Medicare y Mucho Más

MMM Alianza Bienestar (HMO POS)

MMM Alianza SEA (HMO POS)

Formulario para 2020

(Lista de medicamentos cubiertos)

LEA LO SIGUIENTE: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN ACERCA DE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN

HPMS ID 20505, Versión 19

Este formulario fue actualizado el 22 de septiembre de 2020. Para información más reciente, o para otras preguntas, por favor, comuníquese con Servicios al Afiliado de MMM Healthcare, LLC, al 1-866-333-5470, los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-333-5469, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., o visite www.mmmpr.com.

Nota para los afiliados actuales: Este Formulario ha cambiado con respecto al año pasado. Revise este documento para asegurarse de que aún contiene los medicamentos que toma.

Cuando esta Lista de medicamentos (Formulario) menciona "nosotros", "nos" o "nuestro", hace referencia a MMM Healthcare, LLC. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", hace referencia a MMM Alianza Bienestar/ MMM Alianza SEA.

Este documento incluye una lista de los medicamentos (Formulario) de nuestro plan, la cual está en vigencia desde el 22 de septiembre de 2020. Para obtener un formulario actualizado, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y contraportada.

Generalmente, debe concurrir a las farmacias de la red para usar el beneficio de medicamentos con receta. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias o los copagos/el coaseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2020 y periódicamente durante el año.

¿Qué es el Formulario de Medicare y Mucho Más?

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

¿Puede cambiar el Formulario (lista de medicamentos)?

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

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

- **Nuevos medicamentos genéricos.** Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con un nuevo medicamento genérico que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido más bajo y con las mismas restricciones o menos. Además, cuando agreguemos el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero inmediatamente moverlo a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones. Si actualmente está tomando ese medicamento de marca, quizás no le informemos con antelación antes de que realicemos el cambio, pero más adelante le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hemos realizado.

    - Si realizamos un cambio, usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. En el aviso que le proporcionamos también se incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y usted también puede encontrar información en la sección a continuación titulada "¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de Medicare y Mucho Más?".

- **Medicamentos retirados del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos considera que un medicamento de nuestro Formulario es inseguro o el fabricante del medicamento lo retira del mercado, eliminaremos de inmediato dicho medicamento de nuestro Formulario y les notificaremos a los afiliados que toman el medicamento en cuestión.

- **Otros cambios.** Podemos hacer otros cambios que afectan a los afiliados que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca que actualmente se encuentre en el Formulario o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o moverlo a un nivel de costo compartido diferente. O bien, podemos hacer cambios en función de las nuevas pautas clínicas. Si retiramos medicamentos de nuestro Formulario, o agregamos autorizaciones previas, restricciones de límite de cantidad o de terapia escalonada en un medicamento o si pasamos un medicamento a un nivel superior de costo compartido, debemos notificarles a los afiliados afectados por el cambio al menos 30 días antes de que entre en vigencia dicho cambio, o cuando el afiliado solicite un resurtido del medicamento, momento en el cual el afiliado recibirá un suministro del medicamento para un mes.

- Si realizamos estos otros cambios, usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. En el aviso que le proporcionamos también se incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y usted también puede encontrar información en la sección a continuación titulada "¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de Medicare y Mucho Más?".

Cambios que no lo afectarán si actualmente toma el medicamento. En general, si usted toma un medicamento de nuestro Formulario para 2020 que estaba cubierto al comienzo del año, nosotros no descontinuaremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cubierta 2020, excepto como se describe anteriormente. Esto significa que, por el resto del año de cubierta, estos medicamentos continuarán disponibles al mismo costo compartido y sin nuevas restricciones para aquellos afiliados que estén tomándolos.

El Formulario adjunto es vigente a partir del 1 de enero de 2020. Para recibir información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por nuestro plan, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en las páginas de la portada y contraportada. En el caso de cambios en el formulario, no de mantenimiento a mitad de año, todos los afiliados afectados serán notificados por correo (al menos 60 días antes de que el cambio entre en vigencia). Además, una versión actualizada de nuestro formulario impreso se actualizará la primera semana del mes efectivo y se publicará en nuestro sitio web www.mmmpr.com.

¿Cómo utilizo el Formulario?

Hay dos formas para encontrar su medicamento dentro del Formulario:

Condición médica

El Formulario comienza en la página 12. Los medicamentos de este Formulario están agrupados en categorías según el tipo de condición médica para la cual son utilizados. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar una condición cardíaca se agrupan dentro de la categoría Agentes Cardiovasculares. Si sabe para qué se utiliza su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que empieza en la página 10. Luego, busque su medicamento debajo del nombre de la categoría.

Listado alfabético

Si no está seguro de qué categoría consultar, debe buscar su medicamento en el Índice que comienza en la página 161. El Índice proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. En el Índice, están tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Busque en el Índice y encuentre su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de página donde puede encontrar información acerca de la cubierta. Vaya a la página que figura en el Índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

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

¿Hay alguna restricción en mi cubierta?

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

- **Autorización previa:** Nuestro plan exige que usted o su médico obtenga una autorización previa para determinados medicamentos. Esto significa que necesitará contar con la aprobación de nuestro plan antes de obtener sus medicamentos con receta. Si no consigue la autorización, es posible que nuestro plan no cubra el medicamento.

- **Límites de cantidad:** Para ciertos medicamentos, nuestro plan limita la cantidad del medicamento que cubrirá. Por ejemplo, nuestro plan proporciona 60 tabletas por receta para *glimepiride*. Esto puede ser complementario a un suministro estándar para un mes o tres meses.

- **Terapia escalonada:** En algunos casos, nuestro plan requiere que usted primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su condición médica antes de que cubramos otro medicamento para esa enfermedad. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan su condición médica, es posible que nuestro plan no cubra el medicamento B a menos que usted pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, entonces nuestro plan cubrirá el medicamento B.

Para averiguar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales, consulte el Formulario que empieza en la página 12. También puede obtener más información sobre las restricciones que se aplican a medicamentos cubiertos específicos en nuestro sitio web. Hemos publicado documentos en línea que explican nuestras restricciones de autorización previa y terapia escalonada. También puede pedirnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y contraportada.

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

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

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

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

- Puede pedir a Servicios al afiliado una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por nuestro plan. Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por nuestro plan.

- Puede solicitar que nuestro plan haga una excepción y cubra su medicamento. Consulte a continuación para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

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

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

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

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento del Formulario a un nivel de costo compartido menor si este medicamento no está incluido en el nivel de medicamentos especializados. Si se aprueba, esto reduciría el monto que usted debe pagar por su medicamento.

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

Por lo general, nuestro plan solo aprobará su pedido de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el Formulario del plan, el medicamento de menor costo compartido o las restricciones de uso adicionales no fueran tan efectivos para tratar su condición o pudieran causarle efectos médicos adversos.

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

¿Qué debo hacer antes de hablar con mi médico sobre el cambio de los medicamentos que tomo o la solicitud de una excepción?

Como afiliado nuevo o permanente de nuestro plan, es posible que esté tomando medicamentos que no están incluidos en el Formulario. También es posible que esté tomando un medicamento incluido en el Formulario, pero su capacidad de conseguirlo sea limitada. Por ejemplo, puede necesitar nuestra autorización previa antes de poder obtener su medicamento con receta. Debe consultar con su médico para decidir si debe cambiar su medicamento por uno apropiado que nosotros cubramos o solicitar una excepción al formulario para que le cubramos el medicamento que toma. Mientras evalúa con su médico el procedimiento adecuado para seguir en su caso, podemos cubrir su medicamento, en ciertos casos, durante los primeros 90 días en que usted sea afiliado de nuestro plan.

Para cada uno de los medicamentos que no estén incluidos en el Formulario, o si su capacidad para conseguir los medicamentos es limitada, cubriremos un suministro temporal para 30 días. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos que realice resurtidos por un máximo de hasta 30 días del medicamento. Después del primer suministro para 30 días, no seguiremos pagando estos medicamentos, incluso si ha sido afiliado del plan durante menos de 90 días.

Si es residente de un centro de atención a largo plazo y necesita un medicamento que no está en el Formulario o si su capacidad para conseguir los medicamentos es limitada, pero ya pasaron los primeros 90 días de

membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia del medicamento para 31 días mientras solicita la 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 obtener más información

Para obtener información más detallada sobre la cubierta de medicamentos con receta de nuestro plan, consulte la Evidencia de Cubierta y otra documentación del plan.

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

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

Formulario de MMM Alianza Bienestar/ MMM Alianza SEA

El formulario a continuación proporciona información acerca de la cubierta de medicamentos cubiertos por nuestro plan. Si tiene alguna dificultad para encontrar el medicamento que toma en la lista, consulte el Índice que comienza en la página 161.

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

La información incluida en la columna de Requisitos/límites indica si tiene algún requisito especial para la cubierta del medicamento.

Estructura de niveles

Antes de que el costo total anual de medicamentos (pagados tanto por usted como por nuestro plan) alcance los $4,020.00, usted pagará lo siguiente por medicamentos recetados:

	Nivel	Medicamento	Copago por cantidad al detal (30 días)	Copago por cantidad al detal (90 días)	Copago por orden por correo (90 días)
MMM Alianza Bienestar (HMO – POS)	1	Genérico Preferido	$1.00	$2.00	$2.00
	2	Genérico	$1.00	$2.00	$2.00
	3	Marca Preferida	$5.00/ Insulinas $0.00	$10.00/ Insulinas $0.00	$10.00/ Insulinas $0.00
	4	Marca No Preferida	$10.00	$20.00	$20.00
	5	Especialidad	25%	No Cubierto	No Cubierto

Luego de que su costo total anual en medicamentos alcance $4,020.00, usted recibe cubierta limitada por el plan (ciertos medicamentos en ciertos niveles). También recibe un descuento en medicamentos de marca y, por lo general, no paga más de 25% del costo del plan por medicamentos de marca y 25% del costo del plan por medicamentos genéricos hasta que su costo de bolsillo anual por medicamentos alcance $6,350.00.

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

	Nivel	Medicamento	Copago por cantidad al detal (30 días)	Copago por cantidad al detal (90 días)
MMM Alianza Bienestar (HMO – POS)	1	Genérico Preferido	25% o $5.00	25% o $10.00
	2	Genérico	25% o $5.00	25% o $10.00
	3	Marca Preferida	25% o $20.00	25% o $40.00
	4	Marca No Preferida	25% o $35.00	25% o $70.00
	5	Especialidad	25%	No Cubierto

Luego de que los costos totales de su bolsillo alcancen los $6,350.00 en el año, usted pagará la cantidad mayor entre:

- 5% de coaseguro, o
- $3.60 por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) y $8.95 por todos los demás medicamentos

Para más información sobre cómo los niveles de copago son aplicados, por favor revise su Evidencia de Cubierta.

Estructura de niveles

Antes de que el costo total anual de medicamentos (pagados tanto por usted como por nuestro plan) alcance los $4,020.00, usted pagará lo siguiente por medicamentos recetados:

	Nivel	Medicamento	Copago por cantidad al detal (30 días)	Copago por cantidad al detal (90 días)	Copago por orden por correo (90 días)
MMM Alianza SEA (HMO – POS)	1	Genérico Preferido	$1.00	$2.00	$2.00
	2	Genérico	$1.00	$2.00	$2.00
	3	Marca Preferida	$8.00/ Insulinas $0.00	$16.00/ Insulinas $0.00	$16.00/ Insulinas $0.00
	4	Marca No Preferida	$12.00	$24.00	$24.00
	5	Especialidad	25%	No Cubierto	No Cubierto

Luego de que su costo total anual en medicamentos alcance $4,020.00, usted recibe cubierta limitada por el plan (ciertos medicamentos en ciertos niveles). También recibe un descuento en medicamentos de marca y, por lo general, no paga más de 25% del costo del plan por medicamentos de marca y 25% del costo del plan por medicamentos genéricos hasta que su costo de bolsillo anual por medicamentos alcance $6,350.00.

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

	Nivel	Medicamento	Copago por cantidad al detal (30 días)	Copago por cantidad al detal (90 días)
MMM Alianza SEA (HMO – POS)	1	Genérico Preferido	25% o $5.00	25% o $10.00
	2	Genérico	25% o $5.00	25% o $10.00
	3	Marca Preferida	25% o $20.00	25% o $40.00
	4	Marca No Preferida	25% o $35.00	25% o $70.00
	5	Especialidad	25%	No Cubierto

Luego de que los costos totales de su bolsillo alcancen los $6,350.00 en el año, usted pagará la cantidad mayor entre:

- 5% de coaseguro, o
- $3.60 por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) y $8.95 por todos los demás medicamentos

Para más información sobre cómo los niveles de copago son aplicados, por favor revise su Evidencia de Cubierta.

Símbolos y abreviaturas utilizadas en el Formulario

PA - medicamentos que requieren preautorización
QL (##/##) - medicamentos con límite de cantidad; la cantidad en paréntesis especifica la cantidad límite 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)
CG - medicamentos cubiertos durante su brecha de cubierta
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 12
Agentes Antigota 12
Agentes Antiinflamatorios 13
Agentes Antimiasténicos 16
Agentes Bipolares 16
Agentes Cardiovasculares 19
Agentes Del Sistema Nervioso Central 32
Agentes Dermatológicos 35
Agentes Gastrointestinales 38
Agentes Genitourinarios 41
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Adrenal) 43
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Modificadores/Hormonas Sexuales) 47
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Pituitaria) 54
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Prostaglandinas) 54
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Tiroides) 55
Agentes Hormonales, Supresores (Adrenal) 56
Agentes Hormonales, Supresores (Pituitaria) 56
Agentes Hormonales, Supresores (Tiroides) 57
Agentes Inmunológicos 57
Agentes Oftálmicos 65
Agentes Orales Y Dentales 69
Agentes Oticos 69
Agentes Para El Desórden Del Sueño 70
Agentes Para El Tratamiento De Abuso De Sustancias. Anti-Adicción 71
Agentes Para El Tratamiento De La Espasticidad 72
Agentes Para El Tratamiento De La Migraña 72
Agentes Para El Tratamiento De Parkinson 75
Agentes Para La Enfermedad Inflamatoria Intestinal 77
Agentes Parala Enfermedad Metabólica Del Hueso 78
Agentes Pulmonares/ Tracto Respiratorio 79
Analgésicos 87
Anestésicos 93
Ansiolíticos 93
Antibacteriales 95
Anticonvulsivos 105
Antidepresivos 111
Antieméticos 116
Antifungales 117
Antimicobacteriales 119
Antineoplásicos 120
Antiparasíticos 130
Antisicóticos 131

Antivirales 136
Desórden Genético O Enzimático: Reemplazo, Modificadores, Tratamiento 144
Electrólitos / Minerales/ Vitaminas 145
Productos Sanguíneos / Modificadores / Expansores De Volumen 150
Reguladores De Glucosa En Sangre 153
Relajantes Musculo Esqueletales 159

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	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	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
memantine hcl oral solution 2 mg/ml		2	MT; CG
memantine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	NAMENDA	2	MT; CG
memantine hcl oral tablet 28 x 5 mg & 21 x 10 mg	NAMENDA TITRATION PAK	2	CG
Inhibidores De Colinesterasa			
donepezil hcl oral tablet 10 mg, 23 mg, 5 mg	ARICEPT	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
donepezil hcl oral tablet dispersible 10 mg, 5 mg		1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour 16 mg, 24 mg, 8 mg	RAZADYNE ER	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
galantamine hydrobromide oral solution 4 mg/ml		2	MT; CG
galantamine hydrobromide oral tablet 12 mg, 8 mg		2	MT; CG
galantamine hydrobromide oral tablet 4 mg	RAZADYNE	2	MT; CG
rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg		2	MT; CG
rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24hr, 4.6 mg/24hr, 9.5 mg/24hr	EXELON	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
Agentes Antigota			
Agentes Antigota			

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg	ZYLOPRIM	1	MT; CG
colchicine oral capsule 0.6 mg	MITIGARE	3	
colchicine oral tablet 0.6 mg	COLCRYS	2	
colchicine-probenecid oral tablet 0.5-500 mg		2	MT; CG
febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg	ULORIC	2	MT
probenecid oral tablet 500 mg		2	CG
Agentes Antiinflamatorios			
Antiinflamatorios No-Esteroidales			
celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg	CELEBREX	2	QL (60 EA per 30 days)
celecoxib oral capsule 400 mg	CELEBREX	2	QL (30 EA per 30 days)
diclofenac epolamine transdermal patch 1.3 %	FLECTOR	2	
diclofenac potassium oral tablet 50 mg		2	
diclofenac sodium er oral tablet extended release 24 hour 100 mg		2	
diclofenac sodium oral tablet delayed release 25 mg, 50 mg, 75 mg		2	
diflunisal oral tablet 500 mg		2	
etodolac er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 500 mg, 600 mg		2	
etodolac oral capsule 200 mg		2	
etodolac oral tablet 400 mg	LODINE	2	
etodolac oral tablet 500 mg		2	
flurbiprofen oral tablet 100 mg		2	
ibu oral tablet 600 mg, 800 mg		1	
ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml		2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg		1	
meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg	MOBIC	1	QL (30 EA per 30 days)
nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg		2	
naproxen dr oral tablet delayed release 375 mg	EC-NAPROSYN	2	
naproxen dr oral tablet delayed release 500 mg		2	
naproxen oral suspension 125 mg/5ml	NAPROSYN	2	
naproxen oral tablet 250 mg	NAPROSYN	1	
naproxen oral tablet 375 mg, 500 mg		1	
naproxen sodium oral tablet 275 mg		2	
naproxen sodium oral tablet 550 mg	ANAPROX DS	2	
oxaprozin oral tablet 600 mg	DAYPRO	2	
piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg	FELDENE	2	
sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg		2	
Glucocorticoides			
betamethasone dipropionate aug external cream 0.05 %	DIPROLENE AF	2	
betamethasone dipropionate aug external gel 0.05 %		2	
betamethasone dipropionate aug external lotion 0.05 %		2	
betamethasone dipropionate aug external ointment 0.05 %	DIPROLENE	2	
betamethasone dipropionate external cream 0.05 %		2	
betamethasone dipropionate external lotion 0.05 %		2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
betamethasone dipropionate external ointment 0.05 %		2	
betamethasone valerate external cream 0.1 %		2	
betamethasone valerate external lotion 0.1 %		2	
betamethasone valerate external ointment 0.1 %		2	
BLEPHAMIDE S.O.P. OPHTHALMIC OINTMENT 10-0.2 %		4	
cortisone acetate oral tablet 25 mg		2	
DEXAMETHASONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 1 MG/ML		2	
dexamethasone oral elixir 0.5 mg/5ml		2	
dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 4 mg, 6 mg	DECADRON	2	
dexamethasone oral tablet 1 mg, 1.5 mg, 2 mg		2	
hydrocortisone oral tablet 20 mg, 5 mg	CORTEF	2	
methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml	DEPO-MEDROL	2	
methylprednisolone acetate injection suspension 80 mg/ml	DEPO-MEDROL	2	
methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg	MEDROL	2	
prednisolone acetate ophthalmic suspension 1 %	PRED FORTE	2	
prednisolone oral solution 15 mg/5ml		2	
prednisolone sodium phosphate ophthalmic solution 1 %		2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
prednisolone sodium phosphate oral solution 25 mg/5ml		2	
prednisolone sodium phosphate oral solution 6.7 (5 base) mg/5ml	PEDIAPRED	2	
PREDNISONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML		4	
prednisone oral solution 5 mg/5ml		2	
prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg		1	
sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution 10-0.23 %		2	
triamcinolone acetonide injection suspension 40 mg/ml	KENALOG	2	
Agentes Antimiasténicos			
Parasimpatomiméticos			
guanidine hcl oral tablet 125 mg		2	CG
pyridostigmine bromide er oral tablet extended release 180 mg	MESTINON	2	CG
pyridostigmine bromide oral solution 60 mg/5ml	MESTINON	2	CG
pyridostigmine bromide oral tablet 30 mg		2	CG
pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg	MESTINON	2	CG
Agentes Bipolares			
Agentes Bipolares, Otros			
olanzapine intramuscular solution reconstituted 10 mg	ZYPREXA	2	
olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg	ZYPREXA	2	MT; CG
olanzapine oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg	ZYPREXA ZYDIS	2	MT

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
PERSERIS SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 120 MG, 90 MG		5	PA; QL (1 EA per 28 days)
quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg	SEROQUEL XR	2	PA; MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 400 mg, 50 mg	SEROQUEL XR	2	PA; MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg	SEROQUEL	1	MT; CG
quetiapine fumarate oral tablet 25 mg, 50 mg	SEROQUEL	1	PA; MT; CG
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 12.5 MG, 25 MG		4	PA; QL (2 EA per 28 days)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 37.5 MG, 50 MG		5	PA; QL (2 EA per 28 days)
risperidone oral solution 1 mg/ml	RISPERDAL	2	CG
risperidone oral tablet 0.25 mg		2	MT; CG
risperidone oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg	RISPERDAL	2	MT; CG
risperidone oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg		2	MT; CG
SAPHRIS SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 10 MG, 2.5 MG, 5 MG		4	PA
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE THERAPY PACK 1.5 & 3 MG		4	PA; QL (14 EA per 365 days)
ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg	GEODON	2	CG
Estabilizadores De Humor			

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg	CARBATROL	2	MT; CG
carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 100 mg	TEGRETOL-XR	2	MT; CG
carbamazepine oral suspension 100 mg/5ml	TEGRETOL	2	MT; CG
carbamazepine oral tablet 200 mg		2	MT; CG
carbamazepine oral tablet chewable 100 mg		2	MT; CG
epitol oral tablet 200 mg		2	MT; CG
lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 50 mg	LAMICTAL XR	2	MT
lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg	LAMICTAL	2	MT; CG
lamotrigine oral tablet chewable 25 mg, 5 mg	LAMICTAL	2	MT; CG
lamotrigine oral tablet dispersible 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	LAMICTAL ODT	2	MT; CG
lamotrigine starter kit-blue oral kit 35 x 25 mg	LAMICTAL STARTER	2	MT; CG
lamotrigine starter kit-green oral kit 84 x 25 mg & 14x100 mg	LAMICTAL STARTER	2	MT; CG
lamotrigine starter kit-orange oral kit 42 x 25 mg & 7 x 100 mg	LAMICTAL STARTER	2	MT; CG
lithium carbonate er oral tablet extended release 300 mg	LITHOBID	2	MT; CG
lithium carbonate er oral tablet extended release 450 mg		2	MT; CG
lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg		1	MT; CG
lithium carbonate oral tablet 300 mg		2	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
lithium oral solution 8 meq/5ml		2	MT
TEGRETOL ORAL SUSPENSION 100 MG/5ML		4	MT
TEGRETOL ORAL TABLET 200 MG		4	MT
TEGRETOL-XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 100 MG, 200 MG, 400 MG		4	MT
valproic acid oral capsule 250 mg		2	MT; CG
valproic acid oral solution 250 mg/5ml		2	MT; CG
Agentes Cardiovasculares			
Agentes Bloqueadores Beta-Adrenérgicos			
acebutolol hcl oral capsule 200 mg, 400 mg		1	MT; CG
atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	TENORMIN	1	MT; CG
betaxolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg		1	MT; CG
bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg		1	MT; CG
carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg	COREG	1	MT; CG
carvedilol phosphate er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 20 mg, 40 mg	COREG CR	2	MT; CG
labetalol hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg		1	MT; CG
metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg	TOPROL XL	1	MT; CG; QL (120 EA per 30 days)
metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour 200 mg, 25 mg, 50 mg	TOPROL XL	1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 50 mg	LOPRESSOR	1	MT; CG
metoprolol tartrate oral tablet 25 mg, 37.5 mg, 75 mg		1	MT; CG
nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg	CORGARD	2	MT; CG
pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg		2	MT; CG
propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg	INDERAL LA	2	MT; CG
propranolol hcl oral solution 20 mg/5ml, 40 mg/5ml		2	MT; CG
propranolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg		1	MT; CG
timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg		2	MT; CG
Agentes Bloqueadores De Canales De Calcio			
amlodipine besylate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	NORVASC	1	MT; CG
cartia xt oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg		2	MT; CG
diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 360 mg		1	MT; CG
diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 420 mg		1	MT; CG
diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg		2	MT; CG
diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 120 mg, 60 mg, 90 mg		1	MT; CG
diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg	CARDIZEM	1	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
diltiazem hcl oral tablet 90 mg		1	MT; CG
dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg		1	MT; CG
felodipine er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg		1	MT; CG
isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg		1	MT; CG
matzim la oral tablet extended release 24 hour 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg		2	MT; CG
nicardipine hcl oral capsule 20 mg, 30 mg		1	MT; CG
nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg		1	MT; CG
nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 90 mg		1	MT; CG
nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg	PROCARDIA XL	1	MT; CG
nimodipine oral capsule 30 mg		5	
nisoldipine er oral tablet extended release 24 hour 17 mg, 34 mg, 8.5 mg	SULAR	1	MT; CG
taztia xt oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg		1	MT; CG
verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg	VERELAN PM	2	MT; CG
verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 360 mg	VERELAN	2	MT; CG
verapamil hcl er oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg	CALAN SR	1	MT; CG
verapamil hcl oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg		1	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
Agentes Cardiovasculares, Otros			
CORLANOR ORAL TABLET 5 MG, 7.5 MG		4	PA; QL (60 EA per 30 days)
digitek oral tablet 125 mcg		2	QL (30 EA per 30 days)
digitek oral tablet 250 mcg		2	PA
digox oral tablet 125 mcg		2	QL (30 EA per 30 days)
digox oral tablet 250 mcg		2	PA
digoxin oral solution 0.05 mg/ml		2	PA
digoxin oral tablet 125 mcg		2	QL (30 EA per 30 days)
digoxin oral tablet 250 mcg		2	PA
pentoxifylline er oral tablet extended release 400 mg		2	MT; CG
ranolazine er oral tablet extended release 12 hour 1000 mg, 500 mg	RANEXA	2	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		5	PA; QL (60 EA per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 800 MCG		5	PA; QL (200 EA per 30 days)
Agentes Cardiovasculares			
aliskiren fumarate oral tablet 150 mg, 300 mg	TEKTURNA	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg		1	MT; CG
amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg	LOTREL	1	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 2.5-10 mg, 5-40 mg		1	MT; CG
amlodipine besylate-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg	EXFORGE	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg	CADUET	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
amlodipine-atorvastatin oral tablet 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg		1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg	AZOR	1	MT; CG; 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	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg	TENORETIC 100	2	MT; CG
atenolol-chlorthalidone oral tablet 50-25 mg	TENORETIC 50	2	MT; CG
benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg	LOTENSIN HCT	1	MT; CG
benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-6.25 mg		1	MT; CG
bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg	ZIAC	1	MT; CG
candesartan cilexetil-hctz oral tablet 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg	ATACAND HCT	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
captopril-hydrochlorothiazide oral tablet 25-15 mg, 25-25 mg, 50-15 mg, 50-25 mg		1	MT; CG
DEMSER ORAL CAPSULE 250 MG		5	
enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg	VASERETIC	1	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-12.5 mg		1	MT; CG
ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg	VYTORIN	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
fosinopril sodium-hctz oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg		1	MT; CG
irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg	AVALIDE	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg	ZESTORETIC	1	MT; CG
losartan potassium-hctz oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg	HYZAAR	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
losartan potassium-hctz oral tablet 50-12.5 mg	HYZAAR	1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg		1	MT; CG
metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 50-25 mg	LOPRESSOR HCT	1	MT; CG
olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg	BENICAR HCT	1	MT; CG; 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	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
propranolol-hctz oral tablet 40-25 mg, 80-25 mg		2	MT; CG
quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg	ACCURETIC	1	MT; CG
spironolactone-hctz oral tablet 25-25 mg	ALDACTAZIDE	2	MT; CG
telmisartan-hctz oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg, 80-25 mg	MICARDIS HCT	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
triamterene-hctz oral capsule 37.5-25 mg	DYAZIDE	1	MT; CG
triamterene-hctz oral tablet 37.5-25 mg	MAXZIDE-25	1	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
triamterene-hctz oral tablet 75-50 mg	MAXZIDE	1	MT; CG
valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg	DIOVAN HCT	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
Agentes De Bloqueo Alfa-Adrenérgicos			
doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg	CARDURA	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
doxazosin mesylate oral tablet 8 mg	CARDURA	1	MT; CG
prazosin hcl oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg	MINIPRESS	2	MT; CG
terazosin hcl oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg		1	MT; CG
Agonistas Alfa-Adrenérgicos			
clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg	CATAPRES	1	MT; CG
clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24hr	CATAPRES-TTS-1	1	MT; CG
clonidine transdermal patch weekly 0.2 mg/24hr	CATAPRES-TTS-2	1	MT; CG
clonidine transdermal patch weekly 0.3 mg/24hr	CATAPRES-TTS-3	1	MT; CG
guanfacine hcl oral tablet 1 mg, 2 mg		2	PA; MT
midodrine hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg		1	
NORTHERA ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG, 300 MG		5	PA; LA
Antagonista Receptores Angiotensina Ii (Arb)			
candesartan cilexetil oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg	ATACAND	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG		4	PA; MT; QL (60 EA per 30 days)
irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg	AVAPRO	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
losartan potassium oral tablet 100 mg	COZAAR	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
losartan potassium oral tablet 25 mg, 50 mg	COZAAR	1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
olmesartan medoxomil oral tablet 20 mg, 40 mg	BENICAR	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
olmesartan medoxomil oral tablet 5 mg	BENICAR	1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg	BENICAR HCT	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg	MICARDIS	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
valsartan oral tablet 160 mg, 40 mg, 80 mg	DIOVAN	1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
valsartan oral tablet 320 mg	DIOVAN	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
Antiarrítmicos			
amiodarone hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg	PACERONE	2	MT; CG
dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg	TIKOSYN	2	
flecainide acetate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg		2	MT; CG
mexiletine hcl oral capsule 150 mg, 200 mg, 250 mg		2	MT; CG
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG		4	MT; QL (60 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
propafenone hcl er oral capsule extended release 12 hour 225 mg, 325 mg, 425 mg	RYTHMOL SR	2	MT; CG
propafenone hcl oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg		2	MT; CG
quinidine gluconate er oral tablet extended release 324 mg		2	MT; CG
quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg		2	MT; CG
sorine oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg		2	MT; CG
sotalol hcl (af) oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg	BETAPACE AF	2	MT; CG
sotalol hcl oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg		2	MT; CG
Dislipidémicos, Derivados De Acido Fíbrico			
fenofibrate micronized oral capsule 130 mg, 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg		1	MT; CG
fenofibrate oral tablet 145 mg, 48 mg	TRICOR	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
fenofibrate oral tablet 160 mg	TRIGLIDE	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
fenofibrate oral tablet 54 mg		1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
fenofibric acid oral capsule delayed release 135 mg, 45 mg	TRILIPIX	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
gemfibrozil oral tablet 600 mg	LOPID	1	MT; CG
Dislipidémicos, Inhibidores De La Reductasa De Hmg Coa			
atorvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg	LIPITOR	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
fluvastatin sodium oral capsule 20 mg		1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
fluvastatin sodium oral capsule 40 mg		1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
lovastatin oral tablet 10 mg		1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
lovastatin oral tablet 20 mg, 40 mg		1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
pravastatin sodium oral tablet 10 mg, 80 mg		1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
pravastatin sodium oral tablet 20 mg, 40 mg	PRAVACHOL	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
rosuvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg	CRESTOR	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg, 80 mg	ZOCOR	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
Dislipidémicos, Otros			
cholestyramine light oral powder 4 gm/dose	PREVALITE	2	MT; CG
colesevelam hcl oral packet 3.75 gm	WELCHOL	2	MT
colesevelam hcl oral tablet 625 mg	WELCHOL	2	MT
colestipol hcl oral packet 5 gm	COLESTID	2	MT; CG
colestipol hcl oral tablet 1 gm	COLESTID	2	MT; CG
ezetimibe oral tablet 10 mg	ZETIA	1	ST; MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
JUXTAPID ORAL CAPSULE 10 MG, 30 MG, 40 MG, 5 MG, 60 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
JUXTAPID ORAL CAPSULE 20 MG		5	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 1000 mg, 750 mg	NIASPAN	2	MT; QL (60 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 500 mg	NIASPAN	2	MT; QL (90 EA per 30 days)
NIACOR ORAL TABLET 500 MG		2	CG
omega-3-acid ethyl esters oral capsule 1 gm	LOVAZA	2	MT; CG; QL (120 EA per 30 days)
PRALUENT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 75 MG/ML		4	PA; QL (2 ML per 28 days)
PREVALITE ORAL PACKET 4 GM		2	MT; CG
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 420 MG/3.5ML		4	PA; QL (3.5 ML per 28 days)
REPATHA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 140 MG/ML		4	PA; QL (3 ML per 28 days)
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML		4	PA; QL (2 ML per 28 days)
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GM, 1 GM		4	MT; QL (120 EA per 30 days)
Diuréticos, Ahorradores De Potasio			
amiloride hcl oral tablet 5 mg		2	MT; CG
eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg	INSPRA	2	MT; CG
spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	ALDACTONE	1	MT; CG
Diuréticos, Asa De Henle			
bumetanide injection solution 0.25 mg/ml		2	
bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	BUMEX	2	MT; CG
furosemide injection solution 10 mg/ml		1	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
furosemide oral solution 10 mg/ml, 8 mg/ml		1	MT; CG
furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg	LASIX	1	MT; CG
torsemide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg		1	MT; CG
Diuréticos, Inhibidores De La Anhidrasa Carbónica			
acetazolamide er oral capsule extended release 12 hour 500 mg		2	MT; CG
acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg		2	MT; CG
methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg		2	MT; CG
Diuréticos, Tiazidas			
chlorothiazide oral tablet 250 mg, 500 mg		2	MT
chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg		2	MT; CG
hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg		1	MT; CG
hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg		1	MT; CG
indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg		1	MT; CG
irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg	AVALIDE	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
methyclothiazide oral tablet 5 mg		2	MT
metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg		2	MT; CG
Inhibidores Convertidor De La Enzima De Angiotensina (Ace)			
benazepril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	LOTENSIN	1	MT; CG
benazepril hcl oral tablet 5 mg		1	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg		1	MT; CG
enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg	VASOTEC	1	MT; CG
fosinopril sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg		1	MT; CG
lisinopril oral tablet 10 mg, 20 mg	PRINIVIL	1	MT; CG
lisinopril oral tablet 2.5 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg	ZESTRIL	1	MT; CG
moexipril hcl oral tablet 15 mg, 7.5 mg		1	MT; CG
perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg		1	MT; CG
quinapril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg	ACCUPRIL	1	MT; CG
ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	ALTACE	1	MT; CG
trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg		1	MT; CG
trandolapril oral tablet 4 mg	MAVIK	1	MT; CG
Vasodilatadores, Acción Directa En Arteria / Vena			
isosorbide dinitrate er oral tablet extended release 40 mg		2	MT
isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg		2	MT; CG
isosorbide dinitrate oral tablet 40 mg	ISORDIL TITRADOSE	5	
isosorbide dinitrate oral tablet 5 mg	ISORDIL TITRADOSE	2	MT; CG
isosorbide mononitrate er oral tablet extended release 24 hour 120 mg, 30 mg, 60 mg		1	MT; CG
isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg		1	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
NITRO-BID TRANSDERMAL OINTMENT 2 %		3	MT
NITRO-DUR TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 0.3 MG/HR, 0.8 MG/HR		4	MT
nitroglycerin sublingual tablet sublingual 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg	NITROSTAT	2	MT; CG
nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr	MINITRAN	2	MT; CG
RECTIV RECTAL OINTMENT 0.4 %		4	PA; QL (30 GM per 30 days)
Vasodilatadores, Acción Directa En Arteria			
hydralazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg		2	MT; CG
minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg		2	CG
Agentes Del Sistema Nervioso Central			
Agentes Del Sistema Nervioso Central, Otros			
estazolam oral tablet 1 mg, 2 mg		1	CG; QL (30 EA per 30 days)
NUEDEXTA ORAL CAPSULE 20-10 MG		4	PA
riluzole oral tablet 50 mg	RILUTEK	2	PA; CG
tetrabenazine oral tablet 12.5 mg	XENAZINE	5	PA; QL (240 EA per 30 days)
tetrabenazine oral tablet 25 mg	XENAZINE	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
Agentes Fibromialgia			
duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 20 mg, 30 mg, 60 mg	CYMBALTA	2	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 40 mg		2	MT; CG
LYRICA CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 165 MG, 330 MG, 82.5 MG		3	
pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 225 mg, 25 mg, 300 mg, 50 mg, 75 mg	LYRICA	2	MT
pregabalin oral solution 20 mg/ml	LYRICA	2	MT
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG		3	PA
SAVELLA TITRATION PACK ORAL 12.5 & 25 & 50 MG		3	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	2	PA; CG; 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	2	PA; CG; QL (30 EA per 30 days)
amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 10 mg	ADDERALL	2	PA; CG; QL (180 EA per 30 days)
amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 12.5 mg	ADDERALL	2	PA; CG; QL (144 EA per 30 days)
amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 15 mg	ADDERALL	2	PA; CG; QL (120 EA per 30 days)
amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 20 mg	ADDERALL	2	PA; CG; QL (90 EA per 30 days)
amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 30 mg	ADDERALL	2	PA; CG; QL (60 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 5 mg	ADDERALL	2	PA; CG; QL (360 EA per 30 days)
amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 7.5 mg	ADDERALL	2	PA; CG; QL (240 EA per 30 days)
dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg, 5 mg	ZENZEDI	2	PA; CG
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	2	CG; QL (60 EA per 30 days)
atomoxetine hcl oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg	STRATTERA	2	CG; QL (30 EA per 30 days)
guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg	INTUNIV	2	PA
METADATE ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 20 MG		2	QL (90 EA per 30 days)
methylphenidate hcl er oral tablet extended release 10 mg		2	CG; QL (90 EA per 30 days)
methylphenidate hcl er oral tablet extended release 20 mg	METADATE ER	2	CG; QL (90 EA per 30 days)
methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5ml	METHYLIN	2	CG; QL (900 ML per 30 days)
methylphenidate hcl oral solution 5 mg/5ml	METHYLIN	2	CG; QL (1800 ML per 30 days)
methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	RITALIN	2	CG; QL (180 EA per 30 days)
methylphenidate hcl oral tablet 20 mg	RITALIN	2	CG; 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 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG		5	PA; QL (14 EA per 28 days)
dalfampridine er oral tablet extended release 12 hour 10 mg	AMPYRA	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
GILENYA ORAL CAPSULE 0.5 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 20 mg/ml	GLATOPA	5	PA; QL (30 ML per 30 days)
glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 40 mg/ml	GLATOPA	5	PA; QL (12 ML per 28 days)
GLATOPA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MG/ML		5	PA; QL (30 ML per 30 days)
GLATOPA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/ML		5	PA; QL (12 ML per 28 days)
TECFIDERA ORAL 120 & 240 MG		5	PA; LA; QL (120 EA per 365 days)
TECFIDERA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 120 MG, 240 MG		5	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
Agentes Dermatológicos			
Agentes Dermatológicos			
acitretin oral capsule 10 mg, 25 mg	SORIATANE	2	PA
acitretin oral capsule 17.5 mg		5	PA
adapalene external cream 0.1 %	DIFFERIN	2	PA
adapalene external gel 0.1 %, 0.3 %	DIFFERIN	2	PA
adapalene external solution 0.1 %		2	PA
ammonium lactate external cream 12 %		2	
ammonium lactate external lotion 12 %	AL12	2	
AMNESTEEM ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 40 MG		2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
AVITA EXTERNAL CREAM 0.025 %		4	PA
AVITA EXTERNAL GEL 0.025 %		4	PA
benzoyl peroxide-erythromycin external gel 5-3 %	BENZAMYCIN	2	
betamethasone dipropionate external lotion 0.05 %		2	
calcipotriene external cream 0.005 %	DOVONEX	2	
calcipotriene external ointment 0.005 %	CALCITRENE	2	
calcipotriene external solution 0.005 %		2	
CLARAVIS ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG		2	
clotrimazole-betamethasone external cream 1-0.05 %		1	
diclofenac sodium transdermal gel 1 %	VOLTAREN	2	
doxepin hcl external cream 5 %	PRUDOXIN	2	
doxycycline hyclate oral capsule 50 mg		2	
doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg		2	
fluocinonide external cream 0.1 %	VANOS	2	
fluorouracil external cream 0.5 %	CARAC	3	
fluorouracil external cream 5 %	EFUDEX	2	
fluorouracil external solution 2 %, 5 %		2	
fluticasone propionate external cream 0.05 %		2	
fluticasone propionate external lotion 0.05 %	BESER	2	
fluticasone propionate external ointment 0.005 %		2	
imiquimod external cream 5 %	ALDARA	2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg		2	
isotretinoin oral capsule 30 mg		2	
methoxsalen rapid oral capsule 10 mg	OXSORALEN ULTRA	5	PA
MYORISAN ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG		2	
nystatin-triamcinolone external cream 100000-0.1 unit/gm-%		2	
nystatin-triamcinolone external ointment 100000-0.1 unit/gm-%		2	
podofilox external solution 0.5 %		2	
REGRANEX EXTERNAL GEL 0.01 %		5	PA; QL (30 GM per 30 days)
SANTYL EXTERNAL OINTMENT 250 UNIT/GM		4	
selenium sulfide external lotion 2.5 %		2	
SKYRIZI (150 MG DOSE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 75 MG/0.83ML		5	PA
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5ML		5	PA
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML		5	PA
tacrolimus external ointment 0.03 %, 0.1 %	PROTOPIC	2	PA
tazarotene external cream 0.1 %	TAZORAC	2	PA
TAZORAC EXTERNAL CREAM 0.05 %		4	PA
tretinoin external cream 0.025 %		2	PA
tretinoin external cream 0.05 %, 0.1 %	RETIN-A	2	PA
tretinoin external gel 0.01 %	RETIN-A	2	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
tretinoin external gel 0.025 %		2	PA
VALCHLOR EXTERNAL GEL 0.016 %		5	PA; LA
ZENATANE ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG		2	
Agentes Gastrointestinales			
Agentes Gastrointestinales, Otros			
CHOLBAM ORAL CAPSULE 250 MG, 50 MG		5	PA
diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5ml		2	PA
diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg	LOMOTIL	2	PA
GATTEX SUBCUTANEOUS KIT 5 MG		5	PA; LA
loperamide hcl oral capsule 2 mg	IMODIUM	2	
metoclopramide hcl oral solution 10 mg/10ml		2	
metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	REGLAN	1	
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG		3	
PROCTOZONE-HC EXTERNAL CREAM 2.5 %		2	
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 12 MG/0.6ML, 12 MG/0.6ML (0.6ML SYRINGE), 8 MG/0.4ML		5	PA
ursodiol oral capsule 300 mg	ACTIGALL	2	MT
ursodiol oral tablet 250 mg	URSO 250	2	MT
ursodiol oral tablet 500 mg	URSO FORTE	2	MT
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG		5	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
Agentes Síndrome Irritable Del Intestino			
alosetron hcl oral tablet 0.5 mg, 1 mg	LOTRONEX	5	PA
AMITIZA ORAL CAPSULE 24 MCG, 8 MCG		3	QL (60 EA per 30 days)
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG		4	PA; MT; QL (30 EA per 30 days)
mesalamine oral capsule delayed release 400 mg	DELZICOL	2	
Antagonista Del Receptor De Histamina 2 (H2)			
cimetidine hcl oral solution 300 mg/5ml		2	
cimetidine oral tablet 200 mg	TAGAMET HB	2	
cimetidine oral tablet 300 mg, 400 mg, 800 mg		2	
famotidine oral suspension reconstituted 40 mg/5ml		2	
famotidine oral tablet 20 mg, 40 mg	PEPCID	1	
nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg		2	
nizatidine oral solution 15 mg/ml		2	
Antiespasmódicos, Gastrointestinal			
dicyclomine hcl oral capsule 10 mg	BENTYL	2	PA
dicyclomine hcl oral solution 10 mg/5ml	BENTYL	2	PA
dicyclomine hcl oral tablet 20 mg	BENTYL	2	PA
glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg		2	
Inhibidores De La Bomba De Protones			
esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 20 mg	NEXIUM	2	CG; QL (30 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 40 mg	NEXIUM	2	CG; QL (30 EA per 30 days)
esomeprazole magnesium oral packet 10 mg, 20 mg, 40 mg	NEXIUM	2	CG; QL (30 EA per 30 days)
lansoprazole oral capsule delayed release 15 mg, 30 mg	PREVACID	1	CG; QL (30 EA per 30 days)
omeprazole oral capsule delayed release 10 mg	PRILOSEC	1	QL (30 EA per 30 days)
omeprazole oral capsule delayed release 20 mg	PRILOSEC	1	CG; QL (60 EA per 30 days)
omeprazole oral capsule delayed release 40 mg	PRILOSEC	1	CG; QL (30 EA per 30 days)
pantoprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg, 40 mg	PROTONIX	2	CG; QL (30 EA per 30 days)
Laxantes			
constulose oral solution 10 gm/15ml		2	
enulose oral solution 10 gm/15ml		2	
gavilyte-c oral solution reconstituted 240 gm		1	
gavilyte-g oral solution reconstituted 236 gm		1	
gavilyte-n with flavor pack oral solution reconstituted 420 gm		1	
generlac oral solution 10 gm/15ml		2	
golytely oral solution reconstituted 227.1 gm		3	
lactulose oral solution 10 gm/15ml		2	
nulytely with flavor packs oral solution reconstituted 420 gm		3	
peg 3350/electrolytes oral solution reconstituted 240 gm		1	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl oral solution reconstituted 420 gm		1	
peg-3350/electrolytes oral solution reconstituted 236 gm		1	
trilyte oral solution reconstituted 420 gm		1	
Protectores			
misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg	CYTOTEC	2	CG
sucralfate oral suspension 1 gm/10ml	CARAFATE	2	CG
sucralfate oral tablet 1 gm	CARAFATE	2	CG
Agentes Genitourinarios			
Agentes Genitourinarios, Otros			
bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg	URECHOLINE	2	CG
CIALIS ORAL TABLET 10 MG, 20 MG		1	ED; QL (4 EA per 30 days)
ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG		3	
LEVITRA ORAL TABLET 5 MG, 10 MG, 20 MG		1	ED; QL (4 EA per 30 days)
potassium citrate er oral tablet extended release 10 meq (1080 mg)	UROCIT-K 10	2	
potassium citrate er oral tablet extended release 15 meq (1620 mg)	UROCIT-K 15	2	
potassium citrate er oral tablet extended release 5 meq (540 mg)	UROCIT-K 5	2	
sildenafil oral tablet 25 mg, 50 mg, 100 mg	VIAGRA	1	ED; QL (4 EA per 30 days)
sodium phenylbutyrate oral powder 3 gm/tsp	BUPHENYL	5	PA
tadalafil oral tablet 10 mg, 20mg	CIALIS	1	ED; QL (4 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
vardenafil hcl oral tablet 2.5 mg,5 mg, 10 mg, 20 mg	LEVITRA	1	ED; QL (4 EA per 30 days)
VIAGRA ORAL TABLET 25 MG, 50 MG, 100 MG		1	ED; QL (4 EA per 30 days)
Agentes Hipertrofia Benigna De La Próstata			
alfuzosin hcl er oral tablet extended release 24 hour 10 mg	UROXATRAL	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg	CARDURA	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
doxazosin mesylate oral tablet 8 mg	CARDURA	1	MT; CG
dutasteride oral capsule 0.5 mg	AVODART	2	MT; CG
dutasteride-tamsulosin hcl oral capsule 0.5-0.4 mg	JALYN	2	MT; CG
finasteride oral tablet 5 mg	PROSCAR	2	MT; CG
prazosin hcl oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg	MINIPRESS	2	MT; CG
tamsulosin hcl oral capsule 0.4 mg	FLOMAX	1	MT; CG
terazosin hcl oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg		1	MT; CG
Antiespasmódicos, Urinarios			
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25 MG, 50 MG		4	ST; QL (30 EA per 30 days)
oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 10 mg	DITROPAN XL	2	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 15 mg		2	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 5 mg	DITROPAN XL	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5ml		1	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
oxybutynin chloride oral tablet 5 mg		1	MT; CG
solifenacin succinate oral tablet 10 mg, 5 mg	VESICARE	2	QL (30 EA per 30 days)
tolterodine tartrate er oral capsule extended release 24 hour 2 mg, 4 mg	DETROL LA	2	QL (30 EA per 30 days)
tolterodine tartrate oral tablet 1 mg, 2 mg	DETROL	2	
trospium chloride oral tablet 20 mg		2	CG; QL (60 EA per 30 days)
Enlazadores De Fósfato			
calcium acetate (phos binder) oral capsule 667 mg	PHOSLO	2	CG
calcium acetate (phos binder) oral tablet 667 mg	CALPHRON	2	CG; QL (360 EA per 30 days)
lanthanum carbonate oral tablet chewable 1000 mg, 500 mg, 750 mg	FOSRENOL	2	CG
sevelamer carbonate oral packet 0.8 gm	RENVELA	5	QL (540 EA per 30 days)
sevelamer carbonate oral packet 2.4 gm	RENVELA	5	QL (180 EA per 30 days)
sevelamer carbonate oral tablet 800 mg	RENVELA	2	QL (540 EA per 30 days)
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Adrenal)			
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Adrenal)			
alclometasone dipropionate external cream 0.05 %		2	
alclometasone dipropionate external ointment 0.05 %		2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
betamethasone dipropionate aug external cream 0.05 %	DIPROLENE AF	2	
betamethasone dipropionate aug external gel 0.05 %		2	
betamethasone dipropionate aug external lotion 0.05 %		2	
betamethasone dipropionate aug external ointment 0.05 %	DIPROLENE	2	
betamethasone dipropionate external cream 0.05 %		2	
betamethasone dipropionate external ointment 0.05 %		2	
betamethasone valerate external cream 0.1 %		2	
betamethasone valerate external lotion 0.1 %		2	
betamethasone valerate external ointment 0.1 %		2	
cortisone acetate oral tablet 25 mg		2	
desonide external cream 0.05 %	DESOWEN	2	
desonide external lotion 0.05 %		2	
desonide external ointment 0.05 %		2	
desoximetasone external cream 0.05 %, 0.25 %	TOPICORT	2	
desoximetasone external gel 0.05 %	TOPICORT	2	
desoximetasone external liquid 0.25 %	TOPICORT SPRAY	2	
desoximetasone external ointment 0.05 %, 0.25 %	TOPICORT	2	
fludrocortisone acetate oral tablet 0.1 mg		2	
fluocinolone acetonide external cream 0.01 %		2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
fluocinolone acetonide external cream 0.025 %	SYNALAR	2	
fluocinolone acetonide external ointment 0.025 %	SYNALAR	2	
fluocinolone acetonide external solution 0.01 %	SYNALAR	2	
fluocinolone acetonide otic oil 0.01 %	FLAC	2	
fluocinolone acetonide scalp external oil 0.01 %	DERMA-SMOOTHE/FS SCALP	2	
fluocinonide emulsified base external cream 0.05 %		2	
fluocinonide external cream 0.1 %	VANOS	2	
fluocinonide external gel 0.05 %		2	
fluocinonide external ointment 0.05 %		2	
fluocinonide external solution 0.05 %		2	
fluticasone propionate external cream 0.05 %		2	
fluticasone propionate external lotion 0.05 %	BESER	2	
fluticasone propionate external ointment 0.005 %		2	
halobetasol propionate external cream 0.05 %		2	
halobetasol propionate external ointment 0.05 %		2	
hydrocortisone butyrate external cream 0.1 %		2	
hydrocortisone butyrate external ointment 0.1 %		2	
hydrocortisone butyrate external solution 0.1 %		2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
hydrocortisone external cream 1 %		1	
hydrocortisone external cream 2.5 %		1	
hydrocortisone external lotion 2.5 %		2	
hydrocortisone external ointment 1 %		1	
hydrocortisone external ointment 2.5 %		1	
hydrocortisone oral tablet 10 mg	CORTEF	2	
hydrocortisone valerate external cream 0.2 %		2	
hydrocortisone valerate external ointment 0.2 %		2	
methylprednisolone oral tablet therapy pack 4 mg	MEDROL	2	
mometasone furoate external cream 0.1 %		2	
mometasone furoate external ointment 0.1 %		2	
mometasone furoate external solution 0.1 %		2	
prednisolone sodium phosphate oral solution 10 mg/5ml, 20 mg/5ml		2	
PROCTO-PAK EXTERNAL CREAM 1 *%*		2	
PROCTOZONE-HC EXTERNAL CREAM 2.5 *%*		2	
triamcinolone acetonide external cream 0.025 %		2	
triamcinolone acetonide external cream 0.1 %, 0.5 %		2	
triamcinolone acetonide external lotion 0.025 %, 0.1 %		2	
triamcinolone acetonide external ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %		2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
triderm external cream 0.1 %		2	
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Modificadores/Hormonas Sexuales)			
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Modificadores/Hormonas Sexuales)			
ALTAVERA ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG		2	MT; CG
APRI ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG		2	MT; CG
ARANELLE ORAL TABLET 0.5/1/0.5-35 MG-MCG		2	MT; CG
AUBRA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG		2	MT; CG
AVIANE ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG		2	MT; CG
BALZIVA ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG		2	
briellyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg	BALZIVA	2	
CRYSELLE-28 ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG		2	MT; CG
CYCLAFEM 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG		2	MT; CG
CYCLAFEM 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG		2	MT; CG
DEBLITANE ORAL TABLET 0.35 MG		2	MT; CG
DELYLA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG		2	MT

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)	KARIVA	2	MT; CG
desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-30 mg-mcg	APRI	2	MT
drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.03 mg	OCELLA	2	MT; CG
EMOQUETTE ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG		2	MT; CG
ENPRESSE-28 ORAL TABLET 50-30/75-40/ 125-30 MCG		2	MT; CG
ENSKYCE ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG		2	MT; CG
estradiol valerate intramuscular oil 40 mg/ml	DELESTROGEN	2	
ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg	KELNOR 1/35	2	MT; CG
FALMINA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG		2	MT; CG
FYAVOLV ORAL TABLET 0.5-2.5 MG-MCG, 1-5 MG-MCG		2	PA
GIANVI ORAL TABLET 3-0.02 MG		2	MT; CG
INCASSIA ORAL TABLET 0.35 MG		2	MT; CG
INTROVALE ORAL TABLET 0.15-0.03 MG		2	MT
ISIBLOOM ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG		2	MT; CG
JUNEL 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG		2	MT; CG
JUNEL 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG		2	MT; CG
JUNEL FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG		2	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
JUNEL FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG		2	MT; CG
KARIVA ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)		2	MT; CG
KELNOR 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG		2	MT; CG
KELNOR 1/50 ORAL TABLET 1-50 MG-MCG		2	MT; CG
KURVELO ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG		2	MT; CG
LARIN 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG		2	MT; CG
LARIN 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG		2	MT; CG
LARIN FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG		2	MT; CG
LARIN FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG		2	MT; CG
LEENA ORAL TABLET 0.5/1/0.5-35 MG-MCG		2	MT; CG
LESSINA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG		2	MT; CG
LEVONEST ORAL TABLET 50-30/75-40/ 125-30 MCG		2	MT; CG
levonorgest-eth estrad 91-day oral tablet 0.15-0.03 mg	INTROVALE	2	MT
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.15-30 mg-mcg	ALTAVERA	2	MT; CG
LEVORA 0.15/30 (28) ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG		2	MT; CG
LORYNA ORAL TABLET 3-0.02 MG		2	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
LOW-OGESTREL ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG		2	MT; CG
LUTERA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG		2	MT; CG
marlissa oral tablet 0.15-30 mg-mcg		2	MT; CG
MICROGESTIN 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG		2	MT; CG
MICROGESTIN 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG		2	MT; CG
MICROGESTIN FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG		2	MT; CG
MICROGESTIN FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG		2	MT; CG
NECON 0.5/35 (28) ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG		2	MT; CG
NIKKI ORAL TABLET 3-0.02 MG		2	MT; CG
NORA-BE ORAL TABLET 0.35 MG		2	MT; CG
NORLYROC ORAL TABLET 0.35 MG		2	MT
NORTREL 0.5/35 (28) ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG		2	MT; CG
NORTREL 1/35 (21) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG		2	MT; CG
NORTREL 1/35 (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG		2	MT; CG
NORTREL 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG		2	MT; CG
NUVARING VAGINAL RING 0.12-0.015 MG/24HR		4	
OCELLA ORAL TABLET 3-0.03 MG		2	MT; CG
ORSYTHIA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG		2	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
PIMTREA ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)		2	MT; CG
PIRMELLA 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG		2	MT; CG
PORTIA-28 ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG		2	MT; CG
PREMPRO ORAL TABLET 0.3-1.5 MG, 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG		3	PA
PREVIFEM ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG		2	MT; CG
RECLIPSEN ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG		2	MT; CG
SHAROBEL ORAL TABLET 0.35 MG		2	MT; CG
SPRINTEC 28 ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG		2	MT; CG
SRONYX ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG		2	MT; CG
TARINA FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG		2	MT; CG
TRI-LEGEST FE ORAL TABLET 1-20/1-30/1-35 MG-MCG		2	
TRI-PREVIFEM ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG		2	MT; CG
TRI-SPRINTEC ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG		2	MT; CG
TRIVORA (28) ORAL TABLET 50-30/75-40/ 125-30 MCG		2	MT; CG
VELIVET ORAL TABLET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG		2	
VYFEMLA ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG		2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
ZOVIA 1/35E (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG		2	MT; CG
Agentes Modificadores Del Receptor Selectivo De Estrógeno			
OSPHENA ORAL TABLET 60 MG		4	
raloxifene hcl oral tablet 60 mg	EVISTA	2	MT; CG
Andrógenos			
ANDRODERM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 2 MG/24HR, 4 MG/24HR		4	PA; QL (30 EA per 30 days)
danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg		2	
testosterone cypionate intramuscular solution 100 mg/ml, 200 mg/ml	DEPO-TESTOSTERONE	2	
testosterone enanthate intramuscular solution 200 mg/ml		2	
testosterone transdermal gel 12.5 mg/act (1%)	VOGELXO PUMP	2	PA; MT; QL (300 GM per 30 days)
testosterone transdermal gel 25 mg/2.5gm (1%), 50 mg/5gm (1%)	ANDROGEL	2	PA; MT; QL (300 GM per 30 days)
Esteroides Anabólicos			
ANADROL-50 ORAL TABLET 50 MG		5	PA
oxandrolone oral tablet 10 mg		5	PA; QL (60 EA per 30 days)
oxandrolone oral tablet 2.5 mg		2	PA; QL (60 EA per 30 days)
Estrógenos			
estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	ESTRACE	2	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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	2	PA
estradiol vaginal cream 0.1 mg/gm	ESTRACE	2	
estradiol vaginal tablet 10 mcg	VAGIFEM	2	
estradiol valerate intramuscular oil 20 mg/ml	DELESTROGEN	2	
marlissa oral tablet 0.15-30 mg-mcg		2	MT; CG
MENEST ORAL TABLET 0.3 MG, 0.625 MG, 1.25 MG		2	PA
PREMARIN ORAL TABLET 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG		3	PA
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GM		3	
Progestina			
CAMILA ORAL TABLET 0.35 MG		2	MT; CG
DEPO-PROVERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 400 MG/ML		4	PA
ERRIN ORAL TABLET 0.35 MG		2	MT; CG
LYZA ORAL TABLET 0.35 MG		2	MT; CG
marlissa oral tablet 0.15-30 mg-mcg		2	MT; CG
medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension 150 mg/ml	DEPO-PROVERA	2	QL (1 ML per 90 days)
medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension prefilled syringe 150 mg/ml	DEPO-PROVERA	2	QL (1 ML per 90 days)
medroxyprogesterone acetate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	PROVERA	1	MT; CG
megestrol acetate oral suspension 40 mg/ml		2	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
megestrol acetate oral suspension 625 mg/5ml		2	PA; MT
megestrol acetate oral tablet 20 mg, 40 mg		2	PA
norethindrone acetate oral tablet 5 mg	AYGESTIN	2	MT; CG
norethindrone oral tablet 0.35 mg		2	MT; CG
progesterone micronized oral capsule 100 mg, 200 mg	PROMETRIUM	1	MT; CG
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Pituitaria)			
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Pituitaria)			
desmopressin ace spray refrig nasal solution 0.01 %		2	
desmopressin acetate oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg	DDAVP	2	MT; CG
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/4ML		5	PA; LA
NORDITROPIN FLEXPRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/1.5ML, 15 MG/1.5ML, 5 MG/1.5ML		5	PA
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Prostaglandinas)			
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Prostaglandinas)			
misoprostol oral tablet 200 mcg	CYTOTEC	2	CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Tiroides)			
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Tiroides)			
euthyrox oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg		1	MT; CG
levo-t oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg		1	MT; CG
levothyroxine sodium oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg		1	MT; CG
levothyroxine sodium oral tablet 300 mcg		1	MT; CG
LEVOXYL ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG		2	MT; CG
liothyronine sodium oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg	CYTOMEL	2	MT; CG
SYNTHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG		3	MT
unithroid oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg		2	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
Agentes Hormonales, Supresores (Adrenal)			
Agentes Hormonales, Supresores (Adrenal)			
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG		3	
Agentes Hormonales, Supresores (Pituitaria)			
Agentes Hormonales, Supresores (Pituitaria)			
bromocriptine mesylate oral capsule 5 mg	PARLODEL	2	MT; CG
bromocriptine mesylate oral tablet 2.5 mg	PARLODEL	2	MT; CG
cabergoline oral tablet 0.5 mg		2	QL (20 EA per 30 days)
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 22.5 MG, 30 MG, 45 MG, 7.5 MG		4	PA
leuprolide acetate injection kit 1 mg/0.2ml		2	PA
LUPANETA PACK COMBINATION KIT 11.25 & 5 MG		5	PA; QL (1 EA per 84 days)
LUPANETA PACK COMBINATION KIT 3.75 & 5 MG		5	PA; QL (1 EA per 28 days)
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 3.75 MG, 7.5 MG		5	PA
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 22.5 MG		5	PA
LUPRON DEPOT (4-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 30 MG		5	PA
LUPRON DEPOT (6-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 45 MG		5	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 50 mcg/ml	SANDOSTATIN	2	PA
octreotide acetate injection solution 1000 mcg/ml		5	PA
octreotide acetate injection solution 200 mcg/ml		2	PA
octreotide acetate injection solution 500 mcg/ml	SANDOSTATIN	5	PA
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML, 0.6 MG/ML, 0.9 MG/ML		5	PA; LA
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/0.5ML, 60 MG/0.2ML, 90 MG/0.3ML		5	PA
SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG		5	PA; LA
SYNAREL NASAL SOLUTION 2 MG/ML		5	PA
TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 11.25 MG, 22.5 MG, 3.75 MG		5	PA
Agentes Hormonales, Supresores (Tiroides)			
Agentes Antitiroides			
methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg	TAPAZOLE	2	MT; CG
propylthiouracil oral tablet 50 mg		2	MT; CG
Agentes Inmunológicos			
Agentes Inmunizantes, Pasivos			

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
BIVIGAM INTRAVENOUS SOLUTION 5 GM/50ML		5	PA
GAMMAGARD INJECTION SOLUTION 2.5 GM/25ML		5	PA
GAMMAGARD S/D LESS IGA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 GM, 5 GM		5	PA
GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 20 GM/200ML, 5 GM/50ML		5	PA
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML		5	PA
PRIVIGEN INTRAVENOUS SOLUTION 20 GM/200ML		5	PA
Agentes Para Angioedema			
CINRYZE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 500 UNIT		5	PA
icatibant acetate subcutaneous solution 30 mg/3ml	FIRAZYR	5	PA; QL (18 ML per 30 days)
Inmunomoduladores			
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 2000000 UNIT/0.5ML		5	PA; LA
ARCALYST SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 220 MG		5	PA
leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg	ARAVA	2	CG; QL (30 EA per 30 days)
Inmunosupresores			
AFINITOR DISPERZ ORAL TABLET SOLUBLE 2 MG, 3 MG, 5 MG		5	PA
azathioprine oral tablet 50 mg	IMURAN	2	PA; MT

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/ML		5	PA
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/ML		5	PA
cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg	GENGRAF	2	PA; MT; CG
cyclosporine modified oral capsule 50 mg		2	PA; MT; CG
cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml	GENGRAF	2	PA; MT; CG
cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg	SANDIMMUNE	2	PA; MT; CG
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 50 MG/ML		5	PA; QL (8 ML per 28 days)
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MG/0.5ML, 50 MG/ML		5	PA; QL (8 ML per 28 days)
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 25 MG		5	PA; QL (8 EA per 28 days)
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 50 MG/ML		5	PA; QL (8 ML per 28 days)
everolimus oral tablet 0.25 mg	ZORTRESS	4	PA
everolimus oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg	ZORTRESS	5	PA
GENGRAF ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG		2	PA; MT; CG
GENGRAF ORAL SOLUTION 100 MG/ML		2	PA; MT; CG
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 40 MG/0.8ML (6 PACK)		5	PA; QL (6 EA per 28 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 40 MG/0.8ML, 80 MG/0.8ML		5	PA; QL (3 EA per 28 days)
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML		5	PA; QL (2 EA per 28 days)
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML		5	PA; QL (6 EA per 28 days)
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML		5	PA; QL (6 EA per 30 days)
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML		5	PA; QL (3 EA per 28 days)
HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS START SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML		5	PA; QL (4 EA per 28 days)
HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS START SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML		5	PA; QL (3 EA per 28 days)
HUMIRA SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 10 MG/0.1ML, 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML		5	PA; QL (6 EA per 28 days)
HUMIRA SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 10 MG/0.2ML, 20 MG/0.4ML		5	PA; QL (2 EA per 28 days)
HUMIRA SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 20 MG/0.2ML		5	PA; QL (12 EA per 28 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
mercaptopurine oral tablet 50 mg		2	CG
methotrexate oral tablet 2.5 mg		2	PA; MT; CG
methotrexate sodium (pf) injection solution 50 mg/2ml		2	PA
methotrexate sodium injection solution 50 mg/2ml		2	PA
mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg	CELLCEPT	2	PA; MT; CG
mycophenolate mofetil oral suspension reconstituted 200 mg/ml	CELLCEPT	5	PA
mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg	CELLCEPT	2	PA; MT; CG
mycophenolate sodium oral tablet delayed release 180 mg	MYFORTIC	2	PA; MT
mycophenolate sodium oral tablet delayed release 360 mg	MYFORTIC	2	PA
NEORAL ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG		3	PA; MT
NEORAL ORAL SOLUTION 100 MG/ML		3	PA; MT
PROGRAF ORAL PACKET 0.2 MG, 1 MG		4	PA
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 15 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
SANDIMMUNE ORAL SOLUTION 100 MG/ML		3	PA; MT
sirolimus oral solution 1 mg/ml	RAPAMUNE	5	PA
sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg	RAPAMUNE	2	PA; CG
sirolimus oral tablet 2 mg	RAPAMUNE	5	PA
tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg	PROGRAF	2	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML		4	PA
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG		5	PA; QL (60 EA per 30 days)
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 11 MG, 22 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
ZORTRESS ORAL TABLET 1 MG		5	PA
Vacunas			
ACTHIB INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED		3	
ADACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2-15.5 (PREFILLED SYRINGE), 5-2-15.5 LF-MCG/0.5		3	
bcg vaccine injection injectable		3	
BEXSERO INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE		3	
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2.5-18.5 , 5-2.5-18.5 (0.5ML SYRINGE)		3	
DAPTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 23-15-5		3	
diphtheria-tetanus toxoids dt intramuscular suspension 25-5 lfu/0.5ml		3	PA
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION 10 MCG/0.5ML, 20 MCG/ML		3	PA
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION		3	
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE		3	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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		3	
HIBERIX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10 MCG		3	
IMOVAX RABIES INTRAMUSCULAR INJECTABLE 2.5 UNIT/ML		3	
INFANRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25-58-10		3	
IPOL INJECTION INJECTABLE		3	
IXIARO INTRAMUSCULAR SUSPENSION		3	
KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION , INJECTION 0.5 ML		3	
MENACTRA INTRAMUSCULAR INJECTABLE		3	
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED		3	
M-M-R II INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED		3	
PEDIARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION		3	
PEDVAX HIB INTRAMUSCULAR SUSPENSION 7.5 MCG/0.5ML		3	
PROQUAD SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED		3	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION		3	
RABAVERT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED		3	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION 10 MCG/ML, 10 MCG/ML (1ML SYRINGE), 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML		3	PA
ROTARIX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED		3	
ROTATEQ ORAL SOLUTION		3	
SHINGRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MCG/0.5ML		3	
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF/0.5ML		3	PA
TENIVAC INTRAMUSCULAR INJECTABLE 5-2 LFU		3	PA
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE		3	
TWINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 720-20 ELU-MCG/ML		3	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5ML, 25 MCG/0.5ML (0.5ML SYRINGE)		3	
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5ML, 25 UNIT/0.5ML 0.5 ML, 50 UNIT/ML, 50 UNIT/ML 1 ML		3	
VARIVAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE 1350 PFU/0.5ML		3	
VARIZIG INTRAMUSCULAR SOLUTION 125 UNIT/1.2ML		3	
YF-VAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE		3	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
ZOSTAVAX SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED 19400 UNT/0.65ML		3	QL (1 EA per 999 days)
Agentes Oftálmicos			
Agentes Oftálmicos Para Alergia			
azelastine hcl ophthalmic solution 0.05 %		2	
BEPREVE OPHTHALMIC SOLUTION 1.5 %		3	
cromolyn sodium ophthalmic solution 4 %		1	
LASTACAFT OPHTHALMIC SOLUTION 0.25 %		4	
olopatadine hcl ophthalmic solution 0.2 %	PATADAY	2	
PAZEO OPHTHALMIC SOLUTION 0.7 %		3	
Agentes Oftálmicos Para Glaucoma			
acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg		2	MT; CG
ALPHAGAN P OPHTHALMIC SOLUTION 0.1 %		3	MT
AZOPT OPHTHALMIC SUSPENSION 1 %		3	MT
betaxolol hcl ophthalmic solution 0.5 %		2	MT; CG
BETOPTIC-S OPHTHALMIC SUSPENSION 0.25 %		3	MT
bimatoprost ophthalmic solution 0.03 %		2	MT; CG; QL (5 ML per 30 days)
brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.15 %	ALPHAGAN P	2	MT
brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.2 %		2	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
carteolol hcl ophthalmic solution 1 %		2	MT; CG
COMBIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.2-0.5 %		3	MT
dorzolamide hcl ophthalmic solution 2 %	TRUSOPT	2	MT; CG
dorzolamide hcl-timolol mal ophthalmic solution 22.3-6.8 mg/ml	COSOPT	2	MT; CG
dorzolamide hcl-timolol mal pf ophthalmic solution 2-0.5 %	COSOPT PF	2	MT; CG
levobunolol hcl ophthalmic solution 0.5 %		2	MT; CG
methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg		2	MT; CG
PHOSPHOLINE IODIDE OPHTHALMIC SOLUTION RECONSTITUTED 0.125 %		4	MT
pilocarpine hcl ophthalmic solution 1 %, 2 %, 4 %	ISOPTO CARPINE	2	MT
SIMBRINZA OPHTHALMIC SUSPENSION 1-0.2 %		3	MT
timolol maleate ophthalmic gel forming solution 0.25 %, 0.5 %	TIMOPTIC-XE	2	CG
timolol maleate ophthalmic solution 0.25 %, 0.5 %	TIMOPTIC	1	MT; CG
Agentes Oftálmicos Para La Inflamación			
ALREX OPHTHALMIC SUSPENSION 0.2 %		3	
dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution 0.1 %		2	
diclofenac sodium ophthalmic solution 0.1 %		2	
DUREZOL OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %		3	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
fluorometholone ophthalmic suspension 0.1 %	FML LIQUIFILM	2	
flurbiprofen sodium ophthalmic solution 0.03 %		2	
FML OPHTHALMIC OINTMENT 0.1 %		3	
ILEVRO OPHTHALMIC SUSPENSION 0.3 %		3	
ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.4 %	ACULAR LS	2	
ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.5 %	ACULAR	2	
LOTEMAX OPHTHALMIC GEL 0.5 %		3	
LOTEMAX SM OPHTHALMIC GEL 0.38 %		3	
loteprednol etabonate ophthalmic suspension 0.5 %	LOTEMAX	2	
MAXIDEX OPHTHALMIC SUSPENSION 0.1 %		3	
prednisolone acetate ophthalmic suspension 1 %	PRED FORTE	2	
prednisolone sodium phosphate ophthalmic solution 1 %		2	
Agentes Oftálmicos, Otros			
atropine sulfate ophthalmic solution 1 %	ISOPTO ATROPINE	1	CG
CYSTARAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.44 %		5	LA; QL (60 ML per 30 days)
proparacaine hcl ophthalmic solution 0.5 %	ALCAINE	2	
RESTASIS OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %		3	MT; QL (60 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
sulfacetamide sodium ophthalmic ointment 10 %		2	
Agentes Oftálmicos			
bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment 500-10000 unit/gm	POLYCIN	2	
bacitra-neomycin-polymyxin-hc ophthalmic ointment 1 %	NEO-POLYCIN HC	2	
BLEPHAMIDE S.O.P. OPHTHALMIC OINTMENT 10-0.2 %		4	
neomycin-bacitracin zn-polymyx ophthalmic ointment 5-400-10000	NEO-POLYCIN	2	
neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic ointment 3.5-10000-0.1	MAXITROL	2	
neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic suspension 3.5-10000-0.1	MAXITROL	2	
neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic solution 1.75-10000-.025		2	
neomycin-polymyxin-hc ophthalmic suspension 3.5-10000-1		2	
polymyxin b-trimethoprim ophthalmic solution 10000-0.1 unit/ml-%	POLYTRIM	2	
sulfacetamide sodium ophthalmic ointment 10 %		2	
sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution 10-0.23 %		2	
tobramycin-dexamethasone ophthalmic suspension 0.3-0.1 %	TOBRADEX	2	
Prostaglandinas Oftálmicas Y Análogos De Prostamida			
bimatoprost ophthalmic solution 0.03 %		2	MT; CG; QL (5 ML per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
latanoprost ophthalmic solution 0.005 %	XALATAN	1	MT; CG; QL (2.5 ML per 25 days)
LUMIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.01 %		3	MT; QL (2.5 ML per 25 days)
travoprost (bak free) ophthalmic solution 0.004 %	TRAVATAN Z	2	MT; CG; QL (2.5 ML per 25 days)
Agentes Orales Y Dentales			
Agentes Orales Y Dentales			
cevimeline hcl oral capsule 30 mg	EVOXAC	2	
chlorhexidine gluconate mouth/throat solution 0.12 %	PAROEX	1	
doxycycline hyclate oral capsule 100 mg	MORGIDOX	2	
doxycycline hyclate oral capsule 50 mg		2	
doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg		2	
doxycycline hyclate oral tablet 150 mg, 75 mg	ACTICLATE	2	
doxycycline monohydrate oral tablet 150 mg, 50 mg, 75 mg		2	
minocycline hcl oral capsule 100 mg	MINOCIN	2	
minocycline hcl oral capsule 50 mg, 75 mg		2	
pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg	SALAGEN	2	
triamcinolone acetonide mouth/throat paste 0.1 %	ORALONE	2	
Agentes Oticos			
Agentes Oticos			
CIPRODEX OTIC SUSPENSION 0.3-0.1 %		3	
FLAC OTIC OIL 0.01 %		2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
hydrocortisone-acetic acid otic solution 1-2 %	ACETASOL HC	2	
neomycin-polymyxin-hc otic solution 1 %		2	
neomycin-polymyxin-hc otic suspension 3.5-10000-1		2	
Agentes Para El Desórden Del Sueño			
Agentes Para El Desórden Del Sueño, Otros			
armodafinil oral tablet 150 mg	NUVIGIL	2	PA; QL (60 EA per 30 days)
armodafinil oral tablet 200 mg, 250 mg	NUVIGIL	2	PA; QL (30 EA per 30 days)
armodafinil oral tablet 50 mg	NUVIGIL	2	PA; QL (150 EA per 30 days)
HETLIOZ ORAL CAPSULE 20 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
modafinil oral tablet 100 mg, 200 mg	PROVIGIL	2	PA; CG; QL (30 EA per 30 days)
ramelteon oral tablet 8 mg	ROZEREM	2	QL (30 EA per 30 days)
XYREM ORAL SOLUTION 500 MG/ML		5	PA; LA; 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	2	CG; QL (30 EA per 30 days)
zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg		2	PA; QL (30 EA per 30 days)
zolpidem tartrate er oral tablet extended release 12.5 mg, 6.25 mg	AMBIEN CR	2	PA; QL (30 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
zolpidem tartrate oral tablet 10 mg, 5 mg	AMBIEN	2	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		1	
naloxone hcl injection solution auto-injector 2 mg/0.4ml		1	
naloxone hcl injection solution cartridge 0.4 mg/ml		1	
naloxone hcl injection solution prefilled syringe 2 mg/2ml		1	
NARCAN NASAL LIQUID 4 MG/0.1ML		3	
Agentes Para Sesación De Fumar			
bupropion hcl er (smoking det) oral tablet extended release 12 hour 150 mg		2	
CHANTIX CONTINUING MONTH PAK ORAL TABLET 1 MG		4	PA; QL (56 EA per 28 days)
CHANTIX ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG		4	PA; QL (60 EA per 30 days)
CHANTIX STARTING MONTH PAK ORAL TABLET 0.5 MG X 11 & 1 MG X 42		4	PA
NICOTROL INHALATION INHALER 10 MG		3	
NICOTROL NS NASAL SOLUTION 10 MG/ML		3	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
Disuadores De Alcohol / Medicamentos Para Controlar El Deseo			
acamprosate calcium oral tablet delayed release 333 mg		2	
disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg	ANTABUSE	2	
Tratamiento Dependencia De Opioides			
buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg		1	
buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 8 mg		1	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	1	QL (60 EA per 30 days)
buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 2-0.5 mg, 8-2 mg		1	QL (120 EA per 30 days)
naltrexone hcl oral tablet 50 mg		2	
Agentes Para El Tratamiento De La Espasticidad			
Agentes Para El Tratamiento De La Espasticidad			
baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg		2	
dantrolene sodium oral capsule 100 mg		2	
dantrolene sodium oral capsule 25 mg, 50 mg	DANTRIUM	2	
Agentes Para El Tratamiento De La Migraña			

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
Agonistas Del Receptor De Serotonina (5-Ht) 1B/1D			
eletriptan hydrobromide oral tablet 20 mg, 40 mg	RELPAX	2	QL (9 EA per 30 days)
naratriptan hcl oral tablet 1 mg, 2.5 mg	AMERGE	2	QL (12 EA per 28 days)
rizatriptan benzoate oral tablet 10 mg	MAXALT	2	QL (18 EA per 28 days)
rizatriptan benzoate oral tablet 5 mg		2	QL (18 EA per 28 days)
rizatriptan benzoate oral tablet dispersible 10 mg	MAXALT-MLT	2	QL (18 EA per 28 days)
rizatriptan benzoate oral tablet dispersible 5 mg		2	QL (18 EA per 28 days)
sumatriptan nasal solution 20 mg/act	IMITREX	2	QL (12 EA per 28 days)
sumatriptan nasal solution 5 mg/act	IMITREX	2	QL (24 EA per 28 days)
sumatriptan succinate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	IMITREX	2	QL (9 EA per 28 days)
sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge 4 mg/0.5ml	IMITREX STATDOSE REFILL	2	QL (9 ML per 28 days)
sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge 6 mg/0.5ml	IMITREX STATDOSE REFILL	2	QL (6 ML per 28 days)
sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5ml	IMITREX	2	QL (6 ML per 28 days)
sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 4 mg/0.5ml, 6 mg/0.5ml	IMITREX STATDOSE SYSTEM	2	QL (6 ML per 28 days)
sumatriptan succinate subcutaneous solution prefilled syringe 6 mg/0.5ml		2	QL (6 ML per 28 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
zolmitriptan oral tablet 2.5 mg, 5 mg	ZOMIG	2	QL (12 EA per 28 days)
zolmitriptan oral tablet dispersible 2.5 mg, 5 mg	ZOMIG ZMT	2	QL (12 EA per 28 days)
Alcaloides De Ergotamina			
dihydroergotamine mesylate nasal solution 4 mg/ml	MIGRANAL	2	
MIGERGOT RECTAL SUPPOSITORY 2-100 MG		5	
Profilácticos			
AIMOVIG SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML		4	PA; QL (1 ML per 30 days)
AIMOVIG SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 70 MG/ML		4	PA; QL (2 ML per 30 days)
divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 500 mg	DEPAKOTE ER	2	MT; CG
divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle 125 mg	DEPAKOTE SPRINKLES	2	MT; CG
divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg, 500 mg	DEPAKOTE	2	MT; CG
timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg		2	MT; CG
topiramate oral capsule sprinkle 15 mg, 25 mg	TOPAMAX SPRINKLE	2	MT; CG
topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	TOPAMAX	2	MT; CG
valproic acid oral capsule 250 mg		2	MT; CG
valproic acid oral solution 250 mg/5ml		2	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
Agentes Para El Tratamiento De Parkinson			
Agentes Para El Tratamiento De Parkinson, Otros			
amantadine hcl oral capsule 100 mg		2	CG
amantadine hcl oral syrup 50 mg/5ml		2	MT; CG
amantadine hcl oral tablet 100 mg		2	CG
carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 12.5-50-200 mg	STALEVO 50	2	MT; CG
carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 18.75-75-200 mg	STALEVO 75	2	MT; CG
carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 25-100-200 mg	STALEVO 100	2	MT; CG
carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 31.25-125-200 mg	STALEVO 125	2	MT; CG
carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 37.5-150-200 mg	STALEVO 150	2	MT; CG
carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 50-200-200 mg	STALEVO 200	2	MT; CG
entacapone oral tablet 200 mg	COMTAN	2	CG
Antagonistas De Dopamina			
APOKYN SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 30 MG/3ML		5	LA
bromocriptine mesylate oral capsule 5 mg	PARLODEL	2	MT; CG
bromocriptine mesylate oral tablet 2.5 mg	PARLODEL	2	MT; CG
NEUPRO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 1 MG/24HR, 2 MG/24HR, 3 MG/24HR, 4 MG/24HR, 6 MG/24HR, 8 MG/24HR		4	QL (30 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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	2	MT; CG
pramipexole dihydrochloride oral tablet 0.125 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg	MIRAPEX	2	MT; CG
pramipexole dihydrochloride oral tablet 0.25 mg, 1.5 mg		2	MT; CG
ropinirole hcl er oral tablet extended release 24 hour 12 mg, 6 mg	REQUIP XL	2	MT; CG
ropinirole hcl er oral tablet extended release 24 hour 2 mg, 4 mg, 8 mg		2	MT; CG
ropinirole hcl oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg		2	MT; CG
Anticolinérgicos			
benztropine mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg		2	PA; CG
trihexyphenidyl hcl oral solution 0.4 mg/ml		2	PA; CG
trihexyphenidyl hcl oral tablet 2 mg, 5 mg		2	PA; CG
Inhibidores De Monoamino Oxidasa B (Mao-B)			
rasagiline mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg	AZILECT	2	MT; CG
selegiline hcl oral capsule 5 mg		2	MT; CG
selegiline hcl oral tablet 5 mg		2	MT; CG
Precursores De Dopamina /Inhibidores De Decarboxilasa E L-Amino Acido			
carbidopa-levodopa er oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg		2	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg	SINEMET	2	MT; CG
carbidopa-levodopa oral tablet dispersible 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg		2	MT; CG
Agentes Para La Enfermedad Inflamatoria Intestinal			
Aminosalicilatos			
APRISO ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.375 GM		4	MT
balsalazide disodium oral capsule 750 mg	COLAZAL	2	
CANASA RECTAL SUPPOSITORY 1000 MG		5	
DIPENTUM ORAL CAPSULE 250 MG		5	
mesalamine oral tablet delayed release 1.2 gm	LIALDA	2	
mesalamine oral tablet delayed release 800 mg	ASACOL HD	2	
mesalamine rectal enema 4 gm		2	
mesalamine rectal suppository 1000 mg	CANASA	5	
Glucocorticoides			
budesonide oral capsule delayed release particles 3 mg	ENTOCORT EC	2	
COLOCORT RECTAL ENEMA 100 MG/60ML		2	
cortisone acetate oral tablet 25 mg		2	
hydrocortisone oral tablet 10 mg	CORTEF	2	
hydrocortisone rectal enema 100 mg/60ml	CORTENEMA	2	
methylprednisolone oral tablet therapy pack 4 mg	MEDROL	2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
prednisolone acetate ophthalmic suspension 1 %	PRED FORTE	2	
prednisolone sodium phosphate oral solution 10 mg/5ml, 20 mg/5ml		2	
PROCTOSOL HC EXTERNAL CREAM 2.5 %		2	
Sulfonamidas			
sulfasalazine oral tablet 500 mg	AZULFIDINE	2	MT
sulfasalazine oral tablet delayed release 500 mg	AZULFIDINE EN-TABS	2	MT
Agentes Parala Enfermedad Metabólica Del Hueso			
Agentes Parala Enfermedad Metabólica Del Hueso			
alendronate sodium oral tablet 10 mg		1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
alendronate sodium oral tablet 35 mg		1	MT; CG; QL (4 EA per 28 days)
alendronate sodium oral tablet 40 mg		1	QL (30 EA per 30 days)
alendronate sodium oral tablet 5 mg		1	MT; QL (30 EA per 30 days)
alendronate sodium oral tablet 70 mg	FOSAMAX	1	MT; CG; QL (4 EA per 28 days)
calcitonin (salmon) nasal solution 200 unit/act	MIACALCIN	2	MT; CG
calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg	ROCALTROL	2	MT; CG
calcitriol oral solution 1 mcg/ml	ROCALTROL	2	PA; MT; CG
cinacalcet hcl oral tablet 30 mg, 60 mg	SENSIPAR	5	PA; QL (60 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
cinacalcet hcl oral tablet 90 mg	SENSIPAR	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
FORTEO SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 600 MCG/2.4ML		5	PA; QL (2.4 ML per 28 days)
ibandronate sodium oral tablet 150 mg	BONIVA	2	MT; CG; QL (1 EA per 28 days)
NATPARA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG		5	PA; QL (2 EA per 28 days)
paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg	ZEMPLAR	2	PA; MT; CG
paricalcitol oral capsule 4 mcg		2	PA; MT; CG
PROLIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 60 MG/ML		4	PA; QL (1 ML per 180 days)
risedronate sodium oral tablet 150 mg	ACTONEL	2	MT; CG; QL (1 EA per 28 days)
risedronate sodium oral tablet 35 mg	ACTONEL	2	MT; CG; QL (4 EA per 28 days)
risedronate sodium oral tablet delayed release 35 mg	ATELVIA	2	MT; CG; QL (4 EA per 28 days)
TYMLOS SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 3120 MCG/1.56ML		5	PA; QL (1.56 ML per 30 days)
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7ML		5	PA; QL (1.7 ML per 28 days)
Agentes Pulmonares/ Tracto Respiratorio			
Agentes Del Tracto Respiratorio, Otros			
acetylcysteine inhalation solution 10 %, 20 %		2	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
ANORO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5-25 MCG/INH		3	QL (60 EA per 30 days)
INCRUSE ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5 MCG/INH		3	QL (30 EA per 30 days)
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG		5	PA; LA
STIOLTO RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 2.5-2.5 MCG/ACT		3	QL (4 GM per 30 days)
ZEMAIRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG		5	PA; LA
Agentes Para Fibrosis Cística			
CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED 75 MG		5	PA; LA
KALYDECO ORAL PACKET 25 MG, 50 MG, 75 MG		5	PA; QL (60 EA per 30 days)
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG		5	PA; QL (60 EA per 30 days)
ORKAMBI ORAL PACKET 100-125 MG, 150-188 MG		5	PA; QL (120 EA per 30 days)
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG		5	PA; QL (120 EA per 30 days)
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML		5	PA
Agentes Para Fibrosis Pulmonar			
ESBRIET ORAL CAPSULE 267 MG		5	PA; QL (270 EA per 30 days)
ESBRIET ORAL TABLET 267 MG		5	PA; QL (270 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
ESBRIET ORAL TABLET 801 MG		5	PA; QL (90 EA per 30 days)
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG		5	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		3	QL (60 EA per 30 days)
ADVAIR HFA INHALATION AEROSOL 115-21 MCG/ACT, 230-21 MCG/ACT, 45-21 MCG/ACT		3	QL (12 GM per 30 days)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 20-100 MCG/ACT		3	QL (8 GM per 30 days)
ESBRIET ORAL CAPSULE 267 MG		5	PA; QL (270 EA per 30 days)
ESBRIET ORAL TABLET 267 MG		5	PA; QL (270 EA per 30 days)
ESBRIET ORAL TABLET 801 MG		5	PA; QL (90 EA per 30 days)
ipratropium-albuterol inhalation solution 0.5-2.5 (3) mg/3ml		2	PA; CG
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 100 MG/ML		5	PA; QL (3 ML per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML		5	PA; QL (3 ML per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG		5	PA; QL (3 EA per 28 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG		5	PA; QL (60 EA per 30 days)
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML		5	PA
SYMBICORT INHALATION AEROSOL 160-4.5 MCG/ACT, 80-4.5 MCG/ACT		3	QL (10.2 GM per 30 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML		5	PA; LA; QL (6 ML per 28 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 75 MG/0.5ML		5	PA; LA; QL (1 ML per 28 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG		5	PA; LA; QL (6 EA per 28 days)
Antihipertensivos Pulmonares			
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG		5	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
ALYQ ORAL TABLET 20 MG		5	PA; QL (60 EA per 30 days)
ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg	LETAIRIS	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
REVATIO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 10 MG/ML		5	PA
sildenafil citrate oral tablet 20 mg	REVATIO	2	PA; MT; CG; QL (90 EA per 30 days)
tadalafil (pah) oral tablet 20 mg	ALYQ	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
VENTAVIS INHALATION SOLUTION 10 MCG/ML, 20 MCG/ML		5	PA; QL (270 ML per 30 days)
Antihistaminas			

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
azelastine hcl nasal solution 0.1 %		2	QL (30 ML per 25 days)
azelastine hcl nasal solution 0.15 %		2	QL (60 ML per 30 days)
cetirizine hcl oral solution 1 mg/ml		2	
cyproheptadine hcl oral syrup 2 mg/5ml		2	PA
cyproheptadine hcl oral tablet 4 mg		2	PA
desloratadine oral tablet 5 mg	CLARINEX	2	QL (30 EA per 30 days)
levocetirizine dihydrochloride oral solution 2.5 mg/5ml	XYZAL ALLERGY 24HR	2	
levocetirizine dihydrochloride oral tablet 5 mg	XYZAL ALLERGY 24HR	2	QL (30 EA per 30 days)
olopatadine hcl nasal solution 0.6 %	PATANASE	2	
promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg		2	PA
Antiinflamatorios, Corticoesteroides Inhalados			
ADVAIR DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-50 MCG/DOSE, 250-50 MCG/DOSE, 500-50 MCG/DOSE		3	QL (60 EA per 30 days)
ADVAIR HFA INHALATION AEROSOL 115-21 MCG/ACT, 230-21 MCG/ACT, 45-21 MCG/ACT		3	QL (12 GM per 30 days)
ARNUITY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT, 50 MCG/ACT		3	QL (30 EA per 30 days)
budesonide inhalation suspension 0.25 mg/2ml, 0.5 mg/2ml, 1 mg/2ml	PULMICORT	2	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
FLOVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/BLIST, 50 MCG/BLIST		3	QL (60 EA per 30 days)
FLOVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 250 MCG/BLIST		3	QL (240 EA per 30 days)
FLOVENT HFA INHALATION AEROSOL 110 MCG/ACT, 220 MCG/ACT		3	QL (24 GM per 30 days)
FLOVENT HFA INHALATION AEROSOL 44 MCG/ACT		3	QL (21.2 GM per 30 days)
flunisolide nasal solution 25 mcg/act (0.025%)		2	QL (50 ML per 25 days)
fluticasone propionate external lotion 0.05 %	BESER	2	
fluticasone propionate nasal suspension 50 mcg/act	CLARISPRAY	2	QL (16 GM per 30 days)
PULMICORT FLEXHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 180 MCG/ACT, 90 MCG/ACT		4	QL (2 EA per 30 days)
Antileucotrienos			
montelukast sodium oral packet 4 mg	SINGULAIR	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
montelukast sodium oral tablet 10 mg	SINGULAIR	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
montelukast sodium oral tablet chewable 4 mg, 5 mg	SINGULAIR	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
zafirlukast oral tablet 10 mg	ACCOLATE	2	MT
zafirlukast oral tablet 20 mg	ACCOLATE	2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
Broncodilatadores, Anticolinérgicos			
ATROVENT HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION 17 MCG/ACT		3	QL (25.8 GM per 30 days)
INCRUSE ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5 MCG/INH		3	QL (30 EA per 30 days)
ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %		2	PA; MT; CG
ipratropium bromide nasal solution 0.03 %		2	QL (30 ML per 30 days)
ipratropium bromide nasal solution 0.06 %		2	QL (15 ML per 30 days)
SPIRIVA HANDIHALER INHALATION CAPSULE 18 MCG		3	QL (30 EA per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 1.25 MCG/ACT, 2.5 MCG/ACT		3	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		3	QL (60 EA per 30 days)
ADVAIR HFA INHALATION AEROSOL 115-21 MCG/ACT, 230-21 MCG/ACT, 45-21 MCG/ACT		3	QL (12 GM per 30 days)
albuterol sulfate er oral tablet extended release 12 hour 4 mg, 8 mg		2	CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act, 108 (90 base) mcg/act (nda020503), 108 (90 base) mcg/act (nda020983)	PROAIR HFA	2	CG; QL (36 GM per 30 days)
albuterol sulfate inhalation nebulization solution (2.5 mg/3ml) 0.083%, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml, 2.5 mg/0.5ml		2	PA; CG
albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5ml		2	CG
albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg		2	CG
BREO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-25 MCG/INH, 200-25 MCG/INH		3	QL (60 EA per 30 days)
epinephrine injection solution 0.3 mg/0.3ml		2	QL (6 EA per 30 days)
epinephrine injection solution auto-injector 0.15 mg/0.15ml, 0.3 mg/0.3ml	AUVI-Q	2	QL (6 EA per 30 days)
epinephrine injection solution auto-injector 0.15 mg/0.3ml	EPIPEN JR 2-PAK	2	QL (6 EA per 30 days)
fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 113-14 mcg/act	AIRDUO RESPICLICK 113/14	2	MT; QL (1 EA per 30 days)
fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 232-14 mcg/act	AIRDUO RESPICLICK 232/14	2	MT; QL (1 EA per 30 days)
fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 55-14 mcg/act	AIRDUO RESPICLICK 55/14	2	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	2	PA; CG
levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 1.25 mg/0.5ml	XOPENEX CONCENTRATE	2	PA; CG
levalbuterol tartrate inhalation aerosol 45 mcg/act	XOPENEX HFA	2	CG; QL (30 GM per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
PERFOROMIST INHALATION NEBULIZATION SOLUTION 20 MCG/2ML		5	PA
SEREVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50 MCG/DOSE		3	QL (60 EA per 30 days)
terbutaline sulfate oral tablet 2.5 mg, 5 mg		2	CG
Estabilizadores De Mastocitos			
cromolyn sodium inhalation nebulization solution 20 mg/2ml		2	PA; MT; CG
cromolyn sodium oral concentrate 100 mg/5ml	GASTROCROM	5	
Inhibidores De Fósfodiesterasa, Enfermedad De Las Vías Respiratorias			
DALIRESP ORAL TABLET 250 MCG, 500 MCG		4	
THEO-24 ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG, 200 MG, 300 MG, 400 MG		2	MT
theophylline er oral tablet extended release 12 hour 300 mg		2	MT
theophylline er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 600 mg		2	MT
theophylline oral solution 80 mg/15ml		2	MT
Analgésicos			
Analgésicos Opioides, Corta Duración			

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1200 mcg, 1600 mcg, 200 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg	ACTIQ	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr	DURAGESIC-100	2	PA; QL (10 EA per 30 days)
fentanyl transdermal patch 72 hour 12 mcg/hr	DURAGESIC-12	2	PA; QL (10 EA per 30 days)
fentanyl transdermal patch 72 hour 25 mcg/hr	DURAGESIC-25	2	PA; QL (10 EA per 30 days)
fentanyl transdermal patch 72 hour 50 mcg/hr	DURAGESIC-50	2	PA; QL (10 EA per 30 days)
fentanyl transdermal patch 72 hour 75 mcg/hr	DURAGESIC-75	2	PA; QL (10 EA per 30 days)
hydromorphone hcl oral liquid 1 mg/ml	DILAUDID	2	
hydromorphone hcl oral tablet 2 mg, 4 mg	DILAUDID	2	QL (42 EA per 7 days)
hydromorphone hcl oral tablet 8 mg	DILAUDID	2	QL (21 EA per 7 days)
meperidine hcl injection solution 25 mg/ml	DEMEROL	2	PA; QL (1440 ML per 30 days)
meperidine hcl injection solution 50 mg/ml	DEMEROL	2	PA; QL (720 ML per 30 days)
morphine sulfate (concentrate) oral solution 100 mg/5ml		2	QL (42 ML per 7 days)
morphine sulfate (pf) intravenous solution 8 mg/ml		4	PA
morphine sulfate injection solution 10 mg/ml		4	PA
morphine sulfate oral solution 10 mg/5ml		2	QL (420 ML per 7 days)
morphine sulfate oral solution 20 mg/5ml		2	QL (210 ML per 7 days)
morphine sulfate oral tablet 15 mg		2	QL (42 EA per 7 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
morphine sulfate oral tablet 30 mg		2	QL (28 EA per 7 days)
oxycodone hcl oral capsule 5 mg		2	QL (42 EA per 7 days)
oxycodone hcl oral concentrate 100 mg/5ml		2	
oxycodone hcl oral solution 5 mg/5ml		2	QL (630 ML per 7 days)
oxycodone hcl oral tablet 10 mg, 20 mg		2	QL (42 EA per 7 days)
oxycodone hcl oral tablet 15 mg	ROXICODONE	2	QL (28 EA per 7 days)
oxycodone hcl oral tablet 30 mg	ROXICODONE	2	QL (14 EA per 7 days)
oxycodone hcl oral tablet 5 mg	ROXICODONE	2	QL (42 EA per 7 days)
tramadol hcl oral tablet 50 mg	ULTRAM	2	QL (56 EA per 7 days)
Analgésicos Opioides, Larga Duración			
duramorph injection solution 0.5 mg/ml, 1 mg/ml		4	PA
fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1200 mcg, 1600 mcg, 200 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg	ACTIQ	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
fentanyl citrate buccal tablet 100 mcg, 200 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg	FENTORA	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr	DURAGESIC-100	2	PA; QL (10 EA per 30 days)
fentanyl transdermal patch 72 hour 12 mcg/hr	DURAGESIC-12	2	PA; QL (10 EA per 30 days)
fentanyl transdermal patch 72 hour 25 mcg/hr	DURAGESIC-25	2	PA; QL (10 EA per 30 days)
fentanyl transdermal patch 72 hour 50 mcg/hr	DURAGESIC-50	2	PA; QL (10 EA per 30 days)
fentanyl transdermal patch 72 hour 75 mcg/hr	DURAGESIC-75	2	PA; QL (10 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
hydromorphone hcl pf injection solution 10 mg/ml, 50 mg/5ml		2	PA
methadone hcl oral solution 10 mg/5ml, 5 mg/5ml		2	QL (450 ML per 30 days)
methadone hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	DOLOPHINE	2	QL (180 EA per 30 days)
morphine sulfate (concentrate) oral solution 100 mg/5ml		2	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		2	QL (14 EA per 7 days)
morphine sulfate er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg, 80 mg	KADIAN	2	QL (14 EA per 7 days)
morphine sulfate er oral capsule extended release 24 hour 100 mg	KADIAN	5	QL (14 EA per 7 days)
morphine sulfate er oral tablet extended release 100 mg, 15 mg, 30 mg	MS CONTIN	2	QL (21 EA per 7 days)
morphine sulfate er oral tablet extended release 200 mg, 60 mg	MS CONTIN	2	QL (14 EA per 7 days)
morphine sulfate oral solution 10 mg/5ml		2	QL (420 ML per 7 days)
morphine sulfate oral solution 20 mg/5ml		2	QL (210 ML per 7 days)
morphine sulfate oral tablet 15 mg		2	QL (42 EA per 7 days)
morphine sulfate oral tablet 30 mg		2	QL (28 EA per 7 days)
Analgésicos			
acetaminophen-codeine #3 oral tablet 300-30 mg		2	QL (42 EA per 7 days)
acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5ml		2	QL (1167 ML per 7 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-60 mg		2	QL (42 EA per 7 days)
ENDOCET ORAL TABLET 10-325 MG, 5-325 MG, 7.5-325 MG		2	QL (42 EA per 7 days)
hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15ml		2	QL (1260 ML per 7 days)
hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg	LORCET HD	2	QL (42 EA per 7 days)
hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg	LORCET	2	QL (42 EA per 7 days)
hydrocodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg	NORCO	2	QL (42 EA per 7 days)
hydrocodone-ibuprofen oral tablet 7.5-200 mg		2	QL (28 EA per 7 days)
LORCET HD ORAL TABLET 10-325 MG		2	QL (42 EA per 7 days)
LORCET ORAL TABLET 5-325 MG		2	QL (42 EA per 7 days)
LORCET PLUS ORAL TABLET 7.5-325 MG		2	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	2	QL (42 EA per 7 days)
tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg	ULTRACET	2	QL (56 EA per 7 days)
Antiinflamatorios No-Esteroidales			
celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg	CELEBREX	2	QL (60 EA per 30 days)
celecoxib oral capsule 400 mg	CELEBREX	2	QL (30 EA per 30 days)
diclofenac epolamine transdermal patch 1.3 %	FLECTOR	2	
diclofenac potassium oral tablet 50 mg		2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
diclofenac sodium er oral tablet extended release 24 hour 100 mg		2	
diclofenac sodium oral tablet delayed release 25 mg, 50 mg, 75 mg		2	
diflunisal oral tablet 500 mg		2	
etodolac er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 500 mg, 600 mg		2	
etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg		2	
etodolac oral tablet 400 mg	LODINE	2	
etodolac oral tablet 500 mg		2	
flurbiprofen oral tablet 100 mg, 50 mg		2	
ibu oral tablet 600 mg, 800 mg		1	
ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml		2	
ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg		1	
ketoprofen oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg		2	
meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg	MOBIC	1	QL (30 EA per 30 days)
nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg		2	
naproxen dr oral tablet delayed release 375 mg	EC-NAPROSYN	2	
naproxen dr oral tablet delayed release 500 mg		2	
naproxen oral suspension 125 mg/5ml	NAPROSYN	2	
naproxen oral tablet 250 mg	NAPROSYN	1	
naproxen oral tablet 375 mg, 500 mg		1	
naproxen sodium oral tablet 275 mg		2	
naproxen sodium oral tablet 550 mg	ANAPROX DS	2	
oxaprozin oral tablet 600 mg	DAYPRO	2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg	FELDENE	2	
sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg		2	
Anestésicos			
Anestésicos Locales			
lidocaine external ointment 5 %		2	PA
lidocaine external patch 5 %	LIDODERM	2	PA; QL (90 EA per 30 days)
lidocaine hcl external solution 4 %		2	
lidocaine hcl urethral/mucosal external gel 2 %		2	PA
lidocaine viscous hcl mouth/throat solution 2 %		1	
lidocaine-prilocaine external cream 2.5-2.5 %		2	PA
Ansiolíticos			
Ansiolíticos, Otros			
buspirone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg		2	CG
doxepin hcl oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg		2	PA; CG
doxepin hcl oral concentrate 10 mg/ml		2	PA; CG
SILENOR ORAL TABLET 3 MG, 6 MG		3	QL (30 EA per 30 days)
Benzodiazepinas			
alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	XANAX	1	CG
clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	KLONOPIN	1	CG
clonazepam oral tablet dispersible 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg		2	CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg		2	PA; CG
clorazepate dipotassium oral tablet 7.5 mg	TRANXENE-T	2	PA; CG
diazepam oral concentrate 5 mg/ml	DIAZEPAM INTENSOL	2	PA
diazepam oral solution 5 mg/5ml		2	PA; CG
diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg	VALIUM	1	PA; CG
lorazepam oral concentrate 2 mg/ml	LORAZEPAM INTENSOL	2	
lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	ATIVAN	1	CG
Ssris/ Snris			
escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5ml		2	MT; CG; QL (600 ML per 30 days)
escitalopram oxalate oral tablet 10 mg	LEXAPRO	2	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
escitalopram oxalate oral tablet 20 mg	LEXAPRO	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
escitalopram oxalate oral tablet 5 mg	LEXAPRO	2	MT; CG; 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	2	PA; MT; CG
paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	PAXIL	2	PA; MT; CG
PAXIL ORAL SUSPENSION 10 MG/5ML		4	ST
sertraline hcl oral concentrate 20 mg/ml	ZOLOFT	2	MT; CG
sertraline hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	ZOLOFT	1	MT; CG
venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 150 mg	EFFEXOR XR	2	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 37.5 mg, 75 mg	EFFEXOR XR	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
venlafaxine hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg		2	MT; CG
Antibacteriales			
Aminoglicósidos			
amikacin sulfate injection solution 500 mg/2ml		2	
GENTAK OPHTHALMIC OINTMENT 0.3 %		2	
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-%		2	
gentamicin sulfate external cream 0.1 %		2	
gentamicin sulfate external ointment 0.1 %		2	
gentamicin sulfate injection solution 40 mg/ml		2	
gentamicin sulfate ophthalmic solution 0.3 %		2	
neomycin sulfate oral tablet 500 mg		2	
paromomycin sulfate oral capsule 250 mg		2	
streptomycin sulfate intramuscular solution reconstituted 1 gm		5	
TOBRADEX OPHTHALMIC OINTMENT 0.3-0.1 %		3	
tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/5ml	KITABIS PAK	5	PA; QL (280 ML per 28 days)
tobramycin ophthalmic solution 0.3 %	TOBREX	1	
tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml, 80 mg/2ml		2	PA
TOBREX OPHTHALMIC OINTMENT 0.3 %		3	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
Antibacteriales, Otros			
acetic acid otic solution 2 %		2	
bacitracin ophthalmic ointment 500 unit/gm	BACIGUENT	2	
clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg	CLEOCIN	1	
clindamycin palmitate hcl oral solution reconstituted 75 mg/5ml	CLEOCIN	2	
clindamycin phosphate external gel 1 %	CLEOCIN-T	2	
clindamycin phosphate external lotion 1 %	CLEOCIN-T	2	
clindamycin phosphate external solution 1 %		2	
clindamycin phosphate external swab 1 %	CLINDACIN ETZ	2	
clindamycin phosphate in d5w intravenous solution 300 mg/50ml, 600 mg/50ml, 900 mg/50ml		2	
clindamycin phosphate injection solution 300 mg/2ml, 900 mg/6ml	CLEOCIN PHOSPHATE	2	
clindamycin phosphate vaginal cream 2 %	CLEOCIN	2	
colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted 150 mg	COLY-MYCIN M	2	PA
daptomycin intravenous solution reconstituted 350 mg		5	PA
daptomycin intravenous solution reconstituted 500 mg	CUBICIN	5	PA
BD ALCOHOL SWABS 70 %		3	MT
linezolid intravenous solution 600 mg/300ml	ZYVOX	5	PA
linezolid oral suspension reconstituted 100 mg/5ml	ZYVOX	5	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
linezolid oral tablet 600 mg	ZYVOX	2	PA
methenamine hippurate oral tablet 1 gm	HIPREX	2	
metronidazole external cream 0.75 %	METROCREAM	2	
metronidazole external gel 0.75 %	ROSADAN	2	
metronidazole external gel 1 %	METROGEL	2	
metronidazole external lotion 0.75 %	METROLOTION	2	
metronidazole in nacl intravenous solution 500-0.79 mg/100ml-%		2	
metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg	FLAGYL	2	
metronidazole vaginal gel 0.75 %		2	
mupirocin calcium external cream 2 %		2	
mupirocin external ointment 2 %	CENTANY	2	
nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg	MACRODANTIN	2	
nitrofurantoin monohyd macro oral capsule 100 mg	MACROBID	2	
polymyxin b sulfate injection solution reconstituted 500000 unit		2	PA
SIRTURO ORAL TABLET 20 MG		5	PA; LA
SIVEXTRO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 200 MG		5	PA; QL (6 EA per 15 days)
SIVEXTRO ORAL TABLET 200 MG		5	PA; QL (6 EA per 15 days)
SULFAMYLON EXTERNAL CREAM 85 MG/GM		4	
tigecycline intravenous solution reconstituted 50 mg	TYGACIL	5	PA
trimethoprim oral tablet 100 mg		2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 250 mg, 500 mg, 750 mg		2	PA
vancomycin hcl oral capsule 125 mg	VANCOCIN HCL	2	
vancomycin hcl oral capsule 250 mg	VANCOCIN	5	
vandazole vaginal gel 0.75 %		2	
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG, 550 MG		5	PA
Betalactámico, Cefalosporinas			
cefaclor er oral tablet extended release 12 hour 500 mg		2	
cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg		2	
cefaclor oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml, 375 mg/5ml		2	
cefadroxil oral capsule 500 mg		2	
cefadroxil oral suspension reconstituted 250 mg/5ml, 500 mg/5ml		2	
cefadroxil oral tablet 1 gm		2	
cefazolin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 500 mg		2	
cefdinir oral capsule 300 mg		2	
cefdinir oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml		2	
cefepime hcl injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm		2	
cefixime oral capsule 400 mg	SUPRAX	2	
cefixime oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml	SUPRAX	2	
cefoxitin sodium injection solution reconstituted 10 gm		2	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
cefoxitin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 2 gm		2	PA
cefpodoxime proxetil oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 50 mg/5ml		2	
cefpodoxime proxetil oral tablet 100 mg, 200 mg		2	
cefprozil oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml		2	
cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg		2	
ceftazidime injection solution reconstituted 1 gm	FORTAZ	2	
ceftazidime injection solution reconstituted 2 gm, 6 gm	TAZICEF	2	
ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 250 mg, 500 mg		2	
ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted 10 gm		2	
cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg		2	
cefuroxime sodium injection solution reconstituted 7.5 gm, 750 mg		2	PA
cefuroxime sodium intravenous solution reconstituted 1.5 gm		2	PA
cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg	KEFLEX	1	
cephalexin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml		2	
SUPRAX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 500 MG/5ML		3	
SUPRAX ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG, 200 MG		4	
TEFLARO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 MG, 600 MG		5	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
Betalactámico, Otros			
aztreonam injection solution reconstituted 1 gm	AZACTAM	2	
CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED 75 MG		5	PA; LA
ertapenem sodium injection solution reconstituted 1 gm	INVANZ	2	PA
imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 250 mg		2	PA
imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 500 mg	PRIMAXIN IV	2	PA
meropenem intravenous solution reconstituted 1 gm, 500 mg	MERREM	2	PA
Betalactámico, Penicilinas			
amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg		1	
amoxicillin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 200 mg/5ml, 250 mg/5ml, 400 mg/5ml		1	
amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg		1	
amoxicillin oral tablet chewable 125 mg, 250 mg		2	
amoxicillin-pot clavulanate er oral tablet extended release 12 hour 1000-62.5 mg		2	
amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 200-28.5 mg/5ml, 400-57 mg/5ml		2	
amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 250-62.5 mg/5ml	AUGMENTIN	2	
amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 600-42.9 mg/5ml	AUGMENTIN ES-600	2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 875-125 mg		2	
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 500-125 mg	AUGMENTIN	2	
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg		2	
ampicillin oral capsule 500 mg		1	
ampicillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 125 mg		2	PA
ampicillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm		2	PA
ampicillin-sulbactam sodium injection solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 3 (2-1) gm	UNASYN	2	PA
ampicillin-sulbactam sodium intravenous solution reconstituted 15 (10-5) gm	UNASYN	2	PA
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1200000 UNIT/2ML, 2400000 UNIT/4ML, 600000 UNIT/ML		4	
dicloxacillin sodium oral capsule 250 mg, 500 mg		2	
nafcillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm		2	PA
nafcillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm		5	PA
oxacillin sodium injection solution reconstituted 1 gm		2	
oxacillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm		5	
penicillin g pot in dextrose intravenous solution 40000 unit/ml, 60000 unit/ml		2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
penicillin g potassium injection solution reconstituted 20000000 unit	PFIZERPEN	2	
penicillin g procaine intramuscular suspension 600000 unit/ml		2	
penicillin g sodium injection solution reconstituted 5000000 unit		2	
penicillin v potassium oral solution reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml		2	
penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg		1	
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		2	
Macrólidos			
AZASITE OPHTHALMIC SOLUTION 1 %		4	
azithromycin intravenous solution reconstituted 500 mg	ZITHROMAX	2	
azithromycin oral packet 1 gm	ZITHROMAX	2	
azithromycin oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml	ZITHROMAX	2	
azithromycin oral tablet 250 mg, 250 mg (6 pack), 500 mg, 500 mg (3 pack)	ZITHROMAX	1	
azithromycin oral tablet 600 mg		1	
clarithromycin er oral tablet extended release 24 hour 500 mg		2	
clarithromycin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml		2	
clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg		2	
DIFICID ORAL TABLET 200 MG		5	ST

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
E.E.S. 400 ORAL TABLET 400 MG		2	
ery external pad 2 %		2	
ERY-TAB ORAL TABLET DELAYED RELEASE 250 MG, 333 MG, 500 MG		2	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 500 MG		3	PA
ERYTHROCIN STEARATE ORAL TABLET 250 MG		2	
erythromycin base oral capsule delayed release particles 250 mg		2	
erythromycin base oral tablet 250 mg, 500 mg		2	
erythromycin base oral tablet delayed release 250 mg, 333 mg, 500 mg	ERY-TAB	2	
erythromycin ethylsuccinate oral tablet 400 mg	E.E.S. 400	2	
erythromycin external gel 2 %	ERYGEL	2	
erythromycin external solution 2 %		2	
erythromycin ophthalmic ointment 5 mg/gm		2	
Quinolonas			
CETRAXAL OTIC SOLUTION 0.2 %		3	
CILOXAN OPHTHALMIC OINTMENT 0.3 %		3	
ciprofloxacin hcl ophthalmic solution 0.3 %	CILOXAN	1	
ciprofloxacin hcl oral tablet 100 mg, 750 mg		2	
ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg	CIPRO	2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
ciprofloxacin hcl otic solution 0.2 %	CETRAXAL	2	
ciprofloxacin in d5w intravenous solution 200 mg/100ml		2	
ciprofloxacin oral suspension reconstituted 500 mg/5ml (10%)	CIPRO	2	
gatifloxacin ophthalmic solution 0.5 %	ZYMAXID	2	
levofloxacin in d5w intravenous solution 500 mg/100ml, 750 mg/150ml		2	
levofloxacin intravenous solution 25 mg/ml		2	
levofloxacin oral solution 25 mg/ml		2	
levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg	LEVAQUIN	1	
MOXEZA OPHTHALMIC SOLUTION 0.5 %		3	
moxifloxacin hcl ophthalmic solution 0.5 %	VIGAMOX	2	
ofloxacin ophthalmic solution 0.3 %	OCUFLOX	2	
ofloxacin otic solution 0.3 %		2	
Sulfonamidas			
silver sulfadiazine external cream 1 %		2	
ssd external cream 1 %		2	
sulfacetamide sodium ophthalmic ointment 10 %		2	
sulfacetamide sodium ophthalmic solution 10 %	BLEPH-10	2	
sulfadiazine oral tablet 500 mg		2	
sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5ml	SULFATRIM PEDIATRIC	2	
sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg	BACTRIM	1	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 800-160 mg	BACTRIM DS	1	
Tetraciclinas			
DOXY 100 INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG		2	
doxycycline hyclate oral capsule 100 mg	MORGIDOX	2	
doxycycline hyclate oral capsule 50 mg		2	
doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg		2	
doxycycline hyclate oral tablet 150 mg, 75 mg	ACTICLATE	2	
doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg		2	
minocycline hcl oral capsule 100 mg	MINOCIN	2	
minocycline hcl oral capsule 50 mg, 75 mg		2	
tetracycline hcl oral capsule 250 mg, 500 mg		2	
Anticonvulsivos			
Agentes De Aumento De Ácido Gamma-Aminobutírico (Gaba)			
clobazam oral suspension 2.5 mg/ml	ONFI	2	
clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg	ONFI	2	
clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg		2	PA; CG
clorazepate dipotassium oral tablet 7.5 mg	TRANXENE-T	2	PA; CG
diazepam oral concentrate 5 mg/ml	DIAZEPAM INTENSOL	2	PA
diazepam oral solution 5 mg/5ml		2	PA; CG
diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg	VALIUM	1	PA; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML		5	PA; LA; QL (600 ML per 30 days)
gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg, 400 mg	NEURONTIN	1	MT; CG
gabapentin oral solution 250 mg/5ml	NEURONTIN	2	MT; CG
gabapentin oral tablet 600 mg, 800 mg	NEURONTIN	1	MT; CG
lamotrigine oral tablet dispersible 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	LAMICTAL ODT	2	MT; CG
lorazepam oral concentrate 2 mg/ml	LORAZEPAM INTENSOL	2	
lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	ATIVAN	1	CG
NAYZILAM NASAL SOLUTION 5 MG/0.1ML		4	PA
phenobarbital oral elixir 20 mg/5ml		2	PA
phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg		2	PA
primidone oral tablet 250 mg, 50 mg	MYSOLINE	2	MT; CG
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG, 5 MG		5	QL (60 EA per 30 days)
tiagabine hcl oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg	GABITRIL	2	MT; CG
valproic acid oral capsule 250 mg		2	MT; CG
valproic acid oral solution 250 mg/5ml		2	MT; CG
VALTOCO 10 MG DOSE NASAL LIQUID 10 MG/0.1ML		4	PA
VALTOCO 15 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 7.5 MG/0.1ML		4	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
VALTOCO 20 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 10 MG/0.1ML		4	PA
VALTOCO 5 MG DOSE NASAL LIQUID 5 MG/0.1ML		4	PA
vigabatrin oral packet 500 mg	VIGADRONE	5	PA
vigabatrin oral tablet 500 mg	SABRIL	5	PA
VIGADRONE ORAL PACKET 500 MG		5	PA
Agentes De Canales De Sodio			
APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG, 800 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
APTIOM ORAL TABLET 600 MG		5	PA; QL (60 EA per 30 days)
BANZEL ORAL SUSPENSION 40 MG/ML		5	PA
BANZEL ORAL TABLET 200 MG, 400 MG		5	PA
carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 400 mg	TEGRETOL-XR	2	MT; CG
carbamazepine oral suspension 100 mg/5ml	TEGRETOL	2	MT; CG
carbamazepine oral tablet 200 mg		2	MT; CG
carbamazepine oral tablet chewable 100 mg		2	MT; CG
DILANTIN INFATABS ORAL TABLET CHEWABLE 50 MG		4	MT
DILANTIN ORAL CAPSULE 100 MG, 30 MG		4	MT
DILANTIN ORAL SUSPENSION 125 MG/5ML		4	MT
epitol oral tablet 200 mg		2	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5ml	TRILEPTAL	2	MT; CG
oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg	TRILEPTAL	2	MT; CG
PEGANONE ORAL TABLET 250 MG		4	MT
PHENYTEK ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG		4	MT
phenytoin oral suspension 125 mg/5ml	DILANTIN	2	MT; CG
phenytoin oral tablet chewable 50 mg	DILANTIN INFATABS	2	MT; CG
phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg	DILANTIN	2	MT; CG
phenytoin sodium extended oral capsule 200 mg, 300 mg	DILANTIN	2	MT; CG
TEGRETOL ORAL SUSPENSION 100 MG/5ML		4	MT
TEGRETOL ORAL TABLET 200 MG		4	MT
TEGRETOL-XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 100 MG, 200 MG, 400 MG		4	MT
VIMPAT ORAL SOLUTION 10 MG/ML		5	QL (1200 ML per 30 days)
VIMPAT ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG		5	QL (60 EA per 30 days)
VIMPAT ORAL TABLET 50 MG		4	MT; QL (60 EA per 30 days)
Agentes Modificadores De Canales De Calcio			
CELONTIN ORAL CAPSULE 300 MG		4	MT
ethosuximide oral capsule 250 mg	ZARONTIN	2	MT; CG
ethosuximide oral solution 250 mg/5ml	ZARONTIN	2	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
LYRICA CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 165 MG, 330 MG, 82.5 MG		3	
pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 225 mg, 25 mg, 300 mg, 50 mg, 75 mg	LYRICA	2	MT
pregabalin oral solution 20 mg/ml	LYRICA	2	MT
zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg	ZONEGRAN	2	MT; CG
zonisamide oral capsule 50 mg		2	MT; CG
Agentes Reductores De Glutamato			
felbamate oral suspension 600 mg/5ml	FELBATOL	5	
felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg	FELBATOL	2	MT; CG
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML		5	PA
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG		5	PA
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG		4	PA
lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg	LAMICTAL XR	2	MT; CG
lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 50 mg	LAMICTAL XR	2	MT
lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg	LAMICTAL	2	MT; CG
lamotrigine oral tablet chewable 25 mg, 5 mg	LAMICTAL	2	MT; CG
lamotrigine starter kit-blue oral kit 35 x 25 mg	LAMICTAL STARTER	2	MT; CG
lamotrigine starter kit-green oral kit 84 x 25 mg & 14x100 mg	LAMICTAL STARTER	2	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
lamotrigine starter kit-orange oral kit 42 x 25 mg & 7 x 100 mg	LAMICTAL STARTER	2	MT; CG
topiramate er oral capsule er 24 hour sprinkle 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	QUDEXY XR	2	MT; CG
topiramate oral capsule sprinkle 15 mg, 25 mg	TOPAMAX SPRINKLE	2	MT; CG
topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	TOPAMAX	2	MT; CG
Anticonvulsivos, Otros			
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML		5	PA; QL (600 ML per 30 days)
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG		5	PA; QL (60 EA per 30 days)
diazepam oral concentrate 5 mg/ml	DIAZEPAM INTENSOL	2	PA
diazepam oral solution 5 mg/5ml		2	PA; CG
diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg	VALIUM	1	PA; CG
diazepam rectal gel 10 mg, 20 mg	DIASTAT ACUDIAL	2	
diazepam rectal gel 2.5 mg	DIASTAT PEDIATRIC	2	
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML		5	PA; LA; QL (360 ML per 30 days)
levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 500 mg, 750 mg	KEPPRA XR	2	MT; CG
levetiracetam oral solution 100 mg/ml	KEPPRA	2	MT; CG
levetiracetam oral tablet 1000 mg, 500 mg, 750 mg	KEPPRA	2	MT; CG
levetiracetam oral tablet 250 mg	KEPPRA	2	MT; CG
roweepra oral tablet 1000 mg, 500 mg, 750 mg		2	MT; CG
roweepra xr oral tablet extended release 24 hour 500 mg, 750 mg		2	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 1000 MG, 250 MG, 500 MG, 750 MG		4	
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 50 & 200 MG		5	PA; QL (56 EA per 28 days)
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 150 & 200 MG		5	PA; QL (56 EA per 28 days)
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG		5	PA; QL (60 EA per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET 50 MG		5	PA; QL (90 EA per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK 14 X 12.5 MG & 14 X 25 MG		4	PA; QL (28 EA per 28 days)
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK 14 X 150 MG & 14 X200 MG, 14 X 50 MG & 14 X100 MG		5	PA; QL (28 EA per 28 days)
Antidepresivos			
Antidepresivos, Otros			
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 300 MG, 400 MG		5	PA; QL (1 EA per 28 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 300 MG, 400 MG		5	PA; QL (1 EA per 28 days)
aripiprazole oral solution 1 mg/ml		2	
aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg	ABILIFY	2	
aripiprazole oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg		5	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 150 mg, 200 mg	WELLBUTRIN SR	2	MT; CG
bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 300 mg	WELLBUTRIN XL	2	MT; CG
bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 450 mg	FORFIVO XL	2	MT; CG
bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg		2	MT; CG
maprotiline hcl oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg		2	CG
mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg	REMERON	2	MT; CG
mirtazapine oral tablet 45 mg, 7.5 mg		2	MT; CG
mirtazapine oral tablet dispersible 15 mg, 30 mg, 45 mg	REMERON SOLTAB	2	MT; CG
nefazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg		2	MT; CG
perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg		2	PA; CG
quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg	SEROQUEL XR	2	PA; MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 400 mg, 50 mg	SEROQUEL XR	2	PA; MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg	SEROQUEL	1	MT; CG
quetiapine fumarate oral tablet 25 mg, 50 mg	SEROQUEL	1	PA; MT; CG
trazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg, 50 mg		1	MT; CG
Antidepresivos			
fluoxetine hcl oral tablet 60 mg		2	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
olanzapine-fluoxetine hcl oral capsule 12-25 mg		2	MT; CG
olanzapine-fluoxetine hcl oral capsule 12-50 mg, 3-25 mg, 6-25 mg, 6-50 mg	SYMBYAX	2	MT; CG
perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg		2	PA; CG
Inhibidores De Monoamino Oxidasa			
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24HR, 6 MG/24HR, 9 MG/24HR		5	QL (30 EA per 30 days)
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG		4	MT
phenelzine sulfate oral tablet 15 mg	NARDIL	2	MT; CG
tranylcypromine sulfate oral tablet 10 mg	PARNATE	2	MT; CG
Ssris/ Snris			
citalopram hydrobromide oral solution 10 mg/5ml		1	MT; CG
citalopram hydrobromide oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	CELEXA	1	MT; CG
desvenlafaxine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 50 mg		2	MT; CG
desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 25 mg, 50 mg	PRISTIQ	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 60 MG		4	PA; QL (60 EA per 30 days)
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 40 MG		4	PA; QL (90 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5ml		2	MT; CG; QL (600 ML per 30 days)
escitalopram oxalate oral tablet 10 mg	LEXAPRO	2	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
escitalopram oxalate oral tablet 20 mg	LEXAPRO	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
escitalopram oxalate oral tablet 5 mg	LEXAPRO	2	MT; CG; QL (120 EA per 30 days)
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG		3	ST; QL (30 EA per 30 days)
FETZIMA TITRATION ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 20 & 40 MG		4	ST; QL (56 EA per 365 days)
fluoxetine hcl oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg	PROZAC	1	MT; CG
fluoxetine hcl oral capsule delayed release 90 mg		2	MT; CG; QL (4 EA per 28 days)
fluoxetine hcl oral solution 20 mg/5ml		2	MT; CG
fluoxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg		2	MT; CG
fluvoxamine maleate er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 150 mg		2	MT; CG
fluvoxamine maleate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg		2	MT; CG
paroxetine hcl er oral tablet extended release 24 hour 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg	PAXIL CR	2	PA; MT; CG
paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	PAXIL	2	PA; MT; CG
PAXIL ORAL SUSPENSION 10 MG/5ML		4	ST
sertraline hcl oral concentrate 20 mg/ml	ZOLOFT	2	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
sertraline hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	ZOLOFT	1	MT; CG
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG		4	ST; QL (60 EA per 30 days)
venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 150 mg	EFFEXOR XR	2	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 37.5 mg, 75 mg	EFFEXOR XR	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
venlafaxine hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg		2	MT; CG
VIIBRYD ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG		4	ST; QL (30 EA per 30 days)
VIIBRYD STARTER PACK ORAL KIT 10 & 20 MG		4	ST; QL (30 EA per 30 days)
Tricíclicos			
amitriptyline hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg		2	PA; CG
amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg		2	MT; CG
clomipramine hcl oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg	ANAFRANIL	2	PA; CG
desipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg	NORPRAMIN	2	PA; MT; CG
desipramine hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg		2	PA; MT; CG
imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg		2	PA; CG
imipramine pamoate oral capsule 100 mg, 125 mg, 150 mg, 75 mg		2	PA; CG
nortriptyline hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	PAMELOR	2	PA; MT; CG
nortriptyline hcl oral solution 10 mg/5ml		2	PA; MT

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
protriptyline hcl oral tablet 10 mg, 5 mg		2	PA; MT; CG
SILENOR ORAL TABLET 3 MG, 6 MG		3	QL (30 EA per 30 days)
trimipramine maleate oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg		2	PA; CG
Antieméticos			
Antieméticos, Otros			
chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg		2	
meclizine hcl oral tablet 12.5 mg		2	
meclizine hcl oral tablet 25 mg		2	
metoclopramide hcl oral solution 10 mg/10ml		2	
metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	REGLAN	1	
perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg		2	
PHENADOZ RECTAL SUPPOSITORY 12.5 MG		2	PA
prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg		2	MT; CG
prochlorperazine rectal suppository 25 mg	COMPRO	2	
promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg		2	PA
scopolamine transdermal patch 72 hour 1 mg/3days	TRANSDERM SCOP (1.5 MG)	2	PA; QL (10 EA per 30 days)
Terapia Adyuvante Emetogénica			
aprepitant oral capsule 125 mg		2	PA; MT; QL (2 EA per 30 days)
aprepitant oral capsule 40 mg	EMEND	2	PA; QL (1 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
aprepitant oral capsule 80 & 125 mg	EMEND TRI-PACK	2	PA; QL (8 EA per 30 days)
aprepitant oral capsule 80 mg	EMEND	2	PA; QL (6 EA per 30 days)
dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	MARINOL	2	PA; QL (60 EA per 30 days)
EMEND ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 125 MG		4	PA; QL (2 EA per 30 days)
granisetron hcl oral tablet 1 mg		2	PA; QL (60 EA per 30 days)
ondansetron hcl oral solution 4 mg/5ml		2	PA; QL (450 ML per 10 days)
ondansetron hcl oral tablet 24 mg		2	PA; QL (18 EA per 30 days)
ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg	ZOFRAN	2	PA; QL (45 EA per 30 days)
ondansetron oral tablet dispersible 4 mg, 8 mg		2	PA; QL (45 EA per 30 days)
Antifungales			
Antifungales			
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML		5	PA
AMBISOME INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MG		5	PA
amphotericin b intravenous solution reconstituted 50 mg		2	PA
caspofungin acetate intravenous solution reconstituted 50 mg, 70 mg	CANCIDAS	5	PA
ciclopirox external gel 0.77 %		2	
ciclopirox external shampoo 1 %	LOPROX	2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
ciclopirox external solution 8 %	CICLODAN	2	
ciclopirox olamine external cream 0.77 %	LOPROX	2	
ciclopirox olamine external suspension 0.77 %	LOPROX	2	
clotrimazole external cream 1 %		2	
clotrimazole external solution 1 %	FUNGICURE INTENSIVE/NAILGUARD	2	
clotrimazole mouth/throat troche 10 mg		2	
econazole nitrate external cream 1 %		2	
fluconazole in sodium chloride intravenous solution 200-0.9 mg/100ml-%, 400-0.9 mg/200ml-%		2	PA
fluconazole oral suspension reconstituted 10 mg/ml, 40 mg/ml	DIFLUCAN	2	
fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg	DIFLUCAN	2	
flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg	ANCOBON	5	
griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5ml		2	
griseofulvin microsize oral tablet 500 mg		2	
griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg		2	
itraconazole oral capsule 100 mg	SPORANOX	2	QL (120 EA per 30 days)
ketoconazole external cream 2 %		2	
ketoconazole external shampoo 2 %		2	
ketoconazole oral tablet 200 mg		2	
micafungin sodium intravenous solution reconstituted 100 mg, 50 mg	MYCAMINE	5	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
NATACYN OPHTHALMIC SUSPENSION 5 %		4	
NOXAFIL ORAL SUSPENSION 40 MG/ML		5	
NYAMYC EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM		2	
nystatin external cream 100000 unit/gm		2	
nystatin external ointment 100000 unit/gm		2	
nystatin external powder 100000 unit/gm	NYAMYC	2	
nystatin mouth/throat suspension 100000 unit/ml		2	
nystatin oral tablet 500000 unit		2	
NYSTOP EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM		2	
posaconazole oral tablet delayed release 100 mg	NOXAFIL	5	
terbinafine hcl oral tablet 250 mg	LAMISIL	2	QL (90 EA per 365 days)
terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %		2	
terconazole vaginal suppository 80 mg		2	
voriconazole intravenous solution reconstituted 200 mg	VFEND IV	5	
voriconazole oral suspension reconstituted 40 mg/ml	VFEND	5	
voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg	VFEND	5	
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA
Antimicobacteriales			
Antimicobacteriales, Otros			
dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg		2	
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG		4	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
rifabutin oral capsule 150 mg	MYCOBUTIN	2	
Antituberculares			
ethambutol hcl oral tablet 100 mg		2	
ethambutol hcl oral tablet 400 mg	MYAMBUTOL	2	
isoniazid oral syrup 50 mg/5ml		2	
isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg		1	
PASER ORAL PACKET 4 GM		2	
pretomanid oral tablet 200 mg		4	PA; QL (182 EA per 182 days)
pyrazinamide oral tablet 500 mg		2	
rifampin intravenous solution reconstituted 600 mg	RIFADIN	2	
rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg	RIFADIN	2	
RIFATER ORAL TABLET 50-120-300 MG		4	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG		5	PA; LA
TRECATOR ORAL TABLET 250 MG		4	
Antineoplásicos			
Agentes Alquilantes			
cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg		2	PA
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG		5	
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG		5	PA; LA
VALCHLOR EXTERNAL GEL 0.016 %		5	PA; LA
Agentes Antiangiogénicos			
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG		5	PA; LA
REVLIMID ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 25 MG, 5 MG		5	PA; LA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG		5	PA
Antiandrógenos			
abiraterone acetate oral tablet 250 mg	ZYTIGA	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
bicalutamide oral tablet 50 mg	CASODEX	2	
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG		5	PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
flutamide oral capsule 125 mg		2	
nilutamide oral tablet 150 mg	NILANDRON	5	
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG		5	PA; QL (120 EA per 30 days)
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG		5	PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
YONSA ORAL TABLET 125 MG		5	PA; QL (120 EA per 30 days)
ZYTIGA ORAL TABLET 500 MG		5	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
Antimetabolitos			
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG		3	
hydroxyurea oral capsule 500 mg	HYDREA	2	CG
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG, 20-8.19 MG		5	
PURIXAN ORAL SUSPENSION 2000 MG/100ML		5	
TABLOID ORAL TABLET 40 MG		4	
Antineoplásicos, Otros			
leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg		2	CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG		5	PA; QL (180 EA per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG		5	PA; QL (120 EA per 30 days)
REVLIMID ORAL CAPSULE 2.5 MG, 20 MG		5	PA; LA
SYLATRON SUBCUTANEOUS KIT 200 MCG, 300 MCG, 600 MCG		5	PA
SYNRIBO SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3.5 MG		5	PA
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG, 50 MG		5	PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG		5	PA; LA; QL (20 EA per 28 days)
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG		5	PA; LA; QL (8 EA per 28 days)
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG		5	PA; LA; QL (16 EA per 28 days)
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG		5	PA; LA; QL (12 EA per 28 days)
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG		5	PA; LA; QL (24 EA per 28 days)
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG		5	PA; LA; QL (16 EA per 28 days)
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG		5	PA; LA; QL (32 EA per 28 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
Antineoplásicos			
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG, 100 MG, 40 MG		4	
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG		5	PA; LA
MESNEX ORAL TABLET 400 MG		5	
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG		5	PA; QL (3 EA per 28 days)
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG		5	PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.25 MG		5	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
TALZENNA ORAL CAPSULE 1 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG, 50 MG		3	PA; LA
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG		5	PA; LA
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 50 & 100 MG		5	PA; LA
ZEJULA ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
Inhibidores Aromatasa, Tercera Generación			
anastrozole oral tablet 1 mg	ARIMIDEX	2	MT; CG
exemestane oral tablet 25 mg	AROMASIN	2	MT; CG
letrozole oral tablet 2.5 mg	FEMARA	2	MT; CG
Inhibidores De Enzimas			
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG		5	PA; LA; QL (56 EA per 28 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
FARYDAK ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 20 MG		5	PA; LA; QL (6 EA per 21 days)
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG		5	PA; LA; QL (21 EA per 28 days)
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG		5	PA; LA; QL (21 EA per 28 days)
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
KISQALI (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG		5	PA; QL (21 EA per 28 days)
KISQALI (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG		5	PA; QL (42 EA per 28 days)
KISQALI (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG		5	PA; QL (63 EA per 28 days)
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG		5	PA; QL (70 EA per 28 days)
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG		5	PA; QL (91 EA per 28 days)
KISQALI FEMARA(200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG		5	PA; QL (49 EA per 28 days)
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG		5	PA; QL (28 EA per 28 days)
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 50 MG		5	PA; QL (56 EA per 28 days)
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 2 X 150 MG		5	PA; QL (56 EA per 28 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG		5	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG		5	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG		5	PA; LA
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML		5	PA; LA
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG		5	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG		5	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
Inhibidores Objetivo Molecular			
AFINITOR ORAL TABLET 10 MG		5	PA
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG		5	PA; LA; QL (240 EA per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG		5	PA; LA; QL (180 EA per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET THERAPY PACK 90 & 180 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG, 4 MG, 5 MG		5	PA; LA
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG, 400 MG, 500 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG		5	PA; LA; QL (180 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG		5	PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG, 60 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
CALQUENCE ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG, 300 MG		5	LA
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 80 & 20 MG		5	PA; LA
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 3 X 20 MG & 80 MG		5	PA; LA
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 20 MG		5	PA; LA
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG		5	PA; LA; QL (63 EA per 28 days)
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG		5	PA; LA; QL (28 EA per 28 days)
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG		5	PA; LA; QL (56 EA per 28 days)
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG		5	PA; LA
erlotinib hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg	TARCEVA	5	PA
everolimus oral tablet 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg	AFINITOR	5	PA
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG		5	PA; LA
ICLUSIG ORAL TABLET 15 MG		5	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
ICLUSIG ORAL TABLET 45 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
imatinib mesylate oral tablet 100 mg, 400 mg	GLEEVEC	5	PA
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG, 70 MG		5	PA; LA
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG, 560 MG		5	PA; LA
INLYTA ORAL TABLET 1 MG, 5 MG		5	PA; LA
IRESSA ORAL TABLET 250 MG		5	PA; LA
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG		5	PA; LA
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG, 25 MG		5	PA
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 3 X 4 MG		5	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 & 4 MG		5	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG & 2 X 4 MG		5	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG		5	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG & 4 MG		5	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 4 MG		5	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 4 MG		5	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG		5	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG, 2 MG		5	PA; LA
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG		5	PA; LA; QL (180 EA per 30 days)
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG		5	PA; LA; QL (180 EA per 30 days)
NEXAVAR ORAL TABLET 200 MG		5	PA; LA
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG		5	PA; QL (60 EA per 30 days)
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG		5	PA; LA; QL (14 EA per 21 days)
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG		5	PA; QL (90 EA per 30 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG		5	PA; QL (90 EA per 30 days)
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG		5	PA; QL (240 EA per 30 days)
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 20 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG		5	PA
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG		5	PA; LA; QL (120 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
SUTENT ORAL CAPSULE 12.5 MG, 25 MG, 37.5 MG, 50 MG		5	PA
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG		5	PA; QL (120 EA per 30 days)
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG		5	PA; LA
TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG, 50 MG		5	PA
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG		5	PA; LA; QL (240 EA per 30 days)
TURALIO ORAL CAPSULE 200 MG		5	PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
TYKERB ORAL TABLET 250 MG		5	PA; LA
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
VOTRIENT ORAL TABLET 200 MG		5	PA; LA
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG		5	PA; LA
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG		5	PA; LA
ZYKADIA ORAL CAPSULE 150 MG		5	PA; LA
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG		5	PA
Modificadores / Antiestrógenos			
EMCYT ORAL CAPSULE 140 MG		4	
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 10 MG/5ML		5	PA
tamoxifen citrate oral tablet 10 mg, 20 mg		1	MT; CG
toremifene citrate oral tablet 60 mg	FARESTON	5	
Retinoides			

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
AVITA EXTERNAL CREAM 0.025 %		4	PA
AVITA EXTERNAL GEL 0.025 %		4	PA
bexarotene oral capsule 75 mg	TARGRETIN	5	PA
PANRETIN EXTERNAL GEL 0.1 %		5	PA
TARGRETIN EXTERNAL GEL 1 %		5	PA
tretinoin external cream 0.025 %		2	PA
tretinoin external cream 0.05 %, 0.1 %	RETIN-A	2	PA
tretinoin external gel 0.01 %	RETIN-A	2	PA
tretinoin external gel 0.025 %		2	PA
tretinoin oral capsule 10 mg		5	
Treatment Adjuncts			
leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg		2	CG
Antiparasíticos			
Antihelminticos			
albendazole oral tablet 200 mg	ALBENZA	2	
ALBENZA ORAL TABLET 200 MG		5	
ivermectin oral tablet 3 mg	STROMECTOL	2	
praziquantel oral tablet 600 mg	BILTRICIDE	2	
Antiprotozoales			
ALINIA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 100 MG/5ML		5	
ALINIA ORAL TABLET 500 MG		5	
atovaquone oral suspension 750 mg/5ml	MEPRON	5	PA
atovaquone-proguanil hcl oral tablet 250-100 mg, 62.5-25 mg	MALARONE	2	
benznidazole oral tablet 100 mg, 12.5 mg		3	
chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg		2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG		4	QL (24 EA per 30 days)
hydroxychloroquine sulfate oral tablet 200 mg	PLAQUENIL	2	
mefloquine hcl oral tablet 250 mg		2	
pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted 300 mg	NEBUPENT	2	PA
pentamidine isethionate injection solution reconstituted 300 mg	PENTAM	2	PA
primaquine phosphate oral tablet 26.3 mg		2	
quinine sulfate oral capsule 324 mg	QUALAQUIN	2	
Pediculicidas / Scabicides			
EURAX EXTERNAL CREAM 10 %		3	
EURAX EXTERNAL LOTION 10 %		3	
lindane external shampoo 1 %		2	
malathion external lotion 0.5 %	OVIDE	2	
permethrin external cream 5 %	ELIMITE	2	
Antisicóticos			
Primera Generación, Típicos			
chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg		2	
fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml		2	
fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml		2	
fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml		2	
fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5ml		2	
fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg		2	MT

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml 1 ml, 50 mg/ml, 50 mg/ml(1ml)	HALDOL DECANOATE	2	
haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml	HALDOL	2	CG
haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml		2	MT; CG
haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg		2	MT; CG
loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg		2	MT; CG
molindone hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg		2	MT; CG
perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg		2	
pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg		2	CG
prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg		2	MT; CG
thioridazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg		2	PA
thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg		2	PA; MT; CG
trifluoperazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg		2	MT; CG
Resistente A Tratamiento			
clozapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	CLOZARIL	2	CG
clozapine oral tablet dispersible 100 mg, 12.5 mg, 25 mg		2	CG
clozapine oral tablet dispersible 150 mg		2	
clozapine oral tablet dispersible 200 mg		5	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML		5	
Segunda Generación, Atípicos			
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 300 MG, 400 MG		5	PA; QL (1 EA per 28 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 300 MG, 400 MG		5	PA; QL (1 EA per 28 days)
aripiprazole oral solution 1 mg/ml		2	
aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg	ABILIFY	2	
aripiprazole oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg		5	
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 675 MG/2.4ML		5	PA; QL (2.4 ML per 28 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 1064 MG/3.9ML		5	PA; QL (3.9 ML per 56 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 441 MG/1.6ML		5	PA; QL (1.6 ML per 28 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 662 MG/2.4ML		5	PA; QL (2.4 ML per 28 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 882 MG/3.2ML		5	PA; QL (3.2 ML per 28 days)
CAPLYTA ORAL CAPSULE 42 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG		4	PA
FANAPT ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 6 MG, 8 MG		5	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
FANAPT TITRATION PACK ORAL TABLET 1 & 2 & 4 & 6 MG		4	PA
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 117 MG/0.75ML		5	PA; QL (0.8 ML per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 156 MG/ML		5	PA; QL (1 ML per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 234 MG/1.5ML		5	PA; QL (1.5 ML per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 39 MG/0.25ML		4	PA; QL (0.3 ML per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 78 MG/0.5ML		5	PA; QL (0.5 ML per 28 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 273 MG/0.875ML		5	PA; MT; QL (0.9 ML per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 410 MG/1.315ML		5	PA; MT; QL (1.3 ML per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 546 MG/1.75ML		5	PA; MT; QL (1.8 ML per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 819 MG/2.625ML		5	PA; MT; QL (3 ML per 90 days)
LATUDA ORAL TABLET 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG		5	PA
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
olanzapine intramuscular solution reconstituted 10 mg	ZYPREXA	2	
olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg	ZYPREXA	2	MT; CG
olanzapine oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg	ZYPREXA ZYDIS	2	MT
paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 1.5 mg, 3 mg, 6 mg	INVEGA	2	
paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 9 mg	INVEGA	5	
PERSERIS SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 120 MG, 90 MG		5	PA; QL (1 EA per 28 days)
quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg	SEROQUEL XR	2	PA; MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 400 mg, 50 mg	SEROQUEL XR	2	PA; MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg	SEROQUEL	1	MT; CG
quetiapine fumarate oral tablet 25 mg, 50 mg	SEROQUEL	1	PA; MT; CG
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 12.5 MG, 25 MG		4	PA; QL (2 EA per 28 days)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 37.5 MG, 50 MG		5	PA; QL (2 EA per 28 days)
risperidone oral solution 1 mg/ml	RISPERDAL	2	CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
risperidone oral tablet 0.25 mg		2	MT; CG
risperidone oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg	RISPERDAL	2	MT; CG
risperidone oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg		2	MT; CG
SAPHRIS SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 10 MG, 2.5 MG, 5 MG		4	PA
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24HR, 5.7 MG/24HR, 7.6 MG/24HR		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE THERAPY PACK 1.5 & 3 MG		4	PA; QL (14 EA per 365 days)
ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg	GEODON	2	CG
ziprasidone mesylate intramuscular solution reconstituted 20 mg	GEODON	2	QL (6 EA per 3 days)
Antivirales			
Agentes Anti-Citomegalovirus (Cmv)			
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
valganciclovir hcl oral solution reconstituted 50 mg/ml	VALCYTE	5	
valganciclovir hcl oral tablet 450 mg	VALCYTE	5	
ZIRGAN OPHTHALMIC GEL 0.15 %		4	
Agentes Anti-Hepatitis B (Hbv)			
adefovir dipivoxil oral tablet 10 mg	HEPSERA	5	PA
BARACLUDE ORAL SOLUTION 0.05 MG/ML		5	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg	BARACLUDE	2	PA
EPIVIR HBV ORAL SOLUTION 5 MG/ML		4	
INTRON A INJECTION SOLUTION 10000000 UNIT/ML, 6000000 UNIT/ML		5	PA
INTRON A INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10000000 UNIT		5	PA
lamivudine oral solution 10 mg/ml	EPIVIR	2	CG
lamivudine oral tablet 100 mg	EPIVIR HBV	2	
lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg	EPIVIR	2	CG
REBETOL ORAL SOLUTION 40 MG/ML		5	
RIBASPHERE ORAL CAPSULE 200 MG		2	
RIBASPHERE ORAL TABLET 600 MG		5	
ribavirin oral capsule 200 mg		2	
ribavirin oral tablet 200 mg		2	
tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg	VIREAD	2	
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG		5	PA; QL (28 EA per 28 days)
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/GM		5	
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG		5	
Agentes Anti-Hepatitis C (Hcv), Acción Directa			
EPCLUSA ORAL TABLET 400-100 MG		5	PA; QL (84 EA per 365 days)
HARVONI ORAL TABLET 90-400 MG		5	PA; QL (168 EA per 365 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
MAVYRET ORAL TABLET 100-40 MG		5	PA; QL (336 EA per 365 days)
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG		5	PA; QL (84 EA per 365 days)
ZEPATIER ORAL TABLET 50-100 MG		5	PA; QL (112 EA per 365 days)
Agentes Anti-Hepatitis C (Hcv), Otros			
EPCLUSA ORAL TABLET 400-100 MG		5	PA; QL (84 EA per 365 days)
HARVONI ORAL TABLET 90-400 MG		5	PA; QL (168 EA per 365 days)
INTRON A INJECTION SOLUTION 6000000 UNIT/ML		5	PA
INTRON A INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10000000 UNIT, 18000000 UNIT, 50000000 UNIT		5	PA
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/0.5ML, 180 MCG/ML		5	PA
ribavirin oral capsule 200 mg		2	
ribavirin oral tablet 200 mg		2	
ZEPATIER ORAL TABLET 50-100 MG		5	PA; QL (112 EA per 365 days)
Agentes Anti-Herpéticos			
acyclovir external ointment 5 %	ZOVIRAX	2	
acyclovir oral capsule 200 mg		2	
acyclovir oral suspension 200 mg/5ml	ZOVIRAX	2	
acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg	ZOVIRAX	2	
acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml		2	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
famciclovir oral tablet 125 mg, 500 mg		2	QL (21 EA per 30 days)
famciclovir oral tablet 250 mg		2	QL (60 EA per 30 days)
trifluridine ophthalmic solution 1 %		2	
valacyclovir hcl oral tablet 1 gm	VALTREX	2	
valacyclovir hcl oral tablet 500 mg	VALTREX	2	QL (30 EA per 30 days)
Agentes Anti-Hiv, Inhibidores De Integrasa (Insti)			
BIKTARVY ORAL TABLET 50-200-25 MG		5	
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG		5	
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG		5	
ISENTRESS ORAL PACKET 100 MG		5	
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG		5	
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG		5	
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 25 MG		3	
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG		5	
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG		5	
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG		3	
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG		5	
TIVICAY PD ORAL TABLET SOLUBLE 5 MG		3	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
Agentes Anti-Hiv, Inhibidores De Proteasa			
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG		5	
APTIVUS ORAL SOLUTION 100 MG/ML		5	
atazanavir sulfate oral capsule 150 mg, 200 mg, 300 mg	REYATAZ	2	
CRIXIVAN ORAL CAPSULE 200 MG, 400 MG		4	
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG		5	
fosamprenavir calcium oral tablet 700 mg	LEXIVA	5	
INVIRASE ORAL TABLET 500 MG		5	
KALETRA ORAL TABLET 100-25 MG		4	
KALETRA ORAL TABLET 200-50 MG		5	
LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML		4	
lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5ml	KALETRA	5	
NORVIR ORAL PACKET 100 MG		3	
NORVIR ORAL SOLUTION 80 MG/ML		3	
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG		5	
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML		5	
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG, 600 MG, 800 MG		5	
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG		3	
REYATAZ ORAL PACKET 50 MG		5	
ritonavir oral tablet 100 mg	NORVIR	2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG		5	
Agentes Anti-Hiv, Inhibidores No-Nucleósidos De La Trascriptasa Reversa (Nnrti)			
COMPLERA ORAL TABLET 200-25-300 MG		5	
EDURANT ORAL TABLET 25 MG		5	
efavirenz oral capsule 200 mg	SUSTIVA	5	
efavirenz oral capsule 50 mg	SUSTIVA	2	
efavirenz oral tablet 600 mg	SUSTIVA	5	
INTELENCE ORAL TABLET 100 MG, 200 MG		5	
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG		4	
nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg		2	CG
nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 400 mg	VIRAMUNE XR	2	CG
nevirapine oral suspension 50 mg/5ml	VIRAMUNE	2	CG
nevirapine oral tablet 200 mg	VIRAMUNE	2	CG
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG		5	
RESCRIPTOR ORAL TABLET 200 MG		4	
Agentes Anti-Hiv, Inhibidores Nucleósidos De La Trascriptasa Reversa (Nnrti)			
abacavir sulfate oral solution 20 mg/ml	ZIAGEN	2	
abacavir sulfate oral tablet 300 mg	ZIAGEN	2	
abacavir sulfate-lamivudine oral tablet 600-300 mg	EPZICOM	2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
abacavir-lamivudine-zidovudine oral tablet 300-150-300 mg	TRIZIVIR	5	
ATRIPLA ORAL TABLET 600-200-300 MG		5	
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG		5	
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG		5	
DESCOVY ORAL TABLET 200-25 MG		5	
didanosine oral capsule delayed release 200 mg, 250 mg, 400 mg		2	
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG		5	
EMTRIVA ORAL CAPSULE 200 MG		3	
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML		3	
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG		5	
lamivudine oral solution 10 mg/ml	EPIVIR	2	CG
lamivudine oral tablet 100 mg	EPIVIR HBV	2	
lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg	EPIVIR	2	CG
lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg	COMBIVIR	2	
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG		5	
stavudine oral capsule 15 mg, 20 mg		2	
stavudine oral capsule 30 mg, 40 mg	ZERIT	2	
SYMFI LO ORAL TABLET 400-300-300 MG		5	
SYMFI ORAL TABLET 600-300-300 MG		5	
tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg	VIREAD	2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
TRUVADA ORAL TABLET 100-150 MG, 133-200 MG, 167-250 MG, 200-300 MG		5	
VIDEX EC ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 125 MG		4	
VIDEX ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 2 GM		4	
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/GM		5	
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG		5	
zidovudine oral capsule 100 mg	RETROVIR	2	CG
zidovudine oral syrup 50 mg/5ml	RETROVIR	2	CG
zidovudine oral tablet 300 mg		2	CG
Agentes Anti-Hiv, Otros			
FUZEON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 90 MG		5	
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 600 MG		5	
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML		5	
SELZENTRY ORAL TABLET 150 MG, 300 MG, 75 MG		5	
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG		4	
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG		5	
TYBOST ORAL TABLET 150 MG		3	
Agentes Anti-Influenza			
amantadine hcl oral capsule 100 mg		2	CG
amantadine hcl oral syrup 50 mg/5ml		2	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
amantadine hcl oral tablet 100 mg		2	CG
oseltamivir phosphate oral capsule 30 mg	TAMIFLU	2	QL (168 EA per 365 days)
oseltamivir phosphate oral capsule 45 mg, 75 mg	TAMIFLU	2	QL (84 EA per 365 days)
oseltamivir phosphate oral suspension reconstituted 6 mg/ml	TAMIFLU	2	QL (1080 ML per 365 days)
RELENZA DISKHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 5 MG/BLISTER		3	QL (120 EA per 365 days)
rimantadine hcl oral tablet 100 mg		2	
TAMIFLU ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 6 MG/ML		3	QL (1080 ML per 365 days)
Desórden Genético O Enzimático: Reemplazo, Modificadores, Tratamiento			
Desórden Genético O Enzimático: Reemplazo, Modificadores, Tratamiento			
CERDELGA ORAL CAPSULE 84 MG		5	
CREON ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 12000 UNIT, 24000-76000 UNIT, 3000-9500 UNIT, 36000 UNIT, 6000 UNIT		3	MT
CYSTADANE ORAL POWDER		5	LA
CYSTAGON ORAL CAPSULE 150 MG, 50 MG		3	LA
KUVAN ORAL PACKET 100 MG, 500 MG		5	PA; LA
KUVAN ORAL TABLET SOLUBLE 100 MG		5	PA; LA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
miglustat oral capsule 100 mg	ZAVESCA	5	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 5 mg	ORFADIN	5	PA
ORFADIN ORAL CAPSULE 20 MG		5	PA; LA
ORFADIN ORAL SUSPENSION 4 MG/ML		5	PA; LA
RAVICTI ORAL LIQUID 1.1 GM/ML		5	PA
sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg	BUPHENYL	5	PA
SUCRAID ORAL SOLUTION 8500 UNIT/ML		5	
XURIDEN ORAL PACKET 2 GM		5	PA; QL (120 EA per 30 days)
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		4	MT
Electrólitos / Minerales/ Vitaminas			
Electrólitos / Minerales/ Vitaminas			
AMINOSYN II INTRAVENOUS SOLUTION 10 %		4	PA
AMINOSYN-PF INTRAVENOUS SOLUTION 10 %		3	PA
AMINOSYN-PF INTRAVENOUS SOLUTION 7 %		4	PA
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %		4	PA
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %		4	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %		4	PA
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %		4	PA
dextrose intravenous solution 10 %, 5 %		2	
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 %		2	
HEPATAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 8 %		2	PA
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %		2	PA
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION 30 %		4	PA
IONOSOL-MB IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION		4	
ISOLYTE-P IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION		4	
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-%-%		2	
levocarnitine oral solution 1 gm/10ml	CARNITOR	2	PA; MT
levocarnitine oral tablet 330 mg	CARNITOR	2	MT
NEPHRAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 5.4 %		4	PA
NORMOSOL-M IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION		3	
NORMOSOL-R IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION		4	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
nutrilipid intravenous emulsion 20 %	INTRALIPID	4	PA
potassium chloride in dextrose intravenous solution 20-5 meq/l-%, 40-5 meq/l-%		2	
PREMASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 6 %		2	PA
prenatal oral tablet 27-1 mg		2	MT
PROCALAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 3 %		4	PA
PROSOL INTRAVENOUS SOLUTION 20 %		4	PA
TPN ELECTROLYTES INTRAVENOUS CONCENTRATE		3	PA
TRAVASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %		4	PA
TROPHAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 10 %		4	PA
Electrólitos / Modificadores De Minerales			
CHEMET ORAL CAPSULE 100 MG		4	
deferasirox oral tablet soluble 125 mg, 250 mg, 500 mg	EXJADE	5	PA
FERRIPROX ORAL SOLUTION 100 MG/ML		5	PA
FERRIPROX ORAL TABLET 1000 MG, 500 MG		5	PA
FREAMINE HBC INTRAVENOUS SOLUTION 6.9 %		4	PA
KIONEX ORAL SUSPENSION 15 GM/60ML		2	
KLOR-CON ORAL PACKET 20 MEQ		2	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
penicillamine oral tablet 250 mg	DEPEN TITRATABS	5	
sodium polystyrene sulfonate oral powder		2	CG
sodium polystyrene sulfonate oral suspension 15 gm/60ml	KIONEX	2	CG
SPS ORAL SUSPENSION 15 GM/60ML		2	CG
trientine hcl oral capsule 250 mg	CLOVIQUE	5	
Electrólitos / Reemplazo De Minerales			
CARBAGLU ORAL TABLET 200 MG		5	PA; LA
ISOLYTE-S INTRAVENOUS SOLUTION		4	
klor-con 10 oral tablet extended release 10 meq		2	MT; CG
klor-con m10 oral tablet extended release 10 meq		2	MT; CG
klor-con m15 oral tablet extended release 15 meq		2	MT; CG
klor-con m20 oral tablet extended release 20 meq		2	MT; CG
klor-con oral tablet extended release 8 meq		2	MT; CG
klor-con sprinkle oral capsule extended release 8 meq		2	MT
magnesium sulfate injection solution 50 %		2	
NORMOSOL-R PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION		4	
PLASMA-LYTE 148 INTRAVENOUS SOLUTION		4	
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS SOLUTION		4	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
potassium chloride crys er oral tablet extended release 10 meq		2	MT; CG
potassium chloride crys er oral tablet extended release 20 meq		2	MT; CG
potassium chloride er oral capsule extended release 10 meq, 8 meq		2	MT; CG
potassium chloride er oral tablet extended release 10 meq		2	MT; CG
potassium chloride er oral tablet extended release 20 meq	K-TAB	2	MT; CG
potassium chloride er oral tablet extended release 8 meq		2	MT; CG
potassium chloride in nacl intravenous solution 20-0.45 meq/l-%, 20-0.9 meq/l-%, 40-0.9 meq/l-%		2	
potassium chloride intravenous solution 10 meq/100ml, 2 meq/ml, 20 meq/100ml		2	
potassium chloride oral packet 20 meq		2	MT; CG
potassium chloride oral solution 20 meq/15ml (10%), 40 meq/15ml (20%)		2	MT; CG
sodium chloride intravenous solution 0.45 %, 0.9 %, 3 %, 5 %		2	
sodium chloride irrigation solution 0.9 %	ARGYLE STERILE SALINE	2	
sodium fluoride oral tablet 2.2 (1 f) mg		2	MT
SUPREP BOWEL PREP KIT ORAL SOLUTION 17.5-3.13-1.6 GM/177ML		4	
Vitaminas			
klor-con 10 oral tablet extended release 10 meq		2	MT; CG
klor-con m10 oral tablet extended release 10 meq		2	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
klor-con m15 oral tablet extended release 15 meq		2	MT; CG
klor-con m20 oral tablet extended release 20 meq		2	MT; CG
klor-con oral tablet extended release 8 meq		2	MT; CG
Productos Sanguíneos / Modificadores / Expansores De Volumen			
Agentes Hemostáticos			
tranexamic acid oral tablet 650 mg	LYSTEDA	2	
Agentes Modificadores De Plaquetas			
aspirin-dipyridamole er oral capsule extended release 12 hour 25-200 mg	AGGRENOX	2	MT
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG		3	MT
cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg		1	MT; CG
clopidogrel bisulfate oral tablet 75 mg	PLAVIX	1	MT; CG
prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	EFFIENT	2	MT; CG
Anticoagulantes			
COUMADIN ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 2 MG, 2.5 MG, 3 MG, 4 MG, 5 MG, 6 MG, 7.5 MG		3	MT
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK ORAL TABLET 5 MG		3	MT
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG, 5 MG		3	MT
enoxaparin sodium subcutaneous solution 100 mg/ml	LOVENOX	2	QL (30 ML per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
enoxaparin sodium subcutaneous solution 120 mg/0.8ml, 80 mg/0.8ml	LOVENOX	2	QL (24 ML per 30 days)
enoxaparin sodium subcutaneous solution 150 mg/ml	LOVENOX	2	MT; QL (30 ML per 30 days)
enoxaparin sodium subcutaneous solution 30 mg/0.3ml	LOVENOX	2	QL (9 ML per 30 days)
enoxaparin sodium subcutaneous solution 40 mg/0.4ml	LOVENOX	2	QL (12 ML per 30 days)
enoxaparin sodium subcutaneous solution 60 mg/0.6ml	LOVENOX	2	QL (18 ML per 30 days)
fondaparinux sodium subcutaneous solution 10 mg/0.8ml	ARIXTRA	5	PA; QL (24 ML per 30 days)
fondaparinux sodium subcutaneous solution 2.5 mg/0.5ml	ARIXTRA	2	PA; QL (15 ML per 30 days)
fondaparinux sodium subcutaneous solution 5 mg/0.4ml	ARIXTRA	5	PA; QL (12 ML per 30 days)
fondaparinux sodium subcutaneous solution 7.5 mg/0.6ml	ARIXTRA	5	PA; QL (18 ML per 30 days)
heparin sodium (porcine) injection solution 1000 unit/ml, 10000 unit/ml, 20000 unit/ml, 5000 unit/ml		2	PA
jantoven oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg		1	MT; CG
PRADAXA ORAL CAPSULE 110 MG, 150 MG, 75 MG		4	MT
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	1	MT; CG
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 20 MG		3	MT
XARELTO STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 15 & 20 MG		3	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
Modificadores De La Formación De Sangre			
anagrelide hcl oral capsule 0.5 mg	AGRYLIN	2	CG
anagrelide hcl oral capsule 1 mg		2	CG
NEUPOGEN INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML		5	PA; QL (16 ML per 30 days)
NEUPOGEN INJECTION SOLUTION 480 MCG/1.6ML		5	PA; QL (26 ML per 30 days)
NEUPOGEN INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MCG/0.5ML		5	PA; QL (5 ML per 30 days)
NEUPOGEN INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 480 MCG/0.8ML		5	PA; QL (8 ML per 30 days)
NIVESTYM INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML		5	PA; QL (16 ML per 30 days)
NIVESTYM INJECTION SOLUTION 480 MCG/1.6ML		5	PA; QL (26 ML per 30 days)
NIVESTYM INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MCG/0.5ML, 480 MCG/0.8ML		5	PA
PROMACTA ORAL PACKET 12.5 MG		5	PA; LA; QL (360 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG		5	PA; LA; QL (360 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 25 MG		5	PA; LA; QL (180 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 50 MG		5	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 75 MG		5	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10000 UNIT/ML, 2000 UNIT/ML, 3000 UNIT/ML, 4000 UNIT/ML		3	PA
RETACRIT INJECTION SOLUTION 40000 UNIT/ML		5	PA
Productos Sanguíneos / Modificadores / Expansores De Volumen			
PROMACTA ORAL PACKET 25 MG		5	PA; LA; QL (180 EA per 30 days)
Reguladores De Glucosa En Sangre			
Agentes Antidiabéticos			
acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	PRECOSE	2	MT; CG; QL (90 EA per 30 days)
BYDUREON BCISE SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 2 MG/0.85ML		3	MT; QL (3.4 ML per 28 days)
BYDUREON SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR 2 MG		3	MT; QL (4 EA per 28 days)
BYETTA 10 MCG PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 10 MCG/0.04ML		4	MT; QL (2.4 ML per 30 days)
BYETTA 5 MCG PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 5 MCG/0.02ML		4	MT; QL (1.2 ML per 30 days)
colesevelam hcl oral packet 3.75 gm	WELCHOL	2	MT
colesevelam hcl oral tablet 625 mg	WELCHOL	2	MT
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG		3	ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg	AMARYL	1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
glipizide er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	GLUCOTROL XL	1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
glipizide oral tablet 10 mg, 5 mg	GLUCOTROL	1	MT; CG; QL (120 EA per 30 days)
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG		3	ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG		3	ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG		3	ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG		3	ST; MT; QL (60 EA per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG		3	ST; MT; QL (60 EA per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG		3	ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 500 mg		1	MT; CG; QL (120 EA per 30 days)
metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 750 mg		1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
metformin hcl oral tablet 1000 mg		1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
metformin hcl oral tablet 500 mg, 850 mg		1	MT; CG; QL (90 EA per 30 days)
miglitol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	GLYSET	2	MT; CG; QL (90 EA per 30 days)
nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg	STARLIX	1	MT; CG; QL (90 EA per 30 days)
pioglitazone hcl oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg	ACTOS	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg		1	MT; CG; QL (120 EA per 30 days)
repaglinide oral tablet 2 mg		1	MT; CG; QL (240 EA per 30 days)
SYMLINPEN 120 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2700 MCG/2.7ML		5	PA; QL (11 ML per 30 days)
SYMLINPEN 60 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 1500 MCG/1.5ML		5	PA; QL (6 ML per 30 days)
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1000 MG, 12.5-500 MG, 5-1000 MG, 5-500 MG		3	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		3	ST; MT; QL (60 EA per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25-1000 MG		3	ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
tolbutamide oral tablet 500 mg		1	MT; QL (180 EA per 30 days)
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG		3	ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-5-1000 MG, 25-5-1000 MG		3	ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12.5-2.5-1000 MG, 5-2.5-1000 MG		3	ST; MT; QL (60 EA per 30 days)
TRULICITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 0.75 MG/0.5ML, 1.5 MG/0.5ML		3	MT; QL (2 ML per 28 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
VICTOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 18 MG/3ML		3	MT; QL (9 ML per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 10-500 MG		3	ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG, 5-1000 MG, 5-500 MG		3	ST; MT; QL (60 EA per 30 days)
Agentes Glicémicos			
diazoxide oral suspension 50 mg/ml	PROGLYCEM	2	
GLUCAGEN HYPOKIT INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 1 MG		3	
GLUCAGON EMERGENCY INJECTION KIT 1 MG		3	
KORLYM ORAL TABLET 300 MG		5	PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
Insulinas			
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 1 ML		3	MT
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML		3	MT
gauze sterile pad 2"x2"	BAND-AID GAUZE SMALL	3	MT
EXEL COMFORT POINT PEN NEEDLE 29G X 12MM		3	MT
HUMALOG KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML, 200 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (50-50) 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMALOG MIX 50/50 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (50-50) 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (75-25) 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMALOG MIX 75/25 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (75-25) 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMALOG SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMULIN 70/30 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMULIN 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMULIN N KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMULIN N SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMULIN R INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML		5	PA; QL (30 ML per 30 days)
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 500 UNIT/ML		5	PA; QL (30 ML per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
LANTUS SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
LANTUS SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
LEVEMIR FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
LEVEMIR SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
preferred plus insulin syringe 28g x 1/2" 0.5 ml	BD INSULIN SYRINGE MICROFINE	3	MT
RELI-ON INSULIN SYRINGE 29G 0.3 ML		3	MT
TOUJEO MAX SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
TOUJEO SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
TRESIBA FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML, 200 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
TRESIBA SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
Reguladores De Glucosa En Sangre			
glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg		1	MT; CG; QL (120 EA per 30 days)
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 1 MG/0.2ML		3	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
GVOKE PFS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 1 MG/0.2ML		3	
JANUMET ORAL TABLET 50-1000 MG, 50-500 MG		3	ST; MT; QL (60 EA per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100-1000 MG		3	ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 50-1000 MG, 50-500 MG		3	ST; MT; QL (60 EA per 30 days)
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG		3	ST; MT; QL (60 EA per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG		3	ST; MT; QL (60 EA per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG		3	ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
pioglitazone hcl-glimepiride oral tablet 30-2 mg, 30-4 mg	DUETACT	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
pioglitazone hcl-metformin hcl oral tablet 15-500 mg, 15-850 mg	ACTOPLUS MET	1	MT; CG; QL (90 EA per 30 days)
repaglinide-metformin hcl oral tablet 1-500 mg, 2-500 mg		1	MT; QL (150 EA per 30 days)
Relajantes Musculo Esqueletales			
Relajantes Musculo Esqueletales			
cyclobenzaprine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg		2	PA
cyclobenzaprine hcl oral tablet 7.5 mg	FEXMID	2	PA
tizanidine hcl oral capsule 2 mg, 4 mg, 6 mg	ZANAFLEX	2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
tizanidine hcl oral tablet 2 mg		2	
tizanidine hcl oral tablet 4 mg	ZANAFLEX	2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 9.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.
LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, 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.

A

abacavir sulfate.....141
abacavir sulfate-lamivudine .141
abacavir-lamivudine-zidovudine 142
ABELCET.....117
ABILIFY MAINTENA 111, 133
abiraterone acetate.....121
acamprosate calcium 72
acarbose.....153
acebutolol hcl 19
acetaminophen-codeine....90, 91
acetaminophen-codeine #3.....90
acetazolamide.....30, 65
acetazolamide er.....30
acetic acid.....96
acetylcysteine 79
acitretin.....35
ACTHIB 62
ACTIMMUNE 58
acyclovir.....138
acyclovir sodium 138
ADACEL.....62
adapalene.....35
adefovir dipivoxil 136
ADEMPAS.....82
ADVAIR DISKUS.....81, 83, 85
ADVAIR HFA 81, 83, 85
AFINITOR 125
AFINITOR DISPERZ.....58
AIMOVIG 74
albendazole.....130
ALBENZA 130
albuterol sulfate.....86
albuterol sulfate er.....85
albuterol sulfate hfa.....86
alclometasone dipropionate....43
ALECENSA.....125
alendronate sodium 78
alfuzosin hcl er 42
ALINIA 130
aliskiren fumarate.....22
allopurinol 13
alosetron hcl 39
ALPHAGAN P.....65
alprazolam 93
ALREX.....66
ALTAVERA 47
ALUNBRIG 125
ALYQ.....82
amantadine hcl.....75, 143, 144
AMBISOME 117
ambrisentan 82
amikacin sulfate.....95
amiloride hcl.....29
amiloride-hydrochlorothiazide22
AMINOSYN II.....145
AMINOSYN-PF.....145
amiodarone hcl 26
AMITIZA 39
amitriptyline hcl 115
amlodipine besy-benazepril hcl 22, 23
amlodipine besylate.....20
amlodipine besylate-valsartan 23
amlodipine-atorvastatin.....23
amlodipine-olmesartan 23
amlodipine-valsartan-hctz 23
ammonium lactate 35
AMNESTEEM 35
amoxapine 115
amoxicillin.....100
amoxicillin-pot clavulanate .100, 101
amoxicillin-pot clavulanate er 100
amphetamine-dextroamphet er 33
amphetamine-dextroamphetamine 33, 34
amphotericin b.....117
ampicillin.....101
ampicillin sodium.....101
ampicillin-sulbactam sodium101
ANADROL-50 52
anagrelide hcl 152
anastrozole.....123
ANDRODERM 52
ANORO ELLIPTA.....80
APOKYN 75
aprepitant.....116, 117
APRI.....47
APRISO.....77
APTIOM.....107
APTIVUS 140
ARANELLE.....47
ARCALYST.....58
aripiprazole.....111, 133
ARISTADA.....133
ARISTADA INITIO.....133
armodafinil 70
ARNUITY ELLIPTA.....83
aspirin-dipyridamole er 150
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR 156
atazanavir sulfate.....140
atenolol 19
atenolol-chlorthalidone.....23
atomoxetine hcl 34
atorvastatin calcium.....27
atovaquone.....130
atovaquone-proguanil hcl 130
ATRIPLA 142
atropine sulfate 67
ATROVENT HFA.....85
AUBRA 47
AVIANE.....47
AVITA.....36, 130
AYVAKIT.....125
AZASITE 102
azathioprine 58
azelastine hcl 65, 83
azithromycin.....102
AZOPT 65
aztreonam 100

B

bacitracin 96
bacitracin-polymyxin b.....68
bacitra-neomycin-polymyxin-hc 68
baclofen 72
balsalazide disodium 77
BALVERSA.....125
BALZIVA.....47
BANZEL 107
BARACLUDE.....136
bcg vaccine 62
BD ALCOHOL SWABS 70 % 96
benazepril hcl.....30
benazepril-hydrochlorothiazide 23
BENLYSTA 59
benznidazole.....130
benzoyl peroxide-erythromycin 36
benztropine mesylate.....76

BEPREVE 65
betamethasone dipropionate .. 14, 15, 36, 44
betamethasone dipropionate aug 14, 44
betamethasone valerate 15, 44
BETASERON 35
betaxolol hcl 19, 65
bethanechol chloride 41
BETOPTIC-S 65
bexarotene 130
BEXSERO..... 62
bicalutamide 121
BICILLIN L-A 101
BIKTARVY 139
bimatoprost..... 65, 68
bisoprolol fumarate 19
bisoprolol-hydrochlorothiazide 23
BIVIGAM 58
BLEPHAMIDE S.O.P..... 15, 68
BOOSTRIX..... 62
BOSULIF 125
BRAFTOVI..... 125
BREO ELLIPTA 86
briellyn 47
BRILINTA 150
brimonidine tartrate 65
BRIVIACT 110
bromocriptine mesylate 56, 75
BRUKINSA 126
budesonide..... 77, 83
bumetanide 29
buprenorphine hcl..... 72
buprenorphine hcl-naloxone hcl 72
bupropion hcl..... 112
bupropion hcl er (smoking det) 71
bupropion hcl er (sr)..... 112
bupropion hcl er (xl)..... 112
buspirone hcl 93
BYDUREON..... 153
BYDUREON BCISE 153
BYETTA 10 MCG PEN 153
BYETTA 5 MCG PEN 153
C
cabergoline 56
CABOMETYX..... 126
calcipotriene 36
calcitonin (salmon) 78
calcitriol..... 78
calcium acetate (phos binder) . 43
CALQUENCE..... 126
CAMILA 53
CANASA..... 77
candesartan cilexetil 25
candesartan cilexetil-hctz 23
CAPLYTA..... 133
CAPRELSA..... 126
captopril..... 31
captopril-hydrochlorothiazide 23
CARBAGLU 148
carbamazepine 18, 107
carbamazepine er 18, 107
carbidopa-levodopa 77
carbidopa-levodopa er 76
carbidopa-levodopa-entacapone 75
carteolol hcl 66
CARTIA XT..... 20
carvedilol 19
carvedilol phosphate er..... 19
caspofungin acetate 117
CAYSTON 80, 100
cefaclor 98
cefaclor er 98
cefadroxil..... 98
cefazolin sodium..... 98
cefdinir..... 98
cefepime hcl 98
cefixime 98
cefoxitin sodium 98, 99
cefpodoxime proxetil..... 99
cefprozil..... 99
ceftazidime 99
ceftriaxone sodium 99
cefuroxime axetil..... 99
cefuroxime sodium 99
celecoxib..... 13, 91
CELONTIN 108
cephalexin..... 99
CERDELGA..... 144
cetirizine hcl 83
CETRAXAL..... 103
cevimeline hcl..... 69
CHANTIX 71
CHANTIX CONTINUING MONTH PAK 71
CHANTIX STARTING MONTH PAK 71
CHEMET..... 147
chlorhexidine gluconate..... 69
chloroquine phosphate..... 130
chlorothiazide 30
chlorpromazine hcl 116, 131
chlorthalidone 30
CHOLBAM 38
cholestyramine light 28
CIALIS 41
ciclopirox 117, 118
ciclopirox olamine 118
cilostazol..... 150
CILOXAN 103
CIMDUO..... 142
cimetidine 39
cimetidine hcl 39
cinacalcet hcl 78, 79
CINRYZE..... 58
CIPRODEX 69
ciprofloxacin..... 104
ciprofloxacin hcl..... 103, 104
ciprofloxacin in d5w..... 104
citalopram hydrobromide 113
CLARAVIS 36
clarithromycin..... 102
clarithromycin er 102
clindamycin hcl 96
clindamycin palmitate hcl..... 96
clindamycin phosphate 96
clindamycin phosphate in d5w 96
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) 145
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) 145
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) 146
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) 146
clobazam..... 105
clomipramine hcl 115
clonazepam 93
clonidine 25
clonidine hcl 25
clopidogrel bisulfate 150
clorazepate dipotassium.. 94, 105
clotrimazole 118
clotrimazole-betamethasone ... 36

clozapine....132
COARTEM....131
colchicine....13
colchicine-probenecid....13
colesevelam hcl....28, 153
colestipol hcl....28
colistimethate sodium (cba)....96
COLOCORT....77
COMBIGAN....66
COMBIVENT RESPIMAT....81
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE)....126
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE)....126
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE)....126
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE....156
COMPLERA....141
constulose....40
COPIKTRA....123
CORLANOR....22
cortisone acetate....15, 44, 77
COTELLIC....126
COUMADIN....150
CREON....144
CRIXIVAN....140
cromolyn sodium....65, 87
CRYSELLE-28....47
cvs gauze sterile....156
CYCLAFEM 1/35....47
CYCLAFEM 7/7/7....47
cyclobenzaprine hcl....159
cyclophosphamide....120
cyclosporine....59
cyclosporine modified....59
cyproheptadine hcl....83
CYSTADANE....144
CYSTAGON....144
CYSTARAN....67
D
dalfampridine er....35
DALIRESP....87
danazol....52
dantrolene sodium....72
dapsone....119
DAPTACEL....62
daptomycin....96
DAURISMO....126
DEBLITANE....47
deferasirox....147
DELSTRIGO....142
DELYLA....47
DEMSER....23
DEPO-PROVERA....53
DESCOVY....142
desipramine hcl....115
desloratadine....83
desmopressin ace spray refrig 54
desmopressin acetate....54
desogestrel-ethinyl estradiol....48
desonide....44
desoximetasone....44
desvenlafaxine er....113
desvenlafaxine succinate er....113
dexamethasone....15
DEXAMETHASONE INTENSOL....15
dexamethasone sodium phosphate....66
dextroamphetamine sulfate....34
dextrose....146
dextrose-nacl....146
diazepam....94, 105, 110
diazoxide....156
diclofenac epolamine....13, 91
diclofenac potassium....13, 91
diclofenac sodium....13, 36, 66, 92
diclofenac sodium er....13, 92
dicloxacillin sodium....101
dicyclomine hcl....39
didanosine....142
DIFICID....102
diflunisal....13, 92
DIGITEK....22
DIGOX....22
digoxin....22
dihydroergotamine mesylate....74
DILANTIN....107
DILANTIN INFATABS....107
diltiazem hcl....20, 21
diltiazem hcl er....20
diltiazem hcl er beads....20
diltiazem hcl er coated beads....20
dilt-xr....21
DIPENTUM....77
diphenoxylate-atropine....38
diphtheria-tetanus toxoids dt....62
disulfiram....72
divalproex sodium....74
divalproex sodium er....74
dofetilide....26
donepezil hcl....12
dorzolamide hcl....66
dorzolamide hcl-timolol mal....66
dorzolamide hcl-timolol mal pf....66
DOVATO....142
doxazosin mesylate....25, 42
doxepin hcl....36, 93
DOXY 100....105
doxycycline hyclate....36, 69, 105
doxycycline monohydrate36, 69, 105
DRIZALMA SPRINKLE....113
dronabinol....117
drospirenone-ethinyl estradiol 48
DROXIA....121
duloxetine hcl....32, 33
duramorph....89
DUREZOL....66
dutasteride....42
dutasteride-tamsulosin hcl....42
E
E.E.S. 400....103
econazole nitrate....118
EDURANT....141
efavirenz....141
eletriptan hydrobromide....73
ELIGARD....56
ELIQUIS....150
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK....150
ELMIRON....41
EMCYT....129
EMEND....117
EMOQUETTE....48
EMSAM....113
EMTRIVA....142
enalapril maleate....31
enalapril-hydrochlorothiazide23, 24
ENBREL....59
ENBREL MINI....59
ENBREL SURECLICK....59
ENDOCET....91
ENGERIX-B....62
enoxaparin sodium....150, 151
ENPRESSE-28....48
ENSKYCE....48

entacapone 75
entecavir 137
ENTRESTO 26
enulose 40
EPCLUSA 137, 138
EPIDIOLEX 106
epinephrine 86
EPITOL 18, 107
EPIVIR HBV 137
eplerenone 29
ERIVEDGE 126
ERLEADA 121
erlotinib hcl 126
ERRIN 53
ertapenem sodium 100
ery 103
ERY-TAB 103
ERYTHROCIN LACTOBIONATE 103
ERYTHROCIN STEARATE 103
erythromycin 103
erythromycin base 103
erythromycin ethylsuccinate 103
ESBRIET 80, 81
escitalopram oxalate 94, 114
esomeprazole magnesium 39, 40
estazolam 32
estradiol 52, 53
estradiol valerate 48, 53
ethambutol hcl 120
ethosuximide 108
ethynodiol diac-eth estradiol .. 48
etodolac 13, 92
etodolac er 13, 92
EURAX 131
EUTHYROX 55
everolimus 59, 126
EVOTAZ 140
EXEL COMFORT POINT PEN NEEDLE 156
exemestane 123
ezetimibe 28
ezetimibe-simvastatin 24
F
FALMINA 48
famciclovir 139
famotidine 39
FANAPT 133
FANAPT TITRATION PACK 134
FARXIGA 153
FARYDAK 124
febuxostat 13
felbamate 109
felodipine er 21
fenofibrate 27
fenofibrate micronized 27
fenofibric acid 27
fentanyl 88, 89
fentanyl citrate 88, 89
FERRIPROX 147
FETZIMA 114
FETZIMA TITRATION 114
finasteride 42
FINTEPLA 110
FLAC 69
flecainide acetate 26
FLOVENT DISKUS 84
FLOVENT HFA 84
fluconazole 118
fluconazole in sodium chloride 118
flucytosine 118
fludrocortisone acetate 44
flunisolide 84
fluocinolone acetonide 44, 45
fluocinolone acetonide scalp .. 45
fluocinonide 36, 45
fluocinonide emulsified base .. 45
fluorometholone 67
fluorouracil 36
fluoxetine hcl 112, 114
fluphenazine decanoate 131
fluphenazine hcl 131
flurbiprofen 13, 92
flurbiprofen sodium 67
flutamide 121
fluticasone propionate 36, 45, 84
fluticasone-salmeterol 86
fluvastatin sodium 28
fluvoxamine maleate 114
fluvoxamine maleate er 114
FML 67
fondaparinux sodium 151
FORTEO 79
fosamprenavir calcium 140
fosinopril sodium 31
fosinopril sodium-hctz 24
FREAMINE HBC 147
furosemide 29, 30
FUZEON 143
FYAVOLV 48
FYCOMPA 109
G
gabapentin 106
galantamine hydrobromide 12
galantamine hydrobromide er . 12
GAMMAGARD 58
GAMMAGARD S/D LESS IGA 58
GAMMAPLEX 58
GAMUNEX-C 58
GARDASIL 9 62
gatifloxacin 104
GATTEX 38
GAVILYTE-C 40
gavilyte-g 40
GAVILYTE-N WITH FLAVOR PACK 40
gemfibrozil 27
generlac 40
GENGRAF 59
GENTAK 95
gentamicin in saline 95
gentamicin sulfate 95
GENVOYA 139
GIANVI 48
GILENYA 35
GILOTRIF 126
glatiramer acetate 35
GLATOPA 35
GLEOSTINE 123
glimepiride 153
glipizide 154
glipizide er 154
glipizide-metformin hcl 158
GLUCAGEN HYPOKIT 156
GLUCAGON EMERGENCY 156
glycopyrrolate 39
GLYXAMBI 154
GOLYTELY 40
granisetron hcl 117
griseofulvin microsize 118
griseofulvin ultramicrosize ... 118
guanfacine hcl 25
guanfacine hcl er 34
guanidine hcl 16

GVOKE HYPOPEN 2-PACK 158
GVOKE PFS 159
H
halobetasol propionate..... 45
haloperidol..... 132
haloperidol decanoate..... 132
haloperidol lactate 132
HARVONI 137, 138
HAVRIX 63
heparin sodium (porcine) 151
HEPATAMINE..... 146
HETLIOZ..... 70
HIBERIX..... 63
HUMALOG 157
HUMALOG KWIKPEN..... 156
HUMALOG MIX 50/50..... 157
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN 157
HUMALOG MIX 75/25..... 157
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN 157
HUMIRA..... 60
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START..... 59, 60
HUMIRA PEN 60
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER 60
HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS START 60
HUMULIN 70/30..... 157
HUMULIN 70/30 KWIKPEN 157
HUMULIN N 157
HUMULIN N KWIKPEN.... 157
HUMULIN R 157
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)..... 157
HUMULIN R U-500 KWIKPEN 157
hydralazine hcl 32
hydrochlorothiazide..... 30
hydrocodone-acetaminophen . 91
hydrocodone-ibuprofen 91
hydrocortisone..... 15, 46, 77
hydrocortisone butyrate..... 45
hydrocortisone valerate 46
hydrocortisone-acetic acid..... 70
hydromorphone hcl 88
hydromorphone hcl pf 90
hydroxychloroquine sulfate.. 131
hydroxyurea..... 121
I
ibandronate sodium 79
IBRANCE 124
IBU 13, 92
ibuprofen 13, 14, 92
icatibant acetate 58
ICLUSIG 126
IDHIFA 124
ILEVRO 67
imatinib mesylate 127
IMBRUVICA 127
imipenem-cilastatin 100
imipramine hcl..... 115
imipramine pamoate 115
imiquimod 36
IMOVAX RABIES 63
INCASSIA..... 48
INCRELEX 54
INCRUSE ELLIPTA..... 80, 85
indapamide 30
INFANRIX..... 63
INLYTA 127
INTELENCE 141
INTRALIPID..... 146
INTRON A 137, 138
INTROVALE 48
INVEGA SUSTENNA..... 134
INVEGA TRINZA 134
INVIRASE 140
IONOSOL-MB IN D5W 146
IPOL 63
ipratropium bromide..... 85
ipratropium-albuterol..... 81
irbesartan 26
irbesartan-hydrochlorothiazide 24, 30
IRESSA 127
ISENTRESS 139
ISENTRESS HD 139
ISIBLOOM..... 48
ISOLYTE-P IN D5W..... 146
ISOLYTE-S..... 148
isoniazid..... 120
isosorbide dinitrate 31
isosorbide dinitrate er 31
isosorbide mononitrate 31
isosorbide mononitrate er 31
isotretinoin..... 37
isradipine 21
itraconazole..... 118
ivermectin 130
IXIARO 63
J
JAKAFI 127
JANTOVEN..... 151
JANUMET 159
JANUMET XR..... 159
JANUVIA..... 154
JARDIANCE..... 154
JENTADUETO 154, 159
JENTADUETO XR..... 154, 159
JULUCA..... 142
JUNEL 1.5/30..... 48
JUNEL 1/20..... 48
JUNEL FE 1.5/30 48
JUNEL FE 1/20 49
JUXTAPID 28
K
KALETRA 140
KALYDECO 80
KARIVA..... 49
kcl in dextrose-nacl..... 146
KELNOR 1/35..... 49
KELNOR 1/50..... 49
ketoconazole 118
ketoprofen..... 92
ketorolac tromethamine 67
KINRIX 63
KIONEX..... 147
KISQALI (200 MG DOSE).. 124
KISQALI (400 MG DOSE).. 124
KISQALI (600 MG DOSE).. 124
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) 124
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) 124
KISQALI FEMARA(200 MG DOSE) 124
KLOR-CON 147, 148, 150
KLOR-CON 10 ..... 148, 149
KLOR-CON M10 ..... 148, 149
KLOR-CON M15 ..... 148, 150
KLOR-CON M20 ..... 148, 150
KLOR-CON SPRINKLE 148
KORLYM..... 156
KOSELUGO..... 127
KURVELO 49
KUVAN..... 144

L
labetalol hcl 19
lactulose..... 40
lamivudine..... 137, 142
lamivudine-zidovudine..... 142
lamotrigine 18, 106, 109
lamotrigine er 18, 109
lamotrigine starter kit-blue 18, 109
lamotrigine starter kit-green .. 18, 109
lamotrigine starter kit-orange 18, 110
lansoprazole..... 40
lanthanum carbonate 43
LANTUS 158
LANTUS SOLOSTAR 158
LARIN 1.5/30..... 49
LARIN 1/20..... 49
LARIN FE 1.5/30..... 49
LARIN FE 1/20..... 49
LASTACAFT..... 65
latanoprost 69
LATUDA 134
LEENA..... 49
leflunomide..... 58
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) 127
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) 127
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) 127
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) 127
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) 127
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) 127
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) 127
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) 128
LESSINA 49
letrozole..... 123
leucovorin calcium 121, 130
LEUKERAN 120
leuprolide acetate..... 56
levalbuterol hcl..... 86
levalbuterol tartrate 86
LEVEMIR 158
LEVEMIR FLEXTOUCH ... 158
levetiracetam 110
levetiracetam er 110
LEVITRA..... 41, 42
levobunolol hcl..... 66
levocarnitine 146
levocetirizine dihydrochloride 83
levofloxacin 104
levofloxacin in d5w 104
LEVONEST 49
levonorgest-eth estrad 91-day 49
levonorgestrel-ethinyl estrad .. 49
LEVORA 0.15/30 (28) 49
LEVO-T 55
levothyroxine sodium 55
LEVOXYL 55
LEXIVA 140
lidocaine 93
lidocaine hcl 93
lidocaine hcl urethral/mucosal 93
lidocaine viscous hcl 93
lidocaine-prilocaine 93
lindane 131
linezolid 96, 97
LINZESS 39
liothyronine sodium..... 55
lisinopril..... 31
lisinopril-hydrochlorothiazide 24
lithium 19
lithium carbonate..... 18
lithium carbonate er..... 18
LONSURF..... 121
loperamide hcl 38
lopinavir-ritonavir 140
lorazepam 94, 106
LORBRENA 128
LORCET 91
LORCET HD..... 91
LORCET PLUS..... 91
LORYNA 49
losartan potassium 26
losartan potassium-hctz 24
LOTEMAX 67
LOTEMAX SM..... 67
loteprednol etabonate 67
lovastatin 28
LOW-OGESTREL 50
loxapine succinate 132
LUMIGAN 69
LUPANETA PACK 56
LUPRON DEPOT (1-MONTH) 56
LUPRON DEPOT (3-MONTH) 56
LUPRON DEPOT (4-MONTH) 56
LUPRON DEPOT (6-MONTH) 56
LUTERA 50
LYNPARZA..... 123
LYRICA CR..... 33, 109
LYSODREN..... 56
LYZA 53
M
magnesium sulfate 148
malathion 131
maprotiline hcl..... 112
marlissa..... 50, 53
MARPLAN..... 113
MATULANE..... 120
MATZIM LA..... 21
MAVYRET 138
MAXIDEX 67
meclizine hcl..... 116
medroxyprogesterone acetate . 53
mefloquine hcl 131
megestrol acetate 53, 54
MEKINIST 128
MEKTOVI..... 128
meloxicam 14, 92
memantine hcl 12
memantine hcl er 12
MENACTRA..... 63
MENEST 53
MENVEO 63
meperidine hcl 88
mercaptopurine 61
meropenem 100
mesalamine 39, 77
MESNEX..... 123
METADATE ER 34
metformin hcl 154
metformin hcl er 154
methadone hcl..... 90
methazolamide..... 30, 66
methenamine hippurate 97
methimazole 57
methotrexate 61
methotrexate sodium 61
methotrexate sodium (pf) 61

methoxsalen rapid 37
methyclothiazide 30
methylphenidate hcl 34
methylphenidate hcl er 34
methylprednisolone 15, 46, 77
methylprednisolone acetate 15
metoclopramide hcl 38, 116
metolazone 30
metoprolol succinate er 19
metoprolol tartrate 20
metoprolol-hydrochlorothiazide 24
metronidazole 97
metronidazole in nacl 97
mexiletine hcl 26
micafungin sodium 118
MICROGESTIN 1.5/30 50
MICROGESTIN 1/20 50
MICROGESTIN FE 1.5/30.... 50
MICROGESTIN FE 1/20..... 50
midodrine hcl..... 25
MIGERGOT 74
miglitol 154
miglustat 145
minocycline hcl 69, 105
minoxidil 32
mirtazapine 112
misoprostol 41, 54
M-M-R II..... 63
modafinil 70
moexipril hcl 31
molindone hcl..... 132
mometasone furoate 46
montelukast sodium..... 84
morphine sulfate..... 88, 89, 90
morphine sulfate (concentrate) 88, 90
morphine sulfate (pf)..... 88
morphine sulfate er..... 90
morphine sulfate er beads..... 90
MOVANTIK 38
MOXEZA..... 104
moxifloxacin hcl..... 104
MULTAQ..... 26
mupirocin 97
mupirocin calcium..... 97
mycophenolate mofetil..... 61
mycophenolate sodium..... 61
MYORISAN..... 37
MYRBETRIQ 42

N

nabumetone 14, 92
nadolol 20
nafcillin sodium..... 101
naloxone hcl 71
naltrexone hcl 72
naproxen 14, 92
naproxen dr..... 14, 92
naproxen sodium 14, 92
naratriptan hcl..... 73
NARCAN 71
NATACYN 119
nateglinide 154
NATPARA 79
NAYZILAM..... 106
NECON 0.5/35 (28) 50
nefazodone hcl..... 112
neomycin sulfate..... 95
neomycin-bacitracin zn-polymyx..... 68
neomycin-polymyxin-dexameth 68
neomycin-polymyxin-gramicidin..... 68
neomycin-polymyxin-hc .. 68, 70
NEORAL..... 61
NEPHRAMINE..... 146
NERLYNX..... 128
NEUPOGEN 152
NEUPRO 75
nevirapine 141
nevirapine er 141
NEXAVAR 128
niacin er (antihyperlipidemic)28, 29
NIACOR..... 29
nicardipine hcl 21
NICOTROL..... 71
NICOTROL NS..... 71
nifedipine er..... 21
nifedipine er osmotic release .. 21
NIKKI..... 50
nilutamide..... 121
nimodipine..... 21
NINLARO 123
nisoldipine er 21
nitisinone 145
NITRO-BID..... 32
NITRO-DUR 32
nitrofurantoin macrocrystal 97
nitrofurantoin monohyd macro 97
nitroglycerin 32
NIVESTYM 152
nizatidine 39
NORA-BE 50
NORDITROPIN FLEXPRO .. 54
norethindrone..... 54
norethindrone acetate..... 54
NORLYROC 50
NORMOSOL-M IN D5W 146
NORMOSOL-R IN D5W..... 146
NORMOSOL-R PH 7.4..... 148
NORTHERA 25
NORTREL 0.5/35 (28)..... 50
NORTREL 1/35 (21)..... 50
NORTREL 1/35 (28)..... 50
NORTREL 7/7/7 50
nortriptyline hcl 115
NORVIR..... 140
NOXAFIL..... 119
NUBEQA 121
NUCALA 81
NUEDEXTA 32
NULYTELY WITH FLAVOR PACKS..... 40
NUPLAZID 134, 135
nutrilipid 147
NUVARING..... 50
NYAMYC 119
nystatin 119
nystatin-triamcinolone..... 37
NYSTOP..... 119

O

OCELLA 50
octreotide acetate 57
ODEFSEY 142
ODOMZO..... 128
OFEV..... 81, 82, 128
ofloxacin 104
olanzapine..... 16, 135
olanzapine-fluoxetine hcl 113
olmesartan medoxomil 26
olmesartan medoxomil-hctz .. 24, 26
olmesartan-amlodipine-hctz ... 24
olopatadine hcl..... 65, 83
omega-3-acid ethyl esters 29
omeprazole 40
ondansetron..... 117

ondansetron hcl 117
OPSUMIT 82
ORFADIN 145
ORKAMBI 80
ORSYTHIA 50
oseltamivir phosphate 144
OSPHENA 52
oxacillin sodium 101
oxandrolone 52
oxaprozin 14, 92
oxcarbazepine 108
oxybutynin chloride 42, 43
oxybutynin chloride er 42
oxycodone hcl 89
oxycodone-acetaminophen 91
P
paliperidone er 135
PANRETIN 130
pantoprazole sodium 40
paricalcitol 79
paromomycin sulfate 95
paroxetine hcl 94, 114
paroxetine hcl er 94, 114
PASER 120
PAXIL 94, 114
PAZEO 65
PEDIARIX 63
PEDVAX HIB 63
peg 3350/electrolytes 40
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl ... 41
peg-3350/electrolytes 41
PEGANONE 108
PEGASYS 138
PEMAZYRE 128
penicillamine 148
penicillin g pot in dextrose ... 101
penicillin g potassium 102
penicillin g procaine 102
penicillin g sodium 102
penicillin v potassium 102
pentamidine isethionate 131
pentoxifylline er 22
PERFOROMIST 87
perindopril erbumine 31
permethrin 131
perphenazine 116, 132
perphenazine-amitriptyline .. 112, 113
PERSERIS 17, 135
PHENADOZ 116
phenelzine sulfate 113
phenobarbital 106
PHENYTEK 108
phenytoin 108
phenytoin sodium extended .. 108
PHOSPHOLINE IODIDE 66
PIFELTRO 141
pilocarpine hcl 66, 69
pimozide 132
PIMTREA 51
pindolol 20
pioglitazone hcl 154
pioglitazone hcl-glimepiride. 159
pioglitazone hcl-metformin hcl 159
piperacillin sod-tazobactam so 102
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) 124
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) 124
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) 124
PIRMELLA 1/35 51
piroxicam 14, 93
PLASMA-LYTE 148 148
PLASMA-LYTE A 148
podofilox 37
polymyxin b sulfate 97
polymyxin b-trimethoprim 68
POMALYST 120
PORTIA-28 51
posaconazole 119
potassium chloride 149
potassium chloride crys er 149
potassium chloride er 149
potassium chloride in dextrose 147
potassium chloride in nacl 149
potassium citrate er 41
PRADAXA 151
PRALUENT 29
pramipexole dihydrochloride . 76
pramipexole dihydrochloride er 76
prasugrel hcl 150
pravastatin sodium 28
praziquantel 130
prazosin hcl 25, 42
prednisolone 15
prednisolone acetate ... 15, 67, 78
prednisolone sodium phosphate 15, 16, 46, 67, 78
prednisone 16
PREDNISONE INTENSOL ... 16
preferred plus insulin syringe 158
pregabalin 33, 109
PREMARIN 53
PREMASOL 147
PREMPRO 51
prenatal 147
pretomanid 120
PREVALITE 29
PREVIFEM 51
PREVYMIS 136
PREZCOBIX 140
PREZISTA 140
PRIFTIN 119
primaquine phosphate 131
primidone 106
PRIVIGEN 58
probenecid 13
PROCALAMINE 147
prochlorperazine 116
prochlorperazine maleate 116, 132
PROCTO-PAK 46
PROCTOSOL HC 78
PROCTOZONE-HC 38, 46
progesterone micronized 54
PROGRAF 61
PROLASTIN-C 80
PROLIA 79
PROMACTA 152, 153
promethazine hcl 83, 116
propafenone hcl 27
propafenone hcl er 27
proparacaine hcl 67
propranolol hcl 20
propranolol hcl er 20
propranolol-hctz 24
propylthiouracil 57
PROQUAD 63
PROSOL 147
protriptyline hcl 116
PULMICORT FLEXHALER. 84
PULMOZYME 80, 82
PURIXAN 121
pyrazinamide 120

pyridostigmine bromide 16
pyridostigmine bromide er 16
Q
QINLOCK 128
QUADRACEL 63
quetiapine fumarate 17, 112, 135
quetiapine fumarate er ... 17, 112, 135
quinapril hcl 31
quinapril-hydrochlorothiazide 24
quinidine gluconate er 27
quinidine sulfate 27
quinine sulfate 131
R
RABAVERT 63
raloxifene hcl 52
ramelteon 70
ramipril 31
ranolazine er 22
rasagiline mesylate 76
RAVICTI 145
REBETOL 137
RECLIPSEN 51
RECOMBIVAX HB 64
RECTIV 32
REGRANEX 37
RELENZA DISKHALER 144
RELI-ON INSULIN SYRINGE 158
RELISTOR 38
repaglinide 155
repaglinide-metformin hcl 159
REPATHA 29
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM 29
REPATHA SURECLICK 29
RESCRIPTOR 141
RESTASIS 67
RETACRIT 153
RETEVMO 122
REVATIO 82
REVLIMID 120, 122
REXULTI 135
REYATAZ 140
RIBASPHERE 137
ribavirin 137, 138
rifabutin 120
rifampin 120
RIFATER 120
riluzole 32
rimantadine hcl 144
RINVOQ 61
risedronate sodium 79
RISPERDAL CONSTA . 17, 135
risperidone 17, 135, 136
ritonavir 140
rivastigmine 12
rivastigmine tartrate 12
rizatriptan benzoate 73
ropinirole hcl 76
ropinirole hcl er 76
rosuvastatin calcium 28
ROTARIX 64
ROTATEQ 64
ROWEEPRA 110
ROWEEPRA XR 110
ROZLYTREK 128
RUBRACA 123
rukobia 143
RYDAPT 128
S
SANDIMMUNE 61
SANTYL 37
SAPHRIS 17, 136
SAVELLA 33
SAVELLA TITRATION PACK 33
scopolamine 116
SECUADO 136
selegiline hcl 76
selenium sulfide 37
SELZENTRY 143
SEREVENT DISKUS 87
sertraline hcl 94, 114, 115
sevelamer carbonate 43
SHAROBEL 51
SHINGRIX 64
SIGNIFOR 57
sildenafil citrate 82
sildenafil oral tablet 41
SILENOR 93, 116
silver sulfadiazine 104
SIMBRINZA 66
simvastatin 28
sirolimus 61
SIRTURO 97, 120
SIVEXTRO 97
SKYRIZI (150 MG DOSE) 37
sodium chloride 149
sodium fluoride 149
sodium phenylbutyrate ... 41, 145
sodium polystyrene sulfonate 148
solifenacin succinate 43
SOLTAMOX 129
SOMATULINE DEPOT 57
SOMAVERT 57
SORINE 27
sotalol hcl 27
sotalol hcl (af) 27
SPIRIVA HANDIHALER 85
SPIRIVA RESPIMAT 85
spironolactone 29
spironolactone-hctz 24
SPRINTEC 28 51
SPRITAM 111
SPRYCEL 128
SPS 148
SRONYX 51
SSD 104
stavudine 142
STELARA 37
STIOLTO RESPIMAT 80
STIVARGA 128
streptomycin sulfate 95
STRIBILD 139
SUCRAID 145
sucralfate 41
sulfacetamide sodium 68, 104
sulfacetamide-prednisolone ... 16, 68
sulfadiazine 104
sulfamethoxazole-trimethoprim 104, 105
SULFAMYLON 97
sulfasalazine 78
sulindac 14, 93
sumatriptan 73
sumatriptan succinate 73
sumatriptan succinate refill 73
SUPRAX 99
SUPREP BOWEL PREP KIT 149
SUTENT 129
SYLATRON 122
SYMBICORT 82
SYMFI 142
SYMFI LO 142
SYMLINPEN 120 155
SYMLINPEN 60 155

SYMPAZAN 106
SYMTUZA 139
SYNAREL 57
SYNJARDY 155
SYNJARDY XR 155
SYNRIBO 122
SYNTHROID 55
T
TABLOID 121
TABRECTA 129
tacrolimus 37, 61
tadalafil (pah) 82
tadalafil oral tablet 41
TAFINLAR 129
TAGRISSO 129
TALZENNA 123
TAMIFLU 144
tamoxifen citrate 129
tamsulosin hcl 42
TARGRETIN 130
TARINA FE 1/20 51
TASIGNA 129
tazarotene 37
TAZORAC 37
TAZTIA XT 21
TAZVERIK 129
TDVAX 64
TECFIDERA 35
TEFLARO 99
TEGRETOL 19, 108
TEGRETOL-XR 19, 108
telmisartan 26
telmisartan-hctz 24
temazepam 70
TENIVAC 64
tenofovir disoproxil fumarate 137, 142
terazosin hcl 25, 42
terbinafine hcl 119
terbutaline sulfate 87
terconazole 119
testosterone 52
testosterone cypionate 52
testosterone enanthate 52
tetrabenazine 32
tetracycline hcl 105
THALOMID 121
THEO-24 87
theophylline 87
theophylline er 87
thioridazine hcl 132
thiothixene 132
tiagabine hcl 106
TIBSOVO 125
tigecycline 97
timolol maleate 20, 66, 74
TIVICAY 139
TIVICAY PD 139
tizanidine hcl 159, 160
TOBRADEX 95
tobramycin 95
tobramycin sulfate 95
tobramycin-dexamethasone 68
TOBREX 95
tolbutamide 155
tolterodine tartrate 43
tolterodine tartrate er 43
topiramate 74, 110
topiramate er 110
toremifene citrate 129
torsemide 30
TOUJEO MAX SOLOSTAR 158
TOUJEO SOLOSTAR 158
TPN ELECTROLYTES 147
TRADJENTA 155
tramadol hcl 89
tramadol-acetaminophen 91
trandolapril 31
tranexamic acid 150
tranylcypromine sulfate 113
TRAVASOL 147
travoprost (bak free) 69
trazodone hcl 112
TRECATOR 120
TRELSTAR MIXJECT 57
TRESIBA 158
TRESIBA FLEXTOUCH 158
tretinoin 37, 38, 130
triamcinolone acetonide 16, 46, 69
triamterene-hctz 24, 25
TRIDERM 47
trientine hcl 148
trifluoperazine hcl 132
trifluridine 139
trihexyphenidyl hcl 76
TRIJARDY XR 155
TRI-LEGEST FE 51
TRILYTE 41
trimethoprim 97
trimipramine maleate 116
TRINTELLIX 115
TRI-PREVIFEM 51
TRI-SPRINTEC 51
TRIUMEQ 143
TRIVORA (28) 51
TROPHAMINE 147
trospium chloride 43
TRULICITY 155
TRUMENBA 64
TRUVADA 143
TUKYSA 122
TURALIO 129
TWINRIX 64
TYBOST 143
TYKERB 129
TYMLOS 79
TYPHIM VI 64
U
UNITHROID 55
UPTRAVI 22
ursodiol 38
V
valacyclovir hcl 139
VALCHLOR 38, 120
valganciclovir hcl 136
valproic acid 19, 74, 106
valsartan 26
valsartan-hydrochlorothiazide 25
VALTOCO 10 MG DOSE 106
VALTOCO 15 MG DOSE 106
VALTOCO 20 MG DOSE 107
VALTOCO 5 MG DOSE 107
vancomycin hcl 98
VANDAZOLE 98
VAQTA 64
vardenafil 42
VARIVAX 64
VARIZIG 64
VASCEPA 29
VELIVET 51
VEMLIDY 137
VENCLEXTA 123
VENCLEXTA STARTING PACK 123
venlafaxine hcl 95, 115
venlafaxine hcl er 94, 115
VENTAVIS 82
verapamil hcl 21

verapamil hcl er 21
VERSACLOZ 133
VERZENIO 125
VIAGRA 41, 42
VICTOZA 156
VIDEX 143
VIDEX EC 143
vigabatrin 107
VIGADRONE 107
VIIBRYD 115
VIIBRYD STARTER PACK 115
VIMPAT 108
VIRACEPT 141
VIREAD 137, 143
VITRAKVI 125
VIZIMPRO 129
voriconazole 119
VOSEVI 138
VOTRIENT 129
VRAYLAR 17, 136
VYFEMLA 51
W
warfarin sodium 151
X
XALKORI 129
XARELTO 151
XARELTO STARTER PACK 151
XATMEP 62
XCOPRI 111
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) 111
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) 111
XELJANZ 62
XELJANZ XR 62
XGEVA 79
XIFAXAN 38, 98
XIGDUO XR 156
XOLAIR 82
XOSPATA 125
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) 122
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 122
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) 122
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) 122
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) 122
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 122
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) 122
XTANDI 121
XURIDEN 145
XYREM 70
Y
YF-VAX 64
YONSA 121
Z
zafirlukast 84
zaleplon 70
ZEJULA 123
ZELBORAF 129
ZEMAIRA 80
ZENATANE 38
ZENPEP 145
ZEPATIER 138
zidovudine 143
ziprasidone hcl 17, 136
ziprasidone mesylate 136
ZIRGAN 136
ZOLINZA 119, 125
zolmitriptan 74
zolpidem tartrate 71
zolpidem tartrate er 70
zonisamide 109
ZORTRESS 62
ZOSTAVAX 65
ZOVIA 1/35E (28) 52
ZYDELIG 125
ZYKADIA 129
ZYTIGA 121

Este formulario fue actualizado el 22 de septiembre de 2020. Para información más reciente, o para otras preguntas, por favor, comuníquese con Servicios al Afiliado de MMM Healthcare, LLC al 1-866-333-5470 (libre de cargos); o usuarios de TTY deben llamar al 1-866-333-5469, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. o visite www.mmmpr.com.

MMM Healthcare, LLC es un plan HMO y PPO con un contrato Medicare. La afiliación en MMM depende de la renovación del contrato. MMM Healthcare, LLC cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. MMM Healthcare, LLC complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. 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). MMM Healthcare, LLC 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。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).

Y0049_2020 1085 0001 2_C