

# Formulario de la Parte D de Medicare

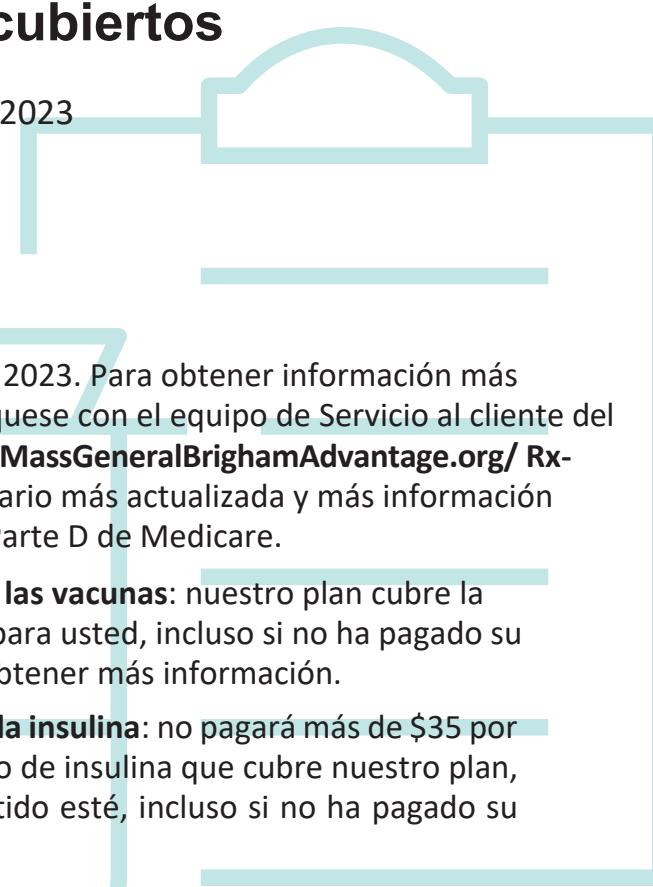
## **Lista de medicamentos cubiertos**

Fecha de entrada en vigor: 1 de junio de 2023

Actualizado: 1 de junio de 2023

Identificación de formulario 23215  
e identificación de formulario 23216

Versión 12



Este formulario se actualizó el 1 de junio 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://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.

**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 Aliados 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 junio 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 médicalemente 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](http://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 envíemos 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 respalte 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](http://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	Deductible	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5
		Medicamentos genéricos preferidos	Medicamentos genéricos	Medicamentos de marca preferidos	Medicamentos no preferidos	Medicamentos especializados
<b>Mass General Brigham Advantage PPO</b>		<i>Lo que paga después de alcanzar el deductible</i>				
	\$275 Niveles 3-5	\$0	\$3	\$37	\$100	28%
<b>Mass General Brigham Advantage Secure HMO-POS</b>						
	\$200 Niveles 3-5	\$0	\$3	\$37	\$100	29%
<b>Mass General Brigham Advantage Premier PPO</b>						
	\$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. Ciertos 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

**06/01/2023**

Nombre del medicamento	Nivel de Requisitos/límites medica mentos
------------------------	---

## 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 c/probenecida comprimidos 0.5-500 mg</i>	3	
<i>febuxostat</i> COMPRIMIDOS 40 mg, 80 mg	4	AP
<i>MITIGARE</i> 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> COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 100 mg	3	
<i>diclofenaco sódico</i> COMPRIMIDOS CON RECUBRIMIENTO ENTÉRICO 25 mg, 50 mg, 75 mg	2	
<i>diclofenaco c/misoprostol comprimidos de liberación prolongada 50-0.2 mg</i>	4	
<i>diclofenaco c/misoprostol comprimidos de liberación prolongada 75-0.2 mg</i>	4	
<i>diflunisal</i> COMPRIMIDOS 500 mg	3	
<i>ec-naproxeno</i> COMPRIMIDOS CON RECUBRIMIENTO ENTÉRICO 375 mg	2	QL (120 comprimidos/30 días)
<i>ec-naproxeno</i> COMPRIMIDOS CON RECUBRIMIENTO ENTÉRICO 500 mg	4	QL (90 comprimidos/30 días)
<i>etodolaco</i> CÁPSULAS 200 mg, 300 mg; COMPRIMIDOS 400 mg, 500 mg; COMPRIMIDOS 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	

**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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medicamen tos</b>		
<i>nabumetona</i> COMPRIMIDOS 500 mg, 750 mg	2		
<i>naproxeno</i> COMPRIMIDOS 250 mg, 375 mg, 500 mg	1		
<i>naproxeno</i> COMPRIMIDOS CON RECUBRIMIENTO ENTÉRICO 375 mg	2	QL (120 comprimidos/30 días)	
<i>naproxeno</i> COMPRIMIDOS CON RECUBRIMIENTO ENTÉRICO 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		
<b>ANALGÉSICOS OPIOIDES, DE ACCIÓN PROLONGADA</b>			
<i>fentanilo</i> PARCHE DE 72 H 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> COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H DISUASORIOS DEL ABUSO 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg, 100 mg, 120 mg	3	QL (30 comprimidos/30 días), AP	
<i>HYSINGLA ER</i> COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H DISUASORIOS 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	
<b>ANALGÉSICOS OPIOIDES, DE ACCIÓN CORTA</b>			
<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)	

**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

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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medicamen tos</b>
-------------------------------	--

<i>oxicodona hcl</i> SOLUCIÓN 5 mg/5 ml	4	QL (900 ml/30 días)
<i>oxicodona hcl</i> COMPRIMIDOS 5 mg, 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg	3	QL (180 comprimidos/30 días)
<i>oxicodona c/acetaminofeno comprimidos 2.5-325 mg</i>	3	QL (360 comprimidos/30 días)
<i>oxicodona c/acetaminofeno comprimidos 5- 325 mg</i>	3	QL (360 comprimidos/30 días)
<i>oxicodona c/acetaminofeno comprimidos 7.5-325 mg</i>	3	QL (240 comprimidos/30 días)
<i>oxicodona c/acetaminofeno comprimidos 10-325 mg</i>	3	QL (180 comprimidos/30 días)
<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>atovacuona</i> SUSPENSIÓN 750 mg/5 ml	4
<i>aztreonam</i> SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 1 g, 2 g	4
<i>CAYSTON</i> SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 75 mg	5
<i>clindamicina hcl</i> CÁPSULAS 75 mg, 150 mg, 300 mg	2
<i>clorhidrato de palmitato de clindamicina</i> SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 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. 300 mg/50 ml</i>	4
<i>fosfato de clindamicina en D5W solución i. v. 600 mg/50 ml</i>	4
<i>fosfato de clindamicina en D5W solución i. v. 900 mg/50 ml</i>	4
<i>CLINDMIC/NAC INYECCIÓN 300/50 ML</i>	4
<i>CLINDMIC/NAC INYECCIÓN 600/50 ML</i>	4
<i>CLINDMIC/NAC INYECCIÓN 900/50 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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medica- mentos</b>
<i>colistimeto sódico</i> SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 150 mg	4
<i>dapsona</i> COMPRIMIDOS 25 mg, 100 mg	3
DAPTOMICINA SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 350 mg	5
<i>daptomicina</i> SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 350 mg, 500 mg	5
EMVERM COMPRIMIDOS MASTICABLES 100 mg	5 QL (12 comprimidos/año)
<i>ertapenem sódico</i> SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 1 g	4
<i>gentamicina en inyección salina</i> 0.8 mg/ml	3
<i>gentamicina en inyección salina</i> 1 mg/ml	3
<i>gentamicina en inyección salina</i> 1.2 mg/ml	3
<i>gentamicina en inyección salina</i> 1.6 mg/ml	3
<i>gentamicina en inyección salina</i> 2 mg/ml	3
<i>sulfato de gentamicina</i> SOLUCIÓN 10 mg/ml, 40 mg/ml	3
<i>imipenem-cilastatina</i> solución i. v. 250 mg	4
<i>imipenem-cilastatina</i> solución i. v. 500 mg	4
<i>ivermectina</i> COMPRIMIDOS 3 mg	3 QL (12 comprimidos/90 días), AP
<i>linezolid</i> SOLUCIÓN 600 mg/300 ml	4
<i>linezolid</i> SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA 100 mg/5 ml	5 QL (1800 ml/30 días)
<i>linezolid</i> COMPRIMIDOS 600 mg	4 QL (60 comprimidos/30 días)
<i>linezolid en cloruro de sodio</i> solución i. v. 600 mg/300 ml-0.9 %	4
<i>meropenem</i> SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 1 g, 500 mg	4
<i>hipurato de metenamina</i> COMPRIMIDOS 1 g	4
<i>metronidazol</i> SOLUCIÓN 500 mg/100 ml	3
<i>metronidazol</i> COMPRIMIDOS 250 mg, 500 mg	1
<i>sulfato de neomicina</i> COMPRIMIDOS 500 mg	2
<i>nitazoxanida</i> COMPRIMIDOS 500 mg	5 QL (6 comprimidos/30 días)
<i>nitrofurantoína macrocristales</i> CÁPSULAS 50 mg, 100 mg	3
<i>nitrofurantoína monohidrato/microcristales</i> CÁPSULAS 100 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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medica mentos</b>	
-------------------------------	--	--

<i>sulfato de paromomicina</i> CÁPSULAS 250 mg	4	
<i>isetonato de pentamidina inh</i> SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 300 mg	4	B/D
<i>isetonato de pentamidina inyección</i> SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 300 mg	4	
<i>praziquantel</i> COMPRIMIDOS 600 mg	4	
SIVEXTRO SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 200 mg; COMPRIMIDOS 200 mg	5	
<i>sulfato de estreptomicina</i> SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 1 g	4	
<i>sulfadiazina</i> COMPRIMIDOS 500 mg	4	
<i>sulfametoxazol-trimetoprima solución i. v.</i> 400-80 mg/5 ml	4	
<i>sulfametoxazol-trimetoprima suspensión</i> 200-40 mg/5 ml	3	
<i>sulfametoxazol-trimetoprima comprimidos</i> 400-80 mg	1	
<i>sulfametoxazol-trimetoprima comprimidos</i> 800-160 mg	1	
SYNERCID INYECCIÓN 500 MG	5	
<i>tinidazol</i> COMPRIMIDOS 250 mg, 500 mg	3	
<i>tobramicina</i> NEBULIZABLE 300 mg/5 ml	5	NM, AP
<i>sulfato de tobramicina</i> SOLUCIÓN 1.2 g/30 ml, 10 mg/ml, 40 mg/ml, 80 mg/2 ml	3	
<i>trimetoprima</i> COMPRIMIDOS 100 mg	3	
TRIMETOPRIMA COMPRIMIDOS 100 mg	3	
<i>vancomicina hcl</i> CÁPSULAS 125 mg	4	QL (80 cápsulas/180 días)
<i>vancomicina hcl</i> CÁPSULAS 250 mg	4	QL (160 cápsulas/180 días)
<i>vancomicina hcl</i> SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 1 g, 5 g, 10 g, 500 mg, 750 mg	4	
VANCOMICINA INYECCIÓN 1 G	4	
VANCOMICINA INYECCIÓN 500 MG	4	
VANCOMICINA INYECCIÓN 750 MG	4	

### **ANTIMICÓTICOS**

<i>ABELCET</i> SUSPENSIÓN 5 mg/ml	4	B/D
<i>anfotericina b</i> SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 50 mg	4	B/D
<i>anfotericina b liposomal</i> SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA 50 mg	5	B/D
<i>acetato de caspofungina</i> SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 50 mg, 70 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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medica- mentos</b>
<i>fluconazol</i> SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA 10 mg/ml, 40 mg/ml; COMPRIMIDOS 50 mg, 100 mg, 200 mg	3
<i>fluconazol</i> COMPRIMIDOS 150 mg	2
<i>fluconazol en NACL al 0.9 % inyección</i> <i>200 mg/100 ml</i>	3
<i>fluconazol en NACL al 0.9 % inyección</i> <i>400 mg/200 ml</i>	3
<i>flucitosina</i> CÁPSULAS 250 mg, 500 mg	5 AP
<i>griseofulvina micronizada</i> SUSPENSIÓN 125 mg/5 ml; COMPRIMIDOS 500 mg	4
<i>griseofulvina ultramicronizada</i> COMPRIMIDOS 125 mg, 250 mg	4
<i>itraconazol</i> CÁPSULAS 100 mg	4 AP
<i>ketoconazol</i> COMPRIMIDOS 200 mg	3 AP
<i>micafungina sódica</i> SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 50 mg, 100 mg	5
<i>NOXAFIL</i> SUSPENSIÓN 40 mg/ml	5 QL (630 ml/30 días), AP
<i>nistatina</i> COMPRIMIDOS 500,000 unidades	3
<i>posaconazol</i> SUSPENSIÓN 40 mg/ml	5 QL (630 ml/30 días), AP
<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> SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 200 mg; SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA 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
<b>ANTIPALÚDICOS</b>	
<i>atovacuona-clorhidrato de proguanilo hcl</i> comprimidos 62.5-25 mg	4
<i>atovacuona-proguanilo hcl</i> comprimidos 250-100 mg	4
<i>fosfato de cloroquina</i> COMPRIMIDOS 250 mg, 500 mg	4
<i>COARTEM</i> COMPRIMIDOS 20-120 MG	4
<i>mefloquina hcl</i> COMPRIMIDOS 250 mg	3
<i>fosfato de primaquina</i> COMPRIMIDOS 26.3 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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medica- mentos</b>	
FOSFATO DE PRIMAQUINA COMPRIMIDOS 26.3 mg	3	
<i>sulfato de quinina</i> CÁPSULAS 324 mg	4	AP
<b>AGENTES ANTIRRETROVIRALES</b>		
<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
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
FUZEON SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 90 mg	5	NM
INTELENCE COMPRIMIDOS 25 mg	4	NM
ISENTRESS COMPRIMIDOS MASTICABLES 25 mg	4	NM
ISENTRESS COMPRIMIDOS MASTICABLES 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; COMPRIMIDOS 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

**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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medicamen tos</b>	
-------------------------------	--	--

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 COMPRIMIDOS 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
TIVICAY PD COMPRIMIDOS SOLUBLES 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</i> comprimidos 600-300 mg	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 COMPRIMIDOS	5	NM
DELSTRIGO COMPRIMIDOS	5	NM
DESCOVY COMPRIMIDOS 120-15 MG	5	QL (30 comprimidos/30 días), NM

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medicamen tos</b>	
DESCOVY COMPRIMIDOS 200/25 MG	5	QL (30 comprimidos/30 días), NM
DOVATO COMPRIMIDOS 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 COMPRIMIDOS 300-150	5	NM
GENVOYA COMPRIMIDOS	5	NM
JULUCA COMPRIMIDOS 50-25 MG	5	NM
<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 COMPRIMIDOS	5	NM
PREZCOBIX COMPRIMIDOS 800-150	5	NM
STRIBILD COMPRIMIDOS	5	NM
SYMTUZA COMPRIMIDOS	5	NM
TRIUMEQ PD COMPRIMIDOS	5	NM
TRIUMEQ COMPRIMIDOS	5	NM
TRIZIVIR COMPRIMIDOS	5	NM

#### **AGENTES ANTITUBERCULARES**

cicloserina CÁPSULAS 250 mg	5
etambutol hcl COMPRIMIDOS 100 mg, 400 mg	3
isoniacida JARABE 50 mg/5 ml	4
isoniacida COMPRIMIDOS 100 mg, 300 mg	1
PRIFTIN COMPRIMIDOS 150 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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medica- mentos</b>
<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 RECONSTITUIDA 600 mg	4
SIRTURO COMPRIMIDOS 20 mg, 100 mg	5 NM, AL, AP
TRECATOR 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 RECONSTITUIDA 500 mg	4 B/D
HARVONI PAQUETE 33.75-150 MG	5 NM, AP
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 RECONSTITUIDA 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

**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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medica- mentos</b>		
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>	4		
COMPRIMIDOS 100 mg			
<i>valaciclovir hcl</i> COMPRIMIDOS 1 g, 500 mg	3		
<i>valganciclovir hcl</i> SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 50 mg/ml	5		
<i>valganciclovir hcl</i> COMPRIMIDOS 450 mg	3		
VEMLIDY COMPRIMIDOS 25 mg	5	NM	
VOSEVI COMPRIMIDOS	5	NM, AP	
<b>CEFALOSPORINAS</b>			
<i>cefaclor</i> CÁPSULAS 250 mg, 500 mg	3		
<i>cefaclor</i> SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 375 mg/5 ml	4		
CEFACLOR ER COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 12 H 500 mg	4		
<i>cefadroxilo</i> CÁPSULAS 500 mg	2		
<i>cefadroxilo</i> SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA 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>cefaolina sódica</i> SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 1 g, 2 g, 10 g, 500 mg	3		
CEFAZOLINA SOLUCIÓN 2 G/100 ML-4 %	4		
<i>cefdinir</i> CÁPSULAS 300 mg	2		
<i>cefdinir</i> SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml	3		
<i>cefepima hcl</i> SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 1 g, 2 g	4		
<i>cefixima</i> CÁPSULAS 400 mg; SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml	4		
<i>cefoxitina sódica</i> SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 1 g, 2 g, 10 g	4		
<i>cefpodoxima proxetilo</i> SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA 50 mg/5 ml, 100 mg/5 ml	4		
<i>cefpodoxima proxetilo</i> COMPRIMIDOS 100 mg, 200 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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medica- mentos</b>
<i>cefprozil</i> SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml; COMPRIMIDOS 250 mg, 500 mg	3
<i>ceftazidima</i> SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 1 g, 2 g, 6 g	4
CEFTAZIDIMA/SOLUCIÓN D5W 1 G	4
CEFTAZIDIMA/SOLUCIÓN D5W 2 G	4
<i>ceftriaxona sódica</i> SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 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 RECONSTITUIDA 1.5 g, 750 mg	3
<i>cefalexina</i> CÁPSULAS 250 mg, 500 mg	1
<i>cefalexina</i> SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml	3
<i>tazicef</i> SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 1 g, 2 g, 6 g	4
TEFLARO SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 400 mg, 600 mg	5
<b>ERITROMICINAS/MACRÓLIDOS</b>	
<i>azitromicina</i> PAQUETE 1 g; SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 500 mg; SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml	3
<i>azitromicina</i> COMPRIMIDOS 250 mg, 500 mg, 600 mg	1
<i>claritromicina</i> SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml	4
<i>claritromicina</i> COMPRIMIDOS 250 mg, 500 mg; COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 500 mg	3
DIFCID SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA 40 mg/ml; COMPRIMIDOS 200 mg	5
e.e.s. 400 COMPRIMIDOS 400 mg	4
<i>ery-tab</i> COMPRIMIDOS CON RECUBRIMIENTO ENTÉRICO 250 mg, 333 mg, 500 mg	4
LACTOBIONATO DE ERITROCINA SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 500 mg	4
<i>estearato de eritrocina</i> COMPRIMIDOS 250 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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medica mentos</b>
<i>eritromicina base</i> PARTÍCULAS EN CÁPSULAS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 250 mg; COMPRIMIDOS 250 mg, 500 mg; COMPRIMIDOS CON RECUBRIMIENTO ENTÉRICO 250 mg, 333 mg, 500 mg	4
<i>etilsuccinato de eritromicina</i> COMPRIMIDOS 400 mg	4
<i>lactobionato de eritromicina</i> SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 500 mg	4

### **FLUOROQUINOLONAS**

CIPRO SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA 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.</i> 250 mg/50 ml	3
<i>levofloxacino en D5W solución i. v.</i> 500 mg/100 ml	3
<i>levofloxacino en D5W solución i. v.</i> 750 mg/150 ml	3
<i>moxifloxacina hcl</i> COMPRIMIDOS 400 mg	4

### **PENICILINAS**

amoxicilina CÁPSULAS 250 mg, 500 mg; SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml; COMPRIMIDOS 500 mg, 875 mg	1
amoxicilina COMPRIMIDOS MASTICABLES 125 mg, 250 mg	2
<i>amoxicilina y clavulanato de potasio</i> comprimidos masticables 200-28.5 mg	4
<i>amoxicilina y clavulanato de potasio</i> comprimidos masticables 400-57 mg	4
<i>amoxicilina y clavulanato de potasio para</i> <i>suspensión 200-28.5 mg/5 ml</i>	3
<i>amoxicilina y clavulanato de potasio para</i> <i>suspensión 250-62.5 mg/5 ml</i>	4
<i>amoxicilina y clavulanato de potasio para</i> <i>suspensión 400-57 mg/5 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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medica- mentos</b>
<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 RECONSTITUIDA 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 RECONSTITUIDA 1 g, 2 g</i>	4
<i>nafcilina sódica SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 10 g</i>	5
<i>oxacilina sódica SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 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
<i>penicilina g potásica SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 5,000,000 unidades, 20,000,000 unidades</i>	4
<i>PENICILINA G PROCAÍNA SUSPENSIÓN 600,000 unidades/ml</i>	4
<i>penicilina g sódica SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 5,000,000 unidades</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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medica- mentos</b>
<i>potasio de penicilina v SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	2
<i>potasio de penicilina COMPRIMIDOS 250 mg, 500 mg</i>	1
<i>pfiZerpen SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 5,000,000 unidades, 20,000,000 unidades</i>	4
<i>piperacilina sod-tazobactam NA para inyección 3.375 g (3-0.375 g)</i>	4
<i>piperacilina sod-tazobactam sodio para inyección 2.25 g (2-0.25 g)</i>	4
<i>piperacilina sod-tazobactam sodio para inyección 4.5 g (4-0.5 g)</i>	4
<i>piperacilina sod-tazobactam sodio para inyección 13.5 g (12-1.5 g)</i>	4
<i>piperacilina sod-tazobactam sodio para inyección 40.5 g (36-4.5 g)</i>	4
<b>TETRACICLINAS</b>	
<i>doxi 100 SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 100 mg</i>	4
<i>doxiciclina (monohidrato) CÁPSULAS 50 mg, 100 mg</i>	2
<i>doxiciclina (monohidrato) COMPRIMIDOS 50 mg, 75 mg, 100 mg</i>	3
<i>hclato de doxiciclina CÁPSULAS 50 mg, 100 mg; COMPRIMIDOS 20 mg, 100 mg</i>	3
<i>hclato de doxiciclina SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 100 mg</i>	4
<i>minociclina hcl CÁPSULAS 50 mg, 75 mg, 100 mg</i>	3
<i>NUZYRA SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 100 mg; COMPRIMIDOS 150 mg</i>	5 NM, AL
<i>tetraciclina hcl CÁPSULAS 250 mg, 500 mg</i>	4 AP
<i>tigeciclina SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 50 mg</i>	5
<i>TIGECICLINA SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 50 mg</i>	5
<b>AGENTES ANTINEOPLÁSICOS</b>	
<b>AGENTES ALQUILANTES</b>	
<i>BENDEKA SOLUCIÓN 100 mg/4 ml</i>	5 B/D, NM, AL
<i>carboplatino SOLUCIÓN 50 mg/5 ml, 150 mg/15 ml, 450 mg/45 ml, 600 mg/60 ml</i>	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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medicamen tos</b>	
<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 CICLOFOSFAMIDA SOLUCIÓN 1 g/5 ml, 500 mg/2.5 ml	3 5	B/D B/D
<i>ciclofosfamida</i> SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 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>oxaliplatinio</i> SOLUCIÓN 50 mg/10 ml, 100 mg/20 ml, 200 mg/40 ml	4	B/D
<i>oxaliplatinio</i> SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 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 <i>doxorrubicina liposomal hcl</i> INYECCIÓN 2 mg/ml	4 5	B/D B/D
ELLENCE SOLUCIÓN 50 mg/25 ml, 200 mg/100 ml	4	B/D

#### **ANTIMETABOLITOS**

<i>azacitidina</i> SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA 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 RECONSTITUIDA 1 g	3	B/D
ONUREG COMPRIMIDOS 200 mg, 300 mg	5	NM, AL, AP
<i>pemetrexed disódico</i> SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 100 mg, 500 mg, 750 mg, 1000 mg	5	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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medica- mentos</b>	
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> SOLUCIÓN EN JERINGA PRECARGADA 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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medica- mentos</b>
-------------------------------	---

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 SOLUCIÓN EN JERINGA PRECARGADA 500 mcg/ml	5	NM, AL, AP
bexaroteno CÁPSULAS 75 mg	5	NM, AP
hidroxiurea CÁPSULAS 500 mg	2	
irinotecán hcl 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 RECONSTITUIDA 3.5 mg	5	NM, AP
tretinoína (quimioterapia) CÁPSULAS 10 mg	5	
WELIREG COMPRIMIDOS 40 mg	5	NM, AL, AP

### **INHIBIDORES MITÓTICOS**

docetaxel CONCENTRADO 20 mg/ml	4	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
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
etopósido SOLUCIÓN 100 mg/5 ml, 500 mg/25 ml	3	B/D
paclitaxel CONCENTRADO 6 mg/ml, 30 mg/5 ml, 150 mg/25 ml, 300 mg/50 ml	4	B/D
paclitaxel partículas unidas a proteínas para suspensión i. v. 100 mg	5	B/D, NM
toposar SOLUCIÓN 1 g/50 ml, 100 mg/5 ml	3	B/D
sulfato de vincristina SOLUCIÓN 1 mg/ml	2	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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medica- mentos</b>
<i>tartrato de vinorelbina</i> SOLUCIÓN 10 mg/ml, 50 mg/5 ml	4      B/D
<b>AGENTES DIANA MOLECULARES</b>	
ALECENSA CÁPSULAS 150 mg	5      NM, AL, AP
ALUNBRIG COMPRIMIDOS 30 mg, 90 mg, 180 mg	5      NM, AL, AP
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 RECONSTITUIDA 1 mg, 2.5 mg, 3.5 mg	5      NM, AP
<i>bortezomib</i> SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 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

**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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medicamentos</b>
everolimus COMPRIMIDOS 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg, 10 mg	5 QL (30 comprimidos/30 días), NM, AP
everolimus TBSO 2 mg	5 QL (150 comprimidos/30 días), NM, AP
everolimus TBSO 3 mg	5 QL (90 comprimidos/30 días), NM, AP
everolimus TBSO 5 mg	5 QL (60 comprimidos/30 días), NM, AP
EXKIVITY CÁPSULAS 40 mg	5 NM, AL, AP
FOTIVDA CÁPSULAS .89 mg, 1.34 mg	5 QL (21 cápsulas/28 días), NM, AL, AP
GAVRETO CÁPSULAS 100 mg	5 NM, AL, AP
GILOTRIF COMPRIMIDOS 20 mg, 30 mg, 40 mg	5 NM, AL, AP
HERCEP HYLEC SOL 60-10,000	5 NM, AL, AP
HERCEPTINA SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 150 mg	5 NM, AL, AP
HERZUMA SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 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

**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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medicamentos</b>
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
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 RECONSTITUIDA 100 mg, 160 mg	5 B/D, NM, AL
KANJINTI SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 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

**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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medica- mentos</b>
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
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 COMPRIMIDOS 0.5 mg, 2 mg	5 NM, AL, AP
MEKTOVI COMPRIMIDOS 15 mg	5 NM, AL, AP
MONJUVI SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 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 RECONSTITUIDA 150 mg	5 NM, AL, AP
OGIVRI INYECCIÓN 420 MG	5 NM, AL, AP
ONTRUZANT SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 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

**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 Requisitos/límites  
medica-  
mentos**

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
<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	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 RECONSTITUIDA 150 mg, 420 mg	5	NM, AP
TRUSELTIQ 50 MG DOSIS DIARIA PAQUETE DE TERAPIA DE CÁPSULAS 25 mg	5	NM, AL, AP
TRUSELTIQ 75 MG DOSIS DIARIA PAQUETE DE TERAPIA DE CÁPSULAS 25 mg	5	NM, AL, AP
TRUSELTIQ 100 MG DOSIS DIARIA PAQUETE DE TERAPIA DE CÁPSULAS 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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medicamen tos</b>	
-------------------------------	--	--

TRUSELTIQ 125 MG DOSIS DIARIA	5	NM, AL, AP
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
VENCLEXTA PAQUETE DE INICIO DE COMPRIMIDOS	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

**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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medicamen tos</b>
-------------------------------	--

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

#### **AGENTES PROTECTORES**

<i>leucovorina cálcica</i> SOLUCIÓN 500 mg/50 ml; SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 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</i> cápsulas 2.5-10 mg	1	QL (30 cápsulas/30 días)
<i>besilato de amlodipina-benazepril hcl</i> cápsulas 5-10 mg	1	QL (30 cápsulas/30 días)
<i>besilato de amlodipina-benazepril hcl</i> cápsulas 5-20 mg	1	QL (30 cápsulas/30 días)
<i>besilato de amlodipina-benazepril hcl</i> cápsulas 5-40 mg	1	QL (30 cápsulas/30 días)
<i>besilato de amlodipina-benazepril hcl</i> cápsulas 10-20 mg	1	QL (30 cápsulas/30 días)
<i>besilato de amlodipina-benazepril hcl</i> cápsulas 10-40 mg	1	QL (30 cápsulas/30 días)
<i>benazepril e hidroclorotiazida</i> comprimidos 5-6.25 mg	1	
<i>benazepril e hidroclorotiazida</i> comprimidos 10-12.5 mg	1	
<i>benazepril e hidroclorotiazida</i> comprimidos 20-12.5 mg	1	
<i>benazepril e hidroclorotiazida</i> comprimidos 20-25 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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medica- mentos</b>
<i>maleato de enalapril e hidroclorotiazida comprimidos 5-12.5 mg</i>	1
<i>maleato de enalapril e hidroclorotiazida comprimidos 10-25 mg</i>	1
<i>fisinopril sódico e hidroclorotiazida comprimidos 10-12.5 mg</i>	1
<i>fisinopril 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
<b>INHIBIDORES DE LA ECA</b>	
<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>fisinopril 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
<b>ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ALDOSTERONA</b>	
<i>eplerenona COMPRIMIDOS 25 mg, 50 mg</i>	3
<i>KERENDIA COMPRIMIDOS 10 mg, 20 mg</i>	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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medica- mentos</b>
-------------------------------	---

*espirotonolactona* COMPRIMIDOS 25 mg,  
50 mg, 100 mg

1

### **BLOQUEANTES ALFA**

*mesilato de doxazosina* COMPRIMIDOS  
1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg

2

*prazosina hcl* CÁPSULAS 1 mg, 2 mg,  
5 mg

3

*terazosina hcl* CÁPSULAS 1 mg, 2 mg,  
5 mg, 10 mg

2

### **COMBINACIONES DE ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA**

#### **ANGIOTENSINA II**

*besilato de amlodipina-olmesartán*

1 QL

*medoxomilo comprimidos 5-20 mg* (30 comprimidos/30 días)

*besilato de amlodipina-olmesartán*

1 QL

*medoxomilo comprimidos 5-40 mg* (30 comprimidos/30 días)

*besilato de amlodipina-olmesartán*

1 QL

*medoxomilo comprimidos 10-20 mg* (30 comprimidos/30 días)

*besilato de amlodipina-olmesartán*

1 QL

*medoxomilo comprimidos 10-40 mg* (30 comprimidos/30 días)

*besilato de amlodipina-valsartán*

1 QL

*comprimidos 5-160 mg* (30 comprimidos/30 días)

*besilato de amlodipina-valsartán*

1 QL

*comprimidos 5-320 mg* (30 comprimidos/30 días)

*besilato de amlodipina-valsartán*

1 QL

*comprimidos 10-160 mg* (30 comprimidos/30 días)

*besilato de amlodipina-valsartán*

1 QL

*comprimidos 10-320 mg* (30 comprimidos/30 días)

*candesartán cilexetilo-hidroclorotiazida*

1 QL

*comprimidos 16-12.5 mg* (60 comprimidos/30 días)

*candesartán cilexetilo-hidroclorotiazida*

1 QL

*comprimidos 32-12.5 mg* (30 comprimidos/30 días)

*candesartán cilexetilo-hidroclorotiazida*

1 QL

*comprimidos 32-25 mg* (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

*irbesartán-hidroclorotiazida* comprimidos

1 QL

150-12.5 mg (60 comprimidos/30 días)

*irbesartán-hidroclorotiazida* comprimidos

1 QL

300-12.5 mg (30 comprimidos/30 días)

**AP** = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;

39

**NM** = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;

**AL** = acceso limitado

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medica- mentos</b>	
<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)
<i>olmesartán medoxomilo-hidroclorotiazida comprimidos 40-25 mg</i>	1	QL (30 comprimidos/30 días)
<i>olmesartán-amldipina-hidroclorotiazida comprimidos 20-5-12.5 mg</i>	1	QL (30 comprimidos/30 días)
<i>olmesartán-amldipina-hidroclorotiazida comprimidos 40-5-12.5 mg</i>	1	QL (30 comprimidos/30 días)
<i>olmesartán-amldipina-hidroclorotiazida comprimidos 40-5-25 mg</i>	1	QL (30 comprimidos/30 días)
<i>olmesartán-amldipina-hidroclorotiazida comprimidos 40-10-12.5 mg</i>	1	QL (30 comprimidos/30 días)
<i>olmesartán-amldipina-hidroclorotiazida comprimidos 40-10-25 mg</i>	1	QL (30 comprimidos/30 días)
<i>telmisartán-amldipina comprimidos 40-5 mg</i>	1	QL (30 comprimidos/30 días)
<i>telmisartán-amldipina comprimidos 40-10 mg</i>	1	QL (30 comprimidos/30 días)
<i>telmisartán-amldipina comprimidos 80-5 mg</i>	1	QL (30 comprimidos/30 días)
<i>telmisartán-amldipina 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)

**AP** = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;

40

**NM** = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;

**AL** = acceso limitado

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medicamentos</b>
<b>ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA ANGIOTENSINA II</b>	
cilexetilo de candesartán COMPRIMIDOS 4 mg, 8 mg, 16 mg	1 QL (60 comprimidos/30 días)
cilexetilo de candesartán COMPRIMIDOS 32 mg	1 QL (30 comprimidos/30 días)
EDARBI COMPRIMIDOS 40 mg, 80 mg	4 QL (30 comprimidos/30 días)
irbesartán COMPRIMIDOS 75 mg, 150 mg, 300 mg	1 QL (30 comprimidos/30 días)
potasio de losartán COMPRIMIDOS 25 mg, 50 mg, 100 mg	1
medoxomilo de olmesartán COMPRIMIDOS 5 mg	1 QL (60 comprimidos/30 días)
medoxomilo de olmesartán COMPRIMIDOS 20 mg, 40 mg	1 QL (30 comprimidos/30 días)
telmisartán COMPRIMIDOS 20 mg, 40 mg, 80 mg	1 QL (30 comprimidos/30 días)
valsartán COMPRIMIDOS 40 mg, 80 mg, 160 mg	1 QL (60 comprimidos/30 días)
valsartán COMPRIMIDOS 320 mg	1 QL (30 comprimidos/30 días)
<b>ANTIARRÍTMICOS</b>	
amiodarona hcl SOLUCIÓN 50 mg/ml, 900 mg/18 ml; COMPRIMIDOS 100 mg, 400 mg	4
amiodarona hcl COMPRIMIDOS 200 mg	1
fosfato de disopiramida CÁPSULAS 100 mg, 150 mg	4
dofetilida CÁPSULAS 125mcg, 250mcg, 500mcg	4 NM
acetato de flecainida COMPRIMIDOS 50 mg, 100 mg, 150 mg	3
MULTAQ COMPRIMIDOS 400 mg	4
NORPACE CR CÁPSULAS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 12 H 100 mg, 150 mg	4
pacerona COMPRIMIDOS 100 mg, 400 mg	4
pacerona COMPRIMIDOS 200 mg	1
propafenona hcl CÁPSULAS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 12 H 225 mg, 325 mg, 425 mg	4
propafenona hcl COMPRIMIDOS 150 mg, 225 mg, 300 mg	3
sulfato de quinidina COMPRIMIDOS 200 mg, 300 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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medica- mentos</b>
-------------------------------	---

sorine COMPRIMIDOS 80 mg, 120 mg, 160 mg, 240 mg	2
sotalol hcl COMPRIMIDOS 80 mg, 120 mg, 160 mg, 240 mg	2
sotalol hcl (fibrilación auricular/aleteo auricular) COMPRIMIDOS 80 mg, 120 mg, 160 mg	3

#### **ANTILIPÉMICOS, FIBRATOS**

fenofibrato de colina CÁPSULAS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 45 mg, 135 mg	3
fenofibrato COMPRIMIDOS 48 mg, 54 mg, 145 mg, 160 mg	3
fenofibrato micronizado CÁPSULAS 67 mg, 134 mg, 200 mg	3
gemfibrozil COMPRIMIDOS 600 mg	1

#### **ANTILIPÉMICOS, INHIBIDORES DE LA REDUCCIÓN DEL HMG-CoA**

ALTOPREV COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 20 mg, 40 mg, 60 mg	5	QL (30 comprimidos/30 días), ST
atorvastatina cálcica 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
fluvastatina sódica CÁPSULAS 20 mg, 40 mg	1	QL (60 cápsulas/30 días)
fluvastatina sódica COMPRIMIDOS 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
lovastatina COMPRIMIDOS 10 mg, 20 mg, 40 mg	1	QL (60 comprimidos/30 días)
pravastatina sódica COMPRIMIDOS 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg	1	QL (30 comprimidos/30 días)
rosuvastatina cálcica COMPRIMIDOS 5 mg, 10 mg, 20 mg, 40 mg	1	QL (30 comprimidos/30 días)
simvastatina 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**

colestiramina PAQUETE 4 g; POLVO 4 g/dosis	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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medica mentos</b>
<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)
<i>niacina (antihiperlipidémico)</i> COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 500 mg, 750 mg, 1000 mg	3 QL (60 comprimidos/30 días)
<i>PRALUENT</i> SOLUCIÓN EN AUTOINYECTOR 75 mg/ml, 150 mg/ml	3 NM, AP
<i>prevalite</i> PAQUETE 4 g; POLVO 4 g/dosis	3
<i>VASCEPA</i> CÁPSULAS .5 g, 1 g	4
<b>COMBINACIONES DE BETABLOQUEANTES/DIURÉTICOS</b>	
<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
<b>BETABLOQUEANTES</b>	
<i>acebutolol hcl</i> CÁPSULAS 200 mg, 400 mg	3
<i>atenolol</i> COMPRIMIDOS 25 mg, 50 mg, 100 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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medica- mentos</b>
<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> COMPRIMIDOS 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
<i>propranolol hcl</i> CÁPSULAS 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> CÁPSULAS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg	2
<i>dilt-xr</i> CÁPSULAS 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

**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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medica- mentos</b>
<i>diltiazem hcl, perlas recubiertas</i> CÁPSULAS 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> CÁPSULAS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg	2
<i>felodipina</i> COMPRIMIDOS 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> COMPRIMIDOS 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> COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 30 mg, 60 mg, 90 mg	3
<i>nimodipina</i> CÁPSULAS 30 mg	4
<i>nisoldipina</i> COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 8.5 mg, 17 mg, 20 mg, 25.5 mg, 30 mg, 34 mg, 40 mg	4
<i>NYMALIZE</i> SOLUCIÓN 6 mg/ml	5
<i>taztia xt</i> CÁPSULAS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg	2
<i>tiadylt er</i> CÁPSULAS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg	2
<i>verapamilo hcl</i> CÁPSULAS 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> CÁPSULAS 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
<b>DIURÉTICOS</b>	
<i>acetazolamida</i> CÁPSULAS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 12 H 500 mg	4
<i>acetazolamida</i> COMPRIMIDOS 125 mg, 250 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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medica- mentos</b>
<i>amilorida e hidroclorotiazida comprimidos 5-50 mg</i>	2
<i>amilorida hcl COMPRIMIDOS 5 mg</i>	2
<i>bumetanida SOLUCIÓN 0.25 mg/ml; COMPRIMIDOS 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	3
<i>clortalidona COMPRIMIDOS 25 mg, 50 mg</i>	2
<i>furosemida SOLUCIÓN 10 mg/ml, 40 mg/5 ml</i>	2
<i>furosemida COMPRIMIDOS 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1
<i>furosemida inyectable SOLUCIÓN 10 mg/ml</i>	3
<i>hidroclorotiazida CÁPSULAS 12.5 mg; COMPRIMIDOS 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1
<i>indapamida COMPRIMIDOS 1.25 mg, 2.5 mg</i>	1
<i>metazolamida COMPRIMIDOS 25 mg, 50 mg</i>	4
<i>metolazona COMPRIMIDOS 2.5 mg, 5 mg, 10 mg</i>	3
<i>espironolactona e hidroclorotiazida comprimidos 25-25 mg</i>	3
<i>torsemida COMPRIMIDOS 5 mg, 10 mg, 20 mg, 100 mg</i>	2
<i>triamtereno e hidroclorotiazida cápsulas 37.5-25 mg</i>	1
<i>triamtereno e hidroclorotiazida comprimidos 37.5-25 mg</i>	1
<i>triamtereno e hidroclorotiazida comprimidos 75-50 mg</i>	1
<b>VARIOS</b>	
<i>ADRENALIN SOLUCIÓN 1 mg/ml</i>	4
<i>fumarato de aliskiren COMPRIMIDOS 150 mg, 300 mg</i>	4
<i>besilato de amlodipina-atorvastatina cálcica comprimidos 2.5-10 mg</i>	1
<i>besilato de amlodipina-atorvastatina cálcica comprimidos 2.5-20 mg</i>	1
<i>besilato de amlodipina-atorvastatina cálcica comprimidos 2.5-40 mg</i>	1
<i>besilato de amlodipina-atorvastatina cálcica comprimidos 5-10 mg</i>	1
<i>besilato de amlodipina-atorvastatina cálcica comprimidos 5-20 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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medica- mentos</b>
<i>besilato de amlodipina-atorvastatina cálcica comprimidos 5-40 mg</i>	1
<i>besilato de amlodipina-atorvastatina cálcica comprimidos 5-80 mg</i>	1
<i>besilato de amlodipina-atorvastatina cálcica comprimidos 10-10 mg</i>	1
<i>besilato de amlodipina-atorvastatina cálcica comprimidos 10-20 mg</i>	1
<i>besilato de amlodipina-atorvastatina cálcica comprimidos 10-40 mg</i>	1
<i>besilato de amlodipina-atorvastatina cálcica comprimidos 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
<i>CORLANOR SOLUCIÓN 5 mg/5 ml; COMPRIMIDOS 5 mg, 7.5 mg</i>	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
<i>hidralazina hcl COMPRIMIDOS 10 mg, 25 mg, 50 mg, 100 mg</i>	2
<i>metirosina CÁPSULAS 250 mg</i>	5 AP
<i>midodrina hcl COMPRIMIDOS 2.5 mg, 5 mg</i>	3
<i>midodrina hcl COMPRIMIDOS 10 mg</i>	4
<i>minoxidil COMPRIMIDOS 2.5 mg, 10 mg</i>	2
<i>ranolazina COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 12 H 500 mg, 1000 mg</i>	4
<i>VERQUVO COMPRIMIDOS 2.5 mg, 5 mg, 10 mg</i>	3
<b>NITRATOS</b>	
<i>dinitrato de isosorbida COMPRIMIDOS 5 mg, 10 mg, 20 mg, 30 mg</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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medica- mentos</b>
-------------------------------	---

<i>mononitrato de isosorbida</i> COMPRIMIDOS 10 mg, 20 mg	2
<i>mononitrato de isosorbida</i> COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 30 mg, 60 mg, 120 mg	1
NITRO-BID POMADA 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; COMPRIMIDOS SUBLINGUALES 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 sildenafil (hipertensión pulmonar)</i> COMPRIMIDOS 20 mg	3	QL (360 comprimidos/30 días), NM, AP
<i>tadalafil (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 RECONSTITUIDA 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

**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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medicamentos</b>	
VENTAVIS SOLUCIÓN 10 mcg/ml, 20 mcg/ml	5	NM, AL, AP
<b>SISTEMA NERVIOSO CENTRAL</b>		
<b>ANSIOLÍTICO</b>		
<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)
<b>ANTICONVULSIVOS</b>		
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> COMPRIMIDOS MASTICABLES 100 mg; COMPRIMIDOS 200 mg	3	
<i>carbamazepina</i> CÁPSULAS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 12 H 100 mg, 200 mg, 300 mg; SUSPENSIÓN 100 mg/5 ml; COMPRIMIDOS 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
<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)

**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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medica- mentos</b>
<i>clonazepam</i> COMPRIMIDOS 0.5 mg, 1 mg	2 QL (90 comprimidos/30 días)
<i>clonazepam</i> COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN 2 mg	3 QL (300 comprimidos/30 días)
<i>clonazepam</i> COMPRIMIDOS 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 COMPRIMIDOS MASTICABLES 50 mg	4
DILANTIN-125 SUSPENSIÓN 125 mg/5 ml	4
<i>divalproex sódico</i> CÁPSULAS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 125 mg; COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 250 mg, 500 mg	4
<i>divalproex sódico</i> COMPRIMIDOS CON RECUBRIMIENTO ENTÉRICO 125 mg, 250 mg, 500 mg	3
EPIDIOLEX SOLUCIÓN 100 mg/ml	5 QL (600 ml/30 días), NM, AL, AP
<i>epitol</i> COMPRIMIDOS 200 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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medicamentos</b>
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> COMPRIMIDOS MASTICABLES 5 mg, 25 mg	3
<i>lamotrigina</i> COMPRIMIDOS 25 mg, 100 mg, 150 mg, 200 mg	1
<i>lamotrigina</i> COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 25 mg, 50 mg, 100 mg, 200 mg, 250 mg, 300 mg; COMPRIMIDOS 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; COMPRIMIDOS 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.</i> 500 mg/100 ml	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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medicamentos</b>
<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>NAYZILAM SOLUCIÓN 5 mg/0.1 ml</i>	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
<i>PHENYTEK CÁPSULAS 200 mg, 300 mg</i>	4
<i>fenitoína COMPRIMIDOS MASTICABLES 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, 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
<i>SPRITAM COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN SOLUBLES 250 mg</i>	4 QL (360 comprimidos/30 días)
<i>SPRITAM COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN SOLUBLES 500 mg</i>	4 QL (180 comprimidos/30 días)
<i>SPRITAM COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN SOLUBLES 750 mg</i>	4 QL (120 comprimidos/30 días)
<i>SPRITAM COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN SOLUBLES 1000 mg</i>	4 QL (90 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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medica- mentos</b>
<i>subvenite</i> COMPRIMIDOS 25 mg, 100 mg, 150 mg, 200 mg	1
<i>SYMPAZAN</i> 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
<i>VALTOCO</i> LIQD 5 mg/0.1 ml, 10 mg/0.1 ml; LQPK 7.5 mg/0.1 ml, 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>vigadrona</i> PAQUETE 500 mg	5 QL (180 paquetes/30 días), NM, AL, AP
<i>VIMPAT</i> SOLUCIÓN 10 mg/ml	5 QL (1200 ml/30 días)
<i>XCOPRI</i> COMPRIMIDOS 50 mg, 100 mg	5 QL (30 comprimidos/30 días)
<i>XCOPRI</i> COMPRIMIDOS 150 mg, 200 mg	5 QL (60 comprimidos/30 días)
<i>XCOPRI</i> PAK 12.5-25	4 QL (28 comprimidos/28 días)
<i>XCOPRI</i> PAK 50-100 MG	5 QL (28 comprimidos/28 días)
<i>XCOPRI</i> PAK 100-150	5 QL (56 comprimidos/28 días)
<i>XCOPRI</i> PAK 150-200 MG (MANTENIMIENTO)	5 QL (56 comprimidos/28 días)
<i>XCOPRI</i> PAK 150-200 MG (TITULACIÓN)	5 QL (28 comprimidos/28 días)
<i>ZONISADE</i> SUSPENSIÓN 100 mg/5 ml	4 QL (900 ml/30 días), AP
<i>zonisamida</i> CÁPSULAS 25 mg, 50 mg, 100 mg	2
<i>ZTALMY</i> SUSPENSIÓN 50 mg/ml	5 QL (1100 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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medica mentos</b>		
<b>ANTIDEMENCIA</b>			
<i>clorhidrato de donepezilo</i> COMPRIMIDOS 5 mg; COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN 5 mg	2	QL (30 comprimidos/30 días)	
<i>clorhidrato de donepezilo</i> COMPRIMIDOS 10 mg; COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN 10 mg	2		
<i>hidrobromuro de galantamina</i> CÁPSULAS 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> CÁPSULAS 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 CÁPSULAS 7-10 MG	4		
NAMZARIC CÁPSULAS 14-10 MG	4		
NAMZARIC CÁPSULAS 21-10 MG	4		
NAMZARIC CÁPSULAS 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)	
<b>ANTIDEPRESIVOS</b>			
<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; COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 12 H 100 mg, 150 mg, 200 mg; COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 150 mg, 300 mg	3		
<i>bromhidrato de citalopram</i> SOLUCIÓN 10 mg/5 ml	3		
<i>bromhidrato de citalopram</i> COMPRIMIDOS 10 mg, 20 mg, 40 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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medicamen tos</b>	
<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> COMPRIMIDOS 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 CÁPSULAS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 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 CÁPSULAS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 20 mg, 40 mg	4	QL (60 cápsulas/30 días), AP
FETZIMA CÁPSULAS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 80 mg, 120 mg	4	QL (30 cápsulas/30 días), AP
FETZIMA CÁPSULAS (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 Requisitos/límites  
medicamen  
tos**

<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> COMPRIMIDOS 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 trancipromina</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> CÁPSULAS 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 benztrapina</i> SOLUCIÓN 1 mg/ml	4	
<i>mesilato de benztrapina</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</i> comprimidos de desintegración oral 10-100 mg	4	
<i>carbidopa/levodopa</i> comprimidos de desintegración oral 25-100 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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medicamen tos</b>
<i>carbidopa/levodopa comprimidos de desintegración oral 25-250 mg</i>	4
<i>carbidopa COMPRIMIDOS 25 mg</i>	4
<i>carbidopa y levodopa comprimidos 10-100 mg</i>	2
<i>carbidopa y levodopa comprimidos 25-100 mg</i>	2
<i>carbidopa y levodopa comprimidos 25-250 mg</i>	2
<i>carbidopa y levodopa comprimidos de liberación prolongada 25-100 mg</i>	3
<i>carbidopa y levodopa comprimidos 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
<i>KYNMOBI PELÍCULA 10 mg, 15 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg</i>	5 QL (150 películas/30 días), NM, AP
<i>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</i>	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 COMPRIMIDOS 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 COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 2 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg, 12 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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medicamen tos</b>	
-------------------------------	--	--

<i>selegilina hcl</i> CÁPSULAS 5 mg; COMPRIMIDOS 5 mg	3	
<i>trihexifenidil hcl</i> SOLUCIÓN 0.4 mg/ml; COMPRIMIDOS 2 mg, 5 mg	3	AP; AP si tiene 70 años o más
<b>ANTIPSICÓTICOS</b>		
ABILIFY MAINTENA JERINGA PRECARGADA 300 mg, 400 mg	5	QL (1 jeringa/28 días)
ABILIFY MAINTENA SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 300 mg, 400 mg	5	QL (1 inyección/28 días)
<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> COMPRIMIDOS 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> COMPRIMIDOS SUBLINGUALES 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> COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN 12.5 mg, 25 mg	4	AP
<i>clozapina</i> COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN 100 mg	4	QL (270 comprimidos/30 días) , AP
<i>clozapina</i> COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN 150 mg	4	QL (180 comprimidos/30 días) , AP
<i>clozapina</i> COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN 200 mg	5	QL (120 comprimidos/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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medicamen tos</b>	
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	
<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

**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

<b>Nombre del medicamento</b>		<b>Nivel de Requisitos/límites medica mentos</b>
<i>olanzapina</i> SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 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> COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN 5 mg, 15 mg, 20 mg	4	QL (30 comprimidos/30 días)
<i>olanzapina</i> COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN 10 mg	4	QL (60 comprimidos/30 días)
<i>paliperidona</i> COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 1.5 mg, 3 mg, 9 mg	4	QL (30 comprimidos/30 días)
<i>paliperidona</i> COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 6 mg	4	QL (60 comprimidos/30 días)
<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> COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 50 mg, 300 mg, 400 mg	4	QL (60 comprimidos/30 días), AP
<i>fumarato de quetiapina</i> COMPRIMIDOS 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 RECONSTITUIDA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 12.5 mg, 25 mg	4	QL (2 inyecciones/28 días)
RISPERDAL CONSTA SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA 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> COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN 1 mg, 2 mg, 3 mg	4	QL (60 comprimidos/30 días)
<i>risperidona</i> COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN 4 mg	4	QL (120 comprimidos/30 días)

**AP** = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;

60

**NM** = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;

**AL** = acceso limitado

**Nombre del medicamento**
**Nivel de Requisitos/límites  
medicamen  
tos**

<i>risperidona</i> COMPRIMIDOS 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 CÁPSULAS 1.5-3 MG	4	
<i>ziprasidona hcl</i> CÁPSULAS 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg	4	QL (60 cápsulas/30 días)
<i>mesilato de ziprasidona</i> SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 20 mg	4	QL (6 inyecciones/3 días)
ZYPREXA RELPREVV SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA 210 mg	4	QL (2 viales/28 días), NM, AP
ZYPREXA RELPREVV SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA 300 mg	5	QL (2 viales/28 días), NM, AP
ZYPREXA RELPREVV SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA 405 mg	5	QL (1 vial/28 días), NM, AP

**TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD**

<i>anfetamina-dextroanfetamina</i> cápsulas de liberación prolongada 24 h 5 mg	4	QL (30 cápsulas/30 días), AP
<i>anfetamina-dextroanfetamina</i> cápsulas de liberación prolongada 24 h 10 mg	4	QL (30 cápsulas/30 días), AP
<i>anfetamina-dextroanfetamina</i> cápsulas de liberación prolongada 24 h 15 mg	4	QL (30 cápsulas/30 días), AP
<i>anfetamina-dextroanfetamina</i> cápsulas de liberación prolongada 24 h 20 mg	4	QL (30 cápsulas/30 días), AP
<i>anfetamina-dextroanfetamina</i> cápsulas de liberación prolongada 24 h 25 mg	4	QL (30 cápsulas/30 días), AP
<i>anfetamina-dextroanfetamina</i> cápsulas de liberación prolongada 24 h 30 mg	4	QL (30 cápsulas/30 días), AP
<i>anfetamina-dextroanfetamina</i> comprimidos 5 mg	3	QL (60 comprimidos/30 días), AP
<i>anfetamina-dextroanfetamina</i> comprimidos 7.5 mg	3	QL (60 comprimidos/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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medicamen tos</b>
<i>anfetamina-dextroanfetamina comprimidos 10 mg</i>	3 QL (60 comprimidos/30 días), AP
<i>anfetamina-dextroanfetamina comprimidos 12.5 mg</i>	3 QL (60 comprimidos/30 días), AP
<i>anfetamina-dextroanfetamina comprimidos 15 mg</i>	3 QL (60 comprimidos/30 días), AP
<i>anfetamina-dextroanfetamina comprimidos 20 mg</i>	3 QL (90 comprimidos/30 días), AP
<i>anfetamina-dextroanfetamina comprimidos 30 mg</i>	3 QL (60 comprimidos/30 días), AP
<i>atomoxetina hcl CÁPSULAS 10 mg, 18 mg, 25 mg</i>	4 QL (120 cápsulas/30 días)
<i>atomoxetina hcl CÁPSULAS 40 mg</i>	4 QL (60 cápsulas/30 días)
<i>atomoxetina hcl CÁPSULAS 60 mg, 80 mg, 100 mg</i>	4 QL (30 cápsulas/30 días)
<i>dexmetilfenidato hcl COMPRIMIDOS 2.5 mg, 5 mg</i>	3 QL (120 comprimidos/30 días), AP
<i>dexmetilfenidato hcl COMPRIMIDOS 10 mg</i>	3 QL (60 comprimidos/30 días), AP
<i>guanfacina hcl (TDAH) COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	3 QL (30 comprimidos/30 días), AP; AP si tiene 70 años o más
<i>guanfacina hcl (TDAH) COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 3 mg</i>	3 QL (60 comprimidos/30 días), AP; AP si tiene 70 años o más
<i>metadato de liberación prolongada COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 20 mg</i>	4 QL (90 comprimidos/30 días), AP
<i>metilfenidato hcl COMPRIMIDOS MASTICABLES 2.5 mg, 5 mg, 10 mg</i>	4 QL (180 comprimidos/30 días), AP
<i>metilfenidato hcl SOLUCIÓN 5 mg/5 ml</i>	4 QL (1800 ml/30 días), AP
<i>metilfenidato hcl SOLUCIÓN 10 mg/5 ml</i>	4 QL (900 ml/30 días), AP
<i>metilfenidato hcl COMPRIMIDOS 5 mg, 10 mg</i>	3 QL (180 comprimidos/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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medicamentos</b>
<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
<b>HIPNÓTICOS</b>	
BELSOMRA COMPRIMIDOS 5 mg, 10 mg, 15 mg, 20 mg	4 QL (30 comprimidos/30 días)
DAYVIGO COMPRIMIDOS 5 mg, 10 mg	3 QL (30 comprimidos/30 días)
<i>doxepina hcl</i> (sueño) 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
<b>MIGRAÑA</b>	
AIMOVIG SOLUCIÓN EN AUTOINJECTOR 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

**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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medicamentos</b>	
<i>ergotamina c/comprimido de cafeína 1-100 mg</i>	3	QL (40 comprimidos/28 días), AP
<i>naratriptán hcl COMPRIMIDOS 1 mg, 2.5 mg</i>	3	QL (12 comprimidos/30 días)
<i>NURTEC COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN 75 mg</i>	3	QL (16 comprimidos/30 días), AP
<i>benzoato de rizatriptán COMPRIMIDOS 5 mg, 10 mg; COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN 5 mg, 10 mg</i>	3	QL (18 comprimidos/30 días)
<i>sumatriptán SOLUCIÓN 5 mg/accionamiento</i>	4	QL (24 unidades/30 días)
<i>sumatriptán SOLUCIÓN 20 mg/accionamiento</i>	4	QL (12 unidades/30 días)
<i>succinato de sumatriptán SOLUCIÓN EN AUTOINYECTOR 4 mg/0.5 ml; SOLUCIÓN EN CARTUCHO 4 mg/0.5 ml</i>	4	QL (18 inyecciones/30 días)
<i>succinato de sumatriptán SOLUCIÓN EN AUTOINYECTOR 6 mg/0.5 ml; SOLUCIÓN EN CARTUCHO 6 mg/0.5 ml; SOLUCIÓN 6 mg/0.5 ml</i>	4	QL (12 inyecciones/30 días)
<i>succinato de sumatriptán COMPRIMIDOS 25 mg, 50 mg, 100 mg</i>	2	QL (12 comprimidos/30 días)
<i>zolmitriptán COMPRIMIDOS 2.5 mg, 5 mg; COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN 2.5 mg, 5 mg</i>	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
GRALISE COMPRIMIDOS 300 mg	4	QL (180 comprimidos/30 días), AP
GRALISE COMPRIMIDOS 600 mg	4	QL (90 comprimidos/30 días), AP
INGREZZA CÁPSULAS 40 mg, 60 mg, 80 mg	5	QL (30 cápsulas/30 días), NM, AL, AP
INGREZZA CÁPSULAS 40-80 MG	5	QL (28 cápsulas/28 días), NM, AL, AP
<i>carbonato de litio CÁPSULAS 150 mg, 300 mg, 600 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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medicamentos</b>
<i>carbonato de litio</i> COMPRIMIDOS 300 mg; COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 300 mg, 450 mg	2
NUEDEXTA CÁPSULAS 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
SAVELLA COMPRIMIDOS 12.5 mg, 25 mg, 50 mg, 100 mg	4 QL (60 comprimidos/30 días), AP
SAVELLA MIS TITR PAQUETE	4 AP
<i>tetrabenazina</i> COMPRIMIDOS 12.5 mg	5 QL (90 comprimidos/30 días), NM, AP
<i>tetrabenazina</i> COMPRIMIDOS 25 mg	5 QL (120 comprimidos/30 días) , NM, AP

#### **AGENTES PARA LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE**

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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medicamentos</b>
<b>AGENTES DE TRATAMIENTO MUSCULOESQUELÉTICO</b>	
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
<b>NARCOLEPSIA/CATAPLEXIA</b>	
armodafinilo COMPRIMIDOS 50 mg	3 QL (60 comprimidos/30 días), AP
armodafinilo COMPRIMIDOS 150 mg, 200 mg, 250 mg	3 QL (30 comprimidos/30 días), AP
modafinilo COMPRIMIDOS 100 mg	4 QL (30 comprimidos/30 días), AP
modafinilo COMPRIMIDOS 200 mg	4 QL (60 comprimidos/30 días), AP
OXIBATO 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
<b>PSICOTERAPÉUTICO: VARIOS</b>	
acamprosato de calcio COMPRIMIDOS CON RECUBRIMIENTO ENTÉRICO 333 mg	4
buprenorfina hcl SUBLINGUAL 2 mg, 8 mg	3 QL (90 comprimidos/30 días), AP
buprenorfina hcl-naloxona hcl película sublingual 2-0.5 mg (equivalencia de base)	4 QL (90 películas/30 días)
buprenorfina hcl-naloxona hcl película sublingual 4-1 mg (equivalencia de base)	4 QL (90 películas/30 días)
buprenorfina hcl-naloxona hcl película sublingual 8-2 mg (equivalencia de base)	4 QL (90 películas/30 días)
buprenorfina hcl-naloxona hcl película sublingual 12-3 mg (equivalencia de base)	4 QL (60 películas/30 días)
buprenorfina hcl-naloxona hcl comprimidos sublinguales 2-0.5 mg (equivalencia de base)	2 QL (90 comprimidos/30 días)
buprenorfina hcl-naloxona hcl comprimidos sublinguales 8-2 mg (equivalencia de base)	2 QL (90 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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medicamentos</b>
<i>bupropión hcl (para dejar de fumar)</i> COMPRIMIDOS 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 INHALADOR DE NICOTROL INHALADOR 10 mg	3 4
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</i> <i>comprimidos 11 x 0.5 mg y 42 x 1 mg</i>	3
VIVITROL SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA 380 mg	5 NM

## **ENDÓCRINO Y METABÓLICO**

### **ANDRÓGENOS**

<i>depo-testosterone</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>acarbose</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)

**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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medica- mentos</b>
glimepirida COMPRIMIDOS 1 mg, 2 mg	1 QL (90 comprimidos/30 días)
glimepirida COMPRIMIDOS 4 mg	1 QL (60 comprimidos/30 días)
glipizida COMPRIMIDOS 5 mg	1 QL (240 comprimidos/30 días)
glipizida COMPRIMIDOS 10 mg	1 QL (120 comprimidos/30 días)
glipizida COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 2.5 mg, 5 mg	1 QL (90 comprimidos/30 días)
glipizida COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 10 mg	1 QL (60 comprimidos/30 días)
glipizida xl COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 2.5 mg, 5 mg	1 QL (90 comprimidos/30 días)
glipizida xl COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 10 mg	1 QL (60 comprimidos/30 días)
glipizida-metformina hcl comprimidos 2.5- 250 mg	1 QL (240 comprimidos/30 días)
glipizida-metformina hcl comprimidos 2.5- 500 mg	1 QL (120 comprimidos/30 días)
glipizida-metformina hcl comprimidos 5- 500 mg	1 QL (120 comprimidos/30 días)
GLYXAMBI COMPRIMIDOS 10-5 MG	3 QL (30 comprimidos/30 días)
GLYXAMBI COMPRIMIDOS 25-5 MG	3 QL (30 comprimidos/30 días)
JANUMET COMPRIMIDOS 50-500 MG	3 QL (60 comprimidos/30 días)
JANUMET COMPRIMIDOS 50-1000	3 QL (60 comprimidos/30 días)
JANUMET XR COMPRIMIDOS 50-500 MG	3 QL (60 comprimidos/30 días)
JANUMET XR COMPRIMIDOS 50-1000	3 QL (60 comprimidos/30 días)
JANUMET XR COMPRIMIDOS 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 COMPRIMIDOS 2.5-500	3 QL (60 comprimidos/30 días)
JENTADUETO COMPRIMIDOS 2.5-850	3 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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medica- mentos</b>
JENTADUETO COMPRIMIDOS 2.5-1000	3 QL (60 comprimidos/30 días)
JENTADUETO COMPRIMIDOS XR 2.5-1000 MG	3 QL (60 comprimidos/30 días)
JENTADUETO COMPRIMIDOS 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)
<i>metformina hcl</i> COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 500 mg	1 QL (120 comprimidos/30 días); (genérico de GLUCOPHAGE XR)
<i>metformina hcl</i> COMPRIMIDOS 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 COMPRIMIDOS 5-500 MG	3 QL (120 comprimidos/30 días)
SYNJARDY COMPRIMIDOS 5-1000 MG	3 QL (60 comprimidos/30 días)
SYNJARDY COMPRIMIDOS 12.5-500	3 QL (60 comprimidos/30 días)
SYNJARDY COMPRIMIDOS 12.5-1000 MG	3 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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medicamen tos</b>	
SYNJARDY XR COMPRIMIDOS 5-1000 MG	3	QL (60 comprimidos/30 días)
SYNJARDY XR COMPRIMIDOS 10-1000	3	QL (60 comprimidos/30 días)
SYNJARDY XR COMPRIMIDOS 12.5-1000 MG	3	QL (60 comprimidos/30 días)
SYNJARDY XR COMPRIMIDOS 25-1000	3	QL (30 comprimidos/30 días)
TRADJENTA COMPRIMIDOS 5 mg	3	QL (30 comprimidos/30 días)
TRIJARDY XR COMPRIMIDOS ER 24HR 5-2.5-1000 MG	3	QL (60 comprimidos/30 días)
TRIJARDY XR COMPRIMIDOS ER 24HR 10-5-1000 MG	3	QL (30 comprimidos/30 días)
TRIJARDY XR COMPRIMIDOS ER 24HR 12.5-2.5-1000 MG	3	QL (60 comprimidos/30 días)
TRIJARDY XR COMPRIMIDOS 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 COMPRIMIDOS 2.5-1000	3	QL (60 comprimidos/30 días)
XIGDUO XR COMPRIMIDOS 5-500 MG	3	QL (60 comprimidos/30 días)
XIGDUO XR COMPRIMIDOS 5-1000 MG	3	QL (60 comprimidos/30 días)
XIGDUO XR COMPRIMIDOS 10-500 MG	3	QL (30 comprimidos/30 días)
XIGDUO XR COMPRIMIDOS 10-1000	3	QL (30 comprimidos/30 días)
<b>ANTIDIABÉTICOS, INSULINAS</b>		
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

**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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medica- mentos</b>
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)
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

**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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medicamentos</b>
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)
<b>REGULADORES DE CALCIO</b>	
alendronato sódico SOLUCIÓN 70 mg/75 ml	4
alendronato sódico COMPRIMIDOS 10 mg, 35 mg, 70 mg	1
calcitonina (salmón) en aerosol SOLUCIÓN 200 unidades/accionamiento	3 B/D
FORTEO SOLUCIÓN EN PLUMA INYECTORA 600 mcg/2.4 ml	5 NM, AP
FOSAMAX + D COMPRIMIDOS 70-2800	4 ST
FOSAMAX + D COMPRIMIDOS 70-5600	4 ST
ibandronato sódico SOLUCIÓN 3 mg/3 ml	4 B/D, QL (1 inyección/90 días)
ibandronato sódico 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
pamidronato disódico 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
risedronato sódico COMPRIMIDOS 5 mg, 35 mg, 150 mg	3
risedronato sódico COMPRIMIDOS 30 mg; COMPRIMIDOS CON RECUBRIMIENTO ENTÉRICO 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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medicamen tos</b>
-------------------------------	--

TERIPARATIDA SOLUCIÓN EN PLUMA INYECTORA 620 mcg/2.48 ml	5 NM, AP
XGEVA SOLUCIÓN 120 mg/1.7 ml ácido zoledrónico CONCENTRADO 4 mg/5 ml; SOLUCIÓN 4 mg/100 ml, 5 mg/100 ml	5 NM, AP 4 B/D, NM

### **AGENTES QUELANTES**

CHEMET CÁPSULAS 100 mg	4
deferasirox PAQUETE 90 mg, 180 mg, 360 mg; COMPRIMIDOS 180 mg, 360 mg; COMPRIMIDOS SOLUBLES 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**

afirmelle	2
altavera	3
alyacen 1/35	3
alyacen 7/7/7	3
apri	2
aranelle	3
aubra eq	2
aurovela 1/20	3
aurovela fe 1.5/30	2
aurovela fe 1/20	2
aviane	2
ayuna	3
azurette	3
balziva	3
blisovi fe 1.5/30	2
briellyn	3
camila COMPRIMIDOS 0.35 mg	2
chateal	3
cryselle-28	3
cyred eq	2
dasetta 1/35	3
dasetta 7/7/7	3
deblitano COMPRIMIDOS 0.35 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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medicamen tos</b>
<i>desogestrel-etinilestradiol y etinilestradiol comprimidos 0.15-0.02/0.01 mg(21/5)</i>	3
<i>desogestrel y etinilestradiol comprimidos 0.15 mg-30 mcg</i>	2
<i>drospirenona-etinilestradiol comprimidos 3-0.02 mg</i>	3
<i>drospirenona-etinilestradiol comprimidos 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 comprimidos 1 mg-35 mcg</i>	2
<i>diacetato de etinodiol y etinilestradiol comprimidos 1 mg-50 mcg</i>	3
<i>etongestrel-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

**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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medica- mentos</b>
<i>leena</i>	3
<i>lessina</i>	2
<i>levonest</i>	2
<i>levonorgestrel y etinilestradiol (91 días) comprimidos 0.15-0.03 mg</i>	3
<i>levonorgestrel y etinilestradiol comprimidos 0.1 mg-20 mcg</i>	2
<i>levonorgestrel y etinilestradiol comprimidos 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>lyeq 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 comprimidos 1-20/1-30/1-35 mg-mcg</i>	4
<i>noretisterona ace y etinilestradiol comprimidos 1 mg-20 mcg</i>	3
<i>noretisterona ace y etinilestradiol comprimidos 1.5 mg-30 mcg</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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medica- mentos</b>
<i>noretisterona ace y etinilestradiol-fe comprimidos 1 mg-20 mcg</i>	2
<i>norgestimato y etinilestradiol comprimidos 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>pimtreia</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

**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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medicamen tos</b>
<i>vestura</i>	3
<i>vienna</i>	2
<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
<b><i>ENDOMETRIOSIS</i></b>	
<i>danazol</i> CÁPSULAS 50 mg, 100 mg, 200 mg	4
<i>SYNAREL</i> SOLUCIÓN 2 mg/ml	5
<b><i>ESTRÓGENOS</i></b>	
<i>amabelz</i>	3
<i>DELESTRÓGENO ACEITE</i> 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</i> <i>comprimidos 0.5-0.1 mg</i>	3
<i>estradiol y acetato de noretisterona</i> <i>comprimidos 1-0.5 mg</i>	3
<i>estradiol vaginal</i> CREMA 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 comprimidos 0.5 mg-2.5 mcg</i>	3
<i>fyavolv comprimidos 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

**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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medicamen tos</b>
<i>mimvey</i>	3
<i>acetato de noretisterona-etinilestradiol comprimidos 0.5 mg-2.5 mcg</i>	3
<i>acetato de noretisterona-etinilestradiol comprimidos 1 mg-5 mcg</i>	3
<i>yuvafem COMPRIMIDOS 10 mcg</i>	4
<b>GLUCOCORTICOIDES</b>	
<i>dexametasona 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</i>	3
<i>DEXAMETASONA INTENSOL CONCENTRADO 1 mg/ml</i>	4
<i>fosfato sódico de dexametasona SOLUCIÓN 4 mg/ml, 10 mg/ml, 20 mg/5 ml, 100 mg/10 ml, 120 mg/30 ml</i>	3
<i>acetato de fludrocortisona COMPRIMIDOS 0.1 mg</i>	2
<i>hidrocortisona COMPRIMIDOS 5 mg, 10 mg, 20 mg</i>	3
<i>metilprednisolona COMPRIMIDOS 4 mg, 8 mg, 16 mg, 32 mg</i>	3      B/D
<i>metilprednisolona PAQUETE DE TERAPIA DE COMPRIMIDOS 4 mg</i>	2
<i>acetato de metilprednisolona SUSPENSIÓN 40 mg/ml, 80 mg/ml</i>	3      B/D
<i>succinato de metilprednisolona sódica SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 40 mg, 125 mg, 1000 mg</i>	3      B/D
<i>prednisolona SOLUCIÓN 15 mg/5 ml</i>	2      B/D
<i>fosfato sódico de prednisolona SOLUCIÓN 5 mg/5 ml</i>	4      B/D
<i>fosfato sódico de prednisolona SOLUCIÓN 15 mg/5 ml</i>	2      B/D
<i>fosfato sódico de prednisolona SOLUCIÓN 25 mg/5 ml</i>	3      B/D
<i>prednisona SOLUCIÓN 5 mg/5 ml</i>	4      B/D
<i>prednisona COMPRIMIDOS 1 mg, 2.5 mg, 5 mg, 10 mg, 20 mg, 50 mg</i>	2      B/D
<i>prednisona PAQUETE DE TERAPIA DE COMPRIMIDOS 5 mg, 10 mg</i>	3
<i>PREDNISONA INTENSOL CONCENTRADO 5 mg/ml</i>	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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medica mentos</b>
-------------------------------	--

SOLU-CORTEF SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 100 mg, 250 mg, 500 mg, 1000 mg	4
--	---

**AGENTES QUE ELEVAN LA GLUCOSA**

diazóxido 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
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	
ácido carglúmico COMPRIMIDOS SOLUBLES 200 mg	5	NM, AL, AP
CERDELGA CÁPSULAS 84 mg	5	NM, AL, AP
CEREZYME SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 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</i> <i>refrigerado</i> SOLUCIÓN 0.01 %	4	
FABRAZYME SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 5 mg, 35 mg	5	NM, AL, AP
GENOTROPINA CARTUCHO 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

**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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medicamentos</b>	
INCRELEX SOLUCIÓN 40 mg/4 ml	5	NM, AL, AP
javygtor 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 RECONSTITUIDA 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
<i>miglustat</i> CÁPSULAS 100 mg	5	QL (90 cápsulas/30 días), NM, AP
NAGLAZYME SOLUCIÓN 1 mg/ml	5	NM, AL, AP
<i>nitisinona</i> CÁPSULAS 2 mg, 5 mg, 10 mg	5	NM, 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 RECONSTITUIDA 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)

**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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medicamen tos</b>	
-------------------------------	--	--

VELPHORO COMPRIMIDOS MASTICABLES 500 mg	5	QL (180 comprimidos/30 días)
--	---	---------------------------------

#### ***PROGESTINAS***

<i>acetato de medroxiprogesterona</i>	1	
COMPRIMIDOS 2.5 mg, 5 mg, 10 mg		
<i>acetato de megestrol</i> SUSPENSIÓN 40 mg/ml	3	
<i>acetato de megestrol (apetito)</i>	4	AP
SUSPENSIÓN 625 mg/5 ml		
<i>acetato de noretisterona</i> COMPRIMIDOS 5 mg	3	

#### ***AGENTES TIROIDEOS***

euthyrox 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>levo-t</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>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>levoxyt</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>unitroid</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</i> SOLUCIÓN 1 mcg/ml	4	B/D
<i>doxercalcifero</i> CÁPSULAS 0.5 mcg, 1 mcg, 2.5 mcg	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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medicamen tos</b>
<i>paricalcitol</i> CÁPSULAS 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg	4 B/D
<i>RAYALDEE</i> CÁPSULAS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 30 mcg	5
<b>GASTROINTESTINAL</b>	
<b>ANTIEMÉTICOS</b>	
<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>granisetrón hcl</i> SOLUCIÓN 1 mg/ml, 4 mg/4 ml	4
<i>granisetrón 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>ondansetron</i> COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN 4 mg, 8 mg	3 B/D
<i>ondansetron hcl</i> SOLUCIÓN 4 mg/2 ml, 40 mg/20 ml; SOLUCIÓN EN JERINGA PRECARGADA 4 mg/2 ml	3
<i>ondansetron hcl</i> SOLUCIÓN 4 mg/5 ml	4 B/D
<i>ondansetron hcl</i> COMPRIMIDOS 4 mg, 8 mg	3 B/D
<i>proclorperazina</i> SUPOSITORIO 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> PARCHE DE 72 H 1 mg/3 días	4 QL (10 parches/30 días), AP; AP si tiene 70 años o más
<b>ANTIESPASMÓDICOS</b>	
<i>diclofamina hcl</i> CÁPSULAS 10 mg; COMPRIMIDOS 20 mg	3
<i>diclofamina hcl</i> SOLUCIÓN 10 mg/5 ml	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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medica- mentos</b>	
<i>glicopirrolato</i> COMPRIMIDOS 1 mg, 2 mg	3	
<b>ANTAGONISTAS DE RECEPTORES H2</b>		
<i>famotidina</i> SOLUCIÓN 20 mg/2 ml, 40 mg/4 ml, 200 mg/20 ml	3	
<i>famotidina</i> SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA 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</i> en NaCl al 0.9 % solución i. v. 20 mg/50 ml	3	
<i>nizatidina</i> CÁPSULAS 150 mg, 300 mg	4	
<b>ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL</b>		
<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> COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 9 mg	5	QL (30 comprimidos/30 días), AP
<i>hidrocortisona (intrarrectal)</i> ENEMA 100 mg/60 ml	4	
<i>mesalamina</i> CÁPSULAS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 0.375 g	4	QL (120 cápsulas/30 días)
<i>mesalamina</i> CÁPSULAS DE LIBERACIÓN RETARDADA 400 mg	4	QL (180 cápsulas/30 días)
<i>mesalamina</i> ENEMA 4 g; SUPOSITORIO 1000 mg	4	
<i>mesalamina</i> COMPRIMIDOS CON RECUBRIMIENTO ENTÉRICO 1.2 g	4	QL (120 comprimidos/30 días)
<i>mesalamina c/limpiador</i> KIT 4 g	4	
<i>sulfasalazina</i> COMPRIMIDOS 500 mg	2	
<i>sulfasalazina</i> COMPRIMIDOS CON RECUBRIMIENTO ENTÉRICO 500 mg	3	
<b>LAXANTES</b>		
<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	

**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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medica- mentos</b>
-------------------------------	---

<i>peg 3350-kcl-bicarb na-nacl-sulfato na para solución 236 g</i>	2
<i>peg 3350-kcl-bicarb sod-nacl para solución 420 g</i>	2
<b>PLENVU SOL</b>	4
<i>sulfato de sodio-sulfato de potasio-sulfato de magnesio solución por vía oral 17.5- 3.13-1.6 g/177 ml</i>	4
<b>KIT DE PREPARACIÓN DE SOLUCIONES INTESTINALES SUPREP</b>	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. 2.5- 0.025 mg/5 ml</i>	4	
<i>difenoxilato c/atropina comprimidos 2.5- 0.025 mg</i>	3	
<b>GATTEX KIT 5 mg</b>	5	NM, AL, AP
<b>LINZESS CÁPSULAS 72mcg, 145mcg, 290mcg</b>	4	QL (30 cápsulas/30 días)
<i>loperamida hcl</i> CÁPSULAS 2 mg	3	
<i>misoprostol</i> COMPRIMIDOS 100mcg, 200mcg	3	
<b>MOVANTIK COMPRIMIDOS 12.5 mg, 25 mg</b>	3	QL (30 comprimidos/30 días)
<b>RELISTOR SOLUCIÓN 8 mg/0.4 ml, 12 mg/0.6 ml</b>	5	AP
<i>sucralfato</i> COMPRIMIDOS 1 g	3	
<i>ursodiol</i> CÁPSULAS 300 mg	3	
<i>ursodiol</i> COMPRIMIDOS 250 mg, 500 mg	4	
<b>XERMELO COMPRIMIDOS 250 mg</b>	5	QL (90 comprimidos/30 días), NM, AL, AP
<b>XIFAXAN COMPRIMIDOS 550 mg</b>	5	AP

### **ENZIMAS PANCREÁTICAS**

<b>CREON CÁPSULAS 3000 UNIDADES</b>	3
<b>CREON CÁPSULAS 6000 UNIDADES</b>	3
<b>CREON CÁPSULAS 12,000 UNIDADES</b>	3
<b>CREON CÁPSULAS 24,000 UNIDADES</b>	3
<b>CREON CÁPSULAS 36,000 UNIDADES</b>	3
<b>ZENPEP CÁPSULAS 3000 UNIDADES</b>	4
<b>ZENPEP CÁPSULAS 5000 UNIDADES</b>	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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medicamen tos</b>
-------------------------------	--

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> CÁPSULAS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 20 mg, 40 mg	4	QL (30 cápsulas/30 días), ST
<i>lansoprazol</i> CÁPSULAS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 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> CÁPSULAS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 10 mg, 20 mg, 40 mg	1	
<i>pantoprazol sódico</i> SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 40 mg	4	
<i>pantoprazol sódico</i> COMPRIMIDOS CON RECUBRIMIENTO ENTÉRICO 20 mg, 40 mg	1	
<i>rabeprazol sódico</i> COMPRIMIDOS CON RECUBRIMIENTO ENTÉRICO 20 mg	3	QL (30 comprimidos/30 días)

### **GENITOURINARIO**

#### **HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA**

<i>alfuzosina hcl</i> COMPRIMIDOS 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)
<i>dutasterida-tamsulosina hcl</i> cápsulas 0.5-0.4 mg	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>citrato de potasio (alcalinizador)</i> COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 15 mEq, 540 mg, 1080 mg	4	

### **ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS**

<i>hidrobromuro de darifenacina</i> COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 7.5 mg, 15 mg	4	QL (30 comprimidos/30 días), ST
---	---	---------------------------------------

**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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medicamentos</b>
<i>fumarato de fesoterodina</i> COMPRIMIDOS 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 RECONSTITUIDA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 8 mg/ml	4 QL (300 ml/28 días)
MYRBETRIQ COMPRIMIDOS 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> COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 5 mg	3 QL (30 comprimidos/30 días)
<i>cloruro de oxibutinina</i> COMPRIMIDOS 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> COMPRIMIDOS 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> COMPRIMIDOS 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)

### **ANTIINFECCIOSOS VAGINALES**

<i>fosfato de clindamicina vaginal</i> CREMA al 2 %	3
<i>metronidazol vaginal</i> GEL al 0.75 %	3
<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 TERAPIA DE COMPRIMIDOS 5 mg	3 QL (74 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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medica mentos</b>
-------------------------------	--

<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/NACL INY. 12,500 UNIDADES	3	
HEP SOD/NACL 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/NACL 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 RECONSTITUIDA 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 COMPRIMIDOS 15/20 MG	3	QL (51 comprimidos/30 días)

#### **FACTORES DE CRECIMIENTO HEMATOPOYÉTICOS**

<i>PROCRIT</i> SOLUCIÓN 2000 unidades/ml, 3000 unidades/ml, 4000 unidades/ml, 10,000 unidades/ml	3	NM, AP
<i>PROCRIT</i> SOLUCIÓN 20,000 unidades/ml, 40,000 unidades/ml	5	NM, AP
<i>ZARXIO</i> SOLUCIÓN EN JERINGA PRECARGADA 300 mcg/0.5 ml, 480 mcg/0.8 ml	5	NM, AP
<i>ZIEXTENZO</i> SOLUCIÓN EN JERINGA PRECARGADA 6 mg/0.6 ml	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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medica mentos</b>
-------------------------------	--

## **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 RECONSTITUIDA 2000 unidades	5 QL (30 viales/30 días), NM, AL, AP
HAEGARDA SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 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</i> cápsulas de liberación prolongada 12 h 25-200 mg	4
BRILINTA COMPRIMIDOS 60 mg, 90 mg	3
<i>bisulfato de clopidogrel</i> COMPRIMIDOS 75 mg	1
<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

**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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medica mentos</b>
<b>AGENTES INMUNOLÓGICOS</b>	
<b>AGENTES AUTOINMUNITARIOS</b>	
DUPIXENT SOLUCIÓN EN PLUMA INYECTORA 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 RECONSTITUIDA 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 KIT DE PLUMA 40 mg/0.4 ml, 40 mg/0.8 ml	5 QL (6 plumas/28 días), NM, AP
HUMIRA PEN KIT DE PLUMA 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 KIT DE PLUMA 40 mg/0.8 ml, 80 mg/0.8 ml	5 NM, AP
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S KIT DE PLUMA 80 mg/0.8 ml	5 NM, AP
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER KIT DE PLUMA 40 mg/0.8 ml	5 NM, AP
INFliximab SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 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
OTEZLA COMPRIMIDOS 30 mg	5 QL (60 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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medicamentos</b>
OTEZLA TAB 10/20/30	5 QL (110 comprimidos/año), NM, AP
REMICADE SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 100 mg	5 NM, AL, AP
RENFLEXIS SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 100 mg	5 NM, AL, AP
RINVOQ COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 15 mg, 30 mg	5 QL (30 comprimidos/30 días), NM, AP
RINVOQ COMPRIMIDOS 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
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 COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 11 mg, 22 mg	5 QL (30 comprimidos/30 días), NM, AP

### **FÁRMACOS ANTIRREUMÁTICOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD (DMARDS)**

sulfato hidroxicloroquina COMPRIMIDOS 200 mg	3
leflunomida COMPRIMIDOS 10 mg, 20 mg	3 QL (30 comprimidos/30 días)
metotrexato sódico COMPRIMIDOS 2.5 mg	3
TREXALL COMPRIMIDOS 5 mg, 7.5 mg, 10 mg, 15 mg	4 B/D
XATMEP SOLUCIÓN 2.5 mg/ml	4 B/D

### **INMUNOGLOBULINAS**

BIVIGAM SOLUCIÓN 5 g/50 ml, 10 %	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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medica- mentos</b>
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.	4 B/D, NM, AL
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	5 NM, AP
GAMMAGARD S/D IGA LESS TH SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 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 RECONSTITUIDA 220 mg	5	NM, AL, AP
INTRON A SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 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 AUTOINJECTOR 200 mg/ml; SOLUCIÓN EN JERINGA PRECARGADA 200 mg/ml	5	QL (8 jeringas/28 días), NM, AL, AP
BENLYSTA SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 120 mg, 400 mg	5	NM, AL, AP
ciclosporina CÁPSULAS 25 mg, 100 mg; SOLUCIÓN 50 mg/ml	4	B/D, 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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medica- mentos</b>	
<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>genograf</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 RECONSTITUIDA 200 mg/ml	5	B/D, NM
<i>micofenolato sódico</i> COMPRIMIDOS CON RECUBRIMIENTO ENTÉRICO 180 mg, 360 mg	4	B/D, NM
NULOJIX SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 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 RECONSTITUIDA 50 mg	3
BEXZERO 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 RECONSTITUIDA 10 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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medica- mentos</b>	
RABIA IMOVAZ (H.D.C.V.) SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA 2.5 unidades/ml	3	B/D
INFANRIX INY.	3	
IPOL INY. INACTIVO	3	
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. 0.5ML	3	
PEDVAX HIB SUSPENSIÓN 7.5 mcg/0.5 ml	3	
PENTACEL INY.	3	
PREHEVBRIOS 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	
ROTAQE SOL	3	
SHINGRIX SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA 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	

**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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medica mentos</b>
<b>NUTRICIONALES/SUPLEMENTOS</b>	
<b>ELECTROLITOS/MINERALES, INYECTABLES</b>	
D2.5W/NACL INY. 0.45 %	4
D5W/LYTES INY. n.º 48	4
D10W/NACL INY. 0.2 %	3
<i>dextrosa al 2.5 % c/cloruro de sodio al 0.45 %</i>	3
<i>dextrosa al 5 % en solución láctica de Ringer</i>	3
<i>dextrosa al 5 % c/cloruro de sodio al 0.2 %</i>	3
<i>dextrosa al 5 % c/cloruro de sodio al 0.3 %</i>	3
<i>dextrosa al 5 % c/cloruro de sodio al 0.9 %</i>	3
<i>dextrosa al 5 % c/cloruro de sodio al 0.45 %</i>	3
<i>dextrosa al 5 % c/cloruro de sodio al 0.225 %</i>	3
<i>dextrosa al 10 % c/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 0.45 % para inyección</i>	3
<i>kcl 40 mEq/l (0.3 %) en NaCl 0.9 % para inyección</i>	3
KCL/D5W/NACL 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

**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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medica mentos</b>
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 %	3
sulfato de magnesio en dextrosa al 5 % solución i. v. 1 g/100 ml	3
MG SO4/D5W INY. 10 MG/ML	3
PLASMA-LITO INY. -148	4
PLASMA-LITO INY. -A	4
CLORURO DE POTASIO 20 MEQ/L EN NACL AL 0.9 % PARA INYECCIÓN	3
CLORURO DE POTASIO 20 MEQ/L EN NACL AL 0.45 % PARA INYECCIÓN	4
CLORURO DE POTASIO 40 MEQ/L EN NACL AL 0.9 % PARA INYECCIÓN	4
cloruro de potasio SOLUCIÓN 2 mEq/ml	3
CLORURO DE POTASIO SOLUCIÓN 10 mEq/50 ml, 20 mEq/50 ml	4
cloruro de potasio SOLUCIÓN 10 mEq/100 ml, 20 mEq/100 ml, 40 mEq/100 ml	4
cloruro de potasio 20 mEq/l (0.15 %) en inyección de dextrosa al 5 %	3
cloruro de sodio SOLUCIÓN al 0.45 %, 0.9 %, 2.5 mEq/ml, 3 %, 5 %	3
TPN ELECTROL INY.	4 B/D

#### **ELECTROLITOS/MINERALES/VITAMINAS, ORAL**

klor-con PAQUETE de 20 mEq	4
klor-con 8 COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 8 mEq	2
klor-con 10 COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 10 mEq	2
klor-con m10 COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 10 mEq	2
klor-con m15 COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 15 mEq	3
klor-con m20 COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 20 mEq	2
M-NATAL PLUS COMPRIMIDOS	3
cloruro de potasio CÁPSULA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 8 mEq, 10 mEq	3
cloruro de potasio PAQUETE 20 mEq; SOLUCIÓN al 10 %, 20 %	4
cloruro de potasio COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 8 mEq, 10 mEq, 20 mEq	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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medica mentos</b>
<i>cloruro de potasio cristales</i>	2
<i>microencapsulados er COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 10 mEq, 20 mEq</i>	
<i>cloruro de potasio cristales</i>	3
<i>microencapsulados er COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 15 mEq</i>	
<i>COMPRIMIDOS PRENATALES 27-1 MG</i>	3
<i>PRENATAL PLUS COMPRIMIDOS</i>	3
<i>fluoruro sódico masticable; comprimido; 1.1 (0.5 f) mg/ml solución</i>	2
<i>TRICARE COMPRIMIDOS PRENATALES</i>	3
<b>NUTRICIÓN I. V.</b>	
<i>CLINIMIX INY. 4.25/D5W</i>	4 B/D
<i>CLINIMIX INY. 4.25/D10</i>	4 B/D
<i>CLINIMIX INY. 5 %/D15W</i>	4 B/D
<i>CLINIMIX INY. 5 %/D20W</i>	4 B/D
<i>CLINIMIX INY. 6/5</i>	4 B/D
<i>CLINIMIX INY. 8/10</i>	4 B/D
<i>CLINIMIX INY. 8/14</i>	4 B/D
<i>clinisol sf 15 %</i>	4 B/D
<i>CLINOLIPID EMU 20 %</i>	4 B/D
<i>dextrosa SOLUCIÓN al 5 %, 10 %</i>	3
<i>dextrosa SOLUCIÓN al 50 %, 70 %</i>	3 B/D
<i>FREAMINA III INY. 10 %</i>	4 B/D
<i>INTRALIPID EMULSIÓN 20 g/100 ml, 30 g/100 ml</i>	4 B/D
<i>NUTRILIPID EMULSIÓN 20 g/100 ml</i>	4 B/D
<i>plenamina</i>	4 B/D
<i>PREMASOL SOL 10 %</i>	5 B/D
<i>PROCALAMINA INY. 3 %</i>	4 B/D
<i>PROSOL INY. 20 %</i>	4 B/D
<i>TRAVASOL INY. 10 %</i>	4 B/D
<i>TROFAMINA INY. 10 %</i>	4 B/D
<b>OFTÁLMICA</b>	
<b>ANTIINFECCIOSO/ANTIINFLAMATORIO</b>	
<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

**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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medica- mentos</b>
<i>neomicina-polimixina-hc suspensión oftálmica</i>	4
<i>sulfacetamida sódica-prednisolona solución oftálmica 10-0.23(0.25) %</i>	2
<i>POMADA DE TOBRADEX AL 0.3-0.1 %</i>	3
<i>SUSPENSIÓN. DE TOBRADEX ST 0.3-0.05</i>	3
<i>tobramicina-dexametasona suspensión oftálmica al 0.3-0.1 %</i>	4
<i>ZYLET SUSPENSIÓN AL 0.5-0.3 %</i>	3
<b>ANTIINFECCIOSOS</b>	
<i>bacitracina (oftálmica) POMADA 500 unidades/g</i>	3
<i>bacitracina-polimixina b pomada oftálmica</i>	2
<i>BESIVANCE SUSPENSIÓN al 0.6 %</i>	3
<i>CILOXAN POMADA al 0.3 %</i>	3
<i>ciprofloxacina hcl (oftálmica) SOLUCIÓN al 0.3 %</i>	2
<i>eritromicina (oftálmica) POMADA 5 mg/g</i>	2
<i>gatifloxacino (oftálmica) SOLUCIÓN al 0.5 %</i>	3
<i>gentak POMADA al 0.3 %</i>	3
<i>sulfato de gentamicina (oftálmica) SOLUCIÓN al 0.3 %</i>	2
<i>moxifloxacina hcl (oftálmica) SOLUCIÓN al 0.5 %</i>	3
<i>NATACYN SUSPENSIÓN al 5 %</i>	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) SOLUCIÓN al 0.3 %</i>	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) POMADA al 10 %; SOLUCIÓN al 10 %</i>	3
<i>tobramicina (oftálmica) SOLUCIÓN al 0.3 %</i>	1
<i>trifluridina SOLUCIÓN al 1 %</i>	4
<i>ZIRGAN GEL al 0.15 %</i>	4
<b>ANTIINFLAMATORIOS</b>	
<i>ALREX SUSPENSIÓN al 0.2 %</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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medica mentos</b>
-------------------------------	--

bromfenaco sódico (oftálmica) SOLUCIÓN al 0.09 %	4
BROMSITE SOLUCIÓN al 0.075 %	4
fosfato sódico de dexametasona (oftálmica) SOLUCIÓN al 0.1 %	3
diclofenaco sódico (oftálmica) SOLUCIÓN al 0.1 %	2
difluprednato EMULSIÓN al 0.05 %	4
EYSUVIS SUSPENSIÓN AL 0.25 %	4
FLAREX SUSPENSIÓN al 0.1 %	4
fluorometolona (oftálmica) SUSPENSIÓN al 0.1 %	3
flurbiprofeno sódico SOLUCIÓN al 0.03 %	3
ILEVRO SUSPENSIÓN al 0.3 %	3
trometamina ketorolaco (oftálmica) SOLUCIÓN al 0.4 %	3
trometamina ketorolaco (oftálmica) SOLUCIÓN al 0.5 %	2
LOTEMAX POMADA al 0.5 %	3
acetato de prednisolona (oftálmica) SUSPENSION al 1 %	3
FOSFATO SÓDICO de PREDNISOLONA SOLUCIÓN al 1 %	3
PROLENSA SOLUCIÓN al 0.07 %	3

#### **ANTIALÉRGICOS**

azelastina hcl (oftálmica) SOLUCIÓN al 0.05 %	3
cromoglicato sódico (oftálmica) SOLUCIÓN al 4 %	2
olopatadina hcl SOLUCIÓN al 0.1 %	3
ZERVIATE SOLUCIÓN al 0.24 %	4

#### **ANTIGLAUCOMA**

ALPHAGAN P SOLUCIÓN al 0.1 %	3
betaxolol hcl (oftálmica) SOLUCIÓN al 0.5 %	3
BETOPTIC-S SUSPENSIÓN al 0.25 %	3
tartrato de brimonidina SOLUCIÓN al 0.2 %	1
tartrato de brimonidina SOLUCIÓN al 0.15 %	4
brinzolamida SUSPENSIÓN al 1 %	4
carteolol hcl (oftálmica) SOLUCIÓN al 1 %	2
COMBIGAN SOLUCIÓN al 0,2/0,5 %	3
dorzolamida hcl SOLUCIÓN al 2 %	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 Requisitos/límites  
medica-  
mentos**

<i>dorzolamida hcl-maleato de timolol solución oftálmica 22.3-6.8 mg/ml</i>	2
<i>latanoprost SOLUCIÓN al 0.005 %</i>	1
<i>levobunolol hcl SOLUCIÓN al 0.5 %</i>	2
<i>LUMIGAN SOLUCIÓN al 0.01 %</i>	3
<i>pilocarpina hcl SOLUCIÓN al 1 %, 2 %, 4 %</i>	3
<i>RHOPRESSA SOLUCIÓN al 0.02 %</i>	3
<i>ROCKLATAN GOTAS</i>	4
<i>SIMBRINZA SUSPENSIÓN al 1-0.2 %</i>	3
<i>maleato de timolol (oftálmica) SOLUCIÓN GELIFICANTE al 0.25 %, 0.5 %</i>	4
<i>maleato de timolol (oftálmica) SOLUCIÓN al 0.25 %, 0.5 %</i>	1
<i>travoprost SOLUCIÓN al 0.004 %</i>	4
<i>VYZULTA SOLUCIÓN al 0.024 %</i>	4

**VARIOS**

<i>SULFATO DE ATROPINA SOLUCIÓN al 1 %</i>	3
<i>sulfato de atropina (oftálmica) SOLUCIÓN al 1 %</i>	3
<i>CYSTADROPS SOLUCIÓN al 0.37 %</i>	5 NM, AL, AP
<i>CYSTARAN SOLUCIÓN al 0.44 %</i>	5 NM, AL, AP
<i>ISOPTO ATROPINA SOLUCIÓN al 1 %</i>	3
<i>proparacaína hcl SOLUCIÓN al 0.5 %</i>	3
<i>RESTASIS EMULSIÓN al 0.05 %</i>	3
<i>RESTASIS MULTIDOSIS EMULSIÓN al 0.05 %</i>	3
<i>TYRVAYA SOLUCIÓN 0.03 mg/accionamiento</i>	4
<i>XIIDRA SOLUCIÓN al 5 %</i>	3

**ÓTICO****AGENTES ÓTICOS**

<i>ácido acético (ótico) SOLUCIÓN al 2 %</i>	3
<i>CIPRO HC SUSPENSIÓN ÓTICA</i>	4
<i>ciprofloxacino-dexametasona suspensión ótica al 0.3-0.1 %</i>	4
<i>flac ACEITE al 0.01 %</i>	3
<i>acetónido de fluocinolona (ótico) ACEITE al 0.01 %</i>	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) SOLUCIÓN al 0.3 %</i>	4

AP = autorización previa; QL = límites de cantidad; ST = tratamiento escalonado;

99

NM = no disponible en pedidos por correo; B/D = cubierto por Medicare Parte B o D;

AL = acceso limitado

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medica mentos</b>
<b>RESPIRATORIO</b>	
<b>COMBINACIONES DE ANTIOLINÉRGICOS/AGONISTAS BETA</b>	
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)
<b>ANTICOLINÉRGICOS</b>	
ATROVENT HFA SOLUCIÓN EN AEROSOL 17 mcg/accionamiento	4 QL (2 inhaladores/30 días)
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)
<b>ANTIHISTAMÍNICOS</b>	
<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 hidroxicina</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

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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medicamentos</b>	
<i>olopatadina hcl (nasal) SOLUCIÓN al 0.6 %</i>	4	
<b>AGONISTAS BETA</b>		
<i>sulfato de albuterol SOLUCIÓN EN AEROSOL 108 mcg/accionamiento</i>	3	QL (2 inhaladores/30 días); (genérico de Proair HFA)
<i>sulfato de albuterol SOLUCIÓN EN AEROSOL 108 mcg/accionamiento</i>	3	QL (2 inhaladores/30 días); (genérico de Proventil HFA)
<i>sulfato de albuterol SOLUCIÓN EN AEROSOL 108 mcg/accionamiento</i>	3	QL (2 inhaladores/30 días); (genérico de Ventolin HFA)
<i>sulfato de albuterol SOLUCIÓN PARA NEBULIZACIÓN 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg/0.5 ml</i>	3	B/D
<i>sulfato de albuterol SOLUCIÓN PARA NEBULIZACIÓN al 0.083 %</i>	2	B/D
<i>sulfato de albuterol JARABE 2 mg/5 ml</i>	3	
<i>sulfato de albuterol COMPRIMIDOS 2 mg, 4 mg</i>	4	
<i>tartrato de arformoterol SOLUCIÓN PARA NEBULIZACIÓN 15 mcg/2 ml</i>	4	B/D
<i>fumarato de formoterol SOLUCIÓN PARA NEBULIZACIÓN 20 mcg/2 ml</i>	5	B/D
<i>levalbuterol hcl SOLUCIÓN PARA NEBULIZACIÓN 0.31 mg/3 ml, 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/0.5 ml, 1.25 mg/3 ml</i>	4	B/D
<i>tartrato de levalbuterol AEROSOL 45 mcg/accionamiento</i>	3	QL (2 inhaladores/30 días), ST
<i>SEREVENT DISKUS POLVO EN AEROSOL ACTIVADO POR LA RESPIRACIÓN 50 mcg/dosis</i>	3	QL (60 inhalaciones/30 días)
<i>sulfato de terbutalina COMPRIMIDOS 2.5 mg, 5 mg</i>	4	
<i>VENTOLIN HFA SOLUCIÓN EN AEROSOL 108 mcg/accionamiento</i>	3	QL (2 inhaladores/30 días)
<i>VENTOLIN HFA (PAQUETE INSTITUCIONAL) SOLUCIÓN EN AEROSOL 108 mcg/accionamiento</i>	3	QL (6 inhaladores/30 días)
<b>MODULADORES DE LEUCOTRIENOS</b>		
<i>montelukast sódico COMPRIMIDOS MASTICABLES 4 mg, 5 mg</i>	3	
<i>montelukast sódico PAQUETE 4 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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medica- mentos</b>
-------------------------------	---

<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 RECONSTITUIDA 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 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
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 COMPRIMIDOS 100-125	5	QL (112 comprimidos/28 días), NM, AL, AP
ORKAMBI COMPRIMIDOS 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

**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 Requisitos/límites  
medicamen  
tos**

PROLASTIN-C SOLUCIÓN 1000 mg/20 ml; SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 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 COMPRIMIDOS 50-75 MG	5	QL (56 comprimidos/28 días), NM, AL, AP
SYMDEKO COMPRIMIDOS 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> COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 400 mg, 600 mg	3	
TRIKAFTA COMPRIMIDOS 50-25-37.5 MG Y 75 MG	5	QL (84 comprimidos/28 días), NM, AL, AP
TRIKAFTA COMPRIMIDOS 100-50-75 MG Y 150 MG	5	QL (84 comprimidos/28 días), NM, AL, AP
XOLAIR SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 150 mg; SOLUCIÓN EN JERINGA PRECARGADA 75 mg/0.5 ml, 150 mg/ml	5	NM, AL, AP
ZEMAIRA SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 1000 mg	5	NM, AL, AP

**ESTEROIDES NASALES**

<i>flunisolida</i> (nasal) SOLUCIÓN al 0.025 %	3	QL (3 frascos/30 días)
<i>propionato de fluticasona</i> (nasal) SUSPENSIÓN 50 mcg/accionamiento	2	QL (1 frasco/30 días)
<i>furoato de mometasona</i> (nasal) 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

**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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medicamentos</b>	
-------------------------------	---	--

### **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)
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 (1 inhalador/30 días)
SYMBICORT AEROSOL 160-4.5	3	QL (1 inhalador/30 días)

### **TÓPICO**

#### **DERMATOLOGÍA, ACNÉ**

accutane CÁPSULAS 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	4	AP
amnesteem CÁPSULAS 10 mg, 20 mg, 40 mg	4	AP
avita CREMA 0.025 %; GEL al 0.025 %	4	QL (45 g/30 días), AP

**AP** = autorización previa; **QL** = límites de cantidad; **ST** = tratamiento escalonado;

104

**NM** = no disponible en pedidos por correo; **B/D** = cubierto por Medicare Parte B o D;

**AL** = acceso limitado

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medicamen tos</b>	
peróxido de benzoilo-eritromicina gel al 5-3 %	4	QL (46.6 g/30 días)
claravis CÁPSULAS 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	4	AP
fosfato de clindamicina (tópico) GEL al 1 %	4	QL (75 g/30 días)
fosfato de clindamicina (tópico) LOCIÓN al 1 %; SOLUCIÓN al 1 %	3	QL (60 ml/30 días)
ery ALMOHADILLAS al 2 %	3	QL (60 compresas/30 días)
eritromicina (ayuda para el acné) SOLUCIÓN al 2 %	3	QL (60 ml/30 días)
isotretinoína CÁPSULAS 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	4	AP
myorisan CÁPSULAS 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	4	AP
sulfacetamida sódica (acné) LOCIÓN al 10 %	4	QL (118 ml/30 días)
tretinoína CREMA 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %; GEL al 0.01 %, 0.025 %	4	QL (45 g/30 días), AP
zenatán CÁPSULAS 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	4	AP

### **DERMATOLOGÍA, ANTIBIÓTICOS**

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

### **DERMATOLOGÍA, ANTIFÚNGICOS**

ciclopirox olamina CREMA al 0.77 %	3	QL (90 g/30 días)
ciclopirox olamina SUSPENSIÓN al 0.77 %	3	QL (60 ml/30 días)
clotrimazol (tópico) CREMA al 1 %	3	QL (45 g/30 días)
clotrimazol (tópico) SOLUCIÓN al 1 %	3	QL (30 ml/30 días)
clotrimazol c/betametasona crema al 1-0.05 %	3	QL (45 g/30 días)
ketoconazol (tópico) CREMA al 2 %	3	QL (60 g/30 días)
nyamyc POLVO 100,000 unidades/g	3	QL (60 g/30 días)
nistatina (tópica) CREMA 100,000 unidades/g; POMADA 100,000 unidades/g	3	QL (30 g/30 días)
nistatina (tópica) POLVO 100,000 unidades/g	3	QL (60 g/30 días)
nystop POLVO 100,000 unidades/g	3	QL (60 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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medica mentos</b>
-------------------------------	--

### **DERMATOLOGÍA, ANTIPSORIÁSICOS**

acitretina CÁPSULAS 10 mg, 17.5 mg, 25 mg	4	AP
calcipotrieno POMADA al 0.005 %	4	QL (120 g/30 días), AP
calcipotrieno SOLUCIÓN al 0.005 %	4	QL (120 ml/30 días), AP
calcitreno POMADA al 0.005 %	4	QL (120 g/30 días), AP
tazaroteno 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**

ketoconazol (tópico) CHAMPÚ al 2 %	2	QL (120 ml/30 días)
sulfuro de selenio LOCIÓN al 2.5 %	2	

### **DERMATOLOGÍA, CORTICOESTEROIDES**

ala-cort CREMA al 1 %	1	
ala-cort CREMA al 2.5 %	2	
dipropionato de alclometasona CREMA al 0.05 %; POMADA al 0.05 %	3	QL (60 g/30 días)
dipropionato de betametasona (tópico) CREMA al 0.05 %	3	QL (120 g/30 días)
dipropionato de betametasona (tópico) LOCIÓN al 0.05 %	3	QL (120 ml/30 días)
dipropionato de betametasona (tópico) POMADA al 0.05 %	4	QL (120 g/30 días)
dipropionato de betametasona aumentado CREMA al 0.05 %	2	QL (120 g/30 días)
dipropionato de betametasona aumentado GEL al 0.05 %; POMADA al 0.05 %	4	QL (120 g/30 días)
dipropionato de betametasona aumentado LOCIÓN al 0.05 %	4	QL (120 ml/30 días)
valerato de betametasona CREMA al 0.1 %; POMADA al 0.1 %	3	QL (120 g/30 días)
valerato de betametasona LOCIÓN al 0.1 %	3	QL (120 ml/30 días)
propionato de clobetasol CREMA al 0.05 %	3	QL (60 g/30 días)
propionato de clobetasol GEL al 0.05 %; POMADA al 0.05 %	4	QL (60 g/30 días)
propionato de clobetasol SOLUCIÓN al 0.05 %	4	QL (50 ml/30 días)
propionato de clobetasol e CREMA al 0.05 %	4	QL (60 g/30 días)
ENSTILAR AEROSOL	4	QL (120 g/30 días), AP
acetónido de fluocinolona CREMA al 0.01 %	4	QL (60 g/30 días)
acetónido de fluocinolona CREMA al 0.025 %	4	QL (120 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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medicamentos</b>
acetónido de fluocinolona OIL al 0.01 %	3 QL (118.28 ml/30 días)
acetonuro de fluocinolona POMADA al 0.025 %	3 QL (120 g/30 días)
acetónido de fluocinolona SOLUCIÓN al 0.01 %	4 QL (90 ml/30 días)
fluocinonida CREMA al 0.05 %	3 QL (120 g/30 días)
fluocinonida GEL al 0.05 %; POMADA al 0.05 %	4 QL (60 g/30 días)
fluocinonida SOLUCIÓN al 0.05 %	3 QL (60 ml/30 días)
base emulsionada de fluocinonida CREMA al 0.05 %	3 QL (120 g/30 días)
propionato de fluticasona CREMA al 0.05 %; POMADA al 0.005 %	3
propionato de halobetasol CREMA al 0.05 %; POMADA al 0.05 %	4 QL (50 g/30 días)
hidrocortisona (tópica) CREMA al 1 %	1
hidrocortisona (tópica) CREMA al 2.5 %; LOCIÓN al 2.5 %; POMADA al 2.5 %	2
furoato de mometasona CREMA al 0.1 %; POMADA al 0.1 %; SOLUCIÓN al 0.1 %	3
acetónido de triamcinolona (tópico) CREMA al 0.1 %	2 QL (454 g/30 días)
acetonuro de triamcinolona (tópico) CREMA al 0.025 %, 0.5 %; POMADA al 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %	2
acetónido de triamcinolona (tópico) LOCIÓN al 0.025 %, 0.1 %	3

#### **DERMATOLOGÍA, ANESTESIA LOCAL**

glydo JERINGA PRECARGADA al 2 %	4	QL (60 ml/30 días), AP
lidocaína POMADA al 5 %	4	QL (50 g/30 días), AP
lidocaína PARCHE al 5 %	4	QL (3 parches/1 día), AP
lidocaína hcl GEL al 2 %	4	QL (30 ml/30 días), AP
lidocaína hcl SOLUCIÓN al 4 %	3	QL (50 ml/30 días), AP
lidocaína-prilocaina crema al 2.5-2.5 %	3	QL (30 g/30 días), AP

#### **DERMATOLOGÍA, PIEL Y MEMBRANA MUCOSA VARIAS**

ácido azelaico GEL al 15 %	4	QL (50 g/30 días)
bexaroteno (tópico) GEL al 1 %	5	QL (60 g/30 días), NM, AP
diclofenaco sódico (tópico) 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)
fluorouracilo (tópico) CREMA al 5 %	4	QL (40 g/30 días)
fluorouracilo (tópico) SOLUCIÓN al 2 %, 5 %	3	QL (10 ml/30 días)
hidrocortisona (rectal) CREMA al 2.5 %	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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medica- mentos</b>
-------------------------------	---

<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)
<i>NORITADA</i> CREMA al 1 %	5	QL (60 g/30 días)
<i>PANRETINA</i> 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	
<i>RECTIV</i> 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)
<i>VALCHLOR</i> GEL al 0.016 %	5	QL (60 g/30 días), NM, AL, AP
<i>BOMBA ZYCLARA</i> 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**

<i>REGRANEX</i> GEL al 0.01 %	5	QL (30 g/30 días), AP
<i>SANTYL</i> 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> COMPRIMIDOS 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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de Requisitos/límites medica mentos</b>
<i>acetónido de triamcinolona (boca) PASTA</i> al 0.1 %	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

## Índice

### A

<i>abacavir sulfate</i> .....	17
<i>abacavir sulfate-lamivudine tab 600-300 mg</i> .....	18
<i>ABELCET</i> .....	16
<i>ABILIFY MAINTENA</i> .....	47
<i>abiraterone acetate</i> .....	24
<i>acamprosate calcium</i> .....	53
<i>acarbose</i> .....	54
<i>accutane</i> .....	83
<i>acebutolol hcl</i> .....	36
<i>acetaminophen w/ codeine soln 120-12 mg/5ml</i> .....	13
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-15 mg</i> .....	13
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-30 mg</i> .....	13
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-60 mg</i> .....	13
<i>acetazolamide</i> .....	37
<i>acetic acid</i> .....	68
<i>acetic acid (otic)</i> .....	79
<i>acetylcysteine</i> .....	81
<i>acitretin</i> .....	84
<i>ACTHIB INJ</i> .....	73
<i>ACTIMMUNE</i> .....	72
<i>acyclovir</i> .....	19
<i>acyclovir sodium</i> .....	19
<i>ADACEL INJ</i> .....	73
<i>adefovir dipivoxil</i> .....	19
<i>ADEMPAS</i> .....	39
<i>ADRENALIN</i> .....	38
<i>ADVAIR DISKU AER 100/50</i> .....	83
<i>ADVAIR DISKU AER 250/50</i> .....	83
<i>ADVAIR DISKU AER 500/50</i> .....	83
<i>ADVAIR HFA AER 115/21</i> .....	83
<i>ADVAIR HFA AER 230/21</i> .....	83
<i>ADVAIR HFA AER 45/21</i> .....	83
<i>afirmelle</i> .....	58
<i>AIMOVIG</i> .....	51
<i>ala-cort</i> .....	84
<i>albendazole</i> .....	14
<i>albuterol sulfate</i> .....	80
<i>alclometasone dipropionate</i> .....	84
<i>ALDURAZYME</i> .....	63
<i>ALECENSA</i> .....	26

<i>alendronate sodium</i> .....	57
<i>alfuzosin hcl</i> .....	68
<i>aliskiren fumarate</i> .....	38
<i>allopurinol</i> .....	12
<i>alosetron hcl</i> .....	67
<i>ALPHAGAN P</i> .....	78
<i>alprazolam</i> .....	40
<i>ALREX</i> .....	78
<i>altavera</i> .....	58
<i>ALTOPREV</i> .....	35
<i>ALUNBRIG</i> .....	26
<i>ALUNBRIG PAK</i> .....	26
<i>alyacen 1/35</i> .....	58
<i>alyacen 7/7/7</i> .....	58
<i>alyq</i> .....	39
<i>amabelz</i> .....	61
<i>amantadine hcl</i> .....	45
<i>ambrisentan</i> .....	39
<i>amikacin sulfate</i> .....	14
<i>amiloride &amp; hydrochlorothiazide tab 5-50 mg</i> .....	37
<i>amiloride hcl</i> .....	37
<i>amiodarone hcl</i> .....	34
<i>amitriptyline hcl</i> .....	44
<i>amlodipine besylate</i> .....	36
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 10-10 mg</i> .....	38
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 10-20 mg</i> .....	38
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 10-40 mg</i> .....	38
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 10-80 mg</i> .....	38
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 2.5-10 mg</i> .....	38
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 2.5-20 mg</i> .....	38
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 2.5-40 mg</i> .....	38
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 5-10 mg</i> .....	38
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 5-20 mg</i> .....	38
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 5-40 mg</i> .....	38

*amlodipine besylate-atorvastatin*  
 calcium tab 5-80 mg ..... 38  
*amlodipine besylate-benazepril hcl cap*  
 10-20 mg ..... 31  
*amlodipine besylate-benazepril hcl cap*  
 10-40 mg ..... 31  
*amlodipine besylate-benazepril hcl cap*  
 2.5-10 mg ..... 31  
*amlodipine besylate-benazepril hcl cap*  
 5-10 mg ..... 31  
*amlodipine besylate-benazepril hcl cap*  
 5-20 mg ..... 31  
*amlodipine besylate-benazepril hcl cap*  
 5-40 mg ..... 31  
*amlodipine besylate-olmesartan*  
 medoxomil tab 10-20 mg ..... 32  
*amlodipine besylate-olmesartan*  
 medoxomil tab 10-40 mg ..... 32  
*amlodipine besylate-olmesartan*  
 medoxomil tab 5-20 mg ..... 32  
*amlodipine besylate-olmesartan*  
 medoxomil tab 5-40 mg ..... 32  
*amlodipine besylate-valsartan tab 10-*  
 160 mg ..... 32  
*amlodipine besylate-valsartan tab 10-*  
 320 mg ..... 33  
*amlodipine besylate-valsartan tab 5-*  
 160 mg ..... 32  
*amlodipine besylate-valsartan tab 5-*  
 320 mg ..... 32  
*amnesteem* ..... 83  
*amoxapine* ..... 44  
*amoxicillin* ..... 22  
*amoxicillin & k clavulanate chew tab*  
 200-28.5 mg ..... 22  
*amoxicillin & k clavulanate chew tab*  
 400-57 mg ..... 22  
*amoxicillin & k clavulanate for susp*  
 200-28.5 mg/5ml ..... 22  
*amoxicillin & k clavulanate for susp*  
 250-62.5 mg/5ml ..... 22  
*amoxicillin & k clavulanate for susp*  
 400-57 mg/5ml ..... 22  
*amoxicillin & k clavulanate for susp*  
 600-42.9 mg/5ml ..... 22  
*amoxicillin & k clavulanate tab 250-125*  
 mg ..... 22

*amoxicillin & k clavulanate tab 500-125*  
 mg ..... 22  
*amoxicillin & k clavulanate tab 875-125*  
 mg ..... 22  
*amoxicillin & k clavulanate tab er 12hr*  
 1000-62.5 mg ..... 22  
*amphetamine-dextroamphetamine cap*  
 er 24hr 10 mg ..... 49  
*amphetamine-dextroamphetamine cap*  
 er 24hr 15 mg ..... 49  
*amphetamine-dextroamphetamine cap*  
 er 24hr 20 mg ..... 49  
*amphetamine-dextroamphetamine cap*  
 er 24hr 25 mg ..... 49  
*amphetamine-dextroamphetamine cap*  
 er 24hr 30 mg ..... 49  
*amphetamine-dextroamphetamine cap*  
 er 24hr 5 mg ..... 49  
*amphetamine-dextroamphetamine tab*  
 10 mg ..... 49  
*amphetamine-dextroamphetamine tab*  
 12.5 mg ..... 49  
*amphetamine-dextroamphetamine tab*  
 15 mg ..... 49  
*amphetamine-dextroamphetamine tab*  
 20 mg ..... 49  
*amphetamine-dextroamphetamine tab*  
 30 mg ..... 50  
*amphetamine-dextroamphetamine tab*  
 5 mg ..... 49  
*amphetamine-dextroamphetamine tab*  
 7.5 mg ..... 49  
*amphotericin b* ..... 16  
*amphotericin b liposome* ..... 16  
*ampicillin* ..... 22  
*ampicillin & sulbactam sodium for inj*  
 1.5 (1-0.5) gm ..... 22  
*ampicillin & sulbactam sodium for inj* 3  
 (2-1) gm ..... 22  
*ampicillin & sulbactam sodium for iv*  
 soln 1.5 (1-0.5) gm ..... 22  
*ampicillin & sulbactam sodium for iv*  
 soln 15 (10-5) gm ..... 22  
*ampicillin & sulbactam sodium for iv*  
 soln 3 (2-1) gm ..... 22  
*ampicillin sodium* ..... 22  
*anagrelide hcl* ..... 70

<i>anastrozole</i> .....	24
ANORO ELLIPT AER 62.5-25 .....	79
<i>aprepitant</i> .....	65
<i>aprepitant capsule therapy pack 80 &amp; 125 mg</i> .....	65
<i>apri</i> .....	58
APTIOM .....	40
APTIVUS .....	17
ARALAST NP .....	81
<i>aranelle</i> .....	58
ARCALYST .....	72
<i>arformoterol tartrate</i> .....	80
<i>ariPIPrazole</i> .....	47
ARISTADA .....	47
ARISTADA INITIO .....	47
<i>armodafinil</i> .....	53
ARNUITY ELLIPTA .....	82
<i>asenapine maleate</i> .....	47
<i>aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25-200 mg</i> .....	70
<i>atazanavir sulfate</i> .....	17
<i>atenolol</i> .....	36
<i>atenolol &amp; chlorthalidone tab 100-25 mg</i> .....	36
<i>atomoxetine hcl</i> .....	50
<i>atorvastatin calcium</i> .....	35
<i>atovaquone</i> .....	14
<i>atovaquone-proguanil hcl tab 250-100 mg</i> .....	17
<i>atovaquone-proguanil hcl tab 62.5-25 mg</i> .....	17
ATROPINE SULFATE .....	79
<i>atropine sulfate (ophthalmic)</i> .....	79
ATROVENT HFA .....	80
<i>aubra eq</i> .....	58
<i>aurovela 1/20</i> .....	58
<i>aurovela fe 1.5/30</i> .....	58
<i>aurovela fe 1/20</i> .....	58
AUSTEDO .....	51
AUVELITY TAB 45-105MG .....	44
<i>aviane</i> .....	58
<i>avita</i> .....	83
<i>ayuna</i> .....	58
AYVAKIT .....	26
<i>azacitidine</i> .....	24

<i>azathioprine</i> .....	73
<i>azelaic acid</i> .....	86
<i>azelastine hcl</i> .....	80
<i>azelastine hcl (ophth)</i> .....	78
<i>azithromycin</i> .....	21
<i>aztreonam</i> .....	14
<i>azurette</i> .....	58
<b>B</b>	
<i>bacitracin (ophthalmic)</i> .....	77
<i>bacitracin-polymyxin b ophth oint</i> .....	77
<i>bacitracin-polymyxin-neomycin-hc ophth oint 1%</i> .....	77
<i>baclofen</i> .....	52
BAFIERTAM .....	52
<i>balsalazide disodium</i> .....	66
BALVERSA .....	26
<i>balziva</i> .....	58
BARACLUDE .....	19
BASAGLAR KWIKPEN .....	55
BCG VACCINE .....	73
BD ALCOHOL SWABS .....	55
BELSOMRA .....	50
<i>benazepril &amp; hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i> .....	31
<i>benazepril &amp; hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i> .....	31
<i>benazepril &amp; hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i> .....	31
<i>benazepril &amp; hydrochlorothiazide tab 5-6.25mg</i> .....	31
<i>benazepril hcl</i> .....	32
BENDEKA .....	23
BENLYSTA .....	73
<i>benzoyl peroxide-erythromycin gel 5-3%</i> .....	83
<i>benztropine mesylate</i> .....	45, 46
BERINERT .....	70
BESIVANCE .....	77
BESREMI .....	25
<i>betaine powder for oral solution</i> .....	63
<i>betamethasone dipropionate (topical)</i> .....	84
<i>betamethasone dipropionate augmented</i> .....	84
<i>betamethasone valerate</i> .....	85
BETASERON .....	52
<i>betaxolol hcl (ophth)</i> .....	78

<i>bethanechol chloride</i>	68
BETOPTIC-S	78
BEVESPI AER 9-4.8MCG	79
<i>bexarotene</i>	25
<i>bexarotene (topical)</i>	86
BEXSERO INJ	73
<i>bicalutamide</i>	24
BICILLIN L-A	22
BIKTARVY TAB 30-120-15 MG	18
BIKTARVY TAB 50-200-25 MG	18
<i>bisoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab</i>	
10-6.25 mg	36
<i>bisoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab</i>	
2.5-6.25 mg	36
<i>bisoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab 5-</i>	
6.25 mg	36
<i>bisoprolol fumarate</i>	36
BIVIGAM	72
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	58
BOOSTRIX INJ	73
<i>bortezomib</i>	26
BORTEZOMIB	26
<i>bosentan</i>	39
BOSULIF	26
BRAUTOVI	26
BREO ELLIPTA INH 100-25	83
BREO ELLIPTA INH 200-25	83
BREZTRI AERO AER SPHERE	79
BREZTRI AERO AER SPHERE (INSTITUTIONAL PACK)	79
<i>briellyn</i>	58
BRILINTA	70
<i>brimonidine tartrate</i>	78
<i>brinzolamide</i>	78
BRIVIACT	40
<i>bromfenac sodium (ophth)</i>	78
<i>bromocriptine mesylate</i>	46
BROMSITE	78
BRUKINSA	26
<i>budesonide</i>	66
<i>budesonide (inhalation)</i>	82
<i>bumetanide</i>	37
<i>buprenorphine hcl</i>	53
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i>	
12-3 mg (base equiv)	53
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i>	
2-0.5 mg (base equiv)	53

<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i>	
4-1 mg (base equiv)	53
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i>	
8-2 mg (base equiv)	53
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab</i>	
2-0.5 mg (base equiv)	53
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab</i>	
8-2 mg (base equiv)	53
<i>bupropion hcl</i>	44
<i>bupropion hcl (smoking deterrent)</i>	53
<i>buspirone hcl</i>	40
<i>butorphanol tartrate</i>	13
BYDUREON BCISE	54
BYETTA	54
<b>C</b>	
<i>cabergoline</i>	63
CABOMETYX	26
<i>calcipotriene</i>	84
<i>calcitonin (salmon) spray</i>	57
<i>calcitrene</i>	84
<i>calcitriol</i>	65
<i>calcium acetate (phosphate binder)</i>	64
CALQUENCE	26
<i>camila</i>	58
<i>candesartan cilexetil</i>	34
<i>candesartan cilexetil-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab 16-12.5 mg</i>	
.....	33
<i>candesartan cilexetil-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab 32-12.5 mg</i>	
.....	33
<i>candesartan cilexetil-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab 32-25 mg</i>	.33
CAPLYTA	47
CAPRELSA	26
<i>captopril</i>	32
<i>carb/levo orally disintegrating tab 10-</i>	
100mg	46
<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-</i>	
100mg	46
<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-</i>	
250mg	46
<i>carbamazepine</i>	40
<i>carbidopa</i>	46
<i>carbidopa &amp; levodopa tab 10-100 mg</i>	46
<i>carbidopa &amp; levodopa tab 25-100 mg</i>	46
<i>carbidopa &amp; levodopa tab 25-250 mg</i>	46

<i>carbidopa &amp; levodopa tab er 25-100 mg</i> .....	46
<i>carbidopa &amp; levodopa tab er 50-200 mg</i> .....	46
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 12.5-50-200 mg</i> .....	46
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 18.75-75-200 mg</i> .....	46
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 25-100-200 mg</i> .....	46
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 31.25-125-200 mg</i> .....	46
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 37.5-150-200 mg</i> .....	46
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 50-200-200 mg</i> .....	46
<i>carboplatin</i> .....	23
<i>carglumic acid</i> .....	63
<i>carteolol hcl (ophth)</i> .....	78
<i>cartia xt</i> .....	37
<i>carvedilol</i> .....	36
<i>caspofungin acetate</i> .....	16
<i>CAYSTON</i> .....	14
<i>cefaclor</i> .....	20
<i>CEFACLOR ER</i> .....	20
<i>cefadroxil</i> .....	20
<i>CEFAZOLIN</i> .....	20
<i>CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML</i> .....	20
<i>cefazolin sodium</i> .....	20
<i>CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4%</i> .....	20
<i>cefdinir</i> .....	20
<i>cefepime hcl</i> .....	20
<i>cefixime</i> .....	20
<i>cefoxitin sodium</i> .....	21
<i>cefpodoxime proxetil</i> .....	21
<i>cefprozil</i> .....	21
<i>ceftazidime</i> .....	21
<i>CEFTAZIDIME/ SOL D5W 1GM</i> .....	21
<i>CEFTAZIDIME/ SOL D5W 2GM</i> .....	21
<i>ceftriaxone sodium</i> .....	21
<i>cefuroxime axetil</i> .....	21
<i>cefuroxime sodium</i> .....	21
<i>celecoxib</i> .....	12
<i>CELONTIN</i> .....	40
<i>cephalexin</i> .....	21
<i>CERDELGA</i> .....	63
<i>CEREZYME</i> .....	63
<i>cetirizine hcl</i> .....	80
<i>cevimeline hcl</i> .....	86
<i>chateal</i> .....	58
<i>CHEMET</i> .....	57
<i>chlorhexidine gluconate (mouth-throat) .....</i>	87
<i>chloroquine phosphate</i> .....	17
<i>chlorpromazine hcl</i> .....	47
<i>chlorthalidone</i> .....	37
<i>cholestyramine</i> .....	35
<i>cholestyramine light</i> .....	35
<i>choline fenofibrate</i> .....	35
<i>cyclopirox olamine</i> .....	84
<i>cilostazol</i> .....	70
<i>CILOXAN</i> .....	77
<i>CIMDUO TAB 300-300</i> .....	18
<i>cinacalcet hcl</i> .....	63
<i>CIPRO</i> .....	21
<i>CIPRO HC SUS OTIC</i> .....	79
<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml in d5w</i> ..	21
<i>ciprofloxacin 400 mg/200ml in d5w</i> ..	21
<i>ciprofloxacin hcl</i> .....	21
<i>ciprofloxacin hcl (ophth)</i> .....	77
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic susp 0.3-0.1%</i> .....	79
<i>cisplatin</i> .....	23
<i>citalopram hydrobromide</i> .....	44
<i>claravis</i> .....	83
<i>clarithromycin</i> .....	21
<i>clindamycin hcl</i> .....	14
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i> .14	
<i>clindamycin phosphate</i> .....	14
<i>clindamycin phosphate (topical)</i> .....	83
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 300 mg/50ml</i> .....	14
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 600 mg/50ml</i> .....	14
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 900 mg/50ml</i> .....	14
<i>clindamycin phosphate vaginal</i> .....	69
<i>CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML</i> .....	14
<i>CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML</i> .....	14
<i>CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML</i> .....	14
<i>CLINIMIX INJ 4.25/D10</i> .....	76
<i>CLINIMIX INJ 4.25/D5W</i> .....	76
<i>CLINIMIX INJ 5%/D15W</i> .....	76
<i>CLINIMIX INJ 5%/D20W</i> .....	76

CLINIMIX INJ 6/5.....	76
CLINIMIX INJ 8/10.....	76
CLINIMIX INJ 8/14.....	76
<i>clenisol sf 15%</i> .....	76
CLINOLIPID EMU 20% .....	76
<i>clobazam</i> .....	40
<i>clobetasol propionate</i> .....	85
<i>clobetasol propionate e</i> .....	85
<i>clomipramine hcl</i> .....	44
<i>clonazepam</i> .....	40
<i>clonidine</i> .....	38
<i>clonidine hcl</i> .....	38
<i>clopidogrel bisulfate</i> .....	70
<i>clorazepate dipotassium</i> .....	40
<i>clotrimazole</i> .....	87
<i>clotrimazole (topical)</i> .....	84
<i>clotrimazole w/ betamethasone cream</i> <i>1-0.05%</i> .....	84
<i>clozapine</i> .....	47
COARTEM TAB 20-120MG .....	17
<i>colchicine</i> .....	12
<i>colchicine w/ probenecid tab 0.5-500</i> <i>mg</i> .....	12
<i>colesevelam hcl</i> .....	35
<i>colestipol hcl</i> .....	35
<i>colistimethate sodium</i> .....	15
COMBIGAN SOL 0.2/0.5%.....	78
COMBIVENT AER 20-100.....	79
COMETRIQ (60MG DOSE).....	26
COMETRIQ KIT 100MG .....	26
COMETRIQ KIT 140MG .....	26
COMPLERA TAB .....	18
<i>compro</i> .....	65
<i>constulose</i> .....	66
COPIKTRA.....	26
CORLANOR .....	38
COTELLIC .....	26
CREON CAP 12000UNT .....	67
CREON CAP 24000UNT .....	67
CREON CAP 3000UNIT.....	67
CREON CAP 36000UNT .....	67
CREON CAP 6000UNIT.....	67
<i>cromolyn sodium</i> .....	81
<i>cromolyn sodium (mastocytosis)</i> .....	67
<i>cromolyn sodium (ophth)</i> .....	78
<i>cryselle-28</i> .....	58
<i>cyclobenzaprine hcl</i> .....	52

<i>cyclophosphamide</i> .....	23, 24
CYCLOPHOSPHAMIDE.....	24
CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR ..	24
<i>cycloserine</i> .....	19
<i>cyclosporine</i> .....	73
<i>cyclosporine modified (for</i> <i>microemulsion)</i> .....	73
<i>cypreheptadine hcl</i> .....	80
<i>cyred eq.</i> .....	58
CYSTADROPS.....	79
CYSTAGON .....	63
CYSTARAN.....	79
<i>cytarabine</i> .....	24
<b>D</b>	
D10W/NACL INJ 0.2%.....	74
D2.5W/NACL INJ 0.45% .....	74
D5W/LYTES INJ #48 .....	74
<i>dabigatran etexilate mesylate</i> .....	69
<i>dalfampridine</i> .....	52
<i>danazol</i> .....	61
<i>dantrolene sodium</i> .....	52
<i>dapsone</i> .....	15
DAPTACEL INJ.....	73
<i>daptomycin</i> .....	15
DAPTO MYCIN .....	15
<i>darifenacin hydrobromide</i> .....	68
<i>dasetta 1/35</i> .....	58
<i>dasetta 7/7/7</i> .....	58
DAURISMO .....	26
DAYVIGO.....	50
<i>deblitane</i> .....	58
<i>deferasirox</i> .....	57
DELESTROGEN .....	61
DELSTRIGO TAB .....	18
DENGVAXIA SUS .....	73
<i>depo-testosterone</i> .....	54
DESCOVY TAB 120-15MG .....	18
DESCOVY TAB 200/25MG .....	18
<i>desipramine hcl</i> .....	44
<i>desloratadine</i> .....	80
<i>desmopressin acetate</i> .....	63
<i>desmopressin acetate spray</i> .....	63
<i>desmopressin acetate spray</i> <i>refrigerated</i> .....	63
<i>desogest-eth estrad &amp; eth estrad tab</i> <i>0.15-0.02/0.01 mg(21/5)</i> .....	58

<i>desogestrel &amp; ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg</i> .....	58
<i>desvenlafaxine succinate</i> .....	44
<i>dexamethasone</i> .....	62
<i>DEXAMETHASONE INTENSOL</i> .....	62
<i>dexamethasone sodium phosphate</i> ...62	
<i>dexamethasone sodium phosphate (ophth)</i> .....78	
<i>dexamethylphenidate hcl</i> .....50	
<i>dextrose</i> .....	76
<i>dextrose 10% w/ sodium chloride 0.45%</i> .....74	
<i>dextrose 2.5% w/ sodium chloride 0.45%</i> .....74	
<i>dextrose 5% in lactated ringers</i> .....74	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.2%</i> .....	74
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.225%</i> .....	74
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3%</i> .....	74
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%</i> .....	74
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%</i> .....	74
<b>DIACOMIT</b> .....	40, 41
<i>diazepam</i> .....41	
<i>diazepam (anticonvulsant)</i> .....	41
<i>diazepam inj</i> .....	41
<i>diazoxide</i> .....	63
<i>diclofenac potassium</i> .....	12
<i>diclofenac sodium</i> .....	12
<i>diclofenac sodium (ophth)</i> .....78	
<i>diclofenac sodium (topical)</i> .....86	
<i>diclofenac w/ misoprostol tab delayed release 50-0.2 mg</i> .....12	
<i>diclofenac w/ misoprostol tab delayed release 75-0.2 mg</i> .....12	
<i>dicloxacillin sodium</i> .....	22
<i>dicyclomine hcl</i> .....	66
<b>DIFCID</b> .....	21
<i>diflunisal</i> .....12	
<i>diluprednate</i> .....	78
<i>digoxin</i> .....	39
<i>dihydroergotamine mesylate</i> .....	51
<b>DILANTIN</b> .....	41
<b>DILANTIN INFATABS</b> .....	41
<b>DILANTIN-125</b> .....	41
<i>diltiazem hcl</i> .....	37
<i>diltiazem hcl coated beads</i> .....	37
<i>diltiazem hcl extended release beads</i> 37	
<i>dilt-xr</i> .....	37
<i>dimethyl fumarate</i> .....	52
<i>dimethyl fumarate capsule dr starter pack 120 mg &amp; 240 mg</i> .....	52
<b>DIP/TET PED INJ 25-5LFU</b> .....	73
<i>diphenhydramine hcl</i> .....80	
<i>diphenoxylate w/ atropine liq 2.5-0.025 mg/5ml</i> .....	67
<i>diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-0.025 mg</i> .....	67
<i>dipyridamole</i> .....	70
<i>disopyramide phosphate</i> .....	34
<i>disulfiram</i> .....	53
<i>divalproex sodium</i> .....	41
<i>docetaxel</i> .....	26
<b>DOCETAXEL</b> .....	26
<i>dofetilide</i> .....	34
<i>donepezil hydrochloride</i> .....	43
<b>DOPTELET</b> .....	70
<i>dorzolamide hcl</i> .....	78
<i>dorzolamide hcl-timolol maleate ophth soln 22.3-6.8 mg/ml</i> .....	78
<i>dotti</i> .....	61
<b>DOVATO TAB 50-300MG</b> .....	18
<i>doxazosin mesylate</i> .....	32
<i>doxepin hcl</i> .....	44
<i>doxepin hcl (sleep)</i> .....	50
<i>doxercalciferol</i> .....	65
<i>doxorubicin hcl</i> .....	24
<i>doxorubicin hcl liposomal</i> .....	24
<i>doxy 100</i> .....	23
<i>doxycycline (monohydrate)</i> .....	23
<i>doxycycline hyclate</i> .....	23
<b>DRIZALMA SPRINKLE</b> .....	44
<i>dronabinol</i> .....	65
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.02 mg</i> .....	58
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.03 mg</i> .....	58
<b>DROXIA</b> .....	70
<i>droxidopa</i> .....	39
<i>duloxetine hcl</i> .....	44
<b>DUPIXENT</b> .....	70

dutasteride .....	68
dutasteride-tamsulosin hcl cap 0.5-0.4 mg .....	68
<b>E</b>	
e.e.s. 400 .....	21
ec-naproxen .....	12
EDARBI .....	34
EDARBYCLOR TAB 40-12.5 .....	33
EDARBYCLOR TAB 40-25MG .....	33
EDURANT .....	17
efavirenz .....	17
efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab 600-200-300 mg .....	18
efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 400-300-300 mg .....	18
efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 600-300-300 mg .....	18
ELIGARD .....	24
elinet .....	58
ELIQUIS .....	69
ELIQUIS STARTER PACK .....	69
ELLENCE .....	24
eluryng .....	58
EMCYT .....	24
emoquette .....	58
EMSAM .....	44
emtricitabine .....	17
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 100-150 mg .....	19
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 133-200 mg .....	19
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 167-250 mg .....	19
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 200-300 mg .....	19
EMTRIVA .....	17
EMVERM .....	15
enalapril maleate .....	32
enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 10-25 mg .....	31
enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 5-12.5 mg .....	31
ENBREL .....	70
ENBREL MINI .....	71
ENBREL SURECLICK .....	71
ENDARI .....	70
endocet tab 10-325mg .....	13

endocet tab 2.5-325mg .....	13
endocet tab 5-325mg .....	13
endocet tab 7.5-325mg .....	13
ENGERIX-B .....	73
enoxaparin sodium .....	69
empresse-28 .....	58
enskyce .....	58
ENSTILAR AER .....	85
entacapone .....	46
entecavir .....	19
ENTRESTO TAB 24-26MG .....	33
ENTRESTO TAB 49-51MG .....	33
ENTRESTO TAB 97-103MG .....	33
enulose .....	66
EPCLUSA PAK 150-37.5 .....	19
EPCLUSA PAK 200-50MG .....	19
EPCLUSA TAB 200-50MG .....	20
EPCLUSA TAB 400-100 .....	20
EPIDIOLEX .....	41
epinephrine (anaphylaxis) .....	39, 81
epitol .....	41
EPIVIR HBV .....	20
eplerenone .....	32
EPRONTIA .....	41
ergotamine w/ caffeine tab 1-100 mg .....	51
ERIVEDGE .....	26
ERLEADA .....	24
erlotinib hcl .....	26, 27
errin .....	58
ertapenem sodium .....	15
ery .....	83
ery-tab .....	21
ERYTHROCIN LACTOBIONATE .....	21
erythrocin stearate .....	21
erythromycin (acne aid) .....	83
erythromycin (ophth) .....	77
erythromycin base .....	21
erythromycin ethylsuccinate .....	21
erythromycin lactobionate .....	21
escitalopram oxalate .....	44, 45
esomeprazole magnesium .....	68
estarrylla .....	58
estradiol .....	61, 62
estradiol & norethindrone acetate tab 0.5-0.1 mg .....	62

<i>estradiol &amp; norethindrone acetate tab</i>	
<i>1-0.5 mg</i>	62
<i>estradiol vaginal</i>	62
<i>estradiol valerate</i>	62
<i>ethambutol hcl</i>	19
<i>ethosuximide</i>	41
<i>ethynodiol diacetate &amp; ethinyl estradiol</i>	
<i>tab 1 mg-35 mcg</i>	58
<i>ethynodiol diacetate &amp; ethinyl estradiol</i>	
<i>tab 1 mg-50 mcg</i>	59
<i>etodolac</i>	12
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol va ring</i>	
<i>0.120-0.015 mg/24hr</i>	59
<i>etoposide</i>	26
<i>etravirine</i>	17
<i>EUCRISA</i>	86
<i>EULEXIN</i>	25
<i>euthyrox</i>	64
<i>everolimus</i>	27
<i>everolimus (immunosuppressant)</i>	73
<i>EVOTAZ TAB 300-150</i>	19
<i>exemestane</i>	25
<i>EXKIVITY</i>	27
<i>EYSUVIS</i>	78
<i>EZALLOR SPRINKLE</i>	35
<i>ezetimibe</i>	35
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-10 mg</i>	35
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-20 mg</i>	35
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-40 mg</i>	35
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-80 mg</i>	35
<b>F</b>	
<i>FABRAZYME</i>	63
<i>falmina</i>	59
<i>famciclovir</i>	20
<i>famotidine</i>	66
<i>famotidine in nacl 0.9% iv soln 20</i>	
<i>mg/50ml</i>	66
<i>FANAPT</i>	47
<i>FANAPT PAK</i>	47
<i>FARXIGA</i>	54
<i>FASENRA</i>	81
<i>FASENRA PEN</i>	81
<i>febuxostat</i>	12
<i>felbamate</i>	41
<i>felodipine</i>	37
<i>femynor</i>	59
<i>fenofibrate</i>	35

<i>fenofibrate micronized</i>	35
<i>fentanyl</i>	12
<i>fentanyl citrate</i>	13
<i>fesoterodine fumarate</i>	68
<i>FETZIMA</i>	45
<i>FETZIMA CAP TITRATIO</i>	45
<i>FIASP FLEX INJ TOUCH</i>	56
<i>FIASP INJ 100/ML</i>	56
<i>FIASP PENFIL INJ U-100</i>	56
<i>FINACEA</i>	86
<i>finasteride</i>	68
<i> fingolimod hcl</i>	52
<i>FINTEPLA</i>	41
<i>flac</i>	79
<i>FLAREX</i>	78
<i>FLEBOGAMMA DIF</i>	72
<i>flecainide acetate</i>	34
<i>FLOVENT DISKUS</i>	82
<i>FLOVENT HFA</i>	82
<i>fluconazole</i>	16
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 200</i>	
<i>mg/100ml</i>	16
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 400</i>	
<i>mg/200ml</i>	16
<i>flucytosine</i>	16
<i>fludrocortisone acetate</i>	62
<i>flunisolide (nasal)</i>	82
<i>fluocinolone acetonide</i>	85
<i>fluocinolone acetonide (otic)</i>	79
<i>fluocinonide</i>	85
<i>fluocinonide emulsified base</i>	85
<i>fluorometholone (ophth)</i>	78
<i>fluorouracil</i>	24
<i>fluorouracil (topical)</i>	86
<i>fluoxetine hcl</i>	45
<i>fluphenazine decanoate</i>	47
<i>fluphenazine hcl</i>	47
<i>flurbiprofen</i>	12
<i>flurbiprofen sodium</i>	78
<i>fluticasone propionate</i>	85
<i>fluticasone propionate (nasal)</i>	82
<i>fluvastatin sodium</i>	35
<i>fluvoxamine maleate</i>	40
<i>fondaparinux sodium</i>	69
<i>formoterol fumarate</i>	80
<i>FORTEO</i>	57
<i>FOSAMAX + D TAB 70-2800</i>	57

FOSAMAX + D TAB 70-5600 .....	57
<i>fosamprenavir calcium</i> .....	17
<i>fosinopril sodium</i> .....	32
<i>fosinopril sodium &amp; hydrochlorothiazide</i>	
<i>tab 10-12.5 mg</i> .....	31
<i>fosinopril sodium &amp; hydrochlorothiazide</i>	
<i>tab 20-12.5 mg</i> .....	31
FOTIVDA .....	27
FREAMINE III INJ 10% .....	76
<i>fulvestrant</i> .....	25
<i>furosemide</i> .....	37, 38
<i>furosemide inj</i> .....	38
FUZEON .....	17
<i>fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg</i> .....	62
<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i> .....	62
FYCOMPA.....	41
<b>G</b>	
<i>gabapentin</i> .....	41
<i>galantamine hydrobromide</i> .....	44
GAMASTAN INJ.....	72
GAMMAGARD LIQUID .....	72
GAMMAGARD S/D IGA LESS TH .....	72
GAMMAKED.....	72
GAMMAPLEX.....	72
GAMUNEX-C.....	72
<i>ganciclovir sodium</i> .....	20
GARDASIL 9 INJ .....	73
<i>gatifloxacin (ophth)</i> .....	77
GATTEX.....	67
GAUZE PADS 2 .....	56
<i>gavilyte-c</i> .....	67
<i>gavilyte-g</i> .....	67
GAVRETO .....	27
<i>gemcitabine hcl</i> .....	24
<i>gemfibrozil</i> .....	35
GEMTESA .....	68
<i>generlac</i> .....	67
<i>gengraf</i> .....	73
GENOTROPIN .....	63
GENOTROPIN MINIQUICK .....	63
<i>gentak</i> .....	77
<i>gentamicin in saline inj 0.8 mg/ml</i> ...	15
<i>gentamicin in saline inj 1 mg/ml</i> .....	15
<i>gentamicin in saline inj 1.2 mg/ml</i> ...	15
<i>gentamicin in saline inj 1.6 mg/ml</i> ...	15
<i>gentamicin in saline inj 2 mg/ml</i> .....	15
<i>gentamicin sulfate</i> .....	15

<i>gentamicin sulfate (ophth)</i> .....	77
<i>gentamicin sulfate (topical)</i> .....	83
GENVOYA TAB.....	19
GILOTTRIF .....	27
<i>glatiramer acetate</i> .....	52
<i>glatopa</i> .....	52
GLEOSTINE .....	24
<i>glimepiride</i> .....	54
<i>glipizide</i> .....	54
<i>glipizide xl</i> .....	54
<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-250 mg</i>	
.....	54
<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-500 mg</i>	
.....	54
<i>glipizide-metformin hcl tab 5-500 mg</i>	54
<i>glycopyrrolate</i> .....	66
<i>glydo</i> .....	85
GLYXAMBI TAB 10-5 MG .....	54
GLYXAMBI TAB 25-5 MG .....	54
GOLYTELY SOL.....	67
GRALISE .....	51
<i>granisetron hcl</i> .....	65
<i>griseofulvin microsize</i> .....	16
<i>griseofulvin ultramicrosize</i> .....	16
<i>guanfacine hcl</i> .....	39
<i>guanfacine hcl (adhd)</i> .....	50
GVOKE HYPOPEN 2-PACK.....	63
GVOKE KIT .....	63
GVOKE PFS.....	63
<b>H</b>	
HAEGARDA .....	70
<i>hailey 1.5/30</i> .....	59
<i>halobetasol propionate</i> .....	85
<i>haloperidol</i> .....	47
<i>haloperidol decanoate</i> .....	47
<i>haloperidol lactate</i> .....	47
HARVONI PAK 33.75-150MG .....	20
HARVONI PAK 45-200MG.....	20
HARVONI TAB 45-200MG.....	20
HARVONI TAB 90-400MG.....	20
HAVRIX.....	73
<i>heather</i> .....	59
HEP SOD/D5W INJ 20000UNT .....	69
HEP SOD/D5W INJ 25000UNT .....	69
HEP SOD/NACL INJ 12500UNT.....	69
HEP SOD/NACL INJ 25000UNT.....	69
<i>heparin sodium (porcine)</i> .....	69

HEPARIN/NACL INJ 25000UNT .....	69
HEPLISAV-B .....	73
HERCEP HYLEC SOL 60-10000 .....	27
HERCEPTIN .....	27
HERZUMA .....	27
HIBERIX .....	73
HUMIRA .....	71
HUMIRA PEDIA INJ CROHNS.....	71
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS D .....	71
HUMIRA PEN .....	71
HUMIRA PEN KIT PS/UV .....	71
HUMIRA PEN-CD/UC/HS START .....	71
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S .....	71
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER.....	71
HUMULIN R U-500 (CONCENTR).....	56
HUMULIN R U-500 KWIKPEN .....	56
<i>hydralazine hcl</i> .....	39
<i>hydrochlorothiazide</i> .....	38
<i>hydrocodone bitartrate</i> .....	13
<i>hydrocodone-acetaminophen soln 7.5-325 mg/15ml</i> .....	13
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 10-325 mg</i> .....	13
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 5-325 mg</i> .....	13
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 7.5-325 mg</i> .....	13
<i>hydrocodone-ibuprofen tab 7.5-200 mg</i> .....	13
<i>hydrocortisone</i> .....	62
<i>hydrocortisone (intrarectal)</i> .....	66
<i>hydrocortisone (rectal)</i> .....	86
<i>hydrocortisone (topical)</i> .....	85
<i>hydromorphone hcl</i> .....	13
<i>hydroxychloroquine sulfate</i> .....	72
<i>hydroxyurea</i> .....	25
<i>hydroxyzine hcl</i> .....	80
<i>hydroxyzine pamoate</i> .....	80
HYSINGLA ER .....	13
<b>I</b>	
<i>ibandronate sodium</i> .....	57
IBRANCE .....	27
<i>ibu</i> .....	12
<i>ibuprofen</i> .....	12
<i>icatibant acetate</i> .....	70
<i>iclevia</i> .....	59
ICLUSIG .....	27
IDHIFA .....	27
ILEVRO .....	78
<i>imatinib mesylate</i> .....	27
IMBRUVICA .....	27
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln 250 mg</i> .....	15
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln 500 mg</i> .....	15
<i>imipramine hcl</i> .....	45
<i>imiquimod</i> .....	86
IMOVAZ RABIES (H.D.C.V.) .....	73
<i>incassia</i> .....	59
INCRELEX .....	63
INCRUSE ELLIPTA .....	80
<i>indapamide</i> .....	38
INFANRIX INJ .....	73
INFILXIMAB .....	71
INGREZZA .....	51
INGREZZA CAP 40-80MG .....	52
INLYTA .....	27
INQOVI TAB 35-100MG .....	24
INREBIC .....	27
INSULIN PEN NEEDLES: BD/NOVO ..	56
INSULIN SAFETY NEEDLES .....	56
INSULIN SYRINGES: BD .....	56
INTELENCE .....	17
INTRALIPID .....	76
INTRON A .....	72
<i>introvale</i> .....	59
INVEGA HAFYERA .....	47
INVEGA SUSTENNA .....	47
INVEGA TRINZA .....	48
IPOL INJ INACTIVE .....	73
<i>ipratropium bromide</i> .....	80
<i>ipratropium bromide (nasal)</i> .....	80
<i>ipratropium-albuterol nebu soln 0.5-2.5(3) mg/3ml</i> .....	79
<i>irbesartan</i> .....	34
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 150-12.5 mg</i> .....	33
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 300-12.5 mg</i> .....	33
IRESSA .....	27
<i>irinotecan hcl</i> .....	25
ISENTRESS .....	17
ISENTRESS HD .....	17
<i>isibloom</i> .....	59

ISOLYTE-P INJ /D5W .....	75
ISOLYTE-S INJ .....	75
ISOLYTE-S INJ PH 7.4 .....	75
<i>isoniazid</i> .....	19
ISOPTO ATROPINE .....	79
<i>isosorbide dinitrate</i> .....	39
<i>isosorbide mononitrate</i> .....	39
<i>isotretinoin</i> .....	83
<i>isradipine</i> .....	37
<i>itraconazole</i> .....	16
<i>ivermectin</i> .....	15
IXIARO INJ .....	73
<b>J</b>	
JAKAFI .....	27
<i>jantoven</i> .....	69
JANUMET TAB 50-1000 .....	54
JANUMET TAB 50-500MG .....	54
JANUMET XR TAB 100-1000 .....	54
JANUMET XR TAB 50-1000 .....	54
JANUMET XR TAB 50-500MG .....	54
JANUVIA .....	54
JARDIANCE .....	54
<i>jasmiel</i> .....	59
<i>javygtor</i> .....	63
JAYPIRCA .....	28
JENTADUETO TAB 2.5-1000 .....	54
JENTADUETO TAB 2.5-500 .....	54
JENTADUETO TAB 2.5-850 .....	54
JENTADUETO TAB XR 2.5-1000MG .....	55
JENTADUETO TAB XR 5-1000MG .....	55
<i>jinteli</i> .....	62
<i>jolessa</i> .....	59
<i>juleber</i> .....	59
JULUCA TAB 50-25MG .....	19
<i>junel 1.5/30</i> .....	59
<i>junel 1/20</i> .....	59
<i>junel fe 1.5/30</i> .....	59
<i>junel fe 1/20</i> .....	59
<b>K</b>	
KADCYLA .....	28
KALYDECO .....	81
KANJINTI .....	28
<i>kariva</i> .....	59
<i>kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.45% inj</i> .....	75
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.2% inj</i> .....	75
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.45% inj</i> .....	75
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj</i> .....	75
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj</i> .....	75
<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.45% inj</i> .....	75
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.45% inj</i> .....	75
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj</i> .....	75
KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9% .....	75
<i>kelnor 1/35</i> .....	59
<i>kelnor 1/50</i> .....	59
KERENDIA .....	32
KESIMPTA .....	52
<i>ketoconazole</i> .....	16
<i>ketoconazole (topical)</i> .....	84
<i>ketorolac tromethamine (ophth)</i> .....	78
KEVZARA .....	71
KEYTRUDA .....	28
KINRIX INJ .....	74
KISQALI 200 DOSE .....	28
KISQALI 200 PAK FEMARA .....	25
KISQALI 400 DOSE .....	28
KISQALI 400 PAK FEMARA .....	25
KISQALI 600 DOSE .....	28
KISQALI 600 PAK FEMARA .....	25
<i>klor-con</i> .....	75
<i>klor-con 10</i> .....	76
<i>klor-con 8</i> .....	76
<i>klor-con m10</i> .....	76
<i>klor-con m15</i> .....	76
<i>klor-con m20</i> .....	76
KORLYM .....	63
KRAZATI .....	28
<i>kurvelo</i> .....	59
KYNMOBI .....	46
<b>L</b>	
<i>labetalol hcl</i> .....	36
<i>lacosamide</i> .....	41, 42
<i>lacosamide oral</i> .....	42
<i>lactated ringer's solution</i> .....	75
<i>lactic acid (ammonium lactate)</i> .....	86
<i>lactulose</i> .....	67

<i>lactulose (encephalopathy)</i>	67
<i>lamivudine</i>	17
<i>lamivudine (hbv)</i>	20
<i>lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg</i>	19
<i>lamotrigine</i>	42
<i>lansoprazole</i>	68
LANTUS	56
LANTUS SOLOSTAR	56
<i>lapatinib ditosylate</i>	28
<i>larin 1.5/30</i>	59
<i>larin 1/20</i>	59
<i>larin fe 1.5/30</i>	59
<i>larin fe 1/20</i>	59
<i>latanoprost</i>	78
LATUDA	48
<i>leena</i>	59
<i>leflunomide</i>	72
<i>lenalidomide</i>	25
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	28
LENVIMA 12MG DAILY DOSE	28
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	28
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	28
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	28
LENVIMA CAP 14 MG	28
LENVIMA CAP 18 MG	28
LENVIMA CAP 24 MG	28
<i>lessina</i>	59
<i>letrozole</i>	25
<i>leucovorin calcium</i>	31
LEUKERAN	24
<i>leuprolide acetate</i>	25
<i>levalbuterol hcl</i>	81
<i>levalbuterol tartrate</i>	81
LEVEMIR	56
LEVEMIR FLEXPEN	56
LEVEMIR FLEXTOUCH	56
<i>levetiracetam</i>	42
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1000 mg/100ml</i>	42
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1500 mg/100ml</i>	42
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 500 mg/100ml</i>	42
<i>levobunolol hcl</i>	78
<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i>	63
<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	80
<i>levofloxacin</i>	21
<i>levofloxacin in d5w iv soln 250 mg/50ml</i>	22
<i>levofloxacin in d5w iv soln 500 mg/100ml</i>	22
<i>levofloxacin in d5w iv soln 750 mg/150ml</i>	22
<i>levonest</i>	59
<i>levonorgestrel &amp; ethynodiol (91-day) tab 0.15-0.03 mg</i>	59
<i>levonorgestrel &amp; ethynodiol tab 0.1 mg-20 mcg</i>	59
<i>levonorgestrel &amp; ethynodiol tab 0.15 mg-30 mcg</i>	59
<i>levonorgestrel-eth estra tab 0.05-30/0.075-40/0.125-30mg-mcg</i>	59
<i>levora 0.15/30-28</i>	59
<i>levo-t</i>	65
<i>levothyroxine sodium</i>	65
<i>levoxyl</i>	65
LEXIVA	17
<i>lidocaine</i>	85
<i>lidocaine hcl</i>	85
<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i>	14
<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i>	87
<i>lidocaine-prilocaine cream 2.5-2.5%</i>	86
<i>lillow</i>	59
<i>linezolid</i>	15
<i>linezolid in sodium chloride iv soln 600 mg/300ml-0.9%</i>	15
LINZESS	67
<i>liothyronine sodium</i>	65
<i>lisinopril</i>	32
<i>lisinopril &amp; hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	31
<i>lisinopril &amp; hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	31
<i>lisinopril &amp; hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	31
<i>lithium carbonate</i>	52
LIVALO	35
<i>loestrin 1.5/30-21</i>	59
<i>loestrin 1/20-21</i>	59
<i>loestrin fe 1.5/30</i>	59
<i>loestrin fe 1/20</i>	59
LOKELMA	57
LONSURF TAB 15-6.14	24

LONSURF TAB 20-8.19 .....	24
loperamide hcl.....	67
lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80-20 mg/ml).....	19
lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg.....	19
lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg.....	19
lorazepam .....	40
lorazepam intensol.....	40
LORBRENA.....	28
loryna .....	59
losartan potassium.....	34
losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg .....	33
losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg	33
losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 50-12.5 mg .....	33
LOTEMAX.....	78
lovastatin .....	35
low-ogestrel.....	59
loxapine succinate .....	48
LUMAKRAS.....	28
LUMIGAN.....	78
LUMIZYME .....	63
LUPRON DEPOT (1-MONTH) .....	25
LUPRON DEPOT (3-MONTH) .....	25
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) .....	63
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) .....	64
lurasidone hcl.....	48
lutera .....	60
lyleq .....	60
lyllana .....	62
LYNPARZA .....	28
LYSODREN.....	25
LYTGOBI.....	28
lyza .....	60
<b>M</b>	
magnesium sulfate.....	75
MAGNESIUM SULFATE .....	75
magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1 gm/100ml.....	75
malathion .....	86
maraviroc .....	17
marlissa .....	60
MARPLAN.....	45

MATULANE .....	25
matzim la .....	37
MAVYRET PAK 50-20MG .....	20
MAVYRET TAB 100-40MG.....	20
meclizine hcl .....	65
medroxyprogesterone acetate .....	64
medroxyprogesterone acetate (contraceptive).....	60
mefloquine hcl .....	17
megestrol acetate.....	25, 64
megestrol acetate (appetite) .....	64
MEKINIST.....	28
MEKTOVI.....	28
meloxicam.....	12
memantine hcl .....	44
MENACTRA INJ.....	74
MENQUADFI INJ .....	74
MENVEO INJ .....	74
MENVEO SOL .....	74
mercaptopurine .....	24
meropenem .....	15
mesalamine .....	66
mesalamine w/ cleanser .....	66
MESNEX .....	31
metadate er.....	50
metformin hcl .....	55
methadone hcl .....	13
methadone hydrochloride i.....	13
methazolamide.....	38
methenamine hippurate .....	15
methimazole .....	65
methotrexate sodium .....	24, 72
methylphenidate hcl.....	50
methylprednisolone .....	62
methylprednisolone acetate .....	62
methylprednisolone sod succ.....	62
metoclopramide hcl .....	65
metolazone.....	38
metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg.....	36
metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-50 mg.....	36
metoprolol & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg .....	36
metoprolol succinate .....	36
metoprolol tartrate .....	36
metronidazole .....	15

<i>metronidazole (topical)</i>	86	<i>naloxone hcl</i>	53
<i>metronidazole vaginal</i>	69	<i>naltrexone hcl</i>	53
<i>metyrosine</i>	39	NAMZARIC CAP 14-10MG	44
MG SO4/D5W INJ 10MG/ML	75	NAMZARIC CAP 21-10MG	44
<i>micafungin sodium</i>	16	NAMZARIC CAP 28-10MG	44
<i>microgestin 1.5/30</i>	60	NAMZARIC CAP 7-10MG	44
<i>microgestin 1/20</i>	60	NAMZARIC CAP PACK	44
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	60	<i>naproxen</i>	12
<i>microgestin fe 1/20</i>	60	<i>naproxen sodium</i>	12
<i>midodrine hcl</i>	39	<i>naratriptan hcl</i>	51
<i>miglustat</i>	64	NATACYN	77
<i>mili</i>	60	<i>nateglinide</i>	55
<i>mimvey</i>	62	NATPARA	57
<i>minocycline hcl</i>	23	NAYZILAM	42
<i>minoxidil</i>	39	<i>nebivolol hcl</i>	36
<i>mirtazapine</i>	45	<i>necon 0.5/35-28</i>	60
<i>misoprostol</i>	67	<i>nefazodone hcl</i>	45
MITIGARE	12	<i>neomycin sulfate</i>	15
M-M-R II INJ	74	<i>neomycin-bacitrac zn-polymyx</i>	
M-NATAL PLUS TAB	76	<i>5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i>	77
<i>modafinil</i>	53	<i>neomycin-polomy-gramicid op sol</i>	
<i>moexipril hcl</i>	32	<i>1.75-10000-0.025mg-unt-mg/ml</i>	77
<i>molindone hcl</i>	48	<i>neomycin-polomyxin-dexamethasone</i>	
<i>mometasone furoate</i>	85	<i>ophth oint 0.1%</i>	77
<i>mometasone furoate (nasal)</i>	82	<i>neomycin-polomyxin-dexamethasone</i>	
MONJUVI	28	<i>ophth susp 0.1%</i>	77
<i>mono-linyah</i>	60	<i>neomycin-polomyxin-hc ophth susp</i>	77
<i>montelukast sodium</i>	81	<i>neomycin-polomyxin-hc otic soln 1%</i>	79
<i>morphine sulfate</i>	13, 14	<i>neomycin-polomyxin-hc otic susp 3.5</i>	
MORPHINE SULFATE	13	<i>mg/ml-10000 unit/ml-1%</i>	79
MORPHINE SULFATE/SODIUM C	14	<i>neo-polycin 5(3.5)mg-400unt-</i>	
MOVANTIK	67	<i>10000unt op oin</i>	77
<i>moxifloxacin hcl</i>	22	<i>neo-polycin hc ophth oint 1%</i>	77
<i>moxifloxacin hcl (ophth)</i>	77	NERLYNX	28
MULTAQ	34	NEUPRO	46
<i>mupirocin</i>	83	<i>nevirapine</i>	17
MVASI	28	NEXAVAR	28
<i>mycophenolate mofetil</i>	73	<i>niacin (antihyperlipidemic)</i>	36
<i>mycophenolate sodium</i>	73	<i>nicardipine hcl</i>	37
<i>myorisan</i>	83	NICOTROL INHALER	53
MYRBETRIQ	68	NICOTROL NS	53
<b>N</b>		<i>nifedipine</i>	37
<i>nabumetone</i>	12	<i>nikki</i>	60
<i>nadolol</i>	36	<i>nilutamide</i>	25
<i>nafcillin sodium</i>	22	<i>nimodipine</i>	37
NAGLAZYME	64	NINLARO	28
<i>nalbuphine hcl</i>	14	<i>nisoldipine</i>	37

<i>nitazoxanide</i>	15
<i>nitisinone</i>	64
NITRO-BID	39
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	15
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>	15
<i>nitroglycerin</i>	39
<i>nizatidine</i>	66
<i>nora-be</i>	60
<i>norethindrone (contraceptive)</i>	60
<i>norethindrone ace &amp; ethinyl estradiol</i>	
<i>tab 1 mg-20 mcg</i>	60
<i>norethindrone ace &amp; ethinyl estradiol</i>	
<i>tab 1.5 mg-30 mcg</i>	60
<i>norethindrone ace &amp; ethinyl estradiol-fe</i>	
<i>tab 1 mg-20 mcg</i>	60
<i>norethindrone acetate</i>	64
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol</i>	
<i>tab 0.5 mg-2.5 mcg</i>	62
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol</i>	
<i>tab 1 mg-5 mcg</i>	62
<i>norethindrone ac-ethinyl estrad-fe tab</i>	
<i>1-20/1-30/1-35 mg-mcg</i>	60
<i>norgestimate &amp; ethinyl estradiol tab</i>	
<i>0.25 mg-35 mcg</i>	60
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-</i>	
<i>25/0.215-25/0.25-25 mg-mcg</i>	60
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-</i>	
<i>35/0.215-35/0.25-35 mg-mcg</i>	60
NORITATE	86
<i>norlyroc</i>	60
NORPACE CR	34
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	60
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	60
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	60
<i>nortrel 7/7/7</i>	60
<i>nortriptyline hcl</i>	45
NORVIR	17
NOVOLIN INJ 70/30	56
NOVOLIN INJ 70/30 FP	56
NOVOLIN N	56
NOVOLIN N FLEXPEN	56
NOVOLIN R	56
NOVOLIN R FLEXPEN	56
NOVOLOG	56
NOVOLOG FLEXPEN	56
NOVOLOG MIX INJ 70/30	56
NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN	56

NOVOLOG PENFILL	56
NOXAFIL	16
NUBEQA	25
NUEDEXTA CAP 20-10MG	52
NULOJIX	73
NUPLAZID	48
NURTEC	51
NUTRILIPID	76
NUZYRA	23
<i>nyamyc</i>	84
<i>nylia 1/35</i>	60
<i>nylia 7/7/7</i>	60
NYMALIZE	37
<i>nymyo</i>	60
<i>nystatin</i>	16
<i>nystatin (mouth-throat)</i>	87
<i>nystatin (topical)</i>	84
<i>nystop</i>	84
<b>O</b>	
<i>ocella</i>	60
OCTAGAM	72
<i>octreotide acetate</i>	64
ODEFSEY TAB	19
ODOMZO	28
OFEV	81
<i>ofloxacin (ophth)</i>	77
<i>ofloxacin (otic)</i>	79
OGIVRI	28
OGIVRI INJ 420MG	29
<i>olanzapine</i>	48
<i>olmesartan medoxomil</i>	34
<i>olmesartan medoxomil-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	33
<i>olmesartan medoxomil-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i>	33
<i>olmesartan medoxomil-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab 40-25 mg</i>	33
<i>olmesartan-amlodipine-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab 20-5-12.5 mg</i>	33
<i>olmesartan-amlodipine-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab 40-10-12.5 mg</i>	33

olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-25 mg	33
olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-12.5 mg	33
olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-25 mg	33
olopatadine hcl	78
olopatadine hcl (nasal)	80
omeprazole	68
OMNARIS	82
OMNIPOD 5 G6 KIT INTRO	56
OMNIPOD 5 G6 MIS PODS	56
OMNIPOD DASH KIT INTRO	56
OMNIPOD DASH MIS PODS	56
OMNIPOD MIS CLASSIC	56
OMNIPOD PDM KIT CLASSIC	56
ondansetron	65
ondansetron hcl	66
ONTRUZANT	29
ONUREG	24
OPSUMIT	39
ORENITRAM	39
ORGOVYX	25
ORKAMBI GRA 100-125	81
ORKAMBI GRA 150-188	81
ORKAMBI GRA 75-94MG	81
ORKAMBI TAB 100-125	81
ORKAMBI TAB 200-125	81
ORSERDU	25
oseltamivir phosphate	20
OTEZLA	71
OTEZLA TAB 10/20/30	71
oxacillin sodium	22
oxaliplatin	24
oxandrolone	54
oxaprozin	12
oxcarbazepine	42
oxybutynin chloride	68
oxycodone hcl	14
oxycodone w/ acetaminophen tab 10-325 mg	14
oxycodone w/ acetaminophen tab 2.5-325 mg	14

oxycodone w/ acetaminophen tab 5-325 mg	14
oxycodone w/ acetaminophen tab 7.5-325 mg	14
OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE)	55
OZEMPIC (1MG/DOSE)	55
OZEMPIC (2MG/DOSE) SOPN 8MG/3ML	55
<b>P</b>	
pacerone	34
paclitaxel	26
paclitaxel protein-bound particles for iv susp 100 mg	26
paliperidone	48
pamidronate disodium	57
PAMIDRONATE DISODIUM	57
PANRETIN	86
pantoprazole sodium	68
PANZYGA	72
paraplatin	24
paricalcitol	65
paromomycin sulfate	15
paroxetine hcl	45
PEDIATRIX INJ 0.5ML	74
PEDVAX HIB	74
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl-na sulfate for soln 236 gm	67
peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln 420 gm	67
PEGASYS	20
PEMAZYRE	29
pemetrexed disodium	24
PEN GK/DEXTR INJ 40000/ML	22
PEN GK/DEXTR INJ 60000/ML	23
penicillamine	57
penicillin g potassium	23
PENICILLIN G PROCAINE	23
penicillin g sodium	23
penicillin v potassium	23
PENTACEL INJ	74
pentamidine isethionate inh	15
pentamidine isethionate inj	15
pentoxifylline	70
perindopril erbumine	32
periogard	87
permethrin	86
perphenazine	48

PERSERIS .....	48
<i>pfiberpen</i> .....	23
<i>phenelzine sulfate</i> .....	45
<i>phenobarbital</i> .....	42
<i>phenobarbital sodium</i> .....	42
PHENYTEK .....	42
<i>phenytoin</i> .....	42
<i>phenytoin sodium</i> .....	42
<i>phenytoin sodium extended</i> .....	42
PHESGO SOL.....	29
<i>philith</i> .....	60
PIFELTRO .....	17
<i>pilocarpine hcl</i> .....	78
<i>pilocarpine hcl (oral)</i> .....	87
<i>pimozide</i> .....	48
<i>pimtrea</i> .....	60
<i>pindolol</i> .....	36
<i>pioglitazone hcl</i> .....	55
<i>piperacillin sod-tazobactam na for inj 3.375 gm (3-0.375 gm)</i> .....	23
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 13.5 gm (12-1.5 gm)</i> .....	23
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 2.25 gm (2-0.25 gm)</i> .....	23
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 4.5 gm (4-0.5 gm)</i> .....	23
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 40.5 gm (36-4.5 gm)</i> .....	23
PIQRAY 200MG DAILY DOSE.....	29
PIQRAY 250MG TAB DOSE.....	29
PIQRAY 300MG DAILY DOSE.....	29
<i>pirfenidone</i> .....	81, 82
<i>pirmella 1/35</i> .....	60
<i>piroxicam</i> .....	12
PLASMA-LYTE INJ -148 .....	75
PLASMA-LYTE INJ -A .....	75
<i>plenamine</i> .....	76
PLENUV SOL .....	67
<i>podofilox</i> .....	86
<i>polycin ophth oint</i> .....	77
<i>polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml-0.1%</i> .....	77
POMALYST .....	25
<i>portia-28</i> .....	60
<i>posaconazole</i> .....	16
POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.45% INJ .....	75

POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.9% INJ .....	75
POT CHL 40MEQ/L IN NACL 0.9% INJ .....	75
<i>potassium chloride</i> .....	75, 76
POTASSIUM CHLORIDE .....	75
<i>potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% inj</i> .....	75
<i>potassium chloride microencapsulated crystals er</i> .....	76
<i>potassium citrate (alkalinizer)</i> .....	68
PRADAXA .....	69
PRALUENT .....	36
<i>pramipexole dihydrochloride</i> .....	46
<i>prasugrel hcl</i> .....	70
<i>pravastatin sodium</i> .....	35
<i>praziquantel</i> .....	15
<i>prazosin hcl</i> .....	32
<i>prednisolone</i> .....	62
<i>prednisolone acetate (ophth)</i> .....	78
PREDNISOLONE SODIUM PHOSP .....	78
<i>prednisolone sodium phosphate</i> .....	62
<i>prednisone</i> .....	62, 63
PREDNISONE INTENSOL.....	63
<i>pregabalin</i> .....	42
PREHEVBARIO .....	74
PREMASOL SOL 10%.....	76
PRENATAL TAB 27-1MG .....	76
PRENATAL TAB PLUS .....	76
<i>prevalite</i> .....	36
PREVYMIS .....	20
PREZCOBIX TAB 800-150 .....	19
PREZISTA.....	17, 18
PRIFTIN .....	19
<i>primaquine phosphate</i> .....	17
PRIMAQUINE PHOSPHATE .....	17
<i>primidone</i> .....	42
PRIORIX INJ .....	74
PRIVIGEN .....	72
<i>probenecid</i> .....	12
PROCALAMINE INJ 3% .....	76
<i>prochlorperazine</i> .....	66
<i>prochlorperazine edisylate</i> .....	66
<i>prochlorperazine maleate</i> .....	66
PROCRIPT .....	69
<i>procto-med hc</i> .....	86
<i>procto-pak</i> .....	86

<i>proctosol hc</i>	86
<i>proctozone-hc</i>	86
PROGRAF	73
PROLASTIN-C	82
PROLENSA	78
PROLIA	57
PROMACTA	70
<i>promethazine hcl</i>	66
<i>propafenone hcl</i>	34
<i>proparacaine hcl</i>	79
<i>propranolol hcl</i>	36
<i>propylthiouracil</i>	65
PROQUAD INJ	74
PROSOL INJ 20%	76
<i>protriptyline hcl</i>	45
PULMICORT FLEXHALER	82, 83
PULMOZYME	82
PURIXAN	24
<i>pyrazinamide</i>	19
<i>pyridostigmine bromide</i>	52
<b>Q</b>	
QINLOCK	29
QUADRACEL INJ	74
QUADRACEL INJ 0.5ML	74
<i>quetiapine fumarate</i>	48
<i>quinapril hcl</i>	32
<i>quinapril-hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	31
<i>quinapril-hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	32
<i>quinapril-hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	32
<i>quinidine sulfate</i>	34
<i>quinine sulfate</i>	17
<b>R</b>	
RABAVERT INJ	74
<i>rabeprazole sodium</i>	68
<i>raloxifene hcl</i>	64
<i>ramipril</i>	32
<i>ranolazine</i>	39
<i>rasagiline mesylate</i>	46
RAYALDEE	65
<i>reclipsen</i>	60
RECOMBIVAX HB	74
RECTIV	86
REGRANEX	86
RELENZA DISKHALER	20

RELISTOR	67
REMICADE	71
RENFLEXIS	71
<i>repaglinide</i>	55
RESTASIS	79
RESTASIS MULTIDOSE	79
RETEVMO	29
REVLIMID	25
REXULTI	48
REYATAZ	18
REZLIDHIA	29
REZUROCK	73
RHOPRESSA	78
<i>ribavirin (hepatitis c)</i>	20
<i>rifabutin</i>	19
<i>rifampin</i>	19
<i>riluzole</i>	52
<i>rimantadine hydrochloride</i>	20
RINVOQ	71
<i>risedronate sodium</i>	57
RISPERDAL CONSTA	48
<i>risperidone</i>	48
<i>ritonavir</i>	18
<i>rivastigmine</i>	44
<i>rivastigmine tartrate</i>	44
<i>rizatriptan benzoate</i>	51
ROCKLATAN DRO	78
<i>roflumilast</i>	82
<i>ropinirole hydrochloride</i>	46
<i>rosuvastatin calcium</i>	35
ROTARIX SUS	74
ROTATEQ SOL	74
<i>roweepra</i>	42
ROZLYTREK	29
RUBRACA	29
<i>rufinamide</i>	42, 43
RUKOBIA	18
RYBELSUS	55
RYDAPT	29
<b>S</b>	
<i>sajazir</i>	70
SANDIMMUNE	73
SANTYL	86
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	64
SAVELLA	52
SAVELLA MIS TITR PAK	52
SCEMBLIX	29

<i>scopolamine</i>	66
SECUADO	49
<i>selegiline hcl</i>	46
<i>selenium sulfide</i>	84
SELZENTRY	18
SEREVENT DISKUS	81
<i>sertraline hcl</i>	45
<i>setlakin</i>	61
<i>sevelamer carbonate</i>	64
<i>sharobel</i>	61
SHINGRIX	74
SIGNIFOR	64
<i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension)</i>	39
<i>silodosin</i>	68
<i>silver sulfadiazine</i>	83
SIMBRINZA SUS 1-0.2%	78
<i>simliya</i>	61
<i>simvastatin</i>	35
<i>sirolimus</i>	73
SIRTURO	19
SIVEXTRO	15
SKYRIZI	71
SKYRIZI PEN	71
<i>sod sulfate-pot sulf-mg sulf oral sol 17.5-3.13-1.6 gm/177ml</i>	67
<i>sodium chloride</i>	75
<i>sodium chloride (gu irrigant)</i>	86
<i>sodium fluoride chew; tab; 1.1 (0.5 f) mg/ml soln</i>	76
SODIUM OXYBATE	53
<i>sodium phenylbutyrate</i>	64
<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i>	57
<i>solifenacin succinate</i>	68
SOLIQUA INJ 100/33	57
SOLTAMOX	25
SOLU-CORTEF	63
SOMATULINE DEPOT	64
SOMAVERT	64
<i>sorafenib tosylate</i>	29
<i>sorine</i>	34
<i>sotalol hcl</i>	35
<i>sotalol hcl (afib/afl)</i>	35
SPIRIVA HANDIHALER	80
SPIRIVA RESPIMAT	80
<i>spironolactone</i>	32

<i>spironolactone &amp; hydrochlorothiazide</i>	
tab 25-25 mg	38
sprintec 28	61
SPRITAM	43
SPRYCEL	29
<i>sps</i>	58
<i>sronyx</i>	61
<i>ssd</i>	83
<i>stavudine</i>	18
STIVARGA	29
<i>streptomycin sulfate</i>	15
STRIBILD TAB	19
<i>subvenite</i>	43
<i>sucralfate</i>	67
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	83
<i>sulfacetamide sodium (ophth)</i>	77
<i>sulfacetamide sodium-prednisolone ophth soln 10-0.23(0.25)%</i>	77
<i>sulfadiazine</i>	15
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim iv soln 400-80 mg/5ml</i>	15
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim susp 200-40 mg/5ml</i>	15
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab 400-80 mg</i>	16
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab 800-160 mg</i>	16
SULFAMYLYON	83
<i>sulfasalazine</i>	66
<i>sulindac</i>	12
<i>sumatriptan</i>	51
<i>sumatriptan succinate</i>	51
<i>sunitinib malate</i>	29
SUNLENCA	18
SUPREP BOWEL SOL PREP KIT	67
<i>syeda</i>	61
SYMBICORT AER 160-4.5	83
SYMBICORT AER 80-4.5	83
SYMDEKO TAB 100-150	82
SYMDEKO TAB 50-75MG	82
SYMJEPI	82
<i>SYMPAZAN</i>	43
SYMTUZA TAB	19
SYNAREL	61
SYNERCID INJ 500MG	16
SYNJARDY TAB 12.5-1000MG	55
SYNJARDY TAB 12.5-500	55

SYNJARDY TAB 5-1000MG.....	55
SYNJARDY TAB 5-500MG .....	55
SYNJARDY XR TAB 10-1000.....	55
SYNJARDY XR TAB 12.5-1000MG .....	55
SYNJARDY XR TAB 25-1000.....	55
SYNJARDY XR TAB 5-1000MG .....	55
SYNRIBO .....	25
SYNTHROID .....	65
<b>T</b>	
TABLOID .....	24
TABRECTA .....	29
<i>tacrolimus</i> .....	73
<i>tacrolimus (topical)</i> .....	86
<i>tadalafil (pulmonary hypertension)</i> .....	39
TAFINLAR .....	29
TAGRISSO .....	29
TALTZ .....	71
TALZENNA .....	29
<i>tamoxifen citrate</i> .....	25
<i>tamsulosin hcl</i> .....	68
<i>tarina fe 1/20 eq</i> .....	61
TASIGNA .....	29
<i>tasimelteon</i> .....	50
<i>tazarotene</i> .....	84
<i>tazicef</i> .....	21
TAZORAC .....	84
<i>taztia xt</i> .....	37
TAZVERIK .....	29
TDVAX INJ 2-2 LF .....	74
TECENTRIQ .....	29
TEFLARO .....	21
<i>telmisartan</i> .....	34
<i>telmisartan-amlodipine tab 40-10 mg</i> .....	33
<i>telmisartan-amlodipine tab 40-5 mg</i> .....	33
<i>telmisartan-amlodipine tab 80-10 mg</i> .....	33
<i>telmisartan-amlodipine tab 80-5 mg</i> .....	33
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i> .....	33
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg</i> .....	33
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-25 mg</i> .....	34
<i>temazepam</i> .....	51
TENIVAC INJ 5-2LF .....	74
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> .....	18
TEPMETKO .....	29
<i>terazosin hcl</i> .....	32
<i>terbinafine hcl</i> .....	16
<i>terbutaline sulfate</i> .....	81
<i>terconazole vaginal</i> .....	69
TERIPARATIDE .....	57
<i>testosterone</i> .....	54
<i>testosterone cypionate</i> .....	54
<i>testosterone enanthate</i> .....	54
<i>tetrabenazine</i> .....	52
<i>tetracycline hcl</i> .....	23
THALOMID .....	25
THEO-24 .....	82
<i>theophylline</i> .....	82
<i>thioridazine hcl</i> .....	49
<i>thiothixene</i> .....	49
<i>tiadylt er</i> .....	37
<i>tiagabine hcl</i> .....	43
TIBSOVO .....	29
TICOVAC .....	74
<i>tigecycline</i> .....	23
TIGECYCLINE .....	23
<i>tilia fe</i> .....	61
<i>timolol maleate</i> .....	36
<i>timolol maleate (ophth)</i> .....	79
<i>tinidazole</i> .....	16
TIVICAY .....	18
TIVICAY PD .....	18
<i>tizanidine hcl</i> .....	53
TOBRADEX OIN 0.3-0.1% .....	77
TOBRADEX ST SUS 0.3-0.05 .....	77
<i>tobramycin</i> .....	16
<i>tobramycin (ophth)</i> .....	77
<i>tobramycin sulfate</i> .....	16
<i>tobramycin-dexamethasone ophth susp 0.3-0.1%</i> .....	77
<i>tolterodine tartrate</i> .....	68
<i>topiramate</i> .....	43
<i>toposar</i> .....	26
<i>toremifene citrate</i> .....	25
<i>torsemide</i> .....	38
TOUJEO MAX SOLOSTAR .....	57
TOUJEO SOLOSTAR .....	57
TPN ELECTROL INJ .....	75
TRADJENTA .....	55
<i>tramadol hcl</i> .....	14

<i>tramadol-acetaminophen tab</i> 37.5-325	61
<i>mg</i> .....14	
<i>trandolapril</i> .....32	61
<i>tranexamic acid</i> .....70	61
<i>tranylcypromine sulfate</i> .....45	61
<i>TRAVASOL INJ</i> 10% .....	76
<i>travoprost</i> .....79	76
<i>TRAZIMERA</i> .....29	76
<i>trazodone hcl</i> .....45	76
<i>TRECATOR</i> .....19	76
<i>TRELEGY AER ELLIPTA</i> 100-62.5-25 <i>MCG</i> .....79	76
<i>TRELEGY AER ELLIPTA</i> 200-62.5-25 <i>MCG</i> .....79	76
<i>treprostinil</i> .....40	76
<i>TRESIBA</i> .....57	76
<i>TRESIBA FLEXTOUCH</i> .....57	76
<i>tretinoin</i> .....83	76
<i>tretinoin (chemotherapy)</i> .....26	76
<i>TREXALL</i> .....72	76
<i>triamicinolone acetonide (mouth)</i> .....87	76
<i>triamicinolone acetonide (topical)</i> .....	85
<i>triamterene &amp; hydrochlorothiazide cap</i> <i>37.5-25 mg</i> .....38	85
<i>triamterene &amp; hydrochlorothiazide tab</i> <i>37.5-25 mg</i> .....38	85
<i>triamterene &amp; hydrochlorothiazide tab</i> <i>75-50 mg</i> .....	38
<i>TRICARE TAB PRENATAL</i> .....76	85
<i>trientine hcl</i> .....58	85
<i>tri-estarylla</i> .....61	85
<i>trifluoperazine hcl</i> .....49	85
<i>trifluridine</i> .....77	85
<i>trihexyphenidyl hcl</i> .....46	85
<i>TRIJARDY XR TAB ER</i> 24HR 10-5- <i>1000MG</i> .....55	85
<i>TRIJARDY XR TAB ER</i> 24HR 12.5-2.5- <i>1000MG</i> .....55	85
<i>TRIJARDY XR TAB ER</i> 24HR 25-5- <i>1000MG</i> .....55	85
<i>TRIJARDY XR TAB ER</i> 24HR 5-2.5- <i>1000MG</i> .....55	85
<i>TRIKAFTA TAB</i> 100-50-75MG & 150MG .....82	85
<i>TRIKAFTA TAB</i> 50-25-37.5MG & 75MG .....82	85
<i>tri-legest fe</i> .....61	85
<i>tri-linyah</i> .....	61
<i>tri-lo-estarylla</i> .....	61
<i>tri-lo-marzia</i> .....	61
<i>tri-lo-mili</i> .....	61
<i>tri-lo-sprintec</i> .....	61
<i>trimethoprim</i> .....	16
<i>TRIMETHOPRIM</i> .....	16
<i>tri-mili</i> .....	61
<i>trimipramine maleate</i> .....	45
<i>TRINTELLIX</i> .....	45
<i>tri-nymyo</i> .....	61
<i>tri-sprintec</i> .....	61
<i>TRIUMEQ PD TAB</i> .....	19
<i>TRIUMEQ TAB</i> .....	19
<i>trivora-28</i> .....	61
<i>tri-vylibra</i> .....	61
<i>tri-vylibra lo</i> .....	61
<i>TRIZIVIR TAB</i> .....	19
<i>TROGARZO</i> .....	18
<i>TROPHAMINE INJ</i> 10% .....	76
<i>trospium chloride</i> .....	68
<i>TRULICITY</i> .....	55
<i>TRUMENBA INJ</i> .....	74
<i>TRUSELTIQ 100 MG DAILY DOSE</i> .....	29
<i>TRUSELTIQ 125 MG DAILY DOSE</i> .....	30
<i>TRUSELTIQ 50 MG DAILY DOSE</i> .....	29
<i>TRUSELTIQ 75 MG DAILY DOSE</i> .....	29
<i>TRUXIMA</i> .....	30
<i>TUKYSA</i> .....	30
<i>TURALIO</i> .....	30
<i>TWINRIX INJ</i> .....	74
<i>TYBOST</i> .....	18
<i>TYPHIM VI</i> .....	74
<i>TYRVAYA</i> .....	79
<b>U</b>	
<i>unithroid</i> .....	65
<i>UPTRAVI</i> .....	40
<i>UPTRAVI PACK TAB</i> 200/800 .....	40
<i>ursodiol</i> .....	67
<b>V</b>	
<i>valacyclovir hcl</i> .....	20
<i>VALCHLOR</i> .....	86
<i>valganciclovir hcl</i> .....	20
<i>valproate sodium</i> .....	43
<i>valproic acid</i> .....	43
<i>valsartan</i> .....	34

<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-12.5 mg</i>	34
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-25 mg</i>	34
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-12.5 mg</i>	34
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-25 mg</i>	34
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg</i>	34
VALTOCO	43
<i>vancomycin hcl</i>	16
VANCOMYCIN INJ 1 GM	16
VANCOMYCIN INJ 500MG	16
VANCOMYCIN INJ 750MG	16
VAQTA	74
<i>varenicline tartrate</i>	53
<i>varenicline tartrate tab 11 x 0.5 mg &amp; 42 x 1 mg start pack</i>	53
VARIVAX	74
VASCEPA	36
<i>velvet</i>	61
VELPHORO	64
VELTASSA	58
VEMLIDY	20
VENCLEXTA	30
VENCLEXTA TAB START PK	30
<i>venlafaxine hcl</i>	45
VENTAVIS	40
VENTOLIN HFA	81
VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK)	81
<i>verapamil hcl</i>	37
VERQUVO	39
VERSACLOZ	49
VERZENIO	30
<i>vestura</i>	61
V-GO 20 KIT	57
V-GO 30 KIT	57
V-GO 40 KIT	57
VICTOZA	55
<i>vienna</i>	61
<i>vigabatrin</i>	43
<i>vigadron</i>	43
VIIBRYD KIT STARTER	45
<i>vilazodone hcl</i>	45
VIMPAT	43
<i>vincristine sulfate</i>	26
<i>vinorelbine tartrate</i>	26
<i>viorele</i>	61
VIRACEPT	18
VIREAD	18
VITRAKVI	30
VIVITROL	53
VIZIMPRO	30
VONJO	30
<i>voriconazole</i>	17
VOSEVI TAB	20
VOTRIENT	30
VRAYLAR	49
VRAYLAR CAP 1.5-3MG	49
<i>vyfemla</i>	61
<i>vylibra</i>	61
VYVANSE	50
VYZULTA	79
<b>W</b>	
<i>warfarin sodium</i>	69
<i>water for irrigation, sterile irrigation soln</i>	86
WELIREG	26
<i>wera</i>	61
<b>X</b>	
XALKORI	30
XARELTO	69
XARELTO STAR TAB 15/20MG	69
XATMEP	72
XCOPRI	43
XCOPRI PAK 100-150	43
XCOPRI PAK 12.5-25	43
XCOPRI PAK 150-200MG (MAINTENANCE)	43
XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION)	43
XCOPRI PAK 50-100MG	43
XELJANZ	72
XELJANZ XR	72
XERMELO	67
XGEVA	57
XHANCE	82
XIFAXAN	67
XIGDUO XR TAB 10-1000	55
XIGDUO XR TAB 10-500MG	55
XIGDUO XR TAB 2.5-1000	55
XIGDUO XR TAB 5-1000MG	55

XIGDUO XR TAB 5-500MG.....	55
XXIIDRA.....	79
XOLAIR .....	82
XOSPATA.....	30
XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY .....	30
XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY .....	30
XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY.....	30
XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY .....	30
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY.....	30
XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY .....	30
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY.....	30
XTANDI .....	25
xulane.....	61
XULTOPHY INJ 100/3.6.....	57
XYREM .....	53
<b>Y</b>	
YF-VAX INJ .....	74
<i>yuvafem</i> .....	62
<b>Z</b>	
<i>zafemy</i> .....	61
<i>zafirlukast</i> .....	81
ZARXIO .....	69
ZEJULA.....	30
ZELBORAF .....	30
ZEMAIRA .....	82
<i>zenatane</i> .....	83
ZENPEP CAP 10000UNT .....	67
ZENPEP CAP 15000UNT .....	67
ZENPEP CAP 20000UNT .....	68
ZENPEP CAP 25000UNT .....	68
ZENPEP CAP 3000UNIT.....	67
ZENPEP CAP 40000UNT .....	68
ZENPEP CAP 5000UNIT.....	67
ZERVIATE.....	78
<i>zidovudine</i> .....	18
ZIEXTENZO .....	69
<i>ziprasidone hcl</i> .....	49
<i>ziprasidone mesylate</i> .....	49
ZIRABEV .....	30
ZIRGAN.....	77
<i>zoledronic acid</i> .....	57
ZOLINZA .....	30
<i>zolmitriptan</i> .....	51
<i>zolpidem tartrate</i> .....	51
ZONISADE.....	43
<i>zonisamide</i> .....	43
<i>zovia 1/35</i> .....	61
ZTALMY.....	43
<i>zumandimine</i> .....	61
ZYCLARA PUMP .....	86
ZYDELIG .....	30
ZYKADIA .....	30
ZYLET SUS 0.5-0.3% .....	77
ZYPITAMAG .....	35
ZYPREXA RELPREVV .....	49

Este formulario se actualizó el 1 de junio 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** 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 Aliados de Mass General Brigham Health Plan al número arriba.