Medicare y Mucho Más / PMC Medicare Choice

MMM Relax Platino (HMO SNP)
MMM Completo Platino (HMO SNP)
MMM Bienestar Platino (HMO SNP)
MMM Diamante Platino (HMO SNP)
MMM Valor Platino (HMO SNP)
PMC Premier Platino (HMO SNP)

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 Relax Platino/ MMM Completo Platino/ MMM Bienestar Platino/ MMM Diamante Platino/ MMM Valor Platino/ PMC Premier Platino.

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 / PMC Medicare Choice?

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 / PMC Medicare Choice?".

- **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, 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 / PMC Medicare Choice?".

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 10. 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 8. 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 151. 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 10. 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 / PMC Medicare Choice?" 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 / PMC Medicare Choice?

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 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, 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, o a la restricción de uso. **Cuando solicita una excepción al Formulario, 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 Relax Platino/ MMM Completo Platino/ MMM Bienestar Platino/ MMM Diamante Platino/ MMM Valor Platino/ PMC Premier Platino

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 151.

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 beneficio

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

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

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

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

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

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

Símbolos y abreviaturas utilizadas en el Formulario

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

Tabla de Contenido

Agentes Antidemencia 10
Agentes Antigota 10
Agentes Antiinflamatorios 11
Agentes Antimiasténicos 14
Agentes Bipolares 14
Agentes Cardiovasculares 17
Agentes Del Sistema Nervioso Central 29
Agentes Dermatológicos 32
Agentes Gastrointestinales 34
Agentes Genitourinarios 37
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Adrenal) 39
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Modificadores/Hormonas Sexuales) 43
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Pituitaria) 50
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Prostaglandinas) 50
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Tiroides) 50
Agentes Hormonales, Supresores (Adrenal) 51
Agentes Hormonales, Supresores (Pituitaria) 51
Agentes Hormonales, Supresores (Tiroides) 53
Agentes Inmunológicos 53
Agentes Oftálmicos 60
Agentes Orales Y Dentales 63
Agentes Oticos 64
Agentes Para El Desórden Del Sueño 64
Agentes Para El Tratamiento De Abuso De Sustancias. Anti-Adicción 65
Agentes Para El Tratamiento De La Espasticidad 67
Agentes Para El Tratamiento De La Migraña 67
Agentes Para El Tratamiento De Parkinson 69
Agentes Para La Enfermedad Inflamatoria Intestinal 71
Agentes Parala Enfermedad Metabólica Del Hueso 73
Agentes Pulmonares/ Tracto Respiratorio 74
Analgésicos 81
Anestésicos 86
Ansiolíticos 87
Antibacteriales 88
Anticonvulsivos 98
Antidepresivos 104
Antieméticos 108
Antifungales 109
Antimicobacteriales 111
Antineoplásicos 112
Antiparasíticos 121
Antisicóticos 122

Antivirales 127
Desórden Genético O Enzimático: Reemplazo, Modificadores, Tratamiento 134
Electrólitos / Minerales/ Vitaminas 135
Listado Platino 139
Productos Sanguíneos / Modificadores / Expansores De Volumen 141
Reguladores De Glucosa En Sangre 144
Relajantes Musculo Esqueletales 150

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

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
colchicine oral tablet 0.6 mg	COLCRYS	
colchicine-probenecid oral tablet 0.5-500 mg		MT
febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg	ULORIC	MT
probenecid oral tablet 500 mg		
Agentes Antiinflamatorios		
Antiinflamatorios No-Esteroidales		
celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg	CELEBREX	QL (60 EA per 30 days)
celecoxib oral capsule 400 mg	CELEBREX	QL (30 EA per 30 days)
diclofenac epolamine transdermal patch 1.3 %	FLECTOR	
diclofenac potassium oral tablet 50 mg		
diclofenac sodium er oral tablet extended release 24 hour 100 mg		
diclofenac sodium oral tablet delayed release 25 mg, 50 mg, 75 mg		
diflunisal oral tablet 500 mg		
etodolac er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 500 mg, 600 mg		
etodolac oral capsule 200 mg		
etodolac oral tablet 400 mg	LODINE	
etodolac oral tablet 500 mg		
flurbiprofen oral tablet 100 mg		
ibu oral tablet 600 mg, 800 mg		
ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml		
ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg		
meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg	MOBIC	QL (30 EA per 30 days)
nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg		

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

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

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
betamethasone valerate external ointment 0.1 %		
BLEPHAMIDE S.O.P. OPHTHALMIC OINTMENT 10-0.2 %		
cortisone acetate oral tablet 25 mg		
DEXAMETHASONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 1 MG/ML		
dexamethasone oral elixir 0.5 mg/5ml		
dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 4 mg, 6 mg	DECADRON	
dexamethasone oral tablet 1 mg, 1.5 mg, 2 mg		
hydrocortisone oral tablet 20 mg, 5 mg	CORTEF	
methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml	DEPO-MEDROL	
methylprednisolone acetate injection suspension 80 mg/ml	DEPO-MEDROL	
methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg	MEDROL	
prednisolone acetate ophthalmic suspension 1 %	PRED FORTE	
prednisolone oral solution 15 mg/5ml		
prednisolone sodium phosphate ophthalmic solution 1 %		
prednisolone sodium phosphate oral solution 25 mg/5ml		
prednisolone sodium phosphate oral solution 6.7 (5 base) mg/5ml	PEDIAPRED	
PREDNISONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML		
prednisone oral solution 5 mg/5ml		
prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg		

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution 10-0.23 %		
triamcinolone acetonide injection suspension 40 mg/ml	KENALOG	
Agentes Antimiasténicos		
Parasimpatomiméticos		
guanidine hcl oral tablet 125 mg		
pyridostigmine bromide er oral tablet extended release 180 mg	MESTINON	
pyridostigmine bromide oral solution 60 mg/5ml	MESTINON	
pyridostigmine bromide oral tablet 30 mg		
pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg	MESTINON	
Agentes Bipolares		
Agentes Bipolares, Otros		
olanzapine intramuscular solution reconstituted 10 mg	ZYPREXA	
olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg	ZYPREXA	MT
olanzapine oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg	ZYPREXA ZYDIS	MT
PERSERIS SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 120 MG, 90 MG		PA; QL (1 EA per 28 days)
quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg	SEROQUEL XR	PA; MT; QL (30 EA per 30 days)
quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 400 mg, 50 mg	SEROQUEL XR	PA; MT; QL (60 EA per 30 days)
quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg	SEROQUEL	MT
quetiapine fumarate oral tablet 25 mg, 50 mg	SEROQUEL	PA; MT

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 12.5 MG, 25 MG, 37.5 MG, 50 MG		PA; QL (2 EA per 28 days)
risperidone oral solution 1 mg/ml	RISPERDAL	
risperidone oral tablet 0.25 mg		MT
risperidone oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg	RISPERDAL	MT
risperidone oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg		MT
SAPHRIS SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 10 MG, 2.5 MG, 5 MG		PA
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG		PA; QL (30 EA per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE THERAPY PACK 1.5 & 3 MG		PA; QL (14 EA per 365 days)
ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg	GEODON	
Estabilizadores De Humor		
carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg	CARBATROL	MT
carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 100 mg	TEGRETOL-XR	MT
carbamazepine oral suspension 100 mg/5ml	TEGRETOL	MT
carbamazepine oral tablet 200 mg		MT
carbamazepine oral tablet chewable 100 mg		MT
divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 500 mg	DEPAKOTE ER	MT
divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle 125 mg	DEPAKOTE SPRINKLES	MT

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg, 500 mg	DEPAKOTE	MT
epitol oral tablet 200 mg		MT
lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 50 mg	LAMICTAL XR	MT
lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg	LAMICTAL	MT
lamotrigine oral tablet chewable 25 mg, 5 mg	LAMICTAL	MT
lamotrigine oral tablet dispersible 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	LAMICTAL ODT	MT
lamotrigine starter kit-blue oral kit 35 x 25 mg	LAMICTAL STARTER	MT
lamotrigine starter kit-green oral kit 84 x 25 mg & 14x100 mg	LAMICTAL STARTER	MT
lamotrigine starter kit-orange oral kit 42 x 25 mg & 7 x 100 mg	LAMICTAL STARTER	MT
lithium carbonate er oral tablet extended release 300 mg	LITHOBID	MT
lithium carbonate er oral tablet extended release 450 mg		MT
lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg		MT
lithium carbonate oral tablet 300 mg		MT
lithium oral solution 8 meq/5ml		MT
TEGRETOL ORAL SUSPENSION 100 MG/5ML		MT
TEGRETOL ORAL TABLET 200 MG		MT
TEGRETOL-XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 100 MG, 200 MG, 400 MG		MT
valproic acid oral capsule 250 mg		MT
valproic acid oral solution 250 mg/5ml		MT

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
Agentes Cardiovasculares		
Agentes Bloqueadores Beta-Adrenérgicos		
acebutolol hcl oral capsule 200 mg, 400 mg		MT
atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	TENORMIN	MT
betaxolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg		MT
bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg		MT
carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg	COREG	MT
carvedilol phosphate er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 20 mg, 40 mg	COREG CR	MT
labetalol hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg		MT
metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg	TOPROL XL	MT; QL (120 EA per 30 days)
metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour 200 mg, 25 mg, 50 mg	TOPROL XL	MT; QL (60 EA per 30 days)
metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 50 mg	LOPRESSOR	MT
metoprolol tartrate oral tablet 25 mg, 37.5 mg, 75 mg		MT
nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg	CORGARD	MT
pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg		MT
propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg	INDERAL LA	MT
propranolol hcl oral solution 20 mg/5ml, 40 mg/5ml		MT

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
propranolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg		MT
timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg		MT
Agentes Bloqueadores De Canales De Calcio		
amlodipine besylate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	NORVASC	MT
cartia xt oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg		MT
diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 360 mg		MT
diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 420 mg		MT
diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg		MT
diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 120 mg, 60 mg, 90 mg		MT
diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg	CARDIZEM	MT
diltiazem hcl oral tablet 90 mg		MT
dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg		MT
felodipine er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg		MT
isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg		MT
matzim la oral tablet extended release 24 hour 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg		MT
nicardipine hcl oral capsule 20 mg, 30 mg		MT
nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg		MT

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 90 mg		MT
nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg	PROCARDIA XL	MT
nimodipine oral capsule 30 mg		
nisoldipine er oral tablet extended release 24 hour 17 mg, 34 mg, 8.5 mg	SULAR	MT
taztia xt oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg		MT
verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg	VERELAN PM	MT
verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 360 mg	VERELAN	MT
verapamil hcl er oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg	CALAN SR	MT
verapamil hcl oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg		MT
Agentes Cardiovasculares, Otros		
aliskiren fumarate oral tablet 150 mg, 300 mg	TEKTURNA	MT; QL (30 EA per 30 days)
CORLANOR ORAL TABLET 5 MG, 7.5 MG		PA; QL (60 EA per 30 days)
digitek oral tablet 125 mcg		QL (30 EA per 30 days)
digitek oral tablet 250 mcg		PA
digox oral tablet 125 mcg		QL (30 EA per 30 days)
digox oral tablet 250 mcg		PA
digoxin oral solution 0.05 mg/ml		PA
digoxin oral tablet 125 mcg		QL (30 EA per 30 days)
digoxin oral tablet 250 mcg		PA

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
pentoxifylline er oral tablet extended release 400 mg		MT
ranolazine er oral tablet extended release 12 hour 1000 mg, 500 mg	RANEXA	PA; MT; QL (60 EA per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 1000 MCG, 1200 MCG, 1400 MCG, 1600 MCG, 200 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG		PA; QL (60 EA per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 800 MCG		PA; QL (200 EA per 30 days)
Agentes Cardiovasculares		
aliskiren fumarate oral tablet 150 mg, 300 mg	TEKTURNA	MT; QL (30 EA per 30 days)
amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg		MT
amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg	LOTREL	MT
amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 2.5-10 mg, 5-40 mg		MT
amlodipine besylate-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg	EXFORGE	MT; QL (30 EA per 30 days)
amlodipine-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	MT; QL (30 EA per 30 days)
amlodipine-atorvastatin oral tablet 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg		MT; QL (30 EA per 30 days)
amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg	AZOR	MT; QL (30 EA per 30 days)
amlodipine-valsartan-hctz oral tablet 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-12.5 mg, 5-160-25 mg	EXFORGE HCT	MT; QL (30 EA per 30 days)
atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg	TENORETIC 100	MT

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
atenolol-chlorthalidone oral tablet 50-25 mg	TENORETIC 50	MT
benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg	LOTENSIN HCT	MT
benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-6.25 mg		MT
bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg	ZIAC	MT
candesartan cilexetil-hctz oral tablet 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg	ATACAND HCT	MT; QL (30 EA per 30 days)
captopril-hydrochlorothiazide oral tablet 25-15 mg, 25-25 mg, 50-15 mg, 50-25 mg		MT
DEMSER ORAL CAPSULE 250 MG		
enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg	VASERETIC	MT
enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-12.5 mg		MT
ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg	VYTORIN	MT; QL (30 EA per 30 days)
fosinopril sodium-hctz oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg		MT
irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg	AVALIDE	MT; QL (30 EA per 30 days)
lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg	ZESTORETIC	MT
losartan potassium-hctz oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg	HYZAAR	MT; QL (30 EA per 30 days)
losartan potassium-hctz oral tablet 50-12.5 mg	HYZAAR	MT; QL (60 EA per 30 days)
metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg		MT
metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 50-25 mg	LOPRESSOR HCT	MT

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg	BENICAR HCT	MT; QL (30 EA per 30 days)
olmesartan-amlodipine-hctz oral tablet 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg	TRIBENZOR	MT; QL (30 EA per 30 days)
propranolol-hctz oral tablet 40-25 mg, 80-25 mg		MT
quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg	ACCURETIC	MT
spironolactone-hctz oral tablet 25-25 mg	ALDACTAZIDE	MT
telmisartan-hctz oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg, 80-25 mg	MICARDIS HCT	MT; QL (30 EA per 30 days)
triamterene-hctz oral capsule 37.5-25 mg	DYAZIDE	MT
triamterene-hctz oral tablet 37.5-25 mg	MAXZIDE-25	MT
triamterene-hctz oral tablet 75-50 mg	MAXZIDE	MT
valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg	DIOVAN HCT	MT; QL (30 EA per 30 days)
Agentes De Bloqueo Alfa-Adrenérgicos		
doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg	CARDURA	MT; QL (30 EA per 30 days)
doxazosin mesylate oral tablet 8 mg	CARDURA	MT
prazosin hcl oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg	MINIPRESS	MT
terazosin hcl oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg		MT
Agonistas Alfa-Adrenérgicos		
clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg	CATAPRES	MT
clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24hr	CATAPRES-TTS-1	MT

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
clonidine transdermal patch weekly 0.2 mg/24hr	CATAPRES-TTS-2	MT
clonidine transdermal patch weekly 0.3 mg/24hr	CATAPRES-TTS-3	MT
guanfacine hcl oral tablet 1 mg, 2 mg		PA; MT
midodrine hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg		
NORTHERA ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG, 300 MG		PA; LA
Antagonista Receptores Angiotensina Ii (Arb)		
candesartan cilexetil oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg	ATACAND	MT; QL (30 EA per 30 days)
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG		PA; MT; QL (60 EA per 30 days)
irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg	AVAPRO	MT; QL (30 EA per 30 days)
losartan potassium oral tablet 100 mg	COZAAR	MT; QL (30 EA per 30 days)
losartan potassium oral tablet 25 mg, 50 mg	COZAAR	MT; QL (60 EA per 30 days)
olmesartan medoxomil oral tablet 20 mg, 40 mg	BENICAR	MT; QL (30 EA per 30 days)
olmesartan medoxomil oral tablet 5 mg	BENICAR	MT; QL (60 EA per 30 days)
olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg	BENICAR HCT	MT; QL (30 EA per 30 days)
telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg	MICARDIS	MT; QL (30 EA per 30 days)
valsartan oral tablet 160 mg, 40 mg, 80 mg	DIOVAN	MT; QL (60 EA per 30 days)
valsartan oral tablet 320 mg	DIOVAN	MT; QL (30 EA per 30 days)
Antiarrítmicos		
amiodarone hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg	PACERONE	MT

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg	TIKOSYN	
flecainide acetate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg		MT
mexiletine hcl oral capsule 150 mg, 200 mg, 250 mg		MT
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG		MT; QL (60 EA per 30 days)
propafenone hcl er oral capsule extended release 12 hour 225 mg, 325 mg, 425 mg	RYTHMOL SR	MT
propafenone hcl oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg		MT
quinidine gluconate er oral tablet extended release 324 mg		MT
quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg		MT
sorine oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg		MT
sotalol hcl (af) oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg	BETAPACE AF	MT
sotalol hcl oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg		MT
Dislipidémicos, Derivados De Acido Fíbrico		
fenofibrate micronized oral capsule 130 mg, 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg		MT
fenofibrate oral tablet 145 mg, 48 mg	TRICOR	MT; QL (30 EA per 30 days)
fenofibrate oral tablet 160 mg	TRIGLIDE	MT; QL (30 EA per 30 days)
fenofibrate oral tablet 54 mg		MT; QL (30 EA per 30 days)
fenofibric acid oral capsule delayed release 135 mg, 45 mg	TRILIPIX	MT; QL (30 EA per 30 days)
gemfibrozil oral tablet 600 mg	LOPID	MT

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
Dislipidémicos, Inhibidores De La Reductasa De Hmg Coa		
atorvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg	LIPITOR	MT; QL (30 EA per 30 days)
fluvastatin sodium oral capsule 20 mg		MT; QL (30 EA per 30 days)
fluvastatin sodium oral capsule 40 mg		MT; QL (60 EA per 30 days)
lovastatin oral tablet 10 mg		MT; QL (30 EA per 30 days)
lovastatin oral tablet 20 mg, 40 mg		MT; QL (60 EA per 30 days)
pravastatin sodium oral tablet 10 mg, 80 mg		MT; QL (30 EA per 30 days)
pravastatin sodium oral tablet 20 mg, 40 mg	PRAVACHOL	MT; QL (30 EA per 30 days)
rosuvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg	CRESTOR	MT; QL (30 EA per 30 days)
simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg, 80 mg	ZOCOR	MT; QL (30 EA per 30 days)
Dislipidémicos, Otros		
cholestyramine light oral powder 4 gm/dose	PREVALITE	MT
colesevelam hcl oral packet 3.75 gm	WELCHOL	MT
colesevelam hcl oral tablet 625 mg	WELCHOL	MT
colestipol hcl oral packet 5 gm	COLESTID	MT
colestipol hcl oral tablet 1 gm	COLESTID	MT
ezetimibe oral tablet 10 mg	ZETIA	ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
JUXTAPID ORAL CAPSULE 10 MG, 30 MG, 40 MG, 5 MG, 60 MG		PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
JUXTAPID ORAL CAPSULE 20 MG		PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 1000 mg, 750 mg	NIASPAN	MT; QL (60 EA per 30 days)

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 500 mg	NIASPAN	MT; QL (90 EA per 30 days)
NIACOR ORAL TABLET 500 MG		
omega-3-acid ethyl esters oral capsule 1 gm	LOVAZA	MT; QL (120 EA per 30 days)
PRALUENT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 75 MG/ML		PA; QL (2 ML per 28 days)
PREVALITE ORAL PACKET 4 GM		MT
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 420 MG/3.5ML		PA; QL (3.5 ML per 28 days)
REPATHA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 140 MG/ML		PA; QL (3 ML per 28 days)
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML		PA; QL (2 ML per 28 days)
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GM, 1 GM		MT; QL (120 EA per 30 days)
Diuréticos, Ahorradores De Potasio		
amiloride hcl oral tablet 5 mg		MT
eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg	INSPRA	MT
spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	ALDACTONE	MT
Diuréticos, Asa De Henle		
bumetanide injection solution 0.25 mg/ml		
bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	BUMEX	MT
furosemide injection solution 10 mg/ml		MT
furosemide oral solution 10 mg/ml, 8 mg/ml		MT

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg	LASIX	MT
torsemide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg		MT
Diuréticos, Inhibidores De La Anhidrasa Carbónica		
acetazolamide er oral capsule extended release 12 hour 500 mg		MT
acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg		MT
methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg		MT
Diuréticos, Tiazidas		
chlorothiazide oral tablet 250 mg, 500 mg		MT
chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg		MT
hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg		MT
hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg		MT
indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg		MT
irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg	AVALIDE	MT; QL (30 EA per 30 days)
methyclothiazide oral tablet 5 mg		MT
metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg		MT
Inhibidores Convertidor De La Enzima De Angiotensina (Ace)		
benazepril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	LOTENSIN	MT
benazepril hcl oral tablet 5 mg		MT
captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg		MT
enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg	VASOTEC	MT

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
fosinopril sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg		MT
lisinopril oral tablet 10 mg, 20 mg	PRINIVIL	MT
lisinopril oral tablet 2.5 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg	ZESTRIL	MT
moexipril hcl oral tablet 15 mg, 7.5 mg		MT
perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg		MT
quinapril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg	ACCUPRIL	MT
ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	ALTACE	MT
trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg		MT
trandolapril oral tablet 4 mg	MAVIK	MT
Vasodilatadores, Acción Directa En Arteria / Vena		
isosorbide dinitrate er oral tablet extended release 40 mg		MT
isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg		MT
isosorbide dinitrate oral tablet 40 mg	ISORDIL TITRADOSE	
isosorbide dinitrate oral tablet 5 mg	ISORDIL TITRADOSE	MT
isosorbide mononitrate er oral tablet extended release 24 hour 120 mg, 30 mg, 60 mg		MT
isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg		MT
NITRO-BID TRANSDERMAL OINTMENT 2 %		MT
NITRO-DUR TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 0.3 MG/HR, 0.8 MG/HR		MT
nitroglycerin sublingual tablet sublingual 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg	NITROSTAT	MT

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr	MINITRAN	MT
RECTIV RECTAL OINTMENT 0.4 %		PA; QL (30 GM per 30 days)
Vasodilatadores, Acción Directa En Arteria		
hydralazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg		MT
minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg		
Agentes Del Sistema Nervioso Central		
Agentes Del Sistema Nervioso Central, Otros		
estazolam oral tablet 1 mg, 2 mg		QL (30 EA per 30 days)
NUEDEXTA ORAL CAPSULE 20-10 MG		PA
riluzole oral tablet 50 mg	RILUTEK	PA
tetrabenazine oral tablet 12.5 mg	XENAZINE	PA; QL (240 EA per 30 days)
tetrabenazine oral tablet 25 mg	XENAZINE	PA; QL (120 EA per 30 days)
Agentes Fibromialgia		
duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 20 mg, 30 mg, 60 mg	CYMBALTA	MT
duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 40 mg		MT
LYRICA CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 165 MG, 330 MG, 82.5 MG		
pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 225 mg, 25 mg, 300 mg, 50 mg, 75 mg	LYRICA	MT
pregabalin oral solution 20 mg/ml	LYRICA	MT
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG		PA

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
SAVELLA TITRATION PACK ORAL 12.5 & 25 & 50 MG		PA
Agentes Para El Desórden De Déficit De Atención E Hiperactividad, Anfetaminas		
amphetamine-dextroamphet er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 5 mg	ADDERALL XR	PA; QL (90 EA per 30 days)
amphetamine-dextroamphet er oral capsule extended release 24 hour 15 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg	ADDERALL XR	PA; QL (30 EA per 30 days)
amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 10 mg	ADDERALL	PA; QL (180 EA per 30 days)
amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 12.5 mg	ADDERALL	PA; QL (144 EA per 30 days)
amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 15 mg	ADDERALL	PA; QL (120 EA per 30 days)
amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 20 mg	ADDERALL	PA; QL (90 EA per 30 days)
amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 30 mg	ADDERALL	PA; QL (60 EA per 30 days)
amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 5 mg	ADDERALL	PA; QL (360 EA per 30 days)
amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 7.5 mg	ADDERALL	PA; QL (240 EA per 30 days)
dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg, 5 mg	ZENZEDI	PA
Agentes Para El Desórden De Déficit De Atención E Hiperactividad, No-Anfetaminas		
atomoxetine hcl oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg	STRATTERA	QL (60 EA per 30 days)

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
atomoxetine hcl oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg	STRATTERA	QL (30 EA per 30 days)
guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg	INTUNIV	PA
METADATE ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 20 MG		QL (90 EA per 30 days)
methylphenidate hcl er oral tablet extended release 10 mg		QL (90 EA per 30 days)
methylphenidate hcl er oral tablet extended release 20 mg	METADATE ER	QL (90 EA per 30 days)
methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5ml	METHYLIN	QL (900 ML per 30 days)
methylphenidate hcl oral solution 5 mg/5ml	METHYLIN	QL (1800 ML per 30 days)
methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	RITALIN	QL (180 EA per 30 days)
methylphenidate hcl oral tablet 20 mg	RITALIN	QL (90 EA per 30 days)
Agentes Para El Tratamiento De Esclerosis Múltiple		
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG		PA; QL (14 EA per 28 days)
dalfampridine er oral tablet extended release 12 hour 10 mg	AMPYRA	PA; QL (60 EA per 30 days)
GILENYA ORAL CAPSULE 0.5 MG		PA; QL (30 EA per 30 days)
glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 20 mg/ml	GLATOPA	PA; QL (30 ML per 30 days)
glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 40 mg/ml	GLATOPA	PA; QL (12 ML per 28 days)
GLATOPA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MG/ML		PA; QL (30 ML per 30 days)

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
GLATOPA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/ML		PA; QL (12 ML per 28 days)
TECFIDERA ORAL 120 & 240 MG		PA; LA; QL (120 EA per 365 days)
TECFIDERA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 120 MG, 240 MG		PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
Agentes Dermatológicos		
Agentes Dermatológicos		
acitretin oral capsule 10 mg, 25 mg	SORIATANE	PA
acitretin oral capsule 17.5 mg		PA
adapalene external cream 0.1 %	DIFFERIN	PA
adapalene external gel 0.1 %, 0.3 %	DIFFERIN	PA
adapalene external solution 0.1 %		PA
ammonium lactate external cream 12 %		
ammonium lactate external lotion 12 %	AL12	
AMNESTEEM ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 40 MG		
AVITA EXTERNAL CREAM 0.025 %		PA
AVITA EXTERNAL GEL 0.025 %		PA
benzoyl peroxide-erythromycin external gel 5-3 %	BENZAMYCIN	
betamethasone dipropionate external lotion 0.05 %		
calcipotriene external cream 0.005 %	DOVONEX	
calcipotriene external ointment 0.005 %	CALCITRENE	
calcipotriene external solution 0.005 %		
CLARAVIS ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG		
clotrimazole-betamethasone external cream 1-0.05 %		
diclofenac sodium transdermal gel 1 %	VOLTAREN	

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
doxepin hcl external cream 5 %	PRUDOXIN	
doxycycline hyclate oral capsule 50 mg		
doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg		
fluocinonide external cream 0.1 %	VANOS	
fluorouracil external cream 0.5 %	CARAC	
fluorouracil external cream 5 %	EFUDEX	
fluorouracil external solution 2 %, 5 %		
fluticasone propionate external cream 0.05 %		
fluticasone propionate external lotion 0.05 %	BESER	
fluticasone propionate external ointment 0.005 %		
imiquimod external cream 5 %	ALDARA	
isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg		
isotretinoin oral capsule 30 mg		
methoxsalen rapid oral capsule 10 mg	OXSORALEN ULTRA	PA
MYORISAN ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG		
nystatin-triamcinolone external cream 100000-0.1 unit/gm-%		
nystatin-triamcinolone external ointment 100000-0.1 unit/gm-%		
podofilox external solution 0.5 %		
REGRANEX EXTERNAL GEL 0.01 %		PA; QL (30 GM per 30 days)
SANTYL EXTERNAL OINTMENT 250 UNIT/GM		
selenium sulfide external lotion 2.5 %		

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
SKYRIZI (150 MG DOSE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 75 MG/0.83ML		PA
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5ML		PA
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML		PA
tacrolimus external ointment 0.03 %, 0.1 %	PROTOPIC	PA
tazarotene external cream 0.1 %	TAZORAC	PA
TAZORAC EXTERNAL CREAM 0.05 %		PA
tretinoin external cream 0.025 %		PA
tretinoin external cream 0.05 %, 0.1 %	RETIN-A	PA
tretinoin external gel 0.01 %	RETIN-A	PA
tretinoin external gel 0.025 %		PA
VALCHLOR EXTERNAL GEL 0.016 %		PA; LA
ZENATANE ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG		
Agentes Gastrointestinales		
Agentes Gastrointestinales, Otros		
CHOLBAM ORAL CAPSULE 250 MG, 50 MG		PA
diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5ml		PA
diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg	LOMOTIL	PA
GATTEX SUBCUTANEOUS KIT 5 MG		PA; LA
loperamide hcl oral capsule 2 mg	IMODIUM	
metoclopramide hcl oral solution 10 mg/10ml		

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

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

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
famotidine oral suspension reconstituted 40 mg/5ml		
famotidine oral tablet 20 mg, 40 mg	PEPCID	
nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg		
nizatidine oral solution 15 mg/ml		
Antiespasmódicos, Gastrointestinal		
dicyclomine hcl oral capsule 10 mg	BENTYL	PA
dicyclomine hcl oral solution 10 mg/5ml	BENTYL	PA
dicyclomine hcl oral tablet 20 mg	BENTYL	PA
glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg		
Inhibidores De La Bomba De Protones		
esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 20 mg	NEXIUM	QL (30 EA per 30 days)
esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 40 mg	NEXIUM	QL (30 EA per 30 days)
esomeprazole magnesium oral packet 10 mg, 20 mg, 40 mg	NEXIUM	QL (30 EA per 30 days)
lansoprazole oral capsule delayed release 15 mg, 30 mg	PREVACID	QL (30 EA per 30 days)
omeprazole oral capsule delayed release 10 mg, 40 mg	PRILOSEC	QL (30 EA per 30 days)
omeprazole oral capsule delayed release 20 mg	PRILOSEC	QL (60 EA per 30 days)
pantoprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg, 40 mg	PROTONIX	QL (30 EA per 30 days)
Laxantes		
constulose oral solution 10 gm/15ml		
enulose oral solution 10 gm/15ml		
gavilyte-c oral solution reconstituted 240 gm		

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
gavilyte-g oral solution reconstituted 236 gm		
gavilyte-n with flavor pack oral solution reconstituted 420 gm		
generlac oral solution 10 gm/15ml		
golytely oral solution reconstituted 227.1 gm		
lactulose oral solution 10 gm/15ml		
nulytely with flavor packs oral solution reconstituted 420 gm		
peg 3350/electrolytes oral solution reconstituted 240 gm		
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl oral solution reconstituted 420 gm		
peg-3350/electrolytes oral solution reconstituted 236 gm		
trilyte oral solution reconstituted 420 gm		
Protectores		
misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg	CYTOTEC	
sucralfate oral suspension 1 gm/10ml	CARAFATE	
sucralfate oral tablet 1 gm	CARAFATE	
Agentes Genitourinarios		
Agentes Genitourinarios, Otros		
bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg		
ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG		
potassium citrate er oral tablet extended release 10 meq (1080 mg)	UROCIT-K 10	
potassium citrate er oral tablet extended release 15 meq (1620 mg)	UROCIT-K 15	
potassium citrate er oral tablet extended release 5 meq (540 mg)	UROCIT-K 5	

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
sodium phenylbutyrate oral powder 3 gm/tsp	BUPHENYL	PA
Agentes Hipertrofia Benigna De La Próstata		
alfuzosin hcl er oral tablet extended release 24 hour 10 mg	UROXATRAL	MT; QL (30 EA per 30 days)
doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg	CARDURA	MT; QL (30 EA per 30 days)
doxazosin mesylate oral tablet 8 mg	CARDURA	MT
dutasteride oral capsule 0.5 mg	AVODART	MT
dutasteride-tamsulosin hcl oral capsule 0.5-0.4 mg	JALYN	MT
finasteride oral tablet 5 mg	PROSCAR	MT
prazosin hcl oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg	MINIPRESS	MT
tamsulosin hcl oral capsule 0.4 mg	FLOMAX	MT
terazosin hcl oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg		MT
Antiespasmódicos, Urinarios		
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25 MG, 50 MG		ST; QL (30 EA per 30 days)
oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 10 mg	DITROPAN XL	MT; QL (60 EA per 30 days)
oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 15 mg		MT; QL (60 EA per 30 days)
oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 5 mg	DITROPAN XL	MT; QL (30 EA per 30 days)
oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5ml		MT
oxybutynin chloride oral tablet 5 mg		MT
solifenacin succinate oral tablet 10 mg, 5 mg	VESICARE	QL (30 EA per 30 days)

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
tolterodine tartrate er oral capsule extended release 24 hour 2 mg, 4 mg	DETROL LA	QL (30 EA per 30 days)
tolterodine tartrate oral tablet 1 mg, 2 mg	DETROL	
trospium chloride oral tablet 20 mg		QL (60 EA per 30 days)
Enlazadores De Fósfato		
calcium acetate (phos binder) oral capsule 667 mg	PHOSLO	
calcium acetate (phos binder) oral tablet 667 mg	CALPHRON	QL (360 EA per 30 days)
lanthanum carbonate oral tablet chewable 1000 mg, 500 mg, 750 mg	FOSRENOL	
sevelamer carbonate oral packet 0.8 gm	RENVELA	QL (540 EA per 30 days)
sevelamer carbonate oral packet 2.4 gm	RENVELA	QL (180 EA per 30 days)
sevelamer carbonate oral tablet 800 mg	RENVELA	QL (540 EA per 30 days)
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Adrenal)		
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Adrenal)		
alclometasone dipropionate external cream 0.05 %		
alclometasone dipropionate external ointment 0.05 %		
betamethasone dipropionate aug external cream 0.05 %	DIPROLENE AF	
betamethasone dipropionate aug external gel 0.05 %		
betamethasone dipropionate aug external lotion 0.05 %		
betamethasone dipropionate aug external ointment 0.05 %	DIPROLENE	

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
betamethasone dipropionate external cream 0.05 %		
betamethasone dipropionate external ointment 0.05 %		
betamethasone valerate external cream 0.1 %		
betamethasone valerate external lotion 0.1 %		
betamethasone valerate external ointment 0.1 %		
cortisone acetate oral tablet 25 mg		
desonide external cream 0.05 %	DESOWEN	
desonide external lotion 0.05 %		
desonide external ointment 0.05 %		
desoximetasone external cream 0.05 %, 0.25 %	TOPICORT	
desoximetasone external gel 0.05 %	TOPICORT	
desoximetasone external liquid 0.25 %	TOPICORT SPRAY	
desoximetasone external ointment 0.05 %, 0.25 %	TOPICORT	
DEXAMETHASONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 1 MG/ML		
dexamethasone oral elixir 0.5 mg/5ml		
dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 4 mg, 6 mg	DECADRON	
dexamethasone oral tablet 1 mg, 1.5 mg, 2 mg		
fludrocortisone acetate oral tablet 0.1 mg		
fluocinolone acetonide external cream 0.01 %		
fluocinolone acetonide external cream 0.025 %	SYNALAR	

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
fluocinolone acetonide external ointment 0.025 %	SYNALAR	
fluocinolone acetonide external solution 0.01 %	SYNALAR	
fluocinolone acetonide otic oil 0.01 %	FLAC	
fluocinolone acetonide scalp external oil 0.01 %	DERMA-SMOOTHE/FS SCALP	
fluocinonide emulsified base external cream 0.05 %		
fluocinonide external cream 0.1 %	VANOS	
fluocinonide external gel 0.05 %		
fluocinonide external ointment 0.05 %		
fluocinonide external solution 0.05 %		
fluticasone propionate external cream 0.05 %		
fluticasone propionate external lotion 0.05 %	BESER	
fluticasone propionate external ointment 0.005 %		
halobetasol propionate external cream 0.05 %		
halobetasol propionate external ointment 0.05 %		
hydrocortisone butyrate external cream 0.1 %		
hydrocortisone butyrate external ointment 0.1 %		
hydrocortisone butyrate external solution 0.1 %		
hydrocortisone external cream 1 %		
hydrocortisone external cream 2.5 %		
hydrocortisone external lotion 2.5 %		
hydrocortisone external ointment 1 %		

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
hydrocortisone external ointment 2.5 %		
hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	CORTEF	
hydrocortisone valerate external cream 0.2 %		
hydrocortisone valerate external ointment 0.2 %		
methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg	MEDROL	
methylprednisolone oral tablet therapy pack 4 mg	MEDROL	
mometasone furoate external cream 0.1 %		
mometasone furoate external ointment 0.1 %		
mometasone furoate external solution 0.1 %		
prednisolone oral solution 15 mg/5ml		
prednisolone sodium phosphate oral solution 10 mg/5ml, 20 mg/5ml, 25 mg/5ml		
prednisolone sodium phosphate oral solution 6.7 (5 base) mg/5ml	PEDIAPRED	
PREDNISONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML		
prednisone oral solution 5 mg/5ml		
prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg		
PROCTO-PAK EXTERNAL CREAM 1 %		
PROCTOZONE-HC EXTERNAL CREAM 2.5 %		
triamcinolone acetonide external cream 0.025 %		

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
triamcinolone acetonide external cream 0.1 %, 0.5 %		
triamcinolone acetonide external lotion 0.025 %, 0.1 %		
triamcinolone acetonide external ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %		
triderm external cream 0.1 %		
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Modificadores/Hormonas Sexuales)		
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Modificadores/Hormonas Sexuales)		
ALTAVERA ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG		MT
APRI ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG		MT
ARANELLE ORAL TABLET 0.5/1/0.5-35 MG-MCG		MT
AUBRA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG		MT
AVIANE ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG		MT
BALZIVA ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG		
briellyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg	BALZIVA	
budesonide oral capsule delayed release particles 3 mg	ENTOCORT EC	
CRYSELLE-28 ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG		MT

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
CYCLAFEM 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG		MT
CYCLAFEM 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG		MT
DEBLITANE ORAL TABLET 0.35 MG		MT
DELYLA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG		MT
desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)	KARIVA	MT
desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-30 mg-mcg	APRI	MT
drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.03 mg	OCELLA	MT
EMOQUETTE ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG		MT
ENPRESSE-28 ORAL TABLET 50-30/75-40/ 125-30 MCG		MT
ENSKYCE ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG		MT
estradiol valerate intramuscular oil 40 mg/ml	DELESTROGEN	
ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg	KELNOR 1/35	MT
FALMINA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG		MT
FYAVOLV ORAL TABLET 0.5-2.5 MG-MCG, 1-5 MG-MCG		PA
GIANVI ORAL TABLET 3-0.02 MG		MT
INCASSIA ORAL TABLET 0.35 MG		MT
INTROVALE ORAL TABLET 0.15-0.03 MG		MT
ISIBLOOM ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG		MT

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
JUNEL 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG		MT
JUNEL 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG		MT
JUNEL FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG		MT
JUNEL FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG		MT
KARIVA ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)		MT
KELNOR 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG		MT
KELNOR 1/50 ORAL TABLET 1-50 MG-MCG		MT
KURVELO ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG		MT
LARIN 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG		MT
LARIN 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG		MT
LARIN FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG		MT
LARIN FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG		MT
LEENA ORAL TABLET 0.5/1/0.5-35 MG-MCG		MT
LESSINA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG		MT
LEVONEST ORAL TABLET 50-30/75-40/ 125-30 MCG		MT
levonorgest-eth estrad 91-day oral tablet 0.15-0.03 mg	INTROVALE	MT
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.15-30 mg-mcg	ALTAVERA	MT

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
LEVORA 0.15/30 (28) ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG		MT
LORYNA ORAL TABLET 3-0.02 MG		MT
LOW-OGESTREL ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG		MT
LUTERA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG		MT
marlissa oral tablet 0.15-30 mg-mcg		MT
MICROGESTIN 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG		MT
MICROGESTIN 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG		MT
MICROGESTIN FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG		MT
MICROGESTIN FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG		MT
NECON 0.5/35 (28) ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG		MT
NIKKI ORAL TABLET 3-0.02 MG		MT
NORA-BE ORAL TABLET 0.35 MG		MT
NORLYROC ORAL TABLET 0.35 MG		MT
NORTREL 0.5/35 (28) ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG		MT
NORTREL 1/35 (21) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG		MT
NORTREL 1/35 (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG		MT
NORTREL 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG		MT
NUVARING VAGINAL RING 0.12-0.015 MG/24HR		
OCELLA ORAL TABLET 3-0.03 MG		MT

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
ORSYTHIA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG		MT
OSPHENA ORAL TABLET 60 MG		
PIMTREA ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)		MT
PIRMELLA 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG		MT
PORTIA-28 ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG		MT
PREMPRO ORAL TABLET 0.3-1.5 MG, 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG		PA
PREVIFEM ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG		MT
RECLIPSEN ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG		MT
SHAROBEL ORAL TABLET 0.35 MG		MT
SPRINTEC 28 ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG		MT
SRONYX ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG		MT
TARINA FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG		MT
TRI-LEGEST FE ORAL TABLET 1-20/1-30/1-35 MG-MCG		
TRI-PREVIFEM ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG		MT
TRI-SPRINTEC ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG		MT
TRIVORA (28) ORAL TABLET 50-30/75-40/ 125-30 MCG		MT
VELIVET ORAL TABLET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG		

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
VYFEMLA ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG		
ZOVIA 1/35E (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG		MT
Agentes Modificadores Del Receptor Selectivo De Estrógeno		
OSPHENA ORAL TABLET 60 MG		
raloxifene hcl oral tablet 60 mg	EVISTA	MT
Andrógenos		
ANDRODERM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 2 MG/24HR, 4 MG/24HR		PA; QL (30 EA per 30 days)
danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg		
testosterone cypionate intramuscular solution 100 mg/ml, 200 mg/ml	DEPO-TESTOSTERONE	
testosterone enanthate intramuscular solution 200 mg/ml		
testosterone transdermal gel 12.5 mg/act (1%)	VOGELXO PUMP	PA; MT; QL (300 GM per 30 days)
testosterone transdermal gel 25 mg/2.5gm (1%), 50 mg/5gm (1%)	ANDROGEL	PA; MT; QL (300 GM per 30 days)
Esteroides Anabólicos		
ANADROL-50 ORAL TABLET 50 MG		PA
oxandrolone oral tablet 10 mg, 2.5 mg		PA; QL (60 EA per 30 days)
Estrógenos		
estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	ESTRACE	PA
estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24hr, 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr, 0.06 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr	CLIMARA	PA
estradiol vaginal cream 0.1 mg/gm	ESTRACE	

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

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

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

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

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
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		MT
levo-t oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg		MT
levothyroxine sodium oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg		MT
levothyroxine sodium oral tablet 300 mcg		MT
LEVOXYL ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG		MT
liothyronine sodium oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg	CYTOMEL	MT
SYNTHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG		MT
unithroid oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg		MT
Agentes Hormonales, Supresores (Adrenal)		
Agentes Hormonales, Supresores (Adrenal)		
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG		
Agentes Hormonales, Supresores (Pituitaria)		

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
Agentes Hormonales, Supresores (Pituitaria)		
bromocriptine mesylate oral capsule 5 mg	PARLODEL	MT
bromocriptine mesylate oral tablet 2.5 mg	PARLODEL	MT
cabergoline oral tablet 0.5 mg		QL (20 EA per 30 days)
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 22.5 MG, 30 MG, 45 MG, 7.5 MG		PA
leuprolide acetate injection kit 1 mg/0.2ml		PA
LUPANETA PACK COMBINATION KIT 11.25 & 5 MG		PA; QL (1 EA per 84 days)
LUPANETA PACK COMBINATION KIT 3.75 & 5 MG		PA; QL (1 EA per 28 days)
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 3.75 MG, 7.5 MG		PA
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 22.5 MG		PA
LUPRON DEPOT (4-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 30 MG		PA
LUPRON DEPOT (6-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 45 MG		PA
octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml	SANDOSTATIN	PA
octreotide acetate injection solution 1000 mcg/ml, 200 mcg/ml		PA
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML, 0.6 MG/ML, 0.9 MG/ML		PA; LA
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/0.5ML, 60 MG/0.2ML, 90 MG/0.3ML		PA

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG		PA; LA
SYNAREL NASAL SOLUTION 2 MG/ML		PA
TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 11.25 MG, 22.5 MG, 3.75 MG		PA
Agentes Hormonales, Supresores (Tiroides)		
Agentes Antitiroides		
methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg	TAPAZOLE	MT
propylthiouracil oral tablet 50 mg		MT
Agentes Inmunológicos		
Agentes Inmunizantes, Pasivos		
BIVIGAM INTRAVENOUS SOLUTION 5 GM/50ML		PA
GAMMAGARD INJECTION SOLUTION 2.5 GM/25ML		PA
GAMMAGARD S/D LESS IGA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 GM, 5 GM		PA
GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 20 GM/200ML, 5 GM/50ML		PA
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML		PA
PRIVIGEN INTRAVENOUS SOLUTION 20 GM/200ML		PA
Agentes Para Angioedema		

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
CINRYZE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 500 UNIT		PA
icatibant acetate subcutaneous solution 30 mg/3ml	FIRAZYR	PA; QL (18 ML per 30 days)
Inmunomoduladores		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 2000000 UNIT/0.5ML		PA; LA
ARCALYST SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 220 MG		PA
leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg	ARAVA	QL (30 EA per 30 days)
Inmunosupresores		
AFINITOR DISPERZ ORAL TABLET SOLUBLE 2 MG, 3 MG, 5 MG		PA
azathioprine oral tablet 50 mg	IMURAN	PA; MT
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/ML		PA
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/ML		PA
cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg	GENGRAF	PA; MT
cyclosporine modified oral capsule 50 mg		PA; MT
cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml	GENGRAF	PA; MT
cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg	SANDIMMUNE	PA; MT
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 50 MG/ML		PA; QL (8 ML per 28 days)
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MG/0.5ML, 50 MG/ML		PA; QL (8 ML per 28 days)
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 25 MG		PA; QL (8 EA per 28 days)

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 50 MG/ML		PA; QL (8 ML per 28 days)
everolimus oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg	ZORTRESS	PA
GENGRAF ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG		PA; MT
GENGRAF ORAL SOLUTION 100 MG/ML		PA; MT
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 40 MG/0.8ML (6 PACK)		PA; QL (6 EA per 28 days)
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 40 MG/0.8ML, 80 MG/0.8ML		PA; QL (3 EA per 28 days)
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML		PA; QL (2 EA per 28 days)
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML		PA; QL (6 EA per 28 days)
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML		PA; QL (6 EA per 30 days)
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML		PA; QL (3 EA per 28 days)
HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS START SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML		PA; QL (4 EA per 28 days)

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS START SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML		PA; QL (3 EA per 28 days)
HUMIRA SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 10 MG/0.1ML, 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML		PA; QL (6 EA per 28 days)
HUMIRA SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 10 MG/0.2ML, 20 MG/0.4ML		PA; QL (2 EA per 28 days)
HUMIRA SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 20 MG/0.2ML		PA; QL (12 EA per 28 days)
mercaptopurine oral tablet 50 mg		
methotrexate oral tablet 2.5 mg		PA; MT
methotrexate sodium (pf) injection solution 50 mg/2ml		PA
methotrexate sodium injection solution 50 mg/2ml		PA
mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg	CELLCEPT	PA; MT
mycophenolate mofetil oral suspension reconstituted 200 mg/ml	CELLCEPT	PA
mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg	CELLCEPT	PA; MT
mycophenolate sodium oral tablet delayed release 180 mg	MYFORTIC	PA; MT
mycophenolate sodium oral tablet delayed release 360 mg	MYFORTIC	PA
NEORAL ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG		PA; MT
NEORAL ORAL SOLUTION 100 MG/ML		PA; MT

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
PROGRAF ORAL PACKET 0.2 MG, 1 MG		PA
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 15 MG		PA; QL (30 EA per 30 days)
SANDIMMUNE ORAL SOLUTION 100 MG/ML		PA; MT
sirolimus oral solution 1 mg/ml	RAPAMUNE	PA
sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	RAPAMUNE	PA
tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg	PROGRAF	PA
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML		PA
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG		PA; QL (60 EA per 30 days)
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 11 MG, 22 MG		PA; QL (30 EA per 30 days)
ZORTRESS ORAL TABLET 1 MG		PA
Vacunas		
ACTHIB INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED		
ADACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2-15.5 (PREFILLED SYRINGE), 5-2-15.5 LF-MCG/0.5		
bcg vaccine injection injectable		
BEXSERO INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE		
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2.5-18.5 , 5-2.5-18.5 (0.5ML SYRINGE)		
DAPTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 23-15-5		

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
diphtheria-tetanus toxoids dt intramuscular suspension 25-5 lfu/0.5ml		PA
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION 10 MCG/0.5ML, 20 MCG/ML		PA
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION		
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE		
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1440 EL U/ML, 1440 EL U/ML 1 ML, 720 EL U/0.5ML, 720 EL U/0.5ML 0.5 ML		
HIBERIX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10 MCG		
IMOVAX RABIES INTRAMUSCULAR INJECTABLE 2.5 UNIT/ML		
INFANRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25-58-10		
IPOL INJECTION INJECTABLE		
IXIARO INTRAMUSCULAR SUSPENSION		
KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION , INJECTION 0.5 ML		
MENACTRA INTRAMUSCULAR INJECTABLE		
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED		
M-M-R II INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED		
PEDIARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION		
PEDVAX HIB INTRAMUSCULAR SUSPENSION 7.5 MCG/0.5ML		

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

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

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
VARIZIG INTRAMUSCULAR SOLUTION 125 UNIT/1.2ML		
YF-VAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE		
ZOSTAVAX SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED 19400 UNT/0.65ML		QL (1 EA per 999 days)
Agentes Oftálmicos		
Agentes Oftálmicos Para Alergia		
azelastine hcl ophthalmic solution 0.05 %		
BEPREVE OPHTHALMIC SOLUTION 1.5 %		
cromolyn sodium ophthalmic solution 4 %		
LASTACAFT OPHTHALMIC SOLUTION 0.25 %		
olopatadine hcl ophthalmic solution 0.2 %	PATADAY	
PAZEO OPHTHALMIC SOLUTION 0.7 %		
Agentes Oftálmicos Para Glaucoma		
acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg		MT
ALPHAGAN P OPHTHALMIC SOLUTION 0.1 %		MT
AZOPT OPHTHALMIC SUSPENSION 1 %		MT
betaxolol hcl ophthalmic solution 0.5 %		MT
BETOPTIC-S OPHTHALMIC SUSPENSION 0.25 %		MT
bimatoprost ophthalmic solution 0.03 %		MT; QL (5 ML per 30 days)
brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.15 %	ALPHAGAN P	MT

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.2 %		MT
carteolol hcl ophthalmic solution 1 %		MT
COMBIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.2-0.5 %		MT
dorzolamide hcl ophthalmic solution 2 %	TRUSOPT	MT
dorzolamide hcl-timolol mal ophthalmic solution 22.3-6.8 mg/ml	COSOPT	MT
dorzolamide hcl-timolol mal pf ophthalmic solution 2-0.5 %	COSOPT PF	MT
levobunolol hcl ophthalmic solution 0.5 %		MT
methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg		MT
PHOSPHOLINE IODIDE OPHTHALMIC SOLUTION RECONSTITUTED 0.125 %		MT
pilocarpine hcl ophthalmic solution 1 %, 2 %, 4 %	ISOPTO CARPINE	MT
SIMBRINZA OPHTHALMIC SUSPENSION 1-0.2 %		MT
timolol maleate ophthalmic gel forming solution 0.25 %, 0.5 %	TIMOPTIC-XE	
timolol maleate ophthalmic solution 0.25 %, 0.5 %	TIMOPTIC	MT
Agentes Oftálmicos Para La Inflamación		
ALREX OPHTHALMIC SUSPENSION 0.2 %		
dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution 0.1 %		
diclofenac sodium ophthalmic solution 0.1 %		
DUREZOL OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %		

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
fluorometholone ophthalmic suspension 0.1 %	FML LIQUIFILM	
flurbiprofen sodium ophthalmic solution 0.03 %		
FML OPHTHALMIC OINTMENT 0.1 %		
ILEVRO OPHTHALMIC SUSPENSION 0.3 %		
ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.4 %	ACULAR LS	
ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.5 %	ACULAR	
LOTEMAX OPHTHALMIC GEL 0.5 %		
LOTEMAX SM OPHTHALMIC GEL 0.38 %		
loteprednol etabonate ophthalmic suspension 0.5 %	LOTEMAX	
MAXIDEX OPHTHALMIC SUSPENSION 0.1 %		
prednisolone acetate ophthalmic suspension 1 %	PRED FORTE	
prednisolone sodium phosphate ophthalmic solution 1 %		
Agentes Oftálmicos, Otros		
atropine sulfate ophthalmic solution 1 %	ISOPTO ATROPINE	
CYSTARAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.44 %		LA; QL (60 ML per 30 days)
proparacaine hcl ophthalmic solution 0.5 %	ALCAINE	
RESTASIS OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %		MT; QL (60 EA per 30 days)
sulfacetamide sodium ophthalmic ointment 10 %		
Agentes Oftálmicos		

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment 500-10000 unit/gm	POLYCIN	
bacitra-neomycin-polymyxin-hc ophthalmic ointment 1 %	NEO-POLYCIN HC	
BLEPHAMIDE S.O.P. OPHTHALMIC OINTMENT 10-0.2 %		
neomycin-bacitracin zn-polymyx ophthalmic ointment 5-400-10000	NEO-POLYCIN	
neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic ointment 3.5-10000-0.1	MAXITROL	
neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic suspension 3.5-10000-0.1	MAXITROL	
neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic solution 1.75-10000-.025		
neomycin-polymyxin-hc ophthalmic suspension 3.5-10000-1		
polymyxin b-trimethoprim ophthalmic solution 10000-0.1 unit/ml-%	POLYTRIM	
sulfacetamide sodium ophthalmic ointment 10 %		
sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution 10-0.23 %		
tobramycin-dexamethasone ophthalmic suspension 0.3-0.1 %	TOBRADEX	
Prostaglandinas Oftálmicas Y Análogos De Prostamida		
bimatoprost ophthalmic solution 0.03 %		MT; QL (5 ML per 30 days)
latanoprost ophthalmic solution 0.005 %	XALATAN	MT; QL (2.5 ML per 25 days)
LUMIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.01 %		MT; QL (2.5 ML per 25 days)
travoprost (bak free) ophthalmic solution 0.004 %	TRAVATAN Z	MT; QL (2.5 ML per 25 days)
Agentes Orales Y Dentales		

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
Agentes Orales Y Dentales		
cevimeline hcl oral capsule 30 mg	EVOXAC	
chlorhexidine gluconate mouth/throat solution 0.12 %	PAROEX	
doxycycline hyclate oral capsule 100 mg	MORGIDOX	
doxycycline hyclate oral capsule 50 mg		
doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg		
doxycycline hyclate oral tablet 150 mg, 75 mg	ACTICLATE	
doxycycline monohydrate oral tablet 150 mg, 50 mg, 75 mg		
minocycline hcl oral capsule 100 mg	MINOCIN	
minocycline hcl oral capsule 50 mg, 75 mg		
pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg	SALAGEN	
triamcinolone acetonide mouth/throat paste 0.1 %	ORALONE	
Agentes Oticos		
Agentes Oticos		
CIPRODEX OTIC SUSPENSION 0.3-0.1 *%*		
FLAC OTIC OIL 0.01 %		
hydrocortisone-acetic acid otic solution 1-2 %	ACETASOL HC	
neomycin-polymyxin-hc otic solution 1 %		
neomycin-polymyxin-hc otic suspension 3.5-10000-1		
Agentes Para El Desórden Del Sueño		

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
Agentes Para El Desórden Del Sueño, Otros		
armodafinil oral tablet 150 mg	NUVIGIL	PA; QL (60 EA per 30 days)
armodafinil oral tablet 200 mg, 250 mg	NUVIGIL	PA; QL (30 EA per 30 days)
armodafinil oral tablet 50 mg	NUVIGIL	PA; QL (150 EA per 30 days)
doxepin hcl oral capsule 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg		PA
doxepin hcl oral concentrate 10 mg/ml		PA
HETLIOZ ORAL CAPSULE 20 MG		PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
modafinil oral tablet 100 mg, 200 mg	PROVIGIL	PA; QL (30 EA per 30 days)
ramelteon oral tablet 8 mg	ROZEREM	QL (30 EA per 30 days)
XYREM ORAL SOLUTION 500 MG/ML		PA; 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	QL (30 EA per 30 days)
zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg		PA; QL (30 EA per 30 days)
zolpidem tartrate er oral tablet extended release 12.5 mg, 6.25 mg	AMBIEN CR	PA; QL (30 EA per 30 days)
zolpidem tartrate oral tablet 10 mg, 5 mg	AMBIEN	PA; QL (30 EA per 30 days)
Agentes Para El Tratamiento De Abuso De Sustancias. Anti-Adicción		
Agentes Para Revertimiento De Opioides		
naloxone hcl injection solution 0.4 mg/ml		
naloxone hcl injection solution auto-injector 2 mg/0.4ml		

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
naloxone hcl injection solution cartridge 0.4 mg/ml		
naloxone hcl injection solution prefilled syringe 2 mg/2ml		
NARCAN NASAL LIQUID 4 MG/0.1ML		
Agentes Para Sesación De Fumar		
bupropion hcl er (smoking det) oral tablet extended release 12 hour 150 mg		
CHANTIX CONTINUING MONTH PAK ORAL TABLET 1 MG		PA; QL (56 EA per 28 days)
CHANTIX ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG		PA; QL (60 EA per 30 days)
CHANTIX STARTING MONTH PAK ORAL TABLET 0.5 MG X 11 & 1 MG X 42		PA
NICOTROL INHALATION INHALER 10 MG		
NICOTROL NS NASAL SOLUTION 10 MG/ML		
Disuadores De Alcohol / Medicamentos Para Controlar El Deseo		
acamprosate calcium oral tablet delayed release 333 mg		
disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg	ANTABUSE	
naltrexone hcl oral tablet 50 mg		
Tratamiento Dependencia De Opioides		
buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg		
buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 8 mg		QL (60 EA per 30 days)

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 12-3 mg, 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg	SUBOXONE	QL (60 EA per 30 days)
buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 2-0.5 mg, 8-2 mg		QL (120 EA per 30 days)
naltrexone hcl oral tablet 50 mg		
Agentes Para El Tratamiento De La Espasticidad		
Agentes Para El Tratamiento De La Espasticidad		
baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg		
dantrolene sodium oral capsule 100 mg		
dantrolene sodium oral capsule 25 mg, 50 mg	DANTRIUM	
tizanidine hcl oral capsule 2 mg, 4 mg, 6 mg	ZANAFLEX	
tizanidine hcl oral tablet 2 mg		
tizanidine hcl oral tablet 4 mg	ZANAFLEX	
Agentes Para El Tratamiento De La Migraña		
Agonistas Del Receptor De Serotonina (5-Ht) 1B/1D		
eletriptan hydrobromide oral tablet 20 mg, 40 mg	RELPAX	QL (9 EA per 30 days)
naratriptan hcl oral tablet 1 mg, 2.5 mg	AMERGE	QL (12 EA per 28 days)
rizatriptan benzoate oral tablet 10 mg	MAXALT	QL (18 EA per 28 days)
rizatriptan benzoate oral tablet 5 mg		QL (18 EA per 28 days)
rizatriptan benzoate oral tablet dispersible 10 mg	MAXALT-MLT	QL (18 EA per 28 days)
rizatriptan benzoate oral tablet dispersible 5 mg		QL (18 EA per 28 days)

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
sumatriptan nasal solution 20 mg/act	IMITREX	QL (12 EA per 28 days)
sumatriptan nasal solution 5 mg/act	IMITREX	QL (24 EA per 28 days)
sumatriptan succinate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	IMITREX	QL (9 EA per 28 days)
sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge 4 mg/0.5ml	IMITREX STATDOSE REFILL	QL (9 ML per 28 days)
sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge 6 mg/0.5ml	IMITREX STATDOSE REFILL	QL (6 ML per 28 days)
sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5ml	IMITREX	QL (6 ML per 28 days)
sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 4 mg/0.5ml, 6 mg/0.5ml	IMITREX STATDOSE SYSTEM	QL (6 ML per 28 days)
sumatriptan succinate subcutaneous solution prefilled syringe 6 mg/0.5ml		QL (6 ML per 28 days)
zolmitriptan oral tablet 2.5 mg, 5 mg	ZOMIG	QL (12 EA per 28 days)
zolmitriptan oral tablet dispersible 2.5 mg, 5 mg	ZOMIG ZMT	QL (12 EA per 28 days)
Alcaloides De Ergotamina		
dihydroergotamine mesylate nasal solution 4 mg/ml	MIGRANAL	
MIGERGOT RECTAL SUPPOSITORY 2-100 MG		
Profilácticos		
AIMOVIG SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML		PA; QL (1 ML per 30 days)
AIMOVIG SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 70 MG/ML		PA; QL (2 ML per 30 days)
divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 500 mg	DEPAKOTE ER	MT

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle 125 mg	DEPAKOTE SPRINKLES	MT
divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg, 500 mg	DEPAKOTE	MT
timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg		MT
topiramate oral capsule sprinkle 15 mg, 25 mg	TOPAMAX SPRINKLE	MT
topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	TOPAMAX	MT
valproic acid oral capsule 250 mg		MT
valproic acid oral solution 250 mg/5ml		MT
Agentes Para El Tratamiento De Parkinson		
Agentes Para El Tratamiento De Parkinson, Otros		
amantadine hcl oral capsule 100 mg		
amantadine hcl oral syrup 50 mg/5ml		MT
amantadine hcl oral tablet 100 mg		
carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 12.5-50-200 mg	STALEVO 50	MT
carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 18.75-75-200 mg	STALEVO 75	MT
carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 25-100-200 mg	STALEVO 100	MT
carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 31.25-125-200 mg	STALEVO 125	MT
carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 37.5-150-200 mg	STALEVO 150	MT
carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 50-200-200 mg	STALEVO 200	MT
entacapone oral tablet 200 mg	COMTAN	

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
Agentes Para El Tratamiento De Parkinson		
carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 12.5-50-200 mg	STALEVO 50	MT
carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 18.75-75-200 mg	STALEVO 75	MT
carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 25-100-200 mg	STALEVO 100	MT
carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 31.25-125-200 mg	STALEVO 125	MT
carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 37.5-150-200 mg	STALEVO 150	MT
carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 50-200-200 mg	STALEVO 200	MT
Antagonistas De Dopamina		
APOKYN SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 30 MG/3ML		LA
bromocriptine mesylate oral capsule 5 mg	PARLODEL	MT
bromocriptine mesylate oral tablet 2.5 mg	PARLODEL	MT
NEUPRO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 1 MG/24HR, 2 MG/24HR, 3 MG/24HR, 4 MG/24HR, 6 MG/24HR, 8 MG/24HR		QL (30 EA per 30 days)
pramipexole dihydrochloride er oral tablet extended release 24 hour 0.375 mg, 0.75 mg, 1.5 mg, 2.25 mg, 3 mg, 3.75 mg, 4.5 mg	MIRAPEX ER	MT
pramipexole dihydrochloride oral tablet 0.125 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg	MIRAPEX	MT
pramipexole dihydrochloride oral tablet 0.25 mg, 1.5 mg		MT
ropinirole hcl er oral tablet extended release 24 hour 12 mg, 6 mg	REQUIP XL	MT

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
ropinirole hcl er oral tablet extended release 24 hour 2 mg, 4 mg, 8 mg		MT
ropinirole hcl oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg		MT
Anticolinérgicos		
benztropine mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg		PA
trihexyphenidyl hcl oral solution 0.4 mg/ml		PA
trihexyphenidyl hcl oral tablet 2 mg, 5 mg		PA
Inhibidores De Monoamino Oxidasa B (Mao-B)		
rasagiline mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg	AZILECT	MT
selegiline hcl oral capsule 5 mg		MT
selegiline hcl oral tablet 5 mg		MT
Precursores De Dopamina /Inhibidores De Decarboxilasa E L-Amino Acido		
carbidopa-levodopa er oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg		MT
carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg	SINEMET	MT
carbidopa-levodopa oral tablet dispersible 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg		MT
Agentes Para La Enfermedad Inflamatoria Intestinal		
Aminosalicilatos		
APRISO ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.375 GM		MT
balsalazide disodium oral capsule 750 mg	COLAZAL	

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
CANASA RECTAL SUPPOSITORY 1000 MG		
DIPENTUM ORAL CAPSULE 250 MG		
mesalamine oral tablet delayed release 1.2 gm	LIALDA	
mesalamine oral tablet delayed release 800 mg	ASACOL HD	
mesalamine rectal enema 4 gm		
mesalamine rectal suppository 1000 mg	CANASA	
Glucocorticoides		
budesonide oral capsule delayed release particles 3 mg	ENTOCORT EC	
COLOCORT RECTAL ENEMA 100 MG/60ML		
cortisone acetate oral tablet 25 mg		
DEXAMETHASONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 1 MG/ML		
dexamethasone oral elixir 0.5 mg/5ml		
dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 4 mg, 6 mg	DECADRON	
dexamethasone oral tablet 1 mg, 1.5 mg, 2 mg		
hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	CORTEF	
hydrocortisone rectal enema 100 mg/60ml	CORTENEMA	
methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg	MEDROL	
methylprednisolone oral tablet therapy pack 4 mg	MEDROL	
prednisolone acetate ophthalmic suspension 1 %	PRED FORTE	
prednisolone oral solution 15 mg/5ml		

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
prednisolone sodium phosphate oral solution 10 mg/5ml, 20 mg/5ml		
prednisolone sodium phosphate oral solution 6.7 (5 base) mg/5ml	PEDIAPRED	
PREDNISONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML		
prednisone oral solution 5 mg/5ml		
prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg		
PROCTOSOL HC EXTERNAL CREAM 2.5 %		
Sulfonamidas		
sulfasalazine oral tablet 500 mg	AZULFIDINE	MT
sulfasalazine oral tablet delayed release 500 mg	AZULFIDINE EN-TABS	MT
Agentes Parala Enfermedad Metabólica Del Hueso		
Agentes Parala Enfermedad Metabólica Del Hueso		
alendronate sodium oral tablet 10 mg, 5 mg		MT; QL (30 EA per 30 days)
alendronate sodium oral tablet 35 mg		MT; QL (4 EA per 28 days)
alendronate sodium oral tablet 40 mg		QL (30 EA per 30 days)
alendronate sodium oral tablet 70 mg	FOSAMAX	MT; QL (4 EA per 28 days)
calcitonin (salmon) nasal solution 200 unit/act	MIACALCIN	MT
calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg	ROCALTROL	MT
calcitriol oral solution 1 mcg/ml	ROCALTROL	PA; MT
cinacalcet hcl oral tablet 30 mg, 60 mg	SENSIPAR	PA; QL (60 EA per 30 days)
cinacalcet hcl oral tablet 90 mg	SENSIPAR	PA; QL (120 EA per 30 days)

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
FORTEO SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 600 MCG/2.4ML		PA; QL (2.4 ML per 28 days)
ibandronate sodium oral tablet 150 mg	BONIVA	MT; QL (1 EA per 28 days)
NATPARA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG		PA; QL (2 EA per 28 days)
paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg	ZEMPLAR	PA; MT
paricalcitol oral capsule 4 mcg		PA; MT
PROLIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 60 MG/ML		PA; QL (1 ML per 180 days)
risedronate sodium oral tablet 150 mg	ACTONEL	MT; QL (1 EA per 28 days)
risedronate sodium oral tablet 35 mg	ACTONEL	MT; QL (4 EA per 28 days)
risedronate sodium oral tablet delayed release 35 mg	ATELVIA	MT; QL (4 EA per 28 days)
TYMLOS SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 3120 MCG/1.56ML		PA; QL (1.56 ML per 30 days)
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7ML		PA; QL (1.7 ML per 28 days)
Agentes Pulmonares/ Tracto Respiratorio		
Agentes Del Tracto Respiratorio, Otros		
acetylcysteine inhalation solution 10 %, 20 %		PA
ANORO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5-25 MCG/INH		QL (60 EA per 30 days)
INCRUSE ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5 MCG/INH		QL (30 EA per 30 days)

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG		PA; LA
STIOLTO RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 2.5-2.5 MCG/ACT		QL (4 GM per 30 days)
ZEMAIRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG		PA; LA
Agentes Para Fibrosis Cística		
CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED 75 MG		PA; LA
KALYDECO ORAL PACKET 25 MG, 50 MG, 75 MG		PA; QL (60 EA per 30 days)
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG		PA; QL (60 EA per 30 days)
ORKAMBI ORAL PACKET 100-125 MG, 150-188 MG		PA; QL (120 EA per 30 days)
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG		PA; QL (120 EA per 30 days)
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML		PA
Agentes Para Fibrosis Pulmonar		
ESBRIET ORAL CAPSULE 267 MG		PA; QL (270 EA per 30 days)
ESBRIET ORAL TABLET 267 MG		PA; QL (270 EA per 30 days)
ESBRIET ORAL TABLET 801 MG		PA; QL (90 EA per 30 days)
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG		PA; QL (60 EA per 30 days)
Agentes Pulmonares/ Tracto Respiratorio		
ADVAIR DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-50 MCG/DOSE, 250-50 MCG/DOSE, 500-50 MCG/DOSE		QL (60 EA per 30 days)

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
ADVAIR HFA INHALATION AEROSOL 115-21 MCG/ACT, 230-21 MCG/ACT, 45-21 MCG/ACT		QL (12 GM per 30 days)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 20-100 MCG/ACT		QL (8 GM per 30 days)
ESBRIET ORAL CAPSULE 267 MG		PA; QL (270 EA per 30 days)
ESBRIET ORAL TABLET 267 MG		PA; QL (270 EA per 30 days)
ESBRIET ORAL TABLET 801 MG		PA; QL (90 EA per 30 days)
ipratropium-albuterol inhalation solution 0.5-2.5 (3) mg/3ml		PA
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 100 MG/ML		PA; QL (3 ML per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML		PA; QL (3 ML per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG		PA; QL (3 EA per 28 days)
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG		PA; QL (60 EA per 30 days)
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML		PA
SYMBICORT INHALATION AEROSOL 160-4.5 MCG/ACT, 80-4.5 MCG/ACT		QL (10.2 GM per 30 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML		PA; LA; QL (6 ML per 28 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 75 MG/0.5ML		PA; LA; QL (1 ML per 28 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG		PA; LA; QL (6 EA per 28 days)
Antihipertensivos Pulmonares		

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG		PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
ALYQ ORAL TABLET 20 MG		PA; QL (60 EA per 30 days)
ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg	LETAIRIS	PA; QL (30 EA per 30 days)
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG		PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
REVATIO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 10 MG/ML		PA
sildenafil citrate oral tablet 20 mg	REVATIO	PA; MT; QL (90 EA per 30 days)
tadalafil (pah) oral tablet 20 mg	ALYQ	PA; QL (60 EA per 30 days)
VENTAVIS INHALATION SOLUTION 10 MCG/ML, 20 MCG/ML		PA; QL (270 ML per 30 days)
Antihistaminas		
azelastine hcl nasal solution 0.1 %		QL (30 ML per 25 days)
azelastine hcl nasal solution 0.15 %		QL (60 ML per 30 days)
cetirizine hcl oral solution 1 mg/ml		
cyproheptadine hcl oral syrup 2 mg/5ml		PA
cyproheptadine hcl oral tablet 4 mg		PA
desloratadine oral tablet 5 mg	CLARINEX	QL (30 EA per 30 days)
levocetirizine dihydrochloride oral solution 2.5 mg/5ml	XYZAL ALLERGY 24HR	
levocetirizine dihydrochloride oral tablet 5 mg	XYZAL ALLERGY 24HR	QL (30 EA per 30 days)
olopatadine hcl nasal solution 0.6 %	PATANASE	
promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg		PA
Antiinflamatorios, Corticoesteroides Inhalados		

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
ADVAIR DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-50 MCG/DOSE, 250-50 MCG/DOSE, 500-50 MCG/DOSE		QL (60 EA per 30 days)
ADVAIR HFA INHALATION AEROSOL 115-21 MCG/ACT, 230-21 MCG/ACT, 45-21 MCG/ACT		QL (12 GM per 30 days)
ARNUITY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT, 50 MCG/ACT		QL (30 EA per 30 days)
budesonide inhalation suspension 0.25 mg/2ml, 0.5 mg/2ml, 1 mg/2ml	PULMICORT	PA
FLOVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/BLIST, 50 MCG/BLIST		QL (60 EA per 30 days)
FLOVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 250 MCG/BLIST		QL (240 EA per 30 days)
FLOVENT HFA INHALATION AEROSOL 110 MCG/ACT, 220 MCG/ACT		QL (24 GM per 30 days)
FLOVENT HFA INHALATION AEROSOL 44 MCG/ACT		QL (21.2 GM per 30 days)
flunisolide nasal solution 25 mcg/act (0.025%)		QL (50 ML per 25 days)
fluticasone propionate external lotion 0.05 %	BESER	
fluticasone propionate nasal suspension 50 mcg/act	CLARISPRAY	QL (16 GM per 30 days)
PULMICORT FLEXHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 180 MCG/ACT, 90 MCG/ACT		QL (2 EA per 30 days)

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
Antileucotrienos		
montelukast sodium oral packet 4 mg	SINGULAIR	MT; QL (30 EA per 30 days)
montelukast sodium oral tablet 10 mg	SINGULAIR	MT; QL (30 EA per 30 days)
montelukast sodium oral tablet chewable 4 mg, 5 mg	SINGULAIR	MT; QL (30 EA per 30 days)
zafirlukast oral tablet 10 mg	ACCOLATE	MT
zafirlukast oral tablet 20 mg	ACCOLATE	
Broncodilatadores, Anticolinérgicos		
ATROVENT HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION 17 MCG/ACT		QL (25.8 GM per 30 days)
INCRUSE ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5 MCG/INH		QL (30 EA per 30 days)
ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %		PA; MT
ipratropium bromide nasal solution 0.03 %		QL (30 ML per 30 days)
ipratropium bromide nasal solution 0.06 %		QL (15 ML per 30 days)
SPIRIVA HANDIHALER INHALATION CAPSULE 18 MCG		QL (30 EA per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 1.25 MCG/ACT, 2.5 MCG/ACT		QL (4 GM per 30 days)
Broncodilatadores, Simpatomiméticos		
ADVAIR DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-50 MCG/DOSE, 250-50 MCG/DOSE, 500-50 MCG/DOSE		QL (60 EA per 30 days)

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
ADVAIR HFA INHALATION AEROSOL 115-21 MCG/ACT, 230-21 MCG/ACT, 45-21 MCG/ACT		QL (12 GM per 30 days)
albuterol sulfate er oral tablet extended release 12 hour 4 mg, 8 mg		
albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act, 108 (90 base) mcg/act (nda020503), 108 (90 base) mcg/act (nda020983)	PROAIR HFA	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		PA
albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5ml		
albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg		
BREO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-25 MCG/INH, 200-25 MCG/INH		QL (60 EA per 30 days)
epinephrine injection solution 0.3 mg/0.3ml		QL (6 EA per 30 days)
epinephrine injection solution auto-injector 0.15 mg/0.15ml, 0.3 mg/0.3ml	AUVI-Q	QL (6 EA per 30 days)
epinephrine injection solution auto-injector 0.15 mg/0.3ml	EPIPEN JR 2-PAK	QL (6 EA per 30 days)
fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 113-14 mcg/act	AIRDUO RESPICLICK 113/14	MT; QL (1 EA per 30 days)
fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 232-14 mcg/act	AIRDUO RESPICLICK 232/14	MT; QL (1 EA per 30 days)
fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 55-14 mcg/act	AIRDUO RESPICLICK 55/14	MT; QL (1 EA per 30 days)
levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 0.31 mg/3ml, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml	XOPENEX	PA

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 1.25 mg/0.5ml	XOPENEX CONCENTRATE	PA
levalbuterol tartrate inhalation aerosol 45 mcg/act	XOPENEX HFA	QL (30 GM per 30 days)
PERFOROMIST INHALATION NEBULIZATION SOLUTION 20 MCG/2ML		PA
SEREVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50 MCG/DOSE		QL (60 EA per 30 days)
terbutaline sulfate oral tablet 2.5 mg, 5 mg		
Estabilizadores De Mastocitos		
cromolyn sodium inhalation nebulization solution 20 mg/2ml		PA; MT
cromolyn sodium oral concentrate 100 mg/5ml	GASTROCROM	
Inhibidores De Fósfodiesterasa, Enfermedad De Las Vías Respiratorias		
DALIRESP ORAL TABLET 250 MCG, 500 MCG		
THEO-24 ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG, 200 MG, 300 MG, 400 MG		MT
theophylline er oral tablet extended release 12 hour 300 mg		MT
theophylline er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 600 mg		MT
theophylline oral solution 80 mg/15ml		MT
Analgésicos		
Analgésicos Opioides, Corta Duración		

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1200 mcg, 1600 mcg, 200 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg	ACTIQ	PA; QL (120 EA per 30 days)
fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr	DURAGESIC-100	PA; QL (10 EA per 30 days)
fentanyl transdermal patch 72 hour 12 mcg/hr	DURAGESIC-12	PA; QL (10 EA per 30 days)
fentanyl transdermal patch 72 hour 25 mcg/hr	DURAGESIC-25	PA; QL (10 EA per 30 days)
fentanyl transdermal patch 72 hour 50 mcg/hr	DURAGESIC-50	PA; QL (10 EA per 30 days)
fentanyl transdermal patch 72 hour 75 mcg/hr	DURAGESIC-75	PA; QL (10 EA per 30 days)
hydromorphone hcl oral liquid 1 mg/ml	DILAUDID	
hydromorphone hcl oral tablet 2 mg, 4 mg	DILAUDID	QL (42 EA per 7 days)
hydromorphone hcl oral tablet 8 mg	DILAUDID	QL (21 EA per 7 days)
meperidine hcl injection solution 25 mg/ml	DEMEROL	PA; QL (1440 ML per 30 days)
meperidine hcl injection solution 50 mg/ml	DEMEROL	PA; QL (720 ML per 30 days)
morphine sulfate (concentrate) oral solution 100 mg/5ml		QL (42 ML per 7 days)
morphine sulfate (pf) intravenous solution 8 mg/ml		PA
morphine sulfate injection solution 10 mg/ml		PA
morphine sulfate oral solution 10 mg/5ml		QL (420 ML per 7 days)
morphine sulfate oral solution 20 mg/5ml		QL (210 ML per 7 days)
morphine sulfate oral tablet 15 mg		QL (42 EA per 7 days)
morphine sulfate oral tablet 30 mg		QL (28 EA per 7 days)
oxycodone hcl oral capsule 5 mg		QL (42 EA per 7 days)
oxycodone hcl oral concentrate 100 mg/5ml		

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
oxycodone hcl oral solution 5 mg/5ml		QL (630 ML per 7 days)
oxycodone hcl oral tablet 10 mg, 20 mg		QL (42 EA per 7 days)
oxycodone hcl oral tablet 15 mg	ROXICODONE	QL (28 EA per 7 days)
oxycodone hcl oral tablet 30 mg	ROXICODONE	QL (14 EA per 7 days)
oxycodone hcl oral tablet 5 mg	ROXICODONE	QL (42 EA per 7 days)
tramadol hcl oral tablet 50 mg	ULTRAM	QL (56 EA per 7 days)
Analgésicos Opioides, Larga Duración		
buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg		
buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 8 mg		QL (60 EA per 30 days)
duramorph injection solution 0.5 mg/ml, 1 mg/ml		PA
fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1200 mcg, 1600 mcg, 200 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg	ACTIQ	PA; QL (120 EA per 30 days)
fentanyl citrate buccal tablet 100 mcg, 200 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg	FENTORA	PA; QL (120 EA per 30 days)
fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr	DURAGESIC-100	PA; QL (10 EA per 30 days)
fentanyl transdermal patch 72 hour 12 mcg/hr	DURAGESIC-12	PA; QL (10 EA per 30 days)
fentanyl transdermal patch 72 hour 25 mcg/hr	DURAGESIC-25	PA; QL (10 EA per 30 days)
fentanyl transdermal patch 72 hour 50 mcg/hr	DURAGESIC-50	PA; QL (10 EA per 30 days)
fentanyl transdermal patch 72 hour 75 mcg/hr	DURAGESIC-75	PA; QL (10 EA per 30 days)
hydromorphone hcl pf injection solution 10 mg/ml, 50 mg/5ml		PA
methadone hcl oral solution 10 mg/5ml, 5 mg/5ml		QL (450 ML per 30 days)

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
methadone hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	DOLOPHINE	QL (180 EA per 30 days)
morphine sulfate (concentrate) oral solution 100 mg/5ml		QL (42 ML per 7 days)
morphine sulfate er beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 30 mg, 45 mg, 60 mg, 75 mg, 90 mg		QL (14 EA per 7 days)
morphine sulfate er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 100 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg, 80 mg	KADIAN	QL (14 EA per 7 days)
morphine sulfate er oral tablet extended release 100 mg, 15 mg, 30 mg	MS CONTIN	QL (21 EA per 7 days)
morphine sulfate er oral tablet extended release 200 mg, 60 mg	MS CONTIN	QL (14 EA per 7 days)
morphine sulfate oral solution 10 mg/5ml		QL (420 ML per 7 days)
morphine sulfate oral solution 20 mg/5ml		QL (210 ML per 7 days)
morphine sulfate oral tablet 15 mg		QL (42 EA per 7 days)
morphine sulfate oral tablet 30 mg		QL (28 EA per 7 days)
Analgésicos		
acetaminophen-codeine #3 oral tablet 300-30 mg		QL (42 EA per 7 days)
acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5ml		QL (1167 ML per 7 days)
acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-60 mg		QL (42 EA per 7 days)
ENDOCET ORAL TABLET 10-325 MG, 5-325 MG, 7.5-325 MG		QL (42 EA per 7 days)
hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15ml		QL (1260 ML per 7 days)
hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg	LORCET HD	QL (42 EA per 7 days)
hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg	LORCET	QL (42 EA per 7 days)

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
hydrocodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg	NORCO	QL (42 EA per 7 days)
hydrocodone-ibuprofen oral tablet 7.5-200 mg		QL (28 EA per 7 days)
LORCET HD ORAL TABLET 10-325 MG		QL (42 EA per 7 days)
LORCET ORAL TABLET 5-325 MG		QL (42 EA per 7 days)
LORCET PLUS ORAL TABLET 7.5-325 MG		QL (42 EA per 7 days)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg	ENDOCET	QL (42 EA per 7 days)
tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg	ULTRACET	QL (56 EA per 7 days)
Antiinflamatorios No-Esteroidales		
celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg	CELEBREX	QL (60 EA per 30 days)
celecoxib oral capsule 400 mg	CELEBREX	QL (30 EA per 30 days)
diclofenac epolamine transdermal patch 1.3 %	FLECTOR	
diclofenac potassium oral tablet 50 mg		
diclofenac sodium er oral tablet extended release 24 hour 100 mg		
diclofenac sodium oral tablet delayed release 25 mg, 50 mg, 75 mg		
diflunisal oral tablet 500 mg		
etodolac er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 500 mg, 600 mg		
etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg		
etodolac oral tablet 400 mg	LODINE	
etodolac oral tablet 500 mg		
flurbiprofen oral tablet 100 mg, 50 mg		

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
ibu oral tablet 600 mg, 800 mg		
ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml		
ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg		
ketoprofen oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg		
meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg	MOBIC	QL (30 EA per 30 days)
nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg		
naproxen dr oral tablet delayed release 375 mg	EC-NAPROSYN	
naproxen dr oral tablet delayed release 500 mg		
naproxen oral suspension 125 mg/5ml	NAPROSYN	
naproxen oral tablet 250 mg	NAPROSYN	
naproxen oral tablet 375 mg, 500 mg		
naproxen sodium oral tablet 275 mg		
naproxen sodium oral tablet 550 mg	ANAPROX DS	
oxaprozin oral tablet 600 mg	DAYPRO	
piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg	FELDENE	
sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg		
Anestésicos		
Anestésicos Locales		
lidocaine external ointment 5 %		PA
lidocaine external patch 5 %	LIDODERM	PA; QL (90 EA per 30 days)
lidocaine hcl external solution 4 %		
lidocaine hcl urethral/mucosal external gel 2 %		PA
lidocaine viscous hcl mouth/throat solution 2 %		
lidocaine-prilocaine external cream 2.5-2.5 %		PA

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
Ansiolíticos		
Ansiolíticos, Otros		
buspirone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg		
doxepin hcl oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg		PA
doxepin hcl oral concentrate 10 mg/ml		PA
SILENOR ORAL TABLET 3 MG, 6 MG		QL (30 EA per 30 days)
Benzodiazepinas		
alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	XANAX	
clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	KLONOPIN	
clonazepam oral tablet dispersible 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg		
clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg		PA
clorazepate dipotassium oral tablet 7.5 mg	TRANXENE-T	PA
diazepam oral concentrate 5 mg/ml	DIAZEPAM INTENSOL	PA
diazepam oral solution 5 mg/5ml		PA
diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg	VALIUM	PA
lorazepam oral concentrate 2 mg/ml	LORAZEPAM INTENSOL	
lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	ATIVAN	
Ssris/ Snris		
duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 20 mg, 30 mg, 60 mg	CYMBALTA	MT
duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 40 mg		MT
escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5ml		MT; QL (600 ML per 30 days)
escitalopram oxalate oral tablet 10 mg	LEXAPRO	MT; QL (60 EA per 30 days)
escitalopram oxalate oral tablet 20 mg	LEXAPRO	MT; QL (30 EA per 30 days)

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
escitalopram oxalate oral tablet 5 mg	LEXAPRO	MT; QL (120 EA per 30 days)
paroxetine hcl er oral tablet extended release 24 hour 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg	PAXIL CR	PA; MT
paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	PAXIL	PA; MT
PAXIL ORAL SUSPENSION 10 MG/5ML		ST
sertraline hcl oral concentrate 20 mg/ml	ZOLOFT	MT
sertraline hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	ZOLOFT	MT
venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 150 mg	EFFEXOR XR	MT; QL (60 EA per 30 days)
venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 37.5 mg, 75 mg	EFFEXOR XR	MT; QL (30 EA per 30 days)
venlafaxine hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg		MT
Antibacteriales		
Aminoglicósidos		
amikacin sulfate injection solution 500 mg/2ml		
GENTAK OPHTHALMIC OINTMENT 0.3 %		
gentamicin in saline intravenous solution 0.8-0.9 mg/ml-%, 1-0.9 mg/ml-%, 1.2-0.9 mg/ml-%, 1.6-0.9 mg/ml-%		
gentamicin sulfate external cream 0.1 %		
gentamicin sulfate external ointment 0.1 %		
gentamicin sulfate injection solution 40 mg/ml		
gentamicin sulfate ophthalmic solution 0.3 %		
neomycin sulfate oral tablet 500 mg		

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
paromomycin sulfate oral capsule 250 mg		
streptomycin sulfate intramuscular solution reconstituted 1 gm		
TOBRADEX OPHTHALMIC OINTMENT 0.3-0.1 %		
tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/5ml	KITABIS PAK	PA; QL (280 ML per 28 days)
tobramycin ophthalmic solution 0.3 %	TOBREX	
tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml, 80 mg/2ml		PA
TOBREX OPHTHALMIC OINTMENT 0.3 %		
Antibacteriales, Otros		
acetic acid otic solution 2 %		
bacitracin ophthalmic ointment 500 unit/gm	BACIGUENT	
clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg	CLEOCIN	
clindamycin palmitate hcl oral solution reconstituted 75 mg/5ml	CLEOCIN	
clindamycin phosphate external gel 1 %	CLEOCIN-T	
clindamycin phosphate external lotion 1 %	CLEOCIN-T	
clindamycin phosphate external solution 1 %		
clindamycin phosphate external swab 1 %	CLINDACIN ETZ	
clindamycin phosphate in d5w intravenous solution 300 mg/50ml, 600 mg/50ml, 900 mg/50ml		
clindamycin phosphate injection solution 300 mg/2ml, 900 mg/6ml	CLEOCIN PHOSPHATE	
clindamycin phosphate vaginal cream 2 %	CLEOCIN	

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted 150 mg	COLY-MYCIN M	PA
daptomycin intravenous solution reconstituted 350 mg		PA
daptomycin intravenous solution reconstituted 500 mg	CUBICIN	PA
BD ALCOHOL SWABS 70 %		MT
linezolid intravenous solution 600 mg/300ml	ZYVOX	PA
linezolid oral suspension reconstituted 100 mg/5ml	ZYVOX	PA
linezolid oral tablet 600 mg	ZYVOX	PA
methenamine hippurate oral tablet 1 gm	HIPREX	
metronidazole external cream 0.75 %	METROCREAM	
metronidazole external gel 0.75 %	ROSADAN	
metronidazole external gel 1 %	METROGEL	
metronidazole external lotion 0.75 %	METROLOTION	
metronidazole in nacl intravenous solution 500-0.79 mg/100ml-%		
metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg	FLAGYL	
metronidazole vaginal gel 0.75 %		
mupirocin calcium external cream 2 %		
mupirocin external ointment 2 %	CENTANY	
nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg	MACRODANTIN	
nitrofurantoin monohyd macro oral capsule 100 mg	MACROBID	
polymyxin b sulfate injection solution reconstituted 500000 unit		PA
SIRTURO ORAL TABLET 20 MG		PA; LA
SIVEXTRO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 200 MG		PA; QL (6 EA per 15 days)

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
SIVEXTRO ORAL TABLET 200 MG		PA; QL (6 EA per 15 days)
SULFAMYLON EXTERNAL CREAM 85 MG/GM		
tigecycline intravenous solution reconstituted 50 mg	TYGACIL	PA
trimethoprim oral tablet 100 mg		
vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 250 mg, 500 mg, 750 mg		PA
vancomycin hcl oral capsule 125 mg	VANCOCIN HCL	
vancomycin hcl oral capsule 250 mg	VANCOCIN	
vandazole vaginal gel 0.75 %		
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG, 550 MG		PA
Antibacteriales		
colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted 150 mg	COLY-MYCIN M	PA
Betalactámico, Cefalosporinas		
cefaclor er oral tablet extended release 12 hour 500 mg		
cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg		
cefaclor oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml, 375 mg/5ml		
cefadroxil oral capsule 500 mg		
cefadroxil oral suspension reconstituted 250 mg/5ml, 500 mg/5ml		
cefadroxil oral tablet 1 gm		
cefazolin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 500 mg		
cefdinir oral capsule 300 mg		
cefdinir oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml		

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
cefepime hcl injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm		
cefixime oral capsule 400 mg	SUPRAX	
cefixime oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml	SUPRAX	
cefoxitin sodium injection solution reconstituted 10 gm		PA
cefoxitin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 2 gm		PA
cefpodoxime proxetil oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 50 mg/5ml		
cefpodoxime proxetil oral tablet 100 mg, 200 mg		
cefprozil oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml		
cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg		
ceftazidime injection solution reconstituted 1 gm	FORTAZ	
ceftazidime injection solution reconstituted 2 gm, 6 gm	TAZICEF	
ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 250 mg, 500 mg		
ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted 10 gm		
cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg		
cefuroxime sodium injection solution reconstituted 7.5 gm, 750 mg		PA
cefuroxime sodium intravenous solution reconstituted 1.5 gm		PA
cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg	KEFLEX	
cephalexin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml		

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
SUPRAX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 500 MG/5ML		
SUPRAX ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG, 200 MG		
TEFLARO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 MG, 600 MG		PA
Betalactámico, Otros		
aztreonam injection solution reconstituted 1 gm	AZACTAM	
CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED 75 MG		PA; LA
ertapenem sodium injection solution reconstituted 1 gm	INVANZ	PA
imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 250 mg		PA
imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 500 mg	PRIMAXIN IV	PA
meropenem intravenous solution reconstituted 1 gm, 500 mg	MERREM	PA
Betalactámico, Penicilinas		
amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg		
amoxicillin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 200 mg/5ml, 250 mg/5ml, 400 mg/5ml		
amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg		
amoxicillin oral tablet chewable 125 mg, 250 mg		
amoxicillin-pot clavulanate er oral tablet extended release 12 hour 1000-62.5 mg		
amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 200-28.5 mg/5ml, 400-57 mg/5ml		

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 250-62.5 mg/5ml	AUGMENTIN	
amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 600-42.9 mg/5ml	AUGMENTIN ES-600	
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 875-125 mg		
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 500-125 mg	AUGMENTIN	
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg		
ampicillin oral capsule 500 mg		
ampicillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 125 mg		PA
ampicillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm		PA
ampicillin-sulbactam sodium injection solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 3 (2-1) gm	UNASYN	PA
ampicillin-sulbactam sodium intravenous solution reconstituted 15 (10-5) gm	UNASYN	PA
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1200000 UNIT/2ML, 2400000 UNIT/4ML, 600000 UNIT/ML		
dicloxacillin sodium oral capsule 250 mg, 500 mg		
nafcillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm		PA
nafcillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm		PA
oxacillin sodium injection solution reconstituted 1 gm		
oxacillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm		

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
penicillin g pot in dextrose intravenous solution 40000 unit/ml, 60000 unit/ml		
penicillin g potassium injection solution reconstituted 20000000 unit	PFIZERPEN	
penicillin g procaine intramuscular suspension 600000 unit/ml		
penicillin g sodium injection solution reconstituted 5000000 unit		
penicillin v potassium oral solution reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml		
penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg		
piperacillin sod-tazobactam so intravenous solution reconstituted 2.25 (2-0.25) gm, 3.375 (3-0.375) gm, 4.5 (4-0.5) gm		
Macrólidos		
AZASITE OPHTHALMIC SOLUTION 1 %		
azithromycin intravenous solution reconstituted 500 mg	ZITHROMAX	
azithromycin oral packet 1 gm	ZITHROMAX	
azithromycin oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml	ZITHROMAX	
azithromycin oral tablet 250 mg, 250 mg (6 pack), 500 mg, 500 mg (3 pack)	ZITHROMAX	
azithromycin oral tablet 600 mg		
clarithromycin er oral tablet extended release 24 hour 500 mg		
clarithromycin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml		
clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg		
DIFICID ORAL TABLET 200 MG		ST

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
E.E.S. 400 ORAL TABLET 400 MG		
ery external pad 2 %		
ERY-TAB ORAL TABLET DELAYED RELEASE 250 MG, 333 MG, 500 MG		
ERYTHROCIN LACTOBIONATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 500 MG		PA
ERYTHROCIN STEARATE ORAL TABLET 250 MG		
erythromycin base oral capsule delayed release particles 250 mg		
erythromycin base oral tablet 250 mg, 500 mg		
erythromycin base oral tablet delayed release 250 mg, 333 mg, 500 mg	ERY-TAB	
erythromycin ethylsuccinate oral tablet 400 mg	E.E.S. 400	
erythromycin external gel 2 %	ERYGEL	
erythromycin external solution 2 %		
erythromycin ophthalmic ointment 5 mg/gm		
Quinolonas		
CETRAXAL OTIC SOLUTION 0.2 %		
CILOXAN OPHTHALMIC OINTMENT 0.3 %		
ciprofloxacin hcl ophthalmic solution 0.3 %	CILOXAN	
ciprofloxacin hcl oral tablet 100 mg, 750 mg		
ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg	CIPRO	
ciprofloxacin hcl otic solution 0.2 %	CETRAXAL	

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
ciprofloxacin in d5w intravenous solution 200 mg/100ml		
ciprofloxacin oral suspension reconstituted 500 mg/5ml (10%)	CIPRO	
gatifloxacin ophthalmic solution 0.5 %	ZYMAXID	
levofloxacin in d5w intravenous solution 500 mg/100ml, 750 mg/150ml		
levofloxacin intravenous solution 25 mg/ml		
levofloxacin oral solution 25 mg/ml		
levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg	LEVAQUIN	
MOXEZA OPHTHALMIC SOLUTION 0.5 %		
moxifloxacin hcl ophthalmic solution 0.5 %	VIGAMOX	
ofloxacin ophthalmic solution 0.3 %	OCUFLOX	
ofloxacin otic solution 0.3 %		
Sulfonamidas		
silver sulfadiazine external cream 1 %		
ssd external cream 1 %		
sulfacetamide sodium ophthalmic ointment 10 %		
sulfacetamide sodium ophthalmic solution 10 %	BLEPH-10	
sulfadiazine oral tablet 500 mg		
sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5ml	SULFATRIM PEDIATRIC	
sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg	BACTRIM	
sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 800-160 mg	BACTRIM DS	

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
Tetraciclinas		
DOXY 100 INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG		
doxycycline hyclate oral capsule 100 mg	MORGIDOX	
doxycycline hyclate oral capsule 50 mg		
doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg		
doxycycline hyclate oral tablet 150 mg, 75 mg	ACTICLATE	
doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg		
minocycline hcl oral capsule 100 mg	MINOCIN	
minocycline hcl oral capsule 50 mg, 75 mg		
tetracycline hcl oral capsule 250 mg, 500 mg		
Anticonvulsivos		
Agentes De Aumento De Ácido Gamma-Aminobutírico (Gaba)		
clobazam oral suspension 2.5 mg/ml	ONFI	
clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg	ONFI	
clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	KLONOPIN	
clonazepam oral tablet dispersible 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg		
clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg		PA
clorazepate dipotassium oral tablet 7.5 mg	TRANXENE-T	PA
diazepam oral concentrate 5 mg/ml	DIAZEPAM INTENSOL	PA
diazepam oral solution 5 mg/5ml		PA
diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg	VALIUM	PA
divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 500 mg	DEPAKOTE ER	MT

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle 125 mg	DEPAKOTE SPRINKLES	MT
divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg, 500 mg	DEPAKOTE	MT
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML		PA; LA; QL (600 ML per 30 days)
gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg, 400 mg	NEURONTIN	MT
gabapentin oral solution 250 mg/5ml	NEURONTIN	MT
gabapentin oral tablet 600 mg, 800 mg	NEURONTIN	MT
lamotrigine oral tablet dispersible 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	LAMICTAL ODT	MT
lorazepam oral concentrate 2 mg/ml	LORAZEPAM INTENSOL	
lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	ATIVAN	
NAYZILAM NASAL SOLUTION 5 MG/0.1ML		PA
phenobarbital oral elixir 20 mg/5ml		PA
phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg		PA
primidone oral tablet 250 mg, 50 mg	MYSOLINE	MT
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG, 5 MG		QL (60 EA per 30 days)
tiagabine hcl oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg	GABITRIL	MT
valproic acid oral capsule 250 mg		MT
valproic acid oral solution 250 mg/5ml		MT
VALTOCO 10 MG DOSE NASAL LIQUID 10 MG/0.1ML		PA
VALTOCO 15 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 7.5 MG/0.1ML		PA

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
VALTOCO 20 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 10 MG/0.1ML		PA
VALTOCO 5 MG DOSE NASAL LIQUID 5 MG/0.1ML		PA
vigabatrin oral packet 500 mg	VIGADRONE	PA
vigabatrin oral tablet 500 mg	SABRIL	PA
VIGADRONE ORAL PACKET 500 MG		PA
Agentes De Canales De Sodio		
APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG, 800 MG		PA; QL (30 EA per 30 days)
APTIOM ORAL TABLET 600 MG		PA; QL (60 EA per 30 days)
BANZEL ORAL SUSPENSION 40 MG/ML		PA
BANZEL ORAL TABLET 200 MG, 400 MG		PA
carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 400 mg	TEGRETOL-XR	MT
carbamazepine oral suspension 100 mg/5ml	TEGRETOL	MT
carbamazepine oral tablet 200 mg		MT
carbamazepine oral tablet chewable 100 mg		MT
DILANTIN INFATABS ORAL TABLET CHEWABLE 50 MG		MT
DILANTIN ORAL CAPSULE 100 MG, 30 MG		MT
DILANTIN ORAL SUSPENSION 125 MG/5ML		MT
epitol oral tablet 200 mg		MT
oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5ml	TRILEPTAL	MT

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg	TRILEPTAL	MT
PEGANONE ORAL TABLET 250 MG		MT
PHENYTEK ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG		MT
phenytoin oral suspension 125 mg/5ml	DILANTIN	MT
phenytoin oral tablet chewable 50 mg	DILANTIN INFATABS	MT
phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg	DILANTIN	MT
phenytoin sodium extended oral capsule 200 mg, 300 mg	DILANTIN	MT
TEGRETOL ORAL SUSPENSION 100 MG/5ML		MT
TEGRETOL ORAL TABLET 200 MG		MT
TEGRETOL-XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 100 MG, 200 MG, 400 MG		MT
VIMPAT ORAL SOLUTION 10 MG/ML		QL (1200 ML per 30 days)
VIMPAT ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG		QL (60 EA per 30 days)
VIMPAT ORAL TABLET 50 MG		MT; QL (60 EA per 30 days)
Agentes Modificadores De Canales De Calcio		
CELONTIN ORAL CAPSULE 300 MG		MT
ethosuximide oral capsule 250 mg	ZARONTIN	MT
ethosuximide oral solution 250 mg/5ml	ZARONTIN	MT
LYRICA CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 165 MG, 330 MG, 82.5 MG		
pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 225 mg, 25 mg, 300 mg, 50 mg, 75 mg	LYRICA	MT
pregabalin oral solution 20 mg/ml	LYRICA	MT

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg	ZONEGRAN	MT
zonisamide oral capsule 50 mg		MT
Agentes Reductores De Glutamato		
felbamate oral suspension 600 mg/5ml	FELBATOL	
felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg	FELBATOL	MT
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML		PA
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG		PA
lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg	LAMICTAL XR	MT
lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg	LAMICTAL	MT
lamotrigine oral tablet chewable 25 mg, 5 mg	LAMICTAL	MT
lamotrigine starter kit-blue oral kit 35 x 25 mg	LAMICTAL STARTER	MT
lamotrigine starter kit-green oral kit 84 x 25 mg & 14x100 mg	LAMICTAL STARTER	MT
lamotrigine starter kit-orange oral kit 42 x 25 mg & 7 x 100 mg	LAMICTAL STARTER	MT
topiramate er oral capsule er 24 hour sprinkle 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	QUDEXY XR	MT
topiramate oral capsule sprinkle 15 mg, 25 mg	TOPAMAX SPRINKLE	MT
topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	TOPAMAX	MT
Anticonvulsivos, Otros		
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML		PA; QL (600 ML per 30 days)

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG		PA; QL (60 EA per 30 days)
diazepam oral concentrate 5 mg/ml	DIAZEPAM INTENSOL	PA
diazepam oral solution 5 mg/5ml		PA
diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg	VALIUM	PA
diazepam rectal gel 10 mg, 20 mg	DIASTAT ACUDIAL	
diazepam rectal gel 2.5 mg	DIASTAT PEDIATRIC	
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML		PA; LA; QL (360 ML per 30 days)
levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 500 mg, 750 mg	KEPPRA XR	MT
levetiracetam oral solution 100 mg/ml	KEPPRA	MT
levetiracetam oral tablet 1000 mg, 500 mg, 750 mg	KEPPRA	MT
levetiracetam oral tablet 250 mg	KEPPRA	MT
roweepra oral tablet 1000 mg, 500 mg, 750 mg		MT
roweepra xr oral tablet extended release 24 hour 500 mg, 750 mg		MT
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 1000 MG, 250 MG, 500 MG, 750 MG		
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 50 & 200 MG		PA; QL (56 EA per 28 days)
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 150 & 200 MG		PA; QL (56 EA per 28 days)
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG		PA; QL (60 EA per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET 50 MG		PA; QL (90 EA per 30 days)

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK 14 X 12.5 MG & 14 X 25 MG, 14 X 150 MG & 14 X200 MG, 14 X 50 MG & 14 X100 MG		PA; QL (28 EA per 28 days)
Antidepresivos		
Antidepresivos, Otros		
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 300 MG, 400 MG		PA; QL (1 EA per 28 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 300 MG, 400 MG		PA; QL (1 EA per 28 days)
aripiprazole oral solution 1 mg/ml		
aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg	ABILIFY	
aripiprazole oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg		
bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 150 mg, 200 mg	WELLBUTRIN SR	MT
bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 300 mg	WELLBUTRIN XL	MT
bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 450 mg	FORFIVO XL	MT
bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg		MT
maprotiline hcl oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg		
mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg	REMERON	MT
mirtazapine oral tablet 45 mg, 7.5 mg		MT
mirtazapine oral tablet dispersible 15 mg, 30 mg, 45 mg	REMERON SOLTAB	MT
nefazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg		MT

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
PHENADOZ RECTAL SUPPOSITORY 12.5 MG		PA
prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg		MT
prochlorperazine rectal suppository 25 mg	COMPRO	
promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg		PA
scopolamine transdermal patch 72 hour 1 mg/3days	TRANSDERM SCOP (1.5 MG)	PA; QL (10 EA per 30 days)
Terapia Adyuvante Emetogénica		
aprepitant oral capsule 125 mg		PA; MT; QL (2 EA per 30 days)
aprepitant oral capsule 40 mg	EMEND	PA; QL (1 EA per 30 days)
aprepitant oral capsule 80 & 125 mg	EMEND TRI-PACK	PA; QL (8 EA per 30 days)
aprepitant oral capsule 80 mg	EMEND	PA; QL (6 EA per 30 days)
dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	MARINOL	PA; QL (60 EA per 30 days)
EMEND ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 125 MG		PA; QL (2 EA per 30 days)
granisetron hcl oral tablet 1 mg		PA; QL (60 EA per 30 days)
ondansetron hcl oral solution 4 mg/5ml		PA; QL (450 ML per 10 days)
ondansetron hcl oral tablet 24 mg		PA; QL (18 EA per 30 days)
ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg	ZOFRAN	PA; QL (45 EA per 30 days)
ondansetron oral tablet dispersible 4 mg, 8 mg		PA; QL (45 EA per 30 days)
Antifungales		
Antifungales		
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML		PA
AMBISOME INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MG		PA

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
amphotericin b intravenous solution reconstituted 50 mg		PA
caspofungin acetate intravenous solution reconstituted 50 mg, 70 mg	CANCIDAS	PA
ciclopirox external gel 0.77 %		
ciclopirox external shampoo 1 %	LOPROX	
ciclopirox external solution 8 %	CICLODAN	
ciclopirox olamine external cream 0.77 %	LOPROX	
ciclopirox olamine external suspension 0.77 %	LOPROX	
clotrimazole external cream 1 %		
clotrimazole external solution 1 %	FUNGICURE INTENSIVE/NAILGUARD	
clotrimazole mouth/throat troche 10 mg		
econazole nitrate external cream 1 %		
fluconazole in sodium chloride intravenous solution 200-0.9 mg/100ml-%, 400-0.9 mg/200ml-%		PA
fluconazole oral suspension reconstituted 10 mg/ml, 40 mg/ml	DIFLUCAN	
fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg	DIFLUCAN	
flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg	ANCOBON	
griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5ml		
griseofulvin microsize oral tablet 500 mg		
griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg		
itraconazole oral capsule 100 mg	SPORANOX	QL (120 EA per 30 days)
ketoconazole external cream 2 %		
ketoconazole external shampoo 2 %		
ketoconazole oral tablet 200 mg		

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
micafungin sodium intravenous solution reconstituted 100 mg, 50 mg	MYCAMINE	PA
NATACYN OPHTHALMIC SUSPENSION 5 %		
NOXAFIL ORAL SUSPENSION 40 MG/ML		
NYAMYC EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM		
nystatin external cream 100000 unit/gm		
nystatin external ointment 100000 unit/gm		
nystatin external powder 100000 unit/gm	NYAMYC	
nystatin mouth/throat suspension 100000 unit/ml		
nystatin oral tablet 500000 unit		
NYSTOP EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM		
posaconazole oral tablet delayed release 100 mg	NOXAFIL	
terbinafine hcl oral tablet 250 mg	LAMISIL	QL (90 EA per 365 days)
terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %		
terconazole vaginal suppository 80 mg		
voriconazole intravenous solution reconstituted 200 mg	VFEND IV	
voriconazole oral suspension reconstituted 40 mg/ml	VFEND	
voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg	VFEND	
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG		PA
Antimicobacteriales		
Antimicobacteriales, Otros		
dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg		
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG		
rifabutin oral capsule 150 mg	MYCOBUTIN	

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
Antituberculares		
ethambutol hcl oral tablet 100 mg		
ethambutol hcl oral tablet 400 mg	MYAMBUTOL	
isoniazid oral syrup 50 mg/5ml		
isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg		
PASER ORAL PACKET 4 GM		
pretomanid oral tablet 200 mg		PA; QL (182 EA per 182 days)
pyrazinamide oral tablet 500 mg		
rifampin intravenous solution reconstituted 600 mg	RIFADIN	
rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg	RIFADIN	
RIFATER ORAL TABLET 50-120-300 MG		
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG		PA; LA
TRECATOR ORAL TABLET 250 MG		
Antineoplásicos		
Agentes Alquilantes		
cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg		PA
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG		
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG		PA; LA
VALCHLOR EXTERNAL GEL 0.016 %		PA; LA
Agentes Antiangiogénicos		
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG		PA; LA
REVLIMID ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 25 MG, 5 MG		PA; LA
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG		PA
Antiandrógenos		

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
abiraterone acetate oral tablet 250 mg	ZYTIGA	PA; QL (120 EA per 30 days)
bicalutamide oral tablet 50 mg	CASODEX	
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG		PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
flutamide oral capsule 125 mg		
nilutamide oral tablet 150 mg	NILANDRON	
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG		PA; QL (120 EA per 30 days)
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG		PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
YONSA ORAL TABLET 125 MG		PA; QL (120 EA per 30 days)
ZYTIGA ORAL TABLET 500 MG		PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
Antimetabolitos		
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG		
hydroxyurea oral capsule 500 mg	HYDREA	
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG, 20-8.19 MG		
PURIXAN ORAL SUSPENSION 2000 MG/100ML		
TABLOID ORAL TABLET 40 MG		
Antineoplásicos, Otros		
leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg		
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG		PA; QL (180 EA per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG		PA; QL (120 EA per 30 days)
REVLIMID ORAL CAPSULE 2.5 MG, 20 MG		PA; LA
SYLATRON SUBCUTANEOUS KIT 200 MCG, 300 MCG, 600 MCG		PA
SYNRIBO SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3.5 MG		PA

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG, 50 MG		PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG		PA; LA; QL (20 EA per 28 days)
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG		PA; LA; QL (8 EA per 28 days)
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG		PA; LA; QL (16 EA per 28 days)
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG		PA; LA; QL (12 EA per 28 days)
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG		PA; LA; QL (24 EA per 28 days)
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG		PA; LA; QL (16 EA per 28 days)
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG		PA; LA; QL (32 EA per 28 days)
Antineoplásicos		
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG, 100 MG, 40 MG		
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG		PA; LA
MESNEX ORAL TABLET 400 MG		
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG		PA; QL (3 EA per 28 days)
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG		PA; LA; QL (120 EA per 30 days)

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.25 MG		PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
TALZENNA ORAL CAPSULE 1 MG		PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 50 MG		PA; LA
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 50 & 100 MG		PA; LA
ZEJULA ORAL CAPSULE 100 MG		PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
Inhibidores Aromatasa, Tercera Generación		
anastrozole oral tablet 1 mg	ARIMIDEX	MT
exemestane oral tablet 25 mg	AROMASIN	MT
letrozole oral tablet 2.5 mg	FEMARA	MT
Inhibidores De Enzimas		
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG		PA; LA; QL (56 EA per 28 days)
FARYDAK ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 20 MG		PA; LA; QL (6 EA per 21 days)
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG		PA; LA; QL (21 EA per 28 days)
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG		PA; LA; QL (21 EA per 28 days)
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG		PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
KISQALI (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG		PA; QL (21 EA per 28 days)
KISQALI (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG		PA; QL (42 EA per 28 days)
KISQALI (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG		PA; QL (63 EA per 28 days)

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG		PA; QL (70 EA per 28 days)
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG		PA; QL (91 EA per 28 days)
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG		PA; QL (49 EA per 28 days)
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG		PA; QL (28 EA per 28 days)
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 50 MG		PA; QL (56 EA per 28 days)
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 2 X 150 MG		PA; QL (56 EA per 28 days)
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG		PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG		PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG		PA; LA
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML		PA; LA
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG		PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG		PA
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG		PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
Inhibidores Objetivo Molecular		
AFINITOR ORAL TABLET 10 MG		PA

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG		PA; LA; QL (240 EA per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG		PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG		PA; LA; QL (180 EA per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET THERAPY PACK 90 & 180 MG		PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG		PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG, 4 MG, 5 MG		PA; LA
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG, 400 MG, 500 MG		PA; QL (30 EA per 30 days)
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG		PA; LA; QL (180 EA per 30 days)
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG		PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG, 60 MG		PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
CALQUENCE ORAL CAPSULE 100 MG		PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG, 300 MG		LA
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 80 & 20 MG		PA; LA
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 3 X 20 MG & 80 MG		PA; LA
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 20 MG		PA; LA
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG		PA; LA; QL (63 EA per 28 days)
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG		PA; LA; QL (28 EA per 28 days)

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG		PA; LA; QL (56 EA per 28 days)
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG		PA; LA
erlotinib hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg	TARCEVA	PA
everolimus oral tablet 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg	AFINITOR	PA
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG		PA; LA
ICLUSIG ORAL TABLET 15 MG		PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
ICLUSIG ORAL TABLET 45 MG		PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
imatinib mesylate oral tablet 100 mg, 400 mg	GLEEVEC	PA
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG, 70 MG		PA; LA
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG, 560 MG		PA; LA
INLYTA ORAL TABLET 1 MG, 5 MG		PA; LA
IRESSA ORAL TABLET 250 MG		PA; LA
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG		PA; LA
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG, 25 MG		PA
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG		PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 3 X 4 MG		PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 & 4 MG		PA; LA; QL (60 EA per 30 days)

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG & 2 X 4 MG		PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG		PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG & 4 MG		PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 4 MG		PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 4 MG		PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG		PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG		PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG, 2 MG		PA; LA
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG		PA; LA; QL (180 EA per 30 days)
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG		PA; LA; QL (180 EA per 30 days)
NEXAVAR ORAL TABLET 200 MG		PA; LA
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG		PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG		PA; QL (60 EA per 30 days)
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG		PA; LA; QL (14 EA per 21 days)
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG		PA; QL (90 EA per 30 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG		PA; QL (30 EA per 30 days)

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG		PA; QL (90 EA per 30 days)
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG		PA; QL (240 EA per 30 days)
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 20 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG		PA
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG		PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
SUTENT ORAL CAPSULE 12.5 MG, 25 MG, 37.5 MG, 50 MG		PA
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG		PA; QL (120 EA per 30 days)
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG		PA; LA
TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG		PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG, 50 MG		PA
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG		PA; LA; QL (240 EA per 30 days)
TURALIO ORAL CAPSULE 200 MG		PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
TYKERB ORAL TABLET 250 MG		PA; LA
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG		PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
VOTRIENT ORAL TABLET 200 MG		PA; LA
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG		PA; LA
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG		PA; LA
ZYKADIA ORAL CAPSULE 150 MG		PA; LA
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG		PA
Modificadores / Antiestrógenos		
EMCYT ORAL CAPSULE 140 MG		

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 10 MG/5ML		PA
tamoxifen citrate oral tablet 10 mg, 20 mg		MT
toremifene citrate oral tablet 60 mg	FARESTON	
Retinoides		
AVITA EXTERNAL CREAM 0.025 %		PA
AVITA EXTERNAL GEL 0.025 %		PA
bexarotene oral capsule 75 mg	TARGRETIN	PA
PANRETIN EXTERNAL GEL 0.1 %		PA
TARGRETIN EXTERNAL GEL 1 %		PA
tretinoin external cream 0.025 %		PA
tretinoin external cream 0.05 %, 0.1 %	RETIN-A	PA
tretinoin external gel 0.01 %	RETIN-A	PA
tretinoin external gel 0.025 %		PA
tretinoin oral capsule 10 mg		
Treatment Adjuncts		
leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg		
Antiparasíticos		
Antihelminticos		
albendazole oral tablet 200 mg	ALBENZA	
ALBENZA ORAL TABLET 200 MG		
ivermectin oral tablet 3 mg	STROMECTOL	
praziquantel oral tablet 600 mg	BILTRICIDE	
Antiprotozoales		
ALINIA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 100 MG/5ML		
ALINIA ORAL TABLET 500 MG		
atovaquone oral suspension 750 mg/5ml	MEPRON	PA

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
atovaquone-proguanil hcl oral tablet 250-100 mg, 62.5-25 mg	MALARONE	
benznidazole oral tablet 100 mg, 12.5 mg		
chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg		
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG		QL (24 EA per 30 days)
hydroxychloroquine sulfate oral tablet 200 mg	PLAQUENIL	
mefloquine hcl oral tablet 250 mg		
pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted 300 mg	NEBUPENT	PA
pentamidine isethionate injection solution reconstituted 300 mg	PENTAM	PA
primaquine phosphate oral tablet 26.3 mg		
quinine sulfate oral capsule 324 mg	QUALAQUIN	
Pediculicidas / Scabicides		
EURAX EXTERNAL CREAM 10 %		
EURAX EXTERNAL LOTION 10 %		
lindane external shampoo 1 %		
malathion external lotion 0.5 %	OVIDE	
permethrin external cream 5 %	ELIMITE	
Antisicóticos		
Primera Generación, Típicos		
chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg		
fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml		
fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml		
fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml		
fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5ml		

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg		MT
haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml 1 ml, 50 mg/ml, 50 mg/ml(1ml)	HALDOL DECANOATE	
haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml	HALDOL	
haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml		MT
haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg		MT
loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg		MT
molindone hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg		MT
perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg		
pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg		
prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg		MT
thioridazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg		PA
thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg		PA; MT
trifluoperazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg		MT
Resistente A Tratamiento		
clozapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	CLOZARIL	
clozapine oral tablet dispersible 100 mg, 12.5 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg		
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML		

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
Segunda Generación, Atípicos		
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 300 MG, 400 MG		PA; QL (1 EA per 28 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 300 MG, 400 MG		PA; QL (1 EA per 28 days)
aripiprazole oral solution 1 mg/ml		
aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg	ABILIFY	
aripiprazole oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg		
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 675 MG/2.4ML		PA; QL (2.4 ML per 28 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 1064 MG/3.9ML		PA; QL (3.9 ML per 56 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 441 MG/1.6ML		PA; QL (1.6 ML per 28 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 662 MG/2.4ML		PA; QL (2.4 ML per 28 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 882 MG/3.2ML		PA; QL (3.2 ML per 28 days)
CAPLYTA ORAL CAPSULE 42 MG		PA; QL (30 EA per 30 days)
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG		PA
FANAPT TITRATION PACK ORAL TABLET 1 & 2 & 4 & 6 MG		PA
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 117 MG/0.75ML		PA; QL (0.8 ML per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 156 MG/ML		PA; QL (1 ML per 28 days)

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 234 MG/1.5ML		PA; QL (1.5 ML per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 39 MG/0.25ML		PA; QL (0.3 ML per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 78 MG/0.5ML		PA; QL (0.5 ML per 28 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 273 MG/0.875ML		PA; MT; QL (0.9 ML per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 410 MG/1.315ML		PA; MT; QL (1.3 ML per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 546 MG/1.75ML		PA; MT; QL (1.8 ML per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 819 MG/2.625ML		PA; MT; QL (3 ML per 90 days)
LATUDA ORAL TABLET 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG		PA
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG		PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG		PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
olanzapine intramuscular solution reconstituted 10 mg	ZYPREXA	
olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg	ZYPREXA	MT
olanzapine oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg	ZYPREXA ZYDIS	MT
paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 1.5 mg, 3 mg, 6 mg, 9 mg	INVEGA	

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
PERSERIS SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 120 MG, 90 MG		PA; QL (1 EA per 28 days)
quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg	SEROQUEL XR	PA; MT; QL (30 EA per 30 days)
quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 400 mg, 50 mg	SEROQUEL XR	PA; MT; QL (60 EA per 30 days)
quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg	SEROQUEL	MT
quetiapine fumarate oral tablet 25 mg, 50 mg	SEROQUEL	PA; MT
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG		PA; QL (30 EA per 30 days)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 12.5 MG, 25 MG, 37.5 MG, 50 MG		PA; QL (2 EA per 28 days)
risperidone oral solution 1 mg/ml	RISPERDAL	
risperidone oral tablet 0.25 mg		MT
risperidone oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg	RISPERDAL	MT
risperidone oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg		MT
SAPHRIS SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 10 MG, 2.5 MG, 5 MG		PA
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24HR, 5.7 MG/24HR, 7.6 MG/24HR		PA; QL (30 EA per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG		PA; QL (30 EA per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE THERAPY PACK 1.5 & 3 MG		PA; QL (14 EA per 365 days)
ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg	GEODON	

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
ziprasidone mesylate intramuscular solution reconstituted 20 mg	GEODON	QL (6 EA per 3 days)
Antivirales		
Agentes Anti-Citomegalovirus (Cmv)		
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG		PA; QL (30 EA per 30 days)
valganciclovir hcl oral solution reconstituted 50 mg/ml	VALCYTE	
valganciclovir hcl oral tablet 450 mg	VALCYTE	
ZIRGAN OPHTHALMIC GEL 0.15 %		
Agentes Anti-Hepatitis B (Hbv)		
adefovir dipivoxil oral tablet 10 mg	HEPSERA	PA
BARACLUDE ORAL SOLUTION 0.05 MG/ML		PA
entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg	BARACLUDE	PA
EPIVIR HBV ORAL SOLUTION 5 MG/ML		
INTRON A INJECTION SOLUTION 10000000 UNIT/ML, 6000000 UNIT/ML		PA
INTRON A INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10000000 UNIT		PA
lamivudine oral solution 10 mg/ml	EPIVIR	
lamivudine oral tablet 100 mg	EPIVIR HBV	
lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg	EPIVIR	
REBETOL ORAL SOLUTION 40 MG/ML		
ribasphere oral capsule 200 mg		
ribasphere oral tablet 600 mg		
ribavirin oral capsule 200 mg		
ribavirin oral tablet 200 mg		

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg	VIREAD	
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG		PA; QL (28 EA per 28 days)
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/GM		
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG		
Agentes Anti-Hepatitis C (Hcv), Acción Directa		
EPCLUSA ORAL TABLET 400-100 MG		PA; QL (84 EA per 365 days)
HARVONI ORAL TABLET 90-400 MG		PA; QL (168 EA per 365 days)
MAVYRET ORAL TABLET 100-40 MG		PA; QL (336 EA per 365 days)
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG		PA; QL (84 EA per 365 days)
ZEPATIER ORAL TABLET 50-100 MG		PA; QL (112 EA per 365 days)
Agentes Anti-Hepatitis C (Hcv), Otros		
EPCLUSA ORAL TABLET 400-100 MG		PA; QL (84 EA per 365 days)
HARVONI ORAL TABLET 90-400 MG		PA; QL (168 EA per 365 days)
INTRON A INJECTION SOLUTION 6000000 UNIT/ML		PA
INTRON A INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10000000 UNIT, 18000000 UNIT, 50000000 UNIT		PA
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/0.5ML, 180 MCG/ML		PA
ribavirin oral capsule 200 mg		
ribavirin oral tablet 200 mg		

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
ZEPATIER ORAL TABLET 50-100 MG		PA; QL (112 EA per 365 days)
Agentes Anti-Herpéticos		
acyclovir external ointment 5 %	ZOVIRAX	
acyclovir oral capsule 200 mg		
acyclovir oral suspension 200 mg/5ml	ZOVIRAX	
acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg	ZOVIRAX	
acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml		PA
famciclovir oral tablet 125 mg, 500 mg		QL (21 EA per 30 days)
famciclovir oral tablet 250 mg		QL (60 EA per 30 days)
trifluridine ophthalmic solution 1 %		
valacyclovir hcl oral tablet 1 gm	VALTREX	
valacyclovir hcl oral tablet 500 mg	VALTREX	QL (30 EA per 30 days)
Agentes Anti-Hiv, Inhibidores De Integrasa (Insti)		
BIKTARVY ORAL TABLET 50-200-25 MG		
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG		
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG		
ISENTRESS ORAL PACKET 100 MG		
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG		
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG, 25 MG		
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG		
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG		
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG, 25 MG, 50 MG		

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
TIVICAY PD ORAL TABLET SOLUBLE 5 MG		
Agentes Anti-Hiv, Inhibidores De Proteasa		
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG		
APTIVUS ORAL SOLUTION 100 MG/ML		
atazanavir sulfate oral capsule 150 mg, 200 mg, 300 mg	REYATAZ	
CRIXIVAN ORAL CAPSULE 200 MG, 400 MG		
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG		
fosamprenavir calcium oral tablet 700 mg	LEXIVA	
INVIRASE ORAL TABLET 500 MG		
KALETRA ORAL TABLET 100-25 MG, 200-50 MG		
LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML		
lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5ml	KALETRA	
NORVIR ORAL PACKET 100 MG		
NORVIR ORAL SOLUTION 80 MG/ML		
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG		
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML		
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG, 600 MG, 75 MG, 800 MG		
REYATAZ ORAL PACKET 50 MG		
ritonavir oral tablet 100 mg	NORVIR	
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG		

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
Agentes Anti-Hiv, Inhibidores No-Nucleósidos De La Trascriptasa Reversa (Nnrti)		
COMPLERA ORAL TABLET 200-25-300 MG		
EDURANT ORAL TABLET 25 MG		
efavirenz oral capsule 200 mg, 50 mg	SUSTIVA	
efavirenz oral tablet 600 mg	SUSTIVA	
INTELENCE ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG		
nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg		
nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 400 mg	VIRAMUNE XR	
nevirapine oral suspension 50 mg/5ml	VIRAMUNE	
nevirapine oral tablet 200 mg	VIRAMUNE	
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG		
RESCRIPTOR ORAL TABLET 200 MG		
Agentes Anti-Hiv, Inhibidores Nucleósidos De La Trascriptasa Reversa (Nnrti)		
abacavir sulfate oral solution 20 mg/ml	ZIAGEN	
abacavir sulfate oral tablet 300 mg	ZIAGEN	
abacavir sulfate-lamivudine oral tablet 600-300 mg	EPZICOM	
abacavir-lamivudine-zidovudine oral tablet 300-150-300 mg	TRIZIVIR	
ATRIPLA ORAL TABLET 600-200-300 MG		
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG		
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG		

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

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

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
zidovudine oral capsule 100 mg	RETROVIR	
zidovudine oral syrup 50 mg/5ml	RETROVIR	
zidovudine oral tablet 300 mg		
Agentes Anti-Hiv, Otros		
FUZEON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 90 MG		
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 600 MG		
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML		
SELZENTRY ORAL TABLET 150 MG, 25 MG, 300 MG, 75 MG		
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG		
TYBOST ORAL TABLET 150 MG		
Agentes Anti-Influenza		
amantadine hcl oral capsule 100 mg		
amantadine hcl oral syrup 50 mg/5ml		MT
amantadine hcl oral tablet 100 mg		
oseltamivir phosphate oral capsule 30 mg	TAMIFLU	QL (168 EA per 365 days)
oseltamivir phosphate oral capsule 45 mg, 75 mg	TAMIFLU	QL (84 EA per 365 days)
oseltamivir phosphate oral suspension reconstituted 6 mg/ml	TAMIFLU	QL (1080 ML per 365 days)
RELENZA DISKHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 5 MG/BLISTER		QL (120 EA per 365 days)
rimantadine hcl oral tablet 100 mg		
TAMIFLU ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 6 MG/ML		QL (1080 ML per 365 days)

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

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

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
ZENPEP ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 10000-32000 UNIT, 15000-47000 UNIT, 20000-63000 UNIT, 25000-79000 UNIT, 3000-14000 UNIT, 40000-126000 UNIT, 5000-24000 UNIT		MT
Electrólitos / Minerales/ Vitaminas		
Electrólitos / Minerales/ Vitaminas		
AMINOSYN II INTRAVENOUS SOLUTION 10 %		PA
AMINOSYN-PF INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 7 %		PA
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %		PA
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %		PA
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %		PA
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %		PA
dextrose intravenous solution 10 %, 5 %		
dextrose-nacl intravenous solution 10-0.2 %, 10-0.45 %, 2.5-0.45 %, 5-0.2 %, 5-0.225 %, 5-0.33 %, 5-0.45 %, 5-0.9 %		
HEPATAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 8 %		PA
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %, 30 %		PA
IONOSOL-MB IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION		
ISOLYTE-P IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION		

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
kcl in dextrose-nacl intravenous solution 10-5-0.45 meq/l-%-%, 20-5-0.2 meq/l-%-%, 20-5-0.33 meq/l-%-%, 20-5-0.45 meq/l-%-%, 20-5-0.9 meq/l-%-%, 30-5-0.45 meq/l-%-%, 40-5-0.45 meq/l-%-%, 40-5-0.9 meq/l-%-%		
levocarnitine oral solution 1 gm/10ml	CARNITOR	PA; MT
levocarnitine oral tablet 330 mg	CARNITOR	MT
NEPHRAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 5.4 %		PA
NORMOSOL-M IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION		
NORMOSOL-R IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION		
nutrilipid intravenous emulsion 20 %	INTRALIPID	PA
potassium chloride in dextrose intravenous solution 20-5 meq/l-%, 40-5 meq/l-%		
PREMASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 6 %		PA
prenatal oral tablet 27-1 mg		MT
PROCALAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 3 %		PA
PROSOL INTRAVENOUS SOLUTION 20 %		PA
TPN ELECTROLYTES INTRAVENOUS CONCENTRATE		PA
TRAVASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %		PA
TROPHAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 10 %		PA
Electrólitos / Modificadores De Minerales		

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
CHEMET ORAL CAPSULE 100 MG		
deferasirox oral tablet soluble 125 mg, 250 mg, 500 mg	EXJADE	PA
FERRIPROX ORAL SOLUTION 100 MG/ML		PA
FERRIPROX ORAL TABLET 1000 MG, 500 MG		PA
FREAMINE HBC INTRAVENOUS SOLUTION 6.9 %		PA
KIONEX ORAL SUSPENSION 15 GM/60ML		
KLOR-CON ORAL PACKET 20 MEQ		MT
penicillamine oral tablet 250 mg	DEPEN TITRATABS	
sodium polystyrene sulfonate oral powder		
sodium polystyrene sulfonate oral suspension 15 gm/60ml	KIONEX	
SPS ORAL SUSPENSION 15 GM/60ML		
trientine hcl oral capsule 250 mg	CLOVIQUE	
Electrólitos / Reemplazo De Minerales		
CARBAGLU ORAL TABLET 200 MG		PA; LA
ISOLYTE-S INTRAVENOUS SOLUTION		
klor-con 10 oral tablet extended release 10 meq		MT
klor-con m10 oral tablet extended release 10 meq		MT
klor-con m15 oral tablet extended release 15 meq		MT
klor-con m20 oral tablet extended release 20 meq		MT
klor-con oral tablet extended release 8 meq		MT

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
klor-con sprinkle oral capsule extended release 8 meq		MT
magnesium sulfate injection solution 50 %		
NORMOSOL-R PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION		
PLASMA-LYTE 148 INTRAVENOUS SOLUTION		
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS SOLUTION		
potassium chloride crys er oral tablet extended release 10 meq		MT
potassium chloride crys er oral tablet extended release 20 meq		MT
potassium chloride er oral capsule extended release 10 meq, 8 meq		MT
potassium chloride er oral tablet extended release 10 meq		MT
potassium chloride er oral tablet extended release 20 meq	K-TAB	MT
potassium chloride er oral tablet extended release 8 meq		MT
potassium chloride in nacl intravenous solution 20-0.45 meq/l-%, 20-0.9 meq/l-%, 40-0.9 meq/l-%		
potassium chloride intravenous solution 10 meq/100ml, 2 meq/ml, 20 meq/100ml		
potassium chloride oral packet 20 meq		MT
potassium chloride oral solution 20 meq/15ml (10%), 40 meq/15ml (20%)		MT
sodium chloride intravenous solution 0.45 %, 0.9 %, 3 %, 5 %		
sodium chloride irrigation solution 0.9 %	ARGYLE STERILE SALINE	
sodium fluoride oral tablet 2.2 (1 f) mg		MT

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
SUPREP BOWEL PREP KIT ORAL SOLUTION 17.5-3.13-1.6 GM/177ML		
Vitaminas		
klor-con 10 oral tablet extended release 10 meq		MT
klor-con m10 oral tablet extended release 10 meq		MT
klor-con m15 oral tablet extended release 15 meq		MT
klor-con m20 oral tablet extended release 20 meq		MT
klor-con oral tablet extended release 8 meq		MT
Listado Platino		
Listado Platino		
aqueous vitamin d oral liquid 400 unit/ml	BPROTECTED PEDIA D-VITE	ED
butalbital-apap-caffeine oral capsule 50-325-40 mg	FIORICET	
butalbital-apap-caffeine oral tablet 50-325-40 mg	FIORICET	
CALCIFEROL ORAL SOLUTION 8000 UNIT/ML		ED
slow release iron oral tablet extended release 143 (45 fe) mg		ED
cyanocobalamin injection solution 1000 mcg/ml		ED
d 1000 oral capsule 25 mcg (1000 ut)	PRONUTRIENTS VITAMIN D3	ED
d 10000 oral capsule 250 mcg (10000 ut)	DECARA	ED
d 2000 oral tablet 50 mcg (2000 ut)	THERA-D 2000	ED
d 400 oral tablet 10 mcg (400 unit)		ED
d 5000 oral capsule 125 mcg (5000 ut)	DIALYVITE VITAMIN D 5000	ED

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
d2000 ultra strength oral capsule 50 mcg (2000 ut)		ED
D3 DOTS ORAL TABLET DISPERSIBLE 50 MCG (2000 UT)		ED
DECARA ORAL CAPSULE 625 MCG (25000 UT)		ED
ergocalciferol oral capsule 1.25 mg (50000 ut)	DRISDOL	ED
FEOSOL ORAL TABLET 200 (65 FE) MG		ED
fer-iron oral solution 75 (15 fe) mg/ml	BPROTECTED PEDIA IRON	ED
ferrous sulfate cr oral tablet extended release 160 (50 fe) mg		ED
ferrous sulfate oral elixir 220 (44 fe) mg/5ml		ED
ferrous sulfate oral tablet 27 mg		ED
ferrous sulfate oral tablet 325 (65 fe) mg	FEROSUL	ED
ferrous sulfate oral tablet delayed release 324 (65 fe) mg		ED
folic acid injection solution 5 mg/ml		ED
folic acid oral tablet 1 mg, 400 mcg		ED
INFED INJECTION SOLUTION 50 MG/ML		ED
iron oral tablet 28 mg		ED
k 100 oral tablet 100 mcg		ED
MAXIMUM D3 ORAL CAPSULE 10000 UNIT, 325 MCG (13000 UT)		ED
MEPHYTON ORAL TABLET 5 MG		ED
phytonadione injection solution 1 mg/0.5ml		ED
ra slow release iron oral tablet extended release 47.5 mg		ED

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
slow release iron oral tablet extended release 140 (45 fe) mg		ED
sm slow release iron oral tablet extended release 143 (45 fe) mg		ED
sm vitamin d3 oral capsule 100 mcg (4000 ut)		ED
THERA-D 4000 ORAL TABLET 100 MCG (4000 UT)		ED
VANATOL LQ ORAL SOLUTION 50-325-40 MG/15ML		
VITAMELTS VITAMIN D ORAL TABLET DISPERSIBLE 25 MCG (1000 UT)		ED
vitamin d (cholecalciferol) oral capsule 10 mcg (400 unit)		ED
vitamin d2 oral tablet 50 mcg (2000 ut)		ED
vitamin d3 oral capsule 1.25 mg (50000 ut)	D3-50	ED
vitamin d3 oral liquid 1200 unit/15ml		ED
vitamin d3 oral tablet 1.25 mg (50000 ut)	DIALYVITE VITAMIN D3 MAX	ED
vitamin d3 oral tablet 75 mcg (3000 ut)		ED
vitamin k1 injection solution 10 mg/ml		ED
WELLESSE VITAMIN D3 ORAL LIQUID 1000 UNIT/10ML		ED
Productos Sanguíneos / Modificadores / Expansores De Volumen		
Agentes Hemostáticos		
tranexamic acid oral tablet 650 mg	LYSTEDA	
Agentes Modificadores De Plaquetas		

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
aspirin-dipyridamole er oral capsule extended release 12 hour 25-200 mg	AGGRENOX	MT
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG		MT
cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg		MT
clopidogrel bisulfate oral tablet 75 mg	PLAVIX	MT
prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	EFFIENT	MT
Anticoagulantes		
COUMADIN ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 2 MG, 2.5 MG, 3 MG, 4 MG, 5 MG, 6 MG, 7.5 MG		MT
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK ORAL TABLET 5 MG		MT
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG, 5 MG		MT
enoxaparin sodium subcutaneous solution 100 mg/ml	LOVENOX	QL (30 ML per 30 days)
enoxaparin sodium subcutaneous solution 120 mg/0.8ml, 80 mg/0.8ml	LOVENOX	QL (24 ML per 30 days)
enoxaparin sodium subcutaneous solution 150 mg/ml	LOVENOX	MT; QL (30 ML per 30 days)
enoxaparin sodium subcutaneous solution 30 mg/0.3ml	LOVENOX	QL (9 ML per 30 days)
enoxaparin sodium subcutaneous solution 40 mg/0.4ml	LOVENOX	QL (12 ML per 30 days)
enoxaparin sodium subcutaneous solution 60 mg/0.6ml	LOVENOX	QL (18 ML per 30 days)
fondaparinux sodium subcutaneous solution 10 mg/0.8ml	ARIXTRA	PA; QL (24 ML per 30 days)
fondaparinux sodium subcutaneous solution 2.5 mg/0.5ml	ARIXTRA	PA; QL (15 ML per 30 days)
fondaparinux sodium subcutaneous solution 5 mg/0.4ml	ARIXTRA	PA; QL (12 ML per 30 days)

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
fondaparinux sodium subcutaneous solution 7.5 mg/0.6ml	ARIXTRA	PA; QL (18 ML per 30 days)
heparin sodium (porcine) injection solution 1000 unit/ml, 10000 unit/ml, 20000 unit/ml, 5000 unit/ml		PA
jantoven oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg		MT
PRADAXA ORAL CAPSULE 110 MG, 150 MG, 75 MG		MT
warfarin sodium oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg	COUMADIN	MT
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 20 MG		MT
XARELTO STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 15 & 20 MG		
Modificadores De La Formación De Sangre		
anagrelide hcl oral capsule 0.5 mg	AGRYLIN	
anagrelide hcl oral capsule 1 mg		
NEUPOGEN INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML		PA; QL (16 ML per 30 days)
NEUPOGEN INJECTION SOLUTION 480 MCG/1.6ML		PA; QL (26 ML per 30 days)
NEUPOGEN INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MCG/0.5ML		PA; QL (5 ML per 30 days)
NEUPOGEN INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 480 MCG/0.8ML		PA; QL (8 ML per 30 days)
NIVESTYM INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML		PA; QL (16 ML per 30 days)
NIVESTYM INJECTION SOLUTION 480 MCG/1.6ML		PA; QL (26 ML per 30 days)

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
NIVESTYM INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MCG/0.5ML, 480 MCG/0.8ML		PA
PROMACTA ORAL PACKET 12.5 MG		PA; LA; QL (360 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG		PA; LA; QL (360 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 25 MG		PA; LA; QL (180 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 50 MG		PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 75 MG		PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10000 UNIT/ML, 2000 UNIT/ML, 3000 UNIT/ML, 4000 UNIT/ML, 40000 UNIT/ML		PA
Productos Sanguíneos / Modificadores / Expansores De Volumen		
PROMACTA ORAL PACKET 25 MG		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	MT; QL (90 EA per 30 days)
BYDUREON BCISE SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 2 MG/0.85ML		MT; QL (3.4 ML per 28 days)
BYDUREON SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR 2 MG		MT; QL (4 EA per 28 days)

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
BYETTA 10 MCG PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 10 MCG/0.04ML		MT; QL (2.4 ML per 30 days)
BYETTA 5 MCG PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 5 MCG/0.02ML		MT; QL (1.2 ML per 30 days)
colesevelam hcl oral packet 3.75 gm	WELCHOL	MT
colesevelam hcl oral tablet 625 mg	WELCHOL	MT
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG		ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg	AMARYL	MT; QL (60 EA per 30 days)
glipizide er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	GLUCOTROL XL	MT; QL (60 EA per 30 days)
glipizide oral tablet 10 mg, 5 mg	GLUCOTROL	MT; QL (120 EA per 30 days)
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG		ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG		ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG		ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG		ST; MT; QL (60 EA per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG		ST; MT; QL (60 EA per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG		ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 500 mg		MT; QL (120 EA per 30 days)
metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 750 mg		MT; QL (60 EA per 30 days)
metformin hcl oral tablet 1000 mg		MT; QL (60 EA per 30 days)

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
metformin hcl oral tablet 500 mg, 850 mg		MT; QL (90 EA per 30 days)
miglitol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	GLYSET	MT; QL (90 EA per 30 days)
nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg	STARLIX	MT; QL (90 EA per 30 days)
pioglitazone hcl oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg	ACTOS	MT; QL (30 EA per 30 days)
repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg		MT; QL (120 EA per 30 days)
repaglinide oral tablet 2 mg		MT; QL (240 EA per 30 days)
SYMLINPEN 120 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2700 MCG/2.7ML		PA; QL (11 ML per 30 days)
SYMLINPEN 60 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 1500 MCG/1.5ML		PA; QL (6 ML per 30 days)
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1000 MG, 12.5-500 MG, 5-1000 MG, 5-500 MG		ST; MT; QL (60 EA per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 12.5-1000 MG, 5-1000 MG		ST; MT; QL (60 EA per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25-1000 MG		ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
tolbutamide oral tablet 500 mg		MT; QL (180 EA per 30 days)
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG		ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-5-1000 MG, 25-5-1000 MG		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		ST; MT; QL (60 EA per 30 days)
TRULICITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 0.75 MG/0.5ML, 1.5 MG/0.5ML		MT; QL (2 ML per 28 days)

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
VICTOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 18 MG/3ML		MT; QL (9 ML per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 10-500 MG		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		ST; MT; QL (60 EA per 30 days)
Agentes Glicémicos		
diazoxide oral suspension 50 mg/ml	PROGLYCEM	
GLUCAGEN HYPOKIT INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 1 MG		
GLUCAGON EMERGENCY INJECTION KIT 1 MG		
KORLYM ORAL TABLET 300 MG		PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
Insulinas		
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 1 ML		MT
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML		MT
gauze sterile pad 2"x2"	BAND-AID GAUZE SMALL	MT
EXEL COMFORT POINT PEN NEEDLE 29G X 12MM		MT
HUMALOG KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML, 200 UNIT/ML		MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (50-50) 100 UNIT/ML		MT; QL (30 ML per 30 days)

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
HUMALOG MIX 50/50 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (50-50) 100 UNIT/ML		MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (75-25) 100 UNIT/ML		MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMALOG MIX 75/25 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (75-25) 100 UNIT/ML		MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMALOG SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML		MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMULIN 70/30 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML		MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMULIN 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML		MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMULIN N KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML		MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMULIN N SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML		MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMULIN R INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML		MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML		PA; QL (30 ML per 30 days)
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 500 UNIT/ML		PA; QL (30 ML per 30 days)
LANTUS SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML		MT; QL (30 ML per 30 days)
LANTUS SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML		MT; QL (30 ML per 30 days)

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
LEVEMIR FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML		MT; QL (30 ML per 30 days)
LEVEMIR SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML		MT; QL (30 ML per 30 days)
preferred plus insulin syringe 28g x 1/2" 0.5 ml	BD INSULIN SYRINGE MICROFINE	MT
RELI-ON INSULIN SYRINGE 29G 0.3 ML		MT
TOUJEO MAX SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML		MT; QL (30 ML per 30 days)
TOUJEO SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML		MT; QL (30 ML per 30 days)
TRESIBA FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML, 200 UNIT/ML		MT; QL (30 ML per 30 days)
TRESIBA SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML		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		MT; QL (120 EA per 30 days)
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 1 MG/0.2ML		
GVOKE PFS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 1 MG/0.2ML		
JANUMET ORAL TABLET 50-1000 MG, 50-500 MG		ST; MT; QL (60 EA per 30 days)

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

Nombre de Medicamento	Referencia de Marca	Requisitos/Límites
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100-1000 MG		ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 50-1000 MG, 50-500 MG		ST; MT; QL (60 EA per 30 days)
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG		ST; MT; QL (60 EA per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG		ST; MT; QL (60 EA per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG		ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
pioglitazone hcl-glimepiride oral tablet 30-2 mg, 30-4 mg	DUETACT	MT; QL (30 EA per 30 days)
pioglitazone hcl-metformin hcl oral tablet 15-500 mg, 15-850 mg	ACTOPLUS MET	MT; QL (90 EA per 30 days)
repaglinide-metformin hcl oral tablet 1-500 mg, 2-500 mg		MT; QL (150 EA per 30 days)
Relajantes Musculo Esqueletales		
Relajantes Musculo Esqueletales		
cyclobenzaprine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg		PA
cyclobenzaprine hcl oral tablet 7.5 mg	FEXMID	PA
tizanidine hcl oral capsule 2 mg, 4 mg, 6 mg	ZANAFLEX	
tizanidine hcl oral tablet 2 mg		
tizanidine hcl oral tablet 4 mg	ZANAFLEX	

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

A

abacavir sulfate....131
abacavir sulfate-lamivudine . 131
abacavir-lamivudine-zidovudine 131
ABELCET....109
ABILIFY MAINTENA 104, 124
abiraterone acetate....113
acamprosate calcium 66
acarbose....144
acebutolol hcl 17
acetaminophen-codeine....84
acetaminophen-codeine #3....84
acetazolamide....27, 60
acetazolamide er....27
acetic acid....89
acetylcysteine 74
acitretin....32
ACTHIB 57
ACTIMMUNE 54
acyclovir....129
acyclovir sodium 129
ADACEL....57
adapalene....32
adefovir dipivoxil 127
ADEMPAS....77
ADVAIR DISKUS....75, 78, 79
ADVAIR HFA 76, 78, 80
AFINITOR 116
AFINITOR DISPERZ....54
AIMOVIG 68
albendazole....121
ALBENZA 121
albuterol sulfate....80
albuterol sulfate er....80
albuterol sulfate hfa....80
alclometasone dipropionate....39
ALECENSA....117
alendronate sodium 73
alfuzosin hcl er 38
ALINIA 121
aliskiren fumarate....19, 20
allopurinol 10
alosetron hcl 35
ALPHAGAN P....60
alprazolam 87
ALREX....61
ALTAVERA 43
ALUNBRIG 117
ALYQ....77
amantadine hcl....69, 133
AMBISOME 109
ambrisentan 77
amikacin sulfate....88
amiloride hcl....26
amiloride-hydrochlorothiazide20
AMINOSYN II....135
AMINOSYN-PF....135
amiodarone hcl 23
AMITIZA 35
amitriptyline hcl 107
amlodipine besy-benazepril hcl 20
amlodipine besylate....18
amlodipine besylate-valsartan 20
amlodipine-atorvastatin....20
amlodipine-olmesartan 20
amlodipine-valsartan-hctz 20
ammonium lactate 32
AMNESTEEM 32
amoxapine 107
amoxicillin....93
amoxicillin-pot clavulanate ...93, 94
amoxicillin-pot clavulanate er 93
amphetamine-dextroamphet er 30
amphetamine-dextroamphetamine 30
amphotericin b....110
ampicillin....94
ampicillin sodium....94
ampicillin-sulbactam sodium .94
ANADROL-50 48
anagrelide hcl 143
anastrozole....115
ANDRODERM 48
ANORO ELLIPTA....74
APOKYN 70
aprepitant....109
APRI....43
APRISO....71
APTIOM....100
APTIVUS 130
aqueous vitamin d....139
ARANELLE....43
ARCALYST....54
aripiprazole....104, 124
ARISTADA....124
ARISTADA INITIO....124
armodafinil 65
ARNUITY ELLIPTA....78
aspirin-dipyridamole er 142
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR 147
atazanavir sulfate....130
atenolol 17
atenolol-chlorthalidone....20, 21
atomoxetine hcl 30, 31
atorvastatin calcium....25
atovaquone....121
atovaquone-proguanil hcl 122
ATRIPLA 131
atropine sulfate 62
ATROVENT HFA....79
AUBRA 43
AVIANE....43
AVITA....32, 121
AYVAKIT....117
AZASITE 95
azathioprine 54
azelastine hcl 60, 77
azithromycin 95
AZOPT 60
aztreonam 93

B

bacitracin 89
bacitracin-polymyxin b....63
bacitra-neomycin-polymyxin-hc 63
baclofen 67
balsalazide disodium 71
BALVERSA....117
BALZIVA....43
BANZEL 100
BARACLUDE....127
bcg vaccine 57
BD ALCOHOL SWABS 70 % 90
benazepril hcl....27
benazepril-hydrochlorothiazide 21
BENLYSTA 54
benznidazole....122
benzoyl peroxide-erythromycin 32
benztropine mesylate....71

BEPREVE 60
betamethasone dipropionate .. 12, 32, 40
betamethasone dipropionate aug 12, 39
betamethasone valerate ... 12, 13, 40
BETASERON 31
betaxolol hcl 17, 60
bethanechol chloride 37
BETOPTIC-S 60
bexarotene 121
BEXSERO 57
bicalutamide 113
BICILLIN L-A 94
BIKTARVY 129
bimatoprost 60, 63
bisoprolol fumarate 17
bisoprolol-hydrochlorothiazide 21
BIVIGAM 53
BLEPHAMIDE S.O.P. 13, 63
BOOSTRIX 57
BOSULIF 117
BRAFTOVI 117
BREO ELLIPTA 80
briellyn 43
BRILINTA 142
brimonidine tartrate 60, 61
BRIVIACT 102, 103
bromocriptine mesylate 52, 70
BRUKINSA 117
budesonide 35, 43, 72, 78
bumetanide 26
buprenorphine hcl 66, 83
buprenorphine hcl-naloxone hcl 67
bupropion hcl 104
bupropion hcl er (smoking det) 66
bupropion hcl er (sr) 104
bupropion hcl er (xl) 104
buspirone hcl 87
butalbital-apap-caffeine 139
BYDUREON 144
BYDUREON BCISE 144
BYETTA 10 MCG PEN 145
BYETTA 5 MCG PEN 145
C
cabergoline 52
CABOMETYX 117
CALCIFEROL 139
calcipotriene 32
calcitonin (salmon) 73
calcitriol 73
calcium acetate (phos binder) . 39
CALQUENCE 117
CAMILA 49
CANASA 72
candesartan cilexetil 23
candesartan cilexetil-hctz 21
CAPLYTA 124
CAPRELSA 117
captopril 27
captopril-hydrochlorothiazide 21
CARBAGLU 137
carbamazepine 15, 100
carbamazepine er 15, 100
carbidopa-levodopa 71
carbidopa-levodopa er 71
carbidopa-levodopa-entacapone 69, 70
carteolol hcl 61
CARTIA XT 18
carvedilol 17
carvedilol phosphate er 17
caspofungin acetate 110
CAYSTON 75, 93
cefaclor 91
cefaclor er 91
cefadroxil 91
cefazolin sodium 91
cefdinir 91
cefepime hcl 92
cefixime 92
cefoxitin sodium 92
cefpodoxime proxetil 92
cefprozil 92
ceftazidime 92
ceftriaxone sodium 92
cefuroxime axetil 92
cefuroxime sodium 92
celecoxib 11, 85
CELONTIN 101
cephalexin 92
CERDELGA 134
cetirizine hcl 77
CETRAXAL 96
cevimeline hcl 64
CHANTIX 66
CHANTIX CONTINUING MONTH PAK 66
CHANTIX STARTING MONTH PAK 66
CHEMET 137
chlorhexidine gluconate 64
chloroquine phosphate 122
chlorothiazide 27
chlorpromazine hcl 108, 122
chlorthalidone 27
CHOLBAM 34
cholestyramine light 25
ciclopirox 110
ciclopirox olamine 110
cilostazol 142
CILOXAN 96
CIMDUO 131
cimetidine 35
cimetidine hcl 35
cinacalcet hcl 73
CINRYZE 54
CIPRODEX 64
ciprofloxacin 97
ciprofloxacin hcl 96
ciprofloxacin in d5w 97
citalopram hydrobromide 106
CLARAVIS 32
clarithromycin 95
clarithromycin er 95
clindamycin hcl 89
clindamycin palmitate hcl 89
clindamycin phosphate 89
clindamycin phosphate in d5w 89
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) 135
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) 135
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) 135
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) 135
clobazam 98
clomipramine hcl 108
clonazepam 87, 98
clonidine 22, 23
clonidine hcl 22
clopidogrel bisulfate 142
clorazepate dipotassium 87, 98
clotrimazole 110

clotrimazole-betamethasone ... 32
clozapine ... 123
COARTEM ... 122
colchicine ... 10, 11
colchicine-probenecid ... 11
colesevelam hcl ... 25, 145
colestipol hcl ... 25
colistimethate sodium (cba) .. 90, 91
COLOCORT ... 72
COMBIGAN ... 61
COMBIVENT RESPIMAT ... 76
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) ... 117
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) ... 117
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) ... 117
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE ... 147
COMPLERA ... 131
constulose ... 36
COPIKTRA ... 115
CORLANOR ... 19
cortisone acetate ... 13, 40, 72
COTELLIC ... 117
COUMADIN ... 142
CREON ... 134
CRIXIVAN ... 130
cromolyn sodium ... 60, 81
CRYSELLE-28 ... 43
cvs gauze sterile ... 147
cvs slow release iron ... 139
cyanocobalamin ... 139
CYCLAFEM 1/35 ... 44
CYCLAFEM 7/7/7 ... 44
cyclobenzaprine hcl ... 150
cyclophosphamide ... 112
cyclosporine ... 54
cyclosporine modified ... 54
cyproheptadine hcl ... 77
CYSTADANE ... 134
CYSTAGON ... 134
CYSTARAN ... 62
D
d 1000 ... 139
d 10000 ... 139
d 2000 ... 139
d 400 ... 139
d 5000 ... 139
d2000 ultra strength ... 140
D3 DOTS ... 140
dalfampridine er ... 31
DALIRESP ... 81
danazol ... 48
dantrolene sodium ... 67
dapsone ... 111
DAPTACEL ... 57
daptomycin ... 90
DAURISMO ... 117, 118
DEBLITANE ... 44
DECARA ... 140
deferasirox ... 137
DELSTRIGO ... 131
DELYLA ... 44
DEMSER ... 21
DEPO-PROVERA ... 49
DESCOVY ... 132
desipramine hcl ... 108
desloratadine ... 77
desmopressin ace spray refrig 50
desmopressin acetate ... 50
desogestrel-ethinyl estradiol ... 44
desonide ... 40
desoximetasone ... 40
desvenlafaxine er ... 106
desvenlafaxine succinate er .. 106
dexamethasone ... 13, 40, 72
DEXAMETHASONE INTENSOL ... 13, 40, 72
dexamethasone sodium phosphate ... 61
dextroamphetamine sulfate ... 30
dextrose ... 135
dextrose-nacl ... 135
diazepam ... 87, 98, 103
diazoxide ... 147
diclofenac epolamine ... 11, 85
diclofenac potassium ... 11, 85
diclofenac sodium. 11, 32, 61, 85
diclofenac sodium er ... 11, 85
dicloxacillin sodium ... 94
dicyclomine hcl ... 36
didanosine ... 132
DIFICID ... 95
diflunisal ... 11, 85
DIGITEK ... 19
DIGOX ... 19
digoxin ... 19
dihydroergotamine mesylate .. 68
DILANTIN ... 100
DILANTIN INFATABS ... 100
diltiazem hcl ... 18
diltiazem hcl er ... 18
diltiazem hcl er beads ... 18
diltiazem hcl er coated beads .. 18
dilt-xr ... 18
DIPENTUM ... 72
diphenoxylate-atropine ... 34
diphtheria-tetanus toxoids dt .. 58
disulfiram ... 66
divalproex sodium 15, 16, 69, 99
divalproex sodium er .. 15, 68, 98
dofetilide ... 24
donepezil hcl ... 10
dorzolamide hcl ... 61
dorzolamide hcl-timolol mal .. 61
dorzolamide hcl-timolol mal pf ... 61
DOVATO ... 132
doxazosin mesylate ... 22, 38
doxepin hcl ... 33, 65, 87, 108
DOXY 100 ... 98
doxycycline hyclate ... 33, 64, 98
doxycycline monohydrate 33, 64, 98
DRIZALMA SPRINKLE ... 106
dronabinol ... 109
drospirenone-ethinyl estradiol 44
DROXIA ... 113
duloxetine hcl ... 29, 87, 106
duramorph ... 83
DUREZOL ... 61
dutasteride ... 38
dutasteride-tamsulosin hcl ... 38
E
E.E.S. 400 ... 96
econazole nitrate ... 110
EDURANT ... 131
efavirenz ... 131
eletriptan hydrobromide ... 67
ELIGARD ... 52
ELIQUIS ... 142
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK ... 142
ELMIRON ... 37
EMCYT ... 120
EMEND ... 109
EMOQUETTE ... 44
EMSAM ... 105

EMTRIVA.....132
enalapril maleate 27
enalapril-hydrochlorothiazide 21
ENBREL 54
ENBREL MINI 54
ENBREL SURECLICK 55
ENDOCET 84
ENGERIX-B 58
enoxaparin sodium 142
ENPRESSE-28 44
ENSKYCE 44
entacapone.....69
entecavir 127
ENTRESTO 23
enulose.....36
EPCLUSA 128
EPIDIOLEX 99
epinephrine 80
EPITOL 16, 100
EPIVIR HBV.....127
eplerenone 26
ergocalciferol.....140
ERIVEDGE.....118
ERLEADA 113
erlotinib hcl 118
ERRIN.....49
ertapenem sodium 93
ery.....96
ERY-TAB.....96
ERYTHROCIN LACTOBIONATE.....96
ERYTHROCIN STEARATE.96
erythromycin 96
erythromycin base 96
erythromycin ethylsuccinate ..96
ESBRIET.....75, 76
escitalopram oxalate.87, 88, 106
esomeprazole magnesium 36
estazolam.....29
estradiol 48, 49
estradiol valerate 44, 49
ethambutol hcl.....112
ethosuximide 101
ethynodiol diac-eth estradiol ..44
etodolac 11, 85
etodolac er 11, 85
EURAX 122
EUTHYROX 51
everolimus 55, 118
EVOTAZ.....130
EXEL COMFORT POINT PEN NEEDLE 147
exemestane 115
ezetimibe 25
ezetimibe-simvastatin.....21
F
FALMINA.....44
famciclovir.....129
famotidine.....36
FANAPT 124
FANAPT TITRATION PACK 124
FARXIGA 145
FARYDAK.....115
febuxostat 11
felbamate 102
felodipine er.....18
fenofibrate 24
fenofibrate micronized 24
fenofibric acid.....24
fentanyl.....82, 83
fentanyl citrate.....82, 83
FEOSOL.....140
fer-iron.....140
FERRIPROX.....137
ferrous sulfate.....140
ferrous sulfate cr.....140
FETZIMA.....106
FETZIMA TITRATION 106
finasteride 38
FINTEPLA 103
FLAC.....64
flecainide acetate 24
FLOVENT DISKUS 78
FLOVENT HFA.....78
fluconazole 110
fluconazole in sodium chloride 110
flucytosine 110
fludrocortisone acetate 40
flunisolide.....78
fluocinolone acetonide 40, 41
fluocinolone acetonide scalp ..41
fluocinonide.....33, 41
fluocinonide emulsified base..41
fluorometholone 62
fluorouracil 33
fluoxetine hcl.....105, 106, 107
fluphenazine decanoate 122
fluphenazine hcl 122, 123
flurbiprofen.....11, 85
flurbiprofen sodium.....62
flutamide.....113
fluticasone propionate 33, 41, 78
fluticasone-salmeterol.....80
fluvastatin sodium 25
fluvoxamine maleate 107
fluvoxamine maleate er 107
FML.....62
folic acid 140
fondaparinux sodium....142, 143
FORTEO.....74
fosamprenavir calcium 130
fosinopril sodium.....28
fosinopril sodium-hctz.....21
FREAMINE HBC 137
furosemide 26, 27
FUZEON 133
FYAVOLV 44
FYCOMPA.....102
G
gabapentin.....99
galantamine hydrobromide.....10
galantamine hydrobromide er.10
GAMMAGARD.....53
GAMMAGARD S/D LESS IGA 53
GAMMAPLEX 53
GAMUNEX-C.....53
GARDASIL 9.....58
gatifloxacin.....97
GATTEX 34
GAVILYTE-C.....36
GAVILYTE-G.....37
GAVILYTE-N WITH FLAVOR PACK.....37
gemfibrozil 24
generlac.....37
GENGRAF 55
GENTAK.....88
gentamicin in saline.....88
gentamicin sulfate.....88
GENVOYA 129
GIANVI.....44
GILENYA 31
GILOTRIF.....118
glatiramer acetate.....31
GLATOPA 31, 32
GLEOSTINE.....114
glimepiride.....145

glipizide 145
glipizide er 145
glipizide-metformin hcl 149
GLUCAGEN HYPOKIT 147
GLUCAGON EMERGENCY 147
glycopyrrolate 36
GLYXAMBI 145
GOLYTELY 37
granisetron hcl 109
griseofulvin microsize 110
griseofulvin ultramicrosize ... 110
guanfacine hcl 23
guanfacine hcl er 31
guanidine hcl 14
GVOKE HYPOPEN 2-PACK 149
GVOKE PFS 149
H
halobetasol propionate 41
haloperidol 123
haloperidol decanoate 123
haloperidol lactate 123
HARVONI 128
HAVRIX 58
heparin sodium (porcine) 143
HEPATAMINE 135
HETLIOZ 65
HIBERIX 58
HUMALOG 148
HUMALOG KWIKPEN 147
HUMALOG MIX 50/50 148
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN 147
HUMALOG MIX 75/25 148
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN 148
HUMIRA 56
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START 55
HUMIRA PEN 55
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER 55
HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS START 55, 56
HUMULIN 70/30 148
HUMULIN 70/30 KWIKPEN 148
HUMULIN N 148
HUMULIN N KWIKPEN 148
HUMULIN R 148
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) 148
HUMULIN R U-500 KWIKPEN 148
hydralazine hcl 29
hydrochlorothiazide 27
hydrocodone-acetaminophen . 84, 85
hydrocodone-ibuprofen 85
hydrocortisone 13, 41, 42, 72
hydrocortisone butyrate 41
hydrocortisone valerate 42
hydrocortisone-acetic acid 64
hydromorphone hcl 82
hydromorphone hcl pf 83
hydroxychloroquine sulfate .. 122
hydroxyurea 113
I
ibandronate sodium 74
IBRANCE 115
IBU 11, 86
ibuprofen 11, 86
icatibant acetate 54
ICLUSIG 118
IDHIFA 115
ILEVRO 62
imatinib mesylate 118
IMBRUVICA 118
imipenem-cilastatin 93
imipramine hcl 108
imipramine pamoate 108
imiquimod 33
IMOVAX RABIES 58
INCASSIA 44
INCRELEX 50
INCRUSE ELLIPTA 74, 79
indapamide 27
INFANRIX 58
INFED 140
INLYTA 118
INTELENCE 131
INTRALIPID 135
INTRON A 127, 128
INTROVALE 44
INVEGA SUSTENNA . 124, 125
INVEGA TRINZA 125
INVIRASE 130
IONOSOL-MB IN D5W 135
IPOL 58
ipratropium bromide 79
ipratropium-albuterol 76
irbesartan 23
irbesartan-hydrochlorothiazide 21, 27
IRESSA 118
iron 140
ISENTRESS 129
ISENTRESS HD 129
ISIBLOOM 44
ISOLYTE-P IN D5W 135
ISOLYTE-S 137
isoniazid 112
isosorbide dinitrate 28
isosorbide dinitrate er 28
isosorbide mononitrate 28
isosorbide mononitrate er 28
isotretinoin 33
isradipine 18
itraconazole 110
ivermectin 121
IXIARO 58
J
JAKAFI 118
JANTOVEN 143
JANUMET 149
JANUMET XR 150
JANUVIA 145
JARDIANCE 145
JENTADUETO 145, 150
JENTADUETO XR 145, 150
JULUCA 132
JUNEL 1.5/30 45
JUNEL 1/20 45
JUNEL FE 1.5/30 45
JUNEL FE 1/20 45
JUXTAPID 25
K
k 100 140
KALETRA 130
KALYDECO 75
KARIVA 45
kcl in dextrose-nacl 136
KELNOR 1/35 45
KELNOR 1/50 45
ketoconazole 110
ketoprofen 86
ketorolac tromethamine 62
KINRIX 58
KIONEX 137

KISQALI (200 MG DOSE) . 115
KISQALI (400 MG DOSE) . 115
KISQALI (600 MG DOSE) . 115
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) 116
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) 116
KISQALI FEMARA(200 MG DOSE) 116
KLOR-CON 137, 139
KLOR-CON 10 ..... 137, 139
KLOR-CON M10 ..... 137, 139
KLOR-CON M15 ..... 137, 139
KLOR-CON M20 ..... 137, 139
KLOR-CON SPRINKLE 138
KORLYM 147
KOSELUGO 118
KURVELO 45
KUVAN 134
L
labetalol hcl 17
lactulose 37
lamivudine 127, 132
lamivudine-zidovudine 132
lamotrigine 16, 99, 102
lamotrigine er 16, 102
lamotrigine starter kit-blue 16, 102
lamotrigine starter kit-green .. 16, 102
lamotrigine starter kit-orange 16, 102
lansoprazole 36
lanthanum carbonate 39
LANTUS 148
LANTUS SOLOSTAR 148
LARIN 1.5/30 45
LARIN 1/20 45
LARIN FE 1.5/30 45
LARIN FE 1/20 45
LASTACAFT 60
latanoprost 63
LATUDA 125
LEENA 45
leflunomide 54
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) 118
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) 118
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) 118
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) 119
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) 119
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) 119
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) 119
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) 119
LESSINA 45
letrozole 115
leucovorin calcium 113, 121
LEUKERAN 112
leuprolide acetate 52
levalbuterol hcl 80, 81
levalbuterol tartrate 81
LEVEMIR 149
LEVEMIR FLEXTOUCH ... 149
levetiracetam 103
levetiracetam er 103
levobunolol hcl 61
levocarnitine 136
levocetirizine dihydrochloride 77
levofloxacin 97
levofloxacin in d5w 97
LEVONEST 45
levonorgest-eth estrad 91-day 45
levonorgestrel-ethinyl estrad .. 45
LEVORA 0.15/30 (28) 46
LEVO-T 51
levothyroxine sodium 51
LEVOXYL 51
LEXIVA 130
lidocaine 86
lidocaine hcl 86
lidocaine hcl urethral/mucosal 86
lidocaine viscous hcl 86
lidocaine-prilocaine 86
lindane 122
linezolid 90
LINZESS 35
liothyronine sodium 51
lisinopril 28
lisinopril-hydrochlorothiazide 21
lithium 16
lithium carbonate 16
lithium carbonate er 16
LONSURF 113
loperamide hcl 34
lopinavir-ritonavir 130
lorazepam 87, 99
LORBRENA 119
LORCET 85
LORCET HD 85
LORCET PLUS 85
LORYNA 46
losartan potassium 23
losartan potassium-hctz 21
LOTEMAX 62
LOTEMAX SM 62
loteprednol etabonate 62
lovastatin 25
LOW-OGESTREL 46
loxapine succinate 123
LUMIGAN 63
LUPANETA PACK 52
LUPRON DEPOT (1-MONTH) 52
LUPRON DEPOT (3-MONTH) 52
LUPRON DEPOT (4-MONTH) 52
LUPRON DEPOT (6-MONTH) 52
LUTERA 46
LYNPARZA 114
LYRICA CR 29, 101
LYSODREN 51
LYZA 49
M
magnesium sulfate 138
malathion 122
maprotiline hcl 104
marlissa 46, 49
MARPLAN 105
MATULANE 112
MATZIM LA 18
MAVYRET 128
MAXIDEX 62
MAXIMUM D3 140
meclizine hcl 108
medroxyprogesterone acetate . 49
mefloquine hcl 122
megestrol acetate 49
MEKINIST 119
MEKTOVI 119
meloxicam 11, 86

memantine hcl 10
memantine hcl er 10
MENACTRA 58
MENEST 49
MENVEO 58
meperidine hcl 82
MEPHYTON 140
mercaptopurine 56
meropenem 93
mesalamine 35, 72
MESNEX 114
METADATE ER 31
metformin hcl 145, 146
metformin hcl er 145
methadone hcl 83, 84
methazolamide 27, 61
methenamine hippurate 90
methimazole 53
methotrexate 56
methotrexate sodium 56
methotrexate sodium (pf) 56
methoxsalen rapid 33
methyclothiazide 27
methylphenidate hcl 31
methylphenidate hcl er 31
methylprednisolone 13, 42, 72
methylprednisolone acetate 13
metoclopramide hcl .. 34, 35, 108
metolazone 27
metoprolol succinate er 17
metoprolol tartrate 17
metoprolol-hydrochlorothiazide 21
metronidazole 90
metronidazole in nacl 90
mexiletine hcl 24
micafungin sodium 111
MICROGESTIN 1.5/30 46
MICROGESTIN 1/20 46
MICROGESTIN FE 1.5/30 46
MICROGESTIN FE 1/20 46
midodrine hcl 23
MIGERGOT 68
miglitol 146
miglustat 134
minocycline hcl 64, 98
minoxidil 29
mirtazapine 104
misoprostol 37, 50
M-M-R II 58
modafinil 65
moexipril hcl 28
molindone hcl 123
mometasone furoate 42
montelukast sodium 79
morphine sulfate 82, 84
morphine sulfate (concentrate) 82, 84
morphine sulfate (pf) 82
morphine sulfate er 84
morphine sulfate er beads 84
MOVANTIK 35
MOXEZA 97
moxifloxacin hcl 97
MULTAQ 24
mupirocin 90
mupirocin calcium 90
mycophenolate mofetil 56
mycophenolate sodium 56
MYORISAN 33
MYRBETRIQ 38
N
nabumetone 11, 86
nadolol 17
nafcillin sodium 94
naloxone hcl 65, 66
naltrexone hcl 66, 67
naproxen 12, 86
naproxen dr 12, 86
naproxen sodium 12, 86
naratriptan hcl 67
NARCAN 66
NATACYN 111
nateglinide 146
NATPARA 74
NAYZILAM 99
NECON 0.5/35 (28) 46
nefazodone hcl 104
neomycin sulfate 88
neomycin-bacitracin zn-polymyx 63
neomycin-polymyxin-dexameth 63
neomycin-polymyxin-gramicidin 63
neomycin-polymyxin-hc .. 63, 64
NEORAL 56
NEPHRAMINE 136
NERLYNX 119
NEUPOGEN 143
NEUPRO 70
nevirapine 131
nevirapine er 131
NEXAVAR 119
niacin er (antihyperlipidemic) 25, 26
NIACOR 26
nicardipine hcl 18
NICOTROL 66
NICOTROL NS 66
nifedipine er 18, 19
nifedipine er osmotic release .. 19
NIKKI 46
nilutamide 113
nimodipine 19
NINLARO 114
nisoldipine er 19
nitisinone 134
NITRO-BID 28
NITRO-DUR 28
nitrofurantoin macrocrystal 90
nitrofurantoin monohyd macro 90
nitroglycerin 28, 29
NIVESTYM 143, 144
nizatidine 36
NORA-BE 46
NORDITROPIN FLEXPRO .. 50
norethindrone 49
norethindrone acetate 49
NORLYROC 46
NORMOSOL-M IN D5W 136
NORMOSOL-R IN D5W 136
NORMOSOL-R PH 7.4 138
NORTHERA 23
NORTREL 0.5/35 (28) 46
NORTREL 1/35 (21) 46
NORTREL 1/35 (28) 46
NORTREL 7/7/7 46
nortriptyline hcl 108
NORVIR 130
NOXAFIL 111
NUBEQA 113
NUCALA 76
NUEDEXTA 29
NULYTELY WITH FLAVOR PACKS 37
NUPLAZID 125
nutrilipid 136
NUVARING 46

NYAMYC 111
nystatin 111
nystatin-triamcinolone..... 33
NYSTOP 111
O
OCELLA 46
octreotide acetate..... 52
ODEFSEY 132
ODOMZO 119
OFEV 75, 76, 119
ofloxacin..... 97
olanzapine..... 14, 125
olanzapine-fluoxetine hcl 105
olmesartan medoxomil 23
olmesartan medoxomil-hctz .. 22, 23
olmesartan-amlodipine-hctz ... 22
olopatadine hcl 60, 77
omega-3-acid ethyl esters..... 26
omeprazole 36
ondansetron 109
ondansetron hcl 109
OPSUMIT 77
ORFADIN 134
ORKAMBI 75
ORSYTHIA..... 47
oseltamivir phosphate..... 133
OSPHENA 47, 48
oxacillin sodium 94
oxandrolone..... 48
oxaprozin..... 12, 86
oxcarbazepine..... 100, 101
oxybutynin chloride..... 38
oxybutynin chloride er 38
oxycodone hcl 82, 83
oxycodone-acetaminophen..... 85
P
paliperidone er..... 125
PANRETIN 121
pantoprazole sodium 36
paricalcitol..... 74
paromomycin sulfate..... 89
paroxetine hcl 88, 107
paroxetine hcl er..... 88, 107
PASER 112
PAXIL 88, 107
PAZEO..... 60
PEDIARIX 58
PEDVAX HIB..... 58
peg 3350/electrolytes..... 37
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl ... 37
peg-3350/electrolytes 37
PEGANONE 101
PEGASYS 128
PEMAZYRE 119
penicillamine 137
penicillin g pot in dextrose 95
penicillin g potassium..... 95
penicillin g procaine 95
penicillin g sodium 95
penicillin v potassium..... 95
pentamidine isethionate..... 122
pentoxifylline er 20
PERFOROMIST 81
perindopril erbumine 28
permethrin 122
perphenazine..... 108, 123
perphenazine-amitriptyline... 105
PERSERIS..... 14, 126
PHENADOZ 109
phenelzine sulfate 105
phenobarbital 99
PHENYTEK..... 101
phenytoin 101
phenytoin sodium extended.. 101
PHOSPHOLINE IODIDE..... 61
phytonadione 140
PIFELTRO 131
pilocarpine hcl 61, 64
pimozide 123
PIMTREA 47
pindolol..... 17
pioglitazone hcl 146
pioglitazone hcl-glimepiride. 150
pioglitazone hcl-metformin hcl 150
piperacillin sod-tazobactam so95
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) 116
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) 116
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) 116
PIRMELLA 1/35 47
piroxicam..... 12, 86
PLASMA-LYTE 148 138
PLASMA-LYTE A 138
podofilox 33
polymyxin b sulfate 90
polymyxin b-trimethoprim 63
POMALYST..... 112
PORTIA-28 47
posaconazole..... 111
potassium chloride..... 138
potassium chloride crys er 138
potassium chloride er..... 138
potassium chloride in dextrose 136
potassium chloride in nacl 138
potassium citrate er..... 37
PRADAXA..... 143
PRALUENT 26
pramipexole dihydrochloride.. 70
pramipexole dihydrochloride er 70
prasugrel hcl 142
pravastatin sodium..... 25
praziquantel 121
prazosin hcl..... 22, 38
prednisolone 13, 42, 72
prednisolone acetate ... 13, 62, 72
prednisolone sodium phosphate 13, 42, 62, 73
prednisone..... 13, 42, 73
PREDNISONE INTENSOL.. 13, 42, 73
preferred plus insulin syringe 149
pregabalin 29, 101
PREMARIN 49
PREMASOL..... 136
PREMPRO 47
prenatal 136
pretomanid..... 112
PREVALITE 26
PREVIFEM 47
PREVYMIS..... 127
PREZCOBIX..... 130
PREZISTA 130
PRIFTIN..... 111
primaquine phosphate..... 122
primidone..... 99
PRIVIGEN 53
probenecid 11
PROCALAMINE 136
prochlorperazine 109
prochlorperazine maleate..... 109, 123
PROCTO-PAK..... 42
PROCTOSOL HC 73

PROCTOZONE-HC.....35, 42
progesterone micronized 50
PROGRAF 57
PROLASTIN-C.....75
PROLIA 74
PROMACTA.....144
promethazine hcl 77, 109
propafenone hcl 24
propafenone hcl er.....24
proparacaine hcl 62
propranolol hcl 17, 18
propranolol hcl er 17
propranolol-hctz 22
propylthiouracil 53
PROQUAD.....59
PROSOL.....136
protriptyline hcl 108
PULMICORT FLEXHALER 78
PULMOZYME.....75, 76
PURIXAN 113
pyrazinamide 112
pyridostigmine bromide 14
pyridostigmine bromide er 14
Q
QINLOCK.....119
QUADRACEL 59
quetiapine fumarate 14, 105, 126
quetiapine fumarate er...14, 105, 126
quinapril hcl.....28
quinapril-hydrochlorothiazide 22
quinidine gluconate er 24
quinidine sulfate 24
quinine sulfate 122
R
ra slow release iron.....140
RABAVERT 59
raloxifene hcl.....48
ramelteon.....65
ramipril 28
ranolazine er 20
rasagiline mesylate 71
RAVICTI.....134
REBETOL.....127
RECLIPSEN.....47
RECOMBIVAX HB 59
RECTIV 29
REGRANEX 33
RELENZA DISKHALER....133
RELI-ON INSULIN SYRINGE 149
RELISTOR.....35
repaglinide 146
repaglinide-metformin hcl....150
REPATHA.....26
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM 26
REPATHA SURECLICK 26
RESCRIPTOR.....131
RESTASIS.....62
RETACRIT 144
RETEVMO.....113
REVATIO 77
REVLIMID 112, 113
REXULTI.....126
REYATAZ 130
RIBASPHERE.....127
ribavirin 127, 128
rifabutin 111
rifampin 112
RIFATER 112
riluzole.....29
rimantadine hcl 133
RINVOQ 57
risedronate sodium 74
RISPERDAL CONSTA .15, 126
risperidone.....15, 126
ritonavir 130
rivastigmine 10
rivastigmine tartrate.....10
rizatriptan benzoate 67
ropinirole hcl 71
ropinirole hcl er 70, 71
rosuvastatin calcium 25
ROTARIX 59
ROTATEQ 59
ROWEEPRA 103
ROWEEPRA XR 103
ROZLYTREK 119, 120
RUBRACA.....114
rukobia.....133
RYDAPT 120
S
SANDIMMUNE 57
SANTYL 33
SAPHRIS.....15, 126
SAVELLA.....29
SAVELLA TITRATION PACK 30
scopolamine.....109
SECUADO 126
selegiline hcl 71
selenium sulfide.....33
SELZENTRY 133
SEREVENT DISKUS 81
sertraline hcl 88, 107
sevelamer carbonate 39
SHAROBEL.....47
SHINGRIX.....59
SIGNIFOR.....52
sildenafil citrate 77
SILENOR 87, 108
silver sulfadiazine.....97
SIMBRINZA 61
simvastatin.....25
sirolimus 57
SIRTURO.....90, 112
SIVEXTRO 90, 91
SKYRIZI (150 MG DOSE)....34
slow release iron 141
sm slow release iron 141
sm vitamin d3 141
sodium chloride 138
sodium fluoride.....138
sodium phenylbutyrate ...38, 134
sodium polystyrene sulfonate 137
solifenacin succinate.....38
SOLTAMOX.....121
SOMATULINE DEPOT 52
SOMAVERT 53
SORINE 24
sotalol hcl.....24
sotalol hcl (af).....24
SPIRIVA HANDIHALER 79
SPIRIVA RESPIMAT.....79
spironolactone.....26
spironolactone-hctz.....22
SPRINTEC 28 47
SPRITAM.....103
SPRYCEL.....120
SPS 137
SRONYX.....47
SSD 97
stavudine.....132
STELARA 34
STIOLTO RESPIMAT.....75
STIVARGA.....120
streptomycin sulfate.....89

STRIBILD 129
SUCRAID 134
sucralfate 37
sulfacetamide sodium . 62, 63, 97
sulfacetamide-prednisolone... 14, 63
sulfadiazine..... 97
sulfamethoxazole-trimethoprim 97
SULFAMYLON..... 91
sulfasalazine 73
sulindac..... 12, 86
sumatriptan 68
sumatriptan succinate 68
sumatriptan succinate refill 68
SUPRAX 93
SUPREP BOWEL PREP KIT 139
SUTENT..... 120
SYLATRON..... 113
SYMBICORT..... 76
SYMFI..... 132
SYMFI LO 132
SYMLINPEN 120 146
SYMLINPEN 60 146
SYMPAZAN 99
SYMTUZA..... 129
SYNAREL 53
SYNJARDY 146
SYNJARDY XR 146
SYNRIBO 113
SYNTHROID..... 51
T
TABLOID 113
TABRECTA..... 120
tacrolimus 34, 57
tadalafil (pah) 77
TAFINLAR 120
TAGRISSO 120
TALZENNA..... 115
TAMIFLU 133
tamoxifen citrate..... 121
tamsulosin hcl..... 38
TARGRETIN 121
TARINA FE 1/20 47
TASIGNA 120
tazarotene 34
TAZORAC 34
TAZTIA XT 19
TAZVERIK..... 120
TDVAX 59
TECFIDERA 32
TEFLARO 93
TEGRETOL 16, 101
TEGRETOL-XR 16, 101
telmisartan 23
telmisartan-hctz 22
temazepam..... 65
TENIVAC 59
tenofovir disoproxil fumarate 128, 132
terazosin hcl..... 22, 38
terbinafine hcl..... 111
terbutaline sulfate 81
terconazole..... 111
testosterone 48
testosterone cypionate 48
testosterone enanthate..... 48
tetrabenazine..... 29
tetracycline hcl 98
THALOMID..... 112
THEO-24 81
theophylline 81
theophylline er 81
THERA-D 4000 141
thioridazine hcl 123
thiothixene 123
tiagabine hcl 99
TIBSOVO..... 116
tigecycline 91
timolol maleate 18, 61, 69
TIVICAY..... 129
TIVICAY PD 130
tizanidine hcl 67, 150
TOBRADEX 89
tobramycin..... 89
tobramycin sulfate 89
tobramycin-dexamethasone.... 63
TOBREX 89
tolbutamide..... 146
tolterodine tartrate 39
tolterodine tartrate er 39
topiramate..... 69, 102
topiramate er..... 102
toremifene citrate..... 121
torsemide 27
TOUJEO MAX SOLOSTAR 149
TOUJEO SOLOSTAR 149
TPN ELECTROLYTES 136
TRADJENTA 146
tramadol hcl 83
tramadol-acetaminophen 85
trandolapril 28
tranexamic acid..... 141
tranylcypromine sulfate 105
TRAVASOL..... 136
travoprost (bak free) 63
trazodone hcl 105
TRECATOR 112
TRELSTAR MIXJECT 53
TRESIBA 149
TRESIBA FLEXTOUCH..... 149
tretinoin..... 34, 121
triamcinolone acetonide... 14, 42, 43, 64
triamterene-hctz 22
TRIDERM 43
trientine hcl 137
trifluoperazine hcl..... 123
trifluridine..... 129
trihexyphenidyl hcl 71
TRIJARDY XR 146
TRI-LEGEST FE..... 47
TRILYTE 37
trimethoprim 91
trimipramine maleate..... 108
TRINTELLIX..... 107
TRI-PREVIFEM..... 47
TRI-SPRINTEC 47
TRIUMEQ 133
TRIVORA (28)..... 47
TROPHAMINE..... 136
trospium chloride..... 39
TRULICITY 146
TRUMENBA..... 59
TRUVADA..... 132
TUKYSA 114
TURALIO..... 120
TWINRIX..... 59
TYBOST..... 133
TYKERB 120
TYMLOS..... 74
TYPHIM VI..... 59
U
UNITHROID..... 51
UPTRAVI..... 20
ursodiol 35
V
valacyclovir hcl 129

VALCHLOR 34, 112
valganciclovir hcl 127
valproic acid 16, 69, 99
valsartan 23
valsartan-hydrochlorothiazide 22
VALTOCO 10 MG DOSE..... 99
VALTOCO 15 MG DOSE..... 99
VALTOCO 20 MG DOSE... 100
VALTOCO 5 MG DOSE..... 100
VANATOL LQ 141
vancomycin hcl 91
VANDAZOLE 91
VAQTA 59
VARIVAX 59
VARIZIG 60
VASCEPA 26
VELIVET 47
VEMLIDY 128
VENCLEXTA 115
VENCLEXTA STARTING PACK 115
venlafaxine hcl 88, 107
venlafaxine hcl er 88, 107
VENTAVIS 77
verapamil hcl 19
verapamil hcl er 19
VERSACLOZ 123
VERZENIO 116
VICTOZA 147
VIDEX 132
VIDEX EC 132
vigabatrin 100
VIGADRONE 100
VIIBRYD 107
VIIBRYD STARTER PACK 107
VIMPAT 101
VIRACEPT 130
VIREAD 128, 132
VITAMELTS VITAMIN D . 141
vitamin d (cholecalciferol) ... 141
vitamin d2 141
vitamin d3 141
vitamin k1 141
VITRAKVI 116
VIZIMPRO 120
voriconazole 111
VOSEVI 128
VOTRIENT 120
VRAYLAR 15, 126
VYFEMLA 48
W
warfarin sodium 143
WELLESSE VITAMIN D3 . 141
X
XALKORI 120
XARELTO 143
XARELTO STARTER PACK 143
XATMEP 57
XCOPRI 103, 104
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) 103
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) 103
XELJANZ 57
XELJANZ XR 57
XGEVA 74
XIFAXAN 35, 91
XIGDUO XR 147
XOLAIR 76
XOSPATA 116
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) 114
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 114
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) 114
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) 114
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) 114
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 114
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) 114
XTANDI 113
XURIDEN 134
XYREM 65
Y
YF-VAX 60
YONSA 113
Z
zafirlukast 79
zaleplon 65
ZEJULA 115
ZELBORAF 120
ZEMAIRA 75
ZENATANE 34
ZENPEP 135
ZEPATIER 128, 129
zidovudine 133
ziprasidone hcl 15, 126
ziprasidone mesylate 127
ZIRGAN 127
ZOLINZA 111, 116
zolmitriptan 68
zolpidem tartrate 65
zolpidem tartrate er 65
zonisamide 102
ZORTRESS 57
ZOSTAVAX 60
ZOVIA 1/35E (28) 48
ZYDELIG 116
ZYKADIA 120
ZYTIGA 113

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