) |
| <i>besilato de amlodipina-benazepril hcl cápsulas</i> 5-10 mg | 1 | QL (30 cápsulas/30 días) |
| <i>besilato de amlodipina-benazepril hcl cápsulas</i> 5-20 mg | 1 | QL (30 cápsulas/30 días) |
| <i>besilato de amlodipina-benazepril hcl cápsulas</i> 5-40 mg | 1 | QL (30 cápsulas/30 días) |
| <i>besilato de amlodipina-benazepril hcl cápsulas</i> 10-20 mg | 1 | QL (30 cápsulas/30 días) |
| <i>besilato de amlodipina-benazepril hcl cápsulas</i> 10-40 mg | 1 | QL (30 cápsulas/30 días) |
| <i>benazepril e hidroclorotiazida comprimidos</i> 5- 6.25 mg | 1 | |
| <i>benazepril e hidroclorotiazida comprimidos</i> 10- 12.5 mg | 1 | |
| <i>benazepril e hidroclorotiazida comprimidos</i> 20- 12.5 mg | 1 | |
| <i>benazepril e hidroclorotiazida comprimidos</i> 20- 25 mg | 1 | |
| <i>captopril e hidroclorotiazida comprimidos</i> 25- 15 mg | 1 | |
| <i>captopril e hidroclorotiazida comprimidos</i> 25- 25 mg | 1 | |
| <i>captopril e hidroclorotiazida comprimidos</i> 50- 15 mg | 1 | |
| <i>captopril e hidroclorotiazida comprimidos</i> 50- 25 mg | 1 | |
| <i>maleato de enalapril e hidroclorotiazida</i> comprimidos 5-12.5 mg | 1 | |
| <i>maleato de enalapril e hidroclorotiazida</i> comprimidos 10-25 mg | 1 | |
| <i>fosinopril sódico e hidroclorotiazida</i> comprimidos 10-12.5 mg | 1 | |

AP = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;
NM = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;
AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|--|-----------------------|--------------------------------|
| <i>fosinopril sódico e hidroclorotiazida comprimidos 20-12.5 mg</i> | 1 | |
| <i>lisinopril e hidroclorotiazida comprimidos 10-12.5 mg</i> | 1 | |
| <i>lisinopril e hidroclorotiazida comprimidos 20-12.5 mg</i> | 1 | |
| <i>lisinopril e hidroclorotiazida comprimidos 20-25 mg</i> | 1 | |
| <i>quinapril-hidroclorotiazida comprimidos 10-12.5 mg</i> | 1 | |
| <i>quinapril-hidroclorotiazida comprimidos 20-12.5 mg</i> | 1 | |
| <i>quinapril-hidroclorotiazida comprimidos 20-25 mg</i> | 1 | |
| INHIBIDORES DE LA ECA | | |
| <i>benazepril hcl COMPRIMIDOS 5 mg, 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> | 1 | |
| <i>captopril COMPRIMIDOS 12.5 mg, 25 mg, 50 mg, 100 mg</i> | 1 | |
| <i>maleato de enalapril COMPRIMIDOS 2.5 mg, 5 mg, 10 mg, 20 mg</i> | 1 | |
| <i>fosinopril sódico COMPRIMIDOS 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> | 1 | |
| <i>lisinopril COMPRIMIDOS 2.5 mg, 5 mg, 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i> | 1 | |
| <i>moexipril hcl COMPRIMIDOS 7.5 mg, 15 mg</i> | 1 | |
| <i>perindopril erbumina COMPRIMIDOS 2 mg, 4 mg, 8 mg</i> | 1 | |
| <i>quinapril hcl COMPRIMIDOS 5 mg, 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> | 1 | |
| <i>ramipril CÁPSULAS 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg, 10 mg</i> | 1 | |
| <i>trandolapril COMPRIMIDOS 1 mg, 2 mg, 4 mg</i> | 1 | |
| ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ALDOSTERONA | | |
| <i>eplerenona COMPRIMIDOS 25 mg, 50 mg</i> | 3 | |
| <i>KERENDIA COMPRIMIDOS 10 mg, 20 mg</i> | 3 | QL (30 comprimidos/30 días) |
| <i>espironolactona COMPRIMIDOS 25 mg, 50 mg, 100 mg</i> | 1 | |
| BLOQUEANTES ALFA | | |
| <i>mesilato de doxazosina COMPRIMIDOS 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i> | 2 | |
| <i>prazosina hcl CÁPSULAS 1 mg, 2 mg, 5 mg</i> | 3 | |
| <i>terazosina hcl CÁPSULAS 1 mg, 2 mg, 5 mg, 10 mg</i> | 2 | |

AP = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;
NM = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;
AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|--|-----------------------|--------------------------------|
| COMBINACIONES DE ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA ANGIOTENSINA II | | |
| <i>besilato de amlodipina-olmesartán medoxomilo comprimidos 5-20 mg</i> | 1 | QL (30 comprimidos/30 días) |
| <i>besilato de amlodipina-olmesartán medoxomilo comprimidos 5-40 mg</i> | 1 | QL (30 comprimidos/30 días) |
| <i>besilato de amlodipina-olmesartán medoxomilo comprimidos 10-20 mg</i> | 1 | QL (30 comprimidos/30 días) |
| <i>besilato de amlodipina-olmesartán medoxomilo comprimidos 10-40 mg</i> | 1 | QL (30 comprimidos/30 días) |
| <i>besilato de amlodipina-valsartán comprimidos 5-160 mg</i> | 1 | QL (30 comprimidos/30 días) |
| <i>besilato de amlodipina-valsartán comprimidos 5-320 mg</i> | 1 | QL (30 comprimidos/30 días) |
| <i>besilato de amlodipina-valsartán comprimidos 10-160 mg</i> | 1 | QL (30 comprimidos/30 días) |
| <i>besilato de amlodipina-valsartán comprimidos 10-320 mg</i> | 1 | QL (30 comprimidos/30 días) |
| <i>candesartán cilexetilo-hidroclorotiazida comprimidos 16-12.5 mg</i> | 1 | QL (60 comprimidos/30 días) |
| <i>candesartán cilexetilo-hidroclorotiazida comprimidos 32-12.5 mg</i> | 1 | QL (30 comprimidos/30 días) |
| <i>candesartán cilexetilo-hidroclorotiazida comprimidos 32-25 mg</i> | 1 | QL (30 comprimidos/30 días) |
| EDARBYCLOR COMPRIMIDOS 40-12.5 | 4 | QL (30 comprimidos/30 días) |
| EDARBYCLOR COMPRIMIDOS 40-25 MG | 4 | QL (30 comprimidos/30 días) |
| ENTRESTO COMPRIMIDOS 24-26 MG | 3 | |
| ENTRESTO COMPRIMIDOS 49-51 MG | 3 | |
| ENTRESTO COMPRIMIDOS 97-103 MG | 3 | |
| <i>irbesartán-hidroclorotiazida comprimidos 150-12.5 mg</i> | 1 | QL (60 comprimidos/30 días) |
| <i>irbesartán-hidroclorotiazida comprimidos 300-12.5 mg</i> | 1 | QL (30 comprimidos/30 días) |
| <i>losartán potásico e hidroclorotiazida comprimidos 50-12.5 mg</i> | 1 | |
| <i>losartán potásico e hidroclorotiazida comprimidos 100-12.5 mg</i> | 1 | |
| <i>losartán potásico e hidroclorotiazida comprimidos 100-25 mg</i> | 1 | |
| <i>olmesartán medoxomilo-hidroclorotiazida comprimidos 20-12.5 mg</i> | 1 | QL (30 comprimidos/30 días) |
| <i>olmesartán medoxomilo-hidroclorotiazida comprimidos 40-12.5 mg</i> | 1 | QL (30 comprimidos/30 días) |

AP = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;
NM = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;
AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|--|------------------------------|--------------------------------|
| <i>olmesartán medoxomilo-hidroclorotiazida comprimidos 40-25 mg</i> | 1 | QL (30 comprimidos/30 días) |
| <i>olmesartán-amlodipina-hidroclorotiazida comprimidos 20-5-12.5 mg</i> | 1 | QL (30 comprimidos/30 días) |
| <i>olmesartán-amlodipina-hidroclorotiazida comprimidos 40-5-12.5 mg</i> | 1 | QL (30 comprimidos/30 días) |
| <i>olmesartán-amlodipina-hidroclorotiazida comprimidos 40-5-25 mg</i> | 1 | QL (30 comprimidos/30 días) |
| <i>olmesartán-amlodipina-hidroclorotiazida comprimidos 40-10-12.5 mg</i> | 1 | QL (30 comprimidos/30 días) |
| <i>olmesartán-amlodipina-hidroclorotiazida comprimidos 40-10-25 mg</i> | 1 | QL (30 comprimidos/30 días) |
| <i>telmisartán/amlodipina comprimidos 40-5 mg</i> | 1 | QL (30 comprimidos/30 días) |
| <i>telmisartán/amlodipina comprimidos 40-10 mg</i> | 1 | QL (30 comprimidos/30 días) |
| <i>telmisartán/amlodipina comprimidos 80-5 mg</i> | 1 | QL (30 comprimidos/30 días) |
| <i>telmisartán/amlodipina comprimidos 80-10 mg</i> | 1 | QL (30 comprimidos/30 días) |
| <i>telmisartán-hidroclorotiazida comprimidos 40-12.5 mg</i> | 1 | QL (30 comprimidos/30 días) |
| <i>telmisartán-hidroclorotiazida comprimidos 80-12.5 mg</i> | 1 | QL (60 comprimidos/30 días) |
| <i>telmisartán-hidroclorotiazida comprimidos 80-25 mg</i> | 1 | QL (30 comprimidos/30 días) |
| <i>valsartán-hidroclorotiazida comprimidos 80-12.5 mg</i> | 1 | QL (30 comprimidos/30 días) |
| <i>valsartán-hidroclorotiazida comprimidos 160-12.5 mg</i> | 1 | QL (30 comprimidos/30 días) |
| <i>valsartán-hidroclorotiazida comprimidos 160-25 mg</i> | 1 | QL (30 comprimidos/30 días) |
| <i>valsartán-hidroclorotiazida comprimidos 320-12.5 mg</i> | 1 | QL (30 comprimidos/30 días) |
| <i>valsartán-hidroclorotiazida comprimidos 320-25 mg</i> | 1 | QL (30 comprimidos/30 días) |

ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA ANGIOTENSINA II

| | | |
|--|---|--------------------------------|
| <i>cilexetilo de candesartán COMPRIMIDOS 4 mg, 8 mg, 16 mg</i> | 1 | QL (60 comprimidos/30 días) |
| <i>cilexetilo de candesartán COMPRIMIDOS 32 mg</i> | 1 | QL (30 comprimidos/30 días) |
| <i>EDARBI COMPRIMIDOS 40 mg, 80 mg</i> | 4 | QL (30 comprimidos/30 días) |
| <i>irbesartán COMPRIMIDOS 75 mg, 150 mg, 300 mg</i> | 1 | QL (30 comprimidos/30 días) |

AP = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;
NM = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;
AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|---|-----------------------|--------------------------------|
| <i>potasio de losartán</i> COMPRIMIDOS 25 mg, 50 mg, 100 mg | 1 | |
| <i>medoxomilo de olmesartán</i> COMPRIMIDOS 5 mg | 1 | QL (60 comprimidos/30 días) |
| <i>medoxomilo de olmesartán</i> COMPRIMIDOS 20 mg, 40 mg | 1 | QL (30 comprimidos/30 días) |
| <i>telmisartán</i> COMPRIMIDOS 20 mg, 40 mg, 80 mg | 1 | QL (30 comprimidos/30 días) |
| <i>valsartán</i> COMPRIMIDOS 40 mg, 80 mg, 160 mg | 1 | QL (60 comprimidos/30 días) |
| <i>valsartán</i> COMPRIMIDOS 320 mg | 1 | QL (30 comprimidos/30 días) |

ANTIARRÍTMICOS

| | | |
|---|---|----|
| <i>amiodarona hcl</i> SOLUCIÓN 50 mg/ml, 900 mg/18 ml; COMPRIMIDOS 100 mg, 400 mg | 4 | |
| <i>amiodarona hcl</i> COMPRIMIDOS 200 mg | 1 | |
| <i>fosfato de disopiramida</i> CÁPSULAS 100 mg, 150 mg | 4 | |
| <i>dofetilida</i> CÁPSULAS 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg | 4 | NM |
| <i>acetato de flecainida</i> COMPRIMIDOS 50 mg, 100 mg, 150 mg | 3 | |
| MULTAQ COMPRIMIDOS 400 mg | 4 | |
| NORPACE CR CP12 100 mg, 150 mg | 4 | |
| <i>paceron</i> COMPRIMIDOS 100 mg, 400 mg | 4 | |
| <i>paceron</i> COMPRIMIDOS 200 mg | 1 | |
| <i>propafenona hcl</i> CÁPSULAS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 12 H 225 mg, 325 mg, 425 mg | 4 | |
| <i>propafenona hcl</i> COMPRIMIDOS 150 mg, 225 mg, 300 mg | 3 | |
| <i>sulfato de quinidina</i> COMPRIMIDOS 200 mg, 300 mg | 3 | |
| <i>sorine</i> COMPRIMIDOS 80 mg, 120 mg, 160 mg, 240 mg | 2 | |
| <i>sotalol hcl</i> COMPRIMIDOS 80 mg, 120 mg, 160 mg, 240 mg | 2 | |
| <i>sotalol hcl (fibrilación auricular/aleteo auricular)</i> COMPRIMIDOS 80 mg, 120 mg, 160 mg | 3 | |

ANTILIPÉMICOS, FIBRATOS

| | | |
|---|---|--|
| <i>fenofibrato de colina</i> CPDR 45 mg, 135 mg | 3 | |
| <i>fenofibrato</i> COMPRIMIDOS 48 mg, 54 mg, 145 mg, 160 mg | 3 | |

AP = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;
NM = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;
AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|---|-----------------------|---------------------------------------|
| <i>fenofibrato micronizado</i> CÁPSULAS 67 mg, 134 mg, 200 mg | 3 | |
| <i>gemfibrozil</i> COMPRIMIDOS 600 mg | 1 | |
| ANTILIPÉMICOS, INHIBIDORES DE LA REDUCCIÓN DEL HMG-CoA | | |
| ALTOPREV COMPRIMIDO DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 20 mg, 40 mg, 60 mg | 5 | QL (30 comprimidos/30 días), ST |
| <i>atorvastatina cálcica</i> COMPRIMIDOS 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg | 1 | QL (30 comprimidos/30 días) |
| EZALLOR SPRINKLE CPSP 5 mg, 10 mg, 20 mg, 40 mg | 4 | QL (30 cápsulas/30 días), ST |
| <i>fluvastatina sódica</i> CÁPSULAS 20 mg, 40 mg | 1 | QL (60 cápsulas/30 días) |
| <i>fluvastatina sódica</i> COMPRIMIDO DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 80 mg | 1 | QL (30 comprimidos/30 días) |
| LIVALO COMPRIMIDOS 1 mg, 2 mg, 4 mg | 4 | QL (30 comprimidos/30 días), ST |
| <i>lovastatina</i> COMPRIMIDOS 10 mg, 20 mg, 40 mg | 1 | QL (60 comprimidos/30 días) |
| <i>pravastatina sódica</i> COMPRIMIDOS 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg | 1 | QL (30 comprimidos/30 días) |
| <i>rosuvastatina cálcica</i> COMPRIMIDOS 5 mg, 10 mg, 20 mg, 40 mg | 1 | QL (30 comprimidos/30 días) |
| <i>simvastatina</i> COMPRIMIDOS 5 mg, 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg | 1 | QL (30 comprimidos/30 días) |
| ZYPITAMAG COMPRIMIDOS 2 mg, 4 mg | 4 | QL (30 comprimidos/30 días), ST |
| ANTILIPÉMICOS, VARIOS | | |
| <i>colestiramina</i> PAQUETE 4 g; POLVO 4 g/dosis | 3 | |
| <i>colestiramina ligera</i> PAQUETE 4 g; POLVO 4 g/dosis | 3 | |
| <i>colesevelam hcl</i> PAQUETE 3.75 g; COMPRIMIDOS 625 mg | 4 | |
| <i>colestipol hcl</i> GRÁNULOS 5 g; PAQUETE 5 g | 4 | |
| <i>colestipol hcl</i> COMPRIMIDOS 1 g | 3 | |
| <i>ezetimiba</i> COMPRIMIDOS 10 mg | 3 | |
| <i>ezetimiba-simvastatina comprimidos 10-10 mg</i> | 1 | QL (30 comprimidos/30 días) |
| <i>ezetimiba-simvastatina comprimidos 10-20 mg</i> | 1 | QL (30 comprimidos/30 días) |
| <i>ezetimiba-simvastatina comprimidos 10-40 mg</i> | 1 | QL (30 comprimidos/30 días) |
| <i>ezetimiba-simvastatina comprimidos 10-80 mg</i> | 1 | QL (30 comprimidos/30 días) |

AP = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;
NM = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;
AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|--|-----------------------|--------------------------------|
| <i>niacina (antihiperlipidémico)</i> COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 500 mg, 750 mg, 1000 mg | 3 | QL (60 comprimidos/30 días) |
| PRALUENT SOAJ 75 mg/ml, 150 mg/ml | 3 | NM, AP |
| <i>prevalite</i> PAQUETE 4 g; POLVO 4 g/dosis | 3 | |
| VASCEPA CÁPSULAS .5 g, 1 g | 4 | |
| COMBINACIONES DE BETABLOQUEANTES/DIURÉTICOS | | |
| <i>Atenolol/clortalidona comprimidos 50-25 mg</i> | 2 | |
| <i>Atenolol/clortalidona comprimidos 100-25 mg</i> | 2 | |
| <i>bisoprolol e hidroclorotiazida comprimidos 2.5-6.25 mg</i> | 2 | |
| <i>bisoprolol e hidroclorotiazida comprimidos 5-6.25 mg</i> | 2 | |
| <i>bisoprolol e hidroclorotiazida comprimidos 10-6.25 mg</i> | 2 | |
| <i>metoprolol e hidroclorotiazida comprimidos 50-25 mg</i> | 3 | |
| <i>metoprolol e hidroclorotiazida comprimidos 100-25 mg</i> | 3 | |
| <i>metoprolol e hidroclorotiazida comprimidos 100-50 mg</i> | 3 | |
| BETABLOQUEANTES | | |
| <i>acebutolol hcl</i> CÁPSULAS 200 mg, 400 mg | 3 | |
| <i>atenolol</i> COMPRIMIDOS 25 mg, 50 mg, 100 mg | 1 | |
| <i>fumarato de bisoprolol</i> COMPRIMIDOS 5 mg, 10 mg | 2 | |
| <i>carvedilol</i> COMPRIMIDOS 3.125 mg, 6.25 mg, 12.5 mg, 25 mg | 1 | |
| <i>labetalol hcl</i> COMPRIMIDOS 100 mg, 200 mg, 300 mg | 3 | |
| <i>succinato de metoprolol</i> COMPRIMIDO DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 25 mg, 50 mg, 100 mg, 200 mg | 2 | |
| <i>tartrato de metoprolol</i> SOLUCIÓN 5 mg/5 ml | 4 | |
| <i>tartrato de metoprolol</i> COMPRIMIDOS 25 mg, 50 mg, 100 mg | 1 | |
| <i>nadolol</i> COMPRIMIDOS 20 mg, 40 mg, 80 mg | 3 | |
| <i>nebivolol hcl</i> COMPRIMIDOS 2.5 mg, 5 mg, 10 mg | 3 | QL (30 comprimidos/30 días) |
| <i>nebivolol hcl</i> COMPRIMIDOS 20 mg | 3 | QL (60 comprimidos/30 días) |
| <i>pindolol</i> COMPRIMIDOS 5 mg, 10 mg | 3 | |

AP = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;
NM = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;
AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|--|-----------------------|--------------------|
| <i>propranolol hcl</i> CÁPSULA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 60 mg, 80 mg, 120 mg, 160 mg; SOLUCIÓN 20 mg/5 ml, 40 mg/5 ml | 3 | |
| <i>propranolol hcl</i> COMPRIMIDOS 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg | 2 | |
| <i>maleato de timolol</i> COMPRIMIDOS 5 mg, 10 mg, 20 mg | 4 | |
| BLOQUEADORES DE CANAL DE CALCIO | | |
| <i>besilato de amlodipina</i> COMPRIMIDOS 2.5 mg, 5 mg, 10 mg | 1 | |
| <i>cartia xt</i> CÁPSULA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg | 2 | |
| <i>dilt-xr</i> CÁPSULA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 120 mg, 180 mg, 240 mg | 3 | |
| <i>diltiazem hcl</i> CÁPSULAS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 12 H 60 mg, 90 mg, 120 mg; COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg | 4 | |
| <i>diltiazem hcl</i> SOLUCIÓN 25 mg/5 ml, 50 mg/10 ml, 125 mg/25 ml | 3 | |
| <i>diltiazem hcl</i> COMPRIMIDOS 30 mg, 60 mg, 90 mg, 120 mg | 2 | |
| <i>diltiazem hcl, perlas recubiertas</i> CÁPSULA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg | 2 | |
| <i>diltiazem hcl, perlas recubiertas</i> CÁPSULAS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 360 mg | 4 | |
| <i>diltiazem hcl, perlas de liberación prolongada</i> CÁPSULA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg | 2 | |
| <i>felodipina</i> COMPRIMIDO DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 2.5 mg, 5 mg, 10 mg | 2 | |
| <i>isradipina</i> CÁPSULAS 2.5 mg, 5 mg | 4 | |
| <i>matzim la</i> COMPRIMIDO DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg | 4 | |
| <i>nicardipina hcl</i> CÁPSULAS 20 mg, 30 mg | 4 | |
| <i>nifedipina</i> COMPRIMIDO DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 30 mg, 60 mg, 90 mg | 3 | |
| <i>nimodipina</i> CÁPSULAS 30 mg | 4 | |
| <i>nisoldipina</i> COMPRIMIDO DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 8.5 mg, 17 mg, 20 mg, 25.5 mg, 30 mg, 34 mg, 40 mg | 4 | |

AP = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;
NM = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;
AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|--|-----------------------|--------------------|
| NYMALIZE SOLUCIÓN 6 mg/ml | 5 | |
| <i>taztia xt</i> CÁPSULA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg | 2 | |
| <i>tiadylt er</i> CÁPSULA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg | 2 | |
| <i>verapamilo hcl</i> CÁPSULA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 100 mg, 120 mg, 200 mg, 300 mg, 360 mg; SOLUCIÓN 2.5 mg/ml | 4 | |
| <i>verapamilo hcl</i> CÁPSULA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 180 mg, 240 mg | 3 | |
| <i>verapamilo hcl</i> COMPRIMIDOS 40 mg, 80 mg, 120 mg | 1 | |
| <i>verapamilo hcl</i> COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 120 mg, 180 mg, 240 mg | 2 | |

DIURÉTICOS

| | | |
|--|---|--|
| <i>acetazolamida</i> CÁPSULA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 12 H 500 mg | 4 | |
| <i>acetazolamida</i> COMPRIMIDOS 125 mg, 250 mg | 3 | |
| <i>amilorida e hidroclorotiazida comprimido 5-50 mg</i> | 2 | |
| <i>amilorida hcl</i> COMPRIMIDOS 5 mg | 2 | |
| <i>bumetanida</i> SOLUCIÓN 0.25 mg/ml; COMPRIMIDOS 0.5 mg, 1 mg, 2 mg | 3 | |
| <i>clortalidona</i> COMPRIMIDOS 25 mg, 50 mg | 2 | |
| <i>furosemida</i> SOLUCIÓN 10 mg/ml, 40 mg/5 ml | 2 | |
| <i>furosemida</i> COMPRIMIDOS 20 mg, 40 mg, 80 mg | 1 | |
| <i>furosemida inyectable</i> SOLUCIÓN 10 mg/ml | 3 | |
| <i>hidroclorotiazida</i> CÁPSULAS 12.5 mg; COMPRIMIDOS 12.5 mg, 25 mg, 50 mg | 1 | |
| <i>indapamida</i> COMPRIMIDOS 1.25 mg, 2.5 mg | 1 | |
| <i>metazolamida</i> COMPRIMIDOS 25 mg, 50 mg | 4 | |
| <i>metolazona</i> COMPRIMIDOS 2.5 mg, 5 mg, 10 mg | 3 | |
| <i>espironolactona e hidroclorotiazida comprimido 25-25 mg</i> | 3 | |
| <i>torseמידa</i> COMPRIMIDOS 5 mg, 10 mg, 20 mg, 100 mg | 2 | |
| <i>triamtereno e hidroclorotiazida cápsula 37.5-25 mg</i> | 1 | |
| <i>triamtereno e hidroclorotiazida comprimido 37.5-25 mg</i> | 1 | |

AP = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;
NM = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;
AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|--|-----------------------|--------------------------------------|
| <i>triamtereno e hidroclorotiazida comprimido 75-50 mg</i> | 1 | |
| VARIOS | | |
| ADRENALIN SOLUCIÓN 1 mg/ml | 4 | |
| <i>fumarato de aliskiren COMPRIMIDOS 150 mg, 300 mg</i> | 4 | |
| <i>besilato de amlodipina-atorvastatina cálcica comprimido 2.5-10 mg</i> | 1 | |
| <i>besilato de amlodipina-atorvastatina cálcica comprimido 2.5-20 mg</i> | 1 | |
| <i>besilato de amlodipina-atorvastatina cálcica comprimido 2.5-40 mg</i> | 1 | |
| <i>besilato de amlodipina-atorvastatina cálcica comprimido 5-10 mg</i> | 1 | |
| <i>besilato de amlodipina-atorvastatina cálcica comprimido 5-20 mg</i> | 1 | |
| <i>besilato de amlodipina-atorvastatina cálcica comprimido 5-40 mg</i> | 1 | |
| <i>besilato de amlodipina-atorvastatina cálcica comprimido 5-80 mg</i> | 1 | |
| <i>besilato de amlodipina-atorvastatina cálcica comprimido 10-10 mg</i> | 1 | |
| <i>besilato de amlodipina-atorvastatina cálcica comprimido 10-20 mg</i> | 1 | |
| <i>besilato de amlodipina-atorvastatina cálcica comprimido 10-40 mg</i> | 1 | |
| <i>besilato de amlodipina-atorvastatina cálcica comprimido 10-80 mg</i> | 1 | |
| <i>clonidina PARCHE SEMANAL 0.1 mg/24 h, 0.2 mg/24 h, 0.3 mg/24 h</i> | 3 | |
| <i>clonidina hcl COMPRIMIDOS 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i> | 1 | |
| CORLANOR SOLUCIÓN 5 mg/5 ml; COMPRIMIDOS 5 mg, 7.5 mg | 4 | |
| <i>digoxina SOLUCIÓN 0.05 mg/ml, 0.25 mg/ml</i> | 4 | |
| <i>digoxina COMPRIMIDOS 125 mcg, 250 mcg</i> | 2 | QL (30 comprimidos/30 días) |
| <i>droxidopa CÁPSULAS 100 mg</i> | 5 | QL (90 cápsulas/30 días), NM, AP |
| <i>droxidopa CÁPSULAS 200 mg, 300 mg</i> | 5 | QL (180 cápsulas/30 días), NM, AP |
| <i>epinefrina (anafilaxia) SOLUCIÓN 1 mg/ml</i> | 4 | |
| <i>guanfacina hcl COMPRIMIDOS 1 mg, 2 mg</i> | 3 | AP; AP si tiene 70 años o más |
| <i>hidralazina hcl SOLUCIÓN 20 mg/ml</i> | 4 | |

AP = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;
NM = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;
AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|--|-----------------------|--------------------|
| <i>hidralazina hcl</i> COMPRIMIDOS 10 mg, 25 mg, 50 mg, 100 mg | 2 | |
| <i>metirosina</i> CÁPSULAS 250 mg | 5 | AP |
| <i>midodrina hcl</i> COMPRIMIDOS 2.5 mg, 5 mg | 3 | |
| <i>midodrina hcl</i> COMPRIMIDOS 10 mg | 4 | |
| <i>minoxidil</i> COMPRIMIDOS 2.5 mg, 10 mg | 2 | |
| <i>ranolazina</i> COMPRIMIDO DE LIBERACIÓN PROLONGADA 12 H 500 mg, 1000 mg | 4 | |
| VERQUVO COMPRIMIDOS 2.5 mg, 5 mg, 10 mg | 3 | |

NITRATOS

| | | |
|---|---|--|
| <i>dinitrato de isosorbida</i> COMPRIMIDOS 5 mg, 10 mg, 20 mg, 30 mg | 3 | |
| <i>mononitrato de isosorbida</i> COMPRIMIDOS 10 mg, 20 mg | 2 | |
| <i>mononitrato de isosorbida</i> COMPRIMIDO DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 30 mg, 60 mg, 120 mg | 1 | |
| NITRO-BID OINT 2 % | 3 | |
| <i>nitroglicerina</i> PARCHE DE 24 H 0.1 mg/h, 0.2 mg/h, 0.4 mg/h, 0.6 mg/h; COMPRIMIDO SUBLINGUAL 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg | 3 | |

HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR

| | | |
|--|---|---|
| ADEMPAS COMPRIMIDOS 0.5 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 2.5 mg | 5 | QL (90 comprimidos/30 días), NM, AL, AP |
| <i>alyq</i> COMPRIMIDOS 20 mg | 5 | QL (60 comprimidos/30 días), NM, AP |
| <i>ambrisentán</i> COMPRIMIDOS 5 mg, 10 mg | 5 | QL (30 comprimidos/30 días), NM, AL, AP |
| <i>bosentán</i> COMPRIMIDOS 62.5 mg, 125 mg | 5 | QL (60 comprimidos/30 días), NM, AL, AP |
| OPSUMIT COMPRIMIDOS 10 mg | 5 | QL (30 comprimidos/30 días), NM, AL, AP |
| ORENITRAM COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 0.25 mg, 1 mg, 2.5 mg, 5 mg | 5 | NM, AL, AP |
| ORENITRAM COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 0.125 mg | 4 | NM, AL, AP |
| <i>citrato de sildenafilo (hipertensión pulmonar)</i> COMPRIMIDOS 20 mg | 3 | QL (360 comprimidos/30 días), NM, AP |

AP = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;
NM = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;
AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|--|-----------------------|---|
| <i>tadalafilo (hipertensión pulmonar)</i> COMPRIMIDOS 20 mg | 5 | QL (60 comprimidos/30 días), NM, AP |
| <i>treprostinil</i> SOLUCIÓN 20 mg/20 ml, 50 mg/20 ml, 100 mg/20 ml, 200 mg/20 ml | 5 | NM, AL, AP |
| UPTRAVI SOLUCIÓN RECONSTITUÍDA 1800 mcg; COMPRIMIDOS 200 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg, 1000 mcg, 1200 mcg, 1400 mcg, 1600 mcg | 5 | NM, AL, AP |
| UPTRAVI PACK TAB 200/800 | 5 | NM, AL, AP |
| VENTAVIS SOLUCIÓN 10 mcg/ml, 20 mcg/ml | 5 | NM, AL, AP |

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

ANSIOLÍTICO

| | | |
|---|---|---------------------------------|
| <i>alprazolam</i> COMPRIMIDOS 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg | 2 | QL (150 comprimidos/30 días) |
| <i>buspirona hcl</i> COMPRIMIDOS 5 mg, 10 mg, 15 mg | 1 | |
| <i>buspirona hcl</i> COMPRIMIDOS 7.5 mg, 30 mg | 3 | |
| <i>maleato de fluvoxamina</i> COMPRIMIDOS 25 mg, 50 mg, 100 mg | 3 | |
| <i>lorazepam</i> CONCENTRADO 2 mg/ml | 3 | QL (150 ml/30 días) |
| <i>lorazepam</i> SOLUCIÓN 2 mg/ml, 4 mg/ml | 2 | |
| <i>lorazepam</i> COMPRIMIDOS 0.5 mg, 1 mg, 2 mg | 2 | QL (150 comprimidos/30 días) |
| <i>lorazepam intensol</i> CONCENTRADO 2 mg/ml | 3 | QL (150 ml/30 días) |

ANTICONVULSIVOS

| | | |
|--|---|---------------------------------------|
| APTIOM COMPRIMIDOS 200 mg, 400 mg | 5 | QL (30 comprimidos/30 días) |
| APTIOM COMPRIMIDOS 600 mg, 800 mg | 5 | QL (60 comprimidos/30 días) |
| BRIVIACT SOLUCIÓN 10 mg/ml | 5 | QL (600 ml/30 días), AP |
| BRIVIACT SOLUCIÓN 50 mg/5 ml | 4 | AP |
| BRIVIACT COMPRIMIDOS 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg, 100 mg | 5 | QL (60 comprimidos/30 días), AP |
| <i>carbamazepina</i> COMPRIMIDO MASTICABLE 100 mg; COMPRIMIDOS 200 mg | 3 | |
| <i>carbamazepina</i> CÁPSULA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 12 H 100 mg, 200 mg, 300 mg; SUSPENSIÓN 100 mg/5 ml; COMPRIMIDO DE LIBERACIÓN PROLONGADA 12 H 100 mg, 200 mg, 400 mg | 4 | |
| CELONTINA CÁPSULAS 300 mg | 4 | |
| <i>clobazam</i> SUSPENSIÓN 2.5 mg/ml | 4 | QL (480 ml/30 días), AP |

AP = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;
NM = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;
AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|---|-----------------------|---|
| <i>clobazam</i> COMPRIMIDOS 10 mg, 20 mg | 4 | QL (60 comprimidos/30 días), AP |
| <i>clonazepam</i> COMPRIMIDOS 2 mg | 2 | QL (300 comprimidos/30 días) |
| <i>clonazepam</i> COMPRIMIDOS 0.5 mg, 1 mg | 2 | QL (90 comprimidos/30 días) |
| <i>clonazepam</i> COMPRIMIDO DE DESINTEGRACIÓN 2 mg | 3 | QL (300 comprimidos/30 días) |
| <i>clonazepam</i> COMPRIMIDO DE DESINTEGRACIÓN 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg | 3 | QL (90 comprimidos/30 días) |
| <i>clorazepato dipotásico</i> COMPRIMIDOS 3.75 mg, 7.5 mg, 15 mg | 4 | QL (180 comprimidos/30 días), AP; AP si tiene 65 años o más |
| DIACOMIT CÁPSULAS 250 mg | 5 | QL (360 cápsulas/30 días), NM, AL, AP |
| DIACOMIT CÁPSULAS 500 mg | 5 | QL (180 cápsulas/30 días), NM, AL, AP |
| DIACOMIT PAQUETE 250 mg | 5 | QL (360 paquetes/30 días), NM, AL, AP |
| DIACOMIT PAQUETE 500 mg | 5 | QL (180 paquetes/30 días), NM, AL, AP |
| <i>diazepam</i> CONCENTRADO 5 mg/ml | 3 | QL (240 ml/30 días), AP; AP si tiene 65 años o más |
| <i>diazepam</i> SOLUCIÓN 5 mg/5 ml | 3 | QL (1200 ml/30 días), AP; AP si tiene 65 años o más |
| <i>diazepam</i> COMPRIMIDOS 2 mg, 5 mg, 10 mg | 2 | QL (120 comprimidos/30 días), AP; AP si tiene 65 años o más |
| <i>diazepam (anticonvulsivo)</i> GEL 2.5 mg, 10 mg, 20 mg | 4 | |
| <i>diazepam inyectable</i> SOLUCIÓN 5 mg/ml | 4 | |
| DILANTINA CÁPSULAS 30 mg, 100 mg | 4 | |
| DILANTIN INFATABS COMPRIMIDO MASTICABLE 50 mg | 4 | |
| DILANTIN-125 SUSPENSIÓN 125 mg/5 ml | 4 | |
| <i>divalproex sódico</i> CSDR 125 mg; COMPRIMIDO DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 250 mg, 500 mg | 4 | |
| <i>divalproex sódico</i> TBEC 125 mg, 250 mg, 500 mg | 3 | |
| EPIDIOLEX SOLUCIÓN 100 mg/ml | 5 | QL (600 ml/30 días), NM, AL, AP |

AP = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;
NM = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;
AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|---|-----------------------|---------------------------------|
| <i>epitol</i> COMPRIMIDOS 200 mg | 3 | |
| EPRONTIA SOLUCIÓN 25 mg/ml | 4 | QL (480 ml/30 días), AP |
| <i>etosuximida</i> CÁPSULAS 250 mg | 4 | |
| <i>etosuximida</i> SOLUCIÓN 250 mg/5 ml | 3 | |
| <i>felbamato</i> SUSPENSIÓN 600 mg/5 ml | 5 | |
| <i>felbamato</i> COMPRIMIDOS 400 mg, 600 mg | 4 | |
| FINTEPLA SOLUCIÓN 2.2 mg/ml | 5 | QL (360 ml/30 días), NM, AL, AP |
| FYCOMPA SUSPENSIÓN 0.5 mg/ml | 5 | QL (720 ml/30 días), AP |
| FYCOMPA COMPRIMIDOS 2 mg | 4 | QL (60 comprimidos/30 días), AP |
| FYCOMPA COMPRIMIDOS 4 mg, 6 mg, 8 mg, 10 mg, 12 mg | 5 | QL (30 comprimidos/30 días), AP |
| <i>gabapentina</i> CÁPSULAS 100 mg, 300 mg, 400 mg | 2 | QL (180 cápsulas/30 días) |
| <i>gabapentina</i> SOLUCIÓN 250 mg/5 ml, 300 mg/6 ml | 3 | QL (2160 ml/30 días) |
| <i>gabapentina</i> COMPRIMIDOS 600 mg | 3 | QL (180 comprimidos/30 días) |
| <i>gabapentina</i> COMPRIMIDOS 800 mg | 3 | QL (120 comprimidos/30 días) |
| <i>lacosamida</i> SOLUCIÓN 200 mg/20 ml | 5 | |
| <i>lacosamida</i> COMPRIMIDOS 50 mg | 4 | QL (120 comprimidos/30 días) |
| <i>lacosamida</i> COMPRIMIDOS 100 mg, 150 mg, 200 mg | 4 | QL (60 comprimidos/30 días) |
| <i>lacosamida oral</i> SOLUCIÓN 10 mg/ml | 4 | QL (1200 ml/30 días) |
| <i>lamotrigina</i> COMPRIMIDO MASTICABLE 5 mg, 25 mg | 3 | |
| <i>lamotrigina</i> COMPRIMIDOS 25 mg, 100 mg, 150 mg, 200 mg | 1 | |
| <i>lamotrigina</i> COMPRIMIDO DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 25 mg, 50 mg, 100 mg, 200 mg, 250 mg, 300 mg; COMPRIMIDO DE DESINTEGRACIÓN 25 mg, 50 mg, 100 mg, 200 mg | 4 | |
| <i>levetiracetam</i> SOLUCIÓN 100 mg/ml; COMPRIMIDOS 250 mg, 500 mg, 750 mg, 1000 mg; COMPRIMIDO DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 500 mg, 750 mg | 3 | |
| <i>levetiracetam</i> SOLUCIÓN 500 mg/5 ml | 4 | |
| <i>levetiracetam en cloruro de sodio solución i. v. 500 mg/100 ml</i> | 4 | |

AP = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;
NM = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;
AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|---|-----------------------|----------------------------------|
| <i>levetiracetam en cloruro de sodio solución i. v. 1000 mg/100 ml</i> | 4 | |
| <i>levetiracetam en cloruro de sodio solución i. v. 1500 mg/100 ml</i> | 4 | |
| <i>metosuximida CÁPSULAS 300 mg</i> | 4 | |
| NAYZILAM SOLUCIÓN 5 mg/0.1 ml | 4 | |
| <i>oxcarbazepina SUSPENSIÓN 300 mg/5 ml</i> | 4 | |
| <i>oxcarbazepina COMPRIMIDOS 150 mg, 300 mg, 600 mg</i> | 3 | |
| <i>fenobarbital ELIXIR 20 mg/5 ml</i> | 4 | AP; AP si tiene 70 años o más |
| <i>fenobarbital COMPRIMIDOS 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg, 100 mg</i> | 3 | AP; AP si tiene 70 años o más |
| <i>fenobarbital sódico SOLUCIÓN 65 mg/ml, 130 mg/ml</i> | 4 | AP; AP si tiene 70 años o más |
| PHENYTEK CÁPSULAS 200 mg, 300 mg | 4 | |
| <i>fenitoína COMPRIMIDO MASTICABLE 50 mg; SUSPENSIÓN 125 mg/5 ml</i> | 3 | |
| <i>fenitoína sódica SOLUCIÓN 50 mg/ml</i> | 3 | |
| <i>fenitoína sódica extendida CÁPSULAS 100 mg, 200 mg, 300 mg</i> | 3 | |
| <i>pregabalina CÁPSULAS 25 mg, 50 mg, 75 mg, 100 mg, 150 mg</i> | 3 | QL (120 cápsulas/30 días), AP |
| <i>pregabalina CÁPSULAS 200 mg</i> | 3 | QL (90 cápsulas/30 días), AP |
| <i>pregabalina CÁPSULAS 225 mg, 300 mg</i> | 3 | QL (60 cápsulas/30 días), AP |
| <i>pregabalina SOLUCIÓN 20 mg/ml</i> | 4 | QL (900 ml/30 días), AP |
| <i>primidona COMPRIMIDOS 50 mg, 125 mg, 250 mg</i> | 2 | |
| <i>roweepra COMPRIMIDOS 500 mg</i> | 3 | |
| <i>rufinamida SUSPENSIÓN 40 mg/ml</i> | 5 | QL (2400 ml/30 días), AP |
| <i>rufinamida COMPRIMIDOS 200 mg</i> | 4 | QL (480 comprimidos/30 días), AP |
| <i>rufinamida COMPRIMIDOS 400 mg</i> | 5 | QL (240 comprimidos/30 días), AP |
| SPRITAM TB3D 250 mg | 4 | QL (360 comprimidos/30 días) |
| SPRITAM TB3D 500 mg | 4 | QL (180 comprimidos/30 días) |
| SPRITAM TB3D 750 mg | 4 | QL (120 comprimidos/30 días) |

AP = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;
NM = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;
AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|--|-----------------------|---|
| SPRITAM TB3D 1000 mg | 4 | QL (90 comprimidos/30 días) |
| <i>subvenite</i> COMPRIMIDOS 25 mg, 100 mg, 150 mg, 200 mg | 1 | |
| SYMPAZAN PELÍCULA 5 mg, 10 mg, 20 mg | 5 | QL (60 películas/30 días), AP |
| <i>tiagabina hcl</i> COMPRIMIDOS 2 mg, 4 mg, 12 mg, 16 mg | 4 | |
| <i>topiramato</i> CPSP 15 mg, 25 mg | 3 | |
| <i>topiramato</i> COMPRIMIDOS 25 mg, 50 mg, 100 mg, 200 mg | 2 | |
| <i>valproato sódico</i> SOLUCIÓN 100 mg/ml | 4 | |
| <i>valproato sódico</i> SOLUCIÓN 250 mg/5 ml | 3 | |
| <i>ácido valproico</i> CÁPSULAS 250 mg | 3 | |
| VALTOCO DOSIS DE 5 MG LIQD 5 mg/0.1 ml | 4 | |
| VALTOCO DOSIS DE 10 MG LIQD 10 mg/0.1 ml | 4 | |
| VALTOCO DOSIS DE 15 MG LQPK 7.5 mg/0.1 ml | 4 | |
| VALTOCO DOSIS DE 20 MG LQPK 10 mg/0.1 ml | 4 | |
| <i>vigabatrina</i> PACK 500 mg | 5 | QL (180 paquetes/30 días), NM, AL, AP |
| <i>vigabatrina</i> COMPRIMIDOS 500 mg | 5 | QL (180 comprimidos/30 días), NM, AL, AP |
| <i>vigadrone</i> PAQUETE 500 mg | 5 | QL (180 paquetes/30 días), NM, AL, AP |
| VIMPAT SOLUCIÓN 10 mg/ml | 5 | QL (1200 ml/30 días) |
| XCOPRI COMPRIMIDOS 50 mg, 100 mg | 5 | QL (30 comprimidos/30 días) |
| XCOPRI COMPRIMIDOS 150 mg, 200 mg | 5 | QL (60 comprimidos/30 días) |
| XCOPRI PAK 12.5-25 | 4 | QL (28 comprimidos/28 días) |
| XCOPRI PAK 50-100 MG | 5 | QL (28 comprimidos/28 días) |
| XCOPRI PAK 100-150 | 5 | QL (56 comprimidos/28 días) |
| XCOPRI PAK 150-200 MG (MANTENIMIENTO) | 5 | QL (56 comprimidos/28 días) |
| XCOPRI PAK 150-200 MG (TITULACIÓN) | 5 | QL (28 comprimidos/28 días) |
| ZONISADE SUSPENSIÓN 100 mg/5 ml | 4 | QL (900 ml/30 días), AP |
| <i>zonisamida</i> CÁPSULAS 25 mg, 50 mg, 100 mg | 2 | |

AP = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;
NM = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;
AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|----------------------------|-----------------------|----------------------------------|
| ZTALMY SUSPENSIÓN 50 mg/ml | 5 | QL (1100 ml/30 días), NM, AL, AP |

ANTIDEMENCIA

| | | |
|--|---|-----------------------------|
| <i>clorhidrato de donepezilo</i> COMPRIMIDOS 5 mg; COMPRIMIDO DE DESINTEGRACIÓN 5 mg | 2 | QL (30 comprimidos/30 días) |
| <i>clorhidrato de donepezilo</i> COMPRIMIDOS 10 mg; COMPRIMIDO DE DESINTEGRACIÓN 10 mg | 2 | |
| <i>hidrobromuro de galantamina</i> CÁPSULA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 8 mg, 16 mg, 24 mg | 3 | QL (30 cápsulas/30 días) |
| <i>hidrobromuro de galantamina</i> SOLUCIÓN 4 mg/ml | 4 | |
| <i>hidrobromuro de galantamina</i> COMPRIMIDOS 4 mg, 8 mg, 12 mg | 3 | QL (60 comprimidos/30 días) |
| <i>memantina hcl</i> CÁPSULA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 7 mg, 14 mg, 21 mg, 28 mg; SOLUCIÓN 2 mg/ml | 4 | AP; AP si <30 años |
| <i>memantina hcl</i> COMPRIMIDOS 5 mg, 10 mg | 3 | AP; AP si <30 años |
| NAMZARIC CÁPSULA 7-10 MG | 4 | |
| NAMZARIC CÁPSULA 14-10 MG | 4 | |
| NAMZARIC CÁPSULA 21-10 MG | 4 | |
| NAMZARIC CÁPSULA 28-10 MG | 4 | |
| NAMZARIC PAQUETE DE CÁPSULAS | 4 | |
| <i>rivastigmina</i> PARCHE DE 24 H 4.6 mg/24 h, 9.5 mg/24 h, 13.3 mg/24 h | 4 | QL (30 parches/30 días) |
| <i>tartrato de rivastigmina</i> CÁPSULAS 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg | 3 | QL (60 cápsulas/30 días) |

ANTIDEPRESIVOS

| | | |
|--|---|---------------------------------|
| <i>amitriptilina hcl</i> COMPRIMIDOS 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg, 100 mg, 150 mg | 3 | |
| <i>amoxapina</i> COMPRIMIDOS 25 mg, 50 mg, 100 mg, 150 mg | 3 | |
| AUVELITY COMPRIMIDOS 45-105 MG | 4 | QL (60 comprimidos/30 días), AP |
| <i>bupropión hcl</i> COMPRIMIDOS 75 mg, 100 mg; COMPRIMIDO DE LIBERACIÓN PROLONGADA 12 H 100 mg, 150 mg, 200 mg; COMPRIMIDO DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 150 mg, 300 mg | 3 | |
| <i>bromhidrato de citalopram</i> SOLUCIÓN 10 mg/5 ml | 3 | |

AP = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;
NM = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;
AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|--|-----------------------|---------------------------------|
| <i>bromhidrato de citalopram</i> COMPRIMIDOS 10 mg, 20 mg, 40 mg | 1 | |
| <i>clomipramina hcl</i> CÁPSULAS 25 mg, 50 mg, 75 mg | 4 | AP |
| <i>desipramina hcl</i> COMPRIMIDOS 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg, 100 mg, 150 mg | 4 | |
| <i>succinato de desvenlafaxina</i> COMPRIMIDO DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 25 mg, 50 mg, 100 mg | 4 | QL (30 comprimidos/30 días), AP |
| <i>doxepina hcl</i> CÁPSULAS 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg, 100 mg; CONCENTRADO 10 mg/ml | 3 | |
| <i>doxepina hcl</i> CÁPSULAS 150 mg | 4 | |
| DRIZALMA SPRINKLE CSDR 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg | 4 | QL (60 cápsulas/30 días), AP |
| <i>duloxetina hcl</i> PARTÍCULAS EN CÁPSULAS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 20 mg, 30 mg, 60 mg | 3 | QL (60 cápsulas/30 días) |
| <i>duloxetina hcl</i> PARTÍCULAS EN CÁPSULAS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 40 mg | 4 | QL (60 cápsulas/30 días) |
| EMSAM PARCHE DE 24 H 6 mg/24h, 9 mg/24h, 12 mg/24h | 5 | QL (30 parches/30 días), AP |
| <i>oxalato de escitalopram</i> SOLUCIÓN 5 mg/5 ml | 4 | |
| <i>oxalato de escitalopram</i> COMPRIMIDOS 5 mg, 10 mg, 20 mg | 1 | |
| FETZIMA CÁPSULA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 20 mg, 40 mg | 4 | QL (60 cápsulas/30 días), AP |
| FETZIMA CÁPSULA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 80 mg, 120 mg | 4 | QL (30 cápsulas/30 días), AP |
| FETZIMA CÁPSULA (TITULACIÓN) | 4 | AP |
| <i>fluoxetina hcl</i> CÁPSULAS 10 mg, 20 mg | 1 | |
| <i>fluoxetina hcl</i> CÁPSULAS 40 mg | 2 | |
| <i>fluoxetina hcl</i> SOLUCIÓN 20 mg/5 ml | 3 | |
| <i>imipramina hcl</i> COMPRIMIDOS 10 mg, 25 mg, 50 mg | 2 | |
| MARPLAN COMPRIMIDOS 10 mg | 4 | QL (180 comprimidos/30 días) |
| <i>mirtazapina</i> COMPRIMIDOS 7.5 mg; COMPRIMIDO DE DESINTEGRACIÓN 15 mg, 30 mg, 45 mg | 3 | |
| <i>mirtazapina</i> COMPRIMIDOS 15 mg, 30 mg, 45 mg | 2 | |
| <i>nefazodona hcl</i> COMPRIMIDOS 50 mg, 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg | 4 | |
| <i>nortriptilina hcl</i> CÁPSULAS 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg | 2 | |

AP = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;
NM = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;
AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|--|-----------------------|-----------------------------|
| <i>nortriptilina hcl</i> SOLUCIÓN 10 mg/5 ml | 4 | |
| <i>paroxetina hcl</i> SUSPENSIÓN 10 mg/5 ml | 4 | QL (900 ml/30 días), AP |
| <i>paroxetina hcl</i> COMPRIMIDOS 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg | 2 | |
| <i>paroxetina hcl</i> COMPRIMIDO DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg | 4 | QL (60 comprimidos/30 días) |
| <i>sulfato de fenelzina</i> COMPRIMIDOS 15 mg | 3 | |
| <i>protriptilina hcl</i> COMPRIMIDOS 5 mg, 10 mg | 4 | |
| <i>sertralina hcl</i> CONCENTRADO 20 mg/ml | 3 | |
| <i>sertralina hcl</i> COMPRIMIDOS 25 mg, 50 mg, 100 mg | 1 | |
| <i>sulfato de tranilcipromina</i> COMPRIMIDOS 10 mg | 4 | |
| <i>trazodona hcl</i> COMPRIMIDOS 50 mg, 100 mg, 150 mg | 1 | |
| <i>maleato de trimipramina</i> CÁPSULAS 25 mg, 50 mg | 4 | QL (120 cápsulas/30 días) |
| <i>maleato de trimipramina</i> CÁPSULAS 100 mg | 4 | QL (60 cápsulas/30 días) |
| TRINTELLIX COMPRIMIDOS 5 mg, 10 mg, 20 mg | 4 | QL (30 comprimidos/30 días) |
| <i>venlafaxina hcl</i> CÁPSULA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 37.5 mg, 75 mg, 150 mg | 2 | |
| <i>venlafaxina hcl</i> COMPRIMIDOS 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg, 100 mg | 3 | |
| VIIBRYD KIT DE INICIO | 4 | |
| <i>vilazodona hcl</i> COMPRIMIDOS 10 mg, 20 mg, 40 mg | 4 | QL (30 comprimidos/30 días) |

AGENTES ANTIPARKINSONIANOS

| | | |
|---|---|-------------------------------|
| <i>amantadina hcl</i> CÁPSULAS 100 mg | 3 | QL (120 cápsulas/30 días) |
| <i>amantadina hcl</i> SOLUCIÓN 50 mg/5 ml | 3 | |
| <i>amantadina hcl</i> COMPRIMIDOS 100 mg | 4 | |
| <i>mesilato de benztropina</i> SOLUCIÓN 1 mg/ml | 4 | |
| <i>mesilato de benztropina</i> COMPRIMIDOS 0.5 mg, 1 mg, 2 mg | 3 | AP; AP si tiene 70 años o más |
| <i>mesilato de bromocriptina</i> CÁPSULAS 5 mg; COMPRIMIDOS 2.5 mg | 4 | |
| <i>carbidopa/levodopa comprimido de desintegración oral 10-100 mg</i> | 4 | |
| <i>carbidopa/levodopa comprimido de desintegración oral 25-100 mg</i> | 4 | |
| <i>carbidopa/levodopa comprimido de desintegración oral 25-250 mg</i> | 4 | |
| <i>carbidopa</i> COMPRIMIDOS 25 mg | 4 | |
| <i>carbidopa y levodopa comprimido 10-100 mg</i> | 2 | |
| <i>carbidopa y levodopa comprimido 25-100 mg</i> | 2 | |

AP = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;
NM = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;
AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|---|-----------------------|--------------------------------|
| <i>carbidopa y levodopa comprimido 25-250 mg</i> | 2 | |
| <i>carbidopa y levodopa comprimido de liberación prolongada 25-100 mg</i> | 3 | |
| <i>carbidopa y levodopa comprimido de liberación prolongada 50-200 mg</i> | 3 | |
| <i>carbidopa-levodopa-entacapona comprimidos 12.5-50-200 mg</i> | 4 | |
| <i>carbidopa-levodopa-entacapona comprimidos 18.75-75-200 mg</i> | 4 | |
| <i>carbidopa-levodopa-entacapona comprimidos 25-100-200 mg</i> | 4 | |
| <i>carbidopa-levodopa-entacapona comprimidos 31.25-125-200 mg</i> | 4 | |
| <i>carbidopa-levodopa-entacapona comprimidos 37.5-150-200 mg</i> | 4 | |
| <i>carbidopa-levodopa-entacapona comprimidos 50-200-200 mg</i> | 4 | |
| <i>entacapona COMPRIMIDOS 200 mg</i> | 4 | |
| NEUPRO PARCHE DE 24 H 1 mg/24 h, 2 mg/24 h, 3 mg/24 h, 4 mg/24 h, 6 mg/24 h, 8 mg/24 h | 4 | |
| <i>diclorhidrato de pramipexol COMPRIMIDOS 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i> | 2 | |
| <i>diclorhidrato de pramipexol COMPRIMIDO DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 0.375 mg, 0.75 mg, 1.5 mg, 2.25 mg, 3 mg, 3.75 mg, 4.5 mg</i> | 4 | |
| <i>mesilato de rasagilina COMPRIMIDOS 0.5 mg, 1 mg</i> | 4 | QL (30 comprimidos/30 días) |
| <i>clorhidrato de ropinirol COMPRIMIDOS 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i> | 2 | |
| <i>clorhidrato de ropinirol COMPRIMIDO DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 2 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg, 12 mg</i> | 4 | |
| <i>selegilina hcl CÁPSULAS 5 mg; COMPRIMIDOS 5 mg</i> | 3 | |
| <i>trihexifenidil hcl SOLUCIÓN 0.4 mg/ml; COMPRIMIDOS 2 mg, 5 mg</i> | 3 | AP; AP si tiene 70 años o más |
| ANTIPSICÓTICOS | | |
| ABILIFY MANTENA JERINGA PRECARGADA 300 mg, 400 mg | 5 | QL (1 jeringa/28 días) |
| ABILIFY MANTENA SUSPENSIÓN RECONSTITUÍDA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 300 mg, 400 mg | 5 | QL (1 inyección/28 días) |

AP = autorización previa; QL = límites de cantidad; ST = tratamiento escalonado;
 NM = no disponible en pedidos por correo; B/D = cubierto por Medicare Parte B o D;
 AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|--|-----------------------|----------------------------------|
| <i>aripiprazol</i> SOLUCIÓN 1 mg/ml | 4 | QL (900 ml/30 días) |
| <i>aripiprazol</i> COMPRIMIDOS 2 mg, 5 mg, 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg | 4 | QL (30 comprimidos/30 días) |
| <i>aripiprazol</i> COMPRIMIDO DE DESINTEGRACIÓN 10 mg, 15 mg | 5 | QL (60 comprimidos/30 días) |
| ARISTADA JERINGA PRECARGADA 441 mg/1.6 ml, 662 mg/2.4 ml, 882 mg/3.2 ml | 5 | QL (1 jeringa/28 días) |
| ARISTADA JERINGA PRECARGADA 1064 mg/3.9 ml | 5 | QL (1 jeringa/56 días) |
| ARISTADA INITIO JERINGA PRECARGADA 675 mg/2.4 ml | 5 | |
| <i>maleato de asenapina</i> COMPRIMIDO SUBLINGUAL 2.5 mg, 5 mg, 10 mg | 4 | QL (60 comprimidos/30 días) |
| CAPLYTA CÁPSULAS 10.5 mg, 21 mg, 42 mg | 4 | QL (30 cápsulas/30 días), AP |
| <i>clorpromazina hcl</i> CONCENTRADO 30 mg/ml, 100 mg/ml; SOLUCIÓN 25 mg/ml, 50 mg/2 ml; COMPRIMIDOS 10 mg, 25 mg, 50 mg, 100 mg, 200 mg | 4 | |
| <i>clozapina</i> COMPRIMIDOS 25 mg, 50 mg | 3 | |
| <i>clozapina</i> COMPRIMIDOS 100 mg | 4 | QL (270 comprimidos/30 días) |
| <i>clozapina</i> COMPRIMIDOS 200 mg | 4 | QL (120 comprimidos/30 días) |
| <i>clozapina</i> COMPRIMIDO DE DESINTEGRACIÓN 12.5 mg, 25 mg | 4 | AP |
| <i>clozapina</i> COMPRIMIDO DE DESINTEGRACIÓN 100 mg | 4 | QL (270 comprimidos/30 días), AP |
| <i>clozapina</i> COMPRIMIDO DE DESINTEGRACIÓN 150 mg | 4 | QL (180 comprimidos/30 días), AP |
| <i>clozapina</i> COMPRIMIDO DE DESINTEGRACIÓN 200 mg | 5 | QL (120 comprimidos/30 días), AP |
| FANAPT COMPRIMIDOS 1 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg, 10 mg, 12 mg | 4 | QL (60 comprimidos/30 días), AP |
| FANAPT PAK | 4 | AP |
| <i>decanoato de flufenazina</i> SOLUCIÓN 25 mg/ml | 4 | |
| <i>flufenazina hcl</i> CONCENTRADO 5 mg/ml; ELIXIR 2.5 mg/5 ml; SOLUCIÓN 2.5 mg/ml; COMPRIMIDOS 1 mg, 2.5 mg, 5 mg, 10 mg | 4 | |
| <i>haloperidol</i> COMPRIMIDOS 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 5 mg, 10 mg, 20 mg | 3 | |

AP = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;
NM = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;
AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|---|-----------------------|---|
| <i>decanoato de haloperidol</i> SOLUCIÓN 50 mg/ml, 100 mg/ml | 3 | |
| <i>lactato de haloperidol</i> CONCENTRADO 2 mg/ml; SOLUCIÓN 5 mg/ml | 3 | |
| INVEGA HAFYERA SUSPENSIÓN EN JERINGA PRECARGADA 1092 mg/3.5 ml, 1560 mg/5 ml | 5 | QL (1 inyección/180 días) |
| INVEGA SUSTENNA SUSPENSIÓN EN JERINGA PRECARGADA 39 mg/0.25 ml | 4 | QL (1 jeringa/28 días) |
| INVEGA SUSTENNA SUSPENSIÓN EN JERINGA PRECARGADA 78 mg/0.5 ml, 117 mg/0.75 ml, 156 mg/ml, 234 mg/1.5 ml | 5 | QL (1 jeringa/28 días) |
| INVEGA TRINZA SUSPENSIÓN EN JERINGA PRECARGADA 273 mg/0.88 ml, 410 mg/1.32 ml, 546 mg/1.75 ml, 819 mg/2.63 ml | 5 | QL (1 jeringa/90 días) |
| LATUDA COMPRIMIDOS 20 mg, 40 mg, 60 mg, 120 mg | 4 | QL (30 comprimidos/30 días) |
| LATUDA COMPRIMIDOS 80 mg | 4 | QL (60 comprimidos/30 días) |
| <i>succinato de loxapina</i> CÁPSULAS 5 mg, 10 mg, 25 mg, 50 mg | 3 | |
| <i>lurasidona hcl</i> COMPRIMIDOS 20 mg, 40 mg, 60 mg, 120 mg | 4 | QL (30 comprimidos/30 días) |
| <i>lurasidona hcl</i> COMPRIMIDOS 80 mg | 4 | QL (60 comprimidos/30 días) |
| <i>molindona hcl</i> COMPRIMIDOS 5 mg, 10 mg, 25 mg | 4 | |
| NUPLAZID CÁPSULAS 34 mg | 4 | QL (30 cápsulas/30 días), NM, AL, AP |
| NUPLAZID COMPRIMIDOS 10 mg | 4 | QL (30 comprimidos/30 días), NM, AL, AP |
| <i>olanzapina</i> SOLUCIÓN RECONSTITUÍDA 10 mg | 4 | QL (3 viales/1 día) |
| <i>olanzapina</i> COMPRIMIDOS 2.5 mg, 5 mg, 10 mg | 3 | QL (60 comprimidos/30 días) |
| <i>olanzapina</i> COMPRIMIDOS 7.5 mg, 15 mg, 20 mg | 3 | QL (30 comprimidos/30 días) |
| <i>olanzapina</i> COMPRIMIDO DE DESINTEGRACIÓN 5 mg, 15 mg, 20 mg | 4 | QL (30 comprimidos/30 días) |
| <i>olanzapina</i> COMPRIMIDO DE DESINTEGRACIÓN 10 mg | 4 | QL (60 comprimidos/30 días) |
| <i>paliperidona</i> COMPRIMIDO DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 1.5 mg, 3 mg, 9 mg | 4 | QL (30 comprimidos/30 días) |
| <i>paliperidona</i> COMPRIMIDO DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 6 mg | 4 | QL (60 comprimidos/30 días) |

AP = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;
NM = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;
AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|--|-----------------------|---------------------------------|
| <i>perfenazina</i> COMPRIMIDOS 2 mg, 4 mg, 8 mg, 16 mg | 3 | |
| PERSERIS JERINGA PRECARGADA 90 mg, 120 mg | 5 | QL (1 jeringa/30 días) |
| <i>pimozida</i> COMPRIMIDOS 1 mg, 2 mg | 4 | |
| <i>fumarato de quetiapina</i> COMPRIMIDOS 25 mg, 50 mg, 100 mg, 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg | 3 | |
| <i>fumarato de quetiapina</i> COMPRIMIDO DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 50 mg, 300 mg, 400 mg | 4 | QL (60 comprimidos/30 días), AP |
| <i>fumarato de quetiapina</i> COMPRIMIDO DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 150 mg, 200 mg | 4 | QL (30 comprimidos/30 días), AP |
| REXULTI COMPRIMIDOS 3 mg, 4 mg | 4 | QL (30 comprimidos/30 días) |
| REXULTI COMPRIMIDOS 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg | 4 | QL (60 comprimidos/30 días) |
| RISPERDAL CONSTA SUSPENSIÓN RECONSTITUÍDA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 12.5 mg, 25 mg | 4 | QL (2 inyecciones/28 días) |
| RISPERDAL CONSTA SUSPENSIÓN RECONSTITUÍDA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 37.5 mg, 50 mg | 5 | QL (2 inyecciones/28 días) |
| <i>risperidona</i> SOLUCIÓN 1 mg/ml | 3 | QL (240 ml/30 días) |
| <i>risperidona</i> COMPRIMIDOS 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg | 2 | |
| <i>risperidona</i> COMPRIMIDO DE DESINTEGRACIÓN 1 mg, 2 mg, 3 mg | 4 | QL (60 comprimidos/30 días) |
| <i>risperidona</i> COMPRIMIDO DE DESINTEGRACIÓN 4 mg | 4 | QL (120 comprimidos/30 días) |
| <i>risperidona</i> COMPRIMIDO DE DESINTEGRACIÓN 0.25 mg, 0.5 mg | 4 | QL (90 comprimidos/30 días) |
| SECUADO PARCHE DE 24 H 3.8 mg/24 h, 5.7 mg/24 h, 7.6 mg/24 h | 4 | QL (30 parches/30 días) |
| <i>tioridazina hcl</i> COMPRIMIDOS 10 mg, 25 mg, 50 mg, 100 mg | 3 | |
| <i>tiotixeno</i> CÁPSULAS 1 mg, 2 mg, 5 mg, 10 mg | 4 | |
| <i>trifluoperazina hcl</i> COMPRIMIDOS 1 mg, 2 mg, 5 mg, 10 mg | 3 | |
| VERSACLOZ SUSPENSIÓN 50 mg/ml | 4 | QL (600 ml/30 días), AP |
| VRAYLAR CÁPSULAS 1.5 mg | 4 | QL (60 cápsulas/30 días) |
| VRAYLAR CÁPSULAS 3 mg, 4.5 mg, 6 mg | 4 | QL (30 cápsulas/30 días) |
| VRAYLAR CÁPSULA 1.5-3 MG | 4 | |
| <i>ziprasidona hcl</i> CÁPSULAS 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg | 4 | QL (60 cápsulas/30 días) |

AP = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;
NM = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;
AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|---|-----------------------|-------------------------------|
| <i>mesilato de ziprasidona</i> SOLUCIÓN RECONSTITUÍDA 20 mg | 4 | QL (6 inyecciones/3 días) |
| ZYPREXA RELPREVV SUSPENSIÓN RECONSTITUÍDA 210 mg | 4 | QL (2 viales/28 días), NM, AP |
| ZYPREXA RELPREVV SUSPENSIÓN RECONSTITUÍDA 300 mg | 5 | QL (2 viales/28 días), NM, AP |
| ZYPREXA RELPREVV SUSPENSIÓN RECONSTITUÍDA 405 mg | 5 | QL (1 vial/28 días), NM, AP |

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

| | | |
|---|---|---------------------------------|
| <i>anfetamina-dextroanfetamina comprimido de liberación prolongada 24 h 5 mg</i> | 4 | QL (30 cápsulas/30 días), AP |
| <i>anfetamina-dextroanfetamina comprimido de liberación prolongada 24 h 10 mg</i> | 4 | QL (30 cápsulas/30 días), AP |
| <i>anfetamina-dextroanfetamina comprimido de liberación prolongada 24 h 15 mg</i> | 4 | QL (30 cápsulas/30 días), AP |
| <i>anfetamina-dextroanfetamina comprimido de liberación prolongada 24 h 20 mg</i> | 4 | QL (30 cápsulas/30 días), AP |
| <i>anfetamina-dextroanfetamina comprimido de liberación prolongada 24 h 25 mg</i> | 4 | QL (30 cápsulas/30 días), AP |
| <i>anfetamina-dextroanfetamina comprimido de liberación prolongada 24 h 30 mg</i> | 4 | QL (30 cápsulas/30 días), AP |
| <i>anfetamina-dextroanfetamina comprimido 5 mg</i> | 3 | QL (60 comprimidos/30 días), AP |
| <i>anfetamina-dextroanfetamina comprimido 7.5 mg</i> | 3 | QL (60 comprimidos/30 días), AP |
| <i>anfetamina-dextroanfetamina comprimido 10 mg</i> | 3 | QL (60 comprimidos/30 días), AP |
| <i>anfetamina-dextroanfetamina comprimido 12.5 mg</i> | 3 | QL (60 comprimidos/30 días), AP |
| <i>anfetamina-dextroanfetamina comprimido 15 mg</i> | 3 | QL (60 comprimidos/30 días), AP |
| <i>anfetamina-dextroanfetamina comprimido 20 mg</i> | 3 | QL (90 comprimidos/30 días), AP |
| <i>anfetamina-dextroanfetamina comprimido 30 mg</i> | 3 | QL (60 comprimidos/30 días), AP |
| <i>atomoxetina hcl</i> CÁPSULAS 10 mg, 18 mg, 25 mg | 4 | QL (120 cápsulas/30 días) |
| <i>atomoxetina hcl</i> CÁPSULAS 40 mg | 4 | QL (60 cápsulas/30 días) |

AP = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;
NM = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;
AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|--|-----------------------|--|
| <i>atomoxetina hcl</i> CÁPSULAS 60 mg, 80 mg, 100 mg | 4 | QL (30 cápsulas/30 días) |
| <i>dexmetilfenidato hcl</i> COMPRIMIDOS 2.5 mg, 5 mg | 3 | QL (120 comprimidos/30 días), AP |
| <i>dexmetilfenidato hcl</i> COMPRIMIDOS 10 mg | 3 | QL (60 comprimidos/30 días), AP |
| <i>guanfacina hcl (TDAH)</i> COMPRIMIDO DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 1 mg, 2 mg, 4 mg | 3 | QL (30 comprimidos/30 días), AP; AP si tiene 70 años o más |
| <i>guanfacina hcl (TDAH)</i> COMPRIMIDO DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 3 mg | 3 | QL (60 comprimidos/30 días), AP; AP si tiene 70 años o más |
| <i>metadato de liberación prolongada</i> COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 20 mg | 4 | QL (90 comprimidos/30 días), AP |
| <i>metilfenidato hcl</i> COMPRIMIDOS MASTICABLES 2.5 mg, 5 mg, 10 mg | 4 | QL (180 comprimidos/30 días), AP |
| <i>metilfenidato hcl</i> SOLUCIÓN 5 mg/5 ml | 4 | QL (1800 ml/30 días), AP |
| <i>metilfenidato hcl</i> SOLUCIÓN 10 mg/5 ml | 4 | QL (900 ml/30 días), AP |
| <i>metilfenidato hcl</i> COMPRIMIDOS 5 mg, 10 mg | 3 | QL (180 comprimidos/30 días), AP |
| <i>metilfenidato hcl</i> COMPRIMIDOS 20 mg | 3 | QL (90 comprimidos/30 días), AP |
| <i>metilfenidato hcl</i> COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 10 mg, 20 mg | 4 | QL (90 comprimidos/30 días), AP |
| VYVANSE CÁPSULAS 10 mg, 20 mg, 30 mg | 4 | QL (60 cápsulas/30 días), AP |
| VYVANSE CÁPSULAS 40 mg, 50 mg, 60 mg, 70 mg | 4 | QL (30 cápsulas/30 días), AP |
| VYVANSE COMPRIMIDOS MASTICABLES 10 mg, 20 mg, 30 mg | 4 | QL (60 comprimidos/30 días), AP |
| VYVANSE COMPRIMIDOS MASTICABLES 40 mg, 50 mg, 60 mg | 4 | QL (30 comprimidos/30 días), AP |

HIPNÓTICOS

| | | |
|--|---|-----------------------------|
| BELSOMRA COMPRIMIDOS 5 mg, 10 mg, 15 mg, 20 mg | 4 | QL (30 comprimidos/30 días) |
|--|---|-----------------------------|

AP = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;
NM = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;
AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|---|-----------------------|---|
| DAYVIGO COMPRIMIDOS 5 mg, 10 mg | 3 | QL (30 comprimidos/30 días) |
| <i>doxepina hcl (sueño)</i> COMPRIMIDOS 3 mg, 6 mg | 3 | QL (30 comprimidos/30 días) |
| <i>tasimelteon</i> CÁPSULAS 20 mg | 5 | QL (30 cápsulas/30 días), NM, AP |
| <i>temazepam</i> CÁPSULAS 7.5 mg, 30 mg | 4 | QL (30 cápsulas/30 días), AP; AP si tiene 65 años o más |
| <i>temazepam</i> CÁPSULAS 15 mg | 4 | QL (60 cápsulas/30 días), AP; AP si tiene 65 años o más |
| <i>tartrato de zolpidem</i> COMPRIMIDOS 5 mg, 10 mg | 2 | QL (30 comprimidos/30 días), AP; AP se aplica si tiene 70 años o más después de un suministro de 90 días en un año calendario |

MIGRAÑA

| | | |
|--|---|---------------------------------------|
| AIMOVIG SOLUCIÓN EN AUTOINYECTOR 70 mg/ml, 140 mg/ml | 3 | QL (1 pluma/30 días), NM, AP |
| <i>mesilato de dihidroergotamina</i> SOLUCIÓN 1 mg/ml | 5 | |
| <i>mesilato de dihidroergotamina</i> SOLUCIÓN 4 mg/ml | 5 | QL (8 ml/30 días), AP |
| <i>ergotamina con comprimido de cafeína 1-100 mg</i> | 3 | QL (40 comprimidos/28 días), AP |
| <i>naratriptán hcl</i> COMPRIMIDOS 1 mg, 2.5 mg | 3 | QL (12 comprimidos/30 días) |
| NURTEC COMPRIMIDO DE DESINTEGRACIÓN 75 mg | 3 | QL (16 comprimidos/30 días), AP |
| <i>benzoato de rizatriptán</i> COMPRIMIDOS 5 mg, 10 mg; COMPRIMIDO DE DESINTEGRACIÓN 5 mg, 10 mg | 3 | QL (18 comprimidos/30 días) |
| <i>sumatriptán</i> SOLUCIÓN 5 mg/accionamiento | 4 | QL (24 unidades/30 días) |
| <i>sumatriptán</i> SOLUCIÓN 20 mg/accionamiento | 4 | QL (12 unidades/30 días) |
| <i>succinato de sumatriptán</i> SOLUCIÓN EN AUTOINYECTOR 4 mg/0.5 ml; SOLUCIÓN EN CARTUCHO 4 mg/0.5 ml | 4 | QL (18 inyecciones/30 días) |
| <i>succinato de sumatriptán</i> SOLUCIÓN EN AUTOINYECTOR 6 mg/0.5 ml; SOLUCIÓN EN CARTUCHO 6 mg/0.5 ml; SOLUCIÓN 6 mg/0.5 ml | 4 | QL (12 inyecciones/30 días) |

AP = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;
NM = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;
AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|---|-----------------------|--|
| <i>succinato de sumatriptán</i> COMPRIMIDOS 25 mg, 50 mg, 100 mg | 2 | QL (12 comprimidos/30 días) |
| <i>zolmitriptán</i> COMPRIMIDOS 2.5 mg, 5 mg; COMPRIMIDO DE DESINTEGRACIÓN 2.5 mg, 5 mg | 4 | QL (12 comprimidos/30 días) |
| VARIOS | | |
| AUSTEDO COMPRIMIDOS 6 mg | 5 | QL (60 comprimidos/30 días), NM, AL, AP |
| AUSTEDO COMPRIMIDOS 9 mg, 12 mg | 5 | QL (120 comprimidos/30 días), NM, AL, AP |
| AUSTEDO XR TB24 6 mg | 5 | QL (90 comprimidos/30 días), NM, AP |
| AUSTEDO XR TB24 12 mg | 5 | QL (120 comprimidos/30 días), NM, AP |
| AUSTEDO XR TB24 24 mg | 5 | QL (60 comprimidos/30 días), NM, AP |
| GRALISE COMPRIMIDOS 300 mg | 4 | QL (180 comprimidos/30 días), AP |
| GRALISE COMPRIMIDOS 450 mg | 4 | QL (120 comprimidos/30 días), AP |
| GRALISE COMPRIMIDOS 600 mg | 4 | QL (90 comprimidos/30 días), AP |
| GRALISE COMPRIMIDOS 750 mg, 900 mg | 4 | QL (60 comprimidos/30 días), AP |
| INGREZZA CÁPSULAS 40 mg, 60 mg, 80 mg | 5 | QL (30 cápsulas/30 días), NM, AL, AP |
| INGREZZA CAP 40-80 MG | 5 | QL (28 cápsulas/28 días), NM, AL, AP |
| <i>carbonato de litio</i> CÁPSULAS 150 mg, 300 mg, 600 mg | 1 | |
| <i>carbonato de litio</i> COMPRIMIDOS 300 mg; TBCR 300 mg, 450 mg | 2 | |
| NUEDEXTA CAP 20-10 MG | 4 | QL (60 cápsulas/30 días), AP |
| <i>bromuro de piridostigmina</i> COMPRIMIDOS 60 mg | 3 | |
| <i>riluzol</i> COMPRIMIDOS 50 mg | 4 | |

AP = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;
NM = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;
AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|---|-----------------------|--------------------------------------|
| SAVELLA COMPRIMIDOS 12.5 mg, 25 mg, 50 mg, 100 mg | 4 | QL (60 comprimidos/30 días), AP |
| SAVELLA MIS TITR PAQUETE | 4 | AP |
| tetrabenazina COMPRIMIDOS 12.5 mg | 5 | QL (90 comprimidos/30 días), NM, AP |
| tetrabenazina COMPRIMIDOS 25 mg | 5 | QL (120 comprimidos/30 días), NM, AP |

AGENTES PARA LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE

| | | |
|---|---|---------------------------------------|
| BAFIERTAM CPDR 95 mg | 5 | QL (120 cápsulas/30 días), NM, AL, AP |
| BETASERON KIT 0.3 mg | 5 | QL (14 jeringas/28 días), NM, AP |
| dalfampridina COMPRIMIDO DE LIBERACIÓN PROLONGADA 12 H 10 mg | 3 | NM, AP |
| dimetilfumarato CPDR 120 mg | 5 | QL (14 cápsulas/7 días), NM, AP |
| dimetilfumarato CPDR 240 mg | 5 | QL (60 cápsulas/30 días), NM, AP |
| dimetilfumarato paquete inicial de cápsulas de liberación retardada 120 mg y 240 mg | 5 | NM, AP |
| fingolimod hcl CÁPSULAS 0.5 mg | 5 | QL (28 cápsulas/28 días), NM, AP |
| acetato de glatirámero SOLUCIÓN EN JERINGA PRECARGADA 20 mg/ml | 5 | QL (30 jeringas/30 días), NM, AP |
| acetato de glatirámero SOLUCIÓN EN JERINGA PRECARGADA 40 mg/ml | 5 | QL (12 jeringas/28 días), NM, AP |
| glatopa SOLUCIÓN EN JERINGA PRECARGADA 20 mg/ml | 5 | QL (30 jeringas/30 días), NM, AP |
| glatopa SOLUCIÓN EN JERINGA PRECARGADA 40 mg/ml | 5 | QL (12 jeringas/28 días), NM, AP |
| KESIMPTA SOLUCIÓN EN AUTOINYECTOR 20 mg/0.4 ml | 5 | QL (16 plumas/año), NM, AL, AP |

AGENTES DE TRATAMIENTO MUSCULOESQUELÉTICO

| | | |
|---|---|-------------------------------|
| baclofeno COMPRIMIDOS 5 mg, 10 mg, 20 mg | 3 | |
| ciclobenzaprina hcl COMPRIMIDOS 5 mg, 10 mg | 3 | AP; AP si tiene 70 años o más |
| dantroleno sódico CÁPSULAS 25 mg, 50 mg, 100 mg | 4 | |
| tizanidina hcl COMPRIMIDOS 2 mg, 4 mg | 2 | |

AP = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;
NM = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;
AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|---|-----------------------|---------------------------------------|
| NARCOLEPSIA/CATAPLEXIA | | |
| <i>armodafinil</i> COMPRIMIDOS 50 mg | 3 | QL (60 comprimidos/30 días), AP |
| <i>armodafinil</i> COMPRIMIDOS 150 mg, 200 mg, 250 mg | 3 | QL (30 comprimidos/30 días), AP |
| <i>modafinilo</i> COMPRIMIDOS 100 mg | 4 | QL (30 comprimidos/30 días), AP |
| <i>modafinilo</i> COMPRIMIDOS 200 mg | 4 | QL (60 comprimidos/30 días), AP |
| OXIBADO DE SODIO SOLUCIÓN 500 mg/ml | 5 | QL (540 ml/30 días), NM, AL, AP |
| XYREM SOLUCIÓN 500 mg/ml | 5 | QL (540 ml/30 días), NM, AL, AP |
| PSICOTERAPÉUTICO: VARIOS | | |
| <i>acamprosato de calcio</i> COMPRIMIDO DE LIBERACIÓN RETARDADA 333 mg | 4 | |
| <i>buprenorfina hcl</i> SUBLINGUAL 2 mg, 8 mg | 3 | QL (90 comprimidos/30 días), AP |
| <i>buprenorfina hcl-naloxona hcl</i> película sublingual 2-0.5 mg (equivalencia de base) | 4 | QL (90 películas/30 días) |
| <i>buprenorfina hcl-naloxona hcl</i> película sublingual 4-1 mg (equivalencia de base) | 4 | QL (90 películas/30 días) |
| <i>buprenorfina hcl-naloxona hcl</i> película sublingual 8-2 mg (equivalencia de base) | 4 | QL (90 películas/30 días) |
| <i>buprenorfina hcl-naloxona hcl</i> película sublingual 12-3 mg (equivalencia de base) | 4 | QL (60 películas/30 días) |
| <i>buprenorfina hcl-naloxona hcl</i> comprimidos sublinguales 2-0.5 mg (equivalencia de base) | 2 | QL (90 comprimidos/30 días) |
| <i>buprenorfina hcl-naloxona hcl</i> comprimidos sublinguales 8-2 mg (equivalencia de base) | 2 | QL (90 comprimidos/30 días) |
| <i>bupropión hcl</i> (para dejar de fumar) COMPRIMIDO DE LIBERACIÓN PROLONGADA 12 H 150 mg | 3 | |
| <i>disulfiram</i> COMPRIMIDOS 250 mg, 500 mg | 3 | |
| <i>naloxona hcl</i> LÍQUIDO 4 mg/0.1 ml | 3 | |
| <i>naloxona hcl</i> SOLUCIÓN EN CARTUCHO 0.4 mg/ml; SOLUCIÓN 0.4 mg/ml, 4 mg/10 ml; SOLUCIÓN EN JERINGA PRECARGADA 2 mg/2 ml | 2 | |
| <i>naltrexona hcl</i> COMPRIMIDOS 50 mg | 3 | |
| INHALADOR DE NICOTROL INHALADOR 10 mg | 4 | |

AP = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;
NM = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;
AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|---|-----------------------|--------------------------------|
| NICOTROL NS SOLUCIÓN 10 mg/ml | 4 | |
| <i>tartrato de vareniclina</i> COMPRIMIDOS 0.5 mg, 1 mg | 3 | QL (56 comprimidos/28 días) |
| <i>tartrato de vareniclina paquete inicial de comprimidos 11 x 0.5 mg y 42 x 1 mg</i> | 3 | |
| VIVITROL SUSPENSIÓN RECONSTITUÍDA 380 mg | 5 | NM |

ENDÓCRINO Y METABÓLICO

ANDRÓGENOS

| | | |
|--|---|--|
| <i>depo-testosterona</i> SOLUCIÓN 100 mg/ml, 200 mg/ml | 3 | AP |
| <i>oxandrolona</i> COMPRIMIDOS 2.5 mg | 3 | QL (120 comprimidos/30 días), AP |
| <i>oxandrolona</i> COMPRIMIDOS 10 mg | 4 | QL (60 comprimidos/30 días), AP |
| <i>testosterona</i> GEL 1 %, 25 mg/2.5 g, 50 mg/5 g | 4 | QL (300 g/30 días), AP |
| <i>testosterona</i> GEL 1.62 % | 4 | QL (150 g/30 días), AP |
| <i>cipionato de testosterona</i> SOLUCIÓN 100 mg/ml, 200 mg/ml | 3 | AP |
| <i>enantato de testosterona</i> SOLUCIÓN 200 mg/ml | 3 | AP |

ANTIDIABÉTICOS

| | | |
|--|---|---------------------------------|
| <i>acarbosea</i> COMPRIMIDOS 25 mg, 50 mg, 100 mg | 3 | |
| BYDUREON BCISE AUTOINYECTOR 2 mg/0.85 ml | 3 | QL (4 plumas/28 días) |
| BYETTA SOLUCIÓN EN PLUMA INYECTORA 5 mcg/0.02 ml, 10 mcg/0.04 ml | 4 | QL (1 pluma/30 días) |
| FARXIGA COMPRIMIDOS 5 mg, 10 mg | 3 | QL (30 comprimidos/30 días) |
| <i>glimepirida</i> COMPRIMIDOS 1 mg, 2 mg | 1 | QL (90 comprimidos/30 días) |
| <i>glimepirida</i> COMPRIMIDOS 4 mg | 1 | QL (60 comprimidos/30 días) |
| <i>glipizida</i> COMPRIMIDOS 5 mg | 1 | QL (240 comprimidos/30 días) |
| <i>glipizida</i> COMPRIMIDOS 10 mg | 1 | QL (120 comprimidos/30 días) |
| <i>glipizida</i> COMPRIMIDO DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 2.5 mg, 5 mg | 1 | QL (90 comprimidos/30 días) |
| <i>glipizida</i> COMPRIMIDO DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 10 mg | 1 | QL (60 comprimidos/30 días) |

AP = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;
NM = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;
AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|---|-----------------------|---------------------------------|
| <i>glipizida xl</i> COMPRIMIDO DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 2.5 mg, 5 mg | 1 | QL (90 comprimidos/30 días) |
| <i>glipizida xl</i> COMPRIMIDO DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 10 mg | 1 | QL (60 comprimidos/30 días) |
| <i>glipizida-metformina hcl comprimido 2.5-250 mg</i> | 1 | QL (240 comprimidos/30 días) |
| <i>glipizida-metformina hcl comprimido 2.5-500 mg</i> | 1 | QL (120 comprimidos/30 días) |
| <i>glipizida-metformina hcl comprimido 5-500 mg</i> | 1 | QL (120 comprimidos/30 días) |
| GLYXAMBI COMPRIMIDO 10-5 MG | 3 | QL (30 comprimidos/30 días) |
| GLYXAMBI COMPRIMIDO 25-5 MG | 3 | QL (30 comprimidos/30 días) |
| JANUMET COMPRIMIDO 50-500 MG | 3 | QL (60 comprimidos/30 días) |
| JANUMET COMPRIMIDO 50-1000 | 3 | QL (60 comprimidos/30 días) |
| JANUMET XR COMPRIMIDO 50-500 MG | 3 | QL (60 comprimidos/30 días) |
| JANUMET XR COMPRIMIDO 50-1000 | 3 | QL (60 comprimidos/30 días) |
| JANUMET XR COMPRIMIDO 100-1000 | 3 | QL (30 comprimidos/30 días) |
| JANUVIA COMPRIMIDOS 25 mg, 50 mg, 100 mg | 3 | QL (30 comprimidos/30 días) |
| JARDIANCE COMPRIMIDOS 10 mg | 3 | QL (60 comprimidos/30 días) |
| JARDIANCE COMPRIMIDOS 25 mg | 3 | QL (30 comprimidos/30 días) |
| JENTADUETO COMPRIMIDO 2.5-500 | 3 | QL (60 comprimidos/30 días) |
| JENTADUETO COMPRIMIDO 2.5-850 | 3 | QL (60 comprimidos/30 días) |
| JENTADUETO COMPRIMIDO 2.5-1000 | 3 | QL (60 comprimidos/30 días) |
| JENTADUETO COMPRIMIDO XR 2.5-1000 MG | 3 | QL (60 comprimidos/30 días) |
| JENTADUETO COMPRIMIDO XR 5-1000 MG | 3 | QL (30 comprimidos/30 días) |
| <i>metformina hcl</i> COMPRIMIDOS 500 mg | 1 | QL (150 comprimidos/30 días) |
| <i>metformina hcl</i> COMPRIMIDOS 850 mg | 1 | QL (90 comprimidos/30 días) |
| <i>metformina hcl</i> COMPRIMIDOS 1000 mg | 1 | QL (75 comprimidos/30 días) |

AP = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;
NM = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;
AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|---|-----------------------|---|
| <i>metformina hcl</i> COMPRIMIDO DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 500 mg | 1 | QL (120 comprimidos/30 días); (genérico de GLUCOPHAGE XR) |
| <i>metformina hcl</i> COMPRIMIDO DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 750 mg | 1 | QL (60 comprimidos/30 días); (genérico de GLUCOPHAGE XR) |
| <i>nateglinida</i> COMPRIMIDOS 60 mg, 120 mg | 1 | QL (90 comprimidos/30 días) |
| OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSIS) SOLUCIÓN EN PLUMA INYECTORA 2 mg/1.5 ml, 2 mg/3 ml | 3 | QL (1 pluma/28 días) |
| OZEMPIC (1 MG/DOSIS) SOLUCIÓN EN PLUMA INYECTORA 4 mg/3 ml | 3 | QL (1 pluma/28 días) |
| OZEMPIC (2 MG/DOSIS) SOLUCIÓN EN PLUMA INYECTORA 8 MG/3ML | 3 | QL (1 pluma/28 días) |
| <i>pioglitazona hcl</i> COMPRIMIDOS 15 mg, 30 mg, 45 mg | 1 | QL (30 comprimidos/30 días) |
| <i>repaglinida</i> COMPRIMIDOS 2 mg | 1 | QL (240 comprimidos/30 días) |
| <i>repaglinida</i> COMPRIMIDOS 0.5 mg, 1 mg | 1 | QL (120 comprimidos/30 días) |
| RYBELSUS COMPRIMIDOS 3 mg, 7 mg, 14 mg | 3 | QL (30 comprimidos/30 días) |
| SYNJARDY COMPRIMIDO 5-500 MG | 3 | QL (120 comprimidos/30 días) |
| SYNJARDY COMPRIMIDO 5-1000 MG | 3 | QL (60 comprimidos/30 días) |
| SYNJARDY COMPRIMIDO 12.5-500 | 3 | QL (60 comprimidos/30 días) |
| SYNJARDY COMPRIMIDO 12.5-1000 MG | 3 | QL (60 comprimidos/30 días) |
| SYNJARDY XR COMPRIMIDO 5-1000 MG | 3 | QL (60 comprimidos/30 días) |
| SYNJARDY XR COMPRIMIDO 10-1000 | 3 | QL (60 comprimidos/30 días) |
| SYNJARDY XR COMPRIMIDO 12.5-1000 MG | 3 | QL (60 comprimidos/30 días) |
| SYNJARDY XR COMPRIMIDO 25-1000 | 3 | QL (30 comprimidos/30 días) |
| TRADJENTA COMPRIMIDOS 5 mg | 3 | QL (30 comprimidos/30 días) |
| TRIJARDY XR COMPRIMIDO ER 24HR 5-2.5-1000 MG | 3 | QL (60 comprimidos/30 días) |
| TRIJARDY XR COMPRIMIDO ER 24HR 10-5-1000 MG | 3 | QL (30 comprimidos/30 días) |

AP = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;
NM = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;
AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|---|-----------------------|--------------------------------|
| TRIJARDY XR COMPRIMIDO ER 24HR 12.5-2.5-1000 MG | 3 | QL (60 comprimidos/30 días) |
| TRIJARDY XR COMPRIMIDO ER 24HR 25-5-1000 MG | 3 | QL (30 comprimidos/30 días) |
| TRULICITY SOLUCIÓN EN PLUMA INYECTORA 0.75 mg/0.5 ml, 1.5 mg/0.5 ml, 3 mg/0.5 ml, 4.5 mg/0.5 ml | 3 | QL (4 plumas/28 días) |
| VICTOZA SOLUCIÓN EN PLUMA INYECTORA 18 mg/3 ml | 3 | QL (3 plumas/30 días) |
| XIGDUO XR COMPRIMIDO 2.5-1000 | 3 | QL (60 comprimidos/30 días) |
| XIGDUO XR COMPRIMIDO 5-500 MG | 3 | QL (60 comprimidos/30 días) |
| XIGDUO XR COMPRIMIDO 5-1000 MG | 3 | QL (60 comprimidos/30 días) |
| XIGDUO XR COMPRIMIDO 10-500 MG | 3 | QL (30 comprimidos/30 días) |
| XIGDUO XR COMPRIMIDO 10-1000 | 3 | QL (30 comprimidos/30 días) |

ANTIDIABÉTICOS, INSULINAS

| | | |
|---|---|------------------------------------|
| BASAGLAR KWIKPEN SOLUCIÓN EN PLUMA INYECTORA 100 unidades/ml | 3 | |
| HISOPOS CON ALCOHOL BD | 3 | |
| FIASP FLEX INJ TOUCH | 3 | |
| FIASP INJ 100/ML | 3 | |
| FIASP PENFIL INJ U-100 | 3 | |
| ALMOHADILLAS DE GASA 2" X 2" | 3 | |
| HUMULIN R U-500 (CONCENTRADO) SOLUCIÓN 500 unidades/ml | 5 | B/D |
| HUMULIN R U-500 KWIKPEN SOLUCIÓN EN PLUMA INYECTORA 500 unidades/ml | 5 | |
| AGUJAS PARA PLUMA DE INSULINA: BD/NOVO | 3 | |
| AGUJAS DE SEGURIDAD PARA INSULINA | 3 | |
| JERINGAS DE INSULINA: BD | 3 | |
| LANTUS SOLUCIÓN 100 unidades/ml | 3 | |
| LANTUS SOLOSTAR SOLUCIÓN EN PLUMA INYECTORA 100 unidades/ml | 3 | |
| LEVEMIR SOLUCIÓN 100 unidades/ml | 3 | |
| LEVEMIR FLEXPEN SOLUCIÓN EN PLUMA INYECTORA 100 unidades/ml | 3 | |
| LEVEMIR FLEXTOUCH SOLUCIÓN EN PLUMA INYECTORA 100 unidades/ml | 3 | |
| NOVOLIN INJ 70/30 | 3 | (la marca RELION no está cubierta) |

AP = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;
NM = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;
AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|---|-----------------------|------------------------------------|
| NOVOLIN INJ 70/30 FP | 3 | (la marca RELION no está cubierta) |
| NOVOLIN N SUSPENSIÓN 100 unidades/ml | 3 | (la marca RELION no está cubierta) |
| NOVOLIN N FLEXPEN SUPN 100 unidades/ml | 3 | (la marca RELION no está cubierta) |
| NOVOLIN R SOLUCIÓN 100 unidades/ml | 3 | (la marca RELION no está cubierta) |
| NOVOLIN R FLEXPEN SOLUCIÓN EN PLUMA INYECTORA 100 unidades/ml | 3 | (la marca RELION no está cubierta) |
| NOVOLOG SOLUCIÓN 100 unidades/ml | 3 | (la marca RELION no está cubierta) |
| NOVOLOG FLEXPEN SOLUCIÓN EN PLUMA INYECTORA 100 unidades/ml | 3 | (la marca RELION no está cubierta) |
| NOVOLOG MIX INJ 70/30 | 3 | (la marca RELION no está cubierta) |
| NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN | 3 | (la marca RELION no está cubierta) |
| NOVOLOG PENFILL SOLUCIÓN EN CARTUCHO 100 unidades/ml | 3 | (la marca RELION no está cubierta) |
| OMNIPOD 5 G6 KIT INTRO | 4 | QL (1 kit/año), AP |
| OMNIPOD 5 G6 MIS PODS | 4 | QL (15 contenedores/30 días), AP |
| OMNIPOD DASH KIT INTRO | 4 | QL (1 kit/año), AP |
| OMNIPOD DASH MIS PODS | 4 | QL (15 contenedores/30 días), AP |
| OMNIPOD GO KIT 10 UNIDADES POR DÍA | 4 | QL (15 contenedores/30 días), AP |
| OMNIPOD GO KIT 15 UNIDADES POR DÍA | 4 | QL (15 contenedores/30 días), AP |
| OMNIPOD GO KIT 20 UNIDADES POR DÍA | 4 | QL (15 contenedores/30 días), AP |
| OMNIPOD GO KIT 25 UNIDADES POR DÍA | 4 | QL (15 contenedores/30 días), AP |
| OMNIPOD GO KIT 30 UNIDADES POR DÍA | 4 | QL (15 contenedores/30 días), AP |
| OMNIPOD GO KIT 35 UNIDADES POR DÍA | 4 | QL (15 contenedores/30 días), AP |

AP = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;
NM = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;
AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|--|-----------------------|----------------------------------|
| OMNIPOD GO KIT 40 UNIDADES POR DÍA | 4 | QL (15 contenedores/30 días), AP |
| OMNIPOD MIS CLASSIC | 4 | QL (15 contenedores/30 días), AP |
| OMNIPOD PDM KIT CLASSIC | 4 | QL (1 kit/año), AP |
| SOLIQUA INJ 100/33 | 3 | QL (5 plumas/25 días) |
| TOUJEO MAX SOLOSTAR SOLUCIÓN EN PLUMA INYECTORA 300 unidades/ml | 3 | |
| TOUJEO SOLOSTAR SOLUCIÓN EN PLUMA INYECTORA 300 unidades/ml | 3 | |
| TRESIBA SOLUCIÓN 100 unidades/ml | 3 | |
| TRESIBA FLEXTOUCH SOLUCIÓN EN PLUMA INYECTORA 100 unidades/ml, 200 unidades/ml | 3 | |
| V-GO 20 KIT | 4 | QL (1 kit/30 días), AP |
| V-GO 30 KIT | 4 | QL (1 kit/30 días), AP |
| V-GO 40 KIT | 4 | QL (1 kit/30 días), AP |
| XULTOPHY INJ 100/3.6 | 3 | QL (5 plumas/30 días) |

REGULADORES DE CALCIO

| | | |
|---|---|-------------------------------|
| <i>alendronato sódico</i> SOLUCIÓN 70 mg/75 ml | 4 | |
| <i>alendronato sódico</i> COMPRIMIDOS 10 mg, 35 mg, 70 mg | 1 | |
| <i>calcitonina (salmón) en aerosol</i> SOLUCIÓN 200 unidades/accionamiento | 3 | B/D |
| FORTEO SOLUCIÓN EN PLUMA INYECTORA 600 mcg/2.4 ml | 5 | NM, AP |
| FOSAMAX + D COMPRIMIDO 70-2800 | 4 | ST |
| FOSAMAX + D COMPRIMIDO 70-5600 | 4 | ST |
| <i>ibandronato sódico</i> SOLUCIÓN 3 mg/3 ml | 4 | B/D, QL (1 inyección/90 días) |
| <i>ibandronato sódico</i> COMPRIMIDOS 150 mg | 3 | B/D |
| NATPARA CARTUCHO 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 100 mcg | 5 | LA, PA |
| PAMIDRONATO DISÓDICO SOLUCIÓN 6 mg/ml | 3 | B/D |
| <i>pamidronato disódico</i> SOLUCIÓN 30 mg/10 ml, 90 mg/10 ml | 3 | B/D |
| PROLIA SOLUCIÓN EN JERINGA PRECARGADA 60 mg/ml | 4 | QL (1 jeringa/180 días), NM |
| <i>risedronato sódico</i> COMPRIMIDOS 5 mg, 35 mg, 150 mg | 3 | |
| <i>risedronato sódico</i> COMPRIMIDOS 30 mg; COMPRIMIDO DE LIBERACIÓN RETARDADA 35 mg | 4 | |

AP = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;
NM = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;
AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|--|-----------------------|--------------------|
| TERIPARATIDA SOLUCIÓN EN PLUMA INYECTORA 620 mcg/2.48 ml | 5 | NM, AP |
| XGEVA SOLUCIÓN 120 mg/1.7 ml | 5 | NM, AP |
| ácido zoledrónico CONCENTRADO 4 mg/5 ml; SOLUCIÓN 4 mg/100 ml, 5 mg/100 ml | 4 | B/D, NM |
| AGENTES QUELANTES | | |
| CHEMET CÁPSULAS 100 mg | 4 | |
| deferasirox PAQUETE 90 mg, 180 mg, 360 mg; COMPRIMIDOS 180 mg, 360 mg; TBSO 125 mg, 250 mg, 500 mg | 5 | NM, AP |
| deferasirox COMPRIMIDOS 90 mg | 3 | NM, AP |
| LOKELMA PAQUETE 5 g, 10 g | 3 | |
| penicilamina COMPRIMIDOS 250 mg | 5 | NM |
| sulfonato sódico de poliestireno polvo | 3 | |
| sps SUSPENSIÓN 15 g/60 ml | 3 | |
| trientina hcl CÁPSULAS 250 mg | 5 | NM, AP |
| VELTASSA PAQUETE 8.4 g, 16.8 g, 25.2 g | 3 | |
| ANTICONCEPTIVOS | | |
| <i>afirmelle</i> | 2 | |
| <i>altavera</i> | 3 | |
| <i>alyacen 1/35</i> | 3 | |
| <i>alyacen 7/7/7</i> | 3 | |
| <i>apri</i> | 2 | |
| <i>aranelle</i> | 3 | |
| <i>aubra eq</i> | 2 | |
| <i>aurovela 1/20</i> | 3 | |
| <i>aurovela fe 1.5/30</i> | 2 | |
| <i>aurovela fe 1/20</i> | 2 | |
| <i>aviane</i> | 2 | |
| <i>ayuna</i> | 3 | |
| <i>azurette</i> | 3 | |
| <i>balziva</i> | 3 | |
| <i>blisovi fe 1.5/30</i> | 2 | |
| <i>briellyn</i> | 3 | |
| <i>camila</i> COMPRIMIDOS 0.35 mg | 2 | |
| <i>chateal</i> | 3 | |
| <i>cryselle-28</i> | 3 | |
| <i>cyred eq</i> | 2 | |
| <i>dasetta 1/35</i> | 3 | |
| <i>dasetta 7/7/7</i> | 3 | |
| <i>deblitano</i> COMPRIMIDOS 0.35 mg | 2 | |
| <i>desogestrel-etinilestradiol y etinilestradiol comprimidos 0.15-0.02/0.01 mg(21/5)</i> | 3 | |

AP = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;
NM = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;
AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|--|-----------------------|--------------------|
| <i>desogestrel y etinilestradiol comprimido 0.15 mg-30 mcg</i> | 2 | |
| <i>drospirenona-etinilestradiol comprimido 3-0.02 mg</i> | 3 | |
| <i>drospirenona-etinilestradiol comprimido 3-0.03 mg</i> | 3 | |
| <i>elinest</i> | 3 | |
| <i>eluryng</i> | 4 | |
| <i>emoquette</i> | 2 | |
| <i>enpresse-28</i> | 2 | |
| <i>enskyce</i> | 2 | |
| <i>errin COMPRIMIDOS 0.35 mg</i> | 2 | |
| <i>estarylla</i> | 2 | |
| <i>diacetato de etinodiol y etinilestradiol comprimido 1 mg-35 mcg</i> | 2 | |
| <i>diacetato de etinodiol y etinilestradiol comprimido 1 mg-50 mcg</i> | 3 | |
| <i>etonogestrel-etinilestradiol anillo vaginal 0.120-0.015 mg/24 h</i> | 4 | |
| <i>falmina</i> | 2 | |
| <i>femynor</i> | 2 | |
| <i>hailey 1.5/30</i> | 3 | |
| <i>heather COMPRIMIDOS 0.35 mg</i> | 2 | |
| <i>iclevia</i> | 3 | |
| <i>incassia COMPRIMIDOS 0.35 mg</i> | 2 | |
| <i>introvale</i> | 3 | |
| <i>isibloom</i> | 2 | |
| <i>jasmiel</i> | 3 | |
| <i>jolessa</i> | 3 | |
| <i>juleber</i> | 2 | |
| <i>junel 1.5/30</i> | 3 | |
| <i>junel 1/20</i> | 3 | |
| <i>junel fe 1.5/30</i> | 2 | |
| <i>junel fe 1/20</i> | 2 | |
| <i>kariva</i> | 3 | |
| <i>kelnor 1/35</i> | 2 | |
| <i>kelnor 1/50</i> | 3 | |
| <i>kurvelo</i> | 3 | |
| <i>larin 1.5/30</i> | 3 | |
| <i>larin 1/20</i> | 3 | |
| <i>larin fe 1.5/30</i> | 2 | |
| <i>larin fe 1/20</i> | 2 | |
| <i>leena</i> | 3 | |
| <i>lessina</i> | 2 | |

AP = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;
NM = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;
AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|---|------------------------------|---------------------------|
| <i>levonest</i> | 2 | |
| <i>levonorgestrel y etinilestradiol (91 días) comprimido 0.15-0.03 mg</i> | 3 | |
| <i>levonorgestrel y etinilestradiol comprimido 0.1 mg-20 mcg</i> | 2 | |
| <i>levonorgestrel y etinilestradiol comprimido 0.15 mg-30 mcg</i> | 3 | |
| <i>levonorgestrel-etinilestradiol comprimidos 0.05-30/0.075-40/0.125-30 mg-mcg</i> | 2 | |
| <i>levora 0.15/30-28</i> | 3 | |
| <i>lillow</i> | 3 | |
| <i>loestrin 1.5/30-21</i> | 3 | |
| <i>loestrin 1/20-21</i> | 3 | |
| <i>loestrin fe 1.5/30</i> | 2 | |
| <i>loestrin fe 1/20</i> | 2 | |
| <i>loryna</i> | 3 | |
| <i>low-ogestrel</i> | 3 | |
| <i>lutera</i> | 2 | |
| <i>lyleq COMPRIMIDOS 0.35 mg</i> | 2 | |
| <i>lyza COMPRIMIDOS 0.35 mg</i> | 2 | |
| <i>marlissa</i> | 3 | |
| <i>acetato de medroxiprogesterona (anticonceptivo) SUSPENSIÓN 150 mg/ml; SUSPENSIÓN EN JERINGA PRECARGADA 150 mg/ml</i> | 3 | |
| <i>microgestina 1.5/30</i> | 3 | |
| <i>microgestina 1/20</i> | 3 | |
| <i>microgestina fe 1.5/30</i> | 2 | |
| <i>microgestina fe 1/20</i> | 2 | |
| <i>mili</i> | 2 | |
| <i>mono-linyah</i> | 2 | |
| <i>necon 0.5/35-28</i> | 3 | |
| <i>nikki</i> | 3 | |
| <i>nora-be COMPRIMIDOS 0.35 mg</i> | 2 | |
| <i>noretisterona (anticonceptivo) COMPRIMIDOS 0.35 mg</i> | 2 | |
| <i>noretisterona ac-etinil estrad-fe comprimido 1-20/1-30/1-35 mg-mcg</i> | 4 | |
| <i>noretisterona ace y etinilestradiol comprimido 1 mg-20 mcg</i> | 3 | |
| <i>noretisterona ace y etinilestradiol comprimido 1.5 mg-30 mcg</i> | 3 | |
| <i>noretisterona ace y etinilestradiol-fe comprimido 1 mg-20 mcg</i> | 2 | |

AP = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;
NM = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;
AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|---|-----------------------|--------------------|
| <i>norgestimato y etinilestradiol comprimido 0.25 mg-35 mcg</i> | 2 | |
| <i>norgestimato-etinilestradiol comprimidos 0.18-25/0.215-25/0.25-25 mg-mcg</i> | 3 | |
| <i>norgestimato-etinilestradiol comprimidos 0.18-35/0.215-35/0.25-35 mg-mcg</i> | 3 | |
| <i>norlyroc COMPRIMIDOS 0.35 mg</i> | 2 | |
| <i>nortrel 0.5/35 (28)</i> | 3 | |
| <i>nortrel 1/35 (21)</i> | 3 | |
| <i>nortrel 1/35 (28)</i> | 3 | |
| <i>nortrel 7/7/7</i> | 3 | |
| <i>nylia 1/35</i> | 3 | |
| <i>nylia 7/7/7</i> | 3 | |
| <i>nymyo</i> | 2 | |
| <i>ocella</i> | 3 | |
| <i>philith</i> | 3 | |
| <i>pimtrea</i> | 3 | |
| <i>pirmella 1/35</i> | 3 | |
| <i>portia-28</i> | 3 | |
| <i>reclipsen</i> | 2 | |
| <i>setlakin</i> | 3 | |
| <i>sharobel COMPRIMIDOS 0.35 mg</i> | 2 | |
| <i>si mliya</i> | 3 | |
| <i>sprintec 28</i> | 2 | |
| <i>sronyx</i> | 2 | |
| <i>syeda</i> | 3 | |
| <i>tarina fe 1/20 eq</i> | 2 | |
| <i>tilia fe</i> | 4 | |
| <i>tri-estarylla</i> | 3 | |
| <i>tri-legest fe</i> | 4 | |
| <i>tri-linyah</i> | 3 | |
| <i>tri-lo-estarylla</i> | 3 | |
| <i>tri-lo-marzia</i> | 3 | |
| <i>tri-lo-mili</i> | 3 | |
| <i>tri-lo-sprintec</i> | 3 | |
| <i>tri-mili</i> | 3 | |
| <i>tri-nymyo</i> | 3 | |
| <i>tri-sprintec</i> | 3 | |
| <i>tri-vylibra</i> | 3 | |
| <i>tri-vylibra lo</i> | 3 | |
| <i>trivora-28</i> | 2 | |
| <i>velivet</i> | 3 | |
| <i>vestura</i> | 3 | |
| <i>vienva</i> | 2 | |

AP = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;
NM = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;
AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|--|-----------------------|--------------------|
| <i>viorele</i> | 3 | |
| <i>vyfe mla</i> | 3 | |
| <i>vylibra</i> | 2 | |
| <i>wera</i> | 3 | |
| <i>xulane</i> | 4 | |
| <i>zafemy</i> | 4 | |
| <i>zovia 1/35</i> | 2 | |
| <i>zumandimina</i> | 3 | |
| ENDOMETRIOSIS | | |
| <i>danazol</i> CÁPSULAS 50 mg, 100 mg, 200 mg | 4 | |
| SYNAREL SOLUCIÓN 2 mg/ml | 5 | |
| ESTRÓGENOS | | |
| <i>amabelz</i> | 3 | |
| DELESTRÓGENO ACEITE 10 mg/ml | 4 | |
| <i>dotti</i> PARCHE 2 VECES POR SEMANA 0.025 mg/24 h, 0.037 mg/24 h, 0.05 mg/24 h, 0.075 mg/24 h, 0.1 mg/24 h | 3 | |
| <i>estradiol</i> PARCHE 2 VECES POR SEMANA 0.025 mg/24 h, 0.037 mg/24 h, 0.05 mg/24 h, 0.075 mg/24 h, 0.1 mg/24 h; PTWK 0.025 mg/24 h, 0.05 mg/24 h, 0.06 mg/24 h, 0.075 mg/24 h, 0.1 mg/24 h, 37.5 mcg/24 h | 3 | |
| <i>estradiol</i> COMPRIMIDOS 0.5 mg, 1 mg, 2 mg | 2 | |
| <i>estradiol y acetato de noretisterona comprimidos 0.5-0.1 mg</i> | 3 | |
| <i>estradiol y acetato de noretisterona comprimido 1-0.5 mg</i> | 3 | |
| <i>vaginal de estradiol</i> CREA 0.1 mg/g | 3 | |
| <i>estradiol vaginal</i> COMPRIMIDOS 10 mcg | 4 | |
| <i>valerato de estradiol</i> ACEITE 10 mg/ml, 20 mg/ml, 40 mg/ml | 4 | |
| <i>fyavolv comprimido 0.5 mg-2.5 mcg</i> | 3 | |
| <i>fyavolv comprimido 1 mg-5 mcg</i> | 3 | |
| <i>jinteli</i> | 3 | |
| <i>lyllana</i> PARCHE 2 VECES POR SEMANA 0.025 mg/24 h, 0.037 mg/24 h, 0.05 mg/24 h, 0.075 mg/24 h, 0.1 mg/24 h | 3 | |
| <i>mimvey</i> | 3 | |
| <i>acetato de noretisterona-etinilestradiol comprimido 0.5 mg-2.5 mcg</i> | 3 | |
| <i>acetato de noretisterona-etinilestradiol comprimido 1 mg-5 mcg</i> | 3 | |
| <i>yuvafem</i> COMPRIMIDOS 10 mcg | 4 | |

AP = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;
NM = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;
AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|--|-----------------------|--------------------|
| GLUCOCORTICOIDES | | |
| <i>dexametasona</i> ELIXIR 0.5 mg/5 ml; SOLUCIÓN 0.5 mg/5 ml; COMPRIMIDOS 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg | 3 | |
| DEXAMETASONA INTENSOL CONCENTRADO 1 mg/ml | 4 | |
| <i>fosfato sódico de dexametasona</i> SOLUCIÓN 4 mg/ml, 10 mg/ml, 20 mg/5 ml, 100 mg/10 ml, 120 mg/30 ml | 3 | |
| <i>acetato de fludrocortisona</i> COMPRIMIDOS 0.1 mg | 2 | |
| <i>hidrocortisona</i> COMPRIMIDOS 5 mg, 10 mg, 20 mg | 3 | |
| <i>metilprednisolona</i> COMPRIMIDOS 4 mg, 8 mg, 16 mg, 32 mg | 3 | B/D |
| <i>metilprednisolona</i> PAQUETE DE TERAPIA DE COMPRIMIDOS 4 mg | 2 | |
| <i>acetato de metilprednisolona</i> SUSPENSIÓN 40 mg/ml, 80 mg/ml | 3 | B/D |
| <i>succinato de metilprednisolona sódica</i> SOLUCIÓN RECONSTITUÍDA 40 mg, 125 mg, 1000 mg | 3 | B/D |
| <i>prednisolona</i> SOLUCIÓN 15 mg/5 ml | 2 | B/D |
| <i>fosfato sódico de prednisolona</i> SOLUCIÓN 5 mg/5 ml | 4 | B/D |
| <i>fosfato sódico de prednisolona</i> SOLUCIÓN 15 mg/5 ml | 2 | B/D |
| <i>fosfato sódico de prednisolona</i> SOLUCIÓN 25 mg/5 ml | 3 | B/D |
| <i>prednisona</i> SOLUCIÓN 5 mg/5 ml | 4 | B/D |
| <i>prednisona</i> COMPRIMIDOS 1 mg, 2.5 mg, 5 mg, 10 mg, 20 mg, 50 mg | 2 | B/D |
| <i>prednisona</i> PAQUETE DE TERAPIA DE COMPRIMIDOS 5 mg, 10 mg | 3 | |
| PREDNISONA INTENSOL CONCENTRADO 5 mg/ml | 4 | B/D |
| SOLU-CORTEF SOLUCIÓN RECONSTITUÍDA 100 mg, 250 mg, 500 mg, 1000 mg | 4 | |
| AGENTES QUE ELEVAN LA GLUCOSA | | |
| <i>diazóxido</i> SUSPENSIÓN 50 mg/ml | 5 | |
| GVOKE HYPOPEN 2-PACK SOLUCIÓN EN AUTOINYECTOR 0.5 mg/0.1 ml, 1 mg/0.2 ml | 3 | |
| GVOKE KIT SOLUCIÓN 1 mg/0.2 ml | 3 | |

AP = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;
NM = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;
AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|---|-----------------------|---|
| GVOKE PFS SOLUCIÓN EN JERINGA PRECARGADA 0.5 mg/0.1 ml, 1 mg/0.2 ml | 3 | |
| VARIOS | | |
| ALDURAZYME SOLUCIÓN 2.9 mg/5 ml | 5 | NM, AL, AP |
| <i>betaína en polvo para solución oral</i> | 5 | NM, AL |
| <i>cabergolina</i> COMPRIMIDOS 0.5 mg | 3 | |
| <i>ácido carglúmico</i> TBSO 200 mg | 5 | NM, AL, AP |
| CERDELGA CÁPSULAS 84 mg | 5 | NM, AL, AP |
| CEREZYME SOLUCIÓN RECONSTITUÍDA 400 unidades | 5 | NM, AL, AP |
| <i>cinacalcet hcl</i> COMPRIMIDOS 30 mg | 4 | B/D, QL (60 comprimidos/30 días), NM |
| <i>cinacalcet hcl</i> COMPRIMIDOS 60 mg | 5 | B/D, QL (60 comprimidos/30 días), NM |
| <i>cinacalcet hcl</i> COMPRIMIDOS 90 mg | 5 | B/D, QL (120 comprimidos/30 días), NM |
| CYSTAGON CÁPSULAS 50 mg, 150 mg | 4 | NM, AL, AP |
| <i>acetato de desmopresina</i> SOLUCIÓN 4 mcg/ml | 5 | |
| <i>acetato de desmopresina</i> COMPRIMIDOS 0.1 mg, 0.2 mg | 3 | |
| <i>acetato de desmopresina aerosol</i> SOLUCIÓN 0.01 % | 4 | |
| <i>acetato de desmopresina aerosol refrigerado</i> SOLUCIÓN 0.01 % | 4 | |
| FABRAZYME SOLUCIÓN RECONSTITUÍDA 5 mg, 35 mg | 5 | NM, AL, AP |
| GENOTROPINA CARRITO 5 mg, 12 mg | 5 | NM, AP |
| GENOTROPIN MINIQUICK JERINGA PRECARGADA 0.2 mg, 0.4 mg, 0.6 mg, 0.8 mg, 1 mg, 1.2 mg, 1.4 mg, 1.6 mg, 1.8 mg, 2 mg | 5 | NM, AP |
| INCRELEX SOLUCIÓN 40 mg/4 ml | 5 | NM, AL, AP |
| <i>javygtor</i> PAQUETE 100 mg, 500 mg; COMPRIMIDOS 100 mg | 5 | NM, AL, AP |
| KORLYM COMPRIMIDOS 300 mg | 5 | NM, AL, AP |
| <i>levocarnitina (modificadores metabólicos)</i> SOLUCIÓN 1 g/10 ml; COMPRIMIDOS 330 mg | 4 | B/D |
| LUMIZYME SOLUCIÓN RECONSTITUÍDA 50 mg | 5 | NM, AL, AP |
| LUPRON DEPOT-PED (1 MES KIT 7.5 mg, 11.25 mg, 15 mg | 5 | NM, AP |
| LUPRON DEPOT-PED (3 MESES KIT 11.25 mg, 30 mg | 5 | NM, AP |

AP = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;
NM = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;
AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|--|-----------------------|---------------------------------|
| LUPRON DEPOT-PED (6 MESES KIT 45 mg <i>miglustat</i> CÁPSULAS 100 mg | 5 | NM, AP |
| NAGLAZYME SOLUCIÓN 1 mg/ml <i>nitisinona</i> CÁPSULAS 2 mg, 5 mg, 10 mg | 5 | NM, AL, AP |
| <i>acetato de octreotida</i> SOLUCIÓN 50 mcg/ml, 100 mcg/ml, 200 mcg/ml; SOLUCIÓN EN JERINGA PRECARGADA 50 mcg/ml, 100 mcg/ml | 4 | NM, AP |
| <i>acetato de octreotida</i> SOLUCIÓN 500 mcg/ml, 1000 mcg/ml; SOLUCIÓN EN JERINGA PRECARGADA 500 mcg/ml | 5 | NM, AP |
| <i>raloxifeno hcl</i> COMPRIMIDOS 60 mg | 3 | |
| <i>diclorhidrato de sapropterina</i> PAQUETE 100 mg, 500 mg; COMPRIMIDOS 100 mg | 5 | NM, AP |
| SIGNIFOR SOLUCIÓN 0.3 mg/ml, 0.6 mg/ml, 0.9 mg/ml | 5 | NM, AL, AP |
| <i>fenilbutirato sódico</i> POLVO 3 g/cdta.; COMPRIMIDOS 500 mg | 5 | NM, AP |
| SOMATULINE DEPOT SOLUCIÓN 60 mg/0.2 ml, 90 mg/0.3 ml, 120 mg/0.5 ml | 5 | NM, AL, AP |
| SOMAVERT SOLUCIÓN RECONSTITUÍDA 10 mg, 15 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg | 5 | NM, AL, AP |
| AGENTES AGLUTINANTES DE FOSFATO | | |
| <i>acetato de calcio (quelante de fosfato)</i> CÁPSULAS 667 mg | 3 | QL (360 cápsulas/30 días) |
| <i>acetato de calcio (quelante de fosfato)</i> COMPRIMIDOS 667 mg | 3 | QL (360 comprimidos/30 días) |
| <i>carbonato de sevelámero</i> PAQUETE 2.4 g | 5 | QL (180 paquetes/30 días) |
| <i>carbonato de sevelámero</i> PAQUETE 0.8 g | 5 | QL (540 paquetes/30 días) |
| <i>carbonato de sevelámero</i> COMPRIMIDOS 800 mg | 4 | QL (540 comprimidos/30 días) |
| VELPHORO COMPRIMIDO MASTICABLE 500 mg | 5 | QL (180 comprimidos/30 días) |
| PROGESTINAS | | |
| <i>acetato de medroxiprogesterona</i> COMPRIMIDOS 2.5 mg, 5 mg, 10 mg | 1 | |
| <i>acetato de megestrol</i> SUSPENSIÓN 40 mg/ml | 3 | |
| <i>acetato de megestrol (apetito)</i> SUSPENSIÓN 625 mg/5 ml | 4 | AP |
| <i>acetato de noretisterona</i> COMPRIMIDOS 5 mg | 3 | |
| AGENTES TIROIDEOS | | |
| <i>euthyrox</i> COMPRIMIDOS 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg, 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg | 1 | |

AP = autorización previa; QL = límites de cantidad; ST = tratamiento escalonado;
 NM = no disponible en pedidos por correo; B/D = cubierto por Medicare Parte B o D;
 AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|---|-----------------------|--------------------|
| <i>levotiroxina sódica</i> COMPRIMIDOS 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg, 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 300 mcg | 1 | |
| <i>levoxyl</i> COMPRIMIDOS 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg, 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg | 1 | |
| <i>liotironina sódica</i> COMPRIMIDOS 5 mcg, 25 mcg, 50 mcg | 3 | |
| <i>metimazol</i> COMPRIMIDOS 5 mg, 10 mg | 1 | |
| <i>propiletiouracilo</i> COMPRIMIDOS 50 mg | 3 | |
| SYNTHROID COMPRIMIDOS 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg, 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 300 mcg | 4 | |
| <i>unithoid</i> COMPRIMIDOS 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg, 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 300 mcg | 1 | |

ANÁLOGOS DE LA VITAMINA D

| | | |
|---|---|-----|
| <i>calcitriol</i> CÁPSULAS 0.25 mcg, 0.5 mcg | 2 | B/D |
| <i>calcitriol (oral)</i> SOLUCIÓN 1 mcg/ml | 4 | B/D |
| <i>doxercalciferol</i> CÁPSULAS 0.5 mcg, 1 mcg, 2.5 mcg | 4 | B/D |
| <i>paricalcitol</i> CÁPSULAS 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg | 4 | B/D |
| RAYALDEE CÁPSULA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 30 mcg | 5 | |

GASTROINTESTINAL

ANTIEMÉTICOS

| | | |
|---|---|----------------------------------|
| <i>aprepitant</i> CÁPSULAS 40 mg, 80 mg, 125 mg | 4 | B/D |
| <i>aprepitant paquete de tratamiento con cápsulas 80 y 125 mg</i> | 4 | B/D |
| <i>compro</i> SUPOSITORIO 25 mg | 4 | |
| <i>dronabinol</i> CÁPSULAS 2.5 mg, 5 mg, 10 mg | 4 | B/D, QL (60 cápsulas/30 días) |
| <i>granisetron hcl</i> SOLUCIÓN 1 mg/ml, 4 mg/4 ml | 4 | |
| <i>granisetron hcl</i> COMPRIMIDOS 1 mg | 4 | B/D |
| <i>meclizina hcl</i> COMPRIMIDOS 12.5 mg, 25 mg | 2 | |
| <i>metoclopramida hcl</i> SOLUCIÓN 5 mg/5 ml, 5 mg/ml | 3 | |
| <i>metoclopramida hcl</i> COMPRIMIDOS 5 mg, 10 mg | 1 | |
| <i>ondansetrón</i> COMPRIMIDO DE DESINTEGRACIÓN 4 mg, 8 mg | 3 | B/D |

AP = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;
NM = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;
AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|--|-----------------------|--|
| <i>ondansetrón hcl</i> SOLUCIÓN 4 mg/2 ml, 40 mg/20 ml; SOLUCIÓN EN JERINGA PRECARGADA 4 mg/2 ml | 3 | |
| <i>ondansetrón hcl</i> SOLUCIÓN 4 mg/5 ml | 4 | B/D |
| <i>ondansetrón hcl</i> COMPRIMIDOS 4 mg, 8 mg | 3 | B/D |
| <i>proclorperazina</i> SUPOSITARIO 25 mg | 4 | |
| <i>edisilato de proclorperazina</i> SOLUCIÓN 10 mg/2 ml | 4 | |
| <i>maleato de proclorperazina</i> COMPRIMIDOS 5 mg, 10 mg | 2 | |
| <i>prometazina hcl</i> SOLUCIÓN 25 mg/ml, 50 mg/ml; JARABE 6.25 mg/5 ml; COMPRIMIDOS 12.5 mg, 25 mg, 50 mg | 3 | AP; AP si tiene 70 años o más |
| <i>escopolamina</i> PT72 1 mg/3 días | 4 | QL (10 parches/30 días), AP; AP si tiene 70 años o más |
| ANTIESPASMÓDICOS | | |
| <i>dicloamina hcl</i> CÁPSULAS 10 mg; COMPRIMIDOS 20 mg | 3 | |
| <i>dicloamina hcl</i> SOLUCIÓN 10 mg/5 ml | 4 | |
| <i>glicopirrolato</i> COMPRIMIDOS 1 mg, 2 mg | 3 | |
| ANTAGONISTAS DE RECEPTORES H2 | | |
| <i>famotidina</i> SOLUCIÓN 20 mg/2 ml, 40 mg/4 ml, 200 mg/20 ml | 3 | |
| <i>famotidina</i> SUSPENSIÓN RECONSTITUÍDA 40 mg/5 ml | 4 | QL (300 ml/30 días) |
| <i>famotidina</i> COMPRIMIDOS 20 mg | 1 | QL (120 comprimidos/30 días) |
| <i>famotidina</i> COMPRIMIDOS 40 mg | 1 | QL (60 comprimidos/30 días) |
| <i>famotidina en NaCl al 0.9 % solución i. v. 20 mg/50 ml</i> | 3 | |
| <i>nizatidina</i> CÁPSULAS 150 mg, 300 mg | 4 | |
| ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL | | |
| <i>balsalazida disódica</i> CÁPSULAS 750 mg | 3 | |
| <i>budesonida</i> PARTÍCULAS EN CÁPSULAS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 3 mg | 4 | QL (90 cápsulas/30 días), AP |
| <i>budesonida</i> COMPRIMIDO DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 9 mg | 5 | QL (30 comprimidos/30 días), AP |
| <i>hidrocortisona (intrarectal)</i> ENEMA 100 mg/60 ml | 4 | |
| <i>mesalamina</i> COMPRIMIDO DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 0.375 g | 4 | QL (120 cápsulas/30 días) |

AP = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;
NM = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;
AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|--|-----------------------|------------------------------|
| <i>mesalamina</i> CÁPSULA DE LIBERACIÓN RETARDADA 400 mg | 4 | QL (180 cápsulas/30 días) |
| <i>mesalamina</i> ENEMA 4 g; SUPOSITORIO 1000 mg | 4 | |
| <i>mesalamina</i> COMPRIMIDO DE LIBERACIÓN RETARDADA 1.2 g | 4 | QL (120 comprimidos/30 días) |
| <i>mesalamina con limpiador</i> KIT 4 g | 4 | |
| <i>sulfasalazina</i> COMPRIMIDOS 500 mg | 2 | |
| <i>sulfasalazina</i> COMPRIMIDO DE LIBERACIÓN RETARDADA 500 mg | 3 | |

LAXANTES

| | | |
|---|---|--|
| <i>constulosa</i> SOLUCIÓN 10 g/15 ml | 3 | |
| <i>enulosa</i> SOLUCIÓN 10 g/15 ml | 3 | |
| <i>gavilito-c</i> | 2 | |
| <i>gavilito-g</i> | 2 | |
| <i>generlac</i> SOLUCIÓN 10 g/15 ml | 3 | |
| GOLYTELY SOL | 3 | |
| <i>lactulosa</i> SOLUCIÓN 10 g/15 ml | 3 | |
| <i>lactulosa (encefalopatía)</i> SOLUCIÓN 10 g/15 ml | 3 | |
| <i>peg 3350-kcl-bicarb na-nacl-sulfato na para solución</i> 236 g | 2 | |
| <i>peg 3350-kcl-bicarb sod-nacl para solución</i> 420 g | 2 | |
| PLENVU SOL | 4 | |
| <i>sulfato de sodio-sulfato de potasio-sulfato de magnesio solución por vía oral</i> 17.5-3.13-1.6 g/177 ml | 4 | |
| KIT DE PREPARACIÓN DE SOLUCIONES INTESTINALES SUPREP | 4 | |

VARIOS

| | | |
|---|---|---------------------------------|
| <i>alosetrón hcl</i> COMPRIMIDOS 0.5 mg, 1 mg | 5 | QL (60 comprimidos/30 días), AP |
| <i>cromoglicato sódico (mastocitosis)</i> CONCENTRADO 100 mg/5 ml | 4 | |
| <i>difenoxilato c/atropina liq.</i> 2.5-0.025 mg/5 ml | 4 | |
| <i>comprimido de difenoxilato con atropina</i> 2.5-0.025 mg | 3 | |
| GATTEX KIT 5 mg | 5 | NM, AL, AP |
| LINZESS CÁPSULAS 72 mcg, 145 mcg, 290 mcg | 4 | QL (30 cápsulas/30 días) |
| <i>loperamida hcl</i> CÁPSULAS 2 mg | 3 | |
| <i>misoprostol</i> COMPRIMIDOS 100 mcg, 200 mcg | 3 | |

AP = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;
NM = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;
AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|--|-----------------------|---|
| MOVANTIK COMPRIMIDOS 12.5 mg, 25 mg | 3 | QL (30 comprimidos/30 días) |
| RELISTOR SOLUCIÓN 8 mg/0.4 ml, 12 mg/0.6 ml | 5 | AP |
| <i>sucrafato</i> COMPRIMIDOS 1 g | 3 | |
| <i>ursodiol</i> CÁPSULAS 300 mg | 3 | |
| <i>ursodiol</i> COMPRIMIDOS 250 mg, 500 mg | 4 | |
| XERMELO COMPRIMIDOS 250 mg | 5 | QL (90 comprimidos/30 días), NM, AL, AP |
| XIFAXAN COMPRIMIDOS 550 mg | 5 | AP |

ENZIMAS PANCREÁTICAS

| | | |
|---------------------------------|---|--|
| CREON CÁPSULAS 3000 UNIDADES | 3 | |
| CREON CÁPSULAS 6000 UNIDADES | 3 | |
| CREON CÁPSULAS 12,000 UNIDADES | 3 | |
| CREON CÁPSULAS 24,000 UNIDADES | 3 | |
| CREON CÁPSULAS 36,000 UNIDADES | 3 | |
| ZENPEP CÁPSULAS 3000 UNIDADES | 4 | |
| ZENPEP CÁPSULAS 5000 UNIDADES | 4 | |
| ZENPEP CÁPSULAS 10,000 UNIDADES | 4 | |
| ZENPEP CÁPSULAS 15,000 UNIDADES | 4 | |
| ZENPEP CÁPSULAS 20,000 UNIDADES | 4 | |
| ZENPEP CÁPSULAS 25,000 UNIDADES | 4 | |
| ZENPEP CÁPSULAS 40,000 UNIDADES | 4 | |

INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES

| | | |
|--|---|------------------------------------|
| <i>esomeprazol magnésico</i> CÁPSULA DE LIBERACIÓN RETARDADA 20 mg, 40 mg | 4 | QL (30 cápsulas/30 días), ST |
| <i>lansoprazol</i> CÁPSULA DE LIBERACIÓN RETARDADA 15 mg, 30 mg | 3 | QL (60 cápsulas/30 días) |
| <i>lansoprazol</i> TBDD 15 mg, 30 mg | 4 | QL (60 comprimidos/30 días), ST |
| <i>omeprazol</i> CÁPSULA DE LIBERACIÓN RETARDADA 10 mg, 20 mg, 40 mg | 1 | |
| <i>pantoprazol sódico</i> SOLUCIÓN RECONSTITUÍDA 40 mg | 4 | |
| <i>pantoprazol sódico</i> COMPRIMIDO DE LIBERACIÓN RETARDADA 20 mg, 40 mg | 1 | |
| <i>rabeprazol sódico</i> COMPRIMIDO DE LIBERACIÓN RETARDADA 20 mg | 3 | QL (30 comprimidos/30 días) |

GENITOURINARIO

HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA

| | | |
|---|---|--------------------------------|
| <i>alfuzosina hcl</i> COMPRIMIDO DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 10 mg | 2 | QL (30 comprimidos/30 días) |
| <i>dutasterida</i> CÁPSULAS 0.5 mg | 3 | QL (30 cápsulas/30 días) |

AP = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;
NM = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;
AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|--|-----------------------|---------------------------------------|
| <i>comprimido de dutasterida-tamsulosina hcl</i> <i>0.5-0.4 mg</i> | 4 | QL (30 cápsulas/30 días) |
| <i>finasterida</i> COMPRIMIDOS 5 mg | 1 | |
| <i>silodosina</i> CÁPSULAS 4 mg, 8 mg | 3 | QL (30 cápsulas/30 días) |
| <i>tamsulosina hcl</i> CÁPSULAS 0.4 mg | 2 | |
| VARIOS | | |
| <i>ácido acético</i> SOLUCIÓN al 0.25 % | 2 | |
| <i>cloruro de betanecol</i> COMPRIMIDOS 5 mg, 10 mg, 25 mg, 50 mg | 3 | |
| <i>citrate de potasio (alcalinizador)</i> COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 15 mEq, 540 mg, 1080 mg | 4 | |
| ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS | | |
| <i>hidrobromuro de darifenacina</i> COMPRIMIDO DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 7.5 mg, 15 mg | 4 | QL (30 comprimidos/30 días), ST |
| <i>fumarato de fesoterodina</i> COMPRIMIDO DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 4 mg, 8 mg | 4 | QL (30 comprimidos/30 días) |
| GEMTESA COMPRIMIDOS 75 mg | 4 | QL (30 comprimidos/30 días) |
| MYRBETRIQ SUSPENSIÓN RECONSTITUÍDA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 8 mg/ml | 4 | QL (300 ml/28 días) |
| MYRBETRIQ COMPRIMIDO DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 25 mg, 50 mg | 4 | QL (30 comprimidos/30 días) |
| <i>cloruro de oxibutinina</i> JARABE 5 mg/5 ml; COMPRIMIDOS 5 mg | 3 | |
| <i>cloruro de oxibutinina</i> COMPRIMIDO DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 5 mg | 3 | QL (30 comprimidos/30 días) |
| <i>cloruro de oxibutinina</i> COMPRIMIDO DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 10 mg, 15 mg | 3 | QL (60 comprimidos/30 días) |
| <i>succinato de solifenacina</i> COMPRIMIDOS 5 mg, 10 mg | 4 | QL (30 comprimidos/30 días) |
| <i>tartrato de tolterodina</i> COMPRIMIDO DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 2 mg, 4 mg | 4 | QL (30 cápsulas/30 días), ST |
| <i>tartrato de tolterodina</i> COMPRIMIDOS 1 mg, 2 mg | 4 | QL (60 comprimidos/30 días) |
| <i>cloruro de trospio</i> COMPRIMIDO DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 60 mg | 4 | QL (30 cápsulas/30 días) |
| <i>cloruro de trospio</i> COMPRIMIDOS 20 mg | 3 | QL (60 comprimidos/30 días) |
| ANTIINFECIOSOS VAGINALES | | |
| <i>vaginal de fosfato de clindamicina</i> CREMA al 2 % | 3 | |
| <i>metronidazol vaginal</i> GEL al 0.75 % | 3 | |

AP = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;
NM = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;
AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|--|-----------------------|--------------------|
| <i>vaginal de terconazol</i> CREMA al 0.4 %, 0.8 %; SUPOSITORIO 80 mg | 3 | |

HEMATOLÓGICO

ANTICOAGULANTES

| | | |
|--|---|--------------------------------|
| <i>dabigatrán etexilato mesilato</i> CÁPSULAS 75 mg, 150 mg | 4 | QL (60 cápsulas/30 días) |
| ELIQUIS COMPRIMIDOS 2.5 mg | 3 | QL (60 comprimidos/30 días) |
| ELIQUIS COMPRIMIDOS 5 mg | 3 | QL (74 comprimidos/30 días) |
| ELIQUIS PAQUETE DE INICIO PAQUETE DE TERAPIA DE COMPRIMIDOS 5 mg | 3 | QL (74 comprimidos/30 días) |
| <i>enoxaparina sódica</i> SOLUCIÓN 300 mg/3 ml; SOLUCIÓN EN JERINGA PRECARGADA 30 mg/0.3 ml, 40 mg/0.4 ml, 60 mg/0.6 ml, 80 mg/0.8 ml, 100 mg/ml, 120 mg/0.8 ml, 150 mg/ml | 4 | |
| <i>fondaparinux sódico</i> SOLUCIÓN 2.5 mg/0.5 ml | 4 | |
| <i>fondaparinux sódico</i> SOLUCIÓN 5 mg/0.4 ml, 7.5 mg/0.6 ml, 10 mg/0.8 ml | 5 | |
| HEP SOD/D5W INY. 20,000 UNIDADES | 3 | |
| HEP SOD/D5W INY. 25,000 UNIDADES | 3 | |
| HEP SOD/NAACL INY. 12,500 UNIDADES | 3 | |
| HEP SOD/NAACL INY. 25,000 UNIDADES | 3 | |
| <i>heparina sódica (porcina)</i> SOLUCIÓN 1000 unidades/ml, 5000 unidades/ml, 10,000 unidades/ml, 20,000 unidades/ml | 3 | B/D |
| HEPARINA/NAACL INY. 25,000 UNIDADES | 3 | |
| <i>jantoven</i> COMPRIMIDOS 1 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg, 10 mg | 1 | |
| PRADAXA CÁPSULAS 75 mg, 150 mg | 4 | QL (60 cápsulas/30 días) |
| PRADAXA CÁPSULAS 110 mg | 4 | QL (120 cápsulas/30 días) |
| <i>warfarina sódica</i> COMPRIMIDOS 1 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg, 10 mg | 1 | |
| XARELTO SUSPENSIÓN RECONSTITUÍDA 1 mg/ml | 3 | QL (620 ml/30 días) |
| XARELTO COMPRIMIDOS 2.5 mg | 3 | QL (60 comprimidos/30 días) |
| XARELTO COMPRIMIDOS 10 mg, 15 mg, 20 mg | 3 | QL (30 comprimidos/30 días) |
| XARELTO STAR COMPRIMIDO 15/20 MG | 3 | QL (51 comprimidos/30 días) |

AP = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;
NM = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;
AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|---|-----------------------|---|
| FACTORES DE CRECIMIENTO HEMATOPOYÉTICOS | | |
| PROCRIT SOLUCIÓN 2000 unidades/ml, 3000 unidades/ml, 4000 unidades/ml, 10,000 unidades/ml | 3 | NM, AP |
| PROCRIT SOLUCIÓN 20,000 unidades/ml, 40,000 unidades/ml | 5 | NM, AP |
| ZARXIO SOLUCIÓN EN JERINGA PRECARGADA 300 mcg/0.5 ml, 480 mcg/0.8 ml | 5 | NM, AP |
| ZIEXTENZO SOLUCIÓN EN JERINGA PRECARGADA 6 mg/0.6 ml | 5 | NM, AP |
| VARIOS | | |
| <i>anagrelida hcl</i> CÁPSULAS 0.5 mg, 1 mg | 4 | |
| BERINERT KIT 500 unidades | 5 | QL (24 cajas/30 días), NM, AL, AP |
| <i>cilostazol</i> COMPRIMIDOS 50 mg, 100 mg | 2 | |
| DOPTELET COMPRIMIDOS 20 mg | 5 | NM, AL, AP |
| DROXIA CÁPSULAS 200 mg, 300 mg, 400 mg | 3 | |
| ENDARI PAQUETE de 5 g | 5 | NM, AL, AP |
| HAEGARDA SOLUCIÓN RECONSTITUÍDA 2000 unidades | 5 | QL (30 viales/30 días), NM, AL, AP |
| HAEGARDA SOLUCIÓN RECONSTITUÍDA 3000 unidades | 5 | QL (20 viales/30 días), NM, AL, AP |
| <i>acetato de icatibant</i> SOLUCIÓN EN JERINGA PRECARGADA 30 mg/3 ml | 5 | QL (9 jeringas/30 días), NM, AP |
| <i>pentoxifilina</i> COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 400 mg | 2 | |
| PROMACTA PAQUETE de 12.5 mg | 5 | QL (360 paquetes/30 días), NM, AL, AP |
| PROMACTA PAQUETE de 25 mg | 5 | QL (180 paquetes/30 días), NM, AL, AP |
| PROMACTA COMPRIMIDOS 12.5 mg, 25 mg | 5 | QL (30 comprimidos/30 días), NM, AL, AP |
| PROMACTA COMPRIMIDOS 50 mg, 75 mg | 5 | QL (60 comprimidos/30 días), NM, AL, AP |
| <i>sajazir</i> SOLUCIÓN EN JERINGA PRECARGADA 30 mg/3 ml | 5 | QL (9 jeringas/30 días), NM, AL, AP |
| <i>ácido tranexámico</i> SOLUCIÓN 1000 mg/10 ml | 4 | |
| <i>ácido tranexámico</i> COMPRIMIDOS 650 mg | 3 | |
| INHIBIDORES DE LA AGREGACIÓN PLAQUETARIA | | |
| <i>aspirina-dipiridamol comprimido de liberación prolongada 12 h 25-200 mg</i> | 4 | |
| BRILINTA COMPRIMIDOS 60 mg, 90 mg | 3 | |
| <i>bisulfato de clopidogrel</i> COMPRIMIDOS 75 mg | 1 | |

AP = autorización previa; QL = límites de cantidad; ST = tratamiento escalonado;
 NM = no disponible en pedidos por correo; B/D = cubierto por Medicare Parte B o D;
 AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|--|-----------------------|-------------------------------|
| <i>dipiridamol</i> COMPRIMIDOS 25 mg, 50 mg, 75 mg | 3 | AP; AP si tiene 70 años o más |
| <i>prasugrel hcl</i> COMPRIMIDOS 5 mg, 10 mg | 3 | |

AGENTES INMUNOLÓGICOS

AGENTES AUTOINMUNITARIOS

| | | |
|---|---|----------------------------------|
| DUPIXENT SOPN 200 mg/1.14 ml, 300 mg/2 ml; SOLUCIÓN EN JERINGA PRECARGADA 100 mg/0.67 ml, 200 mg/1.14 ml, 300 mg/2 ml | 5 | NM, AP |
| ENBREL SOLUCIÓN 25 mg/0.5 ml; SOLUCIÓN RECONSTITUÍDA 25 mg | 5 | QL (16 viales/28 días), NM, AP |
| ENBREL SOLUCIÓN EN JERINGA PRECARGADA 25 mg/0.5 ml | 5 | QL (16 jeringas/28 días), NM, AP |
| ENBREL SOLUCIÓN EN JERINGA PRECARGADA 50 mg/ml | 5 | QL (8 jeringas/28 días), NM, AP |
| ENBREL MINI SOLUCIÓN EN CARTUCHO 50 mg/ml | 5 | QL (8 cartuchos/28 días), NM, AP |
| ENBREL SURECLICK SOLUCIÓN EN AUTOINYECTOR 50 mg/ml | 5 | QL (8 plumas/28 días), NM, AP |
| HUMIRA KIT DE JERINGA PRECARGADA 10 mg/0.1 ml, 20 mg/0.2 ml | 5 | QL (2 jeringas/28 días), NM, AP |
| HUMIRA KIT DE JERINGA PRECARGADA 40 mg/0.4 ml, 40 mg/0.8 ml | 5 | QL (6 jeringas/28 días), NM, AP |
| HUMIRA PEDIA INY. CROHNS | 5 | NM, AP |
| HUMIRA PEDIATRIC CROHNS D KIT DE JERINGA PRECARGADA 80 mg/0.8 ml | 5 | NM, AP |
| HUMIRA PEN PNKT 40 mg/0.4 ml, 40 mg/0.8 ml | 5 | QL (6 plumas/28 días), NM, AP |
| HUMIRA PEN PNKT 80 mg/0.8 ml | 5 | QL (4 plumas/28 días), NM, AP |
| KIT DE PLUMA HUMIRA PS/UV | 5 | NM, AP |
| HUMIRA PEN-CD/UC/HS START PNKT 40 mg/0.8 ml, 80 mg/0.8 ml | 5 | NM, AP |
| HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S PNKT 80 mg/0.8 ml | 5 | NM, AP |
| HUMIRA PEN-PS/UV STARTER PNKT 40 mg/0.8 ml | 5 | NM, AP |
| INFLIXIMAB SOLUCIÓN RECONSTITUÍDA 100 mg | 5 | NM, AL, AP |
| KEVZARA SOLUCIÓN EN AUTOINYECTOR 150 mg/1.14 ml, 200 mg/1.14 ml | 5 | QL (2 plumas/28 días), NM, AP |
| KEVZARA SOLUCIÓN EN JERINGA PRECARGADA 150 mg/1.14 ml, 200 mg/1.14 ml | 5 | QL (2 jeringas/28 días), NM, AP |

AP = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;
NM = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;
AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|--|-----------------------|---|
| OTEZLA COMPRIMIDOS 30 mg | 5 | QL (60 comprimidos/30 días), NM, AP |
| OTEZLA TAB 10/20/30 | 5 | QL (110 comprimidos/año), NM, AP |
| REMICADE SOLUCIÓN RECONSTITUÍDA 100 mg | 5 | NM, AL, AP |
| RENFLEXIS SOLUCIÓN RECONSTITUÍDA 100 mg | 5 | NM, AL, AP |
| RINVOQ COMPRIMIDO DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 15 mg, 30 mg | 5 | QL (30 comprimidos/30 días), NM, AP |
| RINVOQ COMPRIMIDO DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 45 mg | 5 | QL (112 comprimidos/año), NM, AP |
| SKYRIZI SOLUCIÓN EN CARTUCHO 180 mg/1.2 ml, 360 mg/2.4 ml | 5 | QL (1 cartucho/56 días), NM, AP |
| SKYRIZI SOLUCIÓN 600 mg/10 ml | 5 | QL (6 viales/año), NM, AP |
| SKYRIZI SOLUCIÓN EN JERINGA PRECARGADA 150 mg/ml | 5 | QL (6 jeringas/365 días), NM, AP |
| SKYRIZI PEN SOLUCIÓN EN AUTOINYECTOR 150 mg/ml | 5 | QL (6 plumas/365 días), NM, AP |
| STELARA SOLN 45 mg/0.5 ml | 5 | QL (1 vial/28 días), NM, AL, AP |
| STELARA SOLN 130 mg/26 ml | 5 | NM, AL, AP |
| STELARA SOSY 45 mg/0.5 ml, 90 mg/ml | 5 | QL (1 jeringa/28 días), NM, AP |
| TALTZ SOLUCIÓN EN AUTOINYECTOR 80 mg/ml; SOLUCIÓN EN JERINGA PRECARGADA 80 mg/ml | 5 | QL (3 jeringas/28 días), NM, AL, AP |
| XELJANZ SOLUCIÓN 1 mg/ml | 5 | QL (480 ml/24 días), NM, AP |
| XELJANZ COMPRIMIDOS 5 mg, 10 mg | 5 | QL (60 comprimidos/30 días), NM, AP |
| XELJANZ XR COMPRIMIDO DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 11 mg, 22 mg | 5 | QL (30 comprimidos/30 días), NM, AP |

FÁRMACOS ANTIRREUMÁTICOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD (DMARDS)

| | | |
|--|---|--------------------------------|
| <i>sulfato hidroxiclороquina</i> COMPRIMIDOS 200 mg | 3 | |
| <i>leflunomida</i> COMPRIMIDOS 10 mg, 20 mg | 3 | QL (30 comprimidos/30 días) |
| <i>metotrexato sódico</i> COMPRIMIDOS 2.5 mg | 3 | |
| TREXALL COMPRIMIDOS 5 mg, 7.5 mg, 10 mg, 15 mg | 4 | B/D |

AP = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;
NM = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;
AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|--|-----------------------|-------------------------------------|
| XATMEP SOLUCIÓN 2.5 mg/ml | 4 | B/D |
| INMUNOGLOBULINAS | | |
| BIVIGAM SOLUCIÓN 5 g/50 ml, 10 % | 5 | NM, AL, AP |
| FLEBOGAMMA DIF SOLUCIÓN 2.5 g/50 ml, 5 g/100 ml, 5 g/50 ml, 10 g/100 ml, 10 g/200 ml, 20 g/200 ml, 20 g/400 ml | 5 | NM, AP |
| GAMASTAN INY. LÍQUIDO Gammagard SOLUCIÓN 1 g/10 ml, 2.5 g/25 ml, 5 g/50 ml, 10 g/100 ml, 20 g/200 ml, 30 g/300 ml | 4 | B/D, NM, AL |
| GAMAGARD S/D IGA LESS TH RECONSTITUÍDA 5 g, 10 g | 5 | NM, AP |
| GAMMAKED SOLUCIÓN 1 g/10 ml, 5 g/50 ml, 10 g/100 ml, 20 g/200 ml | 5 | NM, AP |
| GAMMAPLEX SOLUCIÓN 5 g/100 ml, 5 g/50 ml, 10 g/100 ml, 10 g/200 ml, 20 g/200 ml, 20 g/400 ml | 5 | NM, AL, AP |
| GAMUNEX-C SOLUCIÓN 1 g/10 ml, 2.5 g/25 ml, 5 g/50 ml, 10 g/100 ml, 20 g/200 ml, 40 g/400 ml | 5 | NM, AP |
| OCTAGAM SOLUCIÓN 1 g/20 ml, 2 g/20 ml, 2.5 g/50 ml, 5 g/100 ml, 5 g/50 ml, 10 g/100 ml, 10 g/200 ml, 20 g/200 ml, 25 g/500 ml, 30 g/300 ml | 5 | NM, AP |
| PANZYGA SOLUCIÓN 1 g/10 ml, 2.5 g/25 ml, 5 g/50 ml, 10 g/100 ml, 20 g/200 ml, 30 g/300 ml | 5 | NM, AP |
| PRIVIGEN SOLUCIÓN 5 g/50 ml, 10 g/100 ml, 20 g/200 ml, 40 g/400 ml | 5 | NM, AP |
| INMUNOMODULADORES | | |
| ACTIMMUNE SOLUCIÓN 2,000,000 unidades/0.5 ml | 5 | NM, AL, AP |
| ARCALYST SOLUCIÓN RECONSTITUÍDA 220 mg | 5 | NM, AL, AP |
| INTRON A SOLUCIÓN RECONSTITUÍDA 10,000,000 unidades, 18,000,000 unidades, 50,000,000 unidades | 5 | B/D, NM, AL |
| INMUNOSUPRESORES | | |
| azatioprina COMPRIMIDOS 50 mg | 3 | B/D |
| BENLYSTA SOLUCIÓN EN AUTOINYECTOR 200 mg/ml; SOLUCIÓN EN JERINGA PRECARGADA 200 mg/ml | 5 | QL (8 jeringas/28 días), NM, AL, AP |
| BENLYSTA SOLUCIÓN RECONSTITUÍDA 120 mg, 400 mg | 5 | NM, AL, AP |

AP = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;
NM = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;
AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|---|-----------------------|--------------------|
| <i>ciclosporina</i> CÁPSULAS 25 mg, 100 mg; SOLUCIÓN 50 mg/ml | 4 | B/D, NM |
| <i>ciclosporina modificada (para microemulsión)</i> CÁPSULAS 25 mg, 50 mg, 100 mg; SOLUCIÓN 100 mg/ml | 4 | B/D, NM |
| <i>everolimus (inmunosupresor)</i> COMPRIMIDOS 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg | 5 | B/D, NM |
| <i>gengraf</i> CÁPSULAS 25 mg, 100 mg; SOLUCIÓN 100 mg/ml | 4 | B/D, NM |
| <i>micofenolato de mofetilo</i> CÁPSULAS 250 mg; COMPRIMIDOS 500 mg | 3 | B/D, NM |
| <i>micofenolato de mofetilo</i> SUSPENSIÓN RECONSTITUÍDA 200 mg/ml | 5 | B/D, NM |
| <i>micofenolato sódico</i> COMPRIMIDO DE LIBERACIÓN RETARDADA 180 mg, 360 mg | 4 | B/D, NM |
| NULOJIX SOLUCIÓN RECONSTITUÍDA 250 mg | 5 | B/D, NM |
| PROGRAF PAQUETE de 0.2 mg, 1 mg | 4 | B/D, NM |
| REZUROCK COMPRIMIDOS 200 mg | 5 | NM, AL, AP |
| SANDIMMUNE SOLUCIÓN 100 mg/ml | 4 | B/D, NM |
| <i>sirolimus</i> SOLUCIÓN 1 mg/ml | 5 | B/D, NM |
| <i>sirolimus</i> COMPRIMIDOS 0.5 mg, 1 mg, 2 mg | 4 | B/D, NM |
| <i>tacrolimus</i> CÁPSULAS 0.5 mg, 1 mg, 5 mg | 4 | B/D, NM |

VACUNAS

| | | |
|---|---|-----|
| ACTHIB INY. | 3 | |
| ADACEL INY. | 3 | |
| VACUNA BCG VACCINE SOLUCIÓN RECONSTITUÍDA 50 mg | 3 | |
| BEXSERO INY. | 3 | |
| BOOSTRIX INY. | 3 | |
| DAPTACEL INY. | 3 | |
| DENGVAXIA SUS | 3 | |
| DIP/TET PED INY. 25-5 LFU | 3 | B/D |
| ENGERIX-B SUSPENSIÓN 20 mcg/ml; SUSPENSIÓN EN JERINGA PRECARGADA 10 mcg/0.5 ml, 20 mcg/ml | 3 | B/D |
| GARDASIL 9 INY. | 3 | |
| HAVRIX SUSPENSIÓN 720elu/0.5 ml, 1440elu/ml | 3 | |
| HEPLISAV-B SOLUCIÓN EN JERINGA PRECARGADA 20 mcg/0.5 ml | 3 | B/D |
| HIBERIX SOLUCIÓN RECONSTITUÍDA 10 mcg | 3 | |
| RABIA IMOVAX (H.D.C.V.) SUSPENSIÓN RECONSTITUÍDA 2.5 unidades/ml | 3 | B/D |
| INFANRIX INY. | 3 | |
| IPOL INY. INACTIVO | 3 | |

AP = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;
NM = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;
AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|--|-----------------------|-----------------------------|
| IXIARO INY. | 3 | |
| KINRIX INY. | 3 | |
| M-M-R II INY. | 3 | |
| MENACTRA INY. | 3 | |
| MENQUADFI INY. | 3 | |
| MENVEO INY. | 3 | |
| MENVEO SOL | 3 | |
| PEDIARIX INY. 0.5 ML | 3 | |
| PEDVAX HIB SUSPENSIÓN 7.5 mcg/0.5 ml | 3 | |
| PENTACEL INY. | 3 | |
| PREHEVBRIÓ SUSPENSIÓN 10 mcg/ml | 3 | B/D |
| PRIORIX INY. | 3 | |
| PROQUAD INY. | 3 | |
| QUADRACEL INY. | 3 | |
| QUADRACEL INY. 0.5 ML | 3 | |
| RABAVERT INY. | 3 | B/D |
| RECOMBIVAX HB SUSPENSIÓN 5 mcg/0.5 ml, 10 mcg/ml, 40 mcg/ml; SUSPENSIÓN EN JERINGA PRECARGADA 5 mcg/0.5 ml, 10 mcg/ml | 3 | B/D |
| ROTARIX SUS | 3 | |
| ROTATEQ SOL | 3 | |
| SHINGRIX SUSPENSIÓN RECONSTITUÍDA 50 mcg/0.5 ml | 3 | QL (2 viales por vida útil) |
| TDVAX INY. 2-2 LF | 3 | B/D |
| TENIVAC INY. 5-2 LF | 3 | B/D |
| TICOVAC SUSPENSIÓN EN JERINGA PRECARGADA 1.2 mcg/0.25 ml, 2.4 mcg/0.5 ml | 3 | |
| TRUMENBA INY. | 3 | |
| TWINRIX INY. | 3 | |
| TYPHIM VI SOLUCIÓN 25 mcg/0.5 ml; SOLUCIÓN EN JERINGA PRECARGADA 25 mcg/0.5 ml | 3 | |
| VAQTA SUSPENSIÓN 25 unidades/0.5 ml, 50 unidades/ml | 3 | |
| VARIVAX INY. 1350 pfu/0.5 ml | 3 | |
| YF-VAX INY. | 3 | |

NUTRICIONALES/SUPLEMENTOS

ELECTROLITOS/MINERALES, INYECTABLES

| | | |
|-------------------------|---|--|
| D2.5W/NAACL INY. 0.45 % | 4 | |
| D5W/LYTES INY. n.º 48 | 4 | |
| D10W/NAACL INY. 0.2 % | 3 | |

AP = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;
NM = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;
AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|---|-----------------------|--------------------|
| <i>dextrosa al 2.5 % con cloruro de sodio al 0.45 %</i> | 3 | |
| <i>dextrosa al 5 % en solución láctica de Ringer</i> | 3 | |
| <i>dextrosa al 5 % con cloruro de sodio al 0.2 %</i> | 3 | |
| <i>dextrosa al 5 % con cloruro de sodio al 0.3 %</i> | 3 | |
| <i>dextrosa al 5 % con cloruro de sodio al 0.9 %</i> | 3 | |
| <i>dextrosa al 5 % con cloruro de sodio al 0.45 %</i> | 3 | |
| <i>dextrosa al 5 % con cloruro de sodio al 0.225 %</i> | 3 | |
| <i>dextrosa al 10 % con cloruro de sodio al 0.45 %</i> | 3 | |
| ISOLITO-P INY./D5W | 4 | |
| ISOLITO-S INY. | 4 | |
| ISOLITO-S INY. PH 7.4 | 4 | |
| <i>kcl 10 mEq/l (0.075 %) en dextrosa al 5 % y NaCl al 0.45 % para inyección</i> | 3 | |
| <i>kcl 20 mEq/l (0.15 %) en dextrosa al 5 % y NaCl al 0.2 % para inyección</i> | 3 | |
| <i>kcl 20 mEq/l (0.15 %) en dextrosa al 5 % y NaCl al 0.9 % para inyección</i> | 3 | |
| <i>kcl 20 mEq/l (0.15 %) en dextrosa al 5 % y NaCl al 0.45 % para inyección</i> | 3 | |
| <i>kcl 20 mEq/l (0.15 %) en NaCl 0.9 % para inyección</i> | 3 | |
| <i>kcl 20 mEq/l (0.15 %) en NaCl al 0.45 % para inyección</i> | 3 | |
| <i>kcl 30 mEq/l (0.224 %) en dextrosa al 5 % y NaCl al 0.45 % para inyección</i> | 3 | |
| <i>kcl 40 mEq/l (0.3 %) en dextrosa al 5 % y NaCl al 0.9 % para inyección</i> | 3 | |
| <i>kcl 40 mEq/l (0.3 %) en dextrosa al 5 % y NaCl al 0.45 % para inyección</i> | 3 | |
| <i>kcl 40 mEq/l (0.3 %) en NaCl 0.9 % para inyección</i> | 3 | |
| KCL/D5W/NAACL INY. 0.3/0.9 % | 4 | |
| <i>solución láctica de Ringer</i> | 3 | |
| SULFATO DE MAGNESIO SOLUCIÓN 2 g/50 ml, 4 g/100 ml, 4 g/50 ml, 20 g/500 ml, 40 g/1000 ml | 3 | |
| <i>sulfato de magnesio SOLUCIÓN 2 g/50 ml, 4 g/100 ml, 4 g/50 ml, 20 g/500 ml, 40 g/1000 ml, 50 %</i> | 3 | |
| <i>sulfato de magnesio en dextrosa al 5 % solución i. v. 1 g/100 ml</i> | 3 | |
| MG SO4/D5W INY. 10 MG/ML | 3 | |

AP = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;
NM = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;
AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|--|-----------------------|--------------------|
| PLASMA-LITO INY. -148 | 4 | |
| PLASMA-LITO INY. -A | 4 | |
| CLOURO DE POTASIO 20 MEQ/L EN NAACL AL 0.9 % PARA INYECCIÓN | 3 | |
| CLOURO DE POTASIO 220 MEQ/L EN NAACL AL 0.45 % PARA INYECCIÓN | 4 | |
| CLOURO DE POTASIO 40 MEQ/L EN NAACL AL 0.9 % PARA INYECCIÓN | 4 | |
| <i>cloruro de potasio</i> SOLUCIÓN 2 mEq/ml | 3 | |
| CLOURO DE POTASIO SOLUCIÓN 10 mEq/50 ml, 20 mEq/50 ml | 4 | |
| <i>cloruro de potasio</i> SOLUCIÓN 10 mEq/100 ml, 20 mEq/100 ml, 40 mEq/100 ml | 4 | |
| <i>cloruro de potasio</i> 20 mEq/l (0.15 %) en inyección de dextrosa al | 3 | |
| <i>cloruro de sodio</i> SOLUCIÓN al 0.45 %, 0.9 %, 2.5 mEq/ml, 3 %, 5 % | 3 | |
| TPN ELECTROL INY. | 4 | B/D |
| ELECTROLITOS/MINERALES/VITAMINAS, ORAL | | |
| <i>klor-con</i> PAQUETE de 20 mEq | 4 | |
| <i>klor-con 8</i> COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 8 mEq | 2 | |
| <i>klor-con 10</i> COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 10 mEq | 2 | |
| <i>klor-con m10</i> COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 10 mEq | 2 | |
| <i>klor-con m15</i> COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 15 mEq | 3 | |
| <i>klor-con m20</i> COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 20 mEq | 2 | |
| M-NATAL PLUS COMPRIMIDO | 3 | |
| <i>cloruro de potasio</i> CÁPSULA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 8 mEq, 10 mEq | 3 | |
| <i>cloruro de potasio</i> PAQUETE 20 mEq; SOLUCIÓN al 10 %, 20 % | 4 | |
| <i>cloruro de potasio</i> COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 8 mEq, 10 mEq, 20 mEq | 2 | |
| <i>cloruro de potasio cristales microencapsulados er</i> COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 10 mEq, 20 mEq | 2 | |
| <i>cloruro de potasio cristales microencapsulados er</i> COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 15 mEq | 3 | |
| COMPRIMIDOS PRENATALES 27-1 MG | 3 | |

AP = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;
NM = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;
AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|---|-----------------------|--------------------|
| PRENATAL PLUS COMPRIMIDO | 3 | |
| <i>fluoruro sódico masticable; comprimido; 1.1 (0.5 f) mg/ml solución</i> | 2 | |
| TRICARE COMPRIMIDO PRENATAL | 3 | |
| NUTRICIÓN I. V. | | |
| CLINIMIX INY. 4.25/D5W | 4 | B/D |
| CLINIMIX INY. 4.25/D10 | 4 | B/D |
| CLINIMIX INY. 5 %/D15W | 4 | B/D |
| CLINIMIX INY. 5 %/D20W | 4 | B/D |
| CLINIMIX INY. 6/5 | 4 | B/D |
| CLINIMIX INY. 8/10 | 4 | B/D |
| CLINIMIX INY. 8/14 | 4 | B/D |
| <i>clinisol sf 15 %</i> | 4 | B/D |
| CLINOLIPID EMU 20 % | 4 | B/D |
| <i>dextrosa SOLUCIÓN al 5 %, 10 %</i> | 3 | |
| <i>dextrosa SOLUCIÓN al 50 %, 70 %</i> | 3 | B/D |
| FREAMINA III INY. 10 % | 4 | B/D |
| INTRALIPID EMULSIÓN 20 g/100 ml, 30 g/100 ml | 4 | B/D |
| NUTRILIPID EMULSIÓN 20 g/100 ml | 4 | B/D |
| <i>plenamina</i> | 4 | B/D |
| PREMASOL SOL 10 % | 5 | B/D |
| PROSOL INY. 20 % | 4 | B/D |
| TRAVASOL INY. 10 % | 4 | B/D |
| TROTAMINA INY. 10 % | 4 | B/D |
| OFTÁLMICA | | |
| ANTIINFECCIOSO/ANTIINFLAMATORIO | | |
| <i>bacitracina-polimixina-neomicina-hc pomada oftálmica al 1 %</i> | 3 | |
| <i>neopolicina hc pomada al 1 %</i> | 3 | |
| <i>neomicina-polimixina-dexametasona pomada oftálmica al 0.1 %</i> | 2 | |
| <i>neomicina-polimixina-dexametasona suspensión oftálmica al 0.1 %</i> | 2 | |
| <i>neomicina-polimixina-hc suspensión oftálmica</i> | 4 | |
| <i>sulfacetamida sódica-prednisolona solución oftálmica 10-0.23(0.25) %</i> | 2 | |
| POMADA DE TOBRADEX AL 0.3-0.1 % | 3 | |
| SUSPENSIÓN. DE TOBRADEX ST 0.3-0.05 | 3 | |
| <i>tobramicina-dexametasona suspensión oftálmica al 0.3-0.1 %</i> | 4 | |
| ZYLET SUSPENSIÓN AL 0.5-0.3 % | 3 | |

AP = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;
NM = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;
AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|--|-----------------------|--------------------|
| ANTIINFECIOSOS | | |
| <i>bacitracina (oftálmica)</i> POMADA 500 unidades/g | 3 | |
| <i>bacitracina-polimixina b pomada oftálmica</i> | 2 | |
| BESIVANCE SUSPENSIÓN al 0.6 % | 3 | |
| CILOXAN POMADA al 0.3 % | 3 | |
| <i>ciprofloxacina hcl (oftálmica)</i> SOLUCIÓN al 0.3 % | 2 | |
| <i>eritromicina (oftálmica)</i> POMADA 5 mg/g | 2 | |
| <i>gatifloxacino (oftálmica)</i> SOLUCIÓN al 0.5 % | 3 | |
| <i>gentak</i> POMADA al 0.3 % | 3 | |
| <i>sulfato de gentamicina (oftálmica)</i> SOLUCIÓN al 0.3 % | 2 | |
| <i>moxifloxacina hcl (oftálmica)</i> SOLUCIÓN al 0.5 % | 3 | |
| NATACYN SUSPENSIÓN al 5 % | 4 | |
| <i>neopolicina pomada oftálmica 5(3.5) mg- 400 unidades-10000 unidades</i> | 3 | |
| <i>neomicina-bacitrac zn-polimix pomada oftálmica 5(3.5) mg-400 unidades- 10000 unidades</i> | 3 | |
| <i>neomicina-polimigracida solución oftálmica 1.75-10,000-0.025 mg-unidad-mg/ml</i> | 3 | |
| <i>ofloxacina (oftálmica)</i> SOLUCIÓN al 0.3 % | 2 | |
| <i>policina pomada oftálmica</i> | 2 | |
| <i>polimixina b-trimetoprima solución oftálmica 10,000 unidades/ml-0.1 %</i> | 1 | |
| <i>sulfacetamida sódica (oftálmica)</i> POMADA al 10 %; SOLUCIÓN al 10 % | 3 | |
| <i>tobramicina (oftálmica)</i> SOLUCIÓN al 0.3 % | 1 | |
| <i>trifluridina</i> SOLUCIÓN al 1 % | 4 | |
| ZIRGAN GEL al 0.15 % | 4 | |
| ANTIINFLAMATORIOS | | |
| ALREX SUSPENSIÓN al 0.2 % | 3 | |
| <i>bromfenaco sódico (oftálmica)</i> SOLUCIÓN al 0.09 % | 4 | |
| BROMSITE SOLUCIÓN al 0.075 % | 4 | |
| <i>fosfato sódico de dexametasona (oftálmica)</i> SOLUCIÓN al 0.1 % | 3 | |
| <i>diclofenaco sódico (oftálmica)</i> SOLUCIÓN al 0.1 % | 2 | |
| <i>difluprednato</i> EMULSIÓN al 0.05 % | 4 | |
| EYSUVIS SUSPENSIÓN AL 0.25 % | 4 | |
| FLAREX SUSPENSIÓN al 0.1 % | 4 | |

AP = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;
NM = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;
AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|---|-----------------------|--------------------|
| <i>fluorometolona (oftálmica)</i> SUSPENSIÓN al 0.1 % | 3 | |
| <i>flurbiprofeno sódico</i> SOLUCIÓN al 0.03 % | 3 | |
| ILEVRO SUSPENSIÓN al 0.3 % | 3 | |
| <i>trometamina ketorolaco (oftálmica)</i> SOLUCIÓN al 0.4 % | 3 | |
| <i>trometamina ketorolaco (oftálmica)</i> SOLUCIÓN al 0.5 % | 2 | |
| LOTEMAX POMADA al 0.5 % | 3 | |
| <i>acetato de prednisolona (oftálmica)</i> SUSPENSIÓN al 1 % | 3 | |
| PREDNISOLONA FOSFA SÓDICO SOLUCIÓN al 1 % | 3 | |
| PROLENSA SOLUCIÓN al 0.07 % | 3 | |
| ANTIALÉRGICOS | | |
| <i>azelastina hcl (oftálmica)</i> SOLUCIÓN al 0.05 % | 3 | |
| <i>cromoglicato sódico (oftálmica)</i> SOLUCIÓN al 4 % | 2 | |
| <i>olopatadina hcl</i> SOLUCIÓN al 0.1 % | 3 | |
| ZERVIAE SOLUCIÓN al 0.24 % | 4 | |
| ANTI GLAUCOMA | | |
| ALPHAGAN P SOLUCIÓN al 0.1 % | 3 | |
| <i>betaxolol hcl (oftálmica)</i> SOLUCIÓN al 0.5 % | 3 | |
| BETOPTIC-S SUSPENSIÓN al 0.25 % | 3 | |
| <i>tartrato de brimonidina</i> SOLUCIÓN al 0.2 % | 1 | |
| <i>tartrato de brimonidina</i> SOLUCIÓN al 0.15 % | 4 | |
| <i>brinzolamida</i> SUSPENSIÓN al 1 % | 4 | |
| <i>carteolol hcl (oftálmica)</i> SOLUCIÓN al 1 % | 2 | |
| COMBIGAN SOLUCIÓN al 0.2/0.5 % | 3 | |
| <i>dorzolamida hcl</i> SOLUCIÓN al 2 % | 2 | |
| <i>dorzolamida hcl-maleato de timolol solución oftálmica 22.3-6.8 mg/ml</i> | 2 | |
| <i>latanoprost</i> SOLUCIÓN al 0.005 % | 1 | |
| <i>levobunolol hcl</i> SOLUCIÓN al 0.5 % | 2 | |
| LUMIGAN SOLUCIÓN al 0.01 % | 3 | |
| <i>pilocarpina hcl</i> SOLUCIÓN al 1 %, 2 %, 4 % | 3 | |
| RHOPRESSA SOLUCIÓN al 0.02 % | 3 | |
| ROCKLATAN GOTAS | 4 | |
| SIMBRINZA SUSPENSIÓN al 1-0.2 % | 3 | |
| <i>maleato de timolol (oftálmica)</i> SOLUCIÓN GELIFICANTE al 0.25 %, 0.5 % | 4 | |
| <i>maleato de timolol (oftálmica)</i> SOLUCIÓN al 0.25 %, 0.5 % | 1 | |

AP = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;
NM = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;
AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|--|-----------------------|----------------------------|
| <i>travoprost</i> SOLUCIÓN al 0.004 % | 4 | |
| VYZULTA SOLUCIÓN al 0.024 % | 4 | |
| VARIOS | | |
| SULFATO DE ATROPINA SOLUCIÓN al 1 % | 3 | |
| <i>sulfato de atropina (oftálmica)</i> SOLUCIÓN al 1 % | 3 | |
| CYSTADROPS SOLUCIÓN al 0.37 % | 5 | NM, AL, AP |
| CYSTARAN SOLUCIÓN al 0.44 % | 5 | NM, AL, AP |
| ISOPTO ATROPINA SOLUCIÓN al 1 % | 3 | |
| <i>proparacaína hcl</i> SOLUCIÓN al 0.5 % | 3 | |
| RESTASIS EMULSIÓN al 0.05 % | 3 | |
| RESTASIS MULTIDOSIS EMULSIÓN al 0.05 % | 3 | |
| TYRVAYA SOLUCIÓN 0.03 mg/accionamiento | 4 | |
| XIIDRA SOLUCIÓN al 5 % | 3 | |
| ÓTICO | | |
| AGENTES ÓTICOS | | |
| <i>ácido acético (ótico)</i> SOLUCIÓN al 2 % | 3 | |
| CIPRO HC SUSPENSIÓN ÓTICA | 4 | |
| <i>ciprofloxacino-dexametasona suspensión ótica al 0.3-0.1 %</i> | 4 | |
| <i>flac</i> ACEITE al 0.01 % | 3 | |
| <i>acetónido de fluocinolona (ótico)</i> ACEITE al 0.01 % | 3 | |
| <i>neomicina-polimixina hc solución ótica al 1 %</i> | 3 | |
| <i>neomicina-polimixina-hc suspensión ótica 3.5 mg/ml-10,000 unidades/ml-1 %</i> | 3 | |
| <i>ofloxacina (ótica)</i> SOLUCIÓN al 0.3 % | 4 | |
| RESPIRATORIO | | |
| COMBINACIONES DE ANTICOLINÉRGICOS/AGONISTAS BETA | | |
| ANORO ELLIPT AEROSOL 62.5-25 | 3 | QL (60 blísteres/30 días) |
| BEVESPI AEROSOL 9-4.8 MCG | 3 | QL (1 inhalador/30 días) |
| BREZTRI AERO AER SPHERE | 3 | QL (1 inhalador/30 días) |
| BREZTRI AERO AER SPHERE (PAQUETE INSTITUCIONAL) | 3 | QL (4 inhaladores/28 días) |
| COMBIVENT AEROSOL 20-100 | 4 | QL (2 inhaladores/30 días) |
| <i>ipratropio-albuterol solución para nebulización 0.5-2.5(3) mg/3 ml</i> | 3 | B/D |
| TRELEGY AEROSOL ELLIPTA 100-62.5-25 MCG | 3 | QL (60 blísteres/30 días) |
| TRELEGY AEROSOL ELLIPTA 200-62.5-25 MCG | 3 | QL (60 blísteres/30 días) |
| ANTICOLINÉRGICOS | | |
| ATROVENT HFA SOLUCIÓN EN AEROSOL 17 mcg/accionamiento | 4 | QL (2 inhaladores/30 días) |

AP = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;
NM = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;
AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|--|-----------------------|---|
| INCRUSE ELLIPTA POLVO EN AEROSOL ACTIVADO POR LA RESPIRACIÓN 62.5 mcg/inhalador | 3 | QL (30 blísteres/30 días) |
| <i>bromuro de ipratropio</i> SOLUCIÓN al 0.02 % | 2 | B/D |
| <i>bromuro de ipratropio (nasal)</i> SOLUCIÓN al 0.03 %, 0.06 % | 3 | |
| SPIRIVA HANDIHALER CÁPSULAS 18 mcg | 4 | QL (30 cápsulas/30 días) |
| SPIRIVA RESPIMAT SOLUCIÓN EN AEROSOL 1.25 mcg/accionamiento, 2.5 mcg/accionamiento | 4 | QL (1 inhalador/30 días) |
| ANTIISTAMÍNICOS | | |
| <i>azelastina hcl</i> SOLUCIÓN al 0.1 %, 0.15 % | 3 | |
| <i>cetirizina hcl</i> SOLUCIÓN 1 mg/ml | 2 | |
| <i>ciproheptadina hcl</i> JARABE 2 mg/5 ml; COMPRIMIDOS 4 mg | 3 | AP; AP si tiene 70 años o más |
| <i>desloratadina</i> COMPRIMIDOS 5 mg | 3 | |
| <i>difenhidramina hcl</i> SOLUCIÓN 50 mg/ml | 3 | |
| <i>hidroxicina hcl</i> SOLUCIÓN 25 mg/ml, 50 mg/ml | 4 | AP; AP si tiene 70 años o más |
| <i>hidroxizina hcl</i> JARABE 10 mg/5 ml; COMPRIMIDOS 10 mg, 25 mg, 50 mg | 3 | AP; AP si tiene 70 años o más |
| <i>pamoato de hidroxizina</i> CÁPSULAS 25 mg, 50 mg | 3 | AP; AP si tiene 70 años o más |
| <i>diclorhidrato de levocetirizina</i> SOLUCIÓN 2.5 mg/5 ml | 4 | |
| <i>diclorhidrato de levocetirizina</i> COMPRIMIDOS 5 mg | 3 | |
| <i>olopatadina hcl (nasal)</i> SOLUCIÓN al 0.6 % | 4 | |
| AGONISTAS BETA | | |
| <i>sulfato de albuterol</i> SOLUCIÓN EN AEROSOL 108 mcg/accionamiento | 3 | QL (2 inhaladores/30 días); (genérico de Proair HFA) |
| <i>sulfato de albuterol</i> SOLUCIÓN EN AEROSOL 108 mcg/accionamiento | 3 | QL (2 inhaladores/30 días); (genérico de Proventil HFA) |
| <i>sulfato de albuterol</i> SOLUCIÓN EN AEROSOL 108 mcg/accionamiento | 3 | QL (2 inhaladores/30 días); (genérico de Ventolin HFA) |
| <i>sulfato de albuterol</i> SOLUCIÓN PARA NEBULIZACIÓN 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg/0.5 ml | 3 | B/D |
| <i>sulfato de albuterol</i> SOLUCIÓN PARA NEBULIZACIÓN al 0.083 % | 2 | B/D |
| <i>sulfato de albuterol</i> JARABE 2 mg/5 ml | 3 | |
| <i>sulfato de albuterol</i> COMPRIMIDOS 2 mg, 4 mg | 4 | |
| <i>tartrato de arformoterol</i> SOLUCIÓN PARA NEBULIZACIÓN 15 mcg/2 ml | 4 | B/D |

AP = autorización previa; QL = límites de cantidad; ST = tratamiento escalonado;
 NM = no disponible en pedidos por correo; B/D = cubierto por Medicare Parte B o D;
 AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|---|-----------------------|---|
| <i>fumarato de formoterol</i> SOLUCIÓN PARA NEBULIZACIÓN 20 mcg/2 ml | 5 | B/D |
| <i>levalbuterol hcl</i> SOLUCIÓN PARA NEBULIZACIÓN 0.31 mg/3 ml, 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/0.5 ml, 1.25 mg/3 ml | 4 | B/D |
| <i>tartrato de levalbuterol</i> AEROSOL 45 mcg/accionamiento | 3 | QL (2 inhaladores/30 días), ST |
| SEREVENT DISKUS POLVO EN AEROSOL ACTIVADO POR LA RESPIRACIÓN 50 mcg/dosis | 3 | QL (60 inhalaciones/30 días) |
| <i>sulfato de terbutalina</i> COMPRIMIDOS 2.5 mg, 5 mg | 4 | |
| VENTOLIN HFA SOLUCIÓN EN AEROSOL 108 mcg/accionamiento | 3 | QL (2 inhaladores/30 días) |
| VENTOLIN HFA (PAQUETE INSTITUCIONAL) SOLUCIÓN EN AEROSOL 108 mcg/accionamiento | 3 | QL (6 inhaladores/30 días) |
| MODULADORES DE LEUCOTRIENOS | | |
| <i>montelukast sódico</i> COMPRIMIDO MASTICABLE 4 mg, 5 mg | 3 | |
| <i>montelukast sódico</i> PAQUETE 4 mg | 4 | |
| <i>montelukast sódico</i> COMPRIMIDOS 10 mg | 1 | |
| <i>zafirlukast</i> COMPRIMIDOS 10 mg, 20 mg | 3 | |
| VARIOS | | |
| <i>acetilcisteína</i> SOLUCIÓN al 10 %, 20 % | 4 | B/D |
| ARALAST NP SOLUCIÓN RECONSTITUÍDA 500 mg, 1000 mg | 5 | NM, AL, AP |
| <i>cromoglicato sódico</i> SOLUCIÓN PARA NEBULIZACIÓN 20 mg/2 ml | 3 | B/D |
| <i>epinefrina (anafilaxia)</i> SOLUCIÓN EN AUTOINYECTOR 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml | 3 | (genérico de EpiPen) |
| <i>epinefrina (anafilaxia)</i> SOLUCIÓN EN AUTOINYECTOR 0.15 mg/0.15 ml, 0.3 mg/0.3 ml | 3 | (genérico de Adrenaclick) |
| FASENRA SOLUCIÓN EN JERINGA PRECARGADA 30 mg/ml | 5 | NM, AL, AP |
| FASENRA PEN SOLUCIÓN EN AUTOINYECTOR 30 mg/ml | 5 | NM, AL, AP |
| KALYDECO PAQUETE 13.4 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg | 5 | QL (56 paquetes/28 días), NM, AL, AP |
| KALYDECO COMPRIMIDOS 150 mg | 5 | QL (60 comprimidos/30 días), NM, AL, AP |
| OFEV CÁPSULAS 100 mg, 150 mg | 5 | QL (60 cápsulas/30 días), NM, AL, AP |

AP = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;
NM = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;
AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|--|-----------------------|--|
| ORKAMBI GRÁNULOS 75-94 MG | 5 | QL (56 paquetes/28 días), NM, AL, AP |
| ORKAMBI GRÁNULOS 100-125 | 5 | QL (56 paquetes/28 días), NM, AL, AP |
| ORKAMBI GRÁNULOS 150-188 | 5 | QL (56 paquetes/28 días), NM, AL, AP |
| ORKAMBI COMPRIMIDO 100-125 | 5 | QL (112 comprimidos/28 días), NM, AL, AP |
| ORKAMBI COMPRIMIDO 200-125 | 5 | QL (112 comprimidos/28 días), NM, AL, AP |
| <i>pirfenidona</i> CÁPSULAS 267 mg | 5 | QL (270 cápsulas/30 días), NM, AP |
| <i>pirfenidona</i> COMPRIMIDOS 267 mg | 5 | QL (270 comprimidos/30 días), NM, AP |
| <i>pirfenidona</i> COMPRIMIDOS 534 mg, 801 mg | 5 | QL (90 comprimidos/30 días), NM, AP |
| PROLASTIN-C SOLUCIÓN 1000 mg/20 ml; SOLUCIÓN RECONSTITUÍDA 1000 mg | 5 | NM, AL, AP |
| PULMOZYME SOLUCIÓN 2.5 mg/2.5 ml | 5 | NM, AP |
| <i>roflumilast</i> COMPRIMIDOS 250 mcg, 500 mcg | 3 | |
| SYMDEKO COMPRIMIDO 50-75 MG | 5 | QL (56 comprimidos/28 días), NM, AL, AP |
| SYMDEKO COMPRIMIDO 100-150 | 5 | QL (56 comprimidos/28 días), NM, AL, AP |
| SYMJEPI SOLUCIÓN EN JERINGA PRECARGADA 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml | 4 | |
| THEO-24 CÁPSULA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 100 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg | 4 | |
| <i>teofilina</i> ELIXIR 80 mg/15 ml; SOLUCIÓN 80 mg/15 ml; TB12 300 mg, 450 mg | 4 | |
| <i>teofilina</i> COMPRIMIDO DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 400 mg, 600 mg | 3 | |
| TRIKAFTA PAQUETE 59.5 MG | 5 | QL (56 paquetes/28 días), NM, AL, AP |
| TRIKAFTA PAQUETE 75 MG | 5 | QL (56 paquetes/28 días), NM, AL, AP |
| TRIKAFTA COMPRIMIDO 50-25-37.5 MG Y 75 MG | 5 | QL (84 comprimidos/28 días), NM, AL, AP |

AP = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;
NM = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;
AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|--|-----------------------|---|
| TRIKAFTA COMPRIMIDO 100-50-75 MG Y 150 MG | 5 | QL (84 comprimidos/28 días), NM, AL, AP |
| XOLAIR SOLUCIÓN RECONSTITUÍDA 150 mg; SOLUCIÓN EN JERINGA PRECARGADA 75 mg/0.5 ml, 150 mg/ml | 5 | NM, AL, AP |
| ZEMAIRA SOLUCIÓN RECONSTITUÍDA 1000 mg | 5 | NM, AL, AP |

ESTEROIDES NASALES

| | | |
|--|---|--------------------------------|
| <i>flunisolida (nasal)</i> SOLUCIÓN al 0.025 % | 3 | QL (3 frascos/30 días) |
| <i>propionato de fluticasona (nasal)</i> SUSPENSIÓN 50 mcg/accionamiento | 2 | QL (1 frasco/30 días) |
| <i>furoato de mometasona (nasal)</i> SUSPENSIÓN 50 mcg/accionamiento | 4 | QL (2 inhaladores/30 días), ST |
| OMNARIS SUSPENSIÓN 50 mcg/accionamiento | 4 | QL (1 inhalador/30 días), ST |
| XHANCE SUSPENSIÓN PARA EXHALADOR 93 mcg/accionamiento | 4 | QL (32 ml/30 días), AP |

INHALANTES DE ESTEROIDES

| | | |
|---|---|-------------------------------|
| ARNUITY ELLIPTA POLVO EN AEROSOL ACTIVADO POR LA RESPIRACIÓN 50 mcg/accionamiento, 100 mcg/accionamiento, 200 mcg/accionamiento | 3 | QL (30 inhalaciones/30 días) |
| <i>budesonida (inhalación)</i> SUSPENSIÓN 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml | 4 | B/D |
| FLOVENT DISKUS POLVO EN AEROSOL ACTIVADO POR LA RESPIRACIÓN 50 mcg/blíster | 3 | QL (180 inhalaciones/30 días) |
| FLOVENT DISKUS POLVO EN AEROSOL ACTIVADO POR LA RESPIRACIÓN 100 mcg/blíster, 250 mcg/blíster | 3 | QL (240 inhalaciones/30 días) |
| FLOVENT HFA AEROSOL 44 mcg/accionamiento, 110 mcg/accionamiento, 220 mcg/accionamiento | 3 | QL (2 inhaladores/30 días) |
| PULMICORT FLEXHALER POLVO EN AEROSOL ACTIVADO POR LA RESPIRACIÓN 90 mcg/accionamiento | 4 | QL (3 inhaladores/30 días) |
| PULMICORT FLEXHALER POLVO EN AEROSOL ACTIVADO POR LA RESPIRACIÓN 180 mcg/accionamiento | 4 | QL (2 inhaladores/30 días) |

COMBINACIONES DE ESTEROIDES/BETAAGONISTAS

| | | |
|-----------------------------|---|------------------------------|
| ADVAIR DISKU AEROSOL 100/50 | 3 | QL (60 inhalaciones/30 días) |
|-----------------------------|---|------------------------------|

AP = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;
NM = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;
AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|-------------------------------|-----------------------|------------------------------|
| ADVAIR DISKU AEROSOL 250/50 | 3 | QL (60 inhalaciones/30 días) |
| ADVAIR DISKU AEROSOL 500/50 | 3 | QL (60 inhalaciones/30 días) |
| ADVAIR HFA AEROSOL 45/21 | 3 | QL (1 inhalador/30 días) |
| ADVAIR HFA AEROSOL 115/21 | 3 | QL (1 inhalador/30 días) |
| ADVAIR HFA AEROSOL 230/21 | 3 | QL (1 inhalador/30 días) |
| BREO ELLIPTA INHALADOR 100-25 | 3 | QL (60 blísteres/30 días) |
| BREO ELLIPTA INHALADOR 200-25 | 3 | QL (60 blísteres/30 días) |
| SYMBICORT AEROSOL 80-4.5 | 3 | QL (3 inhaladores/30 días) |
| SYMBICORT AEROSOL 160-4.5 | 3 | QL (3 inhaladores/30 días) |

TÓPICO

DERMATOLOGÍA, ACNÉ

| | | |
|--|---|---------------------------|
| <i>acutane</i> CÁPSULAS 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg | 4 | AP |
| <i>amnesteem</i> CÁPSULAS 10 mg, 20 mg, 40 mg | 4 | AP |
| <i>avita</i> CREMA al 0.025 % | 4 | QL (45 g/30 días), AP |
| <i>peróxido de benzoilo-eritromicina gel al 5-3 %</i> | 4 | QL (46.6 g/30 días) |
| <i>claravis</i> CÁPSULAS 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg | 4 | AP |
| <i>fosfato de clindamicina (tópico)</i> GEL al 1 % | 4 | QL (75 g/30 días) |
| <i>fosfato de clindamicina (tópico)</i> LOCIÓN al 1 %; SOLUCIÓN al 1 % | 3 | QL (60 ml/30 días) |
| <i>ery</i> ALMOHADILLAS al 2 % | 3 | QL (60 compresas/30 días) |
| <i>eritromicina (ayuda para el acné)</i> SOLUCIÓN al 2 % | 3 | QL (60 ml/30 días) |
| <i>isotretinoína</i> CÁPSULAS 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg | 4 | AP |
| <i>sulfacetamida sódica (acné)</i> LOCIÓN al 10 % | 4 | QL (118 mL/30 días) |
| <i>tretinoína</i> CREMA 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %; GEL al 0.01 %, 0.025 % | 4 | QL (45 g/30 días), AP |
| <i>zenatán</i> CÁPSULAS 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg | 4 | AP |

DERMATOLOGÍA, ANTIBIÓTICOS

| | | |
|--|---|----------------------|
| <i>sulfato de gentamicina (tópico)</i> CREMA al 0.1 % | 4 | QL (30 g/30 días) |
| <i>sulfato de gentamicina (tópico)</i> POMADA al 0.1 % | 3 | QL (30 g/30 días) |
| <i>mupirocina</i> POMADA al 2 % | 2 | QL (220 g/30 días) |
| <i>sulfadiazina de plata</i> CREMA al 1 % | 2 | |
| <i>ssd</i> CREMA al 1 % | 2 | |
| SULFAMYLON CREMA 85 mg/g | 4 | QL (453.6 g/30 días) |

DERMATOLOGÍA, ANTIFÚNGICOS

| | | |
|---|---|-------------------|
| <i>ciclopirox olamina</i> CREMA al 0.77 % | 3 | QL (90 g/30 días) |
|---|---|-------------------|

AP = autorización previa; QL = límites de cantidad; ST = tratamiento escalonado;
 NM = no disponible en pedidos por correo; B/D = cubierto por Medicare Parte B o D;
 AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|--|-----------------------|--------------------|
| <i>ciclopirox olamina</i> SUSPENSIÓN al 0.77 % | 3 | QL (60 ml/30 días) |
| <i>clotrimazol (tópico)</i> CREMA al 1 % | 3 | QL (45 g/30 días) |
| <i>clotrimazol (tópico)</i> SOLUCIÓN al 1 % | 3 | QL (30 ml/30 días) |
| <i>clotrimazol c/betametasona crema al 1-0.05 %</i> | 3 | QL (45 g/30 días) |
| <i>ketoconazol (tópico)</i> CREMA al 2 % | 3 | QL (60 g/30 días) |
| <i>nyamyc</i> POLVO 100,000 unidades/g | 3 | QL (60 g/30 días) |
| <i>nistatina (tópica)</i> CREMA 100,000 unidades/g; POMADA 100,000 unidades/g | 3 | QL (30 g/30 días) |
| <i>nistatina (tópica)</i> POLVO 100,000 unidades/g | 3 | QL (60 g/30 días) |
| <i>nystop</i> POLVO 100,000 unidades/g | 3 | QL (60 g/30 días) |

DERMATOLOGÍA, ANTIPSORIÁSICOS

| | | |
|--|---|-------------------------|
| <i>acitretina</i> CÁPSULAS 10 mg, 17.5 mg, 25 mg | 4 | AP |
| <i>calcipotrieno</i> POMADA al 0.005 % | 4 | QL (120 g/30 días), AP |
| <i>calcipotrieno</i> SOLUCIÓN al 0.005 % | 4 | QL (120 ml/30 días), AP |
| <i>calcitreno</i> POMADA al 0.005 % | 4 | QL (120 g/30 días), AP |
| <i>tazaroteno</i> CREMA al 0.1 % | 3 | QL (60 g/30 días), AP |
| TAZORAC CREMA al 0.05 % | 4 | QL (60 g/30 días), AP |

DERMATOLOGÍA, ANTISEBORREICOS

| | | |
|---|---|---------------------|
| <i>ketoconazol (tópico)</i> CHAMPÚ al 2 % | 2 | QL (120 ml/30 días) |
| <i>sulfuro de selenio</i> LOCIÓN al 2.5 % | 2 | |

DERMATOLOGÍA, CORTICOESTEROIDES

| | | |
|---|---|---------------------|
| <i>ala-cort</i> CREMA al 1 % | 1 | |
| <i>ala-cort</i> CREMA al 2.5 % | 2 | |
| <i>dipropionato de alclometasona</i> CREMA al 0.05 %; POMADA al 0.05 % | 3 | QL (60 g/30 días) |
| <i>dipropionato de betametasona (tópico)</i> CREMA al 0.05 % | 3 | QL (120 g/30 días) |
| <i>dipropionato de betametasona (tópico)</i> LOCIÓN al 0.05 % | 3 | QL (120 ml/30 días) |
| <i>dipropionato de betametasona (tópico)</i> POMADA al 0.05 % | 4 | QL (120 g/30 días) |
| <i>dipropionato de betametasona aumentado</i> CREMA al 0.05 % | 2 | QL (120 g/30 días) |
| <i>dipropionato de betametasona aumentado</i> GEL al 0.05 %; POMADA al 0.05 % | 4 | QL (120 g/30 días) |
| <i>dipropionato de betametasona aumentado</i> LOCIÓN al 0.05 % | 4 | QL (120 ml/30 días) |
| <i>valerato de betametasona</i> CREMA al 0.1 %; POMADA al 0.1 % | 3 | QL (120 g/30 días) |
| <i>valerato de betametasona</i> LOCIÓN al 0.1 % | 3 | QL (120 ml/30 días) |
| <i>propionato de clobetasol</i> CREMA al 0.05 % | 3 | QL (60 g/30 días) |
| <i>propionato de clobetasol</i> GEL al 0.05 %; POMADA al 0.05 % | 4 | QL (60 g/30 días) |
| <i>propionato de clobetasol</i> SOLUCIÓN al 0.05 % | 4 | QL (50 ml/30 días) |

AP = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;
NM = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;
AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|---|-----------------------|---------------------------|
| <i>propionato de clobetasol e</i> CREMA al 0.05 % | 4 | QL (60 g/30 días) |
| ENSTILAR AEROSOL | 4 | QL (120 g/30 días), AP |
| <i>acetónido de fluocinolona</i> CREMA al 0.01 % | 4 | QL (60 g/30 días) |
| <i>acetónido de fluocinolona</i> CREMA al 0.025 % | 4 | QL (120 g/30 días) |
| <i>acetónido de fluocinolona</i> OIL al 0.01 % | 3 | QL (118.28 ml/30 días) |
| <i>acetónuro de fluocinolona</i> POMADA al 0.025 % | 3 | QL (120 g/30 días) |
| <i>acetónido de fluocinolona</i> SOLUCIÓN al 0.01 % | 4 | QL (90 ml/30 días) |
| <i>fluocinonida</i> CREMA al 0.05 % | 3 | QL (120 g/30 días) |
| <i>fluocinonida</i> GEL al 0.05 %; POMADA al 0.05 % | 4 | QL (60 g/30 días) |
| <i>fluocinonida</i> SOLUCIÓN al 0.05 % | 3 | QL (60 ml/30 días) |
| <i>base emulsionada de fluocinonida</i> CREMA al 0.05 % | 3 | QL (120 g/30 días) |
| <i>propionato de fluticasona</i> CREMA al 0.05 %; POMADA al 0.005 % | 3 | |
| <i>propionato de halobetasol</i> CREMA al 0.05 %; POMADA al 0.05 % | 4 | QL (50 g/30 días) |
| <i>hidrocortisona (tópica)</i> CREMA al 1 % | 1 | |
| <i>hidrocortisona (tópica)</i> CREMA al 2.5 %; LOCIÓN al 2.5 %; POMADA al 2.5 % | 2 | |
| <i>furoato de mometasona</i> CREMA al 0.1 %; POMADA al 0.1 %; SOLUCIÓN al 0.1 % | 3 | |
| <i>acetónido de triamcinolona (tópico)</i> CREMA al 0.1 % | 2 | QL (454 g/30 días) |
| <i>acetónuro de triamcinolona (tópico)</i> CREMA al 0.025 %, 0.5 %; POMADA al 0.025 %, 0.1 %, 0.5 % | 2 | |
| <i>acetónido de triamcinolona (tópico)</i> LOCIÓN al 0.025 %, 0.1 % | 3 | |
| DERMATOLOGÍA, ANESTESIA LOCAL | | |
| <i>glydo</i> JERINGA PRECARGADA al 2 % | 4 | QL (60 ml/30 días), AP |
| <i>lidocaína</i> POMADA al 5 % | 4 | QL (50 g/30 días), AP |
| <i>lidocaína</i> PARCHE al 5 % | 4 | QL (3 parches/1 día), AP |
| <i>lidocaína hcl</i> SOLUCIÓN al 4 % | 3 | QL (50 ml/30 días), AP |
| <i>lidocaína-prilocaina crema</i> al 2.5-2.5 % | 3 | QL (30 g/30 días), AP |
| DERMATOLOGÍA, PIEL Y MEMBRANA MUCOSA VARIAS | | |
| <i>ácido azelaico</i> GEL al 15 % | 4 | QL (50 g/30 días) |
| <i>bexaroteno (tópico)</i> GEL al 1 % | 5 | QL (60 g/30 días), NM, AP |
| <i>diclofenaco sódico (tópico)</i> GEL al 1 % | 3 | QL (1000 g/30 días) |
| EUCRISA POMADA al 2 % | 4 | QL (120 g/30 días), AP |
| FINACEA ESPUMA al 15 % | 4 | QL (50 g/30 días) |
| <i>fluorouracilo (tópico)</i> CREMA al 5 % | 4 | QL (40 g/30 días) |
| <i>fluorouracilo (tópico)</i> SOLUCIÓN al 2 %, 5 % | 3 | QL (10 ml/30 días) |

AP = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;
NM = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;
AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|---|-----------------------|--|
| <i>hidrocortisona (rectal)</i> CREMA al 2.5 % | 2 | |
| <i>imiquimod</i> CREMA al 5 % | 3 | QL (24 paquetes/30 días) |
| <i>ácido láctico (lactato de amonio)</i> CREMA al 12 % | 2 | |
| <i>ácido láctico (lactato de amonio)</i> LOCIÓN al 12 % | 3 | |
| <i>metronidazol (tópico)</i> CREMA al 0.75 % | 4 | QL (45 g/30 días) |
| <i>metronidazol (tópico)</i> GEL al 0.75 % | 3 | QL (45 g/30 días) |
| <i>metronidazol (tópico)</i> LOCIÓN al 0.75 % | 4 | QL (59 ml/30 días) |
| NORITADA CREMA al 1 % | 5 | QL (60 g/30 días) |
| PANRETINA GEL al 0.1 % | 5 | QL (60 g/30 días), AP |
| <i>podofilox</i> SOLUCIÓN al 0.5 % | 3 | QL (7 ml/28 días) |
| <i>procto-med hc</i> CREMA al 2.5 % | 3 | |
| <i>procto-pak</i> CREMA al 1 % | 3 | |
| <i>proctosol hc</i> CREMA al 2.5 % | 3 | |
| <i>proctozona-hc</i> CREMA al 2.5 % | 3 | |
| RECTIV POMADA al 0.4 % | 4 | QL (30 g/30 días) |
| <i>tacrolimus (tópico)</i> POMADA al 0.03 %, 0.1 % | 4 | QL (100 g/30 días) |
| VALCHLOR GEL al 0.016 % | 5 | QL (60 g/30 días), NM, AL, AP |
| BOMBA ZYCLARA CREMA al 2.5 % | 5 | QL (7.5 g/28 días) |
| DERMATOLOGÍA, ESCABICIDAS Y PEDÍCULOS | | |
| <i>malatión</i> LOCIÓN al 0.5 % | 4 | QL (59 ml/30 días) |
| <i>permetrina</i> CREMA al 5 % | 3 | QL (60 g/30 días) |
| DERMATOLOGÍA, AGENTES PARA EL CUIDADO DE HERIDAS | | |
| REGANEX GEL al 0.01 % | 5 | QL (30 g/30 días), AP |
| SANTYL POMADA 250 unidades/g | 4 | QL (180 g/30 días) |
| <i>cloruro de sodio (irrigante de la vejiga)</i> SOLUCIÓN al 0.9 % | 3 | |
| <i>agua para irrigación, solución de irrigación estéril</i> | 2 | |
| AGENTES DE BOCA/GARGANTA/DENTALES | | |
| <i>cevimelina hcl</i> CÁPSULAS 30 mg | 4 | |
| <i>gluconato de clorhexidina (boca-garganta)</i> SOLUCIÓN al 0.12 % | 1 | |
| <i>clotrimazol</i> COMPRIMIDO PARA CHUPAR 10 mg | 4 | QL (150 pastillas para chupar/30 días) |
| <i>lidocaína hcl (boca-garganta)</i> SOLUCIÓN al 2 % | 2 | |
| <i>nistatina (boca-garganta)</i> SUSPENSIÓN 100,000 unidades/ml | 3 | |
| <i>periogard</i> SOLUCIÓN al 0.12 % | 1 | |
| <i>pilocarpina hcl (oral)</i> COMPRIMIDOS 5 mg, 7.5 mg | 3 | |

AP = autorización previa; QL = límites de cantidad; ST = tratamiento escalonado;
 NM = no disponible en pedidos por correo; B/D = cubierto por Medicare Parte B o D;
 AL = acceso limitado

| Nombre del medicamento | Nivel de medicamentos | Requisitos/límites |
|---|------------------------------|---------------------------|
| <i>acetónido de triamcinolona (boca)</i> PASTA al 0.1 % | 3 | |

Índice

| | |
|---|-----|
| A | |
| <i>abacavir sulfate</i> | 21 |
| <i>abacavir sulfate-lamivudine tab 600-300 mg</i> | 23 |
| ABELCET | 19 |
| ABILIFY MAINTENA | 69 |
| <i>abiraterone acetate</i> | 34 |
| <i>acamprosate calcium</i> | 79 |
| <i>acarbose</i> | 80 |
| <i>accutane</i> | 126 |
| <i>acebutolol hcl</i> | 52 |
| <i>acetaminophen w/ codeine soln 120-12 mg/5ml</i> | 14 |
| <i>acetaminophen w/ codeine tab 300-15 mg</i> | 14 |
| <i>acetaminophen w/ codeine tab 300-30 mg</i> | 14 |
| <i>acetaminophen w/ codeine tab 300-60 mg</i> | 14 |
| <i>acetazolamide</i> | 55 |
| <i>acetic acid</i> | 102 |
| <i>acetic acid (otic)</i> | 120 |
| <i>acetylcysteine</i> | 123 |
| <i>acitretin</i> | 128 |
| ACTHIB INJ | 110 |
| ACTIMMUNE | 109 |
| <i>acyclovir</i> | 25 |
| <i>acyclovir sodium</i> | 25 |
| ADACEL INJ | 110 |
| <i>adefovir dipivoxil</i> | 25 |
| ADEMPAS | 58 |
| ADRENALIN | 56 |
| ADVAIR DISKU AER 100/50 | 126 |
| ADVAIR DISKU AER 250/50 | 126 |
| ADVAIR DISKU AER 500/50 | 126 |
| ADVAIR HFA AER 115/21 | 126 |
| ADVAIR HFA AER 230/21 | 126 |
| ADVAIR HFA AER 45/21 | 126 |
| <i>afirmelle</i> | 87 |
| AIMOVIG | 75 |
| <i>ala-cort</i> | 128 |
| <i>albendazole</i> | 16 |
| <i>albuterol sulfate</i> | 122 |
| <i>alclometasone dipropionate</i> | 128 |
| ALDURAZYME | 94 |
| ALECENSA | 36 |
| <i>alendronate sodium</i> | 86 |
| <i>alfuzosin hcl</i> | 102 |
| <i>aliskiren fumarate</i> | 56 |
| <i>allopurinol</i> | 12 |
| <i>alose tron hcl</i> | 100 |
| ALPHAGAN P | 119 |
| <i>alprazolam</i> | 58 |
| ALREX | 118 |
| <i>altavera</i> | 87 |
| ALTOPREV | 50 |
| ALUNBRIG | 36 |
| ALUNBRIG PAK | 36 |
| <i>alyacen 1/35</i> | 87 |
| <i>alyacen 7/7/7</i> | 87 |
| <i>alyq</i> | 58 |
| <i>amabelz</i> | 92 |
| <i>amantadine hcl</i> | 67 |
| <i>ambrisentan</i> | 58 |
| <i>amikacin sulfate</i> | 16 |
| <i>amiloride & hydrochlorothiazide tab 5-50 mg</i> | 55 |
| <i>amiloride hcl</i> | 55 |
| <i>amiodarone hcl</i> | 49 |
| <i>amitriptyline hcl</i> | 65 |
| <i>amlodipine besylate</i> | 53 |
| <i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 10-10 mg</i> | 56 |
| <i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 10-20 mg</i> | 56 |
| <i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 10-40 mg</i> | 56 |
| <i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 10-80 mg</i> | 56 |
| <i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 2.5-10 mg</i> | 56 |
| <i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 2.5-20 mg</i> | 56 |
| <i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 2.5-40 mg</i> | 56 |
| <i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 5-10 mg</i> | 56 |
| <i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 5-20 mg</i> | 56 |

| | | | |
|---|-----|---|----|
| <i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 5-40 mg</i> | 56 | <i>amoxicillin & k clavulanate tab 250-125 mg</i> | 30 |
| <i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 5-80 mg</i> | 56 | <i>amoxicillin & k clavulanate tab 500-125 mg</i> | 30 |
| <i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-20 mg</i> | 44 | <i>amoxicillin & k clavulanate tab 875-125 mg</i> | 30 |
| <i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-40 mg</i> | 44 | <i>amoxicillin & k clavulanate tab er 12hr 1000-62.5 mg</i> | 30 |
| <i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 2.5-10 mg</i> | 44 | <i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 10 mg</i> | 73 |
| <i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-10 mg</i> | 44 | <i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 15 mg</i> | 73 |
| <i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-20 mg</i> | 44 | <i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 20 mg</i> | 73 |
| <i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-40 mg</i> | 44 | <i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 25 mg</i> | 73 |
| <i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-20 mg</i> | 46 | <i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 30 mg</i> | 73 |
| <i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-40 mg</i> | 46 | <i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg</i> | 73 |
| <i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-20 mg</i> | 46 | <i>amphetamine-dextroamphetamine tab 10 mg</i> | 74 |
| <i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-40 mg</i> | 46 | <i>amphetamine-dextroamphetamine tab 12.5 mg</i> | 74 |
| <i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-160 mg</i> | 46 | <i>amphetamine-dextroamphetamine tab 15 mg</i> | 74 |
| <i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-320 mg</i> | 47 | <i>amphetamine-dextroamphetamine tab 20 mg</i> | 74 |
| <i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-160 mg</i> | 46 | <i>amphetamine-dextroamphetamine tab 30 mg</i> | 74 |
| <i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-320 mg</i> | 46 | <i>amphetamine-dextroamphetamine tab 5 mg</i> | 73 |
| <i>amnesteem</i> | 126 | <i>amphetamine-dextroamphetamine tab 7.5 mg</i> | 73 |
| <i>amoxapine</i> | 65 | <i>amphotericin b</i> | 19 |
| <i>amoxicillin</i> | 29 | <i>amphotericin b liposome</i> | 19 |
| <i>amoxicillin & k clavulanate chew tab 200-28.5 mg</i> | 29 | <i>ampicillin</i> | 30 |
| <i>amoxicillin & k clavulanate chew tab 400-57 mg</i> | 29 | <i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 1.5 (1-0.5) gm</i> | 30 |
| <i>amoxicillin & k clavulanate for susp 200-28.5 mg/5ml</i> | 29 | <i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 3 (2-1) gm</i> | 30 |
| <i>amoxicillin & k clavulanate for susp 250-62.5 mg/5ml</i> | 30 | <i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 1.5 (1-0.5) gm</i> | 30 |
| <i>amoxicillin & k clavulanate for susp 400-57 mg/5ml</i> | 30 | <i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 15 (10-5) gm</i> | 30 |
| <i>amoxicillin & k clavulanate for susp 600-42.9 mg/5ml</i> | 30 | <i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 3 (2-1) gm</i> | 30 |

| | |
|--|----------|
| <i>ampicillin sodium</i> | 30 |
| <i>anagrelide hcl</i> | 105 |
| <i>anastrozole</i> | 34 |
| ANORO ELLIPT AER 62.5-25 | 121 |
| <i>aprepitant</i> | 98 |
| <i>aprepitant capsule therapy pack 80 &</i> <i>125 mg</i> | 98 |
| <i>apri</i> | 87 |
| APTIOM | 59 |
| APTIVUS..... | 21 |
| ARALAST NP..... | 123 |
| <i>aranelle</i> | 87 |
| ARCALYST | 109 |
| <i>arformoterol tartrate</i> | 122 |
| <i>aripiprazole</i> | 69 |
| ARISTADA | 69 |
| ARISTADA INITIO | 69 |
| <i>armodafinil</i> | 78 |
| ARNUITY ELLIPTA | 125 |
| <i>asenapine maleate</i> | 70 |
| <i>aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25-</i> <i>200 mg</i> | 106 |
| <i>atazanavir sulfate</i> | 21 |
| <i>atenolol</i> | 52 |
| <i>atenolol & chlorthalidone tab 100-25</i> <i>mg</i> | 52 |
| <i>atenolol & chlorthalidone tab 50-25 mg</i> | 52 |
| <i>atomoxetine hcl</i> | 74 |
| <i>atorvastatin calcium</i> | 50 |
| <i>atovaquone</i> | 16 |
| <i>atovaquone-proguanil hcl tab 250-100</i> <i>mg</i> | 20 |
| <i>atovaquone-proguanil hcl tab 62.5-25</i> <i>mg</i> | 20 |
| ATROPINE SULFATE | 120 |
| <i>atropine sulfate (ophthalmic)</i> | 120 |
| ATROVENT HFA | 121 |
| <i>aubra eq</i> | 87 |
| <i>aurovela 1/20</i> | 87 |
| <i>aurovela fe 1.5/30</i> | 87 |
| <i>aurovela fe 1/20</i> | 87 |
| AUSTEDO | 76 |
| AUSTEDO XR..... | 76, 77 |
| AUVELITY TAB 45-105MG | 65 |
| <i>aviane</i> | 87 |
| <i>avita</i> | 126 |
| <i>ayuna</i> | 87 |
| AYVAKIT | 36 |
| <i>azacitidine</i> | 33 |
| <i>azathioprine</i> | 109 |
| <i>azelaic acid</i> | 130 |
| <i>azelastine hcl</i> | 121 |
| <i>azelastine hcl (ophth)</i> | 118 |
| <i>azithromycin</i> | 28 |
| <i>aztreonam</i> | 16 |
| <i>azurette</i> | 87 |
| B | |
| <i>bacitracin (ophthalmic)</i> | 116 |
| <i>bacitracin-polymyxin b ophth oint</i> .. | 117 |
| <i>bacitracin-polymyxin-neomycin-hc</i> <i>ophth oint 1 %</i> | 116 |
| <i>baclofen</i> | 78 |
| BAFIERTAM..... | 77 |
| <i>balsalazide disodium</i> | 99 |
| BALVERSA | 36 |
| <i>balziva</i> | 87 |
| BARACLUDGE..... | 25 |
| BASAGLAR KWIKPEN..... | 83 |
| BCG VACCINE | 110 |
| BD ALCOHOL SWABS | 83 |
| BELSOMRA | 75 |
| <i>benazepril & hydrochlorothiazide tab</i> <i>10-12.5 mg</i> | 44 |
| <i>benazepril & hydrochlorothiazide tab</i> <i>20-12.5 mg</i> | 44 |
| <i>benazepril & hydrochlorothiazide tab</i> <i>20-25 mg</i> | 44 |
| <i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 5-</i> <i>6.25mg</i> | 44 |
| <i>benazepril hcl</i> | 45 |
| BENDEKA | 32 |
| BENLYSTA | 109 |
| <i>benzoyl peroxide-erythromycin gel 5-</i> <i>3 %</i> | 126 |
| <i>benztropine mesylate</i> | 67, 68 |
| BERINERT | 105 |
| BESIVANCE | 117 |
| BESREMI | 35 |
| <i>betaine powder for oral solution</i> | 94 |
| <i>betamethasone dipropionate (topical)</i> | 128 |
| <i>betamethasone dipropionate</i> <i>augmented</i> | 128, 129 |

| | | | |
|--|-----|--|--------|
| <i>betamethasone valerate</i> | 129 | <i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i> | |
| BETASERON | 77 | 12-3 mg (base equiv)..... | 79 |
| <i>betaxolol hcl (ophth)</i> | 119 | <i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i> | |
| <i>bethanechol chloride</i> | 102 | 2-0.5 mg (base equiv)..... | 79 |
| BETOPTIC-S..... | 119 | <i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i> | |
| BEVESPI AER 9-4.8MCG..... | 121 | 4-1 mg (base equiv) | 79 |
| <i>bexarotene</i> | 35 | <i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i> | |
| <i>bexarotene (topical)</i> | 130 | 8-2 mg (base equiv) | 79 |
| BEXSERO INJ | 110 | <i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab</i> | |
| <i>bicalutamide</i> | 34 | 2-0.5 mg (base equiv)..... | 79 |
| BICILLIN L-A..... | 30 | <i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab</i> | |
| BIKTARVY TAB 30-120-15 MG | 23 | 8-2 mg (base equiv) | 79 |
| BIKTARVY TAB 50-200-25 MG | 23 | <i>bupropion hcl</i> | 65 |
| <i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab</i> | | <i>bupropion hcl (smoking deterrent)</i> ... | 79 |
| 10-6.25 mg..... | 52 | <i>bupirone hcl</i> | 58, 59 |
| <i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab</i> | | <i>butorphanol tartrate</i> | 14 |
| 2.5-6.25 mg..... | 52 | BYDUREON BCISE | 80 |
| <i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 5-</i> | | BYETTA..... | 80 |
| 6.25 mg | 52 | C | |
| <i>bisoprolol fumarate</i> | 52 | <i>cabergoline</i> | 94 |
| BIVIGAM | 108 | CABOMETYX | 37 |
| <i>blisovi fe 1.5/30</i> | 88 | <i>calcipotriene</i> | 128 |
| BOOSTRIX INJ..... | 110 | <i>calcitonin (salmon) spray</i> | 86 |
| <i>bortezomib</i> | 36 | <i>calcitrene</i> | 128 |
| BORTEZOMIB | 36 | <i>calcitriol</i> | 97 |
| <i>bosentan</i> | 58 | <i>calcitriol (oral)</i> | 97 |
| BOSULIF..... | 36 | <i>calcium acetate (phosphate binder)</i> .. | 96 |
| BRAFTOVI..... | 37 | CALQUENCE..... | 37 |
| BREO ELLIPTA INH 100-25..... | 126 | <i>camila</i> | 88 |
| BREO ELLIPTA INH 200-25..... | 126 | <i>candesartan cilexetil</i> | 49 |
| BREZTRI AERO AER SPHERE..... | 121 | <i>candesartan cilexetil-</i> | |
| BREZTRI AERO AER SPHERE | | <i>hydrochlorothiazide tab 16-12.5 mg</i> | |
| (INSTITUTIONAL PACK) | 121 | ..... | 47 |
| <i>briellyn</i> | 88 | <i>candesartan cilexetil-</i> | |
| BRILINTA..... | 106 | <i>hydrochlorothiazide tab 32-12.5 mg</i> | |
| <i>brimonidine tartrate</i> | 119 | ..... | 47 |
| <i>brinzolamide</i> | 119 | <i>candesartan cilexetil-</i> | |
| BRIVIACT | 59 | <i>hydrochlorothiazide tab 32-25 mg</i> . | 47 |
| <i>bromfenac sodium (ophth)</i> | 118 | CAPLYTA | 70 |
| <i>bromocriptine mesylate</i> | 68 | CAPRELSA | 37 |
| BROMSITE | 118 | <i>captopril</i> | 45 |
| BRUKINSA | 37 | <i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25-</i> | |
| <i>budesonide</i> | 99 | 15 mg | 44 |
| <i>budesonide (inhalation)</i> | 125 | <i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25-</i> | |
| <i>bumetanide</i> | 55 | 25 mg | 44 |
| <i>buprenorphine hcl</i> | 79 | <i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-</i> | |
| | | 15 mg | 44 |

| | | | |
|--|-----|---|--------|
| <i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i> | 44 | <i>cefpodoxime proxetil</i> | 27 |
| <i>carb/levo orally disintegrating tab 10-100mg</i> | 68 | <i>cefprozil</i> | 27 |
| <i>carb/levo orally disintegrating tab 25-100mg</i> | 68 | <i>ceftazidime</i> | 27 |
| <i>carb/levo orally disintegrating tab 25-250mg</i> | 68 | CEFTAZIDIME/ SOL D5W 1GM | 27 |
| <i>carbamazepine</i> | 59 | CEFTAZIDIME/ SOL D5W 2GM | 27 |
| <i>carbidopa</i> | 68 | <i>ceftriaxone sodium</i> | 27 |
| <i>carbidopa & levodopa tab 10-100 mg</i> 68 | | <i>cefuroxime axetil</i> | 27 |
| <i>carbidopa & levodopa tab 25-100 mg</i> 68 | | <i>cefuroxime sodium</i> | 27 |
| <i>carbidopa & levodopa tab 25-250 mg</i> 68 | | <i>celecoxib</i> | 12 |
| <i>carbidopa & levodopa tab er 25-100 mg</i> | 68 | CELONTIN | 59 |
| <i>carbidopa & levodopa tab er 50-200 mg</i> | 68 | <i>cephalexin</i> | 28 |
| <i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 12.5-50-200 mg</i> | 68 | CERDELGA..... | 94 |
| <i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 18.75-75-200 mg</i> | 68 | CEREZYME..... | 94 |
| <i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 25-100-200 mg</i> | 68 | <i>cetirizine hcl</i> | 121 |
| <i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 31.25-125-200 mg</i> | 68 | <i>cevimeline hcl</i> | 131 |
| <i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 37.5-150-200 mg</i> | 68 | <i>chateal</i> | 88 |
| <i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 50-200-200 mg</i> | 68 | CHEMET | 87 |
| <i>carboplatin</i> | 32 | <i>chlorhexidine gluconate (mouth-throat)</i> | 131 |
| <i>carglumic acid</i> | 94 | <i>chloroquine phosphate</i> | 20 |
| <i>carteolol hcl (ophth)</i> | 119 | <i>chlorpromazine hcl</i> | 70 |
| <i>cartia xt</i> | 53 | <i>chlorthalidone</i> | 55 |
| <i>carvedilol</i> | 52 | <i>cholestyramine</i> | 51 |
| <i>caspofungin acetate</i> | 19 | <i>cholestyramine light</i> | 51 |
| CAYSTON..... | 16 | <i>choline fenofibrate</i> | 50 |
| <i>cefaclor</i> | 26 | <i>ciclopirox olamine</i> | 127 |
| CEFACLOR ER..... | 27 | <i>cilostazol</i> | 105 |
| <i>cefadroxil</i> | 27 | CILOXAN | 117 |
| CEFAZOLIN | 27 | CIMDUO TAB 300-300 | 23 |
| CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML..... | 27 | <i>cinacalcet hcl</i> | 94, 95 |
| <i>cefazolin sodium</i> | 27 | CIPRO..... | 29 |
| CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4% ... | 27 | CIPRO HC SUS OTIC | 120 |
| <i>cefdinir</i> | 27 | <i>ciprofloxacin 200 mg/100ml in d5w</i> .. | 29 |
| <i>cefepime hcl</i> | 27 | <i>ciprofloxacin 400 mg/200ml in d5w</i> .. | 29 |
| <i>cefixime</i> | 27 | <i>ciprofloxacin hcl</i> | 29 |
| <i>cefoxitin sodium</i> | 27 | <i>ciprofloxacin hcl (ophth)</i> | 117 |
| | | <i>ciprofloxacin-dexamethasone otic susp 0.3-0.1%</i> | 120 |
| | | <i>cisplatin</i> | 32 |
| | | <i>citalopram hydrobromide</i> | 65 |
| | | <i>claravis</i> | 126 |
| | | <i>clarithromycin</i> | 28 |
| | | <i>clindamycin hcl</i> | 16 |
| | | <i>clindamycin palmitate hydrochloride</i> .. | 16 |
| | | <i>clindamycin phosphate</i> | 16 |
| | | <i>clindamycin phosphate (topical)</i> | 127 |

| | | | |
|--|--------|--|-----|
| <i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i> 300 mg/50ml | 16 | <i>constulose</i> | 100 |
| <i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i> 600 mg/50ml | 16 | COPIKTRA | 37 |
| <i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i> 900 mg/50ml | 16 | CORLANOR | 56 |
| <i>clindamycin phosphate vaginal</i> | 103 | COTELLIC | 37 |
| CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML | 16 | CREON CAP 12000UNT | 101 |
| CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML | 16 | CREON CAP 24000UNT | 101 |
| CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML | 16 | CREON CAP 3000UNIT | 101 |
| CLINIMIX INJ 4.25/D10 | 115 | CREON CAP 36000UNT | 101 |
| CLINIMIX INJ 4.25/D5W | 115 | CREON CAP 6000UNIT | 101 |
| CLINIMIX INJ 5%/D15W | 115 | <i>cromolyn sodium</i> | 123 |
| CLINIMIX INJ 5%/D20W | 115 | <i>cromolyn sodium (mastocytosis)</i> | 100 |
| CLINIMIX INJ 6/5..... | 115 | <i>cromolyn sodium (ophth)</i> | 118 |
| CLINIMIX INJ 8/10..... | 115 | <i>cryselle-28</i> | 88 |
| CLINIMIX INJ 8/14..... | 115 | <i>cyclobenzaprine hcl</i> | 78 |
| <i>clinisol sf 15%</i> | 115 | <i>cyclophosphamide</i> | 32 |
| CLINOLIPID EMU 20% | 115 | CYCLOPHOSPHAMIDE..... | 32 |
| <i>clobazam</i> | 59 | CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR ... | 33 |
| <i>clobetasol propionate</i> | 129 | <i>cycloserine</i> | 24 |
| <i>clobetasol propionate e</i> | 129 | <i>cyclosporine</i> | 109 |
| <i>clomipramine hcl</i> | 65 | <i>cyclosporine modified (for</i> <i>microemulsion)</i> | 109 |
| <i>clonazepam</i> | 59, 60 | <i>cyproheptadine hcl</i> | 122 |
| <i>clonidine</i> | 56 | <i>cyred eq</i> | 88 |
| <i>clonidine hcl</i> | 56 | CYSTADROPS..... | 120 |
| <i>clopidogrel bisulfate</i> | 106 | CYSTAGON | 95 |
| <i>clorazepate dipotassium</i> | 60 | CYSTARAN..... | 120 |
| <i>clotrimazole</i> | 132 | <i>cytarabine</i> | 33 |
| <i>clotrimazole (topical)</i> | 127 | D | |
| <i>clotrimazole w/ betamethasone cream</i> 1-0.05%..... | 127 | D10W/NACL INJ 0.2%..... | 112 |
| <i>clozapine</i> | 70 | D2.5W/NACL INJ 0.45% | 112 |
| COARTEM TAB 20-120MG | 20 | D5W/LYTES INJ #48 | 112 |
| <i>colchicine</i> | 12 | <i>dabigatran etexilate mesylate</i> | 104 |
| <i>colchicine w/ probenecid tab 0.5-500</i> <i>mg</i> | 12 | <i>dalfampridine</i> | 77 |
| <i>colesevelam hcl</i> | 51 | <i>danazol</i> | 92 |
| <i>colestipol hcl</i> | 51 | <i>dantrolene sodium</i> | 78 |
| <i>colistimethate sodium</i> | 16 | <i>dapsone</i> | 17 |
| COMBIGAN SOL 0.2/0.5%..... | 119 | DAPTACEL INJ..... | 110 |
| COMBIVENT AER 20-100..... | 121 | <i>daptomycin</i> | 17 |
| COMETRIQ (60MG DOSE)..... | 37 | DAPTOMYCIN | 17 |
| COMETRIQ KIT 100MG | 37 | <i>darifenacin hydrobromide</i> | 103 |
| COMETRIQ KIT 140MG | 37 | <i>darunavir</i> | 21 |
| COMPLERA TAB | 23 | <i>dasetta 1/35</i> | 88 |
| <i>compro</i> | 98 | <i>dasetta 7/7/7</i> | 88 |
| | | DAURISMO | 37 |
| | | DAYVIGO..... | 75 |
| | | <i>deblitane</i> | 88 |
| | | <i>deferasirox</i> | 87 |

| | | | |
|---|-----|--|--------|
| DELESTROGEN | 92 | <i>diclofenac sodium (topical)</i> | 130 |
| DELSTRIGO TAB | 23 | <i>diclofenac w/ misoprostol tab delayed</i> | |
| DENGVAZIA SUS | 110 | <i>release 50-0.2 mg</i> | 12 |
| <i>depo-testosterone</i> | 80 | <i>diclofenac w/ misoprostol tab delayed</i> | |
| DESCOVY TAB 120-15MG..... | 23 | <i>release 75-0.2 mg</i> | 12 |
| DESCOVY TAB 200/25MG..... | 23 | <i>dicloxacillin sodium</i> | 31 |
| <i>desipramine hcl</i> | 65 | <i>dicyclomine hcl</i> | 99 |
| <i>desloratadine</i> | 122 | DIFICID | 28 |
| <i>desmopressin acetate</i> | 95 | <i>diflunisal</i> | 12 |
| <i>desmopressin acetate spray</i> | 95 | <i>difluprednate</i> | 118 |
| <i>desmopressin acetate spray</i> | | <i>digoxin</i> | 57 |
| <i>refrigerated</i> | 95 | <i>dihydroergotamine mesylate</i> | 75, 76 |
| <i>desogest-eth estrad & eth estrad tab</i> | | DILANTIN | 60 |
| <i>0.15-0.02/0.01 mg(21/5)</i> | 88 | DILANTIN INFATABS | 60 |
| <i>desogestrel & ethinyl estradiol tab 0.15</i> | | DILANTIN-125 | 60 |
| <i>mg-30 mcg</i> | 88 | <i>diltiazem hcl</i> | 53 |
| <i>desvenlafaxine succinate</i> | 65 | <i>diltiazem hcl coated beads</i> | 54 |
| <i>dexamethasone</i> | 93 | <i>diltiazem hcl extended release beads</i> | 54 |
| DEXAMETHASONE INTENSOL..... | 93 | <i>dilt-xr</i> | 53 |
| <i>dexamethasone sodium phosphate</i> ...93 | | <i>dimethyl fumarate</i> | 78 |
| <i>dexamethasone sodium phosphate</i> | | <i>dimethyl fumarate capsule dr starter</i> | |
| <i>(ophth)</i> | 118 | <i>pack 120 mg & 240 mg</i> | 78 |
| <i>dexmethylphenidate hcl</i> | 74 | DIP/TET PED INJ 25-5LFU..... | 110 |
| <i>dextrose</i> | 115 | <i>diphenhydramine hcl</i> | 122 |
| <i>dextrose 10% w/ sodium chloride</i> | | <i>diphenoxylate w/ atropine liq 2.5-0.025</i> | |
| <i>0.45%</i> | 112 | <i>mg/5ml</i> | 100 |
| <i>dextrose 2.5% w/ sodium chloride</i> | | <i>diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-</i> | |
| <i>0.45%</i> | 112 | <i>0.025 mg</i> | 100 |
| <i>dextrose 5% in lactated ringers</i> | 112 | <i>dipyridamole</i> | 106 |
| <i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.2%</i> | | <i>disopyramide phosphate</i> | 49 |
| ..... | 112 | <i>disulfiram</i> | 79 |
| <i>dextrose 5% w/ sodium chloride</i> | | <i>divalproex sodium</i> | 60 |
| <i>0.225%</i> | 112 | <i>docetaxel</i> | 36 |
| <i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3%</i> | | DOCETAXEL..... | 36 |
| ..... | 112 | <i>dofetilide</i> | 49 |
| <i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%</i> | | <i>donepezil hydrochloride</i> | 64 |
| ..... | 112 | DOPTELET | 105 |
| <i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%</i> | | <i>dorzolamide hcl</i> | 119 |
| ..... | 112 | <i>dorzolamide hcl-timolol maleate ophth</i> | |
| DIACOMIT | 60 | <i>soln 22.3-6.8 mg/ml</i> | 119 |
| <i>diazepam</i> | 60 | <i>dotti</i> | 92 |
| <i>diazepam (anticonvulsant)</i> | 60 | DOVATO TAB 50-300MG | 23 |
| <i>diazepam inj</i> | 60 | <i>doxazosin mesylate</i> | 46 |
| <i>diazoxide</i> | 94 | <i>doxepin hcl</i> | 65, 66 |
| <i>diclofenac potassium</i> | 12 | <i>doxepin hcl (sleep)</i> | 75 |
| <i>diclofenac sodium</i> | 12 | <i>doxercalciferol</i> | 97 |
| <i>diclofenac sodium (ophth)</i> | 118 | <i>doxorubicin hcl</i> | 33 |

| | | | |
|---|-----|---|---------|
| <i>doxorubicin hcl liposomal</i> | 33 | <i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 200-300 mg</i> | 24 |
| <i>doxy 100</i> | 32 | EMTRIVA | 21 |
| <i>doxycycline (monohydrate)</i> | 32 | EMVERM..... | 17 |
| <i>doxycycline hyclate</i> | 32 | <i>enalapril maleate</i> | 45 |
| DRIZALMA SPRINKLE | 66 | <i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 10-25 mg</i> | 45 |
| <i>dronabinol</i> | 98 | <i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 5-12.5 mg</i> | 44 |
| <i>drosiprenone-ethinyl estradiol tab 3-0.02 mg</i> | 88 | ENBREL..... | 106 |
| <i>drosiprenone-ethinyl estradiol tab 3-0.03 mg</i> | 88 | ENBREL MINI | 106 |
| DROXIA..... | 105 | ENBREL SURECLICK..... | 106 |
| <i>droxidopa</i> | 57 | ENDARI..... | 105 |
| <i>duloxetine hcl</i> | 66 | <i>endocet tab 10-325mg</i> | 14 |
| DUPIXENT..... | 106 | <i>endocet tab 2.5-325mg</i> | 14 |
| <i>dutasteride</i> | 102 | <i>endocet tab 5-325mg</i> | 14 |
| <i>dutasteride-tamsulosin hcl cap 0.5-0.4 mg</i> | 102 | <i>endocet tab 7.5-325mg</i> | 14 |
| E | | ENGERIX-B | 110 |
| <i>e.e.s. 400</i> | 28 | <i>enoxaparin sodium</i> | 104 |
| <i>ec-naproxen</i> | 12 | <i>enpresse-28</i> | 88 |
| EDARBI | 49 | <i>enskyce</i> | 88 |
| EDARBYCLOR TAB 40-12.5..... | 47 | ENSTILAR AER | 129 |
| EDARBYCLOR TAB 40-25MG | 47 | <i>entacapone</i> | 69 |
| EDURANT | 21 | <i>entecavir</i> | 25 |
| <i>efavirenz</i> | 21 | ENTRESTO TAB 24-26MG..... | 47 |
| <i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab 600-200-300 mg</i> | 23 | ENTRESTO TAB 49-51MG..... | 47 |
| <i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 400-300-300 mg</i> | 23 | ENTRESTO TAB 97-103MG..... | 47 |
| <i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 600-300-300 mg</i> | 23 | <i>enulose</i> | 100 |
| ELIGARD | 34 | EPCLUSA PAK 150-37.5..... | 25 |
| <i>elinest</i> | 88 | EPCLUSA PAK 200-50MG | 25 |
| ELIQUIS | 104 | EPCLUSA TAB 200-50MG | 25 |
| ELIQUIS STARTER PACK | 104 | EPCLUSA TAB 400-100 | 25 |
| ELLENCÉ..... | 33 | EPIDIOLEX | 60 |
| <i>eluryng</i> | 88 | <i>epinephrine (anaphylaxis)</i> | 57, 123 |
| EMCYT | 34 | <i>epitol</i> | 60 |
| <i>emoquette</i> | 88 | EPIVIR HBV | 25 |
| EMSAM..... | 66 | <i>eplerenone</i> | 46 |
| <i>emtricitabine</i> | 21 | EPRONTIA | 60 |
| <i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 100-150 mg</i> | 23 | <i>ergotamine w/ caffeine tab 1-100 mg</i> | 76 |
| <i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 133-200 mg</i> | 24 | ERIVEDGE | 37 |
| <i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 167-250 mg</i> | 24 | ERLEADA..... | 34 |
| | | <i>erlotinib hcl</i> | 37 |
| | | <i>errin</i> | 88 |
| | | <i>ertapenem sodium</i> | 17 |
| | | <i>ery</i> | 127 |
| | | <i>ery-tab</i> | 28 |

| | | | |
|---|--------|--|----------|
| ERYTHROCIN LACTOBIONATE..... | 28 | <i>famotidine</i> | 99 |
| <i>erythrocin stearate</i> | 28 | <i>famotidine in nacl 0.9% iv soln 20</i> | |
| <i>erythromycin (acne aid)</i> | 127 | <i>mg/50ml</i> | 99 |
| <i>erythromycin (ophth)</i> | 117 | FANAPT..... | 70 |
| <i>erythromycin base</i> | 28 | FANAPT PAK..... | 70 |
| <i>erythromycin ethylsuccinate</i> | 28 | FARXIGA..... | 80 |
| <i>erythromycin lactobionate</i> | 28 | FASENRA..... | 123 |
| <i>escitalopram oxalate</i> | 66 | FASENRA PEN..... | 123 |
| <i>esomeprazole magnesium</i> | 102 | <i>febuxostat</i> | 12 |
| <i>estarylla</i> | 88 | <i>felbamate</i> | 61 |
| <i>estradiol</i> | 92 | <i>felodipine</i> | 54 |
| <i>estradiol & norethindrone acetate tab</i> | | <i>femynor</i> | 88 |
| <i>0.5-0.1 mg</i> | 92 | <i>fenofibrate</i> | 50 |
| <i>estradiol & norethindrone acetate tab</i> | | <i>fenofibrate micronized</i> | 50 |
| <i>1-0.5 mg</i> | 92 | <i>fentanyl</i> | 13 |
| <i>estradiol vaginal</i> | 92 | <i>fentanyl citrate</i> | 14 |
| <i>estradiol valerate</i> | 92 | <i>fesoterodine fumarate</i> | 103 |
| <i>ethambutol hcl</i> | 24 | FETZIMA..... | 66 |
| <i>ethosuximide</i> | 60, 61 | FETZIMA CAP TITRATIO..... | 66 |
| <i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol</i> | | FIASP FLEX INJ TOUCH..... | 83 |
| <i>tab 1 mg-35 mcg</i> | 88 | FIASP INJ 100/ML..... | 83 |
| <i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol</i> | | FIASP PENFIL INJ U-100..... | 84 |
| <i>tab 1 mg-50 mcg</i> | 88 | FINACEA..... | 130 |
| <i>etodolac</i> | 13 | <i>finasteride</i> | 102 |
| <i>etonogestrel-ethinyl estradiol va ring</i> | | <i>fingolimod hcl</i> | 78 |
| <i>0.120-0.015 mg/24hr</i> | 88 | FINTEPLA..... | 61 |
| <i>etoposide</i> | 36 | <i>flac</i> | 120 |
| <i>etravirine</i> | 21 | FLAREX..... | 118 |
| EUCRISA..... | 130 | FLEBOGAMMA DIF..... | 108 |
| EULEXIN..... | 34 | <i>flecainide acetate</i> | 50 |
| <i>euthyrox</i> | 97 | FLOVENT DISKUS..... | 125, 126 |
| <i>everolimus</i> | 37 | FLOVENT HFA..... | 126 |
| <i>everolimus (immunosuppressant)</i> .. | 109 | <i>fluconazole</i> | 19 |
| EVOTAZ TAB 300-150..... | 24 | <i>fluconazole in nacl 0.9% inj 200</i> | |
| <i>exemestane</i> | 34 | <i>mg/100ml</i> | 19 |
| EXKIVITY..... | 37 | <i>fluconazole in nacl 0.9% inj 400</i> | |
| EYSUVIS..... | 118 | <i>mg/200ml</i> | 19 |
| EZALLOR SPRINKLE..... | 50 | <i>flucytosine</i> | 19 |
| <i>ezetimibe</i> | 51 | <i>fludrocortisone acetate</i> | 93 |
| <i>ezetimibe-simvastatin tab 10-10 mg</i> .51 | | <i>flunisolide (nasal)</i> | 125 |
| <i>ezetimibe-simvastatin tab 10-20 mg</i> .51 | | <i>fluocinolone acetonide</i> | 129 |
| <i>ezetimibe-simvastatin tab 10-40 mg</i> .51 | | <i>fluocinolone acetonide (otic)</i> | 120 |
| <i>ezetimibe-simvastatin tab 10-80 mg</i> .51 | | <i>fluocinonide</i> | 129 |
| F | | <i>fluocinonide emulsified base</i> | 129 |
| FABRAZYME..... | 95 | <i>fluorometholone (ophth)</i> | 118 |
| <i>falmina</i> | 88 | <i>fluorouracil</i> | 33 |
| <i>famciclovir</i> | 25 | <i>fluorouracil (topical)</i> | 130 |

| | | | |
|---|--------|--|--------|
| <i>fluoxetine hcl</i> | 66 | <i>gemcitabine hcl</i> | 33 |
| <i>fluphenazine decanoate</i> | 70 | <i>gemfibrozil</i> | 50 |
| <i>fluphenazine hcl</i> | 70 | GEMTESA | 103 |
| <i>flurbiprofen</i> | 13 | <i>generlac</i> | 100 |
| <i>flurbiprofen sodium</i> | 118 | <i>gengraf</i> | 110 |
| <i>fluticasone propionate</i> | 129 | GENOTROPIN | 95 |
| <i>fluticasone propionate (nasal)</i> | 125 | GENOTROPIN MINIQUICK | 95 |
| <i>fluvastatin sodium</i> | 50, 51 | <i>gentak</i> | 117 |
| <i>fluvoxamine maleate</i> | 59 | <i>gentamicin in saline inj 0.8 mg/ml</i> ... | 17 |
| <i>fondaparinux sodium</i> | 104 | <i>gentamicin in saline inj 1 mg/ml</i> | 17 |
| <i>formoterol fumarate</i> | 122 | <i>gentamicin in saline inj 1.2 mg/ml</i> ... | 17 |
| FORTEO | 86 | <i>gentamicin in saline inj 1.6 mg/ml</i> ... | 17 |
| FOSAMAX + D TAB 70-2800 | 86 | <i>gentamicin in saline inj 2 mg/ml</i> | 17 |
| FOSAMAX + D TAB 70-5600 | 86 | <i>gentamicin sulfate</i> | 17 |
| <i>fosamprenavir calcium</i> | 21 | <i>gentamicin sulfate (ophth)</i> | 117 |
| <i>fosinopril sodium</i> | 45 | <i>gentamicin sulfate (topical)</i> | 127 |
| <i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide</i> <i>tab 10-12.5 mg</i> | 45 | GENVOYA TAB | 24 |
| <i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide</i> <i>tab 20-12.5 mg</i> | 45 | GILOTRIF | 38 |
| FOTIVDA | 38 | <i>glatiramer acetate</i> | 78 |
| FREAMINE III INJ 10% | 116 | <i>glatopa</i> | 78 |
| <i>fulvestrant</i> | 34 | GLEOSTINE | 33 |
| <i>furosemide</i> | 55 | <i>glimepiride</i> | 80 |
| <i>furosemide inj</i> | 55 | <i>glipizide</i> | 80, 81 |
| FUZEON | 21 | <i>glipizide xl</i> | 81 |
| <i>fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg</i> | 92 | <i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-250 mg</i> | 81 |
| <i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i> | 93 | <i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-500 mg</i> | 81 |
| FYCOMPA | 61 | <i>glipizide-metformin hcl tab 5-500 mg</i> 81 | |
| G | | <i>glycopyrrolate</i> | 99 |
| <i>gabapentin</i> | 61 | <i>glydo</i> | 130 |
| <i>galantamine hydrobromide</i> | 64 | GLYXAMBI TAB 10-5 MG | 81 |
| GAMASTAN INJ | 108 | GLYXAMBI TAB 25-5 MG | 81 |
| GAMMAGARD LIQUID | 108 | GOLYTELY SOL | 100 |
| GAMMAGARD S/D IGA LESS TH | 109 | GRALISE | 77 |
| GAMMAKED | 109 | <i>granisetron hcl</i> | 98 |
| GAMMAPLEX | 109 | <i>griseofulvin microsize</i> | 19 |
| GAMUNEX-C | 109 | <i>griseofulvin ultramicrosize</i> | 20 |
| <i>ganciclovir sodium</i> | 25 | <i>guanfacine hcl</i> | 57 |
| GARDASIL 9 INJ | 110 | <i>guanfacine hcl (adhd)</i> | 74 |
| <i>gatifloxacin (ophth)</i> | 117 | GVOKE HYPOPEN 2-PACK | 94 |
| GATTEX | 101 | GVOKE KIT | 94 |
| GAUZE PADS 2 | 84 | GVOKE PFS | 94 |
| <i>gavilyte-c</i> | 100 | H | |
| <i>gavilyte-g</i> | 100 | HAEGARDA | 105 |
| GAVRETO | 38 | <i>hailey 1.5/30</i> | 88 |
| <i>gefitinib</i> | 38 | <i>halobetasol propionate</i> | 129 |

| | | | |
|---|-----|--|-----|
| <i>haloperidol</i> | 70 | <i>hydromorphone hcl</i> | 15 |
| <i>haloperidol decanoate</i> | 70 | <i>hydroxychloroquine sulfate</i> | 108 |
| <i>haloperidol lactate</i> | 70 | <i>hydroxyurea</i> | 35 |
| HARVONI PAK 33.75-150MG | 25 | <i>hydroxyzine hcl</i> | 122 |
| HARVONI PAK 45-200MG | 25 | <i>hydroxyzine pamoate</i> | 122 |
| HARVONI TAB 45-200MG | 25 | HYSINGLA ER..... | 13 |
| HARVONI TAB 90-400MG | 26 | I | |
| HAVRIX | 110 | <i>ibandronate sodium</i> | 86 |
| <i>heather</i> | 89 | IBRANCE | 38 |
| HEP SOD/D5W INJ 20000UNT..... | 104 | <i>ibu</i> | 13 |
| HEP SOD/D5W INJ 25000UNT..... | 104 | <i>ibuprofen</i> | 13 |
| HEP SOD/NAACL INJ 12500UNT..... | 104 | <i>icatibant acetate</i> | 105 |
| HEP SOD/NAACL INJ 25000UNT..... | 104 | <i>iclevia</i> | 89 |
| <i>heparin sodium (porcine)</i> | 104 | ICLUSIG..... | 38 |
| HEPARIN/NAACL INJ 25000UNT..... | 104 | IDHIFA..... | 38 |
| HEPLISAV-B | 110 | ILEVRO | 118 |
| HERCEP HYLEC SOL 60-10000 | 38 | <i>imatinib mesylate</i> | 38 |
| HERCEPTIN | 38 | IMBRUVICA | 38 |
| HERZUMA | 38 | <i>imipenem-cilastatin intravenous for</i> | |
| HIBERIX | 110 | <i>soln 250 mg</i> | 17 |
| HUMIRA | 106 | <i>imipenem-cilastatin intravenous for</i> | |
| HUMIRA PEDIA INJ CROHNS..... | 107 | <i>soln 500 mg</i> | 17 |
| HUMIRA PEDIATRIC CROHNS D | 107 | <i>imipramine hcl</i> | 66 |
| HUMIRA PEN | 107 | <i>imiquimod</i> | 130 |
| HUMIRA PEN KIT PS/UV..... | 107 | IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)..... | 111 |
| HUMIRA PEN-CD/UC/HS START | 107 | <i>incassia</i> | 89 |
| HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S | 107 | INCRELEX..... | 95 |
| HUMIRA PEN-PS/UV STARTER..... | 107 | INCRUSE ELLIPTA..... | 121 |
| HUMULIN R U-500 (CONCENTR..... | 84 | <i>indapamide</i> | 55 |
| HUMULIN R U-500 KWIKPEN | 84 | INFANRIX INJ | 111 |
| <i>hydralazine hcl</i> | 57 | INFLIXIMAB | 107 |
| <i>hydrochlorothiazide</i> | 55 | INGREZZA..... | 77 |
| <i>hydrocodone bitartrate</i> | 13 | INGREZZA CAP 40-80MG | 77 |
| <i>hydrocodone-acetaminophen soln 7.5-</i> | | INLYTA..... | 38 |
| <i>325 mg/15ml</i> | 14 | INQOVI TAB 35-100MG | 33 |
| <i>hydrocodone-acetaminophen tab 10-</i> | | INREBIC..... | 38 |
| <i>325 mg</i> | 14 | INSULIN PEN NEEDLES: BD/NOVO... 84 | |
| <i>hydrocodone-acetaminophen tab 5-325</i> | | INSULIN SAFETY NEEDLES..... | 84 |
| <i>mg</i> | 14 | INSULIN SYRINGES: BD | 84 |
| <i>hydrocodone-acetaminophen tab 7.5-</i> | | INTELENCE | 21 |
| <i>325 mg</i> | 14 | INTRALIPID | 116 |
| <i>hydrocodone-ibuprofen tab 7.5-200 mg</i> | | INTRON A..... | 109 |
| ..... | 15 | <i>introvale</i> | 89 |
| <i>hydrocortisone</i> | 93 | INVEGA HAFYERA | 71 |
| <i>hydrocortisone (intrarectal)</i> | 99 | INVEGA SUSTENNA..... | 71 |
| <i>hydrocortisone (rectal)</i> | 130 | INVEGA TRINZA | 71 |
| <i>hydrocortisone (topical)</i> | 130 | IPOL INJ INACTIVE | 111 |

| | |
|--|-----|
| <i>ipratropium bromide</i> | 121 |
| <i>ipratropium bromide (nasal)</i> | 121 |
| <i>ipratropium-albuterol nebu soln 0.5-2.5(3) mg/3ml</i> | 121 |
| <i>irbesartan</i> | 49 |
| <i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 150-12.5 mg</i> | 47 |
| <i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 300-12.5 mg</i> | 47 |
| IRESSA | 39 |
| <i>irinotecan hcl</i> | 35 |
| ISENTRESS | 21 |
| ISENTRESS HD | 21 |
| <i>isibloom</i> | 89 |
| ISOLYTE-P INJ /D5W | 112 |
| ISOLYTE-S INJ | 112 |
| ISOLYTE-S INJ PH 7.4 | 112 |
| <i>isoniazid</i> | 24 |
| ISOPTO ATROPINE | 120 |
| <i>isosorbide dinitrate</i> | 57 |
| <i>isosorbide mononitrate</i> | 57 |
| <i>isotretinoin</i> | 127 |
| <i>isradipine</i> | 54 |
| <i>itraconazole</i> | 20 |
| <i>ivermectin</i> | 17 |
| IXIARO INJ | 111 |
| J | |
| JAKAFI | 39 |
| <i>jantoven</i> | 104 |
| JANUMET TAB 50-1000 | 81 |
| JANUMET TAB 50-500MG | 81 |
| JANUMET XR TAB 100-1000 | 81 |
| JANUMET XR TAB 50-1000 | 81 |
| JANUMET XR TAB 50-500MG | 81 |
| JANUVIA..... | 81 |
| JARDIANCE | 81 |
| <i>jasmiel</i> | 89 |
| <i>javygtor</i> | 95 |
| JAYPIRCA | 39 |
| JENTADUETO TAB 2.5-1000 | 81 |
| JENTADUETO TAB 2.5-500 | 81 |
| JENTADUETO TAB 2.5-850 | 81 |
| JENTADUETO TAB XR 2.5-1000MG ... | 82 |
| JENTADUETO TAB XR 5-1000MG | 82 |
| <i>jinteli</i> | 93 |
| <i>jolessa</i> | 89 |
| <i>juleber</i> | 89 |

| | |
|--|----------|
| JULUCA TAB 50-25MG | 24 |
| <i>junel 1.5/30</i> | 89 |
| <i>junel 1/20</i> | 89 |
| <i>junel fe 1.5/30</i> | 89 |
| <i>junel fe 1/20</i> | 89 |
| K | |
| KADCYLA..... | 39 |
| KALYDECO..... | 124 |
| KANJINTI | 39 |
| <i>kariva</i> | 89 |
| <i>kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i> | 112 |
| <i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.2% inj</i> | 112 |
| <i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i> | 113 |
| <i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj</i> | 113 |
| <i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj</i> | 113 |
| <i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj</i> | 113 |
| <i>kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i> | 113 |
| <i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i> | 113 |
| <i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj</i> | 113 |
| <i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj</i> | 113 |
| KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9% | 113 |
| <i>kelnor 1/35</i> | 89 |
| <i>kelnor 1/50</i> | 89 |
| KERENDIA | 46 |
| KESIMPTA | 78 |
| <i>ketoconazole</i> | 20 |
| <i>ketoconazole (topical)</i> | 127, 128 |
| <i>ketorolac tromethamine (ophth)</i> | 118 |
| KEVZARA | 107 |
| KEYTRUDA..... | 39 |
| KINRIX INJ | 111 |
| KISQALI 200 DOSE | 39 |
| KISQALI 200 PAK FEMARA | 35 |
| KISQALI 400 DOSE | 39 |
| KISQALI 400 PAK FEMARA | 35 |
| KISQALI 600 DOSE | 39 |
| KISQALI 600 PAK FEMARA | 35 |

| | | | |
|---|------|--|--------|
| <i>klor-con</i> | 114 | LEUKERAN..... | 33 |
| <i>klor-con 10</i> | 114 | <i>leuprolide acetate</i> | 34 |
| <i>klor-con 8</i> | 114 | <i>levabuterol hcl</i> | 123 |
| <i>klor-con m10</i> | 114 | <i>levabuterol tartrate</i> | 123 |
| <i>klor-con m15</i> | 114 | LEVEMIR | 84 |
| <i>klor-con m20</i> | 114 | LEVEMIR FLEXPEN | 84 |
| KORLYM | 95 | LEVEMIR FLEXTOUCH..... | 84 |
| KRAZATI..... | 39 | <i>levetiracetam</i> | 61, 62 |
| <i>kurvelo</i> | 89 | <i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> | |
| L | | 1000 mg/100ml..... | 62 |
| <i>labetalol hcl</i> | 52 | <i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> | |
| <i>lacosamide</i> | 61 | 1500 mg/100ml..... | 62 |
| <i>lacosamide oral</i> | 61 | <i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> | |
| <i>lactated ringer's solution</i> | 113 | 500 mg/100ml | 62 |
| <i>lactic acid (ammonium lactate)</i> | 130, | <i>levobunolol hcl</i> | 119 |
| 131 | | <i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i> .. | 95 |
| <i>lactulose</i> | 100 | <i>levocetirizine dihydrochloride</i> | 122 |
| <i>lactulose (encephalopathy)</i> | 100 | <i>levofloxacin</i> | 29 |
| <i>lamivudine</i> | 21 | <i>levofloxacin in d5w iv soln 250</i> | |
| <i>lamivudine (hbv)</i> | 26 | mg/50ml | 29 |
| <i>lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg</i> | | <i>levofloxacin in d5w iv soln 500</i> | |
| ..... | 24 | mg/100ml..... | 29 |
| <i>lamotrigine</i> | 61 | <i>levofloxacin in d5w iv soln 750</i> | |
| <i>lansoprazole</i> | 102 | mg/150ml..... | 29 |
| LANTUS..... | 84 | <i>levonest</i> | 89 |
| LANTUS SOLOSTAR..... | 84 | <i>levonorgestrel & ethinyl estradiol (91-</i> | |
| <i>lapatinib ditosylate</i> | 39 | <i>day) tab 0.15-0.03 mg</i> | 89 |
| <i>larin 1.5/30</i> | 89 | <i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab</i> | |
| <i>larin 1/20</i> | 89 | 0.1 mg-20 mcg | 89 |
| <i>larin fe 1.5/30</i> | 89 | <i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab</i> | |
| <i>larin fe 1/20</i> | 89 | 0.15 mg-30 mcg..... | 89 |
| <i>latanoprost</i> | 119 | <i>levonorgestrel-eth estra tab 0.05-</i> | |
| LATUDA..... | 71 | 30/0.075-40/0.125-30mg-mcg | 89 |
| <i>leena</i> | 89 | <i>levora 0.15/30-28</i> | 89 |
| <i>leflunomide</i> | 108 | <i>levothyroxine sodium</i> | 97 |
| <i>lenalidomide</i> | 35 | <i>levoxyl</i> | 97 |
| LENVIMA 10 MG DAILY DOSE | 39 | LEXIVA | 21 |
| LENVIMA 12MG DAILY DOSE | 39 | <i>lidocaine</i> | 130 |
| LENVIMA 20 MG DAILY DOSE | 39 | <i>lidocaine hcl</i> | 130 |
| LENVIMA 4 MG DAILY DOSE | 39 | <i>lidocaine hcl (local anesth.)</i> | 16 |
| LENVIMA 8 MG DAILY DOSE | 39 | <i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i> | 132 |
| LENVIMA CAP 14 MG | 39 | <i>lidocaine-prilocaine cream 2.5-2.5%</i> | |
| LENVIMA CAP 18 MG | 40 | ..... | 130 |
| LENVIMA CAP 24 MG | 40 | <i>lillow</i> | 89 |
| <i>lessina</i> | 89 | <i>linezolid</i> | 17 |
| <i>letrozole</i> | 34 | <i>linezolid in sodium chloride iv soln 600</i> | |
| <i>leucovorin calcium</i> | 43 | mg/300ml-0.9%..... | 17 |

| | | | |
|---|-----|--|--------|
| LINZESS..... | 101 | LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH)..... | 95 |
| <i>liothyronine sodium</i> | 97 | <i>lurasidone hcl</i> | 71 |
| <i>lisinopril</i> | 45 | <i>lutea</i> | 90 |
| <i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i> | 45 | <i>lyleq</i> | 90 |
| <i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i> | 45 | <i>lyllana</i> | 93 |
| <i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i> | 45 | LYNPARZA | 40 |
| <i>lithium carbonate</i> | 77 | LYSODREN | 34 |
| LIVALO..... | 51 | LYTGOBI | 40 |
| <i>loestrin 1.5/30-21</i> | 89 | <i>lyza</i> | 90 |
| <i>loestrin 1/20-21</i> | 89 | M | |
| <i>loestrin fe 1.5/30</i> | 89 | <i>magnesium sulfate</i> | 113 |
| <i>loestrin fe 1/20</i> | 89 | MAGNESIUM SULFATE | 113 |
| LOKELMA..... | 87 | <i>magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1 gm/100ml</i> | 113 |
| LONSURF TAB 15-6.14 | 33 | <i>malathion</i> | 131 |
| LONSURF TAB 20-8.19 | 33 | <i>maraviroc</i> | 21 |
| <i>loperamide hcl</i> | 101 | <i>marlissa</i> | 90 |
| <i>lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80-20 mg/ml)</i> | 24 | MARPLAN | 66 |
| <i>lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg</i> | 24 | MATULANE | 35 |
| <i>lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg</i> | 24 | <i>matzim la</i> | 54 |
| <i>lorazepam</i> | 59 | MAVYRET PAK 50-20MG | 26 |
| <i>lorazepam intensol</i> | 59 | MAVYRET TAB 100-40MG..... | 26 |
| LORBRENA..... | 40 | <i>meclizine hcl</i> | 98 |
| <i>loryna</i> | 90 | <i>medroxyprogesterone acetate</i> | 96 |
| <i>losartan potassium</i> | 49 | <i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive)</i> | 90 |
| <i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg</i> | 47 | <i>mefloquine hcl</i> | 20 |
| <i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i> 47 | | <i>megestrol acetate</i> | 34, 96 |
| <i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 50-12.5 mg</i> | 47 | <i>megestrol acetate (appetite)</i> | 97 |
| LOTEMAX..... | 118 | MEKINIST..... | 40 |
| <i>lovastatin</i> | 51 | MEKTOVI..... | 40 |
| <i>low-ogestrel</i> | 90 | <i>meloxicam</i> | 13 |
| <i>loxapine succinate</i> | 71 | <i>memantine hcl</i> | 64 |
| LUMAKRAS..... | 40 | MENACTRA INJ..... | 111 |
| LUMIGAN..... | 119 | MENQUADFI INJ | 111 |
| LUMIZYME | 95 | MENVEO INJ | 111 |
| LUPRON DEPOT (1-MONTH) | 34 | MENVEO SOL | 111 |
| LUPRON DEPOT (3-MONTH) | 34 | <i>mercaptopurine</i> | 33 |
| LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)..... | 95 | <i>meropenem</i> | 17 |
| LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)..... | 95 | <i>mesalamine</i> | 99 |
| | | <i>mesalamine w/ cleanser</i> | 99 |
| | | MESNEX | 43 |
| | | <i>metadate er</i> | 74 |
| | | <i>metformin hcl</i> | 82 |
| | | <i>methadone hcl</i> | 13 |
| | | <i>methadone hydrochloride i</i> | 14 |
| | | <i>methazolamide</i> | 55 |

| | | | |
|---|---------|---|--------|
| <i>methenamine hippurate</i> | 17 | <i>morphine sulfate</i> | 14, 15 |
| <i>methimazole</i> | 97 | MORPHINE SULFATE | 15 |
| <i>methotrexate sodium</i> | 33, 108 | MORPHINE SULFATE/SODIUM C..... | 15 |
| <i>methsuximide</i> | 62 | MOVANTIK..... | 101 |
| <i>methylphenidate hcl</i> | 74, 75 | <i>moxifloxacin hcl</i> | 29 |
| <i>methylprednisolone</i> | 93 | <i>moxifloxacin hcl (ophth)</i> | 117 |
| <i>methylprednisolone acetate</i> | 93 | MULTAQ..... | 50 |
| <i>methylprednisolone sod succ</i> | 93 | <i>mupirocin</i> | 127 |
| <i>metoclopramide hcl</i> | 98 | MVASI | 40 |
| <i>metolazone</i> | 55 | <i>mycophenolate mofetil</i> | 110 |
| <i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab</i> 100-25 mg..... | 52 | <i>mycophenolate sodium</i> | 110 |
| <i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab</i> 100-50 mg..... | 52 | MYRBETRIQ | 103 |
| <i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab</i> 50-25 mg | 52 | N | |
| <i>metoprolol succinate</i> | 53 | <i>nabumetone</i> | 13 |
| <i>metoprolol tartrate</i> | 53 | <i>nadolol</i> | 53 |
| <i>metronidazole</i> | 17, 18 | <i>nafcillin sodium</i> | 31 |
| <i>metronidazole (topical)</i> | 131 | NAGLAZYME | 95 |
| <i>metronidazole vaginal</i> | 103 | <i>nalbuphine hcl</i> | 15 |
| <i>metyrosine</i> | 57 | <i>naloxone hcl</i> | 79 |
| MG SO4/D5W INJ 10MG/ML | 113 | <i>naltrexone hcl</i> | 79 |
| <i>micafungin sodium</i> | 20 | NAMZARIC CAP 14-10MG..... | 65 |
| <i>microgestin 1.5/30</i> | 90 | NAMZARIC CAP 21-10MG..... | 65 |
| <i>microgestin 1/20</i> | 90 | NAMZARIC CAP 28-10MG..... | 65 |
| <i>microgestin fe 1.5/30</i> | 90 | NAMZARIC CAP 7-10MG | 65 |
| <i>microgestin fe 1/20</i> | 90 | NAMZARIC CAP PACK..... | 65 |
| <i>midodrine hcl</i> | 57 | <i>naproxen</i> | 13 |
| <i>miglustat</i> | 95 | <i>naproxen sodium</i> | 13 |
| <i>mili</i> | 90 | <i>naratriptan hcl</i> | 76 |
| <i>mimvey</i> | 93 | NATACYN | 117 |
| <i>minocycline hcl</i> | 32 | <i>nateglinide</i> | 82 |
| <i>minoxidil</i> | 57 | NATPARA..... | 86 |
| <i>mirtazapine</i> | 66 | NAYZILAM | 62 |
| <i>misoprostol</i> | 101 | <i>nebivolol hcl</i> | 53 |
| MITIGARE..... | 12 | <i>necon 0.5/35-28</i> | 90 |
| M-M-R II INJ | 111 | <i>nefazodone hcl</i> | 66 |
| M-NATAL PLUS TAB | 114 | <i>neomycin sulfate</i> | 18 |
| <i>modafinil</i> | 78 | <i>neomycin-bacitrac zn-polymyx</i> 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin | 117 |
| <i>moexipril hcl</i> | 45 | <i>neomycin-polymy-gramicid op sol</i> 1.75-10000-0.025mg-unt-mg/ml | 117 |
| <i>molindone hcl</i> | 71 | <i>neomycin-polymyxin-dexamethasone</i> <i>ophth oint 0.1%</i> | 116 |
| <i>mometasone furoate</i> | 130 | <i>neomycin-polymyxin-dexamethasone</i> <i>ophth susp 0.1%</i> | 116 |
| <i>mometasone furoate (nasal)</i> | 125 | <i>neomycin-polymyxin-hc ophth susp</i> | 116 |
| MONJUVI | 40 | | |
| <i>mono-linyah</i> | 90 | | |
| <i>montelukast sodium</i> | 123 | | |

| | | | |
|---|-----|--|-----|
| <i>neomycin-polymyxin-hc otic soln 1%</i> | | <i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-</i> | |
| ..... | 120 | 35/0.215-35/0.25-35 mg-mcg | 91 |
| <i>neomycin-polymyxin-hc otic susp 3.5</i> | | NORITATE | 131 |
| mg/ml-10000 unit/ml-1% | 120 | <i>norlyroc</i> | 91 |
| <i>neo-polycin 5(3.5)mg-400unt-</i> | | NORPACE CR | 50 |
| 10000unt op oin | 117 | <i>nortrel 0.5/35 (28)</i> | 91 |
| <i>neo-polycin hc ophth oint 1%</i> | 116 | <i>nortrel 1/35 (21)</i> | 91 |
| NERLYNX | 40 | <i>nortrel 1/35 (28)</i> | 91 |
| NEUPRO | 69 | <i>nortrel 7/7/7</i> | 91 |
| <i>nevirapine</i> | 22 | <i>nortriptyline hcl</i> | 66 |
| NEXAVAR | 40 | NORVIR | 22 |
| <i>niacin (antihyperlipidemic)</i> | 52 | NOVOLIN INJ 70/30 | 84 |
| <i>nicardipine hcl</i> | 54 | NOVOLIN INJ 70/30 FP | 84 |
| NICOTROL INHALER | 80 | NOVOLIN N | 84 |
| NICOTROL NS | 80 | NOVOLIN N FLEXPEN | 84 |
| <i>nifedipine</i> | 54 | NOVOLIN R | 84 |
| <i>nikki</i> | 90 | NOVOLIN R FLEXPEN | 84 |
| <i>nilutamide</i> | 34 | NOVOLOG | 84 |
| <i>nimodipine</i> | 54 | NOVOLOG FLEXPEN | 85 |
| NINLARO | 40 | NOVOLOG MIX INJ 70/30 | 85 |
| <i>nisoldipine</i> | 54 | NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN | 85 |
| <i>nitazoxanide</i> | 18 | NOVOLOG PENFILL | 85 |
| <i>nitisinone</i> | 96 | NOXAFIL | 20 |
| NITRO-BID | 57 | NUBEQA | 34 |
| <i>nitrofurantoin macrocrystal</i> | 18 | NUDEXTA CAP 20-10MG | 77 |
| <i>nitrofurantoin monohyd macro</i> | 18 | NULOJIX | 110 |
| <i>nitroglycerin</i> | 57 | NUPLAZID | 71 |
| <i>nizatidine</i> | 99 | NURTEC | 76 |
| <i>nora-be</i> | 90 | NUTRILIPID | 116 |
| <i>norethindrone (contraceptive)</i> | 90 | NUZYRA | 32 |
| <i>norethindrone ace & ethinyl estradiol</i> | | <i>nyamyc</i> | 128 |
| tab 1 mg-20 mcg | 90 | <i>nylia 1/35</i> | 91 |
| <i>norethindrone ace & ethinyl estradiol</i> | | <i>nylia 7/7/7</i> | 91 |
| tab 1.5 mg-30 mcg | 90 | NYMALIZE | 54 |
| <i>norethindrone ace & ethinyl estradiol-fe</i> | | <i>nymyo</i> | 91 |
| tab 1 mg-20 mcg | 90 | <i>nystatin</i> | 20 |
| <i>norethindrone acetate</i> | 97 | <i>nystatin (mouth-throat)</i> | 132 |
| <i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol</i> | | <i>nystatin (topical)</i> | 128 |
| tab 0.5 mg-2.5 mcg | 93 | <i>nystop</i> | 128 |
| <i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol</i> | | ○ | |
| tab 1 mg-5 mcg | 93 | <i>ocella</i> | 91 |
| <i>norethindrone ac-ethinyl estrad-fe tab</i> | | OCTAGAM | 109 |
| 1-20/1-30/1-35 mg-mcg | 90 | <i>octreotide acetate</i> | 96 |
| <i>norgestimate & ethinyl estradiol tab</i> | | ODEFSEY TAB | 24 |
| 0.25 mg-35 mcg | 90 | ODOMZO | 40 |
| <i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-</i> | | OFEV | 124 |
| 25/0.215-25/0.25-25 mg-mcg | 91 | <i>ofloxacin (ophth)</i> | 117 |

| | | | |
|---|-----|--|-----|
| <i>ofloxacin (otic)</i> | 120 | ONTRUZANT | 40 |
| OGIVRI | 40 | ONUREG..... | 34 |
| OGIVRI INJ 420MG | 40 | OPSUMIT..... | 58 |
| <i>olanzapine</i> | 71 | ORENITRAM..... | 58 |
| <i>olmesartan medoxomil</i> | 49 | ORGOVYX..... | 34 |
| <i>olmesartan medoxomil-</i> <i>hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i> | 47 | ORKAMBI GRA 100-125..... | 124 |
| <i>olmesartan medoxomil-</i> <i>hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i> | 48 | ORKAMBI GRA 150-188..... | 124 |
| <i>olmesartan medoxomil-</i> <i>hydrochlorothiazide tab 40-25 mg</i> . | 48 | ORKAMBI GRA 75-94MG..... | 124 |
| <i>olmesartan-amlodipine-</i> <i>hydrochlorothiazide tab 20-5-12.5</i> <i>mg</i> | 48 | ORKAMBI TAB 100-125 | 124 |
| <i>olmesartan-amlodipine-</i> <i>hydrochlorothiazide tab 40-10-12.5</i> <i>mg</i> | 48 | ORKAMBI TAB 200-125 | 124 |
| <i>olmesartan-amlodipine-</i> <i>hydrochlorothiazide tab 40-10-25 mg</i> | 48 | ORSERDU..... | 34 |
| <i>olmesartan-amlodipine-</i> <i>hydrochlorothiazide tab 40-5-12.5</i> <i>mg</i> | 48 | <i>oseltamivir phosphate</i> | 26 |
| <i>olmesartan-amlodipine-</i> <i>hydrochlorothiazide tab 40-5-25 mg</i> | 48 | OTEZLA..... | 107 |
| <i>olopatadine hcl</i> | 118 | OTEZLA TAB 10/20/30 | 107 |
| <i>olopatadine hcl (nasal)</i> | 122 | <i>oxacillin sodium</i> | 31 |
| <i>omeprazole</i> | 102 | <i>oxaliplatin</i> | 33 |
| OMNARIS | 125 | <i>oxandrolone</i> | 80 |
| OMNIPOD 5 G6 KIT INTRO | 85 | <i>oxaprozin</i> | 13 |
| OMNIPOD 5 G6 MIS PODS..... | 85 | <i>oxcarbazepine</i> | 62 |
| OMNIPOD DASH KIT INTRO..... | 85 | <i>oxybutynin chloride</i> | 103 |
| OMNIPOD DASH MIS PODS | 85 | <i>oxycodone hcl</i> | 15 |
| OMNIPOD GO KIT 10UNT/DY | 85 | <i>oxycodone w/ acetaminophen tab 10-</i> <i>325 mg</i> | 15 |
| OMNIPOD GO KIT 15UNT/DY | 85 | <i>oxycodone w/ acetaminophen tab 2.5-</i> <i>325 mg</i> | 15 |
| OMNIPOD GO KIT 20UNT/DY | 85 | <i>oxycodone w/ acetaminophen tab 5-</i> <i>325 mg</i> | 15 |
| OMNIPOD GO KIT 25UNT/DY | 85 | <i>oxycodone w/ acetaminophen tab 7.5-</i> <i>325 mg</i> | 15 |
| OMNIPOD GO KIT 30UNT/DY | 85 | OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE) | 82 |
| OMNIPOD GO KIT 35UNT/DY | 85 | OZEMPIC (1MG/DOSE) | 82 |
| OMNIPOD GO KIT 40UNT/DY | 85 | OZEMPIC (2MG/DOSE) SOPN 8MG/3ML | 82 |
| OMNIPOD MIS CLASSIC..... | 85 | P | |
| OMNIPOD PDM KIT CLASSIC | 85 | <i>pacerone</i> | 50 |
| <i>ondansetron</i> | 98 | <i>paclitaxel</i> | 36 |
| <i>ondansetron hcl</i> | 98 | <i>paclitaxel protein-bound particles for iv</i> <i>susp 100 mg</i> | 36 |
| | | <i>paliperidone</i> | 71 |
| | | <i>pamidronate disodium</i> | 86 |
| | | PAMIDRONATE DISODIUM | 86 |
| | | PANRETIN | 131 |
| | | <i>pantoprazole sodium</i> | 102 |
| | | PANZYGA | 109 |
| | | <i>paraplatin</i> | 33 |
| | | <i>paricalcitol</i> | 97 |
| | | <i>paromomycin sulfate</i> | 18 |

| | | | |
|--|-----|--|----------|
| <i>paroxetine hcl</i> | 67 | <i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj</i> | |
| PEDIARIX INJ 0.5ML..... | 111 | 2.25 gm (2-0.25 gm) | 31 |
| PEDVAX HIB..... | 111 | <i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj</i> | |
| <i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl-na sulfate</i> | | 4.5 gm (4-0.5 gm)..... | 31 |
| <i>for soln 236 gm</i> | 100 | <i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj</i> | |
| <i>peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln</i> | | 40.5 gm (36-4.5 gm) | 32 |
| 420 gm | 100 | PIQRAY 200MG DAILY DOSE | 40 |
| PEGASYS | 26 | PIQRAY 250MG TAB DOSE | 40 |
| PEMAZYRE | 40 | PIQRAY 300MG DAILY DOSE | 40 |
| <i>pemetrexed disodium</i> | 34 | <i>pirfenidone</i> | 124 |
| PEN GK/DEXTR INJ 40000/ML..... | 31 | <i>pirmella 1/35</i> | 91 |
| PEN GK/DEXTR INJ 60000/ML..... | 31 | <i>piroxicam</i> | 13 |
| <i>penicillamine</i> | 87 | PLASMA-LYTE INJ -148..... | 113 |
| <i>penicillin g potassium</i> | 31 | PLASMA-LYTE INJ -A..... | 113 |
| PENICILLIN G PROCAINE | 31 | <i>plenamine</i> | 116 |
| <i>penicillin g sodium</i> | 31 | PLENVU SOL | 100 |
| <i>penicillin v potassium</i> | 31 | <i>podofilox</i> | 131 |
| PENTACEL INJ | 111 | <i>polycin ophth oint</i> | 117 |
| <i>pentamidine isethionate inh</i> | 18 | <i>polymyxin b-trimethoprim ophth soln</i> | |
| <i>pentamidine isethionate inj</i> | 18 | 10000 unit/ml-0.1% | 117 |
| <i>pentoxifylline</i> | 105 | POMALYST..... | 35 |
| <i>perindopril erbumine</i> | 45 | <i>portia-28</i> | 91 |
| <i>periogard</i> | 132 | <i>posaconazole</i> | 20 |
| <i>permethrin</i> | 131 | POT CHL 20MEQ/L IN NAACL 0.45% INJ | |
| <i>perphenazine</i> | 72 | ..... | 114 |
| PERSERIS | 72 | POT CHL 20MEQ/L IN NAACL 0.9% INJ | |
| <i>pfizerpen</i> | 31 | ..... | 114 |
| <i>phenelzine sulfate</i> | 67 | POT CHL 40MEQ/L IN NAACL 0.9% INJ | |
| <i>phenobarbital</i> | 62 | ..... | 114 |
| <i>phenobarbital sodium</i> | 62 | <i>potassium chloride</i> | 114, 115 |
| PHENYTEK | 62 | POTASSIUM CHLORIDE | 114 |
| <i>phenytoin</i> | 62 | <i>potassium chloride 20 meq/l (0.15%)</i> | |
| <i>phenytoin sodium</i> | 62 | <i>in dextrose 5% inj</i> | 114 |
| <i>phenytoin sodium extended</i> | 62 | <i>potassium chloride microencapsulated</i> | |
| PHESGO SOL..... | 40 | <i>crystals er</i> | 115 |
| <i>philith</i> | 91 | <i>potassium citrate (alkalinizer)</i> | 102 |
| PIFELTRO | 22 | PRADAXA | 104 |
| <i>pilocarpine hcl</i> | 119 | PRALUENT | 52 |
| <i>pilocarpine hcl (oral)</i> | 132 | <i>pramipexole dihydrochloride</i> | 69 |
| <i>pimozide</i> | 72 | <i>prasugrel hcl</i> | 106 |
| <i>pimtrea</i> | 91 | <i>pravastatin sodium</i> | 51 |
| <i>pindolol</i> | 53 | <i>praziquantel</i> | 18 |
| <i>pioglitazone hcl</i> | 82 | <i>prazosin hcl</i> | 46 |
| <i>piperacillin sod-tazobactam na for inj</i> | | <i>prednisolone</i> | 93 |
| 3.375 gm (3-0.375 gm) | 31 | <i>prednisolone acetate (ophth)</i> | 118 |
| <i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj</i> | | PREDNISOLONE SODIUM PHOSP ... | 118 |
| 13.5 gm (12-1.5 gm) | 31 | <i>prednisolone sodium phosphate</i> . 93, 94 | |

| | | | |
|---|----------|--|--------|
| <i>prednisone</i> | 94 | QUADRACEL INJ 0.5ML..... | 111 |
| PREDNISONO INTENSOL | 94 | <i>quetiapine fumarate</i> | 72 |
| <i>pregabalin</i> | 62 | <i>quinapril hcl</i> | 45 |
| PREHEVBRIO..... | 111 | <i>quinapril-hydrochlorothiazide tab 10-</i> <i>12.5 mg</i> | 45 |
| PREMASOL SOL 10%..... | 116 | <i>quinapril-hydrochlorothiazide tab 20-</i> <i>12.5 mg</i> | 45 |
| PRENATAL TAB 27-1MG | 115 | <i>quinapril-hydrochlorothiazide tab 20-25</i> <i>mg</i> | 45 |
| PRENATAL TAB PLUS | 115 | <i>quinidine sulfate</i> | 50 |
| <i>prevalite</i> | 52 | <i>quinine sulfate</i> | 21 |
| PREVYMIS..... | 26 | R | |
| PREZCOBIX TAB 800-150..... | 24 | RABAVERT INJ | 111 |
| PREZISTA | 22 | <i>rabeprazole sodium</i> | 102 |
| PRIFTIN..... | 25 | <i>raloxifene hcl</i> | 96 |
| <i>primaquine phosphate</i> | 20 | <i>ramipril</i> | 46 |
| PRIMAQUINE PHOSPHATE | 20 | <i>ranolazine</i> | 57 |
| <i>primidone</i> | 62 | <i>rasagiline mesylate</i> | 69 |
| PRIORIX INJ..... | 111 | RAYALDEE | 97 |
| PRIVIGEN | 109 | <i>reclipsen</i> | 91 |
| <i>probenecid</i> | 12 | RECOMBIVAX HB..... | 111 |
| <i>prochlorperazine</i> | 98 | RECTIV | 131 |
| <i>prochlorperazine edisylate</i> | 98 | REGRANEX | 131 |
| <i>prochlorperazine maleate</i> | 98 | RELENZA DISKHALER..... | 26 |
| PROCRIT | 105 | RELISTOR..... | 101 |
| <i>procto-med hc</i> | 131 | REMICADE..... | 107 |
| <i>procto-pak</i> | 131 | RENFLEXIS | 107 |
| <i>proctosol hc</i> | 131 | <i>repaglinide</i> | 82 |
| <i>proctozone-hc</i> | 131 | RESTASIS..... | 120 |
| PROGRAF..... | 110 | RESTASIS MULTIDOSE | 120 |
| PROLASTIN-C..... | 124 | RETEVMO | 41 |
| PROLENSA | 118 | REVLIMID..... | 35 |
| PROLIA..... | 86 | REXULTI..... | 72 |
| PROMACTA | 105, 106 | REYATAZ | 22 |
| <i>promethazine hcl</i> | 98 | REZLIDHIA | 41 |
| <i>propafenone hcl</i> | 50 | REZUROCK | 110 |
| <i>proparacaine hcl</i> | 120 | RHOPRESSA | 119 |
| <i>propranolol hcl</i> | 53 | <i>ribavirin (hepatitis c)</i> | 26 |
| <i>propylthiouracil</i> | 97 | <i>rifabutin</i> | 25 |
| PROQUAD INJ..... | 111 | <i>rifampin</i> | 25 |
| PROSOL INJ 20%..... | 116 | <i>riluzole</i> | 77 |
| <i>protriptyline hcl</i> | 67 | <i>rimantadine hydrochloride</i> | 26 |
| PULMICORT FLEXHALER..... | 126 | RINVOQ | 107 |
| PULMOZYME..... | 124 | <i>risedronate sodium</i> | 86, 87 |
| PURIXAN | 34 | RISPERDAL CONSTA | 72 |
| <i>pyrazinamide</i> | 25 | <i>risperidone</i> | 72 |
| <i>pyridostigmine bromide</i> | 77 | <i>ritonavir</i> | 22 |
| Q | | | |
| QINLOCK | 41 | | |
| QUADRACEL INJ | 111 | | |

| | | | |
|--|-----|---|-----|
| <i>rivastigmine</i> | 65 | SKYRIZI PEN..... | 108 |
| <i>rivastigmine tartrate</i> | 65 | <i>sod sulfate-pot sulf-mg sulf oral sol</i> | |
| <i>rizatriptan benzoate</i> | 76 | 17.5-3.13-1.6 gm/177ml | 100 |
| ROCKLATAN DRO..... | 119 | <i>sodium chloride</i> | 114 |
| <i>roflumilast</i> | 124 | <i>sodium chloride (gu irrigant)</i> | 131 |
| <i>ropinirole hydrochloride</i> | 69 | <i>sodium fluoride chew; tab; 1.1 (0.5 f)</i> | |
| <i>rosuvastatin calcium</i> | 51 | mg/ml soln | 115 |
| ROTARIX SUS..... | 111 | SODIUM OXYBATE | 78 |
| ROTATEQ SOL | 111 | <i>sodium phenylbutyrate</i> | 96 |
| <i>rowepra</i> | 63 | <i>sodium polystyrene sulfonate powder</i> | |
| ROZLYTREK | 41 | ..... | 87 |
| RUBRACA | 41 | <i>solifenacin succinate</i> | 103 |
| <i>rufinamide</i> | 63 | SOLIQUA INJ 100/33 | 85 |
| RUKOBIA | 22 | SOLTAMOX | 35 |
| RYBELSUS | 82 | SOLU-CORTEF..... | 94 |
| RYDAPT | 41 | SOMATULINE DEPOT | 96 |
| S | | SOMAVERT | 96 |
| <i>sajazir</i> | 106 | <i>sorafenib tosylate</i> | 41 |
| SANDIMMUNE | 110 | <i>sorine</i> | 50 |
| SANTYL | 131 | <i>sotalol hcl</i> | 50 |
| <i>sapropterin dihydrochloride</i> | 96 | <i>sotalol hcl (afib/afl)</i> | 50 |
| SAVELLA..... | 77 | SPIRIVA HANDIHALER..... | 121 |
| SAVELLA MIS TITR PAK | 77 | SPIRIVA RESPIMAT | 121 |
| SCSEMBLIX..... | 41 | <i>spironolactone</i> | 46 |
| <i>scopolamine</i> | 98 | <i>spironolactone & hydrochlorothiazide</i> | |
| SECUADO | 72 | <i>tab 25-25 mg</i> | 55 |
| <i>selegiline hcl</i> | 69 | <i>sprintec 28</i> | 91 |
| <i>selenium sulfide</i> | 128 | SPRITAM | 63 |
| SELZENTRY | 22 | SPRYCEL | 41 |
| SEREVENT DISKUS | 123 | <i>sps</i> | 87 |
| <i>sertraline hcl</i> | 67 | <i>sronyx</i> | 91 |
| <i>setlakin</i> | 91 | <i>ssd</i> | 127 |
| <i>sevelamer carbonate</i> | 96 | <i>stavudine</i> | 22 |
| <i>sharobel</i> | 91 | STELARA | 108 |
| SHINGRIX..... | 111 | STIVARGA | 41 |
| SIGNIFOR..... | 96 | <i>streptomycin sulfate</i> | 18 |
| <i>sildenafil citrate (pulmonary</i> | | STRIBILD TAB | 24 |
| <i>hypertension)</i> | 58 | <i>subvenite</i> | 63 |
| <i>silodosin</i> | 102 | <i>sucralfate</i> | 101 |
| <i>silver sulfadiazine</i> | 127 | <i>sulfacetamide sodium (acne)</i> | 127 |
| SIMBRINZA SUS 1-0.2%..... | 119 | <i>sulfacetamide sodium (ophth)</i> | 117 |
| <i>simliya</i> | 91 | <i>sulfacetamide sodium-prednisolone</i> | |
| <i>simvastatin</i> | 51 | <i>ophth soln 10-0.23(0.25)%</i> | 116 |
| <i>sirolimus</i> | 110 | <i>sulfadiazine</i> | 18 |
| SIRTURO | 25 | <i>sulfamethoxazole-trimethoprim iv soln</i> | |
| SIVEXTRO..... | 18 | 400-80 mg/5ml | 18 |
| SKYRIZI | 107 | | |

| | |
|--|-----|
| <i>sulfamethoxazole-trimethoprim susp</i> | |
| 200-40 mg/5ml | 18 |
| <i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab</i> | |
| 400-80 mg | 18 |
| <i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab</i> | |
| 800-160 mg | 18 |
| SULFAMYLON | 127 |
| <i>sulfasalazine</i> | 100 |
| <i>sulindac</i> | 13 |
| <i>sumatriptan</i> | 76 |
| <i>sumatriptan succinate</i> | 76 |
| <i>sunitinib malate</i> | 41 |
| SUNLENCA..... | 22 |
| SUPREP BOWEL SOL PREP KIT | 100 |
| <i>syeda</i> | 91 |
| SYMBICORT AER 160-4.5..... | 126 |
| SYMBICORT AER 80-4.5..... | 126 |
| SYMDEKO TAB 100-150 | 124 |
| SYMDEKO TAB 50-75MG | 124 |
| SYMJEPI | 124 |
| SYMPAZAN..... | 63 |
| SYMTUZA TAB | 24 |
| SYNAREL | 92 |
| SYNERCID INJ 500MG | 18 |
| SYNJARDY TAB 12.5-1000MG | 82 |
| SYNJARDY TAB 12.5-500 | 82 |
| SYNJARDY TAB 5-1000MG..... | 82 |
| SYNJARDY TAB 5-500MG | 82 |
| SYNJARDY XR TAB 10-1000..... | 83 |
| SYNJARDY XR TAB 12.5-1000MG | 83 |
| SYNJARDY XR TAB 25-1000..... | 83 |
| SYNJARDY XR TAB 5-1000MG..... | 83 |
| SYNRIBO | 35 |
| SYNTHROID | 97 |
| T | |
| TABLOID | 34 |
| TABRECTA | 41 |
| <i>tacrolimus</i> | 110 |
| <i>tacrolimus (topical)</i> | 131 |
| <i>tadalafil (pulmonary hypertension)</i> .. | 58 |
| TAFINLAR | 41 |
| TAGRISSE | 41 |
| TALTZ | 108 |
| TALZENNA | 41 |
| <i>tamoxifen citrate</i> | 35 |
| <i>tamsulosin hcl</i> | 102 |
| <i>tarina fe 1/20 eq</i> | 91 |
| TASIGNA..... | 41 |
| <i>tasimelteon</i> | 75 |
| <i>tazarotene</i> | 128 |
| <i>tazicef</i> | 28 |
| TAZORAC | 128 |
| <i>taztia xt</i> | 54 |
| TAZVERIK..... | 41 |
| TDVAX INJ 2-2 LF | 111 |
| TECENTRIQ..... | 41 |
| TEFLARO | 28 |
| <i>telmisartan</i> | 49 |
| <i>telmisartan-amlodipine tab 40-10 mg</i> | |
| ..... | 48 |
| <i>telmisartan-amlodipine tab 40-5 mg.</i> | 48 |
| <i>telmisartan-amlodipine tab 80-10 mg</i> | |
| ..... | 48 |
| <i>telmisartan-amlodipine tab 80-5 mg.</i> | 48 |
| <i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 40-</i> | |
| 12.5 mg | 48 |
| <i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-</i> | |
| 12.5 mg | 48 |
| <i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-</i> | |
| 25 mg | 48 |
| <i>temazepam</i> | 75 |
| TENIVAC INJ 5-2LF | 111 |
| <i>tenofovir disoproxil fumarate</i> | 22 |
| TEPMETKO..... | 41 |
| <i>terazosin hcl</i> | 46 |
| <i>terbinafine hcl</i> | 20 |
| <i>terbutaline sulfate</i> | 123 |
| <i>terconazole vaginal</i> | 103 |
| TERIPARATIDE | 87 |
| <i>testosterone</i> | 80 |
| <i>testosterone cypionate</i> | 80 |
| <i>testosterone enanthate</i> | 80 |
| <i>tetrabenazine</i> | 77 |
| <i>tetracycline hcl</i> | 32 |
| THALOMID..... | 35 |
| THEO-24 | 124 |
| <i>theophylline</i> | 125 |
| <i>thioridazine hcl</i> | 72 |
| <i>thiothixene</i> | 72 |
| <i>tiadylt er</i> | 54 |
| <i>tiagabine hcl</i> | 63 |
| TIBSOVO..... | 42 |
| TICOVAC | 111 |
| <i>tigecycline</i> | 32 |

| | | | |
|--|-----|--|-----|
| TIGECYCLINE | 32 | <i>triamterene & hydrochlorothiazide cap</i> | |
| <i>tilia fe</i> | 91 | 37.5-25 mg | 55 |
| <i>timolol maleate</i> | 53 | <i>triamterene & hydrochlorothiazide tab</i> | |
| <i>timolol maleate (ophth)</i> | 119 | 37.5-25 mg | 55 |
| <i>tinidazole</i> | 18 | <i>triamterene & hydrochlorothiazide tab</i> | |
| TIVICAY | 22 | 75-50 mg | 56 |
| TIVICAY PD..... | 22 | TRICARE TAB PRENATAL..... | 115 |
| <i>tizanidine hcl</i> | 78 | <i>trientine hcl</i> | 87 |
| TOBRADEX OIN 0.3-0.1% | 116 | <i>tri-estarylla</i> | 91 |
| TOBRADEX ST SUS 0.3-0.05 | 116 | <i>trifluoperazine hcl</i> | 72 |
| <i>tobramycin</i> | 18 | <i>trifluridine</i> | 117 |
| <i>tobramycin (ophth)</i> | 117 | <i>trihexyphenidyl hcl</i> | 69 |
| <i>tobramycin sulfate</i> | 19 | TRIJARDY XR TAB ER 24HR 10-5- | |
| <i>tobramycin-dexamethasone ophth susp</i> | | 1000MG | 83 |
| 0.3-0.1% | 116 | TRIJARDY XR TAB ER 24HR 12.5-2.5- | |
| <i>tolterodine tartrate</i> | 103 | 1000MG | 83 |
| <i>topiramate</i> | 63 | TRIJARDY XR TAB ER 24HR 25-5- | |
| <i>toposar</i> | 36 | 1000MG | 83 |
| <i>toremifene citrate</i> | 35 | TRIJARDY XR TAB ER 24HR 5-2.5- | |
| <i>toremide</i> | 55 | 1000MG | 83 |
| TOUJEO MAX SOLOSTAR..... | 86 | TRIKAFTA PAK 59.5MG..... | 125 |
| TOUJEO SOLOSTAR..... | 86 | TRIKAFTA PAK 75MG..... | 125 |
| TPN ELECTROL INJ..... | 114 | TRIKAFTA TAB 100-50-75MG & 150MG | |
| TRADJENTA..... | 83 | ..... | 125 |
| <i>tramadol hcl</i> | 15 | TRIKAFTA TAB 50-25-37.5MG & 75MG | |
| <i>tramadol-acetaminophen tab 37.5-325</i> |  | ..... | 125 |
| mg..... | 16 | <i>tri-legend fe</i> | 91 |
| <i>trandolapril</i> | 46 | <i>tri-lynyah</i> | 91 |
| <i>tranexamic acid</i> | 106 | <i>tri-lo-estarylla</i> | 91 |
| <i>tranylcypromine sulfate</i> | 67 | <i>tri-lo-marzia</i> | 91 |
| TRAVASOL INJ 10% | 116 | <i>tri-lo-mili</i> | 91 |
| <i>travoprost</i> | 119 | <i>tri-lo-sprintec</i> | 91 |
| TRAZIMERA | 42 | <i>trimethoprim</i> | 19 |
| <i>trazodone hcl</i> | 67 | <i>tri-mili</i> | 91 |
| TRECTOR..... | 25 | <i>trimipramine maleate</i> | 67 |
| TRELEGY AER ELLIPTA 100-62.5-25 | | TRINTELLIX | 67 |
| MCG..... | 121 | <i>tri-nymyo</i> | 91 |
| TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25 | | <i>tri-sprintec</i> | 91 |
| MCG..... | 121 | TRIUMEQ PD TAB | 24 |
| <i>treprostinil</i> | 58 | TRIUMEQ TAB | 24 |
| TRESIBA..... | 86 | <i>trivora-28</i> | 91 |
| TRESIBA FLEXTOUCH | 86 | <i>tri-vylibra</i> | 91 |
| <i>tretinoin</i> | 127 | <i>tri-vylibra lo</i> | 91 |
| <i>tretinoin (chemotherapy)</i> | 36 | TRIZIVIR TAB | 24 |
| TREXALL..... | 108 | TROGARZO | 22 |
| <i>triamcinolone acetonide (mouth)</i> | 132 | TROPHAMINE INJ 10% | 116 |
| <i>triamcinolone acetonide (topical)</i> ... | 130 | <i>trosipium chloride</i> | 103 |

| | | | |
|---|-----|-----------------------------------|--------|
| TRULICITY | 83 | VARIVAX | 112 |
| TRUMENBA INJ | 111 | VASCEPA | 52 |
| TRUSELTIQ 100MG DAILY DOSE | 42 | <i>velivet</i> | 92 |
| TRUSELTIQ 125MG DAILY DOSE | 42 | VELPHORO | 96 |
| TRUSELTIQ 50MG DAILY DOSE | 42 | VELTASSA | 87 |
| TRUSELTIQ 75MG DAILY DOSE | 42 | VEMLIDY | 26 |
| TRUXIMA | 42 | VENCLEXTA | 42 |
| TUKYSA | 42 | VENCLEXTA TAB START PK | 42 |
| TURALIO | 42 | <i>venlafaxine hcl</i> | 67 |
| TWINRIX INJ | 111 | VENTAVIS | 58 |
| TYBOST | 23 | VENTOLIN HFA | 123 |
| TYPHIM VI | 111 | VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK) | 123 |
| TYRVAYA | 120 | ..... | 123 |
| U | | <i>verapamil hcl</i> | 54, 55 |
| <i>unithroid</i> | 97 | VERQUVO | 57 |
| UPTRAVI | 58 | VERSACLOZ | 72 |
| UPTRAVI PACK TAB 200/800 | 58 | VERZENIO | 42 |
| <i>ursodiol</i> | 101 | <i>vestura</i> | 92 |
| V | | V-GO 20 KIT | 86 |
| <i>valacyclovir hcl</i> | 26 | V-GO 30 KIT | 86 |
| VALCHLOR | 131 | V-GO 40 KIT | 86 |
| <i>valganciclovir hcl</i> | 26 | VICTOZA | 83 |
| <i>valproate sodium</i> | 63 | <i>vienva</i> | 92 |
| <i>valproic acid</i> | 63 | <i>vigabatrin</i> | 63 |
| <i>valsartan</i> | 49 | <i>vigadrone</i> | 64 |
| <i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-</i> | | VIIIBRYD KIT STARTER | 67 |
| <i>12.5 mg</i> | 49 | <i>vilazodone hcl</i> | 67 |
| <i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-</i> | | VIMPAT | 64 |
| <i>25 mg</i> | 49 | <i>vincristine sulfate</i> | 36 |
| <i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-</i> | | <i>vinorelbine tartrate</i> | 36 |
| <i>12.5 mg</i> | 49 | <i>violele</i> | 92 |
| <i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-</i> | | VIRACEPT | 23 |
| <i>25 mg</i> | 49 | VIREAD | 23 |
| <i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 80-</i> | | VITRAKVI | 42 |
| <i>12.5 mg</i> | 49 | VIVITROL | 80 |
| VALTOCO 10 MG DOSE | 63 | VIZIMPRO | 42 |
| VALTOCO 15 MG DOSE | 63 | VONJO | 42 |
| VALTOCO 20 MG DOSE | 63 | <i>voriconazole</i> | 20 |
| VALTOCO 5 MG DOSE | 63 | VOSEVI TAB | 26 |
| <i>vancomycin hcl</i> | 19 | VOTRIENT | 42 |
| VANCOMYCIN INJ 1 GM | 19 | VRAYLAR | 72, 73 |
| VANCOMYCIN INJ 500MG | 19 | VRAYLAR CAP 1.5-3MG | 73 |
| VANCOMYCIN INJ 750MG | 19 | <i>vyfemla</i> | 92 |
| VAQTA | 112 | <i>vylibra</i> | 92 |
| <i>varenicline tartrate</i> | 80 | VYVANSE | 75 |
| <i>varenicline tartrate tab 11 x 0.5 mg &</i> | | VYZULTA | 120 |
| <i>42 x 1 mg start pack</i> | 80 | | |

| | |
|--|-----|
| W | |
| <i>warfarin sodium</i> | 104 |
| <i>water for irrigation, sterile irrigation soln</i> | 131 |
| WELIREG | 36 |
| <i>wera</i> | 92 |
| X | |
| XALKORI | 42 |
| XARELTO | 105 |
| XARELTO STAR TAB 15/20MG..... | 105 |
| XATMEP..... | 108 |
| XCOPRI | 64 |
| XCOPRI PAK 100-150 | 64 |
| XCOPRI PAK 12.5-25..... | 64 |
| XCOPRI PAK 150-200MG (MAINTENANCE) | 64 |
| XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION) | 64 |
| XCOPRI PAK 50-100MG | 64 |
| XELJANZ..... | 108 |
| XELJANZ XR..... | 108 |
| XERMELO..... | 101 |
| XGEVA | 87 |
| XHANCE | 125 |
| XIFAXAN..... | 101 |
| XIGDUO XR TAB 10-1000..... | 83 |
| XIGDUO XR TAB 10-500MG | 83 |
| XIGDUO XR TAB 2.5-1000..... | 83 |
| XIGDUO XR TAB 5-1000MG | 83 |
| XIGDUO XR TAB 5-500MG..... | 83 |
| XIIDRA..... | 120 |
| XOLAIR | 125 |
| XOSPATA..... | 43 |
| XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY | 43 |
| XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY | 43 |
| XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY..... | 43 |
| XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY | 43 |
| XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY..... | 43 |
| XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY | 43 |
| XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY..... | 43 |
| XTANDI | 35 |
| <i>xulane</i> | 92 |
| XULTOPHY INJ 100/3.6..... | 86 |
| XYREM | 79 |
| Y | |
| YF-VAX INJ | 112 |
| <i>yuvaferm</i> | 93 |
| Z | |
| <i>zafemy</i> | 92 |
| <i>zafirlukast</i> | 123 |
| ZARXIO..... | 105 |
| ZEJULA | 43 |
| ZELBORAF | 43 |
| ZEMAIRA..... | 125 |
| <i>zenatane</i> | 127 |
| ZENPEP CAP 10000UNT | 101 |
| ZENPEP CAP 15000UNT | 101 |
| ZENPEP CAP 20000UNT | 101 |
| ZENPEP CAP 25000UNT | 101 |
| ZENPEP CAP 3000UNIT..... | 101 |
| ZENPEP CAP 40000UNT | 101 |
| ZENPEP CAP 5000UNIT..... | 101 |
| ZERVIATE..... | 119 |
| <i>zidovudine</i> | 23 |
| ZIEXTENZO | 105 |
| <i>ziprasidone hcl</i> | 73 |
| <i>ziprasidone mesylate</i> | 73 |
| ZIRABEV | 43 |
| ZIRGAN..... | 117 |
| <i>zoledronic acid</i> | 87 |
| ZOLINZA | 43 |
| <i>zolmitriptan</i> | 76 |
| <i>zolpidem tartrate</i> | 75 |
| ZONISADE..... | 64 |
| <i>zonisamide</i> | 64 |
| <i>zovia 1/35</i> | 92 |
| ZTALMY..... | 64 |
| <i>zumandimine</i> | 92 |
| ZYCLARA PUMP | 131 |
| ZYDELIG | 43 |
| ZYKADIA | 43 |
| ZYLET SUS 0.5-0.3% | 116 |
| ZYPITAMAG | 51 |
| ZYPREXA RELPREVV | 73 |

Este formulario se actualizó el 1 de agosto de 2023. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con el equipo de Servicio al cliente del Plan médico de Mass General Brigham.

Para miembros de Medicare Advantage:

Llame al **855-833-3668** (TTY: 711)

Del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., EST, de lunes a domingo

Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., EST, de lunes a viernes

Visite **[MassGeneralBrighamAdvantage.org/Rx-information](https://www.massgeneralbrighamadvantage.org/Rx-information)** para obtener la lista del formulario más actualizada y más información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare.

Este documento está disponible gratis en español. Por favor llame al Centro de Servicios a los Afiliados de Mass General Brigham Health Plan al número arriba.