Medicare y Mucho Más / PMC Medicare Choice

MMM Diamante Platino (HMO SNP)
PMC Premier Platino (HMO SNP)

Formulario 2019
(Lista de Medicamentos Cubiertos)

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

HPMS ID 19526, Versión # 19

Este formulario fue actualizado el 19 de noviembre de 2019. Para información más reciente, o para otras preguntas, por favor, comuníquese con Servicios al Afiliado de MMM Healthcare, LLC al 787-620-2397 (Área Metro), 1-866-333-5470 (libre de cargos), o usuarios de TTY deben llamar al 1-866-333-5469, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., o visite www.mmmpr.com.

Aviso para afiliados existentes: Este formulario ha cambiado desde el año pasado. Por favor, revise este documento para asegurarse de que aún incluye los medicamentos que usted toma.

Cuando esta lista de medicamentos (formulario) se refiere a "nosotros" o "nuestro", significa MMM Healthcare, LLC. Cuando se refiere a "el plan" o "nuestro plan", significa MMM Diamante Platino/PMC Premier Platino.

Este documento incluye una lista de los medicamentos (formulario) cubiertos por el plan que está actualizado al 19 de noviembre de 2019. Para una versión actualizada del formulario, por favor comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, al igual que la fecha en que este formulario fue actualizado, aparecen en la portada y contraportada.

Generalmente usted debe utilizar farmacias dentro de la red para acceder a su beneficio de medicamentos recetados. Beneficios, formulario, red de farmacias, y/o copagos/coaseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2019, y de vez en cuando durante el año.

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

Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos, seleccionados por nuestro plan, en consulta con un equipo de proveedores de salud, que representa las terapias de medicamentos recetados que se consideran parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Nuestro plan generalmente cubrirá los medicamentos que aparecen en nuestro formulario, siempre y cuando el medicamento sea médicamente necesario, la receta es despachada en una farmacia de la red de nuestro plan y se sigan otras reglas del plan. Para más información sobre cómo ordenar sus medicamentos, refiérase a su Evidencia de Cubierta.

¿Puede cambiar el Formulario (lista de medicamentos)?

Generalmente, si está tomando un medicamento disponible en nuestro formulario del 2019, que estaba cubierto al principio de año, no descontinuaremos o reduciremos la cubierta del medicamento durante el año de cubierta 2019, a menos que salga al mercado un medicamento genérico nuevo y menos costoso o que surja nueva información sobre la seguridad y efectividad del medicamento (Vea notas abajo con más información de cambios que afectan a afiliados que estén tomando el medicamento actualmente). Otros tipos de cambios en el formulario, como eliminar un medicamento de nuestro formulario, no afectarán a los afiliados que al momento estén tomando dicho medicamento. El mismo continuará disponible por el mismo costo compartido que corresponde para esos afiliados que lo toman, por el resto de la cubierta anual. A continuación, los cambios en la lista de medicamentos que también pueden afectar a afiliados que estén tomando un medicamento actualmente:

- **Nuevos medicamentos genéricos**. Podemos eliminar de inmediato un medicamento de marca en nuestra lista de medicamentos si lo reemplazamos con un nuevo medicamento genérico que aparezca en el mismo nivel de costo compartido o menor y con las mismas o menos restricciones. Además, al agregar el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de Medicamentos, pero moverlo inmediatamente a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones. Si actualmente está tomando ese medicamento de marca, es posible que no le informemos con anticipación antes de hacer ese cambio, pero luego le brindaremos información sobre los cambios específicos que hemos hecho.

    - Si realizamos dicho cambio, usted o su médico pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. El aviso que le proporcionamos también incluirá información sobre los pasos que puede seguir para solicitar una excepción, y también puede encontrar información en la sección a continuación titulada "¿Cómo solicito una excepción al Formulario Medicare y Mucho Más / PMC Medicare Choice?

- **Medicamentos retirados del mercado**. Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) considera que un medicamento de nuestro formulario no es seguro, o el fabricante del medicamento lo retira del mercado, inmediatamente lo eliminaremos de nuestro formulario y notificaremos a los afiliados que toman el medicamento.
- **Otros cambios**. Es posible que hagamos otros cambios que afecten a los afiliados que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca actualmente incluido en el formulario o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o moverlo a otro nivel de costo compartido). O podemos hacer cambios basados en nuevas guías clínicas. Si eliminamos

medicamentos de nuestro formulario, o agregamos autorización previa, límites de cantidad y / o restricciones de terapia escalonada en un medicamento, debemos notificar a los afiliados afectados del cambio al menos 30 días antes de que el cambio entre en vigencia, o en el momento en que el afiliado solicita una repetición del medicamento, en cuyo momento el afiliado recibirá un suministro de un mes del medicamento.

El formulario adjunto es vigente a partir del 1 de enero de 2019. Para información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por nuestro plan, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en la portada y contraportada de este formulario. En caso de cambios al formulario que no sean de mantenimiento que ocurran a mitad de año, se les notificará a todos los afiliados afectados por correo (por lo menos 60 días antes de que el cambio sea efectivo). Además, una versión actualizada de nuestro formulario impreso será actualizado la primera semana del mes de efectividad y se publicará en nuestro portal de Internet www.mmmpr.com.

¿Cómo utilizo el Formulario?

Hay dos maneras de encontrar su medicamento en el formulario:

Condición médica

El formulario comienza en la página 9. En este formulario, los medicamentos están agrupados por categoría según el tipo de condición médica que tratan. Por ejemplo, los medicamentos que se utilizan para tratar una condición cardíaca aparecen listados bajo la categoría "Agentes Cardiovasculares". Si usted sabe para qué se usa su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página 8. Luego, busque el nombre del medicamento dentro de esa categoría.

Listado alfabético

Si no está seguro de la categoría en la que debe realizar su búsqueda, busque su medicamento en el índice que comienza en la página 148. El índice ofrece una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. En el índice aparecen tanto los medicamentos de marca como los medicamentos genéricos. Vea el índice y busque su medicamento. Junto al medicamento verá el número de la página en la que podrá encontrar información sobre la cubierta. Vaya a la página que se indica en el índice y busque el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

Nuestro plan ofrece cubierta para medicamentos de marca y medicamentos genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la FDA al tener el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Los medicamentos genéricos usualmente cuestan menos que los medicamentos de marca.

¿Existe alguna restricción en mi cubierta?

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

- **Preautorización:** Nuestro plan exige que el afiliado o su médico obtenga preautorización para ciertos medicamentos. Esto significa que necesitará la aprobación de nuestro plan antes de adquirir

la receta. Si no obtiene la aprobación del plan, es posible que nuestro plan no cubra el medicamento.

- **Límites de cantidad:** Para ciertos medicamentos, nuestro plan limita la cantidad del medicamento cubierto. Por ejemplo, nuestro plan establece la cantidad de 30 tabletas por receta para *irbesartan*. Esto puede ser adicional a un suplido regular para un (1) mes o tres (3) meses.

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

Usted puede verificar si su medicamento tiene algún requisito o límite adicional, consultando el formulario que empieza en la página 9. También puede obtener información adicional sobre las restricciones que se aplican a medicamentos específicos cubiertos en su formulario, visitando nuestra página de Internet. Publicamos documentos en Internet que explican nuestras restricciones de preautorización y terapia escalonada. También nos puede solicitar que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, al igual que la fecha en que este formulario fue actualizado, aparece en la portada y contraportada.

Usted puede solicitar que nuestro plan haga una excepción a estas restricciones o límites, o que le facilite una lista de medicamentos similares que puedan tratar su condición de salud. Consulte la sección: "¿Cómo solicito una excepción al Formulario de Medicare y Mucho Más/ PMC Medicare Choice?" en la página 5, para información sobre cómo puede solicitar una excepción.

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

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

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

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

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

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

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

- Puede solicitar que cubramos su medicamento, aun cuando no aparezca en nuestro formulario. Si es aprobado, el medicamento será cubierto al nivel de costo compartido predeterminado, y usted no podrá solicitar que se provea el medicamento a un nivel de costo compartido menor.

- Puede solicitar que no apliquemos las restricciones o límites de cubierta para su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, nuestro plan limita la cantidad del medicamento que cubrirá. Si el medicamento tiene un límite de cantidad, puede solicitar que no apliquemos el límite y le proporcionemos una cantidad mayor.

Generalmente, nuestro plan sólo aprobará la solicitud de excepción si los medicamentos alternos incluidos en el formulario, el medicamento del nivel de costo compartido más bajo o las restricciones adicionales de uso serán igualmente efectivos para el tratamiento de la condición o le pudieran causar efectos clínicos adversos.

Usted debe comunicarse con nosotros para solicitar una decisión inicial de cubierta para una excepción al formulario, o a las restricciones de uso. **Cuando solicite una excepción al formulario, o de restricción de uso, tendrá que presentar una justificación de quien emite la receta o su médico, que respalde su solicitud**. Por lo general, debemos tomar una decisión en un plazo de 72 horas después de recibir la justificación de su médico. Puede solicitar una excepción acelerada (rápida) si usted o su médico entienden que su salud podría verse seriamente afectada si espera 72 horas por la decisión. Si se le concede su petición de acelerar la autorización, debemos darle una decisión en o antes de 24 horas después de haber recibido la justificación de su médico primario o del médico que prescribe.

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

Como afiliado nuevo o afiliado existente en nuestro plan, usted puede estar tomando medicamentos que no están en nuestro formulario. O puede estar tomando un medicamento que está en nuestro formulario, pero su capacidad para obtenerlo es limitada. Por ejemplo, podría necesitar nuestra autorización antes de obtener su receta. Usted debe hablar con su médico para decidir si debe cambiar a un medicamento apropiado que nosotros cubramos, o solicitar una excepción al formulario para que nosotros podamos cubrir el medicamento que usted toma. Mientras usted habla con su médico para determinar la mejor decisión, nosotros podríamos cubrirle su medicamento, en ciertos casos, durante los primeros 90 días en que usted sea afiliado de nuestro plan.

Para cada uno de sus medicamentos que no esté en nuestro formulario o si su capacidad para obtenerlo es limitada, nosotros cubriremos un suplido temporal de 30 días. Si su receta esta prescrita para menos días, permitiremos repeticiones hasta un máximo de 30 días de suplido del medicamento. Después de su primer suplido de 30 días, no pagaremos por esos medicamentos, aunque usted haya sido afiliado del plan por menos de 90 días.

Si usted es residente de una facilidad de cuidado prolongado 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 un suministro de emergencia de 31 días de ese medicamento mientras solicita una excepción al formulario.

Para aquellos afiliados que son dados de alta de un hospital o de una facilidad de cuidado a sus hogares, o si su capacidad para obtener medicamentos es limitada, nuestro plan proveerá un suplido temporal de 30 días

de medicamentos que no están en nuestro formulario, mientras le pide a su médico que le recete un medicamento similar que esté cubierto por nuestro plan.

Para más información

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

Si tiene alguna pregunta sobre nuestro plan, por favor comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, al igual que la fecha en que este formulario fue actualizado, aparece en la portada y contraportada.

Si tiene preguntas generales sobre la cubierta de medicamentos recetados de Medicare, por favor comuníquese con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día/ 7 días a la semana. Usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O visite http://www.medicare.gov.

Formulario de MMM Diamante Platino / PMC Premier Platino

El formulario a continuación ofrece información sobre la cubierta de los medicamentos cubiertos por nuestro plan. Si tiene dificultad para localizar un medicamento en la lista, consulte el índice que comienza en la página 148.

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

La información que aparece en la columna de Requisitos/Límites indica si nuestro plan establece algún requisito especial para la cubierta del medicamento.

Estructura de beneficio

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

Estructura de beneficio

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

Símbolos y abreviaturas utilizadas en el Formulario

PA - medicamentos que requieren preautorización
QL (##/##) - medicamentos con límite de cantidad; la cantidad en paréntesis especifica la cantidad límite que le podemos suplir en el número máximo autorizado de días.
ST - terapia escalonada]
LA - medicamentos con acceso limitado (ej. Medicamentos de especialidad)
MT - medicamentos de mantenimiento (ej. suplido de 90 días - farmacias contratadas y envío por correo)
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Tabla de Contenido

Agentes Antidemencia....9
Agentes Antigota....9
Agentes Antiinflamatorios....10
Agentes Antimiasténicos....12
Agentes Bipolares....13
Agentes Cardiovasculares....15
Agentes Del Sistema Nervioso Central....27
Agentes Dermatológicos....30
Agentes Gastrointestinales....32
Agentes Genitourinarios....35
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Adrenal)....38
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Modificadores/Hormonas Sexuales)....41
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Pituitaria)....49
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Prostaglandinas)....49
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Tiroides)....49
Agentes Hormonales, Supresores (Adrenal)....50
Agentes Hormonales, Supresores (Pituitaria)....50
Agentes Hormonales, Supresores (Tiroides)....52
Agentes Inmunológicos....52
Agentes Ofálmicos....58
Agentes Orales Y Dentales....62
Agentes Oticos....63
Agentes Para El Desórden Del Sueño....63
Agentes Para El Tratamiento De Abuso De Sustancias. Anti-Adicción....64
Agentes Para El Tratamiento De La Espasticidad....65
Agentes Para El Tratamiento De La Migraña....66
Agentes Para El Tratamiento De Parkinson....67
Agentes Para La Enfermedad Inflamatoria Intestinal....70
Agentes Parala Enfermedad Metabólica Del Hueso....71
Agentes Pulmonares/ Tracto Respiratorio....73
Analgésicos....80
Anestésicos....85
Ansiolíticos....85
Antibacteriales....86
Anticonvulsivos....97
Antidepresivos....102
Antieméticos....106
Antifungales....107
Antimicobacteriales....109
Antineoplásicos....110
Antiparasíticos....118
Antisicóticos....119
Antivirales....122
Desórden Genético O Enzimático: Reemplazo, Modificadores, Tratamiento....130
Electrólitos / Minerales/ Vitaminas....131
Listado Platino....136
Productos Sanguíneos / Modificadores / Expansores De Volumen....138
Reguladores De Glucosa En Sangre....141
Relajantes Musculo Esqueletales....146

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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
colchicine-probenecid oral tablet 0.5-500 mg		MT
febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg	ULORIC	MT
probenecid oral tablet 500 mg		
Agentes Antiinflamatorios		
Antiinflamatorios No-Esteroidales		
celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg	CELEBREX	PA; QL (60 EA per 30 days)
celecoxib oral capsule 400 mg	CELEBREX	PA; QL (30 EA per 30 days)
diclofenac potassium oral tablet 50 mg		
diclofenac sodium er oral tablet extended release 24 hour 100 mg		
diclofenac sodium oral tablet delayed release 25 mg, 50 mg, 75 mg		
diflunisal oral tablet 500 mg		
etodolac er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 500 mg, 600 mg		
etodolac oral capsule 200 mg		
etodolac oral tablet 400 mg	LODINE	
etodolac oral tablet 500 mg		
flurbiprofen oral tablet 100 mg, 50 mg		
ibu oral tablet 600 mg, 800 mg		
ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml		
ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg	IBU	
ketoprofen oral capsule 50 mg, 75 mg		
meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg	MOBIC	QL (30 EA per 30 days)
nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg		
naproxen dr oral tablet delayed release 375 mg	EC-NAPROSYN	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
naproxen dr oral tablet delayed release 500 mg		
naproxen oral suspension 125 mg/5ml	NAPROSYN	
naproxen oral tablet 250 mg	NAPROSYN	
naproxen oral tablet 375 mg, 500 mg		
naproxen sodium oral tablet 275 mg		
naproxen sodium oral tablet 550 mg	ANAPROX DS	
oxaprozin oral tablet 600 mg	DAYPRO	
piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg	FELDENE	
sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg		
Glucocorticoides		
betamethasone dipropionate aug external cream 0.05 %	DIPROLENE AF	
betamethasone dipropionate aug external gel 0.05 %		
betamethasone dipropionate aug external lotion 0.05 %		
betamethasone dipropionate aug external ointment 0.05 %	DIPROLENE	
betamethasone dipropionate external cream 0.05 %		
betamethasone dipropionate external lotion 0.05 %		
betamethasone dipropionate external ointment 0.05 %		
betamethasone valerate external cream 0.1 %		
betamethasone valerate external lotion 0.1 %		
betamethasone valerate external ointment 0.1 %		
BLEPHAMIDE S.O.P. OPHTHALMIC OINTMENT 10-0.2 %		

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
cortisone acetate oral tablet 25 mg		
DEXAMETHASONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 1 MG/ML		
dexamethasone oral elixir 0.5 mg/5ml		
dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 4 mg, 6 mg	DECADRON	
dexamethasone oral tablet 1 mg, 1.5 mg, 2 mg		
hydrocortisone oral tablet 20 mg, 5 mg	CORTEF	
methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml, 80 mg/ml	DEPO-MEDROL	
methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg	MEDROL	
prednisolone acetate ophthalmic suspension 1 %	PRED FORTE	
prednisolone oral solution 15 mg/5ml		
prednisolone sodium phosphate ophthalmic solution 1 %		
prednisolone sodium phosphate oral solution 25 mg/5ml		
prednisolone sodium phosphate oral solution 6.7 (5 base) mg/5ml	PEDIAPRED	
PREDNISONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML		
prednisone oral solution 5 mg/5ml		
prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg		
sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution 10-0.23 %		
triamcinolone acetonide injection suspension 40 mg/ml	KENALOG	
Agentes Antimiasténicos		
Parasimpatomiméticos		

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
guanidine hcl oral tablet 125 mg		
pyridostigmine bromide er oral tablet extended release 180 mg	MESTINON	
pyridostigmine bromide oral solution 60 mg/5ml	MESTINON	
pyridostigmine bromide oral tablet 30 mg		
pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg	MESTINON	
Agentes Bipolares		
Agentes Bipolares, Otros		
GEODON INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED 20 MG		PA; QL (6 EA per 3 days)
olanzapine intramuscular solution reconstituted 10 mg	ZYPREXA	
olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg	ZYPREXA	MT
olanzapine oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg	ZYPREXA ZYDIS	MT
quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg	SEROQUEL XR	PA; MT; QL (30 EA per 30 days)
quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 400 mg, 50 mg	SEROQUEL XR	PA; MT; QL (60 EA per 30 days)
quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg	SEROQUEL	MT
quetiapine fumarate oral tablet 25 mg, 50 mg	SEROQUEL	PA; MT
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 12.5 MG, 25 MG, 37.5 MG, 50 MG		PA; QL (2 EA per 28 days)
risperidone oral solution 1 mg/ml	RISPERDAL	
risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg	RISPERDAL	MT

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
risperidone oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg		MT
SAPHRIS SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 10 MG, 2.5 MG, 5 MG		PA
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG		PA; QL (30 EA per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE THERAPY PACK 1.5 & 3 MG		PA; QL (14 EA per 365 days)
ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg	GEODON	
Estabilizadores De Humor		
carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg	CARBATROL	MT
carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 100 mg	TEGRETOL-XR	MT
carbamazepine oral suspension 100 mg/5ml	TEGRETOL	MT
carbamazepine oral tablet 200 mg		MT
carbamazepine oral tablet chewable 100 mg		MT
divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 500 mg	DEPAKOTE ER	MT
divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle 125 mg	DEPAKOTE SPRINKLES	MT
divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg, 500 mg	DEPAKOTE	MT
epitol oral tablet 200 mg		MT
lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 50 mg	LAMICTAL XR	MT
lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg	LAMICTAL	MT
lamotrigine oral tablet chewable 25 mg, 5 mg	LAMICTAL	MT

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
lamotrigine oral tablet dispersible 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	LAMICTAL ODT	MT
lamotrigine starter kit-blue oral kit 35 x 25 mg	LAMICTAL STARTER	MT
lamotrigine starter kit-green oral kit 84 x 25 mg & 14x100 mg	LAMICTAL STARTER	MT; LA
lamotrigine starter kit-orange oral kit 42 x 25 mg & 7 x 100 mg	LAMICTAL STARTER	MT
lithium carbonate er oral tablet extended release 300 mg	LITHOBID	MT
lithium carbonate er oral tablet extended release 450 mg		MT
lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg		MT
lithium carbonate oral tablet 300 mg		MT
lithium oral solution 8 meq/5ml		MT
TEGRETOL ORAL SUSPENSION 100 MG/5ML		MT
TEGRETOL ORAL TABLET 200 MG		MT
TEGRETOL-XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 100 MG, 200 MG, 400 MG		MT
valproic acid oral capsule 250 mg		MT
valproic acid oral solution 250 mg/5ml		MT
Agentes Cardiovasculares		
Agentes Bloqueadores Beta-Adrenérgicos		
acebutolol hcl oral capsule 200 mg, 400 mg		MT
atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	TENORMIN	MT
betaxolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg		MT
bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg		MT

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg	COREG	MT
carvedilol phosphate er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 20 mg, 40 mg	COREG CR	MT
labetalol hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg		MT
metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg	TOPROL XL	MT; QL (120 EA per 30 days)
metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour 200 mg, 25 mg, 50 mg	TOPROL XL	MT; QL (60 EA per 30 days)
metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 50 mg	LOPRESSOR	MT
metoprolol tartrate oral tablet 25 mg		MT
nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg	CORGARD	MT
pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg		MT
propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg	INDERAL LA	MT
propranolol hcl oral solution 20 mg/5ml, 40 mg/5ml		MT
propranolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg		MT
timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg		MT
Agentes Bloqueadores De Canales De Calcio		
afeditab cr oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg		MT
amlodipine besylate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	NORVASC	MT
cartia xt oral capsule extended release 24 hour 120 mg		MT

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
cartia xt oral capsule extended release 24 hour 180 mg, 240 mg, 300 mg		MT
diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 360 mg		MT
diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 420 mg		MT
diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg		MT
diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 120 mg, 60 mg, 90 mg		MT
diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg	CARDIZEM	MT
diltiazem hcl oral tablet 90 mg		MT
dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg		MT
felodipine er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg		MT
isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg		MT
matzim la oral tablet extended release 24 hour 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg		MT
nicardipine hcl oral capsule 20 mg, 30 mg		MT
nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg		MT
nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 90 mg		MT
nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 90 mg	PROCARDIA XL	MT
nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 60 mg		MT
nimodipine oral capsule 30 mg		
nisoldipine er oral tablet extended release 24 hour 17 mg, 34 mg, 8.5 mg	SULAR	MT

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
taztia xt oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg		MT
taztia xt oral capsule extended release 24 hour 180 mg		MT
verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg	VERELAN PM	MT
verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 360 mg	VERELAN	MT
verapamil hcl er oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg	CALAN SR	MT
verapamil hcl oral tablet 120 mg	CALAN	MT
verapamil hcl oral tablet 40 mg, 80 mg		MT
Agentes Cardiovasculares, Otros		
CORLANOR ORAL TABLET 5 MG, 7.5 MG		PA; QL (60 EA per 30 days)
digitek oral tablet 125 mcg		QL (30 EA per 30 days)
digitek oral tablet 250 mcg		PA
digox oral tablet 125 mcg		QL (30 EA per 30 days)
digox oral tablet 250 mcg		PA
digoxin oral solution 0.05 mg/ml		PA
digoxin oral tablet 125 mcg		QL (30 EA per 30 days)
digoxin oral tablet 250 mcg		PA
pentoxifylline er oral tablet extended release 400 mg		MT
ranolazine er oral tablet extended release 12 hour 1000 mg, 500 mg	RANEXA	PA; MT; QL (60 EA per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 1000 MCG, 1200 MCG, 1400 MCG, 1600 MCG, 200 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG		PA; QL (60 EA per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 800 MCG		PA; QL (200 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
Agentes Cardiovasculares		
amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg		MT
amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg	LOTREL	MT
amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 2.5-10 mg, 5-40 mg		MT
amlodipine besylate-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg	EXFORGE	MT; QL (30 EA per 30 days)
amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg	AZOR	MT; QL (30 EA per 30 days)
amlodipine-valsartan-hctz oral tablet 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-12.5 mg, 5-160-25 mg	EXFORGE HCT	MT; QL (30 EA per 30 days)
atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg	TENORETIC 100	MT
atenolol-chlorthalidone oral tablet 50-25 mg	TENORETIC 50	MT
benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg	LOTENSIN HCT	MT
benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-6.25 mg		MT
bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg	ZIAC	MT
candesartan cilexetil-hctz oral tablet 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg	ATACAND HCT	MT; QL (30 EA per 30 days)
captopril-hydrochlorothiazide oral tablet 25-15 mg, 25-25 mg, 50-15 mg, 50-25 mg		MT
DEMSER ORAL CAPSULE 250 MG		
enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg	VASERETIC	MT

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-12.5 mg		MT
ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg	VYTORIN	MT; QL (30 EA per 30 days)
fosinopril sodium-hctz oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg		MT
irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg	AVALIDE	MT; QL (30 EA per 30 days)
lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg	ZESTORETIC	MT
losartan potassium-hctz oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg	HYZAAR	MT; QL (30 EA per 30 days)
losartan potassium-hctz oral tablet 50-12.5 mg	HYZAAR	MT; QL (60 EA per 30 days)
metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg		MT
metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 50-25 mg	LOPRESSOR HCT	MT
moexipril-hydrochlorothiazide oral tablet 15-12.5 mg, 15-25 mg, 7.5-12.5 mg		MT
olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg	BENICAR HCT	MT; QL (30 EA per 30 days)
olmesartan-amlodipine-hctz oral tablet 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg	TRIBENZOR	MT; QL (30 EA per 30 days)
propranolol-hctz oral tablet 40-25 mg, 80-25 mg		MT
quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg	ACCURETIC	MT
spironolactone-hctz oral tablet 25-25 mg	ALDACTAZIDE	MT
telmisartan-hctz oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg, 80-25 mg	MICARDIS HCT	MT; QL (30 EA per 30 days)
triamterene-hctz oral capsule 37.5-25 mg	DYAZIDE	MT
triamterene-hctz oral capsule 50-25 mg		MT

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
triamterene-hctz oral tablet 37.5-25 mg	MAXZIDE-25	MT
triamterene-hctz oral tablet 75-50 mg	MAXZIDE	MT
valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg	DIOVAN HCT	MT; QL (30 EA per 30 days)
Agentes De Bloqueo Alfa-Adrenérgicos		
doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg	CARDURA	MT; QL (30 EA per 30 days)
doxazosin mesylate oral tablet 8 mg	CARDURA	MT
prazosin hcl oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg	MINIPRESS	MT
terazosin hcl oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg		MT
Agonistas Alfa-Adrenérgicos		
clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg	CATAPRES	MT
clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24hr	CATAPRES-TTS-1	MT
clonidine transdermal patch weekly 0.2 mg/24hr	CATAPRES-TTS-2	MT
clonidine transdermal patch weekly 0.3 mg/24hr	CATAPRES-TTS-3	MT
guanfacine hcl oral tablet 1 mg, 2 mg		PA; MT
midodrine hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg		
NORTHERA ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG, 300 MG		PA
Antagonista Receptores Angiotensina Ii (Arb)		
candesartan cilexetil oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg	ATACAND	MT; QL (30 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG		PA; MT; QL (60 EA per 30 days)
irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg	AVAPRO	MT; QL (30 EA per 30 days)
losartan potassium oral tablet 100 mg	COZAAR	MT; QL (30 EA per 30 days)
losartan potassium oral tablet 25 mg, 50 mg	COZAAR	MT; QL (60 EA per 30 days)
olmesartan medoxomil oral tablet 20 mg, 40 mg	BENICAR	MT; QL (30 EA per 30 days)
olmesartan medoxomil oral tablet 5 mg	BENICAR	MT; QL (60 EA per 30 days)
olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg	BENICAR HCT	MT; QL (30 EA per 30 days)
telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg	MICARDIS	MT; QL (30 EA per 30 days)
valsartan oral tablet 160 mg, 40 mg, 80 mg	DIOVAN	MT; QL (60 EA per 30 days)
valsartan oral tablet 320 mg	DIOVAN	MT; QL (30 EA per 30 days)
Antiarrítmicos		
amiodarone hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg	PACERONE	MT
dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg	TIKOSYN	
flecainide acetate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg		MT
mexiletine hcl oral capsule 150 mg, 200 mg, 250 mg		MT
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG		MT; QL (60 EA per 30 days)
PACERONE ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 400 MG		MT
propafenone hcl er oral capsule extended release 12 hour 225 mg, 325 mg, 425 mg	RYTHMOL SR	MT
propafenone hcl oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg		MT

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
quinidine gluconate er oral tablet extended release 324 mg		MT
quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg		MT
sorine oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg		MT
sotalol hcl (af) oral tablet 120 mg	BETAPACE AF	MT
sotalol hcl oral tablet 160 mg, 240 mg, 80 mg		MT
sotalol hydrochloride oral tablet 120 mg	BETAPACE AF	MT
Dislipidémicos, Derivados De Acido Fíbrico		
fenofibrate micronized oral capsule 130 mg, 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg		MT
fenofibrate oral tablet 145 mg, 48 mg	TRICOR	MT; QL (30 EA per 30 days)
fenofibrate oral tablet 160 mg, 54 mg		MT; QL (30 EA per 30 days)
fenofibric acid oral capsule delayed release 135 mg, 45 mg	TRILIPIX	MT; QL (30 EA per 30 days)
gemfibrozil oral tablet 600 mg	LOPID	MT
Dislipidémicos, Inhibidores De La Reductasa De Hmg Coa		
atorvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg	LIPITOR	MT; QL (30 EA per 30 days)
fluvastatin sodium oral capsule 20 mg		MT; QL (30 EA per 30 days)
fluvastatin sodium oral capsule 40 mg		MT; QL (60 EA per 30 days)
lovastatin oral tablet 10 mg		MT; QL (30 EA per 30 days)
lovastatin oral tablet 20 mg, 40 mg		MT; QL (60 EA per 30 days)
pravastatin sodium oral tablet 10 mg, 80 mg		MT; QL (30 EA per 30 days)
pravastatin sodium oral tablet 20 mg, 40 mg	PRAVACHOL	MT; QL (30 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
rosuvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg	CRESTOR	MT; QL (30 EA per 30 days)
simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg, 80 mg	ZOCOR	MT; QL (30 EA per 30 days)
Dislipidémicos, Otros		
cholestyramine light oral powder 4 gm/dose	PREVALITE	MT
colestipol hcl oral packet 5 gm	COLESTID	MT
colestipol hcl oral tablet 1 gm	COLESTID	MT
ezetimibe oral tablet 10 mg	ZETIA	ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
JUXTAPID ORAL CAPSULE 10 MG, 30 MG, 40 MG, 5 MG, 60 MG		PA; QL (30 EA per 30 days)
JUXTAPID ORAL CAPSULE 20 MG		PA; QL (90 EA per 30 days)
KYNAMRO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/ML		PA
niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 1000 mg, 750 mg	NIASPAN	MT; QL (60 EA per 30 days)
niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 500 mg	NIASPAN	MT; QL (90 EA per 30 days)
NIACOR ORAL TABLET 500 MG		
omega-3-acid ethyl esters oral capsule 1 gm	LOVAZA	MT; QL (120 EA per 30 days)
PREVALITE ORAL PACKET 4 GM		MT
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 420 MG/3.5ML		PA
REPATHA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 140 MG/ML		PA
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML		PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GM, 1 GM		MT; QL (120 EA per 30 days)
Diuréticos, Ahorradores De Potasio		
amiloride hcl oral tablet 5 mg		MT
eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg	INSPRA	MT
spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	ALDACTONE	MT
Diuréticos, Asa De Henle		
bumetanide injection solution 0.25 mg/ml		
bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	BUMEX	MT
furosemide injection solution 10 mg/ml		MT
furosemide oral solution 10 mg/ml, 8 mg/ml		MT
furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg	LASIX	MT
torsemide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg		MT
Diuréticos, Inhibidores De La Anhidrasa Carbónica		
acetazolamide er oral capsule extended release 12 hour 500 mg		MT
acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg		MT
methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg		MT
Diuréticos, Tiazidas		
chlorothiazide oral tablet 250 mg, 500 mg		MT
chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg		MT
hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg		MT
hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg		MT
indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg		MT

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg	AVALIDE	MT; QL (30 EA per 30 days)
methyclothiazide oral tablet 5 mg		MT
metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg		MT
Inhibidores Convertidor De La Enzima De Angiotensina (Ace)		
benazepril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	LOTENSIN	MT
benazepril hcl oral tablet 5 mg		MT
captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg		MT
enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg	VASOTEC	MT
fosinopril sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg		MT
lisinopril oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	PRINIVIL	MT
lisinopril oral tablet 2.5 mg, 30 mg, 40 mg	ZESTRIL	MT
moexipril hcl oral tablet 15 mg, 7.5 mg		MT
perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg		MT
quinapril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg	ACCUPRIL	MT
ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	ALTACE	MT
trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg		MT
trandolapril oral tablet 4 mg	MAVIK	MT
Vasodilatadores, Actúan Directo En Arteria / Vena		
isosorbide dinitrate er oral tablet extended release 40 mg		MT

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg		MT
isosorbide dinitrate oral tablet 5 mg	ISORDIL TITRADOSE	MT
isosorbide mononitrate er oral tablet extended release 24 hour 120 mg, 30 mg, 60 mg		MT
isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg		MT
MINITRAN TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 0.1 MG/HR, 0.2 MG/HR, 0.4 MG/HR, 0.6 MG/HR		MT
NITRO-BID TRANSDERMAL OINTMENT 2 %		MT
NITRO-DUR TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 0.3 MG/HR, 0.8 MG/HR		MT
nitroglycerin sublingual tablet sublingual 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg	NITROSTAT	MT
nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr	MINITRAN	MT
Vasodilatadores, Actúan Directo En Arteria		
hydralazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg		MT
minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg		
Agentes Del Sistema Nervioso Central		
Agentes Del Sistema Nervioso Central, Otros		
estazolam oral tablet 1 mg, 2 mg		QL (30 EA per 30 days)
NUEDEXTA ORAL CAPSULE 20-10 MG		PA
riluzole oral tablet 50 mg	RILUTEK	PA
tetrabenazine oral tablet 12.5 mg	XENAZINE	PA; QL (240 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
tetrabenazine oral tablet 25 mg	XENAZINE	PA; QL (120 EA per 30 days)
Agentes Fibromialgia		
duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 20 mg, 30 mg, 60 mg	CYMBALTA	MT
duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 40 mg		MT
LYRICA CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 165 MG, 330 MG, 82.5 MG		
pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 225 mg, 25 mg, 300 mg, 50 mg, 75 mg	LYRICA	MT
pregabalin oral solution 20 mg/ml	LYRICA	MT
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG		PA
SAVELLA TITRATION PACK ORAL 12.5 & 25 & 50 MG		PA
Agentes Para El Desórden De Déficit De Atención E Hiperactividad, Anfetaminas		
amphetamine-dextroamphet er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 5 mg	ADDERALL XR	PA; QL (90 EA per 30 days)
amphetamine-dextroamphet er oral capsule extended release 24 hour 15 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg	ADDERALL XR	PA; QL (30 EA per 30 days)
amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 10 mg	ADDERALL	PA; QL (180 EA per 30 days)
amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 12.5 mg	ADDERALL	PA; QL (144 EA per 30 days)
amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 15 mg	ADDERALL	PA; QL (120 EA per 30 days)
amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 20 mg	ADDERALL	PA; QL (90 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 30 mg	ADDERALL	PA; QL (60 EA per 30 days)
amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 5 mg	ADDERALL	PA; QL (360 EA per 30 days)
amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 7.5 mg	ADDERALL	PA; QL (240 EA per 30 days)
dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg, 5 mg	ZENZEDI	PA
Agentes Para El Desórden De Déficit De Atención E Hiperactividad, No-Anfetaminas		
atomoxetine hcl oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg	STRATTERA	QL (60 EA per 30 days)
atomoxetine hcl oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg	STRATTERA	QL (30 EA per 30 days)
guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg	INTUNIV	PA
METADATE ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 20 MG		QL (90 EA per 30 days)
methylphenidate hcl er oral tablet extended release 10 mg		QL (90 EA per 30 days)
methylphenidate hcl er oral tablet extended release 20 mg	METADATE ER	QL (90 EA per 30 days)
methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5ml	METHYLIN	QL (900 ML per 30 days)
methylphenidate hcl oral solution 5 mg/5ml	METHYLIN	QL (1800 ML per 30 days)
methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	RITALIN	QL (180 EA per 30 days)
methylphenidate hcl oral tablet 20 mg	RITALIN	QL (90 EA per 30 days)
Agentes Para El Tratamiento De Esclerosis Múltiple		

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
AUBAGIO ORAL TABLET 14 MG, 7 MG		PA
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG		PA; QL (14 EA per 28 days)
dalfampridine er oral tablet extended release 12 hour 10 mg	AMPYRA	PA; QL (60 EA per 30 days)
GILENYA ORAL CAPSULE 0.5 MG		PA; QL (30 EA per 30 days)
glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 20 mg/ml	GLATOPA	PA; QL (30 ML per 30 days)
glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 40 mg/ml	GLATOPA	PA; QL (12 ML per 28 days)
GLATOPA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MG/ML		PA; QL (30 ML per 30 days)
GLATOPA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/ML		PA; QL (12 ML per 28 days)
Agentes Dermatológicos		
Agentes Dermatológicos		
acitretin oral capsule 10 mg, 25 mg	SORIATANE	PA
acitretin oral capsule 17.5 mg		PA
adapalene external cream 0.1 %	DIFFERIN	PA
adapalene external gel 0.1 %, 0.3 %	DIFFERIN	PA
adapalene external solution 0.1 %		PA
ammonium lactate external cream 12 %	GERI-HYDROLAC 12	
ammonium lactate external lotion 12 %	AL12	
AMNESTEEM ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 40 MG		
AVITA EXTERNAL CREAM 0.025 %		PA
AVITA EXTERNAL GEL 0.025 %		PA
benzoyl peroxide-erythromycin external gel 5-3 %	BENZAMYCIN	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
betamethasone dipropionate external lotion 0.05 %		
calcipotriene external cream 0.005 %	DOVONEX	
calcipotriene external ointment 0.005 %	CALCITRENE	
calcipotriene external solution 0.005 %		
CLARAVIS ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG		
clotrimazole-betamethasone external cream 1-0.05 %	LOTRISONE	
diclofenac sodium transdermal gel 1 %	VOLTAREN	
doxepin hcl external cream 5 %	PRUDOXIN	
doxycycline hyclate oral capsule 50 mg	MORGIDOX	
doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg		
fluocinonide external cream 0.1 %	VANOS	
fluorouracil external cream 0.5 %	CARAC	
fluorouracil external cream 5 %	EFUDEX	
fluorouracil external solution 2 %, 5 %		
fluticasone propionate external cream 0.05 %		
fluticasone propionate external lotion 0.05 %	BESER	
fluticasone propionate external ointment 0.005 %		
imiquimod external cream 5 %	ALDARA	
isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg		
isotretinoin oral capsule 30 mg		
methoxsalen rapid oral capsule 10 mg	OXSORALEN ULTRA	PA
MYORISAN ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG		

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
nystatin-triamcinolone external cream 100000-0.1 unit/gm-%		
nystatin-triamcinolone external ointment 100000-0.1 unit/gm-%		
podofilox external solution 0.5 %		
REGRANEX EXTERNAL GEL 0.01 %		PA; QL (30 GM per 30 days)
SANTYL EXTERNAL OINTMENT 250 UNIT/GM		
selenium sulfide external lotion 2.5 %		
tacrolimus external ointment 0.03 %, 0.1 %	PROTOPIC	PA
tazarotene external cream 0.1 %	TAZORAC	PA
TAZORAC EXTERNAL CREAM 0.05 %		PA
tretinoin external cream 0.025 %		PA
tretinoin external cream 0.05 %, 0.1 %	RETIN-A	PA
tretinoin external gel 0.01 %	RETIN-A	PA
tretinoin external gel 0.025 %		PA
VALCHLOR EXTERNAL GEL 0.016 %		PA
ZENATANE ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG		
Agentes Gastrointestinales		
Agentes Gastrointestinales, Otros		
CHOLBAM ORAL CAPSULE 250 MG, 50 MG		PA
diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5ml		PA
diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg	LOMOTIL	PA
GATTEX SUBCUTANEOUS KIT 5 MG		PA
loperamide hcl oral capsule 2 mg		
metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5ml		

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	REGLAN	
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG		
PROCTOZONE-HC RECTAL CREAM 2.5 %		
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 12 MG/0.6ML, 12 MG/0.6ML (0.6ML SYRINGE), 8 MG/0.4ML		PA
ursodiol oral capsule 300 mg	ACTIGALL	MT
ursodiol oral tablet 250 mg	URSO 250	MT
ursodiol oral tablet 500 mg	URSO FORTE	MT
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG		PA
Agentes Síndrome Irritable Del Intestino		
alosetron hcl oral tablet 0.5 mg, 1 mg	LOTRONEX	PA
AMITIZA ORAL CAPSULE 24 MCG, 8 MCG		QL (60 EA per 30 days)
budesonide oral capsule delayed release particles 3 mg	ENTOCORT EC	
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG		PA; MT; QL (30 EA per 30 days)
mesalamine oral capsule delayed release 400 mg	DELZICOL	
Antagonista Del Receptor De Histamina 2 (H2)		
cimetidine hcl oral solution 300 mg/5ml		
cimetidine oral tablet 200 mg	TAGAMET HB	
cimetidine oral tablet 300 mg, 400 mg, 800 mg		
famotidine oral suspension reconstituted 40 mg/5ml		

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
famotidine oral tablet 20 mg, 40 mg	PEPCID	
nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg		
nizatidine oral solution 15 mg/ml		
ranitidine hcl oral capsule 150 mg, 300 mg		
ranitidine hcl oral tablet 150 mg		
ranitidine hcl oral tablet 300 mg		
Antiespasmódicos, Gastrointestinal		
dicyclomine hcl oral capsule 10 mg		PA
dicyclomine hcl oral solution 10 mg/5ml		PA
dicyclomine hcl oral tablet 20 mg		PA
glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg		
scopolamine transdermal patch 72 hour 1 mg/3days	TRANSDERM SCOP (1.5 MG)	PA; QL (10 EA per 30 days)
Inhibidores De La Bomba De Protones		
DEXILANT ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 30 MG, 60 MG		QL (30 EA per 30 days)
esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 20 mg		QL (30 EA per 30 days)
esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 40 mg	NEXIUM	QL (30 EA per 30 days)
lansoprazole oral capsule delayed release 15 mg, 30 mg	PREVACID	QL (30 EA per 30 days)
omeprazole oral capsule delayed release 10 mg, 40 mg		QL (30 EA per 30 days)
omeprazole oral capsule delayed release 20 mg		QL (60 EA per 30 days)
pantoprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg, 40 mg	PROTONIX	QL (30 EA per 30 days)
Laxantes		
constulose oral solution 10 gm/15ml		

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
enulose oral solution 10 gm/15ml		
gavilyte-c oral solution reconstituted 240 gm		
gavilyte-g oral solution reconstituted 236 gm		
gavilyte-h oral kit 5-210 mg-gm		
gavilyte-n with flavor pack oral solution reconstituted 420 gm		
generlac oral solution 10 gm/15ml		
golytely oral solution reconstituted 227.1 gm		
lactulose oral solution 10 gm/15ml		
MOVIPREP ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 100 GM		
nulytely with flavor packs oral solution reconstituted 420 gm		
peg 3350/electrolytes oral solution reconstituted 240 gm		
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl oral solution reconstituted 420 gm		
peg-3350/electrolytes oral solution reconstituted 236 gm		
polyethylene glycol 3350 oral powder	CLEARLAX	
trilyte oral solution reconstituted 420 gm		
Protectores		
misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg	CYTOTEC	
sucralfate oral tablet 1 gm	CARAFATE	
Agentes Genitourinarios		
Agentes Genitourinarios, Otros		
bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg	URECHOLINE	
CIALIS ORAL TABLET 10 MG, 20 MG		ED; QL (6 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
DEPEN TITRATABS ORAL TABLET 250 MG		
ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG		
LEVITRA ORAL TABLET 2.5 MG, 5 MG, 10 MG, 20 MG		ED; QL (6 EA per 30 days)
potassium citrate er oral tablet extended release 10 meq (1080 mg)	UROCIT-K 10	
potassium citrate er oral tablet extended release 15 meq (1620 mg)	UROCIT-K 15	
potassium citrate er oral tablet extended release 5 meq (540 mg)	UROCIT-K 5	
sildenafil oral tablet 25 mg, 50 mg, 100 mg	VIAGRA	ED; QL (6 EA per 30 days)
sodium phenylbutyrate oral powder 3 gm/tsp	BUPHENYL	PA
tadalafil oral tablet 10 mg, 20mg	CIALIS	ED; QL (6 EA per 30 days)
vardenafil hcl oral tablet 2.5 mg,5 mg, 10 mg, 20 mg	LEVITRA	ED; QL (6 EA per 30 days)
VIAGRA ORAL TABLET 25 MG, 50 MG, 100 MG		ED; QL (6 EA per 30 days)
Agentes Hipertrofia Benigna De La Próstata		
alfuzosin hcl er oral tablet extended release 24 hour 10 mg	UROXATRAL	MT; QL (30 EA per 30 days)
doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg	CARDURA	MT; QL (30 EA per 30 days)
doxazosin mesylate oral tablet 8 mg	CARDURA	MT
dutasteride oral capsule 0.5 mg	AVODART	MT
dutasteride-tamsulosin hcl oral capsule 0.5-0.4 mg	JALYN	MT
finasteride oral tablet 5 mg	PROSCAR	MT
prazosin hcl oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg	MINIPRESS	MT

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
tamsulosin hcl oral capsule 0.4 mg	FLOMAX	MT
terazosin hcl oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg		MT
Antiespasmódicos, Urinarios		
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25 MG, 50 MG		ST; QL (30 EA per 30 days)
oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 10 mg	DITROPAN XL	MT; QL (60 EA per 30 days)
oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 15 mg		MT; QL (60 EA per 30 days)
oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 5 mg	DITROPAN XL	MT; QL (30 EA per 30 days)
oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5ml		MT
oxybutynin chloride oral tablet 5 mg		MT
solifenacin succinate oral tablet 10 mg, 5 mg	VESICARE	QL (30 EA per 30 days)
tolterodine tartrate er oral capsule extended release 24 hour 2 mg, 4 mg	DETROL LA	QL (30 EA per 30 days)
tolterodine tartrate oral tablet 1 mg, 2 mg	DETROL	
trospium chloride oral tablet 20 mg		QL (60 EA per 30 days)
Enlazadores De Fósfato		
calcium acetate (phos binder) oral capsule 667 mg	PHOSLO	
calcium acetate (phos binder) oral tablet 667 mg	CALPHRON	QL (360 EA per 30 days)
lanthanum carbonate oral tablet chewable 1000 mg, 500 mg, 750 mg	FOSRENOL	
sevelamer carbonate oral packet 0.8 gm	RENVELA	QL (540 EA per 30 days)
sevelamer carbonate oral packet 2.4 gm	RENVELA	QL (180 EA per 30 days)
sevelamer carbonate oral tablet 800 mg	RENVELA	QL (540 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Adrenal)		
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Adrenal)		
ala-cort external cream 1 %		
ala-cort external cream 2.5 %		
alclometasone dipropionate external cream 0.05 %		
alclometasone dipropionate external ointment 0.05 %		
betamethasone dipropionate aug external cream 0.05 %	DIPROLENE AF	
betamethasone dipropionate aug external gel 0.05 %		
betamethasone dipropionate aug external lotion 0.05 %		
betamethasone dipropionate aug external ointment 0.05 %	DIPROLENE	
betamethasone dipropionate external cream 0.05 %		
betamethasone dipropionate external ointment 0.05 %		
betamethasone valerate external cream 0.1 %		
betamethasone valerate external lotion 0.1 %		
betamethasone valerate external ointment 0.1 %		
cortisone acetate oral tablet 25 mg		
desonide external cream 0.05 %	DESOWEN	
desonide external lotion 0.05 %		

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
desonide external ointment 0.05 %		
desoximetasone external cream 0.05 %, 0.25 %	TOPICORT	
desoximetasone external gel 0.05 %	TOPICORT	
desoximetasone external liquid 0.25 %	TOPICORT SPRAY	
desoximetasone external ointment 0.05 %, 0.25 %	TOPICORT	
DEXAMETHASONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 1 MG/ML		
dexamethasone oral elixir 0.5 mg/5ml		
dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 4 mg, 6 mg	DECADRON	
dexamethasone oral tablet 1 mg, 1.5 mg, 2 mg		
fludrocortisone acetate oral tablet 0.1 mg		
fluocinolone acetonide external cream 0.01 %		
fluocinolone acetonide external cream 0.025 %	SYNALAR	
fluocinolone acetonide external ointment 0.025 %	SYNALAR	
fluocinolone acetonide external solution 0.01 %	SYNALAR	
fluocinolone acetonide otic oil 0.01 %	FLAC	
fluocinolone acetonide scalp external oil 0.01 %	DERMA-SMOOTHE/FS SCALP	
fluocinonide emulsified base external cream 0.05 %		
fluocinonide external cream 0.1 %	VANOS	
fluocinonide external gel 0.05 %		
fluocinonide external ointment 0.05 %		
fluocinonide external solution 0.05 %		

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
fluticasone propionate external cream 0.05 %		
fluticasone propionate external lotion 0.05 %	BESER	
fluticasone propionate external ointment 0.005 %		
halobetasol propionate external cream 0.05 %		
halobetasol propionate external ointment 0.05 %		
hydrocortisone butyrate external cream 0.1 %	LOCOID	
hydrocortisone butyrate external ointment 0.1 %		
hydrocortisone butyrate external solution 0.1 %	LOCOID	
hydrocortisone external cream 1 %		
hydrocortisone external cream 2.5 %		
hydrocortisone external lotion 2.5 %		
hydrocortisone external ointment 1 %		
hydrocortisone external ointment 2.5 %		
hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	CORTEF	
hydrocortisone valerate external cream 0.2 %		
hydrocortisone valerate external ointment 0.2 %		
methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg	MEDROL	
methylprednisolone oral tablet therapy pack 4 mg	MEDROL	
mometasone furoate external cream 0.1 %	ELOCON	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
mometasone furoate external ointment 0.1 %		
mometasone furoate external solution 0.1 %		
prednisolone oral solution 15 mg/5ml		
prednisolone sodium phosphate oral solution 10 mg/5ml, 20 mg/5ml, 25 mg/5ml		
prednisolone sodium phosphate oral solution 6.7 (5 base) mg/5ml	PEDIAPRED	
PREDNISONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML		
prednisone oral solution 5 mg/5ml		
prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg		
PROCTO-PAK RECTAL CREAM 1 %		
PROCTOZONE-HC RECTAL CREAM 2.5 %		
triamcinolone acetonide external cream 0.025 %		
triamcinolone acetonide external cream 0.1 %, 0.5 %		
triamcinolone acetonide external lotion 0.025 %, 0.1 %		
triamcinolone acetonide external ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %		
triderm external cream 0.1 %		
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Modificadores/Hormonas Sexuales)		

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Modificadores/Hormonas Sexuales)		
ALTAVERA ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG		MT
APRI ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG		MT
ARANELLE ORAL TABLET 0.5/1/0.5-35 MG-MCG		MT
AUBRA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG		MT
AVIANE ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG		MT
BALZIVA ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG		
briellyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg		
budesonide oral capsule delayed release particles 3 mg	ENTOCORT EC	
CRYSELLE-28 ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG		MT
CYCLAFEM 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG		MT
CYCLAFEM 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG		MT
DEBLITANE ORAL TABLET 0.35 MG		MT
DELYLA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG		MT
desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)	KARIVA	MT
desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-30 mg-mcg	APRI	MT
drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.03 mg	OCELLA	MT

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
EMOQUETTE ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG		MT
ENPRESSE-28 ORAL TABLET 50-30/75-40/ 125-30 MCG		MT
ENSKYCE ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG		MT
estradiol valerate intramuscular oil 40 mg/ml	DELESTROGEN	
ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg	KELNOR 1/35	MT
FALMINA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG		MT
FYAVOLV ORAL TABLET 0.5-2.5 MG-MCG, 1-5 MG-MCG		PA
GIANVI ORAL TABLET 3-0.02 MG		MT
GILDAGIA ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG		
INCASSIA ORAL TABLET 0.35 MG		MT
INTROVALE ORAL TABLET 0.15-0.03 MG		MT
ISIBLOOM ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG		MT
JUNEL 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG		MT
JUNEL 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG		MT
JUNEL FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG		MT
JUNEL FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG		MT
KARIVA ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)		MT
KELNOR 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG		MT

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
MICROGESTIN FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG		MT
MICROGESTIN FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG		MT
MONONESSA ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG		MT
NECON 0.5/35 (28) ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG		MT
NECON 1/50 (28) ORAL TABLET 1-50 MG-MCG		MT
NECON 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG		MT
NIKKI ORAL TABLET 3-0.02 MG		MT
NORA-BE ORAL TABLET 0.35 MG		MT
NORLYROC ORAL TABLET 0.35 MG		MT
NORTREL 0.5/35 (28) ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG		MT
NORTREL 1/35 (21) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG		MT
NORTREL 1/35 (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG		MT
NORTREL 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG		MT
NUVARING VAGINAL RING 0.12-0.015 MG/24HR		
OCELLA ORAL TABLET 3-0.03 MG		MT
ORSYTHIA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG		MT
OSPHENA ORAL TABLET 60 MG		
PIMTREA ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)		MT
PIRMELLA 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG		MT

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
PORTIA-28 ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG		MT
PREMPRO ORAL TABLET 0.3-1.5 MG, 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG		PA
PREVIFEM ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG		MT
QUASENSE ORAL TABLET 0.15-0.03 MG		MT
RECLIPSEN ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG		MT
SHAROBEL ORAL TABLET 0.35 MG		MT
SPRINTEC 28 ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG		MT
SRONYX ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG		MT
TARINA FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG		MT
TRI-LEGEST FE ORAL TABLET 1-20/1-30/1-35 MG-MCG		
TRINESSA (28) ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG		MT
TRI-PREVIFEM ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG		MT
TRI-SPRINTEC ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG		MT
TRIVORA (28) ORAL TABLET 50-30/75-40/ 125-30 MCG		MT
VELIVET ORAL TABLET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG		
VESTURA ORAL TABLET 3-0.02 MG		MT
VYFEMLA ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG		
ZENCHENT ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG		

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
ZOVIA 1/35E (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG		MT
Agentes Modificadores Del Receptor Selectivo De Estrógeno		
OSPHENA ORAL TABLET 60 MG		
raloxifene hcl oral tablet 60 mg	EVISTA	MT
Andrógenos		
ANDRODERM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 2 MG/24HR, 4 MG/24HR		PA; QL (30 EA per 30 days)
danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg		
testosterone cypionate intramuscular solution 100 mg/ml, 200 mg/ml	DEPO-TESTOSTERONE	
testosterone enanthate intramuscular solution 200 mg/ml		
testosterone transdermal gel 12.5 mg/act (1%)	VOGELXO PUMP	PA; MT; QL (300 GM per 30 days)
testosterone transdermal gel 25 mg/2.5gm (1%), 50 mg/5gm (1%)	ANDROGEL	PA; MT; QL (300 GM per 30 days)
Esteroides Anabólicos		
ANADROL-50 ORAL TABLET 50 MG		PA
oxandrolone oral tablet 10 mg, 2.5 mg		PA; QL (60 EA per 30 days)
Estrógenos		
estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	ESTRACE	PA
estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24hr, 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr, 0.06 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr	CLIMARA	PA
estradiol vaginal cream 0.1 mg/gm	ESTRACE	
estradiol vaginal tablet 10 mcg	VAGIFEM	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
estradiol valerate intramuscular oil 20 mg/ml	DELESTROGEN	
estropipate oral tablet 0.75 mg, 1.5 mg		PA
marlissa oral tablet 0.15-30 mg-mcg		MT
MENEST ORAL TABLET 0.3 MG, 0.625 MG, 1.25 MG		PA
PREMARIN ORAL TABLET 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG		PA
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GM		
Progestina		
CAMILA ORAL TABLET 0.35 MG		MT
DEPO-PROVERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 400 MG/ML		PA
ERRIN ORAL TABLET 0.35 MG		MT
JOLIVETTE ORAL TABLET 0.35 MG		MT
LYZA ORAL TABLET 0.35 MG		MT
marlissa oral tablet 0.15-30 mg-mcg		MT
medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension 150 mg/ml	DEPO-PROVERA	QL (1 ML per 90 days)
medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension prefilled syringe 150 mg/ml	DEPO-PROVERA	QL (1 ML per 90 days)
medroxyprogesterone acetate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	PROVERA	MT
megestrol acetate oral suspension 40 mg/ml		PA
megestrol acetate oral suspension 625 mg/5ml	MEGACE ES	PA; MT
megestrol acetate oral tablet 20 mg, 40 mg		PA
norethindrone acetate oral tablet 5 mg	AYGESTIN	MT
norethindrone oral tablet 0.35 mg		MT

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
progesterone micronized oral capsule 100 mg, 200 mg	PROMETRIUM	MT
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Pituitaria)		
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Pituitaria)		
desmopressin ace spray refrig nasal solution 0.01 %		
desmopressin acetate oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg	DDAVP	MT
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/4ML		PA
NORDITROPIN FLEXPRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/1.5ML, 15 MG/1.5ML, 5 MG/1.5ML		PA
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Prostaglandinas)		
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Prostaglandinas)		
misoprostol oral tablet 200 mcg	CYTOTEC	
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Tiroides)		
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Tiroides)		

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
levo-t oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg		MT
levothyroxine sodium oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg		MT
LEVOXYL ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG		MT
liothyronine sodium oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg	CYTOMEL	MT
SYNTHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG		MT
unithroid oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg		MT
Agentes Hormonales, Supresores (Adrenal)		
Agentes Hormonales, Supresores (Adrenal)		
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG		
Agentes Hormonales, Supresores (Pituitaria)		
Agentes Hormonales, Supresores (Pituitaria)		
bromocriptine mesylate oral capsule 5 mg	PARLODEL	MT
bromocriptine mesylate oral tablet 2.5 mg	PARLODEL	MT
cabergoline oral tablet 0.5 mg		QL (20 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
leuprolide acetate injection kit 1 mg/0.2ml		PA
LUPANETA PACK COMBINATION KIT 11.25 & 5 MG		PA; QL (1 EA per 84 days)
LUPANETA PACK COMBINATION KIT 3.75 & 5 MG		PA; QL (1 EA per 28 days)
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 3.75 MG, 7.5 MG		PA
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 22.5 MG		PA
LUPRON DEPOT (4-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 30 MG		PA
LUPRON DEPOT (6-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 45 MG		PA
octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml	SANDOSTATIN	PA
octreotide acetate injection solution 1000 mcg/ml, 200 mcg/ml		PA
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML, 0.6 MG/ML, 0.9 MG/ML		PA
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/0.5ML, 60 MG/0.2ML, 90 MG/0.3ML		PA
SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG		PA
SYNAREL NASAL SOLUTION 2 MG/ML		PA
TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 11.25 MG, 22.5 MG, 3.75 MG		PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
Agentes Hormonales, Supresores (Tiroides)		
Agentes Antitiroides		
methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg	TAPAZOLE	MT
propylthiouracil oral tablet 50 mg		MT
Agentes Inmunológicos		
Agentes Inmunizantes, Pasivos		
GAMMAGARD INJECTION SOLUTION 2.5 GM/25ML		PA
GAMMAGARD S/D LESS IGA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 GM, 5 GM		PA
GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 20 GM/200ML, 5 GM/50ML		PA
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML		PA
PRIVIGEN INTRAVENOUS SOLUTION 20 GM/200ML		PA
Agentes Inmunológicos		
leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg	ARAVA	QL (30 EA per 30 days)
Agentes Para Angioedema		
CINRYZE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 500 UNIT		PA
icatibant acetate subcutaneous solution 30 mg/3ml	FIRAZYR	PA; QL (18 ML per 30 days)
Inmunomoduladores		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 2000000 UNIT/0.5ML		PA
ARCALYST SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 220 MG		PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg	ARAVA	QL (30 EA per 30 days)
Inmunosupresores		
AFINITOR DISPERZ ORAL TABLET SOLUBLE 2 MG, 3 MG, 5 MG		PA
AFINITOR ORAL TABLET 2.5 MG		PA
azathioprine oral tablet 50 mg	IMURAN	PA; MT
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/ML		PA
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/ML		PA
cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg	GENGRAF	PA; MT
cyclosporine modified oral capsule 50 mg		PA; MT
cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml	GENGRAF	PA; MT
cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg	SANDIMMUNE	PA; MT
DEPEN TITRATABS ORAL TABLET 250 MG		
enbrel mini subcutaneous solution cartridge 50 mg/ml		PA; QL (8 ML per 28 days)
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MG/0.5ML, 50 MG/ML		PA; QL (8 ML per 28 days)
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 25 MG		PA; QL (8 EA per 28 days)
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 50 MG/ML		PA; QL (8 ML per 28 days)
GENGRAF ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG		PA; MT
GENGRAF ORAL SOLUTION 100 MG/ML		PA; MT

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 40 MG/0.8ML (6 PACK)		PA; QL (6 EA per 28 days)
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 40 MG/0.8ML, 80 MG/0.8ML		PA; QL (3 EA per 28 days)
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML		PA; QL (2 EA per 28 days)
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML		PA; QL (6 EA per 28 days)
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML		PA; QL (6 EA per 30 days)
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML		PA; QL (3 EA per 28 days)
HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS START SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML		PA; QL (2 EA per 28 days)
HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS START SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML		PA; QL (3 EA per 28 days)
HUMIRA SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 10 MG/0.1ML, 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML		PA; QL (6 EA per 28 days)
HUMIRA SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 10 MG/0.2ML, 20 MG/0.4ML		PA; QL (2 EA per 28 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
HUMIRA SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 20 MG/0.2ML		PA; QL (12 EA per 28 days)
mercaptopurine oral tablet 50 mg		
methotrexate oral tablet 2.5 mg		PA; MT
methotrexate sodium (pf) injection solution 50 mg/2ml		PA
methotrexate sodium injection solution 250 mg/10ml		PA
mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg	CELLCEPT	PA; MT
mycophenolate mofetil oral suspension reconstituted 200 mg/ml	CELLCEPT	PA
mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg	CELLCEPT	PA; MT
mycophenolate sodium oral tablet delayed release 180 mg	MYFORTIC	PA; MT
mycophenolate sodium oral tablet delayed release 360 mg	MYFORTIC	PA
NEORAL ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG		PA; MT
NEORAL ORAL SOLUTION 100 MG/ML		PA; MT
PROGRAF ORAL PACKET 0.2 MG, 1 MG		PA
SANDIMMUNE ORAL SOLUTION 100 MG/ML		PA; MT
sirolimus oral solution 1 mg/ml	RAPAMUNE	PA
sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	RAPAMUNE	PA
tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg	PROGRAF	PA
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML		PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG		PA; QL (60 EA per 30 days)
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 11 MG		PA; QL (30 EA per 30 days)
ZORTRESS ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG		PA
Vacunas		
ACTHIB INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED		
ADACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2-15.5 (PREFILLED SYRINGE), 5-2-15.5 LF-MCG/0.5		
bcg vaccine injection injectable		
BEXSERO INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE		
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2.5-18.5 , 5-2.5-18.5 (0.5ML SYRINGE)		
DAPTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 23-15-5		
diphtheria-tetanus toxoids dt intramuscular suspension 25-5 lfu/0.5ml		PA
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION 10 MCG/0.5ML, 20 MCG/ML		PA
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION		
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE		
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1440 EL U/ML, 1440 EL U/ML 1 ML, 720 EL U/0.5ML, 720 EL U/0.5ML 0.5 ML		

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
HIBERIX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10 MCG		
IMOVAX RABIES INTRAMUSCULAR INJECTABLE 2.5 UNIT/ML		
INFANRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25-58-10		
IPOL INJECTION INJECTABLE		
IXIARO INTRAMUSCULAR SUSPENSION		
KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION , INJECTION 0.5 ML		
MENACTRA INTRAMUSCULAR INJECTABLE		
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED		
M-M-R II INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED		
PEDIARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION		
PEDVAX HIB INTRAMUSCULAR SUSPENSION 7.5 MCG/0.5ML		
PROQUAD SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED		
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION		
RABAVERT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED		
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION 10 MCG/ML, 10 MCG/ML (1ML SYRINGE), 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML		PA
ROTARIX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED		
ROTATEQ ORAL SOLUTION		

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
SHINGRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MCG/0.5ML		
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF/0.5ML		PA
TENIVAC INTRAMUSCULAR INJECTABLE 5-2 LFU		PA
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE		
TWINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 720-20 ELU-MCG/ML		
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5ML, 25 MCG/0.5ML (0.5ML SYRINGE)		
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5ML, 25 UNIT/0.5ML 0.5 ML, 50 UNIT/ML, 50 UNIT/ML 1 ML		
VARIVAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE 1350 PFU/0.5ML		
VARIZIG INTRAMUSCULAR SOLUTION 125 UNIT/1.2ML		
YF-VAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE		
ZOSTAVAX SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED 19400 UNT/0.65ML		QL (1 EA per 999 days)
Agentes Ofálmicos		
Agentes Ofálmicos Para Alergia		
azelastine hcl ophthalmic solution 0.05 %		
BEPREVE OPHTHALMIC SOLUTION 1.5 %		
cromolyn sodium ophthalmic solution 4 %		

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
LASTACAFT OPHTHALMIC SOLUTION 0.25 %		
olopatadine hcl ophthalmic solution 0.2 %	PATADAY	
PAZEO OPHTHALMIC SOLUTION 0.7 %		
Agentes Oftálmicos Para Glaucoma		
acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg		MT
ALPHAGAN P OPHTHALMIC SOLUTION 0.1 %		MT
AZOPT OPHTHALMIC SUSPENSION 1 %		MT
betaxolol hcl ophthalmic solution 0.5 %		MT
BETOPTIC-S OPHTHALMIC SUSPENSION 0.25 %		MT
bimatoprost ophthalmic solution 0.03 %		MT; QL (5 ML per 30 days)
brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.15 %	ALPHAGAN P	MT
brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.2 %		MT
carteolol hcl ophthalmic solution 1 %		MT
COMBIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.2-0.5 %		MT
dorzolamide hcl ophthalmic solution 2 %	TRUSOPT	MT
dorzolamide hcl-timolol mal ophthalmic solution 22.3-6.8 mg/ml	COSOPT	MT
dorzolamide hcl-timolol mal pf ophthalmic solution 2-0.5 %	COSOPT PF	MT
levobunolol hcl ophthalmic solution 0.5 %		MT
methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg		MT
metipranolol ophthalmic solution 0.3 %		MT

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
PHOSPHOLINE IODIDE OPHTHALMIC SOLUTION RECONSTITUTED 0.125 %		MT
pilocarpine hcl ophthalmic solution 1 %, 2 %, 4 %	ISOPTO CARPINE	MT
SIMBRINZA OPHTHALMIC SUSPENSION 1-0.2 %		MT
timolol maleate ophthalmic gel forming solution 0.25 %, 0.5 %	TIMOPTIC-XE	
timolol maleate ophthalmic solution 0.25 %, 0.5 %	TIMOPTIC	MT
Agentes Ofálmicos Para La Inflamación		
ALREX OPHTHALMIC SUSPENSION 0.2 %		
dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution 0.1 %		
diclofenac sodium ophthalmic solution 0.1 %		
DUREZOL OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %		
fluorometholone ophthalmic suspension 0.1 %	FML LIQUIFILM	
flurbiprofen sodium ophthalmic solution 0.03 %		
FML OPHTHALMIC OINTMENT 0.1 %		
ILEVRO OPHTHALMIC SUSPENSION 0.3 %		
ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.4 %	ACULAR LS	
ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.5 %	ACULAR	
LOTEMAX OPHTHALMIC GEL 0.5 %		

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
LOTEMAX SM OPHTHALMIC GEL 0.38 %		
loteprednol etabonate ophthalmic suspension 0.5 %	LOTEMAX	
MAXIDEX OPHTHALMIC SUSPENSION 0.1 %		
NEVANAC OPHTHALMIC SUSPENSION 0.1 %		
prednisolone acetate ophthalmic suspension 1 %	PRED FORTE	
prednisolone sodium phosphate ophthalmic solution 1 %		
Agentes Ofálmicos, Otros		
atropine sulfate ophthalmic solution 1 %	ISOPTO ATROPINE	
CYSTARAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.44 %		QL (60 ML per 30 days)
proparacaine hcl ophthalmic solution 0.5 %	ALCAINE	
RESTASIS OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %		PA; MT; QL (60 EA per 30 days)
sulfacetamide sodium ophthalmic ointment 10 %		
Agentes Ofálmicos		
bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment 500-10000 unit/gm	POLYCIN	
bacitra-neomycin-polymyxin-hc ophthalmic ointment 1 %	NEO-POLYCIN HC	
BLEPHAMIDE S.O.P. OPHTHALMIC OINTMENT 10-0.2 %		
neomycin-bacitracin zn-polymyx ophthalmic ointment 5-400-10000	NEO-POLYCIN	
neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic ointment 3.5-10000-0.1	MAXITROL	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic suspension 3.5-10000-0.1	MAXITROL	
neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic solution 1.75-10000-.025		
neomycin-polymyxin-hc ophthalmic suspension 3.5-10000-1		
polymyxin b-trimethoprim ophthalmic solution 10000-0.1 unit/ml-%	POLYTRIM	
sulfacetamide sodium ophthalmic ointment 10 %		
sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution 10-0.23 %		
tobramycin-dexamethasone ophthalmic suspension 0.3-0.1 %	TOBRADEX	
Prostaglandinas Oftálmicas Y Análogos De Prostamida		
bimatoprost ophthalmic solution 0.03 %		MT; QL (5 ML per 30 days)
latanoprost ophthalmic solution 0.005 %	XALATAN	MT; QL (3 ML per 25 days)
LUMIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.01 %		MT; QL (3 ML per 25 days)
TRAVATAN Z OPHTHALMIC SOLUTION 0.004 %		MT; QL (3 ML per 25 days)
Agentes Orales Y Dentales		
Agentes Orales Y Dentales		
cevimeline hcl oral capsule 30 mg	EVOXAC	
chlorhexidine gluconate mouth/throat solution 0.12 %	PERIOGARD	
doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg	MORGIDOX	
doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg		
doxycycline hyclate oral tablet 150 mg, 75 mg	ACTICLATE	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
doxycycline monohydrate oral tablet 150 mg, 50 mg, 75 mg		
minocycline hcl oral capsule 100 mg, 50 mg	MINOCIN	
minocycline hcl oral capsule 75 mg		
PERIOGARD MOUTH/THROAT SOLUTION 0.12 %		
pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg	SALAGEN	
triamcinolone acetonide mouth/throat paste 0.1 %	ORALONE	
Agentes Oticos		
Agentes Oticos		
CIPRODEX OTIC SUSPENSION 0.3-0.1 %		
FLAC OTIC OIL 0.01 %		
hydrocortisone-acetic acid otic solution 1-2 %	ACETASOL HC	
neomycin-polymyxin-hc otic solution 1 %		
neomycin-polymyxin-hc otic suspension 3.5-10000-1		
Agentes Para El Desórden Del Sueño		
Agentes Para El Desórden Del Sueño, Otros		
armodafinil oral tablet 150 mg	NUVIGIL	PA; QL (60 EA per 30 days)
armodafinil oral tablet 200 mg, 250 mg	NUVIGIL	PA; QL (30 EA per 30 days)
armodafinil oral tablet 50 mg	NUVIGIL	PA; QL (150 EA per 30 days)
doxepin hcl oral capsule 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg		PA
doxepin hcl oral concentrate 10 mg/ml		PA
HETLIOZ ORAL CAPSULE 20 MG		PA; QL (30 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
modafinil oral tablet 100 mg, 200 mg	PROVIGIL	PA; QL (30 EA per 30 days)
ramelteon oral tablet 8 mg	ROZEREM	QL (30 EA per 30 days)
XYREM ORAL SOLUTION 500 MG/ML		PA; QL (540 ML per 30 days)
Moduladores Del Receptor De Gaba		
temazepam oral capsule 15 mg, 22.5 mg, 30 mg, 7.5 mg	RESTORIL	QL (30 EA per 30 days)
zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg		PA; QL (30 EA per 30 days)
zolpidem tartrate er oral tablet extended release 12.5 mg, 6.25 mg	AMBIEN CR	PA; QL (30 EA per 30 days)
zolpidem tartrate oral tablet 10 mg, 5 mg	AMBIEN	PA; QL (30 EA per 30 days)
Agentes Para El Tratamiento De Abuso De Sustancias. Anti-Adicción		
Agentes Para Revertimiento De Opioides		
naloxone hcl injection solution 0.4 mg/ml		
naloxone hcl injection solution cartridge 0.4 mg/ml		
naloxone hcl injection solution prefilled syringe 2 mg/2ml		
Agentes Para Sesación De Fumar		
bupropion hcl er (smoking det) oral tablet extended release 12 hour 150 mg		
CHANTIX CONTINUING MONTH PAK ORAL TABLET 1 MG		PA; QL (56 EA per 28 days)
CHANTIX ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG		PA; QL (60 EA per 30 days)
CHANTIX STARTING MONTH PAK ORAL TABLET 0.5 MG X 11 & 1 MG X 42		PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
NICOTROL INHALATION INHALER 10 MG		
NICOTROL NS NASAL SOLUTION 10 MG/ML		
Disuadores De Alcohol / Medicamentos Para Controlar El Deseo		
acamprosate calcium oral tablet delayed release 333 mg		
disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg	ANTABUSE	
naltrexone hcl oral tablet 50 mg		
Tratamiento Dependencia De Opioides		
buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg		
buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 8 mg		QL (60 EA per 30 days)
buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 12-3 mg, 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg	SUBOXONE	QL (60 EA per 30 days)
buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 2-0.5 mg, 8-2 mg		QL (120 EA per 30 days)
naltrexone hcl oral tablet 50 mg		
Agentes Para El Tratamiento De La Espasticidad		
Agentes Para El Tratamiento De La Espasticidad		
baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg		
dantrolene sodium oral capsule 100 mg		
dantrolene sodium oral capsule 25 mg, 50 mg	DANTRIUM	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
tizanidine hcl oral capsule 2 mg, 4 mg, 6 mg	ZANAFLEX	
tizanidine hcl oral tablet 2 mg		
tizanidine hcl oral tablet 4 mg	ZANAFLEX	
Agentes Para El Tratamiento De La Migraña		
Agonistas Del Receptor De Serotonina (5-Ht) 1B/1D		
eletriptan hydrobromide oral tablet 20 mg, 40 mg	RELPAX	QL (9 EA per 30 days)
naratriptan hcl oral tablet 1 mg, 2.5 mg	AMERGE	QL (12 EA per 28 days)
rizatriptan benzoate oral tablet 10 mg	MAXALT	QL (18 EA per 28 days)
rizatriptan benzoate oral tablet 5 mg		QL (18 EA per 28 days)
rizatriptan benzoate oral tablet dispersible 10 mg	MAXALT-MLT	QL (18 EA per 28 days)
rizatriptan benzoate oral tablet dispersible 5 mg		QL (18 EA per 28 days)
sumatriptan nasal solution 20 mg/act	IMITREX	QL (12 EA per 28 days)
sumatriptan nasal solution 5 mg/act	IMITREX	QL (24 EA per 28 days)
sumatriptan succinate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	IMITREX	QL (9 EA per 28 days)
sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge 4 mg/0.5ml	IMITREX STATDOSE REFILL	QL (9 ML per 28 days)
sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge 6 mg/0.5ml	IMITREX STATDOSE REFILL	QL (6 ML per 28 days)
sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5ml	IMITREX	QL (6 ML per 28 days)
sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 4 mg/0.5ml, 6 mg/0.5ml	IMITREX STATDOSE SYSTEM	QL (6 ML per 28 days)
sumatriptan succinate subcutaneous solution prefilled syringe 6 mg/0.5ml		QL (6 ML per 28 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
zolmitriptan oral tablet 2.5 mg, 5 mg	ZOMIG	QL (12 EA per 28 days)
zolmitriptan oral tablet dispersible 2.5 mg, 5 mg	ZOMIG ZMT	QL (12 EA per 28 days)
Alcaloides De Ergotamina		
dihydroergotamine mesylate nasal solution 4 mg/ml	MIGRANAL	
MIGERGOT RECTAL SUPPOSITORY 2-100 MG		
Profilácticos		
divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 500 mg	DEPAKOTE ER	MT
divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle 125 mg	DEPAKOTE SPRINKLES	MT
divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg, 500 mg	DEPAKOTE	MT
timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg		MT
topiramate oral capsule sprinkle 15 mg, 25 mg	TOPAMAX SPRINKLE	MT
topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	TOPAMAX	MT
valproic acid oral capsule 250 mg		MT
valproic acid oral solution 250 mg/5ml		MT
Agentes Para El Tratamiento De Parkinson		
Agentes Para El Tratamiento De Parkinson, Otros		
amantadine hcl oral capsule 100 mg		
amantadine hcl oral syrup 50 mg/5ml		MT
amantadine hcl oral tablet 100 mg		
carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 12.5-50-200 mg	STALEVO 50	MT

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 18.75-75-200 mg	STALEVO 75	MT
carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 25-100-200 mg	STALEVO 100	MT
carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 31.25-125-200 mg	STALEVO 125	MT
carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 37.5-150-200 mg	STALEVO 150	MT
carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 50-200-200 mg	STALEVO 200	MT
entacapone oral tablet 200 mg	COMTAN	
Agentes Para El Tratamiento De Parkinson		
carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 12.5-50-200 mg	STALEVO 50	MT
carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 18.75-75-200 mg	STALEVO 75	MT
carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 25-100-200 mg	STALEVO 100	MT
carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 31.25-125-200 mg	STALEVO 125	MT
carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 37.5-150-200 mg	STALEVO 150	MT
carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 50-200-200 mg	STALEVO 200	MT
Antagonistas De Dopamina		
APOKYN SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 30 MG/3ML		
bromocriptine mesylate oral capsule 5 mg	PARLODEL	MT
bromocriptine mesylate oral tablet 2.5 mg	PARLODEL	MT

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
NEUPRO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 1 MG/24HR, 2 MG/24HR, 3 MG/24HR, 4 MG/24HR, 6 MG/24HR, 8 MG/24HR		QL (30 EA per 30 days)
pramipexole dihydrochloride er oral tablet extended release 24 hour 0.375 mg, 0.75 mg, 1.5 mg, 2.25 mg, 3 mg, 3.75 mg, 4.5 mg	MIRAPEX ER	MT
pramipexole dihydrochloride oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg	MIRAPEX	MT
ropinirole hcl er oral tablet extended release 24 hour 12 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg	REQUIP XL	MT
ropinirole hcl er oral tablet extended release 24 hour 2 mg		MT
ropinirole hcl oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg		MT
Anticolinérgicos		
benztropine mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg		PA
trihexyphenidyl hcl oral solution 0.4 mg/ml		PA
trihexyphenidyl hcl oral tablet 2 mg, 5 mg		PA
Inhibidores De Monoamino Oxidasa B (Mao-B)		
rasagiline mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg	AZILECT	MT
selegiline hcl oral capsule 5 mg		MT
selegiline hcl oral tablet 5 mg		MT
Precursores De Dopamina /Inhibidores De Decarboxilasa E L-Amino Acido		

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
carbidopa-levodopa er oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg	SINEMET CR	MT
carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg	SINEMET	MT
carbidopa-levodopa oral tablet dispersible 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg		MT
Agentes Para La Enfermedad Inflamatoria Intestinal		
Aminosalicilatos		
APRISO ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.375 GM		MT
balsalazide disodium oral capsule 750 mg	COLAZAL	
CANASA RECTAL SUPPOSITORY 1000 MG		
DIPENTUM ORAL CAPSULE 250 MG		
mesalamine oral capsule delayed release 400 mg	DELZICOL	
mesalamine oral tablet delayed release 1.2 gm	LIALDA	
mesalamine oral tablet delayed release 800 mg	ASACOL HD	
mesalamine rectal enema 4 gm		
mesalamine rectal suppository 1000 mg	CANASA	
Glucocorticoides		
budesonide oral capsule delayed release particles 3 mg	ENTOCORT EC	
COLOCORT RECTAL ENEMA 100 MG/60ML		
cortisone acetate oral tablet 25 mg		
DEXAMETHASONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 1 MG/ML		

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
dexamethasone oral elixir 0.5 mg/5ml		
dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 4 mg, 6 mg	DECADRON	
dexamethasone oral tablet 1 mg, 1.5 mg, 2 mg		
hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	CORTEF	
hydrocortisone rectal enema 100 mg/60ml	COLOCORT	
methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg	MEDROL	
methylprednisolone oral tablet therapy pack 4 mg	MEDROL	
prednisolone acetate ophthalmic suspension 1 %	PRED FORTE	
prednisolone oral solution 15 mg/5ml		
prednisolone sodium phosphate oral solution 10 mg/5ml, 20 mg/5ml		
prednisolone sodium phosphate oral solution 6.7 (5 base) mg/5ml	PEDIAPRED	
PREDNISONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML		
prednisone oral solution 5 mg/5ml		
prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg		
PROCTOSOL HC RECTAL CREAM 2.5 %		
Sulfonamidas		
sulfasalazine oral tablet 500 mg	AZULFIDINE	MT
sulfasalazine oral tablet delayed release 500 mg	AZULFIDINE EN-TABS	MT
Agentes Parala Enfermedad Metabólica Del Hueso		

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
Agentes Parala Enfermedad Metabólica Del Hueso		
alendronate sodium oral tablet 10 mg, 5 mg		MT; QL (30 EA per 30 days)
alendronate sodium oral tablet 35 mg		MT; QL (4 EA per 28 days)
alendronate sodium oral tablet 40 mg		QL (30 EA per 30 days)
alendronate sodium oral tablet 70 mg	FOSAMAX	MT; QL (4 EA per 28 days)
calcitonin (salmon) nasal solution 200 unit/act	MIACALCIN	MT
calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg	ROCALTROL	MT
calcitriol oral solution 1 mcg/ml	ROCALTROL	PA; MT
cinacalcet hcl oral tablet 30 mg, 60 mg	SENSIPAR	PA; QL (60 EA per 30 days)
cinacalcet hcl oral tablet 90 mg	SENSIPAR	PA; QL (120 EA per 30 days)
etidronate disodium oral tablet 200 mg, 400 mg		
FORTEO SUBCUTANEOUS SOLUTION 600 MCG/2.4ML		PA; QL (2.4 ML per 28 days)
ibandronate sodium oral tablet 150 mg	BONIVA	MT; QL (1 EA per 28 days)
NATPARA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG		PA; QL (2 EA per 28 days)
paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg	ZEMPLAR	PA; MT
paricalcitol oral capsule 4 mcg		PA; MT
PROLIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 60 MG/ML		PA; QL (1 ML per 180 days)
risedronate sodium oral tablet 150 mg	ACTONEL	MT; QL (1 EA per 28 days)
risedronate sodium oral tablet 35 mg	ACTONEL	MT; QL (4 EA per 28 days)
risedronate sodium oral tablet delayed release 35 mg	ATELVIA	MT; QL (4 EA per 28 days)
TYMLOS SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 3120 MCG/1.56ML		PA; QL (1.56 ML per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7ML		PA; QL (2 ML per 28 days)
Agentes Pulmonares/ Tracto Respiratorio		
Agentes Del Tracto Respiratorios, Otros		
acetylcysteine inhalation solution 10 %, 20 %		PA
ANORO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5-25 MCG/INH		QL (60 EA per 30 days)
INCRUSE ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5 MCG/INH		QL (30 EA per 30 days)
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG		PA
STIOLTO RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 2.5-2.5 MCG/ACT		QL (4 GM per 30 days)
ZEMAIRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG		PA
Agentes Para Fibrosis Cística		
CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED 75 MG		PA
KALYDECO ORAL PACKET 25 MG, 50 MG, 75 MG		PA; QL (60 EA per 30 days)
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG		PA; QL (60 EA per 30 days)
ORKAMBI ORAL PACKET 100-125 MG, 150-188 MG		PA; QL (120 EA per 30 days)
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG		PA; QL (120 EA per 30 days)
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML		PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
Agentes Para Fibrosis Pulmonar		
ESBRIET ORAL CAPSULE 267 MG		PA; QL (270 EA per 30 days)
ESBRIET ORAL TABLET 267 MG		PA; QL (270 EA per 30 days)
ESBRIET ORAL TABLET 801 MG		PA; QL (90 EA per 30 days)
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG		PA; QL (60 EA per 30 days)
Agentes Pulmonares/ Tracto Respiratorio		
ADVAIR DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-50 MCG/DOSE, 250-50 MCG/DOSE, 500-50 MCG/DOSE		QL (60 EA per 30 days)
ADVAIR HFA INHALATION AEROSOL 115-21 MCG/ACT, 230-21 MCG/ACT, 45-21 MCG/ACT		QL (12 GM per 30 days)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 20-100 MCG/ACT		QL (8 GM per 30 days)
ESBRIET ORAL CAPSULE 267 MG		PA; QL (270 EA per 30 days)
ESBRIET ORAL TABLET 267 MG		PA; QL (270 EA per 30 days)
ESBRIET ORAL TABLET 801 MG		PA; QL (90 EA per 30 days)
ipratropium-albuterol inhalation solution 0.5-2.5 (3) mg/3ml		PA
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 100 MG/ML		PA; QL (3 ML per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML		PA; QL (3 ML per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG		PA; QL (3 EA per 28 days)
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG		PA; QL (60 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML		PA
SYMBICORT INHALATION AEROSOL 160-4.5 MCG/ACT, 80-4.5 MCG/ACT		QL (10.2 GM per 30 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML		PA; QL (6 ML per 28 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 75 MG/0.5ML		PA; QL (1 ML per 28 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG		PA; QL (6 EA per 28 days)
Antihipertensivos Pulmonares		
ADCIRCA ORAL TABLET 20 MG		PA; QL (60 EA per 30 days)
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG		PA; QL (90 EA per 30 days)
ALYQ ORAL TABLET 20 MG		PA; QL (60 EA per 30 days)
ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg	LETAIRIS	PA; QL (30 EA per 30 days)
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG		PA; QL (30 EA per 30 days)
REVATIO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 10 MG/ML		PA
sildenafil citrate oral tablet 20 mg	REVATIO	PA; MT; QL (90 EA per 30 days)
tadalafil (pah) oral tablet 20 mg	ADCIRCA	PA; QL (60 EA per 30 days)
VENTAVIS INHALATION SOLUTION 10 MCG/ML, 20 MCG/ML		PA; QL (270 ML per 30 days)
Antihistaminas		
azelastine hcl nasal solution 0.1 %		QL (30 ML per 25 days)
azelastine hcl nasal solution 0.15 %	ASTEPRO	QL (60 ML per 30 days)
cetirizine hcl oral solution 1 mg/ml		
cyproheptadine hcl oral syrup 2 mg/5ml		PA
cyproheptadine hcl oral tablet 4 mg		PA
desloratadine oral tablet 5 mg	CLARINEX	QL (30 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
levocetirizine dihydrochloride oral solution 2.5 mg/5ml	XYZAL ALLERGY 24HR	
levocetirizine dihydrochloride oral tablet 5 mg	XYZAL ALLERGY 24HR	QL (30 EA per 30 days)
olopatadine hcl nasal solution 0.6 %	PATANASE	
promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg		PA
Antiinflamatorios, Corticoesteroides Inhalados		
ADVAIR DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-50 MCG/DOSE, 250-50 MCG/DOSE, 500-50 MCG/DOSE		QL (60 EA per 30 days)
ADVAIR HFA INHALATION AEROSOL 115-21 MCG/ACT, 230-21 MCG/ACT, 45-21 MCG/ACT		QL (12 GM per 30 days)
ARNUITY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT, 50 MCG/ACT		QL (30 EA per 30 days)
budesonide inhalation suspension 0.25 mg/2ml, 0.5 mg/2ml, 1 mg/2ml	PULMICORT	PA
FLOVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/BLIST, 50 MCG/BLIST		QL (60 EA per 30 days)
FLOVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 250 MCG/BLIST		QL (240 EA per 30 days)
FLOVENT HFA INHALATION AEROSOL 110 MCG/ACT, 220 MCG/ACT		QL (24 GM per 30 days)
FLOVENT HFA INHALATION AEROSOL 44 MCG/ACT		QL (21 GM per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
flunisolide nasal solution 25 mcg/act (0.025%)		QL (50 ML per 25 days)
fluticasone propionate external lotion 0.05 %	BESER	
fluticasone propionate nasal suspension 50 mcg/act	CLARISPRAY	QL (16 GM per 30 days)
PULMICORT FLEXHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 180 MCG/ACT, 90 MCG/ACT		QL (2 EA per 30 days)
Antileucotrienos		
montelukast sodium oral packet 4 mg	SINGULAIR	MT; QL (30 EA per 30 days)
montelukast sodium oral tablet 10 mg	SINGULAIR	MT; QL (30 EA per 30 days)
montelukast sodium oral tablet chewable 4 mg, 5 mg	SINGULAIR	MT; QL (30 EA per 30 days)
zafirlukast oral tablet 10 mg	ACCOLATE	MT
zafirlukast oral tablet 20 mg	ACCOLATE	
Broncodilatadores, Anticolinérgicos		
ATROVENT HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION 17 MCG/ACT		QL (26 GM per 30 days)
INCRUSE ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5 MCG/INH		QL (30 EA per 30 days)
ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %		PA; MT
ipratropium bromide nasal solution 0.03 %		QL (30 ML per 30 days)
ipratropium bromide nasal solution 0.06 %		QL (15 ML per 30 days)
SPIRIVA HANDIHALER INHALATION CAPSULE 18 MCG		QL (30 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 1.25 MCG/ACT, 2.5 MCG/ACT		QL (4 GM per 30 days)
Broncodilatadores, Simpatomiméticos		
ADVAIR DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-50 MCG/DOSE, 250-50 MCG/DOSE, 500-50 MCG/DOSE		QL (60 EA per 30 days)
ADVAIR HFA INHALATION AEROSOL 115-21 MCG/ACT, 230-21 MCG/ACT, 45-21 MCG/ACT		QL (12 GM per 30 days)
albuterol sulfate er oral tablet extended release 12 hour 4 mg, 8 mg		
albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act, 108 (90 base) mcg/act (nda020503), 108 (90 base) mcg/act (nda020983)	VENTOLIN HFA	QL (36 GM per 30 days)
albuterol sulfate inhalation nebulization solution (2.5 mg/3ml) 0.083%, (5 mg/ml) 0.5%, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml		PA
albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5ml		
albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg		
BREO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-25 MCG/INH, 200-25 MCG/INH		QL (60 EA per 30 days)
epinephrine injection solution 0.3 mg/0.3ml		QL (6 EA per 30 days)
epinephrine injection solution auto-injector 0.15 mg/0.15ml, 0.3 mg/0.3ml	AUVI-Q	QL (6 EA per 30 days)
epinephrine injection solution auto-injector 0.15 mg/0.3ml	EPIPEN JR 2-PAK	QL (6 EA per 30 days)
fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 113-14 mcg/act	AIRDUO RESPICLICK 113/14	MT; QL (1 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 232-14 mcg/act	AIRDUO RESPICLICK 232/14	MT; QL (1 EA per 30 days)
fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 55-14 mcg/act	AIRDUO RESPICLICK 55/14	MT; QL (1 EA per 30 days)
levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 0.31 mg/3ml, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml	XOPENEX	PA
levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 1.25 mg/0.5ml	XOPENEX CONCENTRATE	PA
levalbuterol tartrate inhalation aerosol 45 mcg/act	XOPENEX HFA	QL (30 GM per 30 days)
PERFOROMIST INHALATION NEBULIZATION SOLUTION 20 MCG/2ML		PA
SEREVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50 MCG/DOSE		QL (60 EA per 30 days)
terbutaline sulfate oral tablet 2.5 mg, 5 mg		
VENTOLIN HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION 108 (90 BASE) MCG/ACT		QL (36 GM per 30 days)
Estabilizadores De Mastocitos		
cromolyn sodium inhalation nebulization solution 20 mg/2ml		PA; MT
cromolyn sodium oral concentrate 100 mg/5ml	GASTROCROM	
Inhibidores De Fósfodiesterasa, Enfermedad De Las Vías Respiratorias		
DALIRESP ORAL TABLET 250 MCG, 500 MCG		

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
THEO-24 ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG, 200 MG, 300 MG, 400 MG		MT
theophylline er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg	THEOCHRON	MT
theophylline er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 600 mg		MT
theophylline oral solution 80 mg/15ml		MT
Analgésicos		
Analgésicos Opioides, Corta Duración		
fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1200 mcg, 1600 mcg, 200 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg	ACTIQ	PA; QL (120 EA per 30 days)
fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr	DURAGESIC-100	PA; QL (10 EA per 30 days)
fentanyl transdermal patch 72 hour 12 mcg/hr	DURAGESIC-12	PA; QL (10 EA per 30 days)
fentanyl transdermal patch 72 hour 25 mcg/hr	DURAGESIC-25	PA; QL (10 EA per 30 days)
fentanyl transdermal patch 72 hour 50 mcg/hr	DURAGESIC-50	PA; QL (10 EA per 30 days)
fentanyl transdermal patch 72 hour 75 mcg/hr	DURAGESIC-75	PA; QL (10 EA per 30 days)
FENTORA BUCCAL TABLET 100 MCG, 200 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG		PA; QL (120 EA per 30 days)
hydromorphone hcl oral liquid 1 mg/ml	DILAUDID	
hydromorphone hcl oral tablet 2 mg, 4 mg	DILAUDID	QL (42 EA per 7 days)
hydromorphone hcl oral tablet 8 mg	DILAUDID	QL (21 EA per 7 days)
meperidine hcl injection solution 25 mg/ml	DEMEROL	PA; QL (1440 ML per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
meperidine hcl injection solution 50 mg/ml	DEMEROL	PA; QL (720 ML per 30 days)
morphine sulfate injection solution 10 mg/ml, 2 mg/ml, 4 mg/ml, 8 mg/ml		PA
oxycodone hcl oral capsule 5 mg		QL (42 EA per 7 days)
oxycodone hcl oral concentrate 100 mg/5ml		
oxycodone hcl oral solution 5 mg/5ml		QL (630 ML per 7 days)
oxycodone hcl oral tablet 10 mg, 20 mg		QL (42 EA per 7 days)
oxycodone hcl oral tablet 15 mg	ROXICODONE	QL (28 EA per 7 days)
oxycodone hcl oral tablet 30 mg	ROXICODONE	QL (14 EA per 7 days)
oxycodone hcl oral tablet 5 mg	ROXICODONE	QL (42 EA per 7 days)
tramadol hcl oral tablet 50 mg	ULTRAM	QL (56 EA per 7 days)
Analgésicos Opioides, Larga Duración		
buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg		
buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 8 mg		QL (60 EA per 30 days)
duramorph injection solution 0.5 mg/ml, 1 mg/ml		PA
fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1200 mcg, 1600 mcg, 200 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg	ACTIQ	PA; QL (120 EA per 30 days)
fentanyl citrate buccal tablet 100 mcg, 200 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg	FENTORA	PA; QL (120 EA per 30 days)
fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr	DURAGESIC-100	PA; QL (10 EA per 30 days)
fentanyl transdermal patch 72 hour 12 mcg/hr	DURAGESIC-12	PA; QL (10 EA per 30 days)
fentanyl transdermal patch 72 hour 25 mcg/hr	DURAGESIC-25	PA; QL (10 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
fentanyl transdermal patch 72 hour 50 mcg/hr	DURAGESIC-50	PA; QL (10 EA per 30 days)
fentanyl transdermal patch 72 hour 75 mcg/hr	DURAGESIC-75	PA; QL (10 EA per 30 days)
FENTORA BUCCAL TABLET 100 MCG, 200 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG		PA; QL (120 EA per 30 days)
hydromorphone hcl pf injection solution 10 mg/ml, 50 mg/5ml		PA
methadone hcl oral solution 10 mg/5ml, 5 mg/5ml		QL (450 ML per 30 days)
methadone hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	DOLOPHINE	QL (180 EA per 30 days)
morphine sulfate (concentrate) oral solution 100 mg/5ml		QL (42 ML per 7 days)
morphine sulfate er beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 30 mg, 45 mg, 60 mg, 75 mg, 90 mg		QL (14 EA per 7 days)
morphine sulfate er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 100 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg, 80 mg	KADIAN	QL (14 EA per 7 days)
morphine sulfate er oral tablet extended release 100 mg, 15 mg, 30 mg	MS CONTIN	QL (21 EA per 7 days)
morphine sulfate er oral tablet extended release 200 mg, 60 mg	MS CONTIN	QL (14 EA per 7 days)
morphine sulfate injection solution 5 mg/ml		PA
morphine sulfate oral solution 10 mg/5ml		QL (420 ML per 7 days)
morphine sulfate oral solution 20 mg/5ml		QL (210 ML per 7 days)
morphine sulfate oral tablet 15 mg		QL (42 EA per 7 days)
morphine sulfate oral tablet 30 mg		QL (28 EA per 7 days)
Analgésicos		
acetaminophen-codeine #3 oral tablet 300-30 mg	TYLENOL WITH CODEINE #3	QL (42 EA per 7 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5ml		QL (1167 ML per 7 days)
acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg		QL (42 EA per 7 days)
acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg	TYLENOL WITH CODEINE #4	QL (42 EA per 7 days)
ENDOCET ORAL TABLET 10-325 MG, 5-325 MG, 7.5-325 MG		QL (42 EA per 7 days)
hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15ml		QL (1260 ML per 7 days)
hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg	LORCET HD	QL (42 EA per 7 days)
hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg	LORCET	QL (42 EA per 7 days)
hydrocodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg	LORCET PLUS	QL (42 EA per 7 days)
hydrocodone-ibuprofen oral tablet 7.5-200 mg		QL (28 EA per 7 days)
LORCET HD ORAL TABLET 10-325 MG		QL (42 EA per 7 days)
LORCET ORAL TABLET 5-325 MG		QL (42 EA per 7 days)
LORCET PLUS ORAL TABLET 7.5-325 MG		QL (42 EA per 7 days)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg	ENDOCET	QL (42 EA per 7 days)
tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg	ULTRACET	QL (56 EA per 7 days)
Antiinflamatorios No-Esteroidales		
celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg	CELEBREX	PA; QL (60 EA per 30 days)
celecoxib oral capsule 400 mg	CELEBREX	PA; QL (30 EA per 30 days)
diclofenac epolamine transdermal patch 1.3 %	FLECTOR	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
Anestésicos		
Anestésicos Locales		
lidocaine external ointment 5 %		PA
lidocaine external patch 5 %	LIDODERM	PA; QL (90 EA per 30 days)
lidocaine hcl external solution 4 %		
lidocaine hcl urethral/mucosal external gel 2 %		PA
lidocaine viscous hcl mouth/throat solution 2 %		
lidocaine-prilocaine external cream 2.5-2.5 %		PA
Ansiolíticos		
Ansiolíticos, Otros		
buspirone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg		
doxepin hcl oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg		PA
doxepin hcl oral concentrate 10 mg/ml		PA
SILENOR ORAL TABLET 3 MG, 6 MG		QL (30 EA per 30 days)
Benzodiazepinas		
alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	XANAX	
clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	KLONOPIN	
clonazepam oral tablet dispersible 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg		
clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg		PA
clorazepate dipotassium oral tablet 7.5 mg	TRANXENE-T	PA
DIASTAT ACUDIAL RECTAL GEL 10 MG, 20 MG		
DIASTAT PEDIATRIC RECTAL GEL 2.5 MG		

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
DIAZEPAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML		PA
diazepam oral solution 5 mg/5ml		PA
diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg	VALIUM	PA
lorazepam oral concentrate 2 mg/ml	LORAZEPAM INTENSOL	
lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	ATIVAN	
Ssris/ Snris		
duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 20 mg, 30 mg, 60 mg	CYMBALTA	MT
duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 40 mg		MT
escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5ml		MT; QL (600 ML per 30 days)
escitalopram oxalate oral tablet 10 mg	LEXAPRO	MT; QL (60 EA per 30 days)
escitalopram oxalate oral tablet 20 mg	LEXAPRO	MT; QL (30 EA per 30 days)
escitalopram oxalate oral tablet 5 mg	LEXAPRO	MT; QL (120 EA per 30 days)
paroxetine hcl er oral tablet extended release 24 hour 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg	PAXIL CR	PA; MT
paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	PAXIL	PA; MT
PAXIL ORAL SUSPENSION 10 MG/5ML		ST
sertraline hcl oral concentrate 20 mg/ml		MT
sertraline hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	ZOLOFT	MT
venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 150 mg	EFFEXOR XR	MT; QL (60 EA per 30 days)
venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 37.5 mg, 75 mg	EFFEXOR XR	MT; QL (30 EA per 30 days)
venlafaxine hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg		MT
Antibacteriales		

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
Aminoglicósidos		
amikacin sulfate injection solution 500 mg/2ml		
GENTAK OPHTHALMIC OINTMENT 0.3 %		
gentamicin in saline intravenous solution 0.8-0.9 mg/ml-%, 1-0.9 mg/ml-%, 1.2-0.9 mg/ml-%, 1.6-0.9 mg/ml-%		
gentamicin sulfate external cream 0.1 %		
gentamicin sulfate external ointment 0.1 %		
gentamicin sulfate injection solution 40 mg/ml		
gentamicin sulfate ophthalmic solution 0.3 %		
neomycin sulfate oral tablet 500 mg		
paromomycin sulfate oral capsule 250 mg		
streptomycin sulfate intramuscular solution reconstituted 1 gm		
TOBRADEX OPHTHALMIC OINTMENT 0.3-0.1 %		
tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/5ml	KITABIS PAK	PA; QL (280 ML per 28 days)
tobramycin ophthalmic solution 0.3 %	TOBREX	
tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml, 80 mg/2ml		PA
TOBREX OPHTHALMIC OINTMENT 0.3 %		
Antibacteriales, Otros		
acetic acid otic solution 2 %		
bacitracin ophthalmic ointment 500 unit/gm		

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg	CLEOCIN	
clindamycin palmitate hcl oral solution reconstituted 75 mg/5ml	CLEOCIN	
clindamycin phosphate external gel 1 %	CLEOCIN-T	
clindamycin phosphate external lotion 1 %	CLEOCIN-T	
clindamycin phosphate external solution 1 %		
clindamycin phosphate external swab 1 %	CLINDACIN ETZ	
clindamycin phosphate in d5w intravenous solution 300 mg/50ml, 600 mg/50ml, 900 mg/50ml		
clindamycin phosphate injection solution 300 mg/2ml, 900 mg/6ml	CLEOCIN PHOSPHATE	
clindamycin phosphate vaginal cream 2 %	CLEOCIN	
colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted 150 mg	COLY-MYCIN M	PA
daptomycin intravenous solution reconstituted 350 mg		PA
daptomycin intravenous solution reconstituted 500 mg	CUBICIN	PA
global alcohol prep ease pad 70 %	ALCOH-GLOVE CONTOURED WIPE	MT
linezolid intravenous solution 600 mg/300ml	ZYVOX	PA
linezolid oral suspension reconstituted 100 mg/5ml	ZYVOX	PA
linezolid oral tablet 600 mg	ZYVOX	PA
methenamine hippurate oral tablet 1 gm	HIPREX	
metronidazole external cream 0.75 %	METROCREAM	
metronidazole external gel 0.75 %	ROSADAN	
metronidazole external gel 1 %	METROGEL	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
metronidazole external lotion 0.75 %	METROLOTION	
metronidazole in nacl intravenous solution 500-0.79 mg/100ml-%		
metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg	FLAGYL	
metronidazole vaginal gel 0.75 %		
mupirocin calcium external cream 2 %		
mupirocin external ointment 2 %	CENTANY	
nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg	MACRODANTIN	PA
nitrofurantoin monohyd macro oral capsule 100 mg	MACROBID	PA
polymyxin b sulfate injection solution reconstituted 500000 unit		PA
SIVEXTRO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 200 MG		PA; QL (6 EA per 15 days)
SIVEXTRO ORAL TABLET 200 MG		PA; QL (6 EA per 15 days)
SULFAMYLON EXTERNAL CREAM 85 MG/GM		
tigecycline intravenous solution reconstituted 50 mg	TYGACIL	PA
trimethoprim oral tablet 100 mg		
vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 250 mg, 500 mg, 750 mg		PA
vancomycin hcl oral capsule 125 mg	VANCOCIN HCL	
vancomycin hcl oral capsule 250 mg	VANCOCIN	
vandazole vaginal gel 0.75 %		
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG, 550 MG		PA
Antibacteriales		
colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted 150 mg	COLY-MYCIN M	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
ceftazidime injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 6 gm	TAZICEF	
ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 250 mg, 500 mg		PA
ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted 10 gm		PA
cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg		
cefuroxime sodium injection solution reconstituted 7.5 gm, 750 mg		PA
cefuroxime sodium intravenous solution reconstituted 1.5 gm		PA
cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg	KEFLEX	
cephalexin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml		
SUPRAX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 500 MG/5ML		
SUPRAX ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG, 200 MG		
TEFLARO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 MG, 600 MG		PA
Betalactámico, Otros		
aztreonam injection solution reconstituted 1 gm	AZACTAM	
CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED 75 MG		PA
ertapenem sodium injection solution reconstituted 1 gm	INVANZ	PA
imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 250 mg		PA
imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 500 mg	PRIMAXIN IV	PA
meropenem intravenous solution reconstituted 1 gm, 500 mg	MERREM	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
Betalactámico, Penicilinas		
amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg		
amoxicillin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 200 mg/5ml, 250 mg/5ml, 400 mg/5ml		
amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg		
amoxicillin oral tablet chewable 125 mg, 250 mg		
amoxicillin-pot clavulanate er oral tablet extended release 12 hour 1000-62.5 mg		
amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 200-28.5 mg/5ml, 400-57 mg/5ml		
amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 250-62.5 mg/5ml	AUGMENTIN	
amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 600-42.9 mg/5ml	AUGMENTIN ES-600	
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 875-125 mg		
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 500-125 mg	AUGMENTIN	
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg		
ampicillin oral capsule 500 mg		
ampicillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 125 mg		PA
ampicillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm		PA
ampicillin-sulbactam sodium injection solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 3 (2-1) gm	UNASYN	PA
ampicillin-sulbactam sodium intravenous solution reconstituted 15 (10-5) gm	UNASYN	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1200000 UNIT/2ML, 2400000 UNIT/4ML, 600000 UNIT/ML		
dicloxacillin sodium oral capsule 250 mg, 500 mg		
nafcillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm		PA
nafcillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm		PA
oxacillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 10 gm		
penicillin g pot in dextrose intravenous solution 40000 unit/ml, 60000 unit/ml		
penicillin g potassium injection solution reconstituted 20000000 unit	PFIZERPEN	
penicillin g procaine intramuscular suspension 600000 unit/ml		
penicillin g sodium injection solution reconstituted 5000000 unit		
penicillin v potassium oral solution reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml		
penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg		
piperacillin sod-tazobactam so intravenous solution reconstituted 2.25 (2-0.25) gm, 3.375 (3-0.375) gm, 4.5 (4-0.5) gm	ZOSYN	
Macrólidos		
AZASITE OPHTHALMIC SOLUTION 1 %		
azithromycin intravenous solution reconstituted 500 mg	ZITHROMAX	
azithromycin oral packet 1 gm	ZITHROMAX	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
azithromycin oral suspension reconstituted 100 mg/5ml	ZITHROMAX	QL (75 ML per 30 days)
azithromycin oral suspension reconstituted 200 mg/5ml	ZITHROMAX	QL (68 ML per 30 days)
azithromycin oral tablet 250 mg	ZITHROMAX	QL (8 EA per 15 days)
azithromycin oral tablet 250 mg (6 pack)	ZITHROMAX	QL (6 EA per 15 days)
azithromycin oral tablet 500 mg	ZITHROMAX	QL (4 EA per 15 days)
azithromycin oral tablet 500 mg (3 pack)	ZITHROMAX	QL (3 EA per 15 days)
azithromycin oral tablet 600 mg	ZITHROMAX	
clarithromycin er oral tablet extended release 24 hour 500 mg		
clarithromycin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml		
clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg		
DIFICID ORAL TABLET 200 MG		ST
E.E.S. 400 ORAL TABLET 400 MG		
ery external pad 2 %		
ERY-TAB ORAL TABLET DELAYED RELEASE 250 MG, 333 MG, 500 MG		
ERYTHROCIN LACTOBIONATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 500 MG		PA
ERYTHROCIN STEARATE ORAL TABLET 250 MG		
erythromycin base oral capsule delayed release particles 250 mg		
erythromycin base oral tablet 250 mg, 500 mg		
erythromycin base oral tablet delayed release 250 mg, 333 mg, 500 mg	ERY-TAB	
erythromycin ethylsuccinate oral tablet 400 mg	E.E.S. 400	
erythromycin external gel 2 %	ERYGEL	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
erythromycin external solution 2 %		
erythromycin ophthalmic ointment 5 mg/gm		
Quinolonas		
CETRAXAL OTIC SOLUTION 0.2 %		
CILOXAN OPHTHALMIC OINTMENT 0.3 %		
ciprofloxacin hcl ophthalmic solution 0.3 %	CILOXAN	
ciprofloxacin hcl oral tablet 100 mg, 750 mg		
ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg	CIPRO	
ciprofloxacin hcl otic solution 0.2 %	CETRAXAL	
ciprofloxacin in d5w intravenous solution 200 mg/100ml		
ciprofloxacin intravenous solution 400 mg/40ml		
ciprofloxacin oral suspension reconstituted 250 mg/5ml (5%), 500 mg/5ml (10%)	CIPRO	
gatifloxacin ophthalmic solution 0.5 %	ZYMAXID	
levofloxacin in d5w intravenous solution 500 mg/100ml, 750 mg/150ml		
levofloxacin intravenous solution 25 mg/ml		
levofloxacin oral solution 25 mg/ml		
levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg	LEVAQUIN	
MOXEZA OPHTHALMIC SOLUTION 0.5 %		
moxifloxacin hcl ophthalmic solution 0.5 %	VIGAMOX	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
moxifloxacin hcl oral tablet 400 mg		
ofloxacin ophthalmic solution 0.3 %	OCUFLOX	
ofloxacin otic solution 0.3 %	FLOXIN OTIC	
Sulfonamidas		
silver sulfadiazine external cream 1 %		
ssd external cream 1 %		
sulfacetamide sodium ophthalmic ointment 10 %		
sulfacetamide sodium ophthalmic solution 10 %	BLEPH-10	
sulfadiazine oral tablet 500 mg		
sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5ml	SULFATRIM PEDIATRIC	
sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg	BACTRIM	
sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 800-160 mg	BACTRIM DS	
Tetraciclinas		
DOXY 100 INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG		
doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg	MORGIDOX	
doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg		
doxycycline hyclate oral tablet 150 mg, 75 mg	ACTICLATE	
doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg		
minocycline hcl oral capsule 100 mg, 50 mg	MINOCIN	
minocycline hcl oral capsule 75 mg		

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
tetracycline hcl oral capsule 250 mg, 500 mg		
Anticonvulsivos		
Agentes De Aumento De Ácido Gamma-Aminobutírico (Gaba)		
clobazam oral suspension 2.5 mg/ml	ONFI	
clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg	ONFI	
clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	KLONOPIN	
clonazepam oral tablet dispersible 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg		
clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg		PA
clorazepate dipotassium oral tablet 7.5 mg	TRANXENE-T	PA
DIASTAT ACUDIAL RECTAL GEL 10 MG, 20 MG		
DIASTAT PEDIATRIC RECTAL GEL 2.5 MG		
DIAZEPAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML		PA
diazepam oral solution 5 mg/5ml		PA
diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg	VALIUM	PA
divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 500 mg	DEPAKOTE ER	MT
divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle 125 mg	DEPAKOTE SPRINKLES	MT
divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg, 500 mg	DEPAKOTE	MT
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML		PA; LA; QL (600 ML per 30 days)
gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg, 400 mg	NEURONTIN	MT
gabapentin oral solution 250 mg/5ml	NEURONTIN	MT

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
gabapentin oral tablet 600 mg, 800 mg	NEURONTIN	MT
lamotrigine oral tablet dispersible 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	LAMICTAL ODT	MT
lorazepam oral concentrate 2 mg/ml	LORAZEPAM INTENSOL	
lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	ATIVAN	
phenobarbital oral elixir 20 mg/5ml		PA
phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg		PA
primidone oral tablet 250 mg, 50 mg	MYSOLINE	MT
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG, 5 MG		QL (60 EA per 30 days)
tiagabine hcl oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg	GABITRIL	MT
valproic acid oral capsule 250 mg		MT
valproic acid oral solution 250 mg/5ml		MT
vigabatrin oral packet 500 mg	VIGADRONE	PA
vigabatrin oral tablet 500 mg	SABRIL	PA
VIGADRONE ORAL PACKET 500 MG		PA
Agentes De Canales De Sodio		
APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG, 800 MG		PA; QL (30 EA per 30 days)
APTIOM ORAL TABLET 600 MG		PA; QL (60 EA per 30 days)
BANZEL ORAL SUSPENSION 40 MG/ML		PA
BANZEL ORAL TABLET 200 MG, 400 MG		PA
carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 400 mg	TEGRETOL-XR	MT
carbamazepine oral suspension 100 mg/5ml	TEGRETOL	MT
carbamazepine oral tablet 200 mg		MT

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
carbamazepine oral tablet chewable 100 mg		MT
DILANTIN INFATABS ORAL TABLET CHEWABLE 50 MG		MT
DILANTIN ORAL CAPSULE 100 MG		MT
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG		MT
DILANTIN ORAL SUSPENSION 125 MG/5ML		MT
epitol oral tablet 200 mg		MT
oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5ml	TRILEPTAL	MT
oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg	TRILEPTAL	MT
PEGANONE ORAL TABLET 250 MG		MT
PHENYTEK ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG		MT
phenytoin oral suspension 125 mg/5ml	DILANTIN	MT
phenytoin oral tablet chewable 50 mg	DILANTIN INFATABS	MT
phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg	DILANTIN	MT
phenytoin sodium extended oral capsule 200 mg, 300 mg		MT
TEGRETOL ORAL SUSPENSION 100 MG/5ML		MT
TEGRETOL ORAL TABLET 200 MG		MT
TEGRETOL-XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 100 MG, 200 MG, 400 MG		MT
VIMPAT ORAL SOLUTION 10 MG/ML		QL (1200 ML per 30 days)
VIMPAT ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG		QL (60 EA per 30 days)
VIMPAT ORAL TABLET 50 MG		MT; QL (60 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
Agentes Modificadores De Canales De Calcio		
CELONTIN ORAL CAPSULE 300 MG		MT
ethosuximide oral capsule 250 mg	ZARONTIN	MT
ethosuximide oral solution 250 mg/5ml	ZARONTIN	MT
LYRICA CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 165 MG, 330 MG, 82.5 MG		
pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 225 mg, 25 mg, 300 mg, 50 mg, 75 mg	LYRICA	MT
pregabalin oral solution 20 mg/ml	LYRICA	MT
zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg	ZONEGRAN	MT
zonisamide oral capsule 50 mg		MT
Agentes Reductores De Glutamato		
felbamate oral suspension 600 mg/5ml	FELBATOL	
felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg	FELBATOL	MT
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML		PA
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG		PA
lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg	LAMICTAL XR	MT
lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg	LAMICTAL	MT
lamotrigine oral tablet chewable 25 mg, 5 mg	LAMICTAL	MT
lamotrigine starter kit-blue oral kit 35 x 25 mg	LAMICTAL STARTER	MT
lamotrigine starter kit-green oral kit 84 x 25 mg & 14x100 mg	LAMICTAL STARTER	MT

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
lamotrigine starter kit-orange oral kit 42 x 25 mg & 7 x 100 mg	LAMICTAL STARTER	MT
topiramate er oral capsule er 24 hour sprinkle 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	QUDEXY XR	MT
topiramate oral capsule sprinkle 15 mg, 25 mg	TOPAMAX SPRINKLE	MT
topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	TOPAMAX	MT
Anticonvulsivos, Otros		
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML		PA; QL (600 ML per 30 days)
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG		PA; QL (60 EA per 30 days)
DIASTAT ACUDIAL RECTAL GEL 10 MG, 20 MG		
DIASTAT PEDIATRIC RECTAL GEL 2.5 MG		
DIAZEPAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML		PA
diazepam oral solution 5 mg/5ml		PA
diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg	VALIUM	PA
levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 500 mg, 750 mg	KEPPRA XR	MT
levetiracetam oral solution 100 mg/ml	KEPPRA	MT
levetiracetam oral tablet 1000 mg, 500 mg, 750 mg	KEPPRA	MT
levetiracetam oral tablet 250 mg	KEPPRA	MT
roweepra oral tablet 1000 mg, 500 mg		MT
roweepra oral tablet 750 mg		MT
roweepra xr oral tablet extended release 24 hour 500 mg, 750 mg		MT

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 1000 MG, 250 MG, 500 MG, 750 MG		
Antidepresivos		
Antidepresivos, Otros		
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 400 MG		PA; QL (1 EA per 28 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 300 MG, 400 MG		PA; QL (1 EA per 28 days)
aripiprazole oral solution 1 mg/ml		
aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg	ABILIFY	
aripiprazole oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg		
bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 150 mg, 200 mg	WELLBUTRIN SR	MT
bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 300 mg	WELLBUTRIN XL	MT
bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 450 mg	FORFIVO XL	MT
bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg		MT
maprotiline hcl oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg		
mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg	REMERON	MT
mirtazapine oral tablet 45 mg, 7.5 mg		MT
mirtazapine oral tablet dispersible 15 mg, 30 mg, 45 mg	REMERON SOLTAB	MT
nefazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg		MT

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg		PA
quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg	SEROQUEL XR	PA; MT; QL (30 EA per 30 days)
quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 400 mg, 50 mg	SEROQUEL XR	PA; MT; QL (60 EA per 30 days)
quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg	SEROQUEL	MT
quetiapine fumarate oral tablet 25 mg, 50 mg	SEROQUEL	PA; MT
trazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg, 50 mg		MT
Antidepresivos		
fluoxetine hcl oral tablet 60 mg		MT
olanzapine-fluoxetine hcl oral capsule 12-25 mg		MT
olanzapine-fluoxetine hcl oral capsule 12-50 mg, 3-25 mg, 6-25 mg, 6-50 mg	SYMBYAX	MT
perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg		PA
Inhibidores De Monoamino Oxidasa		
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24HR, 6 MG/24HR, 9 MG/24HR		QL (30 EA per 30 days)
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG		MT
phenelzine sulfate oral tablet 15 mg	NARDIL	MT
tranylcypromine sulfate oral tablet 10 mg	PARNATE	MT
Ssris/ Snris		

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
citalopram hydrobromide oral solution 10 mg/5ml		MT
citalopram hydrobromide oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	CELEXA	MT
desvenlafaxine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 50 mg	KHEDEZLA	MT
desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 25 mg, 50 mg	PRISTIQ	MT; QL (30 EA per 30 days)
duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 20 mg, 30 mg, 60 mg	CYMBALTA	MT
duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 40 mg		MT
escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5ml		MT; QL (600 ML per 30 days)
escitalopram oxalate oral tablet 10 mg	LEXAPRO	MT; QL (60 EA per 30 days)
escitalopram oxalate oral tablet 20 mg	LEXAPRO	MT; QL (30 EA per 30 days)
escitalopram oxalate oral tablet 5 mg	LEXAPRO	MT; QL (120 EA per 30 days)
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG		ST; QL (30 EA per 30 days)
FETZIMA TITRATION ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 20 & 40 MG		ST; QL (56 EA per 365 days)
fluoxetine hcl oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg	PROZAC	MT
fluoxetine hcl oral capsule delayed release 90 mg		MT; QL (4 EA per 28 days)
fluoxetine hcl oral solution 20 mg/5ml		MT
fluoxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg		MT
fluvoxamine maleate er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 150 mg		MT
fluvoxamine maleate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg		MT

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
paroxetine hcl er oral tablet extended release 24 hour 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg	PAXIL CR	PA; MT
paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	PAXIL	PA; MT
PAXIL ORAL SUSPENSION 10 MG/5ML		ST
sertraline hcl oral concentrate 20 mg/ml		MT
sertraline hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	ZOLOFT	MT
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG		ST; QL (60 EA per 30 days)
venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 150 mg	EFFEXOR XR	MT; QL (60 EA per 30 days)
venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 37.5 mg, 75 mg	EFFEXOR XR	MT; QL (30 EA per 30 days)
venlafaxine hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg		MT
VIIBRYD ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG		ST; QL (30 EA per 30 days)
VIIBRYD STARTER PACK ORAL KIT 10 & 20 MG		ST; QL (30 EA per 30 days)
Tricíclicos		
amitriptyline hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg		PA
amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg		PA; MT
clomipramine hcl oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg	ANAFRANIL	PA
desipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg	NORPRAMIN	PA; MT
desipramine hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg		PA; MT
doxepin hcl oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg		PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
doxepin hcl oral concentrate 10 mg/ml		PA
imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg	TOFRANIL	PA
imipramine pamoate oral capsule 100 mg, 125 mg, 150 mg, 75 mg		PA
nortriptyline hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	PAMELOR	PA; MT
nortriptyline hcl oral solution 10 mg/5ml		PA; MT
protriptyline hcl oral tablet 10 mg, 5 mg		PA; MT
SILENOR ORAL TABLET 3 MG, 6 MG		QL (30 EA per 30 days)
trimipramine maleate oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg		PA
Antieméticos		
Antieméticos, Otros		
chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg		
meclizine hcl oral tablet 12.5 mg		PA
meclizine hcl oral tablet 25 mg		PA
metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5ml		
metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	REGLAN	
perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg		
PHENADOZ RECTAL SUPPOSITORY 12.5 MG		PA
prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg		MT
prochlorperazine rectal suppository 25 mg	COMPRO	
promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg		PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
scopolamine transdermal patch 72 hour 1 mg/3days	TRANSDERM SCOP (1.5 MG)	PA; QL (10 EA per 30 days)
Terapia Adyuvante Emetogénica		
aprepitant oral capsule 125 mg	EMEND	PA; MT; QL (2 EA per 30 days)
aprepitant oral capsule 40 mg	EMEND	PA; QL (1 EA per 30 days)
aprepitant oral capsule 80 & 125 mg	EMEND TRI-PACK	PA; QL (3 EA per 3 days)
aprepitant oral capsule 80 mg	EMEND	PA; QL (2 EA per 2 days)
dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	MARINOL	PA; QL (60 EA per 30 days)
EMEND ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 125 MG		PA; QL (2 EA per 30 days)
granisetron hcl oral tablet 1 mg		PA; QL (60 EA per 30 days)
ondansetron hcl oral solution 4 mg/5ml		PA; QL (450 ML per 10 days)
ondansetron hcl oral tablet 24 mg		PA; QL (18 EA per 30 days)
ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg	ZOFRAN	PA; QL (45 EA per 30 days)
ondansetron oral tablet dispersible 4 mg, 8 mg		PA; QL (45 EA per 30 days)
Antifungales		
Antifungales		
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML		PA
AMBISOME INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MG		PA
amphotericin b intravenous solution reconstituted 50 mg		PA
caspofungin acetate intravenous solution reconstituted 50 mg, 70 mg	CANCIDAS	PA
ciclopirox external gel 0.77 %		
ciclopirox external shampoo 1 %	LOPROX	
ciclopirox external solution 8 %	CICLODAN	
ciclopirox olamine external cream 0.77 %	LOPROX	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
ciclopirox olamine external suspension 0.77 %	LOPROX	
clotrimazole external cream 1 %		
clotrimazole external solution 1 %	FUNGICURE INTENSIVE/NAILGUARD	
clotrimazole mouth/throat lozenge 10 mg		
econazole nitrate external cream 1 %		
fluconazole in sodium chloride intravenous solution 200-0.9 mg/100ml-%, 400-0.9 mg/200ml-%		PA
fluconazole oral suspension reconstituted 10 mg/ml, 40 mg/ml	DIFLUCAN	
fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg	DIFLUCAN	
flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg	ANCOBON	
griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5ml		
griseofulvin microsize oral tablet 500 mg		
griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg		
itraconazole oral capsule 100 mg	SPORANOX	QL (120 EA per 30 days)
ketoconazole external cream 2 %		
ketoconazole external shampoo 2 %	NIZORAL	
ketoconazole oral tablet 200 mg		
MYCAMINE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG, 50 MG		PA
NATACYN OPHTHALMIC SUSPENSION 5 %		
NOXAFIL ORAL SUSPENSION 40 MG/ML		
NOXAFIL ORAL TABLET DELAYED RELEASE 100 MG		

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
NYAMYC EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM		
nystatin external cream 100000 unit/gm		
nystatin external ointment 100000 unit/gm		
nystatin external powder 100000 unit/gm	NYAMYC	
nystatin mouth/throat suspension 100000 unit/ml		
nystatin oral tablet 500000 unit		
NYSTOP EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM		
terbinafine hcl oral tablet 250 mg	LAMISIL	QL (90 EA per 365 days)
terconazole vaginal cream 0.4 %	TERAZOL 7	
terconazole vaginal cream 0.8 %		
terconazole vaginal suppository 80 mg		
voriconazole intravenous solution reconstituted 200 mg	VFEND IV	
voriconazole oral suspension reconstituted 40 mg/ml	VFEND	
voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg	VFEND	
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG		PA
Antimicobacteriales		
Antimicobacteriales, Otros		
dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg		
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG		
rifabutin oral capsule 150 mg	MYCOBUTIN	
Antituberculares		
ethambutol hcl oral tablet 100 mg, 400 mg	MYAMBUTOL	
isoniazid oral syrup 50 mg/5ml		
isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg		
PASER ORAL PACKET 4 GM		
pyrazinamide oral tablet 500 mg		

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
rifampin intravenous solution reconstituted 600 mg	RIFADIN	
rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg	RIFADIN	
RIFATER ORAL TABLET 50-120-300 MG		
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG		PA
TRECATOR ORAL TABLET 250 MG		
Antineoplásicos		
Agentes Alquilantes		
cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg		PA
HEXALEN ORAL CAPSULE 50 MG		PA
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG		
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG		PA
VALCHLOR EXTERNAL GEL 0.016 %		PA
Agentes Antiangiogénicos		
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG		PA
REVLIMID ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 25 MG, 5 MG		PA
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG		PA
Antiandrógenos		
abiraterone acetate oral tablet 250 mg	ZYTIGA	PA; QL (120 EA per 30 days)
bicalutamide oral tablet 50 mg	CASODEX	
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG		PA; QL (120 EA per 30 days)
flutamide oral capsule 125 mg		
nilutamide oral tablet 150 mg	NILANDRON	
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG		PA; QL (120 EA per 30 days)
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG		PA; QL (120 EA per 30 days)
YONSA ORAL TABLET 125 MG		PA; QL (120 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
ZYTIGA ORAL TABLET 500 MG		PA; QL (60 EA per 30 days)
Antimetabolitos		
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG		
hydroxyurea oral capsule 500 mg	HYDREA	
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG, 20-8.19 MG		
PURIXAN ORAL SUSPENSION 2000 MG/100ML		
TABLOID ORAL TABLET 40 MG		
Antineoplásicos, Otros		
leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg		
REVLIMID ORAL CAPSULE 2.5 MG, 20 MG		PA
SYLATRON SUBCUTANEOUS KIT 200 MCG, 300 MCG, 600 MCG		PA
SYNRIBO SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3.5 MG		PA
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG		PA; LA; QL (20 EA per 28 days)
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG		PA; LA; QL (12 EA per 28 days)
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG		PA; LA; QL (16 EA per 28 days)
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG		PA; LA; QL (32 EA per 28 days)
Antineoplásicos		

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG, 100 MG, 40 MG		
LYNPARZA ORAL CAPSULE 50 MG		PA
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG		PA
MESNEX ORAL TABLET 400 MG		
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG		PA; QL (3 EA per 28 days)
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG		PA; QL (120 EA per 30 days)
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.25 MG		PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
TALZENNA ORAL CAPSULE 1 MG		PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 50 MG		PA
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 50 & 100 MG		PA
ZEJULA ORAL CAPSULE 100 MG		PA; QL (90 EA per 30 days)
Inhibidores Aromatasa, Tercera Generación		
anastrozole oral tablet 1 mg	ARIMIDEX	MT
exemestane oral tablet 25 mg	AROMASIN	MT
letrozole oral tablet 2.5 mg	FEMARA	MT
Inhibidores De Enzimas		
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG		PA; LA; QL (56 EA per 28 days)
FARYDAK ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 20 MG		PA; QL (6 EA per 21 days)
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG		PA; QL (21 EA per 28 days)
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG		PA; QL (30 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
KISQALI (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG		PA; QL (21 EA per 28 days)
KISQALI (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG		PA; QL (42 EA per 28 days)
KISQALI (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG		PA; QL (63 EA per 28 days)
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG		PA; QL (70 EA per 28 days)
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG		PA; QL (91 EA per 28 days)
KISQALI FEMARA(200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG		PA; QL (49 EA per 28 days)
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG		PA; QL (28 EA per 28 days)
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 50 MG		PA; QL (56 EA per 28 days)
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 2 X 150 MG		PA; QL (56 EA per 28 days)
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG		PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG		PA; QL (60 EA per 30 days)
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG		PA; LA
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML		PA; LA
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG		PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG		PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG		PA; QL (60 EA per 30 days)
Inhibidores Objetivo Molecular		
AFINITOR ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG, 7.5 MG		PA
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG		PA; QL (240 EA per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG		PA; QL (30 EA per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG		PA; QL (180 EA per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET THERAPY PACK 90 & 180 MG		PA; QL (30 EA per 30 days)
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG, 4 MG, 5 MG		PA; LA
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG, 400 MG, 500 MG		PA; QL (30 EA per 30 days)
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 50 MG		PA; LA; QL (270 EA per 30 days)
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG		PA; LA; QL (180 EA per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG		PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 40 MG, 60 MG		PA; QL (30 EA per 30 days)
CALQUENCE ORAL CAPSULE 100 MG		PA; QL (60 EA per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG		LA
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG		
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 1 X 80 & 1 X 20 MG		PA
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 1 X 80 & 3 X 20 MG		PA
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 20 MG		PA
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG		PA; QL (63 EA per 28 days)
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG		PA; LA; QL (28 EA per 28 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG		PA; LA; QL (56 EA per 28 days)
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG		PA
erlotinib hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg	TARCEVA	PA
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG		PA
ICLUSIG ORAL TABLET 15 MG		PA; QL (60 EA per 30 days)
ICLUSIG ORAL TABLET 45 MG		PA; QL (30 EA per 30 days)
imatinib mesylate oral tablet 100 mg, 400 mg	GLEEVEC	PA
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG, 70 MG		PA
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG, 560 MG		PA
INLYTA ORAL TABLET 1 MG, 5 MG		PA
IRESSA ORAL TABLET 250 MG		PA
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG		PA
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG		PA; QL (30 EA per 30 days)
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 3 X 4 MG		PA; QL (90 EA per 30 days)
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 & 4 MG		PA; QL (60 EA per 30 days)
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG & 2 X 4 MG		PA; QL (90 EA per 30 days)
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG		PA; QL (60 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG & 4 MG		PA; QL (90 EA per 30 days)
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 4 MG		PA; QL (90 EA per 30 days)
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 4 MG		PA; QL (60 EA per 30 days)
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG		PA; QL (30 EA per 30 days)
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG		PA; QL (90 EA per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG, 2 MG		PA
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG		PA; LA; QL (180 EA per 30 days)
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG		PA; QL (180 EA per 30 days)
NEXAVAR ORAL TABLET 200 MG		PA
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG		PA; QL (30 EA per 30 days)
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG		PA; QL (60 EA per 30 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG		PA; QL (30 EA per 30 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG		PA; QL (90 EA per 30 days)
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG		PA; QL (240 EA per 30 days)
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 20 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG		PA
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG		PA; QL (120 EA per 30 days)
SUTENT ORAL CAPSULE 12.5 MG, 25 MG, 37.5 MG, 50 MG		PA
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG		PA
TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG		PA; QL (30 EA per 30 days)
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG, 50 MG		PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
TURALIO ORAL CAPSULE 200 MG		PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
TYKERB ORAL TABLET 250 MG		PA
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG		PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
VOTRIENT ORAL TABLET 200 MG		PA
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG		PA
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG		PA
ZYKADIA ORAL CAPSULE 150 MG		PA
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG		PA
Modificadores / Antiestrógenos		
EMCYT ORAL CAPSULE 140 MG		
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 10 MG/5ML		PA
tamoxifen citrate oral tablet 10 mg, 20 mg		MT
toremifene citrate oral tablet 60 mg	FARESTON	
Retinoides		
AVITA EXTERNAL CREAM 0.025 %		PA
AVITA EXTERNAL GEL 0.025 %		PA
bexarotene oral capsule 75 mg	TARGRETIN	PA
PANRETIN EXTERNAL GEL 0.1 %		PA
TARGRETIN EXTERNAL GEL 1 %		PA
tretinoin external cream 0.025 %		PA
tretinoin external cream 0.05 %, 0.1 %	RETIN-A	PA
tretinoin external gel 0.01 %	RETIN-A	PA
tretinoin external gel 0.025 %		PA
tretinoin oral capsule 10 mg		
Treatment Adjuncts		
leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg		

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
Antiparasíticos		
Antihelminticos		
albendazole oral tablet 200 mg	ALBENZA	
ALBENZA ORAL TABLET 200 MG		
ivermectin oral tablet 3 mg	STROMECTOL	
praziquantel oral tablet 600 mg	BILTRICIDE	
Antiprotozoales		
ALINIA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 100 MG/5ML		
ALINIA ORAL TABLET 500 MG		
atovaquone oral suspension 750 mg/5ml	MEPRON	PA
atovaquone-proguanil hcl oral tablet 250-100 mg, 62.5-25 mg	MALARONE	
benznidazole oral tablet 100 mg, 12.5 mg		
chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg		
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG		QL (24 EA per 30 days)
hydroxychloroquine sulfate oral tablet 200 mg	PLAQUENIL	
mefloquine hcl oral tablet 250 mg		
NEBUPENT INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED 300 MG		PA
PENTAM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 300 MG		PA
primaquine phosphate oral tablet 26.3 mg		
quinine sulfate oral capsule 324 mg	QUALAQUIN	
Pediculicidas / Scabicides		
EURAX EXTERNAL CREAM 10 %		
EURAX EXTERNAL LOTION 10 %		
lindane external shampoo 1 %		
malathion external lotion 0.5 %	OVIDE	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
permethrin external cream 5 %	ELIMITE	
Antisicóticos		
Primera Generación, Típicos		
chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg		
fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml		
fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml		
fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml		
fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5ml		
fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg		MT
haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml 1 ml, 50 mg/ml	HALDOL DECANOATE	
haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml, 5 mg/ml(1 ml prefilled syringe)	HALDOL	
haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml		MT
haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg		MT
loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg		MT
molindone hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg		MT
perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg		
pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg		
prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg		MT
thioridazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg		PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg		PA; MT
trifluoperazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg		MT
Resistente A Tratamiento		
clozapine oral tablet 100 mg, 25 mg	CLOZARIL	
clozapine oral tablet 200 mg, 50 mg		
clozapine oral tablet dispersible 100 mg, 12.5 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg	FAZACLO	
versacloz oral suspension 50 mg/ml		
Segunda Generación, Atípicos		
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 400 MG		PA; QL (1 EA per 28 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 300 MG, 400 MG		PA; QL (1 EA per 28 days)
aripiprazole oral solution 1 mg/ml		
aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg	ABILIFY	
aripiprazole oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg		
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 675 MG/2.4ML		PA; QL (2.4 ML per 28 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 1064 MG/3.9ML		PA; QL (4 ML per 56 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 441 MG/1.6ML		PA; QL (2 ML per 28 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 662 MG/2.4ML		PA; QL (2.4 ML per 28 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 882 MG/3.2ML		PA; QL (3 ML per 28 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG		PA
FANAPT TITRATION PACK ORAL TABLET 1 & 2 & 4 & 6 MG		PA
GEODON INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED 20 MG		PA; QL (6 EA per 3 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 117 MG/0.75ML, 156 MG/ML, 39 MG/0.25ML, 78 MG/0.5ML		PA; QL (1 ML per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 234 MG/1.5ML		PA; QL (2 ML per 28 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 273 MG/0.875ML, 410 MG/1.315ML		PA; MT; QL (1 ML per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 546 MG/1.75ML		PA; MT; QL (2 ML per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 819 MG/2.625ML		PA; MT; QL (3 ML per 90 days)
LATUDA ORAL TABLET 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG		PA
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG		PA; QL (30 EA per 30 days)
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG		PA; QL (30 EA per 30 days)
NUPLAZID ORAL TABLET 17 MG		PA; QL (60 EA per 30 days)
olanzapine intramuscular solution reconstituted 10 mg	ZYPREXA	
olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg	ZYPREXA	MT
olanzapine oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg	ZYPREXA ZYDIS	MT

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 1.5 mg, 3 mg, 6 mg, 9 mg	INVEGA	
PERSERIS SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 120 MG, 90 MG		PA; QL (1 EA per 28 days)
quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg	SEROQUEL XR	PA; MT; QL (30 EA per 30 days)
quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 400 mg, 50 mg	SEROQUEL XR	PA; MT; QL (60 EA per 30 days)
quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg	SEROQUEL	MT
quetiapine fumarate oral tablet 25 mg, 50 mg	SEROQUEL	PA; MT
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG		PA; QL (30 EA per 30 days)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 12.5 MG, 25 MG, 37.5 MG, 50 MG		PA; QL (2 EA per 28 days)
risperidone oral solution 1 mg/ml	RISPERDAL	
risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg	RISPERDAL	MT
risperidone oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg		MT
SAPHRIS SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 10 MG, 2.5 MG, 5 MG		PA
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG		PA; QL (30 EA per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE THERAPY PACK 1.5 & 3 MG		PA; QL (14 EA per 365 days)
ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg	GEODON	
Antivirales		

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
Agentes Anti-Citomegalovirus (Cmv)		
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG		PA; QL (30 EA per 30 days)
valganciclovir hcl oral solution reconstituted 50 mg/ml	VALCYTE	
valganciclovir hcl oral tablet 450 mg	VALCYTE	
ZIRGAN OPHTHALMIC GEL 0.15 %		
Agentes Anti-Hepatitis B (Hbv)		
adefovir dipivoxil oral tablet 10 mg	HEPSERA	PA
BARACLUDE ORAL SOLUTION 0.05 MG/ML		PA
entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg	BARACLUDE	PA
EPIVIR HBV ORAL SOLUTION 5 MG/ML		
INTRON A INJECTION SOLUTION 10000000 UNIT/ML, 6000000 UNIT/ML		PA
INTRON A INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10000000 UNIT		PA
lamivudine oral solution 10 mg/ml	EPIVIR	
lamivudine oral tablet 100 mg	EPIVIR HBV	
lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg	EPIVIR	
REBETOL ORAL SOLUTION 40 MG/ML		PA
ribasphere oral capsule 200 mg		PA
ribasphere oral tablet 200 mg		PA
ribasphere oral tablet 400 mg, 600 mg		PA
ribavirin oral capsule 200 mg		PA
ribavirin oral tablet 200 mg		PA
tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg	VIREAD	
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG		PA; QL (28 EA per 28 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/GM		
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG		
Agentes Anti-Hepatitis C (Hcv), Acción Directa		
EPCLUSA ORAL TABLET 400-100 MG		PA; QL (84 EA per 365 days)
HARVONI ORAL TABLET 90-400 MG		PA; QL (168 EA per 365 days)
MAVYRET ORAL TABLET 100-40 MG		PA; QL (336 EA per 365 days)
SOVALDI ORAL TABLET 400 MG		PA; QL (28 EA per 28 days)
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG		PA; QL (84 EA per 365 days)
Agentes Anti-Hepatitis C (Hcv), Otros		
DAKLINZA ORAL TABLET 30 MG, 60 MG, 90 MG		PA; QL (28 EA per 28 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 400-100 MG		PA; QL (84 EA per 365 days)
HARVONI ORAL TABLET 90-400 MG		PA; QL (168 EA per 365 days)
INTRON A INJECTION SOLUTION 6000000 UNIT/ML		PA
INTRON A INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10000000 UNIT, 18000000 UNIT, 50000000 UNIT		PA
MODERIBA ORAL TABLET 200 MG		PA
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/0.5ML, 180 MCG/ML		PA
ribavirin oral capsule 200 mg		PA
ribavirin oral tablet 200 mg		PA
SOVALDI ORAL TABLET 400 MG		PA; QL (28 EA per 28 days)
SYLATRON SUBCUTANEOUS KIT 200 MCG, 300 MCG, 600 MCG		PA
Agentes Anti-Herpéticos		

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
acyclovir external ointment 5 %	ZOVIRAX	
acyclovir oral capsule 200 mg	ZOVIRAX	
acyclovir oral suspension 200 mg/5ml	ZOVIRAX	
acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg	ZOVIRAX	
acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml		PA
famciclovir oral tablet 125 mg, 500 mg		QL (21 EA per 30 days)
famciclovir oral tablet 250 mg		QL (60 EA per 30 days)
trifluridine ophthalmic solution 1 %		
valacyclovir hcl oral tablet 1 gm, 500 mg	VALTREX	QL (30 EA per 30 days)
Agentes Anti-Hiv, Inhibidores De Integrasa (Insti)		
BIKTARVY ORAL TABLET 50-200-25 MG		
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG		
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG		
ISENTRESS ORAL PACKET 100 MG		
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG		
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG, 25 MG		
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG		
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG		
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG, 25 MG, 50 MG		
Agentes Anti-Hiv, Inhibidores De Proteasa		
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG		

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
APTIVUS ORAL SOLUTION 100 MG/ML		
atazanavir sulfate oral capsule 150 mg, 200 mg, 300 mg	REYATAZ	
CRIXIVAN ORAL CAPSULE 200 MG, 400 MG		
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG		
fosamprenavir calcium oral tablet 700 mg	LEXIVA	
INVIRASE ORAL CAPSULE 200 MG		
INVIRASE ORAL TABLET 500 MG		
KALETRA ORAL TABLET 100-25 MG, 200-50 MG		
LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML		
lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5ml	KALETRA	
NORVIR ORAL CAPSULE 100 MG		
NORVIR ORAL PACKET 100 MG		
NORVIR ORAL SOLUTION 80 MG/ML		
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG		
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML		
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG, 600 MG, 75 MG, 800 MG		
REYATAZ ORAL PACKET 50 MG		
ritonavir oral tablet 100 mg	NORVIR	
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG		
Agentes Anti-Hiv, Inhibidores No-Nucleósidos De La Trascriptasa Reversa (Nnrti)		

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
didanosine oral capsule delayed release 200 mg, 250 mg	VIDEX EC	
didanosine oral capsule delayed release 400 mg		
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG		
EMTRIVA ORAL CAPSULE 200 MG		
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML		
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG		
lamivudine oral solution 10 mg/ml	EPIVIR	
lamivudine oral tablet 100 mg	EPIVIR HBV	
lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg	EPIVIR	
lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg	COMBIVIR	
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG		
stavudine oral capsule 15 mg, 20 mg		
stavudine oral capsule 30 mg, 40 mg	ZERIT	
SYMFI LO ORAL TABLET 400-300-300 MG		
SYMFI ORAL TABLET 600-300-300 MG		
tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg	VIREAD	
TRUVADA ORAL TABLET 100-150 MG, 133-200 MG, 167-250 MG, 200-300 MG		
VIDEX EC ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 125 MG		
VIDEX ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 2 GM		
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/GM		

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG		
ZERIT ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 1 MG/ML		
zidovudine oral capsule 100 mg	RETROVIR	
zidovudine oral syrup 50 mg/5ml	RETROVIR	
zidovudine oral tablet 300 mg		
Agentes Anti-Hiv, Otros		
FUZEON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 90 MG		
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML		
SELZENTRY ORAL TABLET 150 MG, 25 MG, 300 MG, 75 MG		
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG		
TYBOST ORAL TABLET 150 MG		
Agentes Anti-Influenza		
amantadine hcl oral capsule 100 mg		
amantadine hcl oral syrup 50 mg/5ml		MT
amantadine hcl oral tablet 100 mg		
oseltamivir phosphate oral capsule 30 mg	TAMIFLU	QL (168 EA per 365 days)
oseltamivir phosphate oral capsule 45 mg, 75 mg	TAMIFLU	QL (84 EA per 365 days)
oseltamivir phosphate oral suspension reconstituted 6 mg/ml	TAMIFLU	QL (1080 ML per 365 days)
RELENZA DISKHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 5 MG/BLISTER		QL (120 EA per 365 days)
rimantadine hcl oral tablet 100 mg	FLUMADINE	
TAMIFLU ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 6 MG/ML		QL (1080 ML per 365 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
Desórden Genético O Enzimático: Reemplazo, Modificadores, Tratamiento		
Desórden Genético O Enzimático: Reemplazo, Modificadores, Tratamiento		
CERDELGA ORAL CAPSULE 84 MG		
CREON ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 12000 UNIT, 24000-76000 UNIT, 3000-9500 UNIT, 36000 UNIT, 6000 UNIT		MT
CYSTADANE ORAL POWDER		
CYSTAGON ORAL CAPSULE 150 MG, 50 MG		
KUVAN ORAL PACKET 100 MG, 500 MG		PA
KUVAN ORAL TABLET SOLUBLE 100 MG		PA
miglustat oral capsule 100 mg	ZAVESCA	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
ORFADIN ORAL CAPSULE 10 MG, 2 MG, 5 MG		PA
ORFADIN ORAL CAPSULE 20 MG		PA
ORFADIN ORAL SUSPENSION 4 MG/ML		PA
RAVICTI ORAL LIQUID 1.1 GM/ML		PA
sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg	BUPHENYL	PA
SUCRAID ORAL SOLUTION 8500 UNIT/ML		
XURIDEN ORAL PACKET 2 GM		PA; QL (120 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
ZENPEP ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 10000-32000 UNIT, 15000-47000 UNIT, 20000-63000 UNIT, 25000-79000 UNIT, 3000-14000 UNIT, 40000-126000 UNIT, 5000-24000 UNIT		MT
Electrólitos / Minerales/ Vitaminas		
Electrólitos / Minerales/ Vitaminas		
AMINOSYN II INTRAVENOUS SOLUTION 10 %		PA
AMINOSYN II INTRAVENOUS SOLUTION 8.5 %		PA
AMINOSYN II/ELECTROLYTES INTRAVENOUS SOLUTION 8.5 %		PA
AMINOSYN/ELECTROLYTES INTRAVENOUS SOLUTION 7 %, 8.5 %		PA
AMINOSYN-HBC INTRAVENOUS SOLUTION 7 %		PA
AMINOSYN-PF INTRAVENOUS SOLUTION 10 %		PA
AMINOSYN-PF INTRAVENOUS SOLUTION 7 %		PA
AMINOSYN-RF INTRAVENOUS SOLUTION 5.2 %		PA
CLINIMIX/DEXTROSE (2.75/5) INTRAVENOUS SOLUTION 2.75 %		PA
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %		PA
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/20) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %		PA
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/25) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %		PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %		PA
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %		PA
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %		PA
CLINIMIX/DEXTROSE (5/25) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %		PA
dextrose intravenous solution 10 %, 5 %		
dextrose-nacl intravenous solution 10-0.2 %, 10-0.45 %, 2.5-0.45 %, 5-0.2 %, 5-0.225 %, 5-0.33 %, 5-0.45 %, 5-0.9 %		
HEPATAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 8 %		PA
intralipid intravenous emulsion 20 %		PA
intralipid intravenous emulsion 30 %		PA
IONOSOL-MB IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION		
ISOLYTE-P IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION		
kcl in dextrose-nacl intravenous solution 10-5-0.45 meq/l-%-%, 20-5-0.2 meq/l-%-%, 20-5-0.33 meq/l-%-%, 20-5-0.45 meq/l-%-%, 20-5-0.9 meq/l-%-%, 30-5-0.45 meq/l-%-%, 40-5-0.45 meq/l-%-%, 40-5-0.9 meq/l-%-%		
levocarnitine oral solution 1 gm/10ml	CARNITOR	PA; MT
levocarnitine oral tablet 330 mg	CARNITOR	MT
NEPHRAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 5.4 %		PA
NORMOSOL-M IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION		
NORMOSOL-R IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION		

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
nutrilipid intravenous emulsion 20 %		PA
potassium chloride in dextrose intravenous solution 20-5 meq/l-%, 40-5 meq/l-%		
PREMASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %		PA
PREMASOL INTRAVENOUS SOLUTION 6 %		PA
prenatal oral tablet 27-1 mg		MT
PROCALAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 3 %		PA
PROSOL INTRAVENOUS SOLUTION 20 %		PA
TPN ELECTROLYTES INTRAVENOUS SOLUTION		PA
TRAVASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %		PA
TROPHAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 10 %		PA
Electrólitos / Modificadores De Minerales		
CHEMET ORAL CAPSULE 100 MG		
deferasirox oral tablet soluble 125 mg, 250 mg, 500 mg	EXJADE	PA
DEPEN TITRATABS ORAL TABLET 250 MG		
FERRIPROX ORAL SOLUTION 100 MG/ML		PA
FERRIPROX ORAL TABLET 1000 MG, 500 MG		PA
FREAMINE HBC INTRAVENOUS SOLUTION 6.9 %		PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
KIONEX ORAL SUSPENSION 15 GM/60ML		
klor-con oral packet 20 meq		MT
sodium polystyrene sulfonate oral powder		
SPS ORAL SUSPENSION 15 GM/60ML		
trientine hcl oral capsule 250 mg	SYPRINE	
Electrólitos / Reemplazo De Minerales		
CARBAGLU ORAL TABLET 200 MG		PA
ISOLYTE-S INTRAVENOUS SOLUTION		
klor-con 10 oral tablet extended release 10 meq		MT
klor-con m10 oral tablet extended release 10 meq		MT
klor-con m15 oral tablet extended release 15 meq		MT
klor-con m20 oral tablet extended release 20 meq		MT
klor-con oral tablet extended release 8 meq		MT
klor-con sprinkle oral capsule extended release 10 meq, 8 meq		MT
magnesium sulfate injection solution 50 %		
NORMOSOL-R PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION		
PLASMA-LYTE 148 INTRAVENOUS SOLUTION		
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS SOLUTION		
potassium chloride crys er oral tablet extended release 10 meq		MT

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
potassium chloride crys er oral tablet extended release 20 meq		MT
potassium chloride er oral capsule extended release 10 meq, 8 meq		MT
potassium chloride er oral tablet extended release 10 meq		MT
potassium chloride er oral tablet extended release 20 meq	K-TAB	MT
potassium chloride er oral tablet extended release 8 meq		MT
potassium chloride in nacl intravenous solution 20-0.45 meq/l-%, 20-0.9 meq/l-%, 40-0.9 meq/l-%		
potassium chloride intravenous solution 10 meq/100ml, 2 meq/ml, 20 meq/100ml		
potassium chloride oral packet 20 meq		MT
potassium chloride oral solution 20 meq/15ml (10%), 40 meq/15ml (20%)		MT
sodium chloride intravenous solution 0.45 %, 0.9 %, 3 %, 5 %		
sodium chloride irrigation solution 0.9 %	ARGYLE STERILE SALINE	
sodium fluoride oral tablet 2.2 (1 f) mg		MT
SUPREP BOWEL PREP KIT ORAL SOLUTION 17.5-3.13-1.6 GM/177ML		
Vitaminas		
klor-con 10 oral tablet extended release 10 meq		MT
klor-con m10 oral tablet extended release 10 meq		MT
klor-con m15 oral tablet extended release 15 meq		MT
klor-con m20 oral tablet extended release 20 meq		MT

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
klor-con oral tablet extended release 8 meq		MT
klor-con sprinkle oral capsule extended release 8 meq		MT
Listado Platino		
Listado Platino		
aqueous vitamin d oral liquid 400 unit/ml	BPROTECTED PEDIA D-VITE	ED
butalbital-acetaminophen-caffeine oral cap 50-325-40 mg		
butalbital-acetaminophen-caffeine oral tablet 50-325-40 mg		
butalbital-acetaminophen-caffeine solution 50-325-40 mg/15 ml		
CALCIFEROL ORAL SOLUTION 8000 UNIT/ML		ED
cvs slow release iron oral tablet extended release 143 (45 fe) mg		ED
cyanocobalamin injection solution 1000 mcg/ml		ED
d 1000 oral capsule 25 mcg (1000 ut)	PRONUTRIENTS VITAMIN D3	ED
d 10000 oral capsule 250 mcg (10000 ut)	DECARA	ED
d 2000 oral tablet 50 mcg (2000 ut)	THERA-D 2000	ED
d 400 oral tablet 10 mcg (400 unit)		ED
d 5000 oral capsule 125 mcg (5000 ut)	DIALYVITE VITAMIN D 5000	ED
d2000 ultra strength oral capsule 50 mcg (2000 ut)		ED
D3 DOTS ORAL TABLET DISPERSIBLE 50 MCG (2000 UT)		ED
DECARA ORAL CAPSULE 625 MCG (25000 UT)		ED
ergocalciferol oral capsule 1.25 mg (50000 ut)	DRISDOL	ED

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
FEOSOL ORAL TABLET 200 (65 FE) MG		ED
fer-iron oral solution 75 (15 fe) mg/ml	BPROTECTED PEDIA IRON	ED
ferrous sulfate cr oral tablet extended release 160 (50 fe) mg		ED
ferrous sulfate oral elixir 220 (44 fe) mg/5ml		ED
ferrous sulfate oral tablet 27 mg		ED
ferrous sulfate oral tablet 325 (65 fe) mg	FEROSUL	ED
ferrous sulfate oral tablet delayed release 324 (65 fe) mg		ED
folic acid injection solution 5 mg/ml		ED
folic acid oral tablet 1 mg, 400 mcg		ED
INFED INJECTION SOLUTION 50 MG/ML		ED
iron oral tablet 28 mg		ED
k 100 oral tablet 100 mcg		ED
MAXIMUM D3 ORAL CAPSULE 10000 UNIT		ED
MAXIMUM D3 ORAL CAPSULE 325 MCG (13000 UT)		ED
MEPHYTON ORAL TABLET 5 MG		ED
metipranolol ophthalmic solution 0.3 %		ED
phytonadione injection solution 1 mg/0.5ml		ED
ra slow release iron oral tablet extended release 47.5 mg		ED
slow release iron oral tablet extended release 140 (45 fe) mg		ED
sm slow release iron oral tablet extended release 143 (45 fe) mg		ED
sm vitamin d3 oral capsule 100 mcg (4000 ut)		ED

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
THERA-D 4000 ORAL TABLET 100 MCG (4000 UT)		ED
VITAMELTS VITAMIN D ORAL TABLET DISPERSIBLE 25 MCG (1000 UT)		ED
vitamin d (cholecalciferol) oral capsule 10 mcg (400 unit)		ED
vitamin d2 oral tablet 50 mcg (2000 ut)		ED
vitamin d3 oral capsule 1.25 mg (50000 ut)	D3-50	ED
vitamin d3 oral liquid 1200 unit/15ml		ED
vitamin d3 oral tablet 1.25 mg (50000 ut)	DIALYVITE VITAMIN D3 MAX	ED
vitamin d3 oral tablet 75 mcg (3000 ut)		ED
vitamin k1 injection solution 10 mg/ml		ED
WELLESSE VITAMIN D3 ORAL LIQUID 1000 UNIT/10ML		ED
Productos Sanguíneos / Modificadores / Expansores De Volumen		
Agentes Hemostáticos		
tranexamic acid oral tablet 650 mg	LYSTEDA	
Agentes Modificadores De Plaquetas		
aspirin-dipyridamole er oral capsule extended release 12 hour 25-200 mg	AGGRENOX	MT
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG		MT
cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg		MT
clopidogrel bisulfate oral tablet 75 mg	PLAVIX	MT
prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	EFFIENT	MT
ZONTIVITY ORAL TABLET 2.08 MG		

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
Anticoagulantes		
COUMADIN ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 2 MG, 2.5 MG, 3 MG, 4 MG, 5 MG, 6 MG, 7.5 MG		MT
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG, 5 MG		MT
ELIQUIS STARTER PACK ORAL TABLET 5 MG		MT
enoxaparin sodium subcutaneous solution 100 mg/ml	LOVENOX	QL (30 ML per 30 days)
enoxaparin sodium subcutaneous solution 120 mg/0.8ml, 80 mg/0.8ml	LOVENOX	QL (24 ML per 30 days)
enoxaparin sodium subcutaneous solution 150 mg/ml	LOVENOX	MT; QL (30 ML per 30 days)
enoxaparin sodium subcutaneous solution 30 mg/0.3ml	LOVENOX	QL (9 ML per 30 days)
enoxaparin sodium subcutaneous solution 40 mg/0.4ml	LOVENOX	QL (12 ML per 30 days)
enoxaparin sodium subcutaneous solution 60 mg/0.6ml	LOVENOX	QL (18 ML per 30 days)
fondaparinux sodium subcutaneous solution 10 mg/0.8ml	ARIXTRA	PA; QL (24 ML per 30 days)
fondaparinux sodium subcutaneous solution 2.5 mg/0.5ml	ARIXTRA	PA; QL (15 ML per 30 days)
fondaparinux sodium subcutaneous solution 5 mg/0.4ml	ARIXTRA	PA; QL (12 ML per 30 days)
fondaparinux sodium subcutaneous solution 7.5 mg/0.6ml	ARIXTRA	PA; QL (18 ML per 30 days)
heparin sodium (porcine) injection solution 1000 unit/ml, 10000 unit/ml, 20000 unit/ml, 5000 unit/ml		PA
jantoven oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg		MT
PRADAXA ORAL CAPSULE 110 MG, 150 MG, 75 MG		MT

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
warfarin sodium oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg	COUMADIN	MT
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 20 MG		MT
XARELTO STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 15 & 20 MG		
Modificadores De La Formación De Sangre		
anagrelide hcl oral capsule 0.5 mg	AGRYLIN	
anagrelide hcl oral capsule 1 mg		
GRANIX SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6ML		PA
GRANIX SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MCG/0.5ML, 480 MCG/0.8ML		PA
LEUKINE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 250 MCG		
NEUPOGEN INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML		PA; QL (16 ML per 30 days)
NEUPOGEN INJECTION SOLUTION 480 MCG/1.6ML		PA; QL (26 ML per 30 days)
NEUPOGEN INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MCG/0.5ML		PA; QL (5 ML per 30 days)
NEUPOGEN INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 480 MCG/0.8ML		PA; QL (8 ML per 30 days)
PROCRIT INJECTION SOLUTION 10000 UNIT/ML, 2000 UNIT/ML, 20000 UNIT/ML, 3000 UNIT/ML, 4000 UNIT/ML, 40000 UNIT/ML		PA
PROMACTA ORAL PACKET 12.5 MG		PA; QL (360 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG		PA; QL (360 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 25 MG		PA; QL (180 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 50 MG		PA; QL (90 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 75 MG		PA; QL (60 EA per 30 days)
Reguladores De Glucosa En Sangre		
Agentes Antidiabéticos		
acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	PRECOSE	MT; QL (90 EA per 30 days)
BYDUREON BCISE SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 2 MG/0.85ML		MT; QL (3.4 ML per 28 days)
BYDUREON SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR 2 MG		MT; QL (4 EA per 28 days)
BYDUREON SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED ER 2 MG		MT; QL (4 EA per 28 days)
BYETTA 10 MCG PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 10 MCG/0.04ML		MT; QL (2.4 ML per 30 days)
BYETTA 5 MCG PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 5 MCG/0.02ML		MT; QL (1.2 ML per 30 days)
colesevelam hcl oral packet 3.75 gm	WELCHOL	MT
colesevelam hcl oral tablet 625 mg	WELCHOL	MT
glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg	AMARYL	MT; QL (60 EA per 30 days)
glipizide er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	GLUCOTROL XL	MT; QL (60 EA per 30 days)
glipizide oral tablet 10 mg, 5 mg	GLUCOTROL	MT; QL (120 EA per 30 days)
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG		ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
INVOKAMET ORAL TABLET 150-1000 MG, 150-500 MG, 50-1000 MG		ST; MT; QL (60 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
INVOKAMET ORAL TABLET 50-500 MG		ST; MT; QL (120 EA per 30 days)
INVOKAMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 150-1000 MG, 150-500 MG, 50-1000 MG, 50-500 MG		ST; MT; QL (60 EA per 30 days)
INVOKANA ORAL TABLET 100 MG		ST; MT; QL (90 EA per 30 days)
INVOKANA ORAL TABLET 300 MG		ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG		ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG		ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG		ST; MT; QL (60 EA per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG		ST; MT; QL (60 EA per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG		ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 500 mg	GLUCOPHAGE XR	MT; QL (120 EA per 30 days)
metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 750 mg	GLUCOPHAGE XR	MT; QL (60 EA per 30 days)
metformin hcl oral tablet 1000 mg	GLUCOPHAGE	MT; QL (60 EA per 30 days)
metformin hcl oral tablet 500 mg, 850 mg	GLUCOPHAGE	MT; QL (90 EA per 30 days)
miglitol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	GLYSET	MT; QL (90 EA per 30 days)
nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg	STARLIX	MT; QL (90 EA per 30 days)
ONGLYZA ORAL TABLET 2.5 MG, 5 MG		ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2 MG/1.5ML		MT; QL (6 ML per 28 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
OZEMPIC (1 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2 MG/1.5ML		MT; QL (6 ML per 28 days)
pioglitazone hcl oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg	ACTOS	MT; QL (30 EA per 30 days)
repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg		MT; QL (120 EA per 30 days)
repaglinide oral tablet 2 mg		MT; QL (240 EA per 30 days)
SYMLINPEN 120 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2700 MCG/2.7ML		PA; QL (11 ML per 30 days)
SYMLINPEN 60 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 1500 MCG/1.5ML		PA; QL (6 ML per 30 days)
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1000 MG, 12.5-500 MG, 5-1000 MG, 5-500 MG		ST; MT; QL (60 EA per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 12.5-1000 MG, 5-1000 MG		ST; MT; QL (60 EA per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25-1000 MG		ST; QL (30 EA per 30 days)
tolazamide oral tablet 250 mg		MT; QL (120 EA per 30 days)
tolazamide oral tablet 500 mg		MT; QL (60 EA per 30 days)
tolbutamide oral tablet 500 mg		MT; QL (180 EA per 30 days)
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG		ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
VICTOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 18 MG/3ML		MT; QL (9 ML per 30 days)
Agentes Glicémicos		
GLUCAGEN HYPOKIT INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 1 MG		
GLUCAGON EMERGENCY INJECTION KIT 1 MG		

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
KORLYM ORAL TABLET 300 MG		PA; QL (120 EA per 30 days)
PROGLYCEM ORAL SUSPENSION 50 MG/ML		
Insulinas		
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 1 ML		MT
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML		MT
gauze sterile pad 2"x2"	BAND-AID GAUZE SMALL	MT
EXEL COMFORT POINT PEN NEEDLE 29G X 12MM		MT
HUMALOG KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML		MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMALOG KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 200 UNIT/ML		MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (50-50) 100 UNIT/ML		MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMALOG MIX 50/50 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (50-50) 100 UNIT/ML		MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (75-25) 100 UNIT/ML		MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMALOG MIX 75/25 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (75-25) 100 UNIT/ML		MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMALOG SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML		MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMULIN 70/30 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML		MT; QL (30 ML per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
HUMULIN 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML		MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMULIN N KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML		MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMULIN N SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML		MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMULIN R INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML		MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML		PA; QL (30 ML per 30 days)
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 500 UNIT/ML		PA; QL (30 ML per 30 days)
LANTUS SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML		MT; QL (30 ML per 30 days)
LANTUS SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML		MT; QL (30 ML per 30 days)
LEVEMIR FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML		MT; QL (30 ML per 30 days)
LEVEMIR SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML		MT; QL (30 ML per 30 days)
preferred plus insulin syringe 28g x 1/2" 0.5 ml	BD INSULIN SYRINGE MICROFINE	MT
RELI-ON INSULIN SYRINGE 29G 0.3 ML		MT
TOUJEO MAX SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML		MT; QL (30 ML per 30 days)
TOUJEO SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML		MT; QL (30 ML per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
Reguladores De Glucosa En Sangre		
glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg		MT; QL (120 EA per 30 days)
JANUMET ORAL TABLET 50-1000 MG, 50-500 MG		ST; MT; QL (60 EA per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100-1000 MG		ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 50-1000 MG, 50-500 MG		ST; MT; QL (60 EA per 30 days)
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG		ST; MT; QL (60 EA per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG		ST; MT; QL (60 EA per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG		ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
KOMBIGLYZE XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG		ST; MT; QL (60 EA per 30 days)
KOMBIGLYZE XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG, 5-500 MG		ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
pioglitazone hcl-glimepiride oral tablet 30-2 mg, 30-4 mg	DUETACT	MT; QL (30 EA per 30 days)
pioglitazone hcl-metformin hcl oral tablet 15-500 mg, 15-850 mg	ACTOPLUS MET	MT; QL (90 EA per 30 days)
repaglinide-metformin hcl oral tablet 1-500 mg, 2-500 mg		MT; QL (150 EA per 30 days)
Relajantes Musculo Esqueletales		
Relajantes Musculo Esqueletales		

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Nombre de Medicamento	Marca de Referencia	Requisitos/Límites
cyclobenzaprine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg		PA
cyclobenzaprine hcl oral tablet 7.5 mg	FEXMID	PA
tizanidine hcl oral capsule 2 mg, 4 mg, 6 mg	ZANAFLEX	
tizanidine hcl oral tablet 2 mg		
tizanidine hcl oral tablet 4 mg	ZANAFLEX	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.
ED- Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando usted compra una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar por este medicamento.

Indice

A

abacavir sulfate....127
abacavir sulfate-lamivudine .127
abacavir-lamivudine-zidovudine 127
ABELCET....107
ABILIFY MAINTENA 102, 120
abiraterone acetate....110
acamprosate calcium 65
acarbose....141
acebutolol hcl 15
acetaminophen-codeine....83
acetaminophen-codeine #3....82
acetazolamide....25, 59
acetazolamide er....25
acetic acid....87
acetylcysteine 73
acitretin....30
ACTHIB 56
ACTIMMUNE 52
acyclovir....125
acyclovir sodium 125
ADACEL....56
adapalene....30
ADCIRCA....75
adefovir dipivoxil 123
ADEMPAS....75
ADVAIR DISKUS....74, 76, 78
ADVAIR HFA 74, 76, 78
AFEDITAB CR 16
AFINITOR 53, 114
AFINITOR DISPERZ....53
ala-cort....38
albendazole....118
ALBENZA 118
albuterol sulfate....78
albuterol sulfate er....78
albuterol sulfate hfa....78
alclometasone dipropionate....38
ALECENSA 114
alendronate sodium 72
alfuzosin hcl er 36
ALINIA 118
allopurinol 9
alosetron hcl 33
ALPHAGAN P....59
alprazolam 85
ALREX....60
ALTAVERA 42
ALUNBRIG 114
ALYQ....75
amantadine hcl....67, 129
AMBISOME 107
ambrisentan 75
amikacin sulfate....87
amiloride hcl....25
amiloride-hydrochlorothiazide19
AMINOSYN II....131
AMINOSYN II/ELECTROLYTES....131
AMINOSYN/ELECTROLYTES....131
AMINOSYN-HBC....131
AMINOSYN-PF....131
AMINOSYN-RF 131
amiodarone hcl 22
AMITIZA 33
amitriptyline hcl 105
amlodipine besy-benazepril hcl 19
amlodipine besylate....16
amlodipine besylate-valsartan 19
amlodipine-olmesartan 19
amlodipine-valsartan-hctz 19
ammonium lactate 30
AMNESTEEM 30
amoxapine 105
amoxicillin....92
amoxicillin-pot clavulanate 92
amoxicillin-pot clavulanate er 92
amphetamine-dextroamphet er 28
amphetamine-dextroamphetamine 28, 29
amphotericin b....107
ampicillin....92
ampicillin sodium....92
ampicillin-sulbactam sodium .92
ANADROL-50 47
anagrelide hcl 140
anastrozole....112
ANDRODERM 47
ANORO ELLIPTA....73
APOKYN 68
aprepitant....107
APRI....42
APRISO....70
APTIOM....98
APTIVUS 125, 126
aqueous vitamin d....136
ARANELLE....42
ARCALYST....52
aripiprazole....102, 120
ARISTADA....120
ARISTADA INITIO....120
armodafinil 63
ARNUITY ELLIPTA....76
aspirin-dipyridamole er 138
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR 144
atazanavir sulfate....126
atenolol 15
atenolol-chlorthalidone....19
atomoxetine hcl 29
atorvastatin calcium....23
atovaquone....118
atovaquone-proguanil hcl 118
ATRIPLA 127
atropine sulfate 61
ATROVENT HFA....77
AUBAGIO....30
AUBRA 42
AVIANE....42
AVITA....30, 117
AZASITE 93
azathioprine 53
azelastine hcl 58, 75
azithromycin....93, 94
AZOPT 59
aztreonam 91

B

bacitracin 87
bacitracin-polymyxin b....61
bacitra-neomycin-polymyxin-hc 61
baclofen 65
balsalazide disodium 70
BALVERSA....114
BALZIVA....42
BANZEL 98
BARACLUDE....123
bcg vaccine 56
benazepril hcl....26
benazepril-hydrochlorothiazide 19
BENLYSTA 53
benznidazole....118

benzoyl peroxide-erythromycin 30
benztropine mesylate 69
BEPREVE 58
betamethasone dipropionate .. 11, 31, 38
betamethasone dipropionate aug 11, 38
betamethasone valerate 11, 38
BETASERON 30
betaxolol hcl 15, 59
bethanechol chloride 35
BETOPTIC-S 59
bexarotene 117
BEXSERO 56
bicalutamide 110
BICILLIN L-A 93
BIKTARVY 125
bimatoprost 59, 62
bisoprolol fumarate 15
bisoprolol-hydrochlorothiazide 19
BLEPHAMIDE S.O.P. 11, 61
BOOSTRIX 56
BOSULIF 114
BRAFTOVI 114
BREO ELLIPTA 78
briellyn 42
BRILINTA 138
brimonidine tartrate 59
BRIVIACT 101
bromocriptine mesylate 50, 68
budesonide 33, 42, 70, 76
bumetanide 25
buprenorphine hcl 65, 81
buprenorphine hcl-naloxone hcl 65
bupropion hcl 102
bupropion hcl er (smoking det) 64
bupropion hcl er (sr) 102
bupropion hcl er (xl) 102
buspirone hcl 85
BYDUREON 141
BYDUREON BCISE 141
BYETTA 10 MCG PEN 141
BYETTA 5 MCG PEN 141

C

cabergoline 50
CABOMETYX 114
CALCIFEROL 136
calcipotriene 31
calcitonin (salmon) 72
calcitriol 72
calcium acetate (phos binder) . 37
CALQUENCE 114
CAMILA 48
CANASA 70
candesartan cilexetil 21
candesartan cilexetil-hctz 19
CAPRELSA 114
captopril 26
captopril-hydrochlorothiazide 19
CARBAGLU 134
carbamazepine 14, 98, 99
carbamazepine er 14, 98
carbidopa-levodopa 70
carbidopa-levodopa er 70
carbidopa-levodopa-entacapone 67, 68
carteolol hcl 59
CARTIA XT 16, 17
carvedilol 16
carvedilol phosphate er 16
caspofungin acetate 107
CAYSTON 73, 91
cefaclor 90
cefaclor er 90
cefadroxil 90
cefazolin sodium 90
cefdinir 90
cefepime hcl 90
cefixime 90
cefotaxime sodium 90
cefoxitin sodium 90
cefpodoxime proxetil 90
cefprozil 90
ceftazidime 91
ceftriaxone sodium 91
cefuroxime axetil 91
cefuroxime sodium 91
celecoxib 10, 83
CELONTIN 100
cephalexin 91
CERDELGA 130
cetirizine hcl 75
CETRAXAL 95
cevimeline hcl 62
CHANTIX 64
CHANTIX CONTINUING MONTH PAK 64
CHANTIX STARTING MONTH PAK 64
CHEMET 133
chlorhexidine gluconate 62
chloroquine phosphate 118
chlorothiazide 25
chlorpromazine hcl 106, 119
chlorthalidone 25
CHOLBAM 32
cholestyramine light 24
CIALIS 35, 36
ciclopirox 107
ciclopirox olamine 107, 108
cilostazol 138
CILOXAN 95
CIMDUO 127
cimetidine 33
cimetidine hcl 33
cinacalcet hcl 72
CINRYZE 52
CIPRODEX 63
ciprofloxacin 95
ciprofloxacin hcl 95
ciprofloxacin in d5w 95
citalopram hydrobromide 104
CLARAVIS 31
clarithromycin 94
clarithromycin er 94
clindamycin hcl 88
clindamycin palmitate hcl 88
clindamycin phosphate 88
clindamycin phosphate in d5w 88
CLINIMIX/DEXTROSE (2.75/5) 131
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) 131
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/20) 131
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/25) 131
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) 132
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) 132
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) 132

CLINIMIX/DEXTROSE (5/25) 132
clobazam 97
clomipramine hcl 105
clonazepam 85, 97
clonidine 21
clonidine hcl 21
clopidogrel bisulfate 138
clorazepate dipotassium ... 85, 97
clotrimazole 108
clotrimazole-betamethasone ... 31
clozapine 120
COARTEM 118
colchicine 9
colchicine-probenecid 10
colesevelam hcl 141
colestipol hcl 24
colistimethate sodium (cba) .. 88, 89
COLOCORT 70
COMBIGAN 59
COMBIVENT RESPIMAT ... 74
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) 114
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) 114
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) 114
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE 144
COMPLERA 127
constulose 34
COPIKTRA 112
CORLANOR 18
cortisone acetate 12, 38, 70
COTELLIC 114
COUMADIN 139
CREON 130
CRIXIVAN 126
cromolyn sodium 58, 79
CRYSELLE-28 42
cvs gauze sterile 144
cvs slow release iron 136
cyanocobalamin 136
CYCLAFEM 1/35 42
CYCLAFEM 7/7/7 42
cyclobenzaprine hcl 147
cyclophosphamide 110
cyclosporine 53
cyclosporine modified 53
cyproheptadine hcl 75
CYSTADANE 130
CYSTAGON 130
CYSTARAN 61

D

d 1000 136
d 10000 136
d 2000 136
d 400 136
d 5000 136
d2000 ultra strength 136
D3 DOTS 136
DAKLINZA 124
dalfampridine er 30
DALIRESP 79
danazol 47
dantrolene sodium 65
dapsone 109
DAPTACEL 56
daptomycin 88
DAURISMO 114, 115
DEBLITANE 42
DECARA 136
deferasirox 133
DELSTRIGO 127
DELYLA 42
DEMSER 19
DEPEN TITRATABS 36, 53, 133
DEPO-PROVERA 48
DESCOVY 127
desipramine hcl 105
desloratadine 75
desmopressin ace spray refrig 49
desmopressin acetate 49
desogestrel-ethinyl estradiol ... 42
desonide 38, 39
desoximetasone 39
desvenlafaxine er 104
desvenlafaxine succinate er .. 104
dexamethasone 12, 39, 71
DEXAMETHASONE INTENSOL 12, 39, 70
dexamethasone sodium phosphate 60
DEXILANT 34
dextroamphetamine sulfate 29
dextrose 132
dextrose-nacl 132
DIASTAT ACUDIAL 85, 97, 101
DIASTAT PEDIATRIC .. 85, 97, 101
diazepam 86, 97, 101
DIAZEPAM INTENSOL 86, 97, 101
diclofenac epolamine 83
diclofenac potassium 10, 84
diclofenac sodium 10, 31, 60, 84
diclofenac sodium er 10, 84
dicloxacillin sodium 93
dicyclomine hcl 34
didanosine 128
DIFICID 94
diflunisal 10, 84
DIGITEK 18
DIGOX 18
digoxin 18
dihydroergotamine mesylate .. 67
DILANTIN 99
DILANTIN INFATABS 99
diltiazem hcl 17
diltiazem hcl er 17
diltiazem hcl er beads 17
diltiazem hcl er coated beads .. 17
dilt-xr 17
DIPENTUM 70
diphenoxylate-atropine 32
diphtheria-tetanus toxoids dt .. 56
disulfiram 65
divalproex sodium 14, 67, 97
divalproex sodium er .. 14, 67, 97
dofetilide 22
donepezil hcl 9
dorzolamide hcl 59
dorzolamide hcl-timolol mal .. 59
dorzolamide hcl-timolol mal pf 59
DOVATO 128
doxazosin mesylate 21, 36
doxepin hcl .31, 63, 85, 105, 106
DOXY 100 96
doxycycline hyclate 31, 62, 96
doxycycline monohydrate 31, 63, 96
dronabinol 107
drospirenone-ethinyl estradiol 42
DROXIA 111
duloxetine hcl 28, 86, 104

duramorph 81
DUREZOL 60
dutasteride 36
dutasteride-tamsulosin hcl 36
E
E.E.S. 400 94
econazole nitrate 108
EDURANT 127
efavirenz 127
eletriptan hydrobromide 66
ELIQUIS 139
ELIQUIS STARTER PACK 139
ELMIRON 36
EMCYT 117
EMEND 107
EMOQUETTE 43
EMSAM 103
EMTRIVA 128
enalapril maleate 26
enalapril-hydrochlorothiazide 19, 20
ENBREL 53
enbrel mini 53
ENBREL SURECLICK 53
ENDOCET 83
ENGERIX-B 56
enoxaparin sodium 139
ENPRESSE-28 43
ENSKYCE 43
entacapone 68
entecavir 123
ENTRESTO 22
enulose 35
EPCLUSA 124
EPIDIOLEX 97
epinephrine 78
EPITOL 14, 99
EPIVIR HBV 123
eplerenone 25
ergocalciferol 136
ERIVEDGE 115
ERLEADA 110
erlotinib hcl 115
ERRIN 48
ertapenem sodium 91
ery 94
ERY-TAB 94
ERYTHROCIN LACTOBIONATE 94
ERYTHROCIN STEARATE. 94
erythromycin 94, 95
erythromycin base 94
erythromycin ethylsuccinate ... 94
ESBRIET 74
escitalopram oxalate 86, 104
esomeprazole magnesium 34
estazolam 27
estradiol 47
estradiol valerate 43, 48
estropipate 48
ethambutol hcl 109
ethosuximide 100
ethynodiol diac-eth estradiol .. 43
etidronate disodium 72
etodolac 10, 84
etodolac er 10, 84
EURAX 118
EVOTAZ 126
EXEL COMFORT POINT PEN NEEDLE 144
exemestane 112
ezetimibe 24
ezetimibe-simvastatin 20
F
FALMINA 43
famciclovir 125
famotidine 33, 34
FANAPT 121
FANAPT TITRATION PACK 121
FARYDAK 112
febuxostat 10
felbamate 100
felodipine er 17
fenofibrate 23
fenofibrate micronized 23
fenofibric acid 23
fentanyl 80, 81, 82
fentanyl citrate 80, 81
FENTORA 80, 82
FEOSOL 137
fer-iron 137
FERRIPROX 133
ferrous sulfate 137
ferrous sulfate cr 137
FETZIMA 104
FETZIMA TITRATION 104
finasteride 36
FLAC 63
flecainide acetate 22
FLOVENT DISKUS 76
FLOVENT HFA 76
fluconazole 108
fluconazole in sodium chloride 108
flucytosine 108
fludrocortisone acetate 39
flunisolide 77
fluocinolone acetonide 39
fluocinolone acetonide scalp .. 39
fluocinonide 31, 39
fluocinonide emulsified base .. 39
fluorometholone 60
fluorouracil 31
fluoxetine hcl 103, 104
fluphenazine decanoate 119
fluphenazine hcl 119
flurbiprofen 10, 84
flurbiprofen sodium 60
flutamide 110
fluticasone propionate 31, 40, 77
fluticasone-salmeterol 78, 79
fluvastatin sodium 23
fluvoxamine maleate 104
fluvoxamine maleate er 104
FML 60
folic acid 137
fondaparinux sodium 139
FORTEO 72
fosamprenavir calcium 126
fosinopril sodium 26
fosinopril sodium-hctz 20
FREAMINE HBC 133
furosemide 25
FUZEON 129
FYAVOLV 43
FYCOMPA 100
G
gabapentin 97, 98
galantamine hydrobromide 9
galantamine hydrobromide er ... 9
GAMMAGARD 52
GAMMAGARD S/D LESS IGA 52
GAMMAPLEX 52
GAMUNEX-C 52
GARDASIL 9 56
gatifloxacin 95
GATTEX 32
GAVILYTE-C 35

GAVILYTE-G 35
GAVILYTE-H 35
GAVILYTE-N WITH FLAVOR PACK 35
gemfibrozil 23
generlac 35
GENGRAF 53
GENTAK 87
gentamicin in saline 87
gentamicin sulfate 87
GENVOYA 125
GEODON 13, 121
GIANVI 43
GILDAGIA 43
GILENYA 30
GILOTRIF 115
glatiramer acetate 30
GLATOPA 30
GLEOSTINE 112
glimepiride 141
glipizide 141
glipizide er 141
glipizide-metformin hcl 146
global alcohol prep ease 88
GLUCAGEN HYPOKIT 143
GLUCAGON EMERGENCY 143
glycopyrrolate 34
GLYXAMBI 141
GOLYTELY 35
granisetron hcl 107
GRANIX 140
griseofulvin microsize 108
griseofulvin ultramicrosize 108
guanfacine hcl 21
guanfacine hcl er 29
guanidine hcl 13

H

halobetasol propionate 40
haloperidol 119
haloperidol decanoate 119
haloperidol lactate 119
HARVONI 124
HAVRIX 56
heparin sodium (porcine) 139
HEPATAMINE 132
HETLIOZ 63
HEXALEN 110
HIBERIX 57
HUMALOG 144
HUMALOG KWIKPEN 144
HUMALOG MIX 50/50 144
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN 144
HUMALOG MIX 75/25 144
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN 144
HUMIRA 54, 55
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START 54
HUMIRA PEN 54
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER 54
HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS START 54
HUMULIN 70/30 145
HUMULIN 70/30 KWIKPEN 144
HUMULIN N 145
HUMULIN N KWIKPEN 145
HUMULIN R 145
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) 145
HUMULIN R U-500 KWIKPEN 145
hydralazine hcl 27
hydrochlorothiazide 25
hydrocodone-acetaminophen 83
hydrocodone-ibuprofen 83
hydrocortisone 12, 40, 71
hydrocortisone butyrate 40
hydrocortisone valerate 40
hydrocortisone-acetic acid 63
hydromorphone hcl 80
hydromorphone hcl pf 82
hydroxychloroquine sulfate 118
hydroxyurea 111

I

ibandronate sodium 72
IBRANCE 112
IBU 10, 84
ibuprofen 10, 84
icatibant acetate 52
ICLUSIG 115
IDHIFA 112
ILEVRO 60
imatinib mesylate 115
IMBRUVICA 115
imipenem-cilastatin 91
imipramine hcl 106
imipramine pamoate 106
imiquimod 31
IMOVAX RABIES 57
INCASSIA 43
INCRELEX 49
INCRUSE ELLIPTA 73, 77
indapamide 25
INFANRIX 57
INFED 137
INLYTA 115
INTELENCE 127
INTRALIPID 132
INTRON A 123, 124
INTROVALE 43
INVEGA SUSTENNA 121
INVEGA TRINZA 121
INVIRASE 126
INVOKAMET 141, 142
INVOKAMET XR 142
INVOKANA 142
IONOSOL-MB IN D5W 132
IPOL 57
ipratropium bromide 77
ipratropium-albuterol 74
irbesartan 22
irbesartan-hydrochlorothiazide 20, 26
IRESSA 115
iron 137
ISENTRESS 125
ISENTRESS HD 125
ISIBLOOM 43
ISOLYTE-P IN D5W 132
ISOLYTE-S 134
isoniazid 109
isosorbide dinitrate 27
isosorbide dinitrate er 26
isosorbide mononitrate 27
isosorbide mononitrate er 27
isotretinoin 31
isradipine 17
itraconazole 108
ivermectin 118
IXIARO 57

J

JAKAFI 115
JANTOVEN 139
JANUMET 146
JANUMET XR 146
JANUVIA 142

JARDIANCE....142
JENTADUETO....142, 146
JENTADUETO XR....142, 146
JOLIVETTE....48
JULUCA....128
JUNEL 1.5/30....43
JUNEL 1/20....43
JUNEL FE 1.5/30....43
JUNEL FE 1/20....43
JUXTAPID....24
K
k 100....137
KALETRA....126
KALYDECO....73
KARIVA....43
kcl in dextrose-nacl....132
KELNOR 1/35....43
KELNOR 1/50....44
ketoconazole....108
ketoprofen....10, 84
ketorolac tromethamine....60
KINRIX....57
KIONEX....134
KISQALI (200 MG DOSE)....113
KISQALI (400 MG DOSE)....113
KISQALI (600 MG DOSE)....113
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE)....113
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE)....113
KISQALI FEMARA(200 MG DOSE)....113
KLOR-CON....134, 136
KLOR-CON 10....134, 135
KLOR-CON M10....134, 135
KLOR-CON M15....134, 135
KLOR-CON M20....134, 135
KLOR-CON SPRINKLE....134, 136
KOMBIGLYZE XR....146
KORLYM....144
KURVELO....44
KUVAN....130
KYNAMRO....24
L
labetalol hcl....16
lactulose....35
lamivudine....123, 128
lamivudine-zidovudine....128
lamotrigine....14, 15, 98, 100
lamotrigine er....14, 100
lamotrigine starter kit-blue....15, 100
lamotrigine starter kit-green....15, 100
lamotrigine starter kit-orange 15, 101
lansoprazole....34
lanthanum carbonate....37
LANTUS....145
LANTUS SOLOSTAR....145
LARIN 1.5/30....44
LARIN 1/20....44
LARIN FE 1.5/30....44
LARIN FE 1/20....44
LASTACAFT....59
latanoprost....62
LATUDA....121
LEENA....44
leflunomide....52, 53
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE)....115
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE)....115
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE)....115
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE)....115
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE)....115
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE)....116
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE)....116
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE)....116
LESSINA....44
letrozole....112
leucovorin calcium....111, 117
LEUKERAN....110
LEUKINE....140
leuprolide acetate....51
levalbuterol hcl....79
levalbuterol tartrate....79
LEVEMIR....145
LEVEMIR FLEXTOUCH....145
levetiracetam....101
levetiracetam er....101
LEVITRA....36
levobunolol hcl....59
levocarnitine....132
levocetirizine dihydrochloride 76
levofloxacin....95
levofloxacin in d5w....95
LEVONEST....44
levonorgest-eth estrad 91-day.44
levonorgestrel-ethinyl estrad....44
LEVORA 0.15/30 (28)....44
LEVO-T....50
levothyroxine sodium....50
LEVOXYL....50
LEXIVA....126
lidocaine....85
lidocaine hcl....85
lidocaine hcl urethral/mucosal 85
lidocaine viscous hcl....85
lidocaine-prilocaine....85
lindane....118
linezolid....88
LINZESS....33
liothyronine sodium....50
lisinopril....26
lisinopril-hydrochlorothiazide 20
lithium....15
lithium carbonate....15
lithium carbonate er....15
LONSURF....111
loperamide hcl....32
lopinavir-ritonavir....126
lorazepam....86, 98
LORBRENA....116
LORCET....83
LORCET HD....83
LORCET PLUS....83
LORYNA....44
losartan potassium....22
losartan potassium-hctz....20
LOTEMAX....60
LOTEMAX SM....61
loteprednol etabonate....61
lovastatin....23
LOW-OGESTREL....44
loxapine succinate....119
LUMIGAN....62
LUPANETA PACK....51
LUPRON DEPOT (1-MONTH)....51
LUPRON DEPOT (3-MONTH)....51

LUPRON DEPOT (4-MONTH) 51
LUPRON DEPOT (6-MONTH) 51
LUTERA 44
LYNPARZA 112
LYRICA CR 28, 100
LYSODREN 50
LYZA 48
M
magnesium sulfate 134
malathion 118
maprotiline hcl 102
marlissa 44, 48
MARPLAN 103
MATULANE 110
MATZIM LA 17
MAVYRET 124
MAXIDEX 61
MAXIMUM D3 137
meclizine hcl 106
medroxyprogesterone acetate . 48
mefloquine hcl 118
megestrol acetate 48
MEKINIST 116
MEKTOVI 116
meloxicam 10, 84
memantine hcl 9
memantine hcl er 9
MENACTRA 57
MENEST 48
MENVEO 57
meperidine hcl 80, 81
MEPHYTON 137
mercaptopurine 55
meropenem 91
mesalamine 33, 70
MESNEX 112
METADATE ER 29
metformin hcl 142
metformin hcl er 142
methadone hcl 82
methazolamide 25, 59
methenamine hippurate 88
methimazole 52
methotrexate 55
methotrexate sodium 55
methotrexate sodium (pf) 55
methoxsalen rapid 31
methyclothiazide 26
methylphenidate hcl 29
methylphenidate hcl er 29
methylprednisolone 12, 40, 71
methylprednisolone acetate 12
metipranolol 59, 137
metoclopramide hcl .. 32, 33, 106
metolazone 26
metoprolol succinate er 16
metoprolol tartrate 16
metoprolol-hydrochlorothiazide 20
metronidazole 88, 89
metronidazole in nacl 89
mexiletine hcl 22
MICROGESTIN 1.5/30 44
MICROGESTIN 1/20 44
MICROGESTIN FE 1.5/30 45
MICROGESTIN FE 1/20 45
midodrine hcl 21
MIGERGOT 67
miglitol 142
miglustat 130
MINITRAN 27
minocycline hcl 63, 96
minoxidil 27
mirtazapine 102
misoprostol 35, 49
M-M-R II 57
modafinil 64
MODERIBA 124
moexipril hcl 26
moexipril-hydrochlorothiazide 20
molindone hcl 119
mometasone furoate 40, 41
MONONESSA 45
montelukast sodium 77
morphine sulfate 81, 82
morphine sulfate (concentrate) 82
morphine sulfate er 82
morphine sulfate er beads 82
MOVANTIK 33
MOVIPREP 35
MOXEZA 95
moxifloxacin hcl 95, 96
MULTAQ 22
mupirocin 89
mupirocin calcium 89
MYCAMINE 108
mycophenolate mofetil 55
mycophenolate sodium 55
MYORISAN 31
MYRBETRIQ 37
N
nabumetone 10, 84
nadolol 16
nafcillin sodium 93
naloxone hcl 64
naltrexone hcl 65
naproxen 11, 84
naproxen dr 10, 11, 84
naproxen sodium 11, 84
naratriptan hcl 66
NATACYN 108
nateglinide 142
NATPARA 72
NEBUPENT 118
NECON 0.5/35 (28) 45
NECON 1/50 (28) 45
NECON 7/7/7 45
nefazodone hcl 102
neomycin sulfate 87
neomycin-bacitracin zn-polymyx 61
neomycin-polymyxin-dexameth 61, 62
neomycin-polymyxin-gramicidin 62
neomycin-polymyxin-hc ... 62, 63
NEORAL 55
NEPHRAMINE 132
NERLYNX 116
NEUPOGEN 140
NEUPRO 69
NEVANAC 61
nevirapine 127
nevirapine er 127
NEXAVAR 116
niacin er (antihyperlipidemic) 24
NIACOR 24
nicardipine hcl 17
NICOTROL 65
NICOTROL NS 65
nifedipine er 17
nifedipine er osmotic release .. 17
NIKKI 45
nilutamide 110
nimodipine 17
NINLARO 112

nisoldipine er 17
NITRO-BID 27
NITRO-DUR 27
nitrofurantoin macrocrystal 89
nitrofurantoin monohyd macro 89
nitroglycerin 27
nizatidine 34
NORA-BE 45
NORDITROPIN FLEXPRO .. 49
norethindrone 48
norethindrone acetate 48
NORLYROC 45
NORMOSOL-M IN D5W 132
NORMOSOL-R IN D5W 132
NORMOSOL-R PH 7.4 134
NORTHERA 21
NORTREL 0.5/35 (28) 45
NORTREL 1/35 (21) 45
NORTREL 1/35 (28) 45
NORTREL 7/7/7 45
nortriptyline hcl 106
NORVIR 126
NOXAFIL 108
NUBEQA 110
NUCALA 74
NUEDEXTA 27
NULYTELY WITH FLAVOR PACKS 35
NUPLAZID 121
nutrilipid 133
NUVARING 45
NYAMYC 109
nystatin 109
nystatin-triamcinolone 32
NYSTOP 109

O

OCELLA 45
octreotide acetate 51
ODEFSEY 128
ODOMZO 116
OFEV 74, 116
ofloxacin 96
olanzapine 13, 121
olanzapine-fluoxetine hcl 103
olmesartan medoxomil 22
olmesartan medoxomil-hctz .. 20, 22
olmesartan-amlodipine-hctz ... 20
olopatadine hcl 59, 76
omega-3-acid ethyl esters 24
omeprazole 34
ondansetron 107
ondansetron hcl 107
ONGLYZA 142
OPSUMIT 75
ORFADIN 130
ORKAMBI 73
ORSYTHIA 45
oseltamivir phosphate 129
OSPHENA 45, 47
oxacillin sodium 93
oxandrolone 47
oxaprozin 11, 84
oxcarbazepine 99
oxybutynin chloride 37
oxybutynin chloride er 37
oxycodone hcl 81
oxycodone-acetaminophen 83
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) 142
OZEMPIC (1 MG/DOSE) 143

P

PACERONE 22
paliperidone er 122
PANRETIN 117
pantoprazole sodium 34
paricalcitol 72
paromomycin sulfate 87
paroxetine hcl 86, 105
paroxetine hcl er 86, 105
PASER 109
PAXIL 86, 105
PAZEO 59
PEDIARIX 57
PEDVAX HIB 57
peg 3350/electrolytes 35
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl ... 35
peg-3350/electrolytes 35
PEGANONE 99
PEGASYS 124
penicillin g pot in dextrose 93
penicillin g potassium 93
penicillin g procaine 93
penicillin g sodium 93
penicillin v potassium 93
PENTAM 118
pentoxifylline er 18
PERFOROMIST 79
perindopril erbumine 26
PERIOGARD 63
permethrin 119
perphenazine 106, 119
perphenazine-amitriptyline ... 103
PERSERIS 122
PHENADOZ 106
phenelzine sulfate 103
phenobarbital 98
PHENYTEK 99
phenytoin 99
phenytoin sodium extended 99
PHOSPHOLINE IODIDE 60
phytonadione 137
PIFELTRO 127
pilocarpine hcl 60, 63
pimozide 119
PIMTREA 45
pindolol 16
pioglitazone hcl 143
pioglitazone hcl-glimepiride . 146
pioglitazone hcl-metformin hcl 146
piperacillin sod-tazobactam so 93
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) 113
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) 113
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) 113
PIRMELLA 1/35 45
piroxicam 11, 84
PLASMA-LYTE 148 134
PLASMA-LYTE A 134
podofilox 32
polyethylene glycol 3350 35
polymyxin b sulfate 89
polymyxin b-trimethoprim 62
POMALYST 110
PORTIA-28 46
potassium chloride 135
potassium chloride crys er ... 134, 135
potassium chloride er 135
potassium chloride in dextrose 133
potassium chloride in nacl 135
potassium citrate er 36
PRADAXA 139
pramipexole dihydrochloride .. 69

pramipexole dihydrochloride er 69
prasugrel hcl 138
pravastatin sodium 23
praziquantel 118
prazosin hcl 21, 36
prednisolone 12, 41, 71
prednisolone acetate 12, 61, 71
prednisolone sodium phosphate 12, 41, 61, 71
prednisone 12, 41, 71
PREDNISONE INTENSOL 12, 41, 71
preferred plus insulin syringe 145
pregabalin 28, 100
PREMARIN 48
PREMASOL 133
PREMPRO 46
prenatal 133
PREVALITE 24
PREVIFEM 46
PREVYMIS 123
PREZCOBIX 126
PREZISTA 126
PRIFTIN 109
primaquine phosphate 118
primidone 98
PRIVIGEN 52
probenecid 10
PROCALAMINE 133
prochlorperazine 106
prochlorperazine maleate 106, 119
PROCRIT 140
PROCTO-PAK 41
PROCTOSOL HC 71
PROCTOZONE-HC 33, 41
progesterone micronized 49
PROGLYCEM 144
PROGRAF 55
PROLASTIN-C 73
PROLIA 72
PROMACTA 140, 141
promethazine hcl 76, 106
propafenone hcl 22
propafenone hcl er 22
proparacaine hcl 61
propranolol hcl 16
propranolol hcl er 16
propranolol-hctz 20
propylthiouracil 52
PROQUAD 57
PROSOL 133
protriptyline hcl 106
PULMICORT FLEXHALER 77
PULMOZYME 73, 75
PURIXAN 111
pyrazinamide 109
pyridostigmine bromide 13
pyridostigmine bromide er 13

Q

QUADRACEL 57
QUASENSE 46
quetiapine fumarate 13, 103, 122
quetiapine fumarate er 13, 103, 122
quinapril hcl 26
quinapril-hydrochlorothiazide 20
quinidine gluconate er 23
quinidine sulfate 23
quinine sulfate 118

R

ra slow release iron 137
RABAVERT 57
raloxifene hcl 47
ramelteon 64
ramipril 26
ranitidine hcl 34
ranolazine er 18
rasagiline mesylate 69
RAVICTI 130
REBETOL 123
RECLIPSEN 46
RECOMBIVAX HB 57
REGRANEX 32
RELENZA DISKHALER 129
RELI-ON INSULIN SYRINGE 145
RELISTOR 33
repaglinide 143
repaglinide-metformin hcl 146
REPATHA 24
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM 24
REPATHA SURECLICK 24
RESCRIPTOR 127
RESTASIS 61
REVATIO 75
REVLIMID 110, 111
REXULTI 122
REYATAZ 126
RIBASPHERE 123
ribavirin 123, 124
rifabutin 109
rifampin 110
RIFATER 110
riluzole 27
rimantadine hcl 129
risedronate sodium 72
RISPERDAL CONSTA 13, 122
risperidone 13, 14, 122
ritonavir 126
rivastigmine 9
rivastigmine tartrate 9
rizatriptan benzoate 66
ropinirole hcl 69
ropinirole hcl er 69
rosuvastatin calcium 24
ROTARIX 57
ROTATEQ 57
ROWEEPRA 101
ROWEEPRA XR 101
ROZLYTREK 116
RUBRACA 112
RYDAPT 116

S

SANDIMMUNE 55
SANTYL 32
SAPHRIS 14, 122
SAVELLA 28
SAVELLA TITRATION PACK 28
scopolamine 34, 107
selegiline hcl 69
selenium sulfide 32
SELZENTRY 129
SEREVENT DISKUS 79
sertraline hcl 86, 105
sevelamer carbonate 37
SHAROBEL 46
SHINGRIX 58
SIGNIFOR 51
sildenafil citrate 75
SILENOR 85, 106
silver sulfadiazine 96
SIMBRINZA 60
simvastatin 24
sirolimus 55
SIRTURO 110

SIVEXTRO 89
slow release iron 137
sm slow release iron 137
sm vitamin d3 137
sodium chloride 135
sodium fluoride 135
sodium phenylbutyrate ... 36, 130
sodium polystyrene sulfonate 134
solifenacin succinate 37
SOLTAMOX 117
SOMATULINE DEPOT 51
SOMAVERT 51
SORINE 23
sotalol hcl 23
sotalol hcl (af) 23
sotalol hydrochloride 23
SOVALDI 124
SPIRIVA HANDIHALER 77
SPIRIVA RESPIMAT 78
spironolactone 25
spironolactone-hctz 20
SPRINTEC 28 46
SPRITAM 102
SPRYCEL 116
SPS 134
SRONYX 46
SSD 96
stavudine 128
STIOLTO RESPIMAT 73
STIVARGA 116
streptomycin sulfate 87
STRIBILD 125
SUCRAID 130
sucralfate 35
sulfacetamide sodium . 61, 62, 96
sulfacetamide-prednisolone ... 12, 62
sulfadiazine 96
sulfamethoxazole-trimethoprim 96
SULFAMYLON 89
sulfasalazine 71
sulindac 11, 84
sumatriptan 66
sumatriptan succinate 66
sumatriptan succinate refill 66
SUPRAX 91
SUPREP BOWEL PREP KIT 135
SUTENT 116
SYLATRON 111, 124
SYMBICORT 75
SYMFI 128
SYMFI LO 128
SYMLINPEN 120 143
SYMLINPEN 60 143
SYMPAZAN 98
SYMTUZA 125
SYNAREL 51
SYNJARDY 143
SYNJARDY XR 143
SYNRIBO 111
SYNTHROID 50

T

TABLOID 111
tacrolimus 32, 55
tadalafil (pah) 75
TAFINLAR 116
TAGRISSO 116
TALZENNA 112
TAMIFLU 129
tamoxifen citrate 117
tamsulosin hcl 37
TARGRETIN 117
TARINA FE 1/20 46
TASIGNA 116
tazarotene 32
TAZORAC 32
TAZTIA XT 18
TDVAX 58
TEFLARO 91
TEGRETOL 15, 99
TEGRETOL-XR 15, 99
telmisartan 22
telmisartan-hctz 20
temazepam 64
TENIVAC 58
tenofovir disoproxil fumarate 123, 128
terazosin hcl 21, 37
terbinafine hcl 109
terbutaline sulfate 79
terconazole 109
testosterone 47
testosterone cypionate 47
testosterone enanthate 47
tetrabenazine 27, 28
tetracycline hcl 97
THALOMID 110
THEO-24 80
theophylline 80
theophylline er 80
THERA-D 4000 138
thioridazine hcl 119
thiothixene 120
tiagabine hcl 98
TIBSOVO 113
tigecycline 89
timolol maleate 16, 60, 67
TIVICAY 125
tizanidine hcl 66, 147
TOBRADEX 87
tobramycin 87
tobramycin sulfate 87
tobramycin-dexamethasone 62
TOBREX 87
tolazamide 143
tolbutamide 143
tolterodine tartrate 37
tolterodine tartrate er 37
topiramate 67, 101
topiramate er 101
toremifene citrate 117
torsemide 25
TOUJEO MAX SOLOSTAR 145
TOUJEO SOLOSTAR 145
TPN ELECTROLYTES 133
TRADJENTA 143
tramadol hcl 81
tramadol-acetaminophen 83
trandolapril 26
tranexamic acid 138
tranylcypromine sulfate 103
TRAVASOL 133
TRAVATAN Z 62
trazodone hcl 103
TRECATOR 110
TRELSTAR MIXJECT 51
tretinoin 32, 117
triamcinolone acetonide ... 12, 41, 63
triamterene-hctz 20, 21
TRIDERM 41
trientine hcl 134
trifluoperazine hcl 120
trifluridine 125
trihexyphenidyl hcl 69
TRI-LEGEST FE 46

TRILYTE 35
trimethoprim 89
trimipramine maleate 106
TRINESSA (28) 46
TRINTELLIX 105
TRI-PREVIFEM 46
TRI-SPRINTEC 46
TRIUMEQ 129
TRIVORA (28) 46
TROPHAMINE 133
trospium chloride 37
TRUMENBA 58
TRUVADA 128
TURALIO 117
TWINRIX 58
TYBOST 129
TYKERB 117
TYMLOS 72
TYPHIM VI 58
U
UNITHROID 50
UPTRAVI 18
ursodiol 33
V
valacyclovir hcl 125
VALCHLOR 32, 110
valganciclovir hcl 123
valproic acid 15, 67, 98
valsartan 22
valsartan-hydrochlorothiazide 21
vancomycin hcl 89
VANDAZOLE 89
VAQTA 58
VARIVAX 58
VARIZIG 58
VASCEPA 25
VELIVET 46
VEMLIDY 123
VENCLEXTA 112
VENCLEXTA STARTING PACK 112
venlafaxine hcl 86, 105
venlafaxine hcl er 86, 105
VENTAVIS 75
VENTOLIN HFA 79
verapamil hcl 18
verapamil hcl er 18
versacloz 120
VERZENIO 113
VESTURA 46
VIAGRA 36
VICTOZA 143
VIDEX 128
VIDEX EC 128
vigabatrin 98
VIGADRONE 98
VIIBRYD 105
VIIBRYD STARTER PACK 105
VIMPAT 99
VIRACEPT 126
VIRAMUNE 127
VIREAD 124, 128, 129
VITAMELTS VITAMIN D 138
vitamin d (cholecalciferol) 138
vitamin d2 138
vitamin d3 138
vitamin k1 138
VITRAKVI 113
VIZIMPRO 117
voriconazole 109
VOSEVI 124
VOTRIENT 117
VRAYLAR 14, 122
VYFEMLA 46
W
warfarin sodium 140
WELLESSE VITAMIN D3 138
X
XALKORI 117
XARELTO 140
XARELTO STARTER PACK 140
XATMEP 55
XELJANZ 56
XELJANZ XR 56
XGEVA 73
XIFAXAN 33, 89
XOLAIR 75
XOSPATA 113
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) 111
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) 111
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 111
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) 111
XTANDI 110
XURIDEN 130
XYREM 64
Y
YF-VAX 58
YONSA 110
Z
zafirlukast 77
zaleplon 64
ZEJULA 112
ZELBORAF 117
ZEMAIRA 73
ZENATANE 32
ZENCHENT 46
ZENPEP 131
ZERIT 129
zidovudine 129
ziprasidone hcl 14, 122
ZIRGAN 123
ZOLINZA 109, 113
zolmitriptan 67
zolpidem tartrate 64
zolpidem tartrate er 64
zonisamide 100
ZONTIVITY 138
ZORTRESS 56
ZOSTAVAX 58
ZOVIA 1/35E (28) 47
ZYDELIG 114
ZYKADIA 117
ZYTIGA 111

Este formulario fue actualizado el 19 de noviembre de 2019. Para información más reciente, o para otras preguntas, por favor, comuníquese con Servicios al Afiliado de MMM Healthcare, LLC al 787-620-2397 (Área Metro*),* 1-866-333-5470 (libre de cargos); o usuarios de TTY deben llamar al 1-866-333-5469*,* lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. o visite www.mmmpr.com.

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

MMM Healthcare, LLC es un plan de cuidado coordinado con un contrato Medicare Advantage y un contrato con el programa Medicaid de Puerto Rico. La afiliación en MMM depende de la renovación de contrato.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call MMM at 1-866-333-5470 (TTY: 1-866-333-5469).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 MMM 1-866-333-5470, (TTY: 1-866-333-5469).

H4003/H4004 Y0049_2019 1085 0001 2_C