

# Formulario 2025

Plan para necesidades especiales con  
doble elegibilidad (D-SNP) de Priority Health Medicare

## Lista de medicamentos con cobertura o "Lista de medicamentos"

*Tenga en cuenta que:*

*Dentro de este documento se incluye información relacionada con los medicamentos que tienen cobertura, según este plan.*

H8379\_100010852500\_C

ID 25361, versión 7

Este formulario se actualizó el 08/26/2024. Para obtener información más actualizada o si tiene alguna pregunta, comuníquese con el servicio de atención al cliente de Priority Health Medicare a la línea gratuita 833.939.0983 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana, o visite [priorityhealth.com/dsnp](https://priorityhealth.com/dsnp).

**Nota a los afiliados actuales:** El contenido de este formulario es diferente al del año pasado. Revise este documento para asegurarse de que los medicamentos que toma aún estén incluidos en esta lista.

En los casos en que dicha lista de medicamentos (formulario) menciona "nosotros", "nuestro" o "nos", se refiere a Priority Health. Sin embargo, cuando mencione "plan" o a "nuestro plan", se refiere a Priority Health Medicare.

En este documento, se incluye una lista de los medicamentos (formulario) que cubre nuestro plan, con vigencia a partir del 1 de enero de 2025. Si desea obtener una lista de medicamentos (formulario) actualizada, comuníquese con nosotros. En la portada y contraportada de esta lista de medicamentos (formulario) encontrará nuestra información de contacto, junto con la fecha en que actualizamos la lista por última vez.

Por lo general, para acceder al beneficio de medicamentos con receta debe utilizar las farmacias de la red. Es posible que los beneficios, el formulario, la red de farmacias o los copagos o el coseguro cambien el 1 de enero de 2026 y, ocasionalmente, durante el transcurso del año.

## ¿Qué es el formulario de D-SNP de Priority Health Medicare?

En este documento, usamos los términos "lista de medicamentos" y "formulario" para referirnos a lo mismo. El formulario es una lista de medicamentos que cuentan con cobertura y que son seleccionados por Priority Health Medicare con el asesoramiento de un equipo de proveedores de atención médica. Este representa los tratamientos con receta que se consideran una parte necesaria del programa de tratamiento de calidad. Por lo general, Priority Health Medicare ofrecerá cobertura para los medicamentos incluidos en esta lista, siempre que estos se consideren necesarios desde el punto de vista médico, se surtan en una farmacia de la red de Priority Health Medicare y se sigan las otras reglas del plan. Para obtener información adicional referente a cómo surtir las recetas, consulte su Evidencia de cobertura.

## ¿El formulario puede cambiar?

El 1 de enero se realizan la mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos, no obstante, durante el transcurso del año, podemos agregar o quitar medicamentos del formulario, trasladarlos a diferentes niveles o agregar nuevas restricciones. Al realizar dichos cambios debemos seguir todas las reglas de Medicare. Las actualizaciones realizadas al formulario se publican cada mes en nuestro sitio web indicado a continuación:

<https://www.priorityhealth.com/formulary/medicare/d-snp-current-year>

**A continuación, mencionamos los cambios que pueden afectarle este año:** En los casos que se indican a continuación, usted se verá afectado por los cambios en la cobertura durante el año:

- **Sustitución inmediata de determinadas versiones nuevas de medicamentos de marca y productos biológicos originales.** Podemos retirar de inmediato un medicamento de nuestro formulario si lo reemplazamos con una determinada versión nueva de dicho medicamento que aparecerá bajo el mismo nivel o en uno menor y contará con las mismas restricciones o quizás menos. Cuando agregamos una versión nueva de un medicamento a nuestro formulario, podemos decidir mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en el formulario, pero trasladarlo de inmediato a un nivel diferente o agregar nuevas restricciones.

Podemos realizar estos cambios inmediatos únicamente si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o si agregamos determinadas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba incluido en el formulario; por ejemplo, si agregamos una alternativa biosimilar intercambiable con la que la farmacia puede sustituir a un producto biológico original sin una nueva receta.

Si actualmente está tomando un medicamento de marca o producto biológico original, es posible que no le informemos con anticipación que implementaremos un cambio de forma inmediata. No obstante, más adelante, le proporcionaremos información sobre el cambio específico que realizamos.

Si realizamos dicho cambio, usted o el médico prescriptor pueden pedirnos que hagamos una excepción y que continuemos cubriendo el medicamento que cambiaremos. Para obtener más información, consulte la sección titulada "¿Cómo solicito una excepción al formulario de D-SNP de Priority Health Medicare?" que se incluye más adelante.

Es posible que algunos de estos tipos de medicamentos sean nuevos para usted. Si desea obtener más información, consulte la sección titulada "¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?" que se incluye más adelante.

- **Medicamentos retirados del mercado.** Si el fabricante retira de la venta un medicamento o si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) determina que un medicamento se debe retirar por motivos de seguridad o eficacia, es posible que lo retiremos de inmediato de nuestro formulario y que, en un momento posterior, proporcionemos un aviso a los afiliados que toman dicho medicamento.
- **Cambios adicionales.** Existe la posibilidad de que realicemos otros cambios que afecten a los afiliados que actualmente toman un determinado medicamento. Por ejemplo, podríamos retirar un medicamento de marca del formulario al agregar un medicamento genérico equivalente o eliminar un producto biológico original al agregar un medicamento biosimilar. Asimismo, podríamos aplicar nuevas restricciones al medicamento de marca, trasladarlo a otro nivel o ambas opciones. Es posible que realicemos cambios, según las nuevas normas clínicas. En el caso de que quitemos medicamentos de nuestro formulario, agreguemos requisitos de autorización previa, límites de cantidad o restricciones de tratamiento escalonado para un medicamento, o bien, que traslademos un medicamento a un nivel superior, debemos notificar a los afiliados que se vean afectados por el cambio al menos 30 días antes de que el cambio entre en vigor. Como alternativa, cuando un afiliado solicite la reposición del medicamento, podría recibir un suministro para 30 días de dicho medicamento y un aviso sobre el cambio.

Si introducimos estos cambios adicionales, usted o el médico prescriptor pueden solicitar que hagamos una excepción y que continuemos cubriendo el medicamento que usted ha estado tomando. Además, en el aviso que le proporcionaremos se incluirá información referente a cómo solicitar una excepción. También puede encontrar información en la siguiente sección titulada "¿Cómo solicito una excepción al formulario de D-SNP de Priority Health Medicare?".

### **Cambios por los que no se verá afectado si actualmente toma el medicamento:**

Por lo general, si toma un medicamento de nuestro formulario 2025 que estaba cubierto al comienzo del año, no discontinuaremos ni reduciremos la cobertura de dicho medicamento durante el año de cobertura 2025, salvo en las situaciones descritas anteriormente. En otras palabras, durante el resto del año de cobertura, estos medicamentos continuarán disponibles en el mismo nivel y sin nuevas restricciones para aquellos afiliados que los toman. Este año no se le comunicará directamente sobre los cambios que no le afecten. Sin embargo, el 1 de enero del año próximo, esos cambios podrían afectarle, por lo que es importante que revise el formulario del nuevo año de beneficios para ver si hay cambios en los medicamentos.

El formulario adjunto estará vigente a partir del 1 de enero de 2025. Si desea obtener información actualizada sobre los medicamentos que tienen cobertura de Priority Health Medicare, comuníquese con nosotros. En la portada y contraportada, encontrará nuestra información de contacto. Si se produjeran cambios significativos en el formulario, le enviaremos una carta por correo postal en donde se explicarán tales cambios.

## ¿Cómo uso el formulario?

Existen dos maneras de buscar su medicamento en el formulario, se las indicamos a continuación:

### 1. Por afección médica

El formulario comienza en la página 11. Los medicamentos incluidos en este formulario se agrupan en categorías dependiendo del tipo de afecciones médicas que tratan. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar una afección cardíaca se encuentran en la categoría "fármacos cardiovasculares". Si sabe para qué se utiliza su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página 11. Luego, busque el medicamento debajo del nombre de esa categoría.

### 2. Por orden alfabético

Si no sabe con certeza en cuál categoría debe buscar, busque su medicamento en el índice que comienza en la página siguiente a la Lista de medicamentos. En este índice, se presenta una lista por orden alfabético de todos los medicamentos que conforman este documento, ya que aparecen tanto los medicamentos de marca como los genéricos; úselo para buscar su medicamento. Junto al medicamento, verá el número de la página donde encontrará la información sobre la cobertura. Después, consulte la página que se indica en el índice y busque el nombre del medicamento en la primera columna de la lista.

## ¿A qué se refieren los medicamentos genéricos?

Priority Health Medicare ofrece cobertura tanto para los medicamentos de marca como los genéricos. La FDA otorga su aprobación a aquellos medicamentos genéricos que utilizan el mismo ingrediente activo que los medicamentos de marca, como parte de su composición. Por lo general, los medicamentos genéricos funcionan de la misma manera que los medicamentos de marca y suelen costar menos. Existen sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca. En la mayoría de los casos, la farmacia puede sustituir el medicamento de marca por un medicamento genérico sin necesidad de una nueva receta; sin embargo, esto depende de las leyes estatales.

## ¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los medicamentos biosimilares?

En el formulario, cuando nos referimos a "medicamentos", podría tratarse de un medicamento o un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener un genérico, estos tienen alternativas denominadas biosimilares. Por lo general, los biosimilares funcionan de la misma manera que los productos biológicos originales y suelen costar menos. Existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos medicamentos biosimilares son intercambiables por lo que, dependiendo de las leyes estatales, pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, del mismo modo que los medicamentos genéricos pueden sustituir a los medicamentos de marca. Para obtener información sobre los tipos de medicamentos, consulte en la Evidencia de cobertura la sección 3.1 del capítulo 5 titulada "La Lista de medicamentos indica cuáles medicamentos de la Parte D están cubiertos".

## ¿Se aplica alguna restricción en mi cobertura?

Se pueden fijar límites o requisitos adicionales para la cobertura de algunos medicamentos. Estos requisitos y límites incluyen:

- **Autorización previa:** Priority Health Medicare estipula que usted o el médico prescriptor deben obtener una autorización previa para algunos medicamentos. Esto quiere decir que deberá obtener la aprobación de Priority Health Medicare antes de surtir sus recetas médicas. De lo contrario, es posible que Priority Health Medicare no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad:** en el caso de determinados medicamentos, Priority Health Medicare establece límites sobre la cantidad del medicamento que cubrirá. Por ejemplo, en el caso de ENTRESTO, Priority Health Medicare proporciona 60 comprimidos por receta. Esto puede ser adicional al suministro estándar para uno o tres meses.
- **Tratamiento escalonado:** en algunos casos, Priority Health Medicare exige que usted primero pruebe determinados medicamentos para tratar su afección médica, antes de cubrir otro medicamento para esa afección. Por ejemplo, si tanto el medicamento A como el medicamento B se utilizan para tratar su afección médica, Priority Health Medicare no cubrirá el medicamento B a menos que usted pruebe primero el medicamento A. En caso de que el medicamento A no tuviera los efectos esperados, entonces Priority Health Medicare cubrirá el medicamento B.

Para saber si su medicamento tiene algún requisito o límite adicional, consulte el formulario que comienza en la página 11. También puede visitar nuestro sitio web si necesita obtener más información relacionada con las restricciones aplicadas a medicamentos cubiertos específicos. En nuestro sitio web hemos publicado los documentos donde se explican las restricciones aplicables a la autorización previa y al tratamiento escalonado. También puede solicitar que le enviemos una copia. En la portada y contraportada de este formulario encontrará nuestra información de contacto, junto con la fecha en que actualizamos el formulario por última vez.

Puede solicitarle a Priority Health Medicare que haga una excepción a estos límites o restricciones, o que le proporcione una lista de otros medicamentos similares que traten su afección médica. Consulte la sección "¿Cómo solicito una excepción al formulario de D-SNP de Priority Health Medicare?" que aparece más adelante, para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

## ¿Qué sucede si mi medicamento no se encuentra en el formulario?

En caso de que el medicamento no esté incluido en este formulario (lista de medicamentos cubiertos), lo primero que debe hacer es comunicarse con el servicio de atención al cliente y preguntar si dicho medicamento está cubierto.

Si se entera de que Priority Health Medicare no cubre el medicamento, usted cuenta con dos opciones:

- Solicitar a servicio de atención al cliente una lista de medicamentos similares que cuenten con la cobertura de Priority Health Medicare. Al recibir la lista, muéstresela al médico y solicítele la receta de un medicamento similar que sí esté cubierto por Priority Health Medicare.

- Solicitar a Priority Health Medicare que haga una excepción y cubra su medicamento. Si desea obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte a continuación.

## **¿Cómo solicito una excepción al Formulario de D-SNP de Priority Health Medicare?**

Puede solicitar a Priority Health Medicare que haga una excepción a nuestras reglas de cobertura. Existen diferentes tipos de excepciones que puede solicitarnos, por ejemplo:

- Solicitarnos que cubramos un medicamento, incluso si no está incluido en nuestro formulario. Si se aprueba esa solicitud, dicho medicamento estará cubierto a un nivel de distribución de costos predeterminado, por lo que no podrá pedirnos que le proporcionemos el medicamento a un nivel de distribución de costos más bajo.
- Puede solicitarnos que eximamos una restricción en la cobertura, incluida la autorización previa, el tratamiento escalonado o el límite de cantidad para su medicamento. Por ejemplo, en el caso de determinados medicamentos, Priority Health Medicare establece límites sobre la cantidad del medicamento que cubriremos. Sin embargo, si su medicamento cuenta con un límite de cantidad, puede solicitarnos que eximamos dicho límite y cubramos una cantidad mayor.

Por lo general, Priority Health Medicare solo aprobará la solicitud de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan o si aplicar la restricción no serían opciones efectivas para usted o le provocarían efectos adversos.

Usted o el médico prescriptor deben comunicarse con nosotros para solicitarnos una excepción al formulario, incluida una excepción a una restricción en la cobertura. Si solicita una excepción, el médico prescriptor deberá explicar las razones médicas por las que necesita dicha excepción. Usualmente, debemos tomar una decisión en un plazo de 72 horas posteriores a la recepción del informe de respaldo por parte del médico prescriptor. También puede solicitar una excepción expedita (rápida) si usted considera que su salud podría verse gravemente afectada al esperar el plazo de 72 horas de la decisión y si nosotros estamos de acuerdo con ello. Si estamos de acuerdo, o si su médico prescriptor solicita una decisión rápida, debemos proporcionarle una decisión en un plazo no mayor a 24 horas después de recibir el informe de respaldo por parte de dicho médico.

## **¿Qué puedo hacer si mi medicamento no está incluido en el formulario o tiene alguna restricción?**

Como afiliado, nuevo o habitual, a nuestro plan, es posible que esté tomando medicamentos que no se incluyen en nuestro formulario. O quizás esté tomando un medicamento que figura en nuestro formulario, pero que cuenta con una restricción de cobertura, como una autorización previa. Le recomendamos conversar con su médico prescriptor acerca de la posibilidad de solicitar una decisión de cobertura para demostrar que cumple con los criterios para la aprobación, sobre la posibilidad de cambiar a un medicamento alternativo cubierto por nosotros o la posibilidad de solicitar una excepción al formulario para que cubramos el medicamento que toma. En determinados casos, mientras usted y su médico determinan el curso de acción adecuado para usted, podemos cubrir el medicamento durante los primeros 90 días de afiliación a nuestro plan.

Por cada medicamento que usted tome y que no figure en nuestro formulario o que

tenga una restricción de cobertura, nosotros cubriremos un suministro temporal para 30 días. En caso de que su receta prescriba menos días, le permitiremos varios resurtidos para proporcionarle un suministro del medicamento para 30 días como máximo. Luego de proporcionarle el primer suministro para 30 días, si no aprobamos la cobertura, no pagaremos dichos medicamentos, incluso si no pasaron 90 días desde que se afilió al plan.

Si es residente de un centro de atención a largo plazo y necesita un medicamento que no se encuentra en nuestro formulario o si su capacidad para obtenerlos es limitada, y sus primeros 90 días de afiliación a nuestro plan ya culminaron, cubriremos un suministro de emergencia para 31 días de ese medicamento, mientras solicita una excepción al formulario.

Priority Health Medicare proporciona un suministro de transición para al menos 30 días de medicamentos a los afiliados que presentan un cambio en el nivel de atención, a menos que la receta prescriba menos días.

### **Para obtener información adicional**

Si desea obtener información más detallada acerca de la cobertura para medicamentos con receta que le ofrece Priority Health Medicare, consulte su Evidencia de cobertura y los otros documentos del plan.

Comuníquese con nosotros en caso de tener alguna duda referente a Priority Health Medicare. En la portada y contraportada de este formulario encontrará nuestra información de contacto, junto con la fecha en que actualizamos el formulario por última vez.

Si tiene preguntas generales acerca de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare, llame a Medicare al 800.MEDICARE (800.633.4227). Disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 877.486.2048. O bien, visite *medicare.gov*.



# Formulario de D-SNP de Priority Medicare

En el formulario que comienza en la página 11, se proporciona información acerca de la cobertura de los medicamentos que cubre Priority Health Medicare. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, consulte el índice que comienza en la página siguiente a la Lista de medicamentos.

La primera columna del cuadro indica el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están escritos en letra mayúscula (por ejemplo, ELIQUIS), mientras que los genéricos aparecen en letra cursiva minúscula (por ejemplo, *atorvastatin*).

La información incluida en la columna "Requisitos y límites" le indica si Priority Health Medicare tiene algún requisito especial para la cobertura de su medicamento.

## Lista de abreviaturas

**B/D: Parte B vs. Parte D.** Este medicamento requiere de una autorización previa y puede estar cubierto de manera diferente según los servicios médicos de la Parte B de Medicare o la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D, dependiendo de las circunstancias. Existe la posibilidad de que, para tomar una determinación, su médico deba enviar la información que describe el uso y parámetro del medicamento.

**EA: cada uno/a.**

**GM: gramos.**

**HI: infusión en el hogar.** Es probable que este medicamento con receta cuente con la cobertura de nuestro beneficio médico. Para obtener más información, llame a la línea gratuita de servicio de atención al cliente al 833.939.0983. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. O, también puede visitar [priorityhealth.com/dsnp](http://priorityhealth.com/dsnp).

**LA: disponibilidad limitada.** Es posible que este medicamento con receta únicamente se encuentre disponible en ciertas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame a la línea gratuita de servicio de atención al cliente al 833.939.0983. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. O también puede visitar [priorityhealth.com/dsnp](http://priorityhealth.com/dsnp).

**ML: mililitros.**

**PA: autorización previa.** Priority Health Medicare estipula que usted o el médico deben obtener una autorización previa para algunos medicamentos. Esto quiere decir que deberá obtener la aprobación de Priority Health Medicare antes de surtir sus recetas médicas. De lo contrario, es posible que Priority Health Medicare no cubra el medicamento.

**QL: límite de cantidad.** En el caso de determinados medicamentos, Priority Health Medicare establece límites sobre la cantidad del medicamento que cubrirá. Por ejemplo, en el caso de ENTRESTO, Priority Health Medicare proporciona 60 comprimidos para una receta de 30 días. Esto puede ser adicional al suministro estándar para uno o tres meses.

**ST: tratamiento escalonado.** En algunos casos, Priority Health Medicare exige que usted primero pruebe determinados medicamentos para tratar su afección médica, antes de cubrir

otro medicamento para esa afección. Por ejemplo, si tanto el medicamento A como el medicamento B se utilizan para tratar su afección médica, Priority Health Medicare no cubrirá el medicamento B a menos que usted pruebe primero el medicamento A. En caso de que el medicamento A no tuviera los efectos esperados, entonces Priority Health Medicare cubrirá el medicamento B.

### **Tabla de copagos y coseguros**

La siguiente tabla muestra los niveles de medicamentos de Priority Health Medicare, el monto del copago y coseguro correspondiente a cada nivel durante la etapa de cobertura inicial.

La mayoría de nuestros afiliados reúnen los requisitos y reciben "Ayuda adicional" de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta. Si se encuentra en el programa de "Ayuda adicional", la información que figura en la siguiente tabla corresponde a usted.

Nivel del medicamento	Deducible anual por medicamentos con receta
Nivel 1 \$0 de copago	\$0 (no tiene deducible)

En la siguiente tabla, se indica el deducible y coseguro asociado a los medicamentos genéricos y de marca si no recibe "Ayuda adicional" para pagar sus medicamentos con receta.

Nivel del medicamento	Deducible
Nivel 1 25 % de coseguro	\$590

*\*Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo.*

*\*Los medicamentos de especialidad están limitados a un suministro de 30 días.*

## Formulario 2025

### Plan para necesidades especiales con doble elegibilidad (D-SNP) de Priority Health Medicare

#### Índice de contenido

<b>Analgésicos</b> .....	<b>12</b>
<b>Anestésicos</b> .....	<b>14</b>
<b>Fármacos para el tratamiento de adicciones y consumo excesivo de sustancias</b> .....	<b>15</b>
<b>Antibióticos</b> .....	<b>15</b>
<b>Anticonvulsivantes</b> .....	<b>21</b>
<b>Antidepresivos</b> .....	<b>25</b>
<b>Antieméticos</b> .....	<b>27</b>
<b>Antimicóticos</b> .....	<b>27</b>
<b>Fármacos antigotosos</b> .....	<b>29</b>
<b>Fármacos antimigrañosos</b> .....	<b>29</b>
<b>Fármacos para el tratamiento de la miastenia</b> .....	<b>30</b>
<b>Fármacos antimicobacterianos</b> .....	<b>30</b>
<b>Fármacos antineoplásicos</b> .....	<b>30</b>
<b>Fármacos antiparasitarios</b> .....	<b>38</b>
<b>Fármacos antiparkinsonianos</b> .....	<b>39</b>
<b>Fármacos antipsicóticos</b> .....	<b>40</b>
<b>Fármacos antiespásticos</b> .....	<b>44</b>
<b>Fármacos antivirales</b> .....	<b>44</b>
<b>Fármacos ansiolíticos</b> .....	<b>48</b>
<b>Fármacos para el trastorno bipolar</b> .....	<b>49</b>
<b>Reguladores de la glucosa en sangre</b> .....	<b>49</b>
<b>Hemoderivados y biomoduladores</b> .....	<b>53</b>
<b>Fármacos cardiovasculares</b> .....	<b>55</b>
<b>Fármacos que actúan sobre el sistema nervioso central</b> .....	<b>65</b>
<b>Fármacos para tratar problemas dentales y bucales</b> .....	<b>68</b>
<b>Fármacos dermatológicos</b> .....	<b>69</b>
<b>Fármacos que contienen electrolitos, minerales, metales o vitaminas</b> .....	<b>72</b>
<b>Fármacos gastrointestinales</b> .....	<b>74</b>
<b>Fármacos para tratar trastornos genéticos, enzimáticos o por falta de proteínas: reemplazo, modificadores, tratamiento</b> .....	<b>76</b>
<b>Fármacos genitourinarios</b> .....	<b>78</b>
<b>Fármacos para tratamiento hormonal, estimulantes/reposición hormonal/modificadores (suprarrenales)</b> .....	<b>79</b>
<b>Fármacos para tratamiento hormonal, estimulantes/reposición hormonal/modificadores (hipófisis) ...</b>	<b>80</b>
<b>Fármacos para tratamiento hormonal, estimulantes/reposición hormonal/modificadores (hormonas y modificadores sexuales)</b> .....	<b>80</b>
<b>Fármacos para tratamiento hormonal, estimulantes/reposición hormonal/modificadores (tiroides) .....</b>	<b>85</b>
<b>Fármacos para tratamiento hormonal, supresores (hipófisis)</b> .....	<b>85</b>
<b>Fármacos para tratar trastornos del sistema inmunitario</b> .....	<b>86</b>
<b>Fármacos para tratar la enfermedad inflamatoria intestinal</b> .....	<b>93</b>
<b>Fármacos para tratar las enfermedades metabólicas óseas</b> .....	<b>93</b>
<b>Fármacos para tratamientos oftalmológicos</b> .....	<b>94</b>
<b>Fármacos para tratar infecciones óticas</b> .....	<b>97</b>
<b>Fármacos para tratar problemas pulmonares y del aparato respiratorio</b> .....	<b>97</b>
<b>Relajantes musculoesqueléticos</b> .....	<b>102</b>
<b>Fármacos para tratar los trastornos del sueño</b> .....	<b>102</b>

Plan para necesidades especiales con doble elegibilidad (D-SNP) de Priority Health Medicare

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<b>Analgésicos</b>		
<b>Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos</b>		
<i>celecoxib, por vía oral</i>	1	
<i>diclofenac potassium, comprimidos de 50 mg, por vía oral</i>	1	
<i>diclofenac sodium, de liberación prolongada</i>	1	
<i>diclofenac sodium, gel al 1 %, de uso tópico</i>	1	QL (1000 GM, por 30 días)
<i>diclofenac sodium, solución al 1.5 %, de uso tópico</i>	1	
<i>diclofenac sodium, por vía oral</i>	1	
<i>diclofenac-misoprostol, comprimidos de liberación retardada, por vía oral</i>	1	
<i>diflunisal, por vía oral</i>	1	
<i>etodolac, por vía oral</i>	1	
<i>flurbiprofen, comprimidos de 100 mg, por vía oral</i>	1	
<i>ibu, comprimidos de 600 mg, 800 mg, por vía oral</i>	1	
<i>ibuprofen, suspensión, por vía oral</i>	1	
<i>ibuprofen, comprimidos de 400 mg, 600 mg, 800 mg, por vía oral</i>	1	
<i>mefenamic acid, por vía oral</i>	1	QL (30 de EA por 30 días)
<i>meloxicam, comprimidos, por vía oral</i>	1	
<i>nabumetone, por vía oral</i>	1	
<i>naproxen, comprimidos, por vía oral</i>	1	
<i>naproxen sodium, comprimidos de 275 mg, 550 mg, por vía oral</i>	1	
<i>oxaprozin, comprimidos, por vía oral</i>	1	
<i>piroxicam, por vía oral</i>	1	
<i>salsalate, por vía oral</i>	1	
<i>sulindac, por vía oral</i>	1	
<b>Analgésicos opiáceos de acción prolongada</b>		
<i>buprenorphine, parche transdérmico</i>	1	QL (4 de EA por 28 días)

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>fentanyl, parche transdérmico hasta 72 horas, 100 mcg/hora, 12 mcg/hora, 25 mcg/hora, 50 mcg/hora, 75 mcg/hora</i>	1	QL (10 de EA por 30 días)
<i>hydromorphone hcl, comprimidos de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>	1	QL (60 de EA por 30 días)
<i>methadone hcl, solución de 10 mg/5 ml, por vía oral</i>	1	QL (600 ML por 30 días)
<i>methadone hcl, solución de 5 mg/5 ml, por vía oral</i>	1	QL (1200 ML por 30 días)
<i>methadone hcl, comprimidos de 10 mg, por vía oral</i>	1	QL (90 de EA por 30 días)
<i>methadone hcl, comprimidos de 5 mg, por vía oral</i>	1	QL (120 de EA por 30 días)
<i>morphine sulfate, comprimidos de 100 mg de liberación prolongada, por vía oral</i>	1	QL (60 de EA por 30 días)
<i>morphine sulfate, comprimidos de 15 mg, 200 mg, 30 mg, 60 mg de liberación prolongada, por vía oral</i>	1	QL (120 de EA por 30 días)
<i>oxymorphone hcl, de liberación prolongada</i>	1	QL (90 de EA por 30 días)
<i>tramadol hcl, de liberación prolongada</i>	1	QL (30 de EA por 30 días)
<b>Analgésicos opiáceos de acción corta</b>		
<i>acetaminophen-codeine n.º 3</i>	1	QL (360 de EA por 30 días)
<i>acetaminophen-codeine, comprimidos de 300-15 mg, 300-30 mg, por vía oral</i>	1	QL (360 de EA por 30 días)
<i>acetaminophen-codeine, comprimidos de 300-60 mg, por vía oral</i>	1	QL (180 de EA por 30 días)
<i>butorphanol tartrate, por vía nasal</i>	1	QL (10 ML por 28 días)
<i>codeine sulfate, comprimidos de 30 mg, 60 mg, por vía oral</i>	1	QL (180 de EA por 30 días)
ENDOCET, COMPRIMIDOS DE 10-325 MG, 2.5-325 MG, 5-325 MG, 7.5-325 MG, POR VÍA ORAL	1	QL (360 de EA por 30 días)
<i>fentanyl citrate buccal, comprimidos para chupar de 1200 mcg, 1600 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg, con aplicador integrado</i>	1*	PA; QL (120 de EA por 30 días)
<i>fentanyl citrate buccal, comprimidos para chupar de 200 mcg, con aplicador integrado</i>	1	PA; QL (120 de EA por 30 días)
<i>hydrocodone-acetaminophen, solución de 7.5-325 mg/15 ml, por vía oral</i>	1	QL (5550 ML por 30 días)
<i>hydrocodone-acetaminophen, comprimidos de 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg, por vía oral</i>	1	QL (360 de EA por 30 días)

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>hydrocodone-ibuprofen, comprimidos de 7.5-200 mg, por vía oral</i>	1	QL (150 de EA por 30 días)
<i>hydromorphone hcl, líquido, por vía oral</i>	1	QL (2400 ML por 30 días)
<i>hydromorphone hcl, comprimidos de 2 mg, 4 mg, por vía oral</i>	1	QL (180 de EA por 30 días)
<i>hydromorphone hcl, comprimidos de 8 mg, por vía oral</i>	1	
<i>hydromorphone hcl pf, solución de 10 mg/ml, 50 mg/5 ml, por vía inyectable</i>	1	QL (240 ML por 30 días)
<i>morphine sulfate, solución concentrada de 100 mg/5 ml, 20 mg/ml, por vía oral</i>	1	QL (900 ML por 30 días)
<i>morphine sulfate, solución, por vía oral</i>	1	QL (900 ML por 30 días)
<i>morphine sulfate, comprimidos, por vía oral</i>	1	QL (180 de EA por 30 días)
<i>oxycodone hcl, concentrado de 100 mg/5 ml, por vía oral</i>	1	QL (180 ML por 30 días)
<i>oxycodone hcl, solución, por vía oral</i>	1	QL (1200 ML por 30 días)
<i>oxycodone hcl, comprimidos de 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, por vía oral</i>	1	QL (180 de EA por 30 días)
<i>oxycodone hcl, comprimidos de 5 mg, por vía oral</i>	1	QL (360 de EA por 30 días)
<i>oxycodone hcl, comprimidos, por vía oral, con propiedades disuasivas del abuso</i>	1	QL (180 de EA por 30 días)
<i>oxycodone-acetaminophen, comprimidos de 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg, por vía oral</i>	1	QL (360 de EA por 30 días)
<i>oxymorphone hcl, comprimidos de 10 mg, por vía oral</i>	1	QL (360 de EA por 30 días)
<i>oxymorphone hcl, comprimidos de 5 mg, por vía oral</i>	1	QL (180 de EA por 30 días)
<i>tramadol hcl, comprimidos de 50 mg, por vía oral</i>	1	QL (240 de EA por 30 días)
<i>tramadol-acetaminophen</i>	1	QL (240 de EA por 30 días)
<b>Anestésicos</b>		
<b>Anestésicos locales</b>		
GLYDO, GEL DE USO TÓPICO	1	
<i>lidocaine, ungüento de uso tópico al 5 %</i>	1	
<i>lidocaine, parche transdérmico al 5 %, de uso tópico</i>	1	PA; QL (90 de EA por 30 días)
<i>lidocaine hcl, solución de uso tópico</i>	1	
<i>lidocaine hcl, por vía uretral/membranas mucosas</i>	1	
<i>lidocaine viscous hcl</i>	1	

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>lidocaine-prilocaine, crema de uso tópico</i>	1	
LIDOCAN	1	PA; QL (90 de EA por 30 días)
LIDOCAN III	1	PA; QL (90 de EA por 30 días)
TRIDACAINE II	1	PA; QL (90 de EA por 30 días)
<b>Fármacos para el tratamiento de adicciones y consumo excesivo de sustancias</b>		
<b>Fármacos para tratar la dependencia del alcohol</b>		
<i>acamprosate calcium</i>	1	
<i>disulfiram, por vía oral</i>	1	
<i>naltrexone hcl, por vía oral</i>	1	
<b>Fármacos para tratar la dependencia a los opioides</b>		
<i>buprenorphine hcl, por vía sublingual</i>	1	QL (90 de EA por 30 días)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl, de 12-3 mg, tira sublingual</i>	1	QL (60 de EA por 30 días)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl, de 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg, tira sublingual</i>	1	QL (90 de EA por 30 días)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual, comprimidos, por vía sublingual</i>	1	QL (90 de EA por 30 días)
<b>Fármacos antagonistas de los opioides</b>		
<i>naloxone hcl, solución de 0.4 mg/ml, por vía inyectable</i>	1	
<i>naloxone hcl, solución en cartucho, por vía inyectable</i>	1	
<i>naloxone hcl, solución de 2 mg/2 ml en jeringa precargada, por vía inyectable</i>	1	
<i>naloxone hcl, por vía nasal</i>	1	QL (2 de EA por 30 días)
<i>opvee</i>	1	QL (2 de EA por 30 días)
ZIMHI	1	QL (1 ML por 30 días)
<b>Fármacos para dejar de fumar</b>		
<i>bupropion hcl, de liberación prolongada, disuasivo para fumadores</i>	1	
NICOTROL	1	
NICOTROL NS	1	
<i>varenicline tartrate, tratamiento inicial</i>	1	
<i>varenicline tartrate, comprimidos, por vía oral</i>	1	
<b>Antibióticos</b>		

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.



Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<b>Aminoglucósidos</b>		
<i>amikacin sulfate, solución de 500 mg/2 ml, por vía inyetable</i>	1	HI
ARIKAYCE	1*	PA; QL (235.2 ML por 28 días)
<i>gentamicin, en solución salina, de 0.8-0.9 mg/ml-%, 1-0.9 mg/ml-%, 1.2-0.9 mg/ml-%, 1.6-0.9 mg/ml-%, por vía intravenosa</i>	1	HI
<i>gentamicin sulfate, de uso tópico</i>	1	QL (90 GM por 30 días)
<i>gentamicin sulfate, solución de 40 mg/ml, por vía inyetable</i>	1	
<i>neomycin sulfate, por vía oral</i>	1	
<i>paromomycin sulfate, por vía oral</i>	1	
<i>streptomycin sulfate, por vía intramuscular</i>	1	
<i>tobramycin sulfate, solución de 10 mg/ml, por vía inyetable</i>	1	HI; QL (720 ML por 30 días)
<i>tobramycin sulfate, solución de 80 mg/2 ml, por vía inyetable</i>	1	QL (720 ML por 30 días)
<b>Antibióticos, otros</b>		
<i>aztreonam</i>	1	HI
<i>clindamycin hcl, cápsulas de 150 mg, 300 mg, por vía oral</i>	1	
<i>clindamycin palmitate hcl</i>	1	
<i>clindamycin phosphate, de uso tópico con hisopo</i>	1	
<i>clindamycin phosphate, en dextrosa al 5 %</i>	1	
<i>clindamycin phosphate, por vía vaginal</i>	1	
<i>colistimethate sodium (cba)</i>	1*	PA; HI
<i>daptomycin, solución reconstituida de 500 mg, por vía intravenosa</i>	1*	HI
<i>fosfomicin tromethamine</i>	1	
<i>linezolid, solución de 600 mg/300 ml, por vía intravenosa</i>	1	
<i>linezolid, suspensión reconstituida, por vía oral</i>	1*	
<i>linezolid, comprimidos, por vía oral</i>	1	QL (56 de EA por 28 días)
<i>methenamine hippurate</i>	1	

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.



Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>metronidazole, crema de uso tópico</i>	1	
<i>metronidazole, gel de uso tópico</i>	1	
<i>metronidazole, loción de uso tópico</i>	1	
<i>metronidazole, solución de 500 mg/100 ml, por vía intravenosa</i>	1	
<i>metronidazole, comprimidos, por vía oral</i>	1	
<i>metronidazole, por vía vaginal</i>	1	
<i>nitrofurantoin macrocrystal, cápsulas de 100 mg, 50 mg, por vía oral</i>	1	
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>	1	
<i>tigecycline</i>	1	
<i>tinidazole, por vía oral</i>	1	
<i>trimethoprim, por vía oral</i>	1	
<i>vancomycin hcl, solución reconstituida de 1 gm, 500 mg, por vía intravenosa</i>	1	HI
<i>vancomycin hcl, solución reconstituida de 1.25 gm, 1.5 gm, 10 gm, por vía intravenosa</i>	1	HI
<i>vancomycin hcl, cápsulas de 125 mg, por vía oral</i>	1	QL (80 de EA por 30 días)
<i>vancomycin hcl, cápsulas de 250 mg, por vía oral</i>	1	QL (160 de EA por 30 días)
<i>vancomycin hcl, solución reconstituida de 25 mg/ml, 250 mg/5 ml, por vía oral</i>	1	
XIFAXAN, COMPRIMIDOS DE 200 MG, POR VÍA ORAL	1	PA; QL (9 de EA por 30 días)
XIFAXAN, COMPRIMIDOS DE 550 MG, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (60 de EA por 30 días)
<b>Antibióticos beta-lactámicos, cefalosporinas</b>		
<i>cefaclor, cápsulas, por vía oral</i>	1	
<i>cefaclor, suspensión reconstituida de 250 mg/5 ml, por vía oral</i>	1	
<i>cefadroxil, cápsulas, por vía oral</i>	1	
<i>cefadroxil, suspensión reconstituida, por vía oral</i>	1	
<i>cefazolin sodium, solución reconstituida de 1 gm, 10 gm, 500 mg, por vía inyectable</i>	1	HI
<i>cefdinir</i>	1	

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>cefepime hcl, solución reconstituida de 1 gm, por vía inyectable</i>	1	HI
<i>cefepime hcl, solución reconstituida de 2 gm, por vía intravenosa</i>	1	HI
<i>cefixime, cápsulas, por vía oral</i>	1	
<i>cefoxitin sodium, por vía intravenosa</i>	1	HI
<i>cefpodoxime proxetil</i>	1	
<i>cefprozil</i>	1	
<i>ceftazidime, solución reconstituida de 1 gm, 6 gm, por vía inyectable</i>	1	HI
<i>ceftazidime, por vía intravenosa</i>	1	HI
<i>ceftriaxone sodium, solución reconstituida de 1 gm, 2g m, 250 mg, 500 mg, por vía inyectable</i>	1	HI
<i>ceftriaxone sodium, solución reconstituida de 10 gm, por vía intravenosa</i>	1	HI
<i>cefuroxime axetil, comprimidos, por vía oral</i>	1	
<i>cefuroxime sodium, solución reconstituida de 750 gm, por vía inyectable</i>	1	HI
<i>cefuroxime sodium, solución reconstituida de 1.5 gm, por vía intravenosa</i>	1	HI
<i>cephalexin, cápsulas de 250 mg, 500 mg, por vía oral</i>	1	
<i>cephalexin, suspensión reconstituida, por vía oral</i>	1	
TEFLARO	1	
<b>Antibióticos beta-lactámicos, penicilinas</b>		
<i>amoxicillin, cápsulas, por vía oral</i>	1	
<i>amoxicillin, suspensión reconstituida, por vía oral</i>	1	
<i>amoxicillin, comprimidos, por vía oral</i>	1	
<i>amoxicillin, tabletas masticables de 125 mg, 250 mg, por vía oral</i>	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate, de liberación prolongada</i>	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate, por vía oral</i>	1	
<i>ampicillin, cápsulas de 500 mg, por vía oral</i>	1	
<i>ampicillin sodium, solución reconstituida de 1 gm, 125 mg, por vía inyectable</i>	1	HI

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>ampicillin sodium, solución reconstituida de 10 gm, por vía intravenosa</i>	1	HI
<i>ampicillin-sulbactam sodium, solución reconstituida de 3 (2-1) gm, por vía inyectable</i>	1	HI
<i>ampicillin-sulbactam sodium, solución reconstituida de 15 (10-5) gm, por vía intravenosa</i>	1	HI
BICILLIN C-R	1	
BICILLIN C-R 900/300	1	
BICILLIN L-A, SUSPENSIÓN EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA INTRAMUSCULAR	1	
<i>dicloxacillin sodium</i>	1	
<i>nafcillin sodium, solución reconstituida de 1 gm, 2 gm, por vía inyectable</i>	1	
<i>nafcillin sodium, solución reconstituida de 10 gm, por vía intravenosa</i>	1	
<i>oxacillin sodium, solución reconstituida de 1 gm, por vía inyectable</i>	1	
<i>oxacillin sodium, por vía intravenosa</i>	1	
<i>penicillin g pot, solución en dextrosa de 40000 unidades/ml, 60000 unidades/ml, por vía intravenosa</i>	1	HI
<i>penicillin g potassium, solución reconstituida de 20000000 unidades, por vía inyectable</i>	1	HI
<i>penicillin g potassium, solución reconstituida de 5000000 unidades, por vía inyectable</i>	1	
<i>penicillin g sodium</i>	1	
<i>penicillin v potassium, solución reconstituida, por vía oral</i>	1	
<i>penicillin v potassium, comprimidos, por vía oral</i>	1	
<i>piperacillin sod-tazobactam so, solución reconstituida de 2.25 (2-0.25) gm, 3.375 (3-0.375) gm, 4.5 (4-0.5) gm, 40.5 (36-4.5) gm, por vía intravenosa</i>	1	HI
<b>Fármacos carbapenémicos</b>		
<i>ertapenem sodium</i>	1	
<i>imipenem-cilastatin</i>	1	

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>meropenem, solución reconstituida de 1 mg, 500 mg, por vía intravenosa</i>	1	
<b>Macrólidos</b>		
<i>azithromycin, por vía intravenosa</i>	1	HI
<i>azithromycin, por vía oral</i>	1	
<i>clarithromycin, de liberación prolongada</i>	1	
<i>clarithromycin, suspensión reconstituida, por vía oral</i>	1	
<i>clarithromycin, comprimidos, por vía oral</i>	1	
DIFICID, SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA, POR VÍA ORAL	1*	ST; QL (136 ML por 10 días)
DIFICID, COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL	1*	ST; QL (20 de EA por 10 días)
ERY-TAB, COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN RETARDADA DE 250 MG, 333 MG, POR VÍA ORAL	1	
ERYTHROCIN STEARATE, COMPRIMIDOS DE 250 MG, POR VÍA ORAL	1	
<i>erythromycin base, cápsulas con partículas de liberación retardada, por vía oral</i>	1	
<i>erythromycin base, comprimidos, por vía oral</i>	1	
<i>erythromycin ethylsuccinate, comprimidos, por vía oral</i>	1	
<i>erythromycin, por vía oral</i>	1	
<b>Quinolónicos</b>		
<i>ciprofloxacin hcl, de uso oftálmico</i>	1	
<i>ciprofloxacin hcl, comprimidos de 250 mg, 500 mg, por vía oral</i>	1	
<i>ciprofloxacin hcl, comprimidos de 750 mg, por vía oral</i>	1	
<i>ciprofloxacin, en dextrosa al 5 %, solución de 200 mg/100 ml, por vía intravenosa</i>	1	
<i>levofloxacin, en dextrosa al 5 %, solución de 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml, por vía intravenosa</i>	1	
<i>levofloxacin, por vía oral</i>	1	
<i>moxifloxacin hcl en nacl</i>	1	HI
<i>moxifloxacin hcl, por vía oral</i>	1	
<i>ofloxacin, comprimidos de 300 mg, 400 mg, por vía oral</i>	1	
<b>Sulfonamidas</b>		

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>sulfacetamide sodium, para tratar el acné</i>	1	
<i>sulfadiazine, por vía oral</i>	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim, suspensión de 200-40 mg/5 ml, por vía oral</i>	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim, comprimidos, por vía oral</i>	1	
<b>Tetraciclinas</b>		
<i>demeclocycline hcl, por vía oral</i>	1	
DOXY 100	1	B/D
<i>doxycycline hyclate, cápsulas, por vía oral</i>	1	
<i>doxycycline hyclate, comprimidos de 100 mg, 20 mg, por vía oral</i>	1	
<i>doxycycline monohydrate, cápsulas de 100 mg, 50 mg, por vía oral</i>	1	
<i>doxycycline monohydrate, cápsulas de 75 mg, por vía oral</i>	1	
<i>doxycycline monohydrate, suspensión reconstituida, por vía oral</i>	1	
<i>doxycycline monohydrate, comprimidos de 150 mg, 50 mg, 75 mg, por vía oral</i>	1	
<i>minocycline hcl, cápsulas, por vía oral</i>	1	
<i>tetracycline hcl, cápsulas, por vía oral</i>	1	
<b>Anticonvulsivantes</b>		
<b>Anticonvulsivantes, otros</b>		
BRIVIACT, SOLUCIÓN, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (600 ML por 30 días)
BRIVIACT, COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (60 de EA por 30 días)
DIACOMIT	1*	PA
EPIDIOLEX	1*	PA; QL (500 ML por 30 días)
EPRONTIA	1	PA; QL (480 ML por 30 días)
<i>felbamate</i>	1	
FINTEPLA	1*	PA; QL (360 ML por 30 días)
FYCOMPA, SUSPENSIÓN, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (680 ML por 28 días)
FYCOMPA, COMPRIMIDOS DE 10 MG, 12 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (30 de EA por 30 días)

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
FYCOMPA, COMPRIMIDOS DE 2 MG, POR VÍA ORAL	1	PA; QL (30 de EA por 30 días)
<i>lamotrigine, de liberación prolongada</i>	1	
<i>lamotrigine, comprimidos, por vía oral</i>	1	
<i>lamotrigine, tabletas masticables, por vía oral</i>	1	
<i>lamotrigine, comprimidos dispersables, por vía oral</i>	1	
<i>levetiracetam, de liberación prolongada</i>	1	
<i>levetiracetam, por vía oral</i>	1	
SPRITAM, COMPRIMIDOS SOLUBLES/DISGREGANTES DE 1000 MG, 500 MG, 750 MG, POR VÍA ORAL	1	PA; QL (90 de EA por 30 días)
SPRITAM, COMPRIMIDOS SOLUBLES/DISGREGANTES DE 250 MG, POR VÍA ORAL	1	PA; QL (60 de EA por 30 días)
<i>topiramate, por vía oral</i>	1	
<i>valproic acid, cápsulas, por vía oral</i>	1	
<i>valproic acid, solución, por vía oral</i>	1	
XCOPRI, CAJA DE COMPRIMIDOS DE 100 MG y 150 MG, DOSIS DIARIA DE 250 MG, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (56 de EA por 28 días)
XCOPRI, DOSIS DIARIA DE 350 MG	1*	PA; QL (56 de EA por 28 días)
XCOPRI, COMPRIMIDOS DE 100 MG, 25 MG, 50 MG, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (30 de EA por 30 días)
XCOPRI, COMPRIMIDOS DE 150 MG, 200 MG, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (60 de EA por 30 días)
XCOPRI, CAJA DE COMPRIMIDOS DE 14 X 12.5 MG Y 14 X 25 MG, POR VÍA ORAL	1	PA; QL (28 de EA por 28 días)
XCOPRI, CAJA DE COMPRIMIDOS DE 14 X 150 MG Y 14 X 200 MG, 14 X 50 MG Y 14 X 100 MG, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (28 de EA por 28 días)
<b>Fármacos bloqueadores de los canales de calcio</b>		
<i>ethosuximide, cápsulas, por vía oral</i>	1	
<i>ethosuximide, solución, por vía oral</i>	1	
<i>methsuximide</i>	1	
ZONISADE	1*	PA; QL (900 ML por 30 días)
<b>Fármacos potenciadores del ácido gamma-aminibutírico (Gaba)</b>		

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>clobazam, suspensión, por vía oral</i>	1	PA; QL (480 ML por 30 días)
<i>clobazam, comprimidos, por vía oral</i>	1	PA; QL (60 de EA por 30 días)
<i>diazepam, por vía rectal</i>	1	
<i>gabapentin, cápsulas, por vía oral</i>	1	
<i>gabapentin, solución de 250 mg/5 ml, por vía oral</i>	1	
<i>gabapentin, comprimidos de 600 mg, 800 mg, por vía oral</i>	1	
LIBERVANT	1*	PA; QL (10 de EA por 30 días)
NAYZILAM, SOLUCIÓN DE 5 MG/0.1 ML, POR VÍA NASAL	1	QL (10 de EA por 30 días)
NAYZILAM, SOLUCIÓN DE 5 MG/0.1 ML, POR VÍA NASAL	1	PA; QL (10 de EA por 30 días)
<i>phenobarbital elixir, por vía oral</i>	1	PA
<i>phenobarbital, comprimidos, por vía oral</i>	1	PA
<i>primidone, comprimidos de 250 mg, 50 mg, por vía oral</i>	1	
SYMPAZAN	1*	PA; QL (60 de EA por 30 días)
<i>tiagabine hcl</i>	1	
VALTOCO, DOSIS DE 10 MG	1*	PA; QL (10 de EA por 30 días)
VALTOCO, DOSIS DE 15 MG	1*	PA; QL (10 de EA por 30 días)
VALTOCO, DOSIS DE 20 MG	1*	PA; QL (10 de EA por 30 días)
VALTOCO, DOSIS DE 5 MG	1*	PA; QL (10 de EA por 30 días)
<i>vigabatrin</i>	1*	PA; LA
<i>vigadrone, caja, por vía oral</i>	1*	PA
<i>vigadrone, comprimidos, por vía oral</i>	1*	PA; LA
VIGPODER	1*	PA
ZTALMY	1*	PA; QL (1100 ML por 30 días)
<b>Fármacos bloqueadores de los canales de sodio</b>		
APTIOM, COMPRIMIDOS DE 200 MG, 400 MG, 800 MG, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (30 de EA por 30 días)
APTIOM, COMPRIMIDOS DE 600 MG, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (60 de EA por 30 días)
<i>carbamazepine, comprimidos de liberación prolongada hasta 12 horas, por vía oral</i>	1	

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.



Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>carbamazepine, suspensión de 100 mg/5 ml, por vía oral</i>	1	
<i>carbamazepine, comprimidos, por vía oral</i>	1	
<i>carbamazepine, tabletas masticables, por vía oral</i>	1	
<i>epitol</i>	1	
<i>lacosamide, solución de 10 mg/ml, por vía oral</i>	1	QL (1200 ML por 30 días)
<i>lacosamide, comprimidos, por vía oral</i>	1	QL (60 de EA por 30 días)
<i>oxcarbazepine, suspensión, por vía oral</i>	1	
<i>oxcarbazepine, comprimidos, por vía oral</i>	1	
<i>phenytoin, suspensión de 125 mg/5 ml, por vía oral</i>	1	
<i>phenytoin, tabletas masticables, por vía oral</i>	1	
<i>phenytoin sodium, de acción prolongada</i>	1	
<i>rufinamide, suspensión, por vía oral</i>	1*	PA
<i>rufinamide, comprimidos de 200 mg, por vía oral</i>	1	PA
<i>rufinamide, comprimidos de 400 mg, por vía oral</i>	1*	PA
<i>zonisamide, por vía oral</i>	1	
<b>Fármacos contra la demencia</b>		
<b>Fármacos contra la demencia, otros</b>		
<i>donepezil hcl, comprimidos de 10 mg, por vía oral</i>	1	QL (60 de EA por 30 días)
<i>donepezil hcl, comprimidos de 5 mg, por vía oral</i>	1	QL (30 de EA por 30 días)
<i>donepezil hcl, comprimidos dispersables de 10 mg, por vía oral</i>	1	QL (60 de EA por 30 días)
<i>donepezil hcl, comprimidos dispersables de 5 mg, por vía oral</i>	1	QL (30 de EA por 30 días)
<b>Inhibidores de la colinesterasa</b>		
<i>donepezil hcl, comprimidos de 23 mg, por vía oral</i>	1	
<i>galantamine hydrobromide, de liberación prolongada</i>	1	
<i>galantamine hydrobromide, comprimidos, por vía oral</i>	1	
<i>rivastigmine</i>	1	QL (30 de EA por 30 días)
<i>rivastigmine tartrate</i>	1	QL (60 de EA por 30 días)
<b>Fármacos antagonistas de los receptores N-Methyl-D-Aspartate (Nmda)</b>		
<i>memantine hcl, de liberación prolongada</i>	1	QL (30 de EA por 30 días)

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.



Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>memantine hcl, solución de 2 mg/ml, por vía oral</i>	1	QL (300 ML por 30 días)
<i>memantine hcl, comprimidos de 10 mg, 5 mg, por vía oral</i>	1	QL (60 de EA por 30 días)
<i>memantine hcl, comprimidos de 28 x 5 mg y 21 x 10 mg, por vía oral</i>	1	QL (49 de EA por 28 días)
<b>Antidepresivos</b>		
<b>Antidepresivos, otros</b>		
AUVELITY	1*	PA; QL (60 de EA por 30 días)
<i>bupropion hcl, de liberación prolongada (sr)</i>	1	
<i>bupropion hcl, de liberación prolongada (xl), comprimidos de 150 mg, 300 mg, de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>	1	
<i>bupropion hcl, por vía oral</i>	1	
<i>mirtazapine, comprimidos de 15 mg, 30 mg, 45 mg, por vía oral</i>	1	
<i>mirtazapine, comprimidos de 7.5 mg, por vía oral</i>	1	
<i>mirtazapine, comprimidos dispersables, por vía oral</i>	1	
ZURZUVAE, CÁPSULAS DE 20 MG, 25 MG, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (28 de EA por 365 días)
ZURZUVAE, CÁPSULAS DE 30 MG, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (14 de EA por 365 días)
<b>Inhibidores de la monoamina oxidasa</b>		
EMSAM	1*	PA
MARPLAN	1	PA; QL (180 de EA por 30 días)
<i>phenelzine sulfate, por vía oral</i>	1	
<i>tranylcypromine sulfate</i>	1	
<b>Ssris/Snrri (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina/inhibidor de la recaptación de serotonina y norepinefrina)</b>		
<i>citalopram hydrobromide, solución, por vía oral</i>	1	QL (600 ML por 30 días)
<i>citalopram hydrobromide, comprimidos de 10 mg, 20 mg, por vía oral</i>	1	QL (45 de EA por 30 días)
<i>citalopram hydrobromide, comprimidos de 40 mg, por vía oral</i>	1	QL (30 de EA por 30 días)
<i>desvenlafaxine succinate, de liberación prolongada</i>	1	QL (30 de EA por 30 días)
<i>escitalopram oxalate, solución, por vía oral</i>	1	

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>escitalopram oxalate, comprimidos, por vía oral</i>	1	
FETZIMA	1	ST; QL (30 de EA por 30 días)
FETZIMA, PARA AJUSTE DE DOSIS	1	ST; QL (30 de EA por 30 días)
<i>fluoxetine hcl, cápsulas, por vía oral</i>	1	
<i>fluoxetine hcl, cápsulas de liberación retardada, por vía oral</i>	1	
<i>fluoxetine hcl, solución, por vía oral</i>	1	
<i>fluvoxamine maleate</i>	1	
<i>nefazodone hcl</i>	1	
<i>paroxetine hcl, suspensión, por vía oral</i>	1	
<i>paroxetine hcl, comprimidos, por vía oral</i>	1	
<i>paroxetine mesylate</i>	1	QL (30 de EA por 30 días)
<i>sertraline hcl, concentrado, por vía oral</i>	1	
<i>sertraline hcl, comprimidos, por vía oral</i>	1	
<i>trazodone hcl, comprimidos de 100 mg, 150 mg, 50 mg, por vía oral</i>	1	
<i>trazodone hcl, comprimidos de 300 mg, por vía oral</i>	1	
TRINTELLIX	1	ST; QL (30 de EA por 30 días)
<i>venlafaxine hcl</i>	1	
<i>venlafaxine hcl, cápsulas de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>	1	
<i>venlafaxine hcl, comprimidos de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>	1	
<i>vilazodone hcl</i>	1	ST; QL (30 de EA por 30 días)
<b>Tricíclicos</b>		
<i>amitriptyline hcl, por vía oral</i>	1	
<i>amoxapine</i>	1	
<i>clomipramine hcl, por vía oral</i>	1	
<i>desipramine hcl, por vía oral</i>	1	
<i>doxepin hcl, cápsulas, por vía oral</i>	1	
<i>doxepin hcl, concentrado, por vía oral</i>	1	
<i>imipramine hcl, por vía oral</i>	1	
<i>nortriptyline hcl, cápsulas, por vía oral</i>	1	

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>nortriptyline hcl, solución oral</i>	1	
<i>protriptyline hcl</i>	1	PA
<i>trimipramine maleate, por vía oral</i>	1	PA
<b>Antieméticos</b>		
<b>Antieméticos, otros</b>		
<i>meclizine hcl, comprimidos de 12.5 mg, 25 mg, por vía oral</i>	1	
<i>prochlorperazine</i>	1	
<i>prochlorperazine maleate, por vía oral</i>	1	
<i>promethazine hcl, comprimidos, por vía oral</i>	1	
<i>promethazine hcl, supositorios de 12.5 mg, 25 mg, por vía rectal</i>	1	
PROMETHEGAN, SUPOSITORIOS DE 25 MG, POR VÍA RECTAL	1	
<i>scopolamine</i>	1	
<b>Fármacos complementarios para la terapia emetogénica</b>		
<i>aprepitant, cápsulas, por vía oral</i>	1	PA; QL (6 de EA por 30 días)
<i>dronabinol</i>	1	B/D; QL (120 de EA por 30 días)
<i>granisetron hcl, por vía oral</i>	1	B/D
<i>ondansetron hcl, solución, por vía oral</i>	1	B/D
<i>ondansetron hcl, comprimidos de 4 mg, 8 mg, por vía oral</i>	1	B/D
<i>ondansetron, comprimidos dispersables de 4 mg, 8 mg, por vía oral</i>	1	B/D
<b>Antimicóticos</b>		
<b>Antimicóticos</b>		
ABELCET	1	B/D
<i>amphotericin b, por vía intravenosa</i>	1	B/D
<i>caspofungin acetate</i>	1	
<i>ciclopirox olamine, crema de uso tópico</i>	1	QL (180 GM por 30 días)
<i>ciclopirox olamine, suspensión de uso tópico</i>	1	QL (60 ML por 30 días)
<i>clotrimazole, crema de uso tópico</i>	1	QL (120 GM por 30 días)
<i>clotrimazole, solución de uso tópico</i>	1	

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>clotrimazole, comprimidos para chupar como tratamiento de lesiones en la boca y garganta</i>	1	
<i>econazole nitrate, de uso tópico</i>	1	QL (90 GM por 30 días)
<i>fluconazole in sodium chloride, solución de 200-0.9 mg/100 ml-%, 400-0.9 mg/200 ml-%, por vía intravenosa</i>	1	HI
<i>fluconazole, por vía oral</i>	1	
<i>flucytosine, por vía oral</i>	1*	
<i>griseofulvin microsize, comprimidos, por vía oral</i>	1	
<i>griseofulvin ultramicrosize, comprimidos de 125 mg, por vía oral</i>	1	
<i>griseofulvin ultramicrosize, comprimidos de 250 mg, por vía oral</i>	1	
<i>itraconazole, cápsulas, por vía oral</i>	1	
<i>ketoconazole, crema de uso tópico</i>	1	QL (180 GM por 30 días)
<i>ketoconazole, champú al 2 %, de uso tópico</i>	1	QL (120 ML por 30 días)
<i>ketoconazole, por vía oral</i>	1	
<i>miconazole 3, supositorios, por vía vaginal</i>	1	
NYAMYC	1	QL (60 GM por 30 días)
<i>nystatin, crema de uso tópico</i>	1	
<i>nystatin, ungüento de uso tópico</i>	1	
<i>nystatin, en polvo, de uso tópico</i>	1	QL (240 GM por 30 días)
<i>nystatin, tratamiento para la boca y garganta</i>	1	QL (700 ML por 30 días)
<i>nystatin, comprimidos, por vía oral</i>	1	
NYSTOP	1	QL (240 GM por 30 días)
<i>posaconazole, comprimidos de liberación retardada, por vía oral</i>	1*	QL (93 de EA por 30 días)
<i>terbinafine hcl, por vía oral</i>	1	
<i>terconazole, crema, por vía vaginal</i>	1	
<i>terconazole, supositorio, por vía vaginal</i>	1	
<i>voriconazole, por vía intravenosa</i>	1	PA
<i>voriconazole, suspensión reconstituida, por vía oral</i>	1*	
<i>voriconazole, comprimidos, por vía oral</i>	1	

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<b>Fármacos antigotosos</b>		
<b>Fármacos antigotosos</b>		
<i>allopurinol, comprimidos de 100 mg, 300 mg, por vía oral</i>	1	
<i>colchicine, comprimidos, por vía oral</i>	1	
<i>colchicine-probenecid</i>	1	
<i>febuxostat</i>	1	ST; QL (30 de EA por 30 días)
<i>probenecid, por vía oral</i>	1	
<b>Fármacos antimigrañosos</b>		
<b>Fármacos antagonistas de los receptores del péptido relacionado con el gen de la calcitonina (Cgrp)</b>		
AIMOVIG	1	PA; QL (1 ML por 30 días)
EMGALITY	1	PA; QL (2 ML por 30 días)
EMGALITY, DOSIS DE 300 MG	1	PA; QL (3 ML por 30 días)
NURTEC, COMPRIMIDOS DISPERSABLES DE 75 MG, POR VÍA ORAL	1	PA
NURTEC, COMPRIMIDOS DISPERSABLES DE 75 MG, POR VÍA ORAL	1	PA; QL (15 de EA por 30 días)
<b>Alcaloides ergóticos</b>		
<i>dihydroergotamine mesylate, por vía nasal</i>	1*	PA; QL (8 ML por 30 días)
<i>ergotamine-caffeine</i>	1	QL (40 de EA por 30 días)
<b>Fármacos agonistas del receptor de serotonina (5-Ht)</b>		
<i>eletriptan hydrobromide</i>	1	ST; QL (6 de EA por 30 días)
<i>naratriptan hcl</i>	1	QL (12 de EA por 30 días)
<i>rizatriptan benzoate</i>	1	QL (12 de EA por 30 días)
<i>sumatriptan, por vía nasal</i>	1	QL (12 de EA por 30 días)
<i>sumatriptan succinate, por vía oral</i>	1	QL (12 de EA por 30 días)
<i>sumatriptan succinate, solución en cartucho de reposición, por vía subcutánea</i>	1	QL (4 ML por 30 días)
<i>sumatriptan succinate, solución de 6 mg/0.5 ml, por vía subcutánea</i>	1	QL (4 ML por 30 días)
<i>sumatriptan succinate, solución en pluma autoinyectora, por vía subcutánea</i>	1	QL (4 ML por 30 días)
<i>zolmitriptan, por vía oral</i>	1	QL (12 de EA por 30 días)

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<b>Fármacos para el tratamiento de la miastenia</b>		
<b>Fármacos parasimpaticomiméticos</b>		
<i>guanidine hcl, por vía oral</i>	1	
<i>pyridostigmine bromide, de liberación prolongada</i>	1	
<i>pyridostigmine bromide, comprimidos de 60 mg, por vía oral</i>	1	
<b>Fármacos antimicobacterianos</b>		
<b>Fármacos antimicobacterianos, otros</b>		
<i>dapsone, por vía oral</i>	1	
PRIFTIN	1	
<i>rifabutin</i>	1	
<b>Fármacos antituberculosos</b>		
<i>ethambutol hcl, por vía oral</i>	1	
<i>isoniazid, en jarabe, por vía oral</i>	1	
<i>isoniazid, comprimidos, por vía oral</i>	1	
PRETOMANID	1	PA; QL (30 de EA por 30 días)
<i>pyrazinamide, por vía oral</i>	1	
<i>rifampin, por vía intravenosa</i>	1	
<i>rifampin, por vía oral</i>	1	
SIRTURO	1*	PA
TRECTOR	1	
<b>Fármacos antineoplásicos</b>		
<b>Fármacos alquilantes</b>		
<i>cyclophosphamide, cápsulas, por vía oral</i>	1	B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE, COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL	1	B/D
GLEOSTINE, CÁPSULAS DE 10 MG, 40 MG, POR VÍA ORAL	1	
GLEOSTINE, CÁPSULAS DE 100 MG, POR VÍA ORAL	1*	
LEUKERAN	1*	
MATULANE	1*	PA
VALCHLOR	1*	PA; LA; QL (60 GM por 30 días)

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<b>Fármacos antiandrógenos</b>		
<i>abiraterone acetate, comprimidos de 250 mg, por vía oral</i>	1*	PA; QL (120 de EA por 30 días)
<i>abiraterone acetate, comprimidos de 500 mg, por vía oral</i>	1*	PA; QL (60 de EA por 30 días)
<i>bicalutamide</i>	1	
ERLEADA, COMPRIMIDOS DE 240 MG, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (30 de EA por 30 días)
ERLEADA, COMPRIMIDOS DE 60 MG, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (120 de EA por 30 días)
<i>flutamide</i>	1	
<i>nilutamide</i>	1*	
NUBEQA	1*	PA; QL (120 de EA por 30 días)
<i>toremifene citrate</i>	1	
XTANDI, CÁPSULAS, POR VÍA ORAL	1*	PA; LA; QL (120 de EA por 30 días)
XTANDI, COMPRIMIDOS DE 40 MG, POR VÍA ORAL	1*	PA; LA; QL (120 de EA por 30 días)
XTANDI, COMPRIMIDOS DE 80 MG, POR VÍA ORAL	1*	PA; LA; QL (60 de EA por 30 días)
<b>Fármacos antiangiogénicos</b>		
<i>lenalidomide</i>	1*	PA; LA; QL (30 de EA por 30 días)
POMALYST	1*	PA; LA; QL (21 de EA por 28 días)
REVLIMID	1*	PA; LA; QL (30 de EA por 30 días)
THALOMID	1*	PA
<b>Fármacos antiestrógenos/moduladores</b>		
EMCYT	1*	
ORSERDU, COMPRIMIDOS DE 345 MG, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (30 de EA por 30 días)
ORSERDU, COMPRIMIDOS DE 86 MG, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (90 de EA por 30 días)
<i>raloxifene hcl</i>	1	

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.



Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
SOLTAMOX	1	
<i>tamoxifen citrate, por vía oral</i>	1	
<b>Fármacos antimetabolitos</b>		
DROXIA	1	
<i>hydroxyurea, por vía oral</i>	1	
INQOVI	1*	PA; QL (5 de EA por 28 días)
ONUREG	1*	PA; QL (14 de EA por 28 días)
PURIXAN	1*	PA
TABLOID	1	
<b>Fármacos antineoplásicos, otros</b>		
GAVRETO	1*	PA; QL (120 de EA por 30 días)
IDHIFA	1*	PA; QL (30 de EA por 30 días)
IWILFIN	1*	PA; QL (240 de EA por 30 días)
JYLAMVO	1	PA
KISQALI FEMARA, DOSIS DE 200 MG	1*	PA; QL (49 de EA por 28 días)
KISQALI FEMARA, DOSIS DE 400 MG	1*	PA; QL (70 de EA por 28 días)
KISQALI FEMARA, DOSIS DE 600 MG	1*	PA; QL (91 de EA por 28 días)
<i>krazati</i>	1*	PA; QL (180 de EA por 30 días)
LONSURF	1*	PA
LUMAKRAS, COMPRIMIDOS DE 120 MG, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (240 de EA por 30 días)
LUMAKRAS, COMPRIMIDOS DE 320 MG, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (90 de EA por 30 días)
LYNPARZA, COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (120 de EA por 30 días)
LYSODREN	1*	
OGSIVEO, COMPRIMIDOS DE 150 MG, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (56 de EA por 28 días)
OGSIVEO, COMPRIMIDOS DE 50 MG, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (180 de EA por 30 días)
<i>ojjaara</i>	1*	PA; QL (30 de EA por 30 días)
ORGOVYX	1*	PA; QL (30 de EA por 28 días)
RETEVMO, CÁPSULAS DE 40 MG, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (180 de EA por 30 días)
RETEVMO, CÁPSULAS DE 80 MG, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (120 de EA por 30 días)

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.



Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
TUKYSA, COMPRIMIDOS DE 150 MG, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (120 de EA por 30 días)
TUKYSA, COMPRIMIDOS DE 50 MG, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (60 de EA por 30 días)
WELIREG	1*	PA; QL (90 de EA por 30 días)
XPOVIO, CAJA DE COMPRIMIDOS DE 50 MG, DOSIS SEMANAL DE 100 MG, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (8 de EA por 28 días)
XPOVIO, CAJA DE COMPRIMIDOS DE 40 MG, DOSIS SEMANAL DE 40 MG, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (4 de EA por 28 días)
XPOVIO, CAJA DE COMPRIMIDOS DE 40 MG, 2 DOSIS SEMANALES DE 40 MG, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (8 de EA por 28 días)
XPOVIO, CAJA DE COMPRIMIDOS DE 60 MG, DOSIS SEMANAL DE 60 MG, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (4 de EA por 28 días)
XPOVIO, 2 DOSIS SEMANALES DE 60 MG	1*	PA; QL (24 de EA por 28 días)
XPOVIO, CAJA DE COMPRIMIDOS DE 40 MG, DOSIS SEMANAL DE 80 MG, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (8 de EA por 28 días)
XPOVIO, 2 DOSIS SEMANALES DE 80 MG	1*	PA; QL (32 de EA por 28 días)
ZOLINZA	1*	PA; QL (120 de EA por 30 días)
<b>Fármacos inhibidores de la aromatasa, 3.<sup>a</sup> generación</b>		
<i>anastrozole, por vía oral</i>	1	
<i>exemestane</i>	1	
<i>letrozole, por vía oral</i>	1	
<b>Fármacos inhibidores de dianas moleculares</b>		
AKEEGA	1*	PA; QL (60 de EA por 30 días)
ALECENSA	1*	PA
ALUNBRIG, COMPRIMIDOS DE 180 MG, 90 MG, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (30 de EA por 30 días)
ALUNBRIG, COMPRIMIDOS DE 30 MG, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (120 de EA por 30 días)
ALUNBRIG, CAJA DE COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (30 de EA por 30 días)
AUGTYRO	1*	PA; QL (240 de EA por 30 días)
AYVAKIT	1*	PA; QL (30 de EA por 30 días)
BALVERSA, COMPRIMIDOS DE 3 MG, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (90 de EA por 30 días)

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
BALVERSA, COMPRIMIDOS DE 4 MG, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (60 de EA por 30 días)
BALVERSA, COMPRIMIDOS DE 5 MG, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (30 de EA por 30 días)
BOSULIF, CÁPSULAS DE 100 MG, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (180 de EA por 30 días)
BOSULIF, CÁPSULAS DE 50 MG, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (30 de EA por 30 días)
BOSULIF, COMPRIMIDOS DE 100 MG, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (120 de EA por 30 días)
BOSULIF, COMPRIMIDOS DE 400 MG, 500 MG, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (30 de EA por 30 días)
BRAFTOVI, CÁPSULAS DE 75 MG, POR VÍA ORAL	1*	PA
BRUKINSA	1*	PA; QL (120 de EA por 30 días)
CABOMETYX	1*	PA; QL (30 de EA por 30 días)
CALQUENCE	1*	PA; QL (60 de EA por 30 días)
CAPRELSA, COMPRIMIDOS DE 100 MG, POR VÍA ORAL	1*	PA; LA; QL (60 de EA por 30 días)
CAPRELSA, COMPRIMIDOS DE 300 MG, POR VÍA ORAL	1*	PA; LA; QL (30 de EA por 30 días)
COMETRIQ, CAJA DE 80 Y 20 MG, DOSIS DIARIA DE 100 MG, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (56 de EA por 28 días)
COMETRIQ, CAJA DE 3 X 20 MG Y 80 MG, DOSIS DIARIA DE 140 MG, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (112 de EA por 28 días)
COMETRIQ, DOSIS DIARIA DE 60 MG	1*	PA; QL (84 de EA por 28 días)
COPIKTRA	1*	PA; QL (60 de EA por 30 días)
COTELLIC	1*	PA; LA
DAURISMO	1*	PA; QL (30 de EA por 30 días)
ERIVEDGE	1*	PA; LA
<i>erlotinib hcl, comprimidos de 100 mg, 150 mg, por vía oral</i>	1*	PA; QL (30 de EA por 30 días)
<i>erlotinib hcl, comprimidos de 25 mg, por vía oral</i>	1*	PA; QL (90 de EA por 30 días)
<i>everolimus, comprimidos de 10 mg, por vía oral</i>	1*	PA; QL (30 de EA por 30 días)
<i>everolimus, comprimidos solubles de 3 mg, 5 mg, por vía oral</i>	1*	PA
FOTIVDA	1*	PA; QL (30 de EA por 30 días)
FRUZAQLA, CÁPSULAS DE 1 MG, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (84 de EA por 28 días)

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
FRUZAQLA, CÁPSULAS DE 5 MG, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (21 de EA por 28 días)
<i>gefitinib</i>	1*	PA
GILOTRIF	1*	PA; QL (30 de EA por 30 días)
IBRANCE	1*	PA; QL (21 de EA por 28 días)
ICLUSIG	1*	PA; QL (30 de EA por 30 días)
<i>imatinib mesylate, comprimidos de 100 mg, por vía oral</i>	1*	PA; QL (180 de EA por 30 días)
<i>imatinib mesylate, comprimidos de 400 mg, por vía oral</i>	1*	PA; QL (60 de EA por 30 días)
IMBRUVICA, CÁPSULAS, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (30 de EA por 30 días)
IMBRUVICA, SUSPENSIÓN, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (216 ML por 30 días)
IMBRUVICA, COMPRIMIDOS DE 140 MG, 280 MG, 420 MG, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (30 de EA por 30 días)
INLYTA	1*	PA; LA; QL (180 de EA por 30 días)
INREBIC	1*	PA; QL (120 de EA por 30 días)
JAKAFI	1*	PA; LA; QL (60 de EA por 30 días)
JAYPIRCA	1*	PA; QL (60 de EA por 30 días)
KISQALI, DOSIS DE 200 MG	1*	PA; QL (63 de EA por 28 días)
KISQALI, DOSIS DE 400 MG	1*	PA; QL (63 de EA por 28 días)
KISQALI, DOSIS DE 600 MG	1*	PA; QL (63 de EA por 28 días)
KOSELUGO	1*	PA
<i>lapatinib ditosylate</i>	1*	PA
LENVIMA, DOSIS DIARIA DE 10 MG	1*	PA; LA; QL (30 de EA por 30 días)
LENVIMA, DOSIS DIARIA DE 12 MG	1*	PA; LA; QL (90 de EA por 30 días)
LENVIMA, DOSIS DIARIA DE 14 MG	1*	PA; LA; QL (60 de EA por 30 días)
LENVIMA, DOSIS DIARIA DE 18 MG	1*	PA; LA; QL (105 de EA por 30 días)
LENVIMA, DOSIS DIARIA DE 20 MG	1*	PA; LA; QL (60 de EA por 30 días)
LENVIMA, DOSIS DIARIA DE 24 MG	1*	PA; LA; QL (90 de EA por 30 días)

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
LENVIMA, DOSIS DIARIA DE 4 MG	1*	PA; LA; QL (30 de EA por 30 días)
LENVIMA, DOSIS DIARIA DE 8 MG	1*	PA; LA; QL (70 de EA por 30 días)
LORBRENA	1*	PA
LYTGOBI, DOSIS DIARIA DE 12 MG	1*	PA; LA; QL (140 de EA por 28 días)
LYTGOBI, DOSIS DIARIA DE 16 MG	1*	PA; LA; QL (140 de EA por 28 días)
LYTGOBI, DOSIS DIARIA DE 20 MG	1*	PA; LA; QL (140 de EA por 28 días)
MEKINIST, SOLUCIÓN RECONSTITUIDA, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (1170 ML por 28 días)
MEKINIST, COMPRIMIDOS DE 0.5 MG, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (90 de EA por 30 días)
MEKINIST, COMPRIMIDOS DE 2 MG, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (30 de EA por 30 días)
MEKTOVI	1*	PA
NERLYNX	1*	PA; QL (180 de EA por 30 días)
NINLARO	1*	PA; QL (3 de EA por 28 días)
ODOMZO	1*	PA; LA; QL (30 de EA por 30 días)
OJEMDA, SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (96 ML por 28 días)
OJEMDA, COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (24 de EA por 28 días)
<i>pazopanib hcl</i>	1*	PA
PEMAZYRE	1*	PA; QL (14 de EA por 21 días)
PIQRAY, DOSIS DIARIA DE 200 MG	1*	PA; QL (28 de EA por 28 días)
PIQRAY, DOSIS DIARIA DE 250 MG	1*	PA; QL (56 de EA por 28 días)
PIQRAY, DOSIS DIARIA DE 300 MG	1*	PA; QL (56 de EA por 28 días)
QINLOCK	1*	PA; QL (90 de EA por 30 días)
REZLIDHIA	1*	PA; QL (60 de EA por 30 días)
ROZLYTREK, CÁPSULAS DE 100 MG, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (150 de EA por 30 días)
ROZLYTREK, CÁPSULAS DE 200 MG, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (90 de EA por 30 días)
ROZLYTREK, CAJA, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (336 de EA por 28 días)

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
RUBRACA	1*	PA; QL (120 de EA por 30 días)
RYDAPT	1*	PA; QL (224 de EA por 28 días)
SCEMBLIX, COMPRIMIDOS DE 100 MG, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (120 de EA por 30 días)
SCEMBLIX, COMPRIMIDOS DE 20 MG, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (60 de EA por 30 días)
SCEMBLIX, COMPRIMIDOS DE 40 MG, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (300 de EA por 30 días)
<i>sorafenib tosylate</i>	1*	PA
SPRYCEL, COMPRIMIDOS DE 100 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (60 de EA por 30 días)
SPRYCEL, COMPRIMIDOS DE 140 MG, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (30 de EA por 30 días)
SPRYCEL, COMPRIMIDOS DE 20 MG, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (90 de EA por 30 días)
STIVARGA	1*	PA; LA; QL (84 de EA por 28 días)
<i>sunitinib malate</i>	1*	PA; QL (30 de EA por 30 días)
TABRECTA	1*	PA; QL (120 de EA por 30 días)
TAFINLAR, CÁPSULAS, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (120 de EA por 30 días)
TAFINLAR, COMPRIMIDOS SOLUBLES, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (840 de EA por 28 días)
TAGRISSO	1*	PA; LA; QL (30 de EA por 30 días)
TALZENNA	1*	PA; QL (30 de EA por 30 días)
TASIGNA	1*	PA; QL (120 de EA por 30 días)
TAZVERIK	1*	PA; QL (240 de EA por 30 días)
TEPMETKO	1*	PA; QL (60 de EA por 30 días)
TIBSOVO	1*	PA; QL (60 de EA por 30 días)
TRUQAP	1*	PA; QL (64 de EA por 28 días)
TURALIO, CÁPSULAS DE 125 MG, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (120 de EA por 30 días)
VANFLYTA	1*	PA
VENCLEXTA, COMPRIMIDOS DE 10 MG, POR VÍA ORAL	1	PA

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
VENCLEXTA, COMPRIMIDOS DE 100 MG, 50 MG, POR VÍA ORAL	1*	PA
VENCLEXTA, TRATAMIENTO INICIAL, CAJA	1*	PA
VERZENIO	1*	PA; QL (60 de EA por 30 días)
VITRAKVI, CÁPSULAS DE 100 MG, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (60 de EA por 30 días)
VITRAKVI, CÁPSULAS DE 25 MG, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (90 de EA por 30 días)
VITRAKVI, SOLUCIÓN, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (300 ML por 30 días)
VIZIMPRO	1*	PA
VONJO	1*	PA; QL (120 de EA por 30 días)
XALKORI, CÁPSULAS, POR VÍA ORAL	1*	PA; LA; QL (120 de EA por 30 días)
XALKORI, CÁPSULAS CON GRÁNULOS DISPERSABLES DE 150 MG, POR VÍA ORAL	1*	PA; LA; QL (180 de EA por 30 días)
XALKORI, CÁPSULAS CON GRÁNULOS DISPERSABLES DE 20 MG, 50 MG, POR VÍA ORAL	1*	PA; LA; QL (120 de EA por 30 días)
XOSPATA	1*	PA; QL (90 de EA por 30 días)
ZEJULA, COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (30 de EA por 30 días)
ZELBORAF	1*	PA; LA; QL (240 de EA por 30 días)
ZYDELIG	1*	PA; QL (60 de EA por 30 días)
ZYKADIA, COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL	1*	PA
<b>Fármacos retinoides</b>		
<i>bexarotene, de uso tópico</i>	1*	PA; QL (60 GM por 30 días)
<i>bexarotene, por vía oral</i>	1*	PA
<i>tretinoin, por vía oral</i>	1*	PA
<b>Fármacos complementarios al tratamiento</b>		
<i>leucovorin calcium, por vía oral</i>	1	
MESNEX, POR VÍA ORAL	1*	
<b>Fármacos antiparasitarios</b>		
<b>Fármacos antihelmínticos</b>		
<i>albendazole, por vía oral</i>	1*	
<i>ivermectin, por vía oral</i>	1	
<i>praziquantel, por vía oral</i>	1	

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<b>Fármacos antiprotozoarios</b>		
<i>atovaquone, por vía oral</i>	1	
<i>atovaquone-proguanil hcl</i>	1	
<i>chloroquine phosphate, por vía oral</i>	1	
COARTEM	1	QL (24 de EA por 30 días)
<i>hydroxychloroquine sulfate, comprimidos de 200 mg, por vía oral</i>	1	
IMPAVIDO	1*	PA; QL (84 de EA por 28 días)
KRINTAFEL	1	QL (8 de EA por 365 días)
<i>mefloquine hcl</i>	1	
<i>nitazoxanide, por vía oral</i>	1*	
<i>pentamidine isethionate, por inhalación</i>	1	B/D
<i>pentamidine isethionate, por vía inyectable</i>	1	
<i>primaquine phosphate, comprimidos de 26.3 (15 base) mg, por vía oral</i>	1	
<i>pyrimethamine, por vía oral</i>	1*	
<i>quinine sulfate, por vía oral</i>	1	
<b>Fármacos antiparkinsonianos</b>		
<b>Fármacos anticolinérgicos</b>		
<i>benztropine mesylate, por vía oral</i>	1	
<i>trihexyphenidyl hcl</i>	1	
<b>Fármacos antiparkinsonianos, otros</b>		
<i>amantadine hcl, cápsulas, por vía oral</i>	1	
<i>amantadine hcl, solución, por vía oral</i>	1	
<i>amantadine hcl, comprimidos, por vía oral</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone, comprimidos de 12.5-50-200 mg, 18.75-75-200 mg, 25-100-200 mg, 31.25-125-200 mg, 37.5-150-200 mg, 50-200-200 mg, por vía oral</i>	1	
<i>entacapone</i>	1	
<b>Fármacos agonistas dopaminérgicos</b>		
<i>bromocriptine mesylate, por vía oral</i>	1	
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	1	

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.



Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>ropinirole hcl</i>	1	
<i>ropinirole hcl, de liberación prolongada</i>	1	
<b>Precusores de dopamina E inhibidores de L-aminoácido aromático decarboxilasa</b>		
<i>carbidopa, por vía oral</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa, comprimidos de liberación prolongada de 25-100 mg, 50-200 mg, por vía oral</i>	1	
<b>Inhibidores de monoaminoxidasa B (Mao-B)</b>		
<i>rasagiline mesylate, por vía oral</i>	1	
<i>selegiline hcl, por vía oral</i>	1	
<b>Fármacos antipsicóticos</b>		
<b>de 1.ª generación/típicos</b>		
<i>chlorpromazine hcl, por vía oral</i>	1	
<i>fluphenazine decanoate, por vía inyectable</i>	1	
<i>fluphenazine hcl, por vía inyectable</i>	1	
<i>fluphenazine hcl, por vía oral</i>	1	
<i>haloperidol decanoate, por vía intramuscular</i>	1	
<i>haloperidol lactate, por vía inyectable</i>	1	
<i>haloperidol lactate, concentrado de 2 mg/ml, por vía oral</i>	1	
<i>haloperidol, por vía oral</i>	1	
<i>loxapine succinate, por vía oral</i>	1	
<i>molindone hcl</i>	1	
<i>perphenazine, por vía oral</i>	1	
<i>pimozide</i>	1	
<i>thioridazine hcl, por vía oral</i>	1	
<i>thiothixene, por vía oral</i>	1	
<i>trifluoperazine hcl, por vía oral</i>	1	
<b>de 2.ª generación/atípicos</b>		
<i>abilify asimtifii, jeringa precargada de 720 mg/2.4 ml, por vía intramuscular</i>	1*	QL (2.4 ML por 56 días)
<i>abilify asimtifii, jeringa precargada de 960 mg/3.2 ml, por vía intramuscular</i>	1*	QL (3.2 ML por 56 días)

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.



Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
ABILIFY MAINTENA, JERINGA PRECARGADA, POR VÍA INTRAMUSCULAR	1*	QL (1 de EA por 30 días)
ABILIFY MAINTENA, SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA DE LIBERACIÓN PROLONGADA, POR VÍA INTRAMUSCULAR	1*	QL (1 de EA por 30 días)
<i>aripiprazole, solución, por vía oral</i>	1	QL (750 ML por 30 días)
<i>aripiprazole, comprimidos, por vía oral</i>	1	QL (30 de EA por 30 días)
<i>aripiprazole, comprimidos dispersables, por vía oral</i>	1	PA; QL (60 de EA por 30 días)
<i>asenapine maleate</i>	1	PA; QL (60 de EA por 30 días)
CAPLYTA	1*	PA; QL (30 de EA por 30 días)
FANAPT	1*	PA; QL (60 de EA por 30 días)
FANAPT, PARA AJUSTE DE DOSIS, CAJA	1	PA
INVEGA HAFYERA, SUSPENSIÓN DE 1092 MG/3.5 ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA INTRAMUSCULAR	1*	QL (3.5 ML por 180 días)
INVEGA HAFYERA, SUSPENSIÓN DE 1560 MG/5 ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA INTRAMUSCULAR	1*	QL (5 ML por 180 días)
INVEGA SUSTENNA, SUSPENSIÓN DE 117 MG/0.75 ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA INTRAMUSCULAR	1*	QL (0.75 ML por 30 días)
INVEGA SUSTENNA, SUSPENSIÓN DE 156 MG/ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA INTRAMUSCULAR	1*	QL (1 ML por 30 días)
INVEGA SUSTENNA, SUSPENSIÓN DE 234 MG/1.5 ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA INTRAMUSCULAR	1*	QL (1.5 ML por 30 días)
INVEGA SUSTENNA, SUSPENSIÓN DE 39 MG/0.25 ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA INTRAMUSCULAR	1	QL (0.25 ML por 30 días)
INVEGA SUSTENNA, SUSPENSIÓN DE 78 MG/0.5 ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA INTRAMUSCULAR	1*	QL (0.5 ML por 30 días)
INVEGA TRINZA, SUSPENSIÓN DE 273 MG/0.88 ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA INTRAMUSCULAR	1*	QL (0.88 ML por 90 días)

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
INVEGA TRINZA, SUSPENSIÓN DE 410 MG/1.32 ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA INTRAMUSCULAR	1*	QL (1.32 ML por 90 días)
INVEGA TRINZA, SUSPENSIÓN DE 546 MG/1.75 ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA INTRAMUSCULAR	1*	QL (1.75 ML por 90 días)
INVEGA TRINZA, SUSPENSIÓN DE 819 MG/2.63 ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA INTRAMUSCULAR	1*	QL (2.63 ML por 90 días)
<i>lurasidone hcl</i>	1	QL (30 de EA por 30 días)
NUPLAZID, CÁPSULAS, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (30 de EA por 30 días)
NUPLAZID, COMPRIMIDOS DE 10 MG, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (30 de EA por 30 días)
<i>olanzapine, por vía intramuscular</i>	1	QL (30 de EA por 30 días)
<i>olanzapine, comprimidos de 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, por vía oral</i>	1	QL (60 de EA por 30 días)
<i>olanzapine, comprimidos de 15 mg, 20 mg, 7.5 mg, por vía oral</i>	1	QL (30 de EA por 30 días)
<i>olanzapine, comprimidos dispersables, por vía oral</i>	1	QL (30 de EA por 30 días)
<i>paliperidone, comprimidos de 1.5 mg, 3 mg, 9 mg, de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>	1	ST; QL (30 de EA por 30 días)
<i>paliperidone, comprimidos de 6 mg, de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>	1	ST; QL (60 de EA por 30 días)
<i>quetiapine fumarate, comprimidos de 150 mg, 200 mg, 50 mg, de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>	1	QL (30 de EA por 30 días)
<i>quetiapine fumarate, comprimidos de 300 mg, 400 mg, de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>	1	QL (60 de EA por 30 días)
<i>quetiapine fumarate, comprimidos de 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg, por vía oral</i>	1	
REXULTI	1*	PA; QL (30 de EA por 30 días)
<i>risperidone, suspensión reconstituida de 12.5 mg, de liberación prolongada, por vía intramuscular</i>	1	QL (2 de EA por 28 días)
<i>risperidone, suspensión reconstituida de 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, de liberación prolongada, por vía intramuscular</i>	1*	QL (2 de EA por 28 días)

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>risperidone en microesferas, suspensión reconstituida de 12.5 mg, de liberación prolongada, por vía intramuscular</i>	1	QL (2 de EA por 28 días)
<i>risperidone en microesferas, suspensión reconstituida de 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, de liberación prolongada, por vía intramuscular</i>	1*	QL (2 de EA por 28 días)
<i>risperidone, solución, por vía oral</i>	1	
<i>risperidone, comprimidos, por vía oral</i>	1	
<i>risperidone, comprimidos dispersables, por vía oral</i>	1	
SECUADO	1*	PA; QL (30 de EA por 30 días)
<i>uzedy, suspensión de 100 mg/0.28 ml en jeringa precargada, por vía subcutánea</i>	1*	QL (0.28 ML por 30 días)
<i>uzedy, suspensión de 125 mg/0.35 ml en jeringa precargada, por vía subcutánea</i>	1*	QL (0.35 ML por 30 días)
<i>uzedy, suspensión de 150 mg/0.42 ml en jeringa precargada, por vía subcutánea</i>	1*	QL (0.42 ML por 60 días)
<i>uzedy, suspensión de 200 mg/0.56 ml en jeringa precargada, por vía subcutánea</i>	1*	QL (0.56 ML por 60 días)
<i>uzedy, suspensión de 250 mg/0.7 ml en jeringa precargada, por vía subcutánea</i>	1*	QL (0.7 ML por 60 días)
<i>uzedy, suspensión de 50 mg/0.14 ml en jeringa precargada, por vía subcutánea</i>	1*	QL (0.14 ML por 30 días)
<i>uzedy, suspensión de 75 mg/0.21 ml en jeringa precargada, por vía subcutánea</i>	1*	QL (0.21 ML por 30 días)
VRAYLAR, CÁPSULAS, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (30 de EA por 30 días)
<i>ziprasidone hcl</i>	1	QL (60 de EA por 30 días)
<i>ziprasidone mesylate</i>	1	
ZYPREXA RELPREVV, SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA DE 210 MG, POR VÍA INTRAMUSCULAR	1	QL (2 de EA por 30 días)
ZYPREXA RELPREVV, SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA DE 300 MG, POR VÍA INTRAMUSCULAR	1*	QL (2 de EA por 30 días)
ZYPREXA RELPREVV, SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA DE 405 MG, POR VÍA INTRAMUSCULAR	1*	QL (1 de EA por 30 días)

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<b>Fármacos para pacientes con resistencia al tratamiento</b>		
<i>clozapine, comprimidos, por vía oral</i>	1	
<i>clozapine, comprimidos dispersables, por vía oral</i>	1	
VERSACLOZ	1*	PA; QL (540 ML por 30 días)
<b>Fármacos antiespásticos</b>		
<b>Fármacos antiespásticos</b>		
<i>baclofen, comprimidos de 10 mg, 20 mg, por vía oral</i>	1	
<i>baclofen, comprimidos de 5 mg, por vía oral</i>	1	
<i>dantrolene sodium, por vía oral</i>	1	
<i>tizanidine hcl, comprimidos, por vía oral</i>	1	
<b>Fármacos antivirales</b>		
<b>Fármacos contra el citomegalovirus (Cmv)</b>		
LIVTENCITY	1*	PA; QL (336 de EA por 28 días)
PREVYMIS, POR VÍA ORAL	1*	PA
<i>valganciclovir hcl, comprimidos, por vía oral</i>	1	
<b>Fármacos contra la hepatitis B (Hbv)</b>		
<i>adefovir dipivoxil</i>	1	
<i>entecavir</i>	1	
<i>lamivudine</i>	1	
<b>Fármacos contra la hepatitis C (Hcv)</b>		
<i>ledipasvir-sofosbuvir</i>	1*	PA; QL (28 de EA por 28 días)
MAVYRET, CAJA, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (140 de EA por 28 días)
MAVYRET, COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (84 de EA por 28 días)
<i>ribavirin, cápsulas, por vía oral</i>	1	
<i>ribavirin, comprimidos de 200 mg, por vía oral</i>	1	
<i>sofosbuvir-velpatasvir</i>	1*	PA; QL (28 de EA por 28 días)
<b>Fármacos antiherpéticos</b>		
<i>acyclovir, cápsulas, por vía oral</i>	1	
<i>acyclovir, comprimidos, por vía oral</i>	1	
<i>acyclovir sodium, solución, por vía intravenosa</i>	1	B/D
<i>famciclovir, por vía oral</i>	1	

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>valacyclovir hcl, por vía oral</i>	1	
<b>Fármacos antirretrovíricos, inhibidores de la transferencia de la cadena de integrasa (Insti)</b>		
APRETUDE	1*	QL (21 ML por 365 días)
BIKTARVY	1*	QL (30 de EA por 30 días)
DOVATO	1*	QL (30 de EA por 30 días)
GENVOYA	1*	QL (30 de EA por 30 días)
ISENTRESS HD	1*	QL (60 de EA por 30 días)
ISENTRESS, CAJA, POR VÍA ORAL	1	QL (300 de EA por 30 días)
ISENTRESS, COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL	1*	QL (120 de EA por 30 días)
ISENTRESS, TABLETAS MASTICABLES DE 100 MG, POR VÍA ORAL	1*	QL (180 de EA por 30 días)
ISENTRESS, TABLETAS MASTICABLES DE 25 MG, POR VÍA ORAL	1	QL (180 de EA por 30 días)
STRIBILD	1*	QL (30 de EA por 30 días)
SYMTUZA	1*	QL (30 de EA por 30 días)
TIVICAY, COMPRIMIDOS DE 10 MG, POR VÍA ORAL	1	QL (30 de EA por 30 días)
TIVICAY, COMPRIMIDOS DE 25 MG, POR VÍA ORAL	1*	QL (30 de EA por 30 días)
TIVICAY, COMPRIMIDOS DE 50 MG, POR VÍA ORAL	1*	QL (60 de EA por 30 días)
TIVICAY PD	1	QL (180 de EA por 30 días)
<b>Fármacos antirretrovíricos, inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa (Nrti)</b>		
COMPLERA	1*	QL (30 de EA por 30 días)
EDURANT	1*	QL (30 de EA por 30 días)
<i>efavirenz, comprimidos, por vía oral</i>	1	
<i>etravirine</i>	1*	
INTELENCE, COMPRIMIDOS DE 25 MG, POR VÍA ORAL	1	QL (120 de EA por 30 días)
<i>nevirapine, comprimidos de 100 mg, de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>	1	QL (60 de EA por 30 días)
<i>nevirapine, comprimidos de 400 mg, de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>	1	QL (30 de EA por 30 días)
<i>nevirapine, suspensión, por vía oral</i>	1	QL (1200 ML por 30 días)
<i>nevirapine, comprimidos, por vía oral</i>	1	QL (60 de EA por 30 días)
PIFELTRO	1*	QL (30 de EA por 30 días)

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<b>Fármacos antirretrovíricos, inhibidores nucleósidos y nucleótidos de la transcriptasa inversa (Nrti)</b>		
<i>abacavir sulfate, solución, por vía oral</i>	1	
<i>abacavir sulfate, comprimidos, por vía oral</i>	1	
<i>abacavir sulfate-lamivudine</i>	1	
<i>abacavir-lamivudine-zidovudine</i>	1*	
CIMDUO	1*	QL (30 de EA por 30 días)
DELSTRIGO	1*	QL (30 de EA por 30 días)
DESCOVY	1*	QL (30 de EA por 30 días)
<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df</i>	1*	QL (30 de EA por 30 días)
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir</i>	1*	QL (30 de EA por 30 días)
<i>emtricitabine</i>	1	
<i>emtricitabine-tenofovir df, comprimidos de 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg, por vía oral</i>	1*	QL (30 de EA por 30 días)
<i>emtricitabine-tenofovir df, comprimidos de 200-300 mg, por vía oral</i>	1	QL (30 de EA por 30 días)
EMTRIVA, SOLUCIÓN, POR VÍA ORAL	1	
JULUCA	1*	QL (30 de EA por 30 días)
<i>lamivudine-zidovudine</i>	1	
ODEFSEY	1*	QL (30 de EA por 30 días)
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	1	
VIREAD, EN POLVO, POR VÍA ORAL	1*	QL (240 GM por 30 días)
VIREAD, COMPRIMIDOS DE 150 MG, 200 MG, 250 MG, POR VÍA ORAL	1*	QL (30 de EA por 30 días)
<i>zidovudine</i>	1	
<b>Fármacos antirretrovíricos, otros</b>		
FUZEON, SOLUCIÓN RECONSTITUIDA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	1*	
<i>maraviroc, comprimidos de 150 mg, por vía oral</i>	1*	QL (60 de EA por 30 días)
<i>maraviroc, comprimidos de 300 mg, por vía oral</i>	1*	QL (120 de EA por 30 días)
RUKOBIA	1*	QL (60 de EA por 30 días)
SELZENTRY, SOLUCIÓN, POR VÍA ORAL	1*	QL (1800 ML por 30 días)
SELZENTRY, COMPRIMIDOS DE 25 MG, POR VÍA ORAL	1	QL (240 de EA por 30 días)

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.



Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
SELZENTRY, COMPRIMIDOS DE 75 MG, POR VÍA ORAL	1*	QL (120 de EA por 30 días)
SUNLENCA, CAJA DE COMPRIMIDOS DE 4 X 300 MG, POR VÍA ORAL	1*	QL (8 de EA por 365 días)
SUNLENCA, CAJA DE COMPRIMIDOS DE 5 X 300 MG, POR VÍA ORAL	1*	QL (10 de EA por 365 días)
SUNLENCA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	1*	QL (3 ML por 180 días)
TRIUMEQ	1*	QL (30 de EA por 30 días)
TRIUMEQ PD	1	QL (180 de EA por 30 días)
TYBOST	1	QL (30 de EA por 30 días)
<b>Fármacos antirretrovíricos, inhibidores de la proteasa</b>		
APTIVUS, CÁPSULAS, POR VÍA ORAL	1*	
APTIVUS, SOLUCIÓN, POR VÍA ORAL	1	
<i>atazanavir sulfate</i>	1	
<i>darunavir, comprimidos de 600 mg, por vía oral</i>	1*	QL (60 de EA por 30 días)
<i>darunavir, comprimidos de 800 mg, por vía oral</i>	1*	QL (30 de EA por 30 días)
EVOTAZ	1*	QL (30 de EA por 30 días)
<i>fosamprenavir calcium</i>	1*	
<i>lopinavir-ritonavir</i>	1	
NORVIR, CAJA, POR VÍA ORAL	1	
PREZCOBIX	1*	QL (30 de EA por 30 días)
PREZISTA, SUSPENSIÓN, POR VÍA ORAL	1*	QL (400 ML por 30 días)
PREZISTA, COMPRIMIDOS DE 150 MG, POR VÍA ORAL	1	QL (240 de EA por 30 días)
PREZISTA, COMPRIMIDOS DE 75 MG, POR VÍA ORAL	1	QL (480 de EA por 30 días)
REYATAZ, CAJA, POR VÍA ORAL	1*	
RITONAVIR	1	
VIRACEPT, COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL	1*	
<b>Fármacos antigripales</b>		
<i>oseltamivir phosphate, cápsulas, por vía oral</i>	1	
<i>oseltamivir phosphate, suspensión reconstituida, por vía oral</i>	1	

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.



Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
RELENZA DISKHALER, POLVO DE AEROSOL ACTIVADO CON EL ALIENTO DE 5 MG/ACT, POR INHALACIÓN	1	
<i>rimantadine hcl</i>	1	
XOFLUZA, CAJA DE COMPRIMIDOS DE 1 X 40 MG, DOSIS DE 40 MG, POR VÍA ORAL	1	QL (4 de EA por 365 días)
XOFLUZA, CAJA DE COMPRIMIDOS DE 1 X 80 MG, DOSIS DE 80 MG, POR VÍA ORAL	1	QL (2 de EA por 365 días)
XOFLUZA, CAJA DE COMPRIMIDOS DE 2 X 40 MG, DOSIS DE 80 MG, POR VÍA ORAL	1	QL (4 de EA por 365 días)
<b>Fármacos antivirales, fármacos contra el coronavirus</b>		
PAXLOVID (150/100)	1	QL (40 de EA por 180 días)
PAXLOVID (300/100)	1	QL (60 de EA por 180 días)
<b>Fármacos ansiolíticos</b>		
<b>Fármacos ansiolíticos, otros</b>		
<i>bupirone hcl, por vía oral</i>	1	
<i>hydroxyzine pamoate, cápsulas de 25 mg, 50 mg, por vía oral</i>	1	
<b>Benzodiazepinas</b>		
<i>alprazolam, comprimidos, por vía oral</i>	1	QL (150 de EA por 30 días)
<i>chlordiazepoxide hcl</i>	1	
<i>clonazepam, comprimidos de 0.5 mg, 1 mg, por vía oral</i>	1	QL (90 de EA por 30 días)
<i>clonazepam, comprimidos de 2 mg, por vía oral</i>	1	QL (300 de EA por 30 días)
<i>clonazepam, comprimidos dispersables de 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, por vía oral</i>	1	QL (90 de EA por 30 días)
<i>clonazepam, comprimidos dispersables de 2 mg, por vía oral</i>	1	QL (300 de EA por 30 días)
<i>clorazepate dipotassium, comprimidos de 15 mg, 3.75 mg, por vía oral</i>	1	QL (180 de EA por 30 días)
<i>clorazepate dipotassium, comprimidos de 7.5 mg, por vía oral</i>	1	QL (360 de EA por 30 días)
<i>diazepam intensol</i>	1	QL (240 ML por 30 días)
<i>diazepam, solución de 5 mg/5 ml, por vía oral</i>	1	QL (1200 ML por 30 días)
<i>diazepam, comprimidos, por vía oral</i>	1	QL (120 de EA por 30 días)

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
LORAZEPAM INTENSOL	1	QL (150 ML por 30 días)
<i>lorazepam, comprimidos, por vía oral</i>	1	QL (150 de EA por 30 días)
<b>Fármacos para el trastorno bipolar</b>		
<b>Fármacos estabilizadores del estado de ánimo</b>		
<i>carbamazepine, cápsulas de liberación prolongada hasta 12 horas, por vía oral</i>	1	
<i>divalproex sodium, comprimidos de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>	1	
<i>divalproex sodium, cápsulas con gránulos dispersables de liberación retardada, por vía oral</i>	1	
<i>divalproex sodium, comprimidos de liberación retardada, por vía oral</i>	1	
<i>lithium</i>	1	
<i>lithium carbonate, de liberación prolongada</i>	1	
<i>lithium carbonate, por vía oral</i>	1	
<b>Reguladores de la glucosa en sangre</b>		
<b>Fármacos antidiabéticos</b>		
<i>acarbose, por vía oral</i>	1	
CYCLOSET	1	
FARXIGA	1	QL (30 de EA por 30 días)
<i>glimepiride</i>	1	
<i>glipizide, de liberación prolongada</i>	1	
<i>glipizide, comprimidos de 10 mg, 5 mg, por vía oral</i>	1	
<i>glipizide-metformin hcl</i>	1	
GLIXAMBI	1	QL (30 de EA por 30 días)
GVOKE HYPOPEN, CAJA DE 2	1	
GVOKE, KIT	1	
GVOKE PFS, SOLUCIÓN DE 1 MG/0.2 ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	1	
JANUMET	1	QL (60 de EA por 30 días)
JANUMET XR, COMPRIMIDOS DE 100-1000 MG, DE LIBERACIÓN PROLONGADA HASTA 24 HORAS, POR VÍA ORAL	1	QL (30 de EA por 30 días)

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
JANUMET XR, COMPRIMIDOS DE 50-1000 MG, 50-500 MG, DE LIBERACIÓN PROLONGADA HASTA 24 HORAS, POR VÍA ORAL	1	QL (60 de EA por 30 días)
JANUVIA	1	QL (30 de EA por 30 días)
JARDIANCE	1	QL (30 de EA por 30 días)
JENTADUETO	1	QL (60 de EA por 30 días)
JENTADUETO XR	1	QL (30 de EA por 30 días)
<i>metformin hcl, de liberación prolongada</i>	1	
<i>metformin hcl, comprimidos de 1000 mg, 500 mg, 850 mg, por vía oral</i>	1	
<i>mioglitol</i>	1	
MOUNJARO	1	PA; QL (2 ML por 28 días)
<i>nateglinide</i>	1	
OZEMPIC, SOLUCIÓN DE 2 MG/3 ML, DOSIS DE 0.25 MG O 0.5 MG, EN PLUMA INYECTORA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	1	PA; QL (3 ML por 28 días)
OZEMPIC, SOLUCIÓN DE 4 MG/3 ML, DOSIS DE 1 MG, EN PLUMA INYECTORA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	1	PA; QL (3 ML por 28 días)
OZEMPIC, DOSIS DE 2 MG	1	PA; QL (3 ML por 28 días)
<i>pioglitazone hcl</i>	1	
<i>pioglitazone hcl-glimepiride</i>	1	
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl</i>	1	
<i>repaglinide</i>	1	
RYBELSUS	1	PA; QL (30 de EA por 30 días)
<i>saxagliptin hcl</i>	1	ST; QL (30 de EA por 30 días)
<i>saxagliptin-metformin, comprimidos de 2.5-1000 mg, de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>	1	ST; QL (60 de EA por 30 días)
<i>saxagliptin-metformin, comprimidos de 5-1000 mg, 5-500 mg, de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>	1	ST; QL (30 de EA por 30 días)
SYMLINPEN 120, SOLUCIÓN EN PLUMA INYECTORA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	1*	ST; QL (10.8 ML por 30 días)
SYMLINPEN 60, SOLUCIÓN EN PLUMA INYECTORA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	1*	ST; QL (6 ML por 30 días)

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
SINAJARDY	1	QL (60 de EA por 30 días)
SYNJARDY XR, COMPRIMIDOS DE 10-1000 MG, 25-1000 MG, DE LIBERACIÓN PROLONGADA HASTA 24 HORAS, POR VÍA ORAL	1	QL (30 de EA por 30 días)
SYNJARDY XR, COMPRIMIDOS DE 12.5-1000 MG, 5-1000 MG, DE LIBERACIÓN PROLONGADA HASTA 24 HORAS, POR VÍA ORAL	1	QL (60 de EA por 30 días)
TRADJENTA	1	QL (30 de EA por 30 días)
TRIJARDY XR, COMPRIMIDOS DE 10-5-1000 MG, 25-5-1000 MG, DE LIBERACIÓN PROLONGADA HASTA 24 HORAS, POR VÍA ORAL	1	QL (30 de EA por 30 días)
TRIJARDY XR, COMPRIMIDOS DE 12.5-2.5-1000 MG, 5-2.5-1000 MG, DE LIBERACIÓN PROLONGADA HASTA 24 HORAS, POR VÍA ORAL	1	QL (60 de EA por 30 días)
TRULICITY	1	PA; QL (2 ML por 28 días)
XIGDUO XR, COMPRIMIDOS DE 10-1000 MG, 10-500 MG, 5-500 MG, DE LIBERACIÓN PROLONGADA HASTA 24 HORAS, POR VÍA ORAL	1	QL (30 de EA por 30 días)
XIGDUO XR, COMPRIMIDOS DE 2.5-1000 MG, 5-1000 MG, DE LIBERACIÓN PROLONGADA HASTA 24 HORAS, POR VÍA ORAL	1	QL (60 de EA por 30 días)
<b>Fármacos para el control glucémico</b>		
BAQSIMI, CAJA CON UN DISPOSITIVO	1	
BAQSIMI, CAJA CON DOS DISPOSITIVOS	1	
<i>diazoxide, por vía oral</i>	1*	
<i>glucagon, kit para emergencias, por vía inyectable</i>	1	
<i>mifepristone, comprimidos de 300 mg, por vía oral</i>	1*	PA; QL (120 de EA por 30 días)
<b>Insulinas</b>		
<i>assure id, jeringa de insulina de 29g x 1/2" 1 ml, con aguja de seguridad incorporada</i>	1	PA
BD AUTOSHIELD DUO	1	PA
BD U/F MICRO, AGUJAS PARA PLUMA	1	PA
BD U/F MINI, AGUJAS PARA PLUMA	1	PA
BD NANO 2ND GEN, AGUJAS PARA PLUMA	1	PA
BD NANO U/F, AGUJAS PARA PLUMA	1	PA

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
BD ORIGINAL U/F, AGUJAS PARA PLUMA	1	PA
BD SHORT U/F, AGUJAS PARA PLUMA	1	PA
<i>comfort assist, jeringa de insulina de 29g x 1/2" 1 ml</i>	1	PA
<i>cvs, apósitos de gasa estéril de 2"X2"</i>	1	PA
<i>exel comfort, agujas para pluma de 29g x 12mm</i>	1	PA
HUMALOG, POR VÍA INYECTABLE	1	
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	1	
HUMALOG KWIKPEN, SOLUCIÓN EN PLUMA INYECTORA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	1	
HUMALOG MIX 50/50	1	
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN, SUSPENSIÓN EN PLUMA INYECTORA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	1	
HUMALOG MIX 75/25	1	
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN, SUSPENSIÓN EN PLUMA INYECTORA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	1	
HUMALOG, SOLUCIÓN EN CARTUCHO, POR VÍA SUBCUTÁNEA	1	
HUMULIN 70/30	1	
HUMULIN 70/30 KWIKPEN, SUSPENSIÓN EN PLUMA INYECTORA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	1	
HUMULIN N	1	
HUMULIN N KWIKPEN, SUSPENSIÓN EN PLUMA INYECTORA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	1	
HUMULIN R	1	
HUMULIN R U-500, CONCENTRADO	1	
HUMULIN R U-500 KWIKPEN, SOLUCIÓN EN PLUMA INYECTORA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	1*	
<i>insulin asp prot y asp flexpen</i>	1	
<i>insulin aspart, flexpen</i>	1	PA
<i>insulin aspart, por vía inyectable</i>	1	PA
<i>insulin aspart, penfill</i>	1	PA
<i>insulin aspart prot y aspart</i>	1	PA
<i>insulin glargine-yfgn</i>	1	

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>insulin lispro, por vía inyectable</i>	1	
LANTUS	1	
LANTUS SOLOSTAR, SOLUCIÓN EN PLUMA INYECTORA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	1	
LYUMJEV	1	
LYUMJEV KWIKPEN	1	
NOVOFINE, AGUJAS PARA PLUMA	1	PA
NOVOFINE PLUS, AGUJAS PARA PLUMA	1	PA
NOVOTWIST, AGUJAS PARA PLUMA	1	PA
<i>preferred plus, jeringa de insulina de 28 g x 1/2" 0.5 ml</i>	1	PA
<i>reli-on, jeringa de insulina de 29g 0.3 ml</i>	1	PA
SOLIQUA	1	QL (15 ML por 25 días)
TOUJEO MAX SOLOSTAR	1	
TOUJEO SOLOSTAR	1	
KIT V-GO 20, 20 UNIDADES/24 HORAS	1	
KIT V-GO 30, 30 UNIDADES/24 HORAS	1	
KIT V-GO 40, 40 UNIDADES/24 HORAS	1	
<b>Hemoderivados y biomoduladores</b>		
<b>Anticoagulantes</b>		
<i>dabigatran etexilate mesylate</i>	1	QL (60 de EA por 30 días)
ELIQUIS	1	QL (74 de EA por 30 días)
ELIQUIS DVT/PE, TRATAMIENTO INICIAL, CAJA DE COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL	1	QL (74 de EA por 30 días)
<i>enoxaparin sodium, solución de 100 mg/ml, 150 mg/ml en jeringa precargada, por vía inyectable</i>	1	QL (60 ML por 30 días)
<i>enoxaparin sodium, solución de 120 mg/0.8 ml, 80 mg/0.8 ml en jeringa precargada, por vía inyectable</i>	1	QL (48 ML por 30 días)
<i>enoxaparin sodium, solución de 30 mg/0.3 ml en jeringa precargada, por vía inyectable</i>	1	QL (18 ML por 30 días)
<i>enoxaparin sodium, solución de 40 mg/0.4 ml en jeringa precargada, por vía inyectable</i>	1	QL (24 ML por 30 días)
<i>enoxaparin sodium, solución de 60 mg/0.6 ml en jeringa precargada, por vía inyectable</i>	1	QL (36 ML por 30 días)

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>fondaparinux sodium, solución de 10 mg/0.8 ml, por vía subcutánea</i>	1*	QL (24 ML por 30 días)
<i>fondaparinux sodium, solución de 2.5 mg/0.5 ml, por vía subcutánea</i>	1	QL (15 ML por 30 días)
<i>fondaparinux sodium, solución de 5 mg/0.4 ml, por vía subcutánea</i>	1*	QL (12 ML por 30 días)
<i>fondaparinux sodium, solución de 7.5 mg/0.6 ml, por vía subcutánea</i>	1*	QL (18 ML por 30 días)
FRAGMIN, SOLUCIÓN DE 10000 UNIDADES/ML, 7500 UNIDADES/0.3 ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	1*	
FRAGMIN, SOLUCIÓN DE 2500 UNIT/0.2 ML, 5000 UNIT/0.2 ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	1	
<i>heparin sodium (porcine), solución de 1000 unidades/ml, 10000 unidades/ml, 20000 unidades/ml, 5000 unidades/ml, por vía inyectable</i>	1	HI
<i>jantoven</i>	1	
<i>warfarin sodium, por vía oral</i>	1	
XARELTO, SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA, POR VÍA ORAL	1	QL (620 ML por 30 días)
XARELTO, COMPRIMIDOS DE 10 MG, 20 MG, POR VÍA ORAL	1	QL (30 de EA por 30 días)
XARELTO, COMPRIMIDOS DE 15 MG, 2.5 MG, POR VÍA ORAL	1	QL (60 de EA por 30 días)
XARELTO, TRATAMIENTO INICIAL, CAJA	1	QL (51 de EA por 30 días)
<b>Hemoderivados y biomoduladores, otros</b>		
<i>anagrelide hcl</i>	1	
FABHALTA	1*	PA; QL (60 de EA por 30 días)
NIVESTYM, SOLUCIÓN EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA INYECTABLE	1*	PA
NYVEPRIA	1*	
PROCRIT, SOLUCIÓN DE 10000 UNIDADES/ML, 2000 UNIDADES/ML, 3000 UNIDADES/ML, 4000 UNIDADES/ML, POR VÍA INYECTABLE	1	B/D

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.



Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
PROCRIT, SOLUCIÓN DE 20000 UNIDADES/ML, 40000 UNIDADES/ML, POR VÍA INYECTABLE	1*	B/D
PROMACTA, CAJA, 12.5 MG, POR VÍA ORAL	1*	PA; LA; QL (30 de EA por 30 días)
PROMACTA, CAJA, 25 MG, POR VÍA ORAL	1*	PA; LA; QL (180 de EA por 30 días)
PROMACTA, COMPRIMIDOS DE 12.5 MG Y 25 MG, POR VÍA ORAL	1*	PA; LA; QL (30 de EA por 30 días)
PROMACTA, COMPRIMIDOS DE 50 MG Y 75 MG, POR VÍA ORAL	1*	PA; LA; QL (60 de EA por 30 días)
PIRUKYND	1*	PA; QL (56 de EA por 28 días)
PYRUKYND, CAJA PARA DISMINUCIÓN GRADUAL DE DOSIS	1*	PA; QL (56 de EA por 28 días)
RETACRIT, SOLUCIÓN DE 10000 UNIDADES/ML, 10000 UNIDADES/ML(1 ML), 2000 UNIDADES/ML, 20000 UNIDADES/ML, 3000 UNIDADES/ML, 4000 UNIDADES/ML, 40000 UNIDADES/ML, POR VÍA INYECTABLE	1	B/D
VOYDEYA	1*	PA; QL (180 de EA por 30 días)
<b>Fármacos hemostáticos</b>		
<i>tranexamic acid, por vía oral</i>	1	
<b>Fármacos antiagregantes plaquetarios</b>		
<i>aspirin-dipyridamole, de liberación prolongada</i>	1	
BRILINTA	1	QL (60 de EA por 30 días)
<i>cilostazol</i>	1	
<i>clopidogrel bisulfate, comprimidos de 75 mg, por vía oral</i>	1	
<i>prasugrel hcl</i>	1	
<b>Fármacos cardiovasculares</b>		
<b>Fármacos agonistas adrenérgicos alfa</b>		
<i>clonidine</i>	1	
<i>clonidine hcl, por vía oral</i>	1	
<i>droxidopa</i>	1*	PA
<i>guanfacine hcl, por vía oral</i>	1	
<i>midodrine hcl</i>	1	

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<b>Fármacos bloqueadores alfa adrenérgicos</b>		
<i>doxazosin mesylate, por vía oral</i>	1	
<i>prazosin hcl, por vía oral</i>	1	
<i>terazosin hcl, por vía oral</i>	1	
<b>Fármacos antagonistas de los receptores de la angiotensina II</b>		
<i>candesartan cilexetil, comprimidos de 16 mg, por vía oral</i>	1	QL (60 de EA por 30 días)
<i>candesartan cilexetil, comprimidos de 32 mg, por vía oral</i>	1	QL (30 de EA por 30 días)
<i>candesartan cilexetil, comprimidos de 4 mg, por vía oral</i>	1	QL (240 de EA por 30 días)
<i>candesartan cilexetil, comprimidos de 8 mg, por vía oral</i>	1	QL (120 de EA por 30 días)
<i>irbesartan, comprimidos de 150 mg, por vía oral</i>	1	QL (60 de EA por 30 días)
<i>irbesartan, comprimidos de 300 mg, por vía oral</i>	1	QL (30 de EA por 30 días)
<i>irbesartan, comprimidos de 75 mg, por vía oral</i>	1	QL (120 de EA por 30 días)
<i>losartan potassium, comprimidos de 100 mg, 50 mg, por vía oral</i>	1	QL (60 de EA por 30 días)
<i>losartan potassium, comprimidos de 25 mg, por vía oral</i>	1	QL (90 de EA por 30 días)
<i>olmesartan medoxomil, comprimidos de 20 mg, por vía oral</i>	1	QL (60 de EA por 30 días)
<i>olmesartan medoxomil, comprimidos de 40 mg, por vía oral</i>	1	QL (30 de EA por 30 días)
<i>olmesartan medoxomil, comprimidos de 5 mg, por vía oral</i>	1	QL (240 de EA por 30 días)
<i>telmisartan, comprimidos de 20 mg, por vía oral</i>	1	QL (120 de EA por 30 días)
<i>telmisartan, comprimidos de 40 mg, por vía oral</i>	1	QL (60 de EA por 30 días)
<i>telmisartan, comprimidos de 80 mg, por vía oral</i>	1	QL (30 de EA por 30 días)
<i>telmisartan-hctz, comprimidos de 80-12.5 mg, por vía oral</i>	1	QL (60 de EA por 30 días)
<i>valsartan, comprimidos de 160 mg, por vía oral</i>	1	QL (60 de EA por 30 días)
<i>valsartan, comprimidos de 320 mg, por vía oral</i>	1	QL (30 de EA por 30 días)
<i>valsartan, comprimidos de 40 mg, por vía oral</i>	1	QL (240 de EA por 30 días)
<i>valsartan, comprimidos de 80 mg, por vía oral</i>	1	QL (120 de EA por 30 días)
<b>Fármacos inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ECA)</b>		
<i>benazepril hcl, comprimidos de 10 mg, por vía oral</i>	1	QL (240 de EA por 30 días)

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>benazepril hcl, comprimidos de 20 mg, por vía oral</i>	1	QL (120 de EA por 30 días)
<i>benazepril hcl, comprimidos de 40 mg, por vía oral</i>	1	QL (60 de EA por 30 días)
<i>benazepril hcl, comprimidos de 5 mg, por vía oral</i>	1	QL (480 de EA por 30 días)
<i>captopril, comprimidos de 100 mg, por vía oral</i>	1	QL (135 de EA por 30 días)
<i>captopril, comprimidos de 12.5 mg, por vía oral</i>	1	QL (1080 de EA por 30 días)
<i>captopril, comprimidos de 25 mg, por vía oral</i>	1	QL (540 de EA por 30 días)
<i>captopril, comprimidos de 50 mg, por vía oral</i>	1	QL (270 de EA por 30 días)
<i>enalapril maleate, comprimidos de 10 mg, por vía oral</i>	1	QL (120 de EA por 30 días)
<i>enalapril maleate, comprimidos de 2.5 mg, por vía oral</i>	1	QL (480 de EA por 30 días)
<i>enalapril maleate, comprimidos de 20 mg, por vía oral</i>	1	QL (60 de EA por 30 días)
<i>enalapril maleate, comprimidos de 5 mg, por vía oral</i>	1	QL (240 de EA por 30 días)
<i>fosinopril sodium, comprimidos de 10 mg, por vía oral</i>	1	QL (240 de EA por 30 días)
<i>fosinopril sodium, comprimidos de 20 mg, por vía oral</i>	1	QL (120 de EA por 30 días)
<i>fosinopril sodium, comprimidos de 40 mg, por vía oral</i>	1	QL (60 de EA por 30 días)
<i>lisinopril, comprimidos de 10 mg, por vía oral</i>	1	QL (120 de EA por 30 días)
<i>lisinopril, comprimidos de 2.5 mg, por vía oral</i>	1	QL (480 de EA por 30 días)
<i>lisinopril, comprimidos de 20 mg, 30 mg, 40 mg, por vía oral</i>	1	QL (60 de EA por 30 días)
<i>lisinopril, comprimidos de 5 mg, por vía oral</i>	1	QL (240 de EA por 30 días)
<i>moexipril hcl, comprimidos de 15 mg, por vía oral</i>	1	QL (60 de EA por 30 días)
<i>moexipril hcl, comprimidos de 7.5 mg, por vía oral</i>	1	QL (120 de EA por 30 días)
<i>perindopril erbumine, comprimidos de 2 mg, por vía oral</i>	1	QL (240 de EA por 30 días)
<i>perindopril erbumine, comprimidos de 4 mg, por vía oral</i>	1	QL (120 de EA por 30 días)
<i>perindopril erbumine, comprimidos de 8 mg, por vía oral</i>	1	QL (60 de EA por 30 días)
<i>quinapril hcl, comprimidos de 10 mg, por vía oral</i>	1	QL (240 de EA por 30 días)
<i>quinapril hcl, comprimidos de 20 mg, por vía oral</i>	1	QL (120 de EA por 30 días)
<i>quinapril hcl, comprimidos de 40 mg, por vía oral</i>	1	QL (60 de EA por 30 días)
<i>quinapril hcl, comprimidos de 5 mg, por vía oral</i>	1	QL (480 de EA por 30 días)
<i>ramipril, cápsulas de 1.25 mg, por vía oral</i>	1	QL (480 de EA por 30 días)
<i>ramipril, cápsulas de 10 mg, por vía oral</i>	1	QL (60 de EA por 30 días)
<i>ramipril, cápsulas de 2.5 mg, por vía oral</i>	1	QL (240 de EA por 30 días)
<i>ramipril, cápsulas de 5 mg, por vía oral</i>	1	QL (120 de EA por 30 días)

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>trandolapril, comprimidos de 1 mg, por vía oral</i>	1	QL (240 de EA por 30 días)
<i>trandolapril, comprimidos de 2 mg, por vía oral</i>	1	QL (120 de EA por 30 días)
<i>trandolapril, comprimidos de 4 mg, por vía oral</i>	1	QL (60 de EA por 30 días)
<b>Fármacos antiarrítmicos</b>		
<i>amiodarone hcl, comprimidos de 200 mg, por vía oral</i>	1	
<i>disopyramide phosphate, por vía oral</i>	1	
<i>dofetilide</i>	1	
<i>flecainide acetate</i>	1	
<i>mexiletine hcl, por vía oral</i>	1	
MULTAQ	1	
<i>pacerone, comprimidos de 200 mg, por vía oral</i>	1	
<i>propafenone hcl</i>	1	
<i>propafenone hcl, de liberación prolongada</i>	1	
<i>quinidine gluconate, de liberación prolongada</i>	1	
<i>quinidine sulfate, por vía oral</i>	1	
<i>sotalol hcl (af)</i>	1	
<i>sotalol hcl, por vía oral</i>	1	
<b>Fármacos bloqueadores adrenérgicos beta</b>		
<i>acebutolol hcl, por vía oral</i>	1	
<i>atenolol, por vía oral</i>	1	
<i>betaxolol hcl, por vía oral</i>	1	
<i>bisoprolol fumarate, por vía oral</i>	1	
<i>carvedilol</i>	1	
<i>carvedilol phosphate, de liberación prolongada</i>	1	
<i>labetalol hcl, por vía oral</i>	1	
<i>metoprolol succinate, de liberación prolongada</i>	1	
<i>metoprolol tartrate, comprimidos de 100 mg, 25 mg, 50 mg, por vía oral</i>	1	
<i>nadolol, comprimidos de 20 mg, 40 mg, 80 mg, por vía oral</i>	1	
<i>nebivolol hcl</i>	1	
<i>pindolol</i>	1	

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>propranolol hcl, de liberación prolongada</i>	1	
<i>propranolol hcl, solución, por vía oral</i>	1	
<i>propranolol hcl, comprimidos, por vía oral</i>	1	
<i>timolol maleate, por vía oral</i>	1	
<b>Fármacos bloqueadores de los canales de calcio, con dihidropiridinas</b>		
<i>amlodipine besylate, por vía oral</i>	1	
<i>felodipine, de liberación prolongada</i>	1	
<i>isradipine</i>	1	
<i>nifedipine, de liberación prolongada</i>	1	
<i>nifedipine, de liberación prolongada, de liberación osmótica</i>	1	
<i>nimodipine, por vía oral</i>	1	
<b>Fármacos bloqueadores de los canales de calcio, sin dihidropiridinas</b>		
<i>cartia xt</i>	1	
<i>diltiazem hcl, cápsulas de 360 mg, 420 mg, perlas de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>	1	
<i>diltiazem hcl, cápsulas, perlas recubiertas de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>	1	
<i>diltiazem hcl, cápsulas de liberación prolongada hasta 12 horas, por vía oral</i>	1	
<i>diltiazem hcl, por vía oral</i>	1	
<i>dilt-xr</i>	1	
<i>verapamil hcl, de liberación prolongada</i>	1	
<i>verapamil hcl, por vía oral</i>	1	
<b>Fármacos cardiovasculares, otros</b>		
<i>acetazolamide, por vía oral</i>	1	
<i>aliskiren fumarate</i>	1	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>amlodipine besy-benazepril hcl, cápsulas de 10-20 mg, 10-40 mg, 5-40 mg, por vía oral</i>	1	QL (30 de EA por 30 días)
<i>amlodipine besy-benazepril hcl, cápsulas de 2.5-10 mg, por vía oral</i>	1	QL (120 de EA por 30 días)

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>amlodipine besy-benazepril hcl, cápsulas de 5-10 mg, 5-20 mg, por vía oral</i>	1	QL (60 de EA por 30 días)
<i>amlodipine besylate-valsartan, comprimidos de 10-160 mg, 10-320 mg, 5-320 mg, por vía oral</i>	1	QL (30 de EA por 30 días)
<i>amlodipine besylate-valsartan, comprimidos de 5-160 mg, por vía oral</i>	1	QL (60 de EA por 30 días)
<i>amlodipine-atorvastatin, comprimidos de 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 5-80 mg, por vía oral</i>	1	QL (30 de EA por 30 días)
<i>amlodipine-atorvastatin, comprimidos de 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, por vía oral</i>	1	QL (120 de EA por 30 días)
<i>amlodipine-atorvastatin, comprimidos de 2.5-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, por vía oral</i>	1	QL (60 de EA por 30 días)
<i>amlodipine-olmesartan, comprimidos de 10-20 mg, 10-40 mg, 5-40 mg, por vía oral</i>	1	QL (30 de EA por 30 días)
<i>amlodipine-olmesartan, comprimidos de 5-20 mg, por vía oral</i>	1	QL (60 de EA por 30 días)
<i>amlodipine-valsartan-hctz</i>	1	QL (30 de EA por 30 días)
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	1	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide, comprimidos de 10-12.5 mg, por vía oral</i>	1	QL (60 de EA por 30 días)
<i>benazepril-hydrochlorothiazide, comprimidos de 20-12.5 mg, 20-25 mg, por vía oral</i>	1	QL (30 de EA por 30 días)
<i>benazepril-hydrochlorothiazide, comprimidos de 5-6.25 mg, por vía oral</i>	1	QL (120 de EA por 30 días)
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	1	
CAMZYOS	1*	PA; QL (30 de EA por 30 días)
<i>candesartan cilexetil-hctz, comprimidos de 16-12.5 mg, por vía oral</i>	1	QL (60 de EA por 30 días)
<i>candesartan cilexetil-hctz, comprimidos de 32-12.5 mg, 32-25 mg, por vía oral</i>	1	QL (30 de EA por 30 días)
CORLANOR	1	PA
<i>digoxin, solución, por vía oral</i>	1	
<i>digoxin, comprimidos de 125 mcg, 250 mcg, por vía oral</i>	1	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide, comprimidos de 10-25 mg, por vía oral</i>	1	QL (60 de EA por 30 días)

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.



Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>enalapril-hydrochlorothiazide, comprimidos de 5-12.5 mg, por vía oral</i>	1	QL (120 de EA por 30 días)
ENTRESTO, COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL	1	QL (60 de EA por 30 días)
<i>filspari</i>	1*	PA; QL (30 de EA por 30 días)
<i>fosinopril sodium-hctz</i>	1	QL (120 de EA por 30 días)
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide, comprimidos de 150-12.5 mg, por vía oral</i>	1	QL (60 de EA por 30 días)
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide, comprimidos de 300-12.5 mg, por vía oral</i>	1	QL (30 de EA por 30 días)
<i>ivabradine hcl</i>	1	PA
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide, comprimidos de 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, por vía oral</i>	1	QL (120 de EA por 30 días)
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide, comprimidos de 20-25 mg, por vía oral</i>	1	QL (60 de EA por 30 días)
<i>losartan potassium-hctz, comprimidos de 100-12.5 mg, 100-25 mg, por vía oral</i>	1	QL (30 de EA por 30 días)
<i>losartan potassium-hctz, comprimidos de 50-12.5 mg, por vía oral</i>	1	QL (60 de EA por 30 días)
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>metyrosine</i>	1*	
NEXLETOL	1	PA; QL (30 de EA por 30 días)
NEXLIZET	1	PA; QL (30 de EA por 30 días)
<i>olmesartan medoxomil-hctz, comprimidos de 20-12.5 mg, por vía oral</i>	1	QL (60 de EA por 30 días)
<i>olmesartan medoxomil-hctz, comprimidos de 40-12.5 mg, 40-25 mg, por vía oral</i>	1	QL (30 de EA por 30 días)
<i>olmesartan-amlodipine-hctz, comprimidos de 20-5-12.5 mg, por vía oral</i>	1	QL (60 de EA por 30 días)
<i>olmesartan-amlodipine-hctz, comprimidos de 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg, por vía oral</i>	1	QL (30 de EA por 30 días)
<i>pentoxifylline, de liberación prolongada</i>	1	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	1	QL (60 de EA por 30 días)
<i>ranolazine, de liberación prolongada</i>	1	
<i>spironolactone-hctz</i>	1	

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.



Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>telmisartan-amlodipine, comprimidos de 40-10 mg, 80-10 mg, 80-5 mg, por vía oral</i>	1	QL (30 de EA por 30 días)
<i>telmisartan-amlodipine, comprimidos de 40-5 mg, por vía oral</i>	1	QL (60 de EA por 30 días)
<i>telmisartan-hctz, comprimidos de 40-12.5 mg, por vía oral</i>	1	QL (60 de EA por 30 días)
<i>telmisartan-hctz, comprimidos de 80-25 mg, por vía oral</i>	1	QL (30 de EA por 30 días)
<i>trandolapril-verapamil hcl, comprimidos de 1-240 mg, 2-240 mg, 4-240 mg, de liberación prolongada, por vía oral</i>	1	QL (30 de EA por 30 días)
<i>trandolapril-verapamil hcl, comprimidos de 2-180 mg, de liberación prolongada, por vía oral</i>	1	QL (60 de EA por 30 días)
<i>triamterene-hctz, cápsulas de 37.5-25 mg, por vía oral</i>	1	
<i>triamterene-hctz, comprimidos, por vía oral</i>	1	
<i>valsartan-hydrochlorothiazide, comprimidos de 160-12.5 mg, 80-12.5 mg, por vía oral</i>	1	QL (60 de EA por 30 días)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide, comprimidos de 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, por vía oral</i>	1	QL (30 de EA por 30 días)
VERQUVO	1	PA; QL (30 de EA por 30 días)
<b>Fármacos diuréticos, de asa</b>		
<i>bumetanide, por vía oral</i>	1	
<i>ethacrynic acid, por vía oral</i>	1	
<i>furosemide, por vía inyectable</i>	1	HI
<i>furosemide, solución de 10 mg/ml, por vía oral</i>	1	
<i>furosemide, solución de 8 mg/ml, por vía oral</i>	1	
<i>furosemide, comprimidos, por vía oral</i>	1	
<i>torseamide, por vía oral</i>	1	
<b>Fármacos diuréticos ahorradores de potasio</b>		
<i>amiloride hcl, por vía oral</i>	1	
<i>eplerenone</i>	1	
KERENDIA	1	PA; QL (30 de EA por 30 días)
<i>spironolactone, comprimidos, por vía oral</i>	1	
<i>triamterene, por vía oral</i>	1	
<b>Fármacos diuréticos tiazídicos</b>		

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>chlorthalidone, comprimidos de 25 mg, 50 mg, por vía oral</i>	1	
<i>hydrochlorothiazide, por vía oral</i>	1	
<i>indapamide, por vía oral</i>	1	
<i>metolazone</i>	1	
<b>Fármacos derivados del ácido fibríco para el tratamiento de dislipidemias</b>		
<i>fenofibrate micronized, cápsulas de 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg, por vía oral</i>	1	
<i>fenofibrate, comprimidos de 145 mg, 160 mg, 48 mg, 54 mg, por vía oral</i>	1	
<i>fenofibric acid, cápsulas de liberación retardada, por vía oral</i>	1	
<i>gemfibrozil, por vía oral</i>	1	
<b>Fármacos inhibidores de la Hmg Coa reductasa para el tratamiento de dislipidemias</b>		
<i>atorvastatin calcium, comprimidos de 10 mg, por vía oral</i>	1	QL (240 de EA por 30 días)
<i>atorvastatin calcium, comprimidos de 20 mg, por vía oral</i>	1	QL (120 de EA por 30 días)
<i>atorvastatin calcium, comprimidos de 40 mg, por vía oral</i>	1	QL (60 de EA por 30 días)
<i>atorvastatin calcium, comprimidos de 80 mg, por vía oral</i>	1	QL (30 de EA por 30 días)
<i>fluvastatin sodium, de liberación prolongada</i>	1	QL (30 de EA por 30 días)
<i>fluvastatin sodium, cápsulas de 20 mg, por vía oral</i>	1	QL (120 de EA por 30 días)
<i>fluvastatin sodium, cápsulas de 40 mg, por vía oral</i>	1	QL (60 de EA por 30 días)
<i>lovastatin, comprimidos de 10 mg, 20 mg, por vía oral</i>	1	QL (120 de EA por 30 días)
<i>lovastatin, comprimidos de 40 mg, por vía oral</i>	1	QL (60 de EA por 30 días)
<i>pravastatin sodium, comprimidos de 10 mg, 20 mg, por vía oral</i>	1	QL (120 de EA por 30 días)
<i>pravastatin sodium, comprimidos de 40 mg, por vía oral</i>	1	QL (60 de EA por 30 días)
<i>pravastatin sodium, comprimidos de 80 mg, por vía oral</i>	1	QL (30 de EA por 30 días)
<i>rosuvastatin calcium, comprimidos de 10 mg, 5 mg, por vía oral</i>	1	QL (120 de EA por 30 días)
<i>rosuvastatin calcium, comprimidos de 20 mg, por vía oral</i>	1	QL (60 de EA por 30 días)

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>rosuvastatin calcium, comprimidos de 40 mg, por vía oral</i>	1	QL (30 de EA por 30 días)
<i>simvastatin, comprimidos de 10 mg, 20 mg, 5 mg, por vía oral</i>	1	QL (120 de EA por 30 días)
<i>simvastatin, comprimidos de 40 mg, por vía oral</i>	1	QL (60 de EA por 30 días)
<i>simvastatin, comprimidos de 80 mg, por vía oral</i>	1	QL (30 de EA por 30 días)
<b>Fármacos para el tratamiento de dislipidemias, otros</b>		
<i>cholestyramine light, caja, por vía oral</i>	1	
<i>cholestyramine, caja, por vía oral</i>	1	
<i>colesevelam hcl, caja, por vía oral</i>	1	
<i>colesevelam hcl, comprimidos, por vía oral</i>	1	
<i>colestipol hcl, caja, por vía oral</i>	1	
<i>colestipol hcl, comprimidos, por vía oral</i>	1	
<i>ezetimibe</i>	1	
<i>ezetimibe-simvastatin</i>	1	QL (30 de EA por 30 días)
<i>icosapent ethyl</i>	1	PA
LEQVIO	1*	PA; QL (4.5 ML por 365 días)
<i>niacin (antihiperlipidémico), comprimidos de 1000 mg de liberación prolongada, por vía oral</i>	1	QL (60 de EA por 30 días)
<i>niacin (antihiperlipidémico), comprimidos de 500 mg, 750 mg, de liberación prolongada, por vía oral</i>	1	QL (30 de EA por 30 días)
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	1	
PREVALITE, CAJA, POR VÍA ORAL	1	
REPATHA	1	PA; QL (2 ML por 28 días)
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	1	PA; QL (3.5 ML por 30 días)
REPATHA, SURECLICK	1	PA; QL (2 ML por 28 días)
<b>Fármacos vasodilatadores, de acción directa sobre arterias y venas</b>		
<i>isosorbide dinitrate, comprimidos de 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, por vía oral</i>	1	
<i>isosorbide mononitrate</i>	1	
<i>isosorbide mononitrate, de liberación prolongada</i>	1	
NITRO-BID	1	
<i>nitroglycerin, por vía rectal</i>	1	QL (30 GM por 30 días)

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>nitroglycerin, por vía sublingual</i>	1	
<i>nitroglycerin, parche transdérmico de 24 horas</i>	1	
<i>nitroglycerin, solución, por vía translingual</i>	1	
<b>Fármacos vasodilatadores, de acción arterial directa</b>		
<i>hydralazine hcl, por vía oral</i>	1	
<i>minoxidil, por vía oral</i>	1	
<b>Fármacos que actúan sobre el sistema nervioso central</b>		
<b>Fármacos para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, con anfetaminas</b>		
<i>amphetamine-dextroamphet, cápsulas de 10 mg, 15 mg, 5 mg, de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>	1	QL (30 de EA por 30 días)
<i>amphetamine-dextroamphet, cápsulas de 20 mg, 25 mg, 30 mg, de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>	1	QL (60 de EA por 30 días)
<i>amphetamine-dextroamphetamine, comprimidos de 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 5 mg, 7.5 mg, por vía oral</i>	1	QL (120 de EA por 30 días)
<i>amphetamine-dextroamphetamine, comprimidos de 20 mg, por vía oral</i>	1	QL (90 de EA por 30 días)
<i>amphetamine-dextroamphetamine, comprimidos de 30 mg, por vía oral</i>	1	QL (60 de EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate, cápsulas de 10 mg, 5 mg, de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>	1	QL (60 de EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate, cápsulas de 15 mg, de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>	1	QL (120 de EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate, comprimidos de 10 mg, por vía oral</i>	1	QL (180 de EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate, comprimidos de 5 mg, por vía oral</i>	1	QL (60 de EA por 30 días)
<b>Fármacos para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, sin anfetaminas</b>		
<i>atomoxetine hcl, cápsulas de 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg, por vía oral</i>	1	QL (60 de EA por 30 días)
<i>atomoxetine hcl, cápsulas de 100 mg, 60 mg, 80 mg, por vía oral</i>	1	QL (30 de EA por 30 días)
<i>clonidine hcl, comprimidos de liberación prolongada hasta 12 horas, por vía oral</i>	1	

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>dexmethylphenidate hcl</i>	1	QL (60 de EA por 30 días)
<i>dexmethylphenidate hcl, de liberación prolongada</i>	1	QL (30 de EA por 30 días)
<i>guanfacine hcl, de liberación prolongada</i>	1	QL (30 de EA por 30 días)
<i>methylphenidate hcl (cd), de liberación prolongada</i>	1	QL (30 de EA por 30 días)
<i>methylphenidate hcl (la), cápsulas de 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>	1	QL (30 de EA por 30 días)
<i>methylphenidate hcl (osm), comprimidos de 18 mg, 36 mg, 54 mg, de liberación prolongada, por vía oral</i>	1	QL (30 de EA por 30 días)
<i>methylphenidate hcl (osm), comprimidos de 27 mg, de liberación prolongada, por vía oral</i>	1	QL (60 de EA por 30 días)
<i>methylphenidate hcl, comprimidos de liberación prolongada, por vía oral</i>	1	QL (90 de EA por 30 días)
<i>methylphenidate hcl, comprimidos de 18 mg, 36 mg, 54 mg, de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>	1	QL (30 de EA por 30 días)
<i>methylphenidate hcl, comprimidos de 27 mg, de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>	1	QL (60 de EA por 30 días)
<i>methylphenidate hcl, solución de 10 mg/5 ml, por vía oral</i>	1	QL (1500 ML por 30 días)
<i>methylphenidate hcl, solución de 5 mg/5 ml, por vía oral</i>	1	QL (3000 ML por 30 días)
<i>methylphenidate hcl, comprimidos, por vía oral</i>	1	QL (90 de EA por 30 días)
<b>Fármacos que actúan sobre el sistema nervioso central, otros</b>		
AUSTEDO, COMPRIMIDOS DE 12 MG, 9 MG, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (120 de EA por 30 días)
AUSTEDO, COMPRIMIDOS DE 6 MG, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (60 de EA por 30 días)
AUSTEDO XR, COMPRIMIDOS DE 12 MG, 6 MG, DE LIBERACIÓN PROLONGADA HASTA 24 HORAS, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (90 de EA por 30 días)
AUSTEDO XR, COMPRIMIDOS DE 18 MG, 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG, DE LIBERACIÓN PROLONGADA HASTA 24 HORAS, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (30 de EA por 30 días)
AUSTEDO XR, COMPRIMIDOS DE 24 MG, DE LIBERACIÓN PROLONGADA HASTA 24 HORAS, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (60 de EA por 30 días)

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
AUSTEDO XR, PARA AJUSTE DE DOSIS DEL PACIENTE, CAJA DE COMPRIMIDOS DE 12, 18, 24 Y 30 MG, DE LIBERACIÓN PROLONGADA, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (28 de EA por 28 días)
AUSTEDO XR, PARA AJUSTE DE DOSIS DEL PACIENTE, CAJA DE COMPRIMIDOS DE 6, 12 Y 24 MG, DE LIBERACIÓN PROLONGADA, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (42 de EA por 28 días)
DAYBUE	1*	PA; QL (3600 ML por 28 días)
EVRYSDI	1*	PA; QL (240 ML por 30 días)
FIRDAPSE	1*	PA; QL (240 de EA por 30 días)
NUEDEXTA	1*	PA; QL (60 de EA por 30 días)
RADICAVA ORS	1*	PA; QL (70 ML por 28 días)
RADICAVA ORS, KIT DE TRATAMIENTO INICIAL	1*	PA; QL (70 ML por 28 días)
<i>riluzole</i>	1	
SKYCLARYS	1*	PA; QL (90 de EA por 30 días)
<i>tetrabenazine, comprimidos de 12.5 mg, por vía oral</i>	1*	PA; QL (90 de EA por 30 días)
<i>tetrabenazine, comprimidos de 25 mg, por vía oral</i>	1*	PA; QL (120 de EA por 30 días)
<b>Fármacos para tratar la fibromialgia</b>		
<i>duloxetine hcl, cápsulas de 20 mg, con partículas de liberación retardada, por vía oral</i>	1	QL (180 de EA por 30 días)
<i>duloxetine hcl, cápsulas de 30 mg, con partículas de liberación retardada, por vía oral</i>	1	QL (120 de EA por 30 días)
<i>duloxetine hcl, cápsulas de 60 mg, con partículas de liberación retardada, por vía oral</i>	1	QL (60 de EA por 30 días)
<i>pregabalin, cápsulas de 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg, por vía oral</i>	1	QL (90 de EA por 30 días)
<i>pregabalin, cápsulas de 225 mg, 300 mg, por vía oral</i>	1	QL (60 de EA por 30 días)
<i>pregabalin, solución, por vía oral</i>	1	QL (900 ML por 30 días)
<b>Fármacos para tratar la esclerosis múltiple</b>		
AVONEX PEN, KIT DE PLUMA AUTOINYECTORA, POR VÍA INTRAMUSCULAR	1*	PA; QL (4 de EA por 28 días)
AVONEX, KIT DE JERINGA PRECARGADA, POR VÍA INTRAMUSCULAR	1*	PA; QL (4 de EA por 28 días)
BETASERON, KIT, POR VÍA SUBCUTÁNEA	1*	PA; QL (15 de EA por 30 días)
<i>dalfampridine, de liberación prolongada</i>	1*	PA; QL (60 de EA por 30 días)

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.



Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>dimethyl fumarate, por vía oral</i>	1*	PA; QL (60 de EA por 30 días)
<i>dimethyl fumarate, tratamiento inicial, caja</i>	1*	PA; QL (60 de EA por 30 días)
<i> fingolimod hcl</i>	1*	PA; QL (30 de EA por 30 días)
<i>glatiramer acetate, solución de 20 mg/ml en jeringa precargada, por vía subcutánea</i>	1*	PA; QL (30 ML por 30 días)
<i>glatiramer acetate, solución de 40 mg/ml en jeringa precargada, por vía subcutánea</i>	1*	PA; QL (12 ML por 28 días)
GLATOPA, SOLUCIÓN DE 20 MG/ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	1*	PA; QL (30 ML por 30 días)
GLATOPA, SOLUCIÓN DE 40 MG/ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	1*	PA; QL (12 ML por 28 días)
PLEGRIDY	1*	PA; QL (1 ML por 28 días)
PLEGRIDY, TRATAMIENTO INICIAL, CAJA	1*	PA; QL (1 ML por 28 días)
REBIF REBIDOSE, SOLUCIÓN EN PLUMA AUTOINYECTORA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	1*	PA; QL (6 ML por 30 días)
REBIF REBIDOSE, PARA AJUSTE DE DOSIS, SOLUCIÓN EN PLUMA AUTOINYECTORA, CAJA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	1*	PA; QL (6 ML por 30 días)
REBIF, SOLUCIÓN EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	1*	PA; QL (6 ML por 30 días)
REBIF, PARA AJUSTE DE DOSIS, SOLUCIÓN EN JERINGA PRECARGADA, CAJA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	1*	PA; QL (6 ML por 30 días)
<i>teriflunomide</i>	1*	PA; QL (30 de EA por 30 días)
<b>Fármacos para tratar problemas dentales y bucales</b>		
<b>Fármacos para tratar problemas dentales y bucales</b>		
<i>cevimeline hcl</i>	1	
<i>chlorhexidine gluconate, tratamiento para la boca y garganta</i>	1	
<i>denta 5000 plus</i>	1	
KOURZEQ	1	
<i>pilocarpine hcl, por vía oral</i>	1	
<i>sf</i>	1	
<i>sf 5000 plus</i>	1	
<i>sodium fluoride 5000 plus</i>	1	

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.



Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>sodium fluoride 5000 ppm</i>	1	
<i>sodium fluoride, crema dental</i>	1	
<i>sodium fluoride, gel dental al 1.1 %</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide, tratamiento para la boca y la garganta</i>	1	
<b>Fármacos dermatológicos</b>		
<b>Fármacos para el tratamiento del acné y la rosácea</b>		
<i>acitretin</i>	1	
<i>amnesteam</i>	1	
<i>azelaic acid, de uso tópico</i>	1	ST; QL (50 GM por 30 días)
CLARAVIS	1	
<i>clindamycin phos-benzoyl perox, gel al 1-5 %, de uso tópico</i>	1	
<i>isotretinoin, cápsulas de 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, por vía oral</i>	1	
<i>tazarotene, crema de uso tópico</i>	1	PA
<i>tretinoin, crema de uso tópico</i>	1	QL (45 GM por 30 días)
<i>tretinoin, gel al 0.01 %, 0.025 %, de uso tópico</i>	1	QL (45 GM por 30 días)
<i>tretinoin, gel al 0.05 %, de uso tópico</i>	1	QL (45 GM por 30 días)
<b>Fármacos para el tratamiento de dermatitis y prurito</b>		
<i>alclometasone dipropionate</i>	1	
<i>ammonium lactate, de uso tópico</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate aug, gel de uso tópico</i>	1	QL (50 GM por 30 días)
<i>betamethasone dipropionate aug, loción de uso tópico</i>	1	QL (60 ML por 30 días)
<i>betamethasone dipropionate aug, ungüento de uso tópico</i>	1	QL (50 GM por 30 días)
<i>betamethasone dipropionate, crema de uso tópico</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate, loción de uso tópico</i>	1	
<i>betamethasone valerate, crema de uso tópico</i>	1	
<i>betamethasone valerate, loción de uso tópico</i>	1	QL (60 ML por 30 días)
<i>betamethasone valerate, ungüento de uso tópico</i>	1	
<i>calcipotriene-betameth diprop, ungüento de uso tópico</i>	1	
<i>calcipotriene-betameth diprop, suspensión de uso tópico</i>	1	PA; QL (240 GM por 30 días)

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>clobetasol prop, base emoliente</i>	1	QL (60 GM por 30 días)
<i>clobetasol propionate e</i>	1	QL (60 GM por 30 días)
<i>clobetasol propionate, crema de uso tópico</i>	1	QL (60 GM por 30 días)
<i>clobetasol propionate, gel de uso tópico</i>	1	
<i>clobetasol propionate, loción de uso tópico</i>	1	QL (118 ML por 30 días)
<i>clobetasol propionate, ungüento de uso tópico</i>	1	QL (60 GM por 30 días)
<i>clobetasol propionate, champú de uso tópico</i>	1	QL (118 ML por 30 días)
<i>clobetasol propionate, solución de uso tópico</i>	1	
<i>desonide, crema de uso tópico</i>	1	QL (120 GM por 30 días)
<i>desonide, ungüento de uso tópico</i>	1	QL (120 GM por 30 días)
<i>desoximetasone, crema al 0.25 %, de uso tópico</i>	1	QL (60 GM por 30 días)
<i>desoximetasone, ungüento al 0.25 %, de uso tópico</i>	1	QL (60 GM por 30 días)
<i>doxepin hcl, de uso tópico</i>	1	QL (90 GM por 365 días)
<i>fluocinolone acetonide, crema de uso tópico</i>	1	
<i>fluocinolone acetonide, ungüento de uso tópico</i>	1	
<i>fluocinolone acetonide, solución de uso tópico</i>	1	
<i>fluocinolone acetonide, para el cuero cabelludo</i>	1	
<i>fluocinonide, base emulsificada</i>	1	
<i>fluocinonide, crema al 0.05 %, de uso tópico</i>	1	
<i>fluocinonide, gel de uso tópico</i>	1	
<i>fluocinonide, ungüento de uso tópico</i>	1	
<i>fluocinonide, solución de uso tópico</i>	1	QL (60 ML por 30 días)
<i>fluticasone propionate, crema de uso tópico</i>	1	
<i>fluticasone propionate, ungüento de uso tópico</i>	1	
<i>halobetasol propionate, crema de uso tópico</i>	1	QL (50 GM por 30 días)
<i>halobetasol propionate, ungüento de uso tópico</i>	1	QL (50 GM por 30 días)
<i>hydrocortisone (perianal), crema al 2.5 %, de uso tópico</i>	1	
<i>hydrocortisone butyr, base lipofílica</i>	1	
<i>hydrocortisone butyrate, crema de uso tópico</i>	1	
<i>hydrocortisone, crema al 1 %, 2.5 %, de uso tópico</i>	1	
<i>hydrocortisone, crema al 2.5 %, de uso tópico</i>	1	

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>hydrocortisone, unguento al 2.5 %, de uso tópico</i>	1	
<i>hydrocortisone max st, crema de uso tópico</i>	1	
<i>hydrocortisone valerate, crema de uso tópico</i>	1	QL (120 GM por 30 días)
<i>hydrocortisone valerate, unguento de uso tópico</i>	1	
HYFTOR	1*	PA
<i>mometasone furoate, de uso tópico</i>	1	
<i>pimecrolimus</i>	1	QL (30 GM por 30 días)
<i>procto-med hc, de uso tópico</i>	1	
<i>proctosol hc, de uso tópico</i>	1	
PROCTOZONE-HC, DE USO TÓPICO	1	
<i>selenium sulfide, loción de uso tópico</i>	1	
<i>tacrolimus, unguento de uso tópico</i>	1	QL (100 GM por 30 días)
<i>triamcinolone acetonide, crema de uso tópico</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide, loción de uso tópico</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide, unguento al 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %, de uso tópico</i>	1	
TRIDERM, CREMA AL 0.1 %, DE USO TÓPICO	1	
<b>Fármacos dermatológicos, otros</b>		
<i>calcipotriene, crema de uso tópico</i>	1	QL (120 GM por 30 días)
<i>calcipotriene, unguento de uso tópico</i>	1	QL (120 GM por 30 días)
<i>calcipotriene, solución de uso tópico</i>	1	QL (120 ML por 30 días)
<i>calcitriol, de uso tópico</i>	1	ST
<i>clotrimazole-betamethasone</i>	1	QL (120 GM por 30 días)
FILSUEVZ	1*	PA; QL (468 GM por 30 días)
<i>fluorouracil, crema al 5 %, de uso tópico</i>	1	QL (40 GM por 30 días)
<i>fluorouracil, solución de uso tópico</i>	1	
<i>preparación global en alcohol</i>	1	PA
<i>imiquimod, crema al 5 %, de uso tópico</i>	1	
<i>methoxsalen, acción rápida</i>	1*	
<i>nystatin-triamcinolone</i>	1	
OTEZLA, COMPRIMIDOS DE 30 MG, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (60 de EA por 30 días)
PANRETIN	1*	PA; QL (60 GM por 30 días)

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>podofilox, solución de uso tópico</i>	1	
SANTYL	1	QL (60 GM por 30 días)
<i>silver sulfadiazine, de uso tópico</i>	1	
<i>ssd</i>	1	
SSD (PLATA SULFADIAZINA)	1	
<b>Fármacos escabicidas y pediculicidas</b>		
<i>ivermectin, crema de uso tópico</i>	1	QL (45 GM por 30 días)
<i>permethrin, crema de uso tópico</i>	1	QL (120 GM por 30 días)
<b>Fármacos antiinfecciosos de uso tópico</b>		
<i>acyclovir, ungüento de uso tópico</i>	1	QL (30 GM por 30 días)
<i>ciclopirox, gel de uso tópico</i>	1	QL (100 GM por 30 días)
<i>ciclopirox, champú de uso tópico</i>	1	QL (120 ML por 30 días)
<i>ciclopirox, solución de uso tópico</i>	1	QL (6.6 ML por 30 días)
<i>clindamycin phosphate, gel al 1 %, de uso tópico (dos veces al día)</i>	1	QL (60 GM por 30 días)
<i>clindamycin phosphate, loción de uso tópico</i>	1	QL (60 ML por 30 días)
<i>clindamycin phosphate, solución de uso tópico</i>	1	QL (60 ML por 30 días)
<i>ery</i>	1	
<i>erythromycin, gel de uso tópico</i>	1	
<i>erythromycin, solución de uso tópico</i>	1	
<i>mupirocin calcium</i>	1	QL (60 GM por 30 días)
<i>mupirocin, de uso tópico</i>	1	QL (44 GM por 30 días)
<b>Fármacos que contienen electrolitos, minerales, metales o vitaminas</b>		
<b>Fármacos que contienen suplementos de electrolitos y minerales</b>		
<i>carglumic acid, comprimidos solubles, por vía oral</i>	1*	PA; LA
DOJOLVI	1*	PA
<i>kcl (0.149 %) en nacl</i>	1	
<i>kcl (0.298 %) en nacl</i>	1	
<i>kcl in dextrose-nacl, solución de 10-5-0.45 meq/l-%-%, 20-5-0.45 meq/l-%-%, 30-5-0.45 meq/l-%-%, 40-5-0.45 meq/l-%-%, por vía intravenosa</i>	1	
<i>kcl-lactated ringers, en dextrosa al 5 %</i>	1	

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
KLOR-CON 10	1	
KLOR-CON M10	1	
KLOR-CON M15	1	
KLOR-CON M20	1	
KLOR-CON, COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA, POR VÍA ORAL	1	
KLOR-CON/EF	1	
<i>magnesium sulfate, solución al 50 %, por vía inyectable</i>	1	HI
<i>potassium chloride crys, comprimidos de 10 meq, 20 meq, de liberación prolongada, por vía oral</i>	1	
<i>potassium chloride, cápsulas de liberación prolongada, por vía oral</i>	1	
<i>potassium chloride, comprimidos de 10 meq, 20 meq, 8 meq, de liberación prolongada, por vía oral</i>	1	
<i>potassium chloride en nacl, solución de 20-0.45 meq/l-%, 20-0.9 meq/l-%, 40-0.9 meq/l-%, por vía intravenosa</i>	1	
<i>potassium chloride, solución de 10 meq/100 ml, 2 meq/ml, 2 meq/ml (20 ml), 20 meq/100 ml, 40 meq/100 ml, por vía intravenosa</i>	1	HI
<i>potassium chloride, caja, por vía oral</i>	1	
<i>potassium chloride, solución de 20 meq/15 ml (10 %), 40 meq/15 ml (20 %), por vía oral</i>	1	
<i>potassium citrate, de liberación prolongada</i>	1	
<i>potassium cl, en dextrosa al 5 %, solución de 20 meq/l, por vía intravenosa</i>	1	
<i>sodium chloride, solución al 0.45 %, 0.9 %, por vía intravenosa</i>	1	HI
<i>sodium chloride, solución para irrigación al 0.9 %</i>	1	
SUPREP, KIT DE PREPARACIÓN INTESTINAL	1	
<b>Fármacos moduladores de electrolitos, minerales y metales</b>		
<i>deferasirox, comprimidos de 180 mg, 360 mg, por vía oral</i>	1	
<i>deferasirox, comprimidos de 90 mg, por vía oral</i>	1	
<i>deferasirox, comprimidos solubles de 125 mg, por vía oral</i>	1	

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>deferasirox, comprimidos solubles de 250 mg, 500 mg, por vía oral</i>	1*	
<i>klor-con, 20 meq, caja, por vía oral</i>	1	
<i>potassium chloride crys, comprimidos de 15 meq, de liberación prolongada, por vía oral</i>	1	
<i>tolvaptan</i>	1*	PA
<i>trientine hcl, cápsulas de 250 mg, por vía oral</i>	1*	
<b>Fármacos que contienen electrolitos, minerales, metales o vitaminas</b>		
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10)	1	B/D
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5)	1	B/D
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15)	1	B/D
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20)	1	B/D
<i>dextrose, solución al 10 %, 5 %, por vía intravenosa</i>	1	
<i>dextrose-nacl, solución al 10-0.2 %, 10-0.45 %, 2.5-0.45 %, 5-0.2 %, 5-0.45 %, 5-0.9 %, por vía intravenosa</i>	1	
<i>dextrose-sodium chloride, solución al 10-0.2 %, 10-0.45 %, 2.5-0.45 %, 5-0.2 %, 5-0.45 %, 5-0.9 %, por vía intravenosa</i>	1	
INTRALIPID	1	B/D
<i>levocarnitine, solución, por vía oral</i>	1	
<i>levocarnitine, comprimidos, por vía oral</i>	1	
PREMASOL, SOLUCIÓN AL 10 %, POR VÍA INTRAVENOSA	1	B/D
TROPHAMINE, SOLUCIÓN AL 10 %, POR VÍA INTRAVENOSA	1	B/D
<b>Fármacos quelantes de potasio</b>		
FASENRA, SOLUCIÓN DE 10 MG/0.5 ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	1*	PA; QL (0.5 ML por 30 días)
LOKELMA, CAJA DE 10 GM, POR VÍA ORAL	1	QL (90 de EA por 30 días)
LOKELMA, CAJA DE 5 GM, POR VÍA ORAL	1	QL (30 de EA por 30 días)
<i>sodium polystyrene sulfonate, en polvo, por vía oral</i>	1	
SPS	1	
<b>Fármacos gastrointestinales</b>		
<b>Fármacos para tratar el estreñimiento</b>		

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.



Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>constulose</i>	1	
<i>enulose</i>	1	
<i>gavilyte-c</i>	1	
<i>gavilyte-g</i>	1	
<i>generlac</i>	1	
<i>lactulose, solución de 10 gm/15 ml, por vía oral</i>	1	
LINZESS	1	QL (30 de EA por 30 días)
<i>lubiprostone</i>	1	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl</i>	1	
<i>peg-3350/electrolitos</i>	1	
RELISTOR, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (90 de EA por 30 días)
RELISTOR, SOLUCIÓN, POR VÍA SUBCUTÁNEA	1*	PA
<b>Fármacos antidiarreicos</b>		
<i>alosetron hcl, comprimidos de 0.5 mg, por vía oral</i>	1	QL (60 de EA por 30 días)
<i>alosetron hcl, comprimidos de 1 mg, por vía oral</i>	1*	QL (60 de EA por 30 días)
<i>diphenoxylate-atropine, líquido, por vía oral</i>	1	
<i>diphenoxylate-atropine, comprimidos de 2.5-0.025 mg, por vía oral</i>	1	
<i>loperamide hcl, comprimidos, por vía oral</i>	1	
XERMELO	1*	PA; QL (90 de EA por 30 días)
<b>Fármacos espasmolíticos, gastrointestinales</b>		
<i>dicyclomine hcl, cápsulas, por vía oral</i>	1	
<i>dicyclomine hcl, solución, por vía oral</i>	1	
<i>dicyclomine hcl, comprimidos, por vía oral</i>	1	
<i>glycopyrrolate, comprimidos de 1 mg, 2 mg, por vía oral</i>	1	
<i>methscopolamine bromide, por vía oral</i>	1	
<b>Fármacos gastrointestinales, otros</b>		
<i>amoxicill-clarithro-lansopraz</i>	1	
EOHILIA	1*	PA; QL (600 ML por 30 días)
GATTEX	1*	PA
<i>metoclopramide hcl, solución de 5 mg/5 ml, por vía oral</i>	1	
<i>metoclopramide hcl, comprimidos, por vía oral</i>	1	

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.



Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
MYALEPT	1*	PA
OICALIVA	1*	PA; QL (30 de EA por 30 días)
REZDIFFRA	1*	PA; QL (30 de EA por 30 días)
<i>ursodiol, cápsulas de 300 mg, por vía oral</i>	1	
<i>ursodiol, comprimidos, por vía oral</i>	1	
VOWST	1*	PA; QL (12 de EA por 3 días)
<b>Fármacos antagonistas del receptor de histamina 2 (H2)</b>		
<i>cimetidine hcl, solución de 300 mg/5 ml, por vía oral</i>	1	
<i>cimetidine, por vía oral</i>	1	
<i>famotidine, comprimidos de 20 mg, 40 mg, por vía oral</i>	1	
<i>nizatidine, cápsulas, por vía oral</i>	1	
<b>Fármacos protectores</b>		
<i>misoprostol, por vía oral</i>	1	
<i>sucralfate, suspensión, por vía oral</i>	1	
<i>sucralfate, comprimidos, por vía oral</i>	1	
<b>Inhibidores de la bomba de protones</b>		
<i>esomeprazole magnesium, cápsulas de liberación retardada, por vía oral</i>	1	
<i>lansoprazole, cápsulas de liberación retardada, por vía oral</i>	1	
<i>omeprazole magnesium, cápsulas de liberación retardada, por vía oral</i>	1	
<i>omeprazole, cápsulas de 10 mg, 40 mg, de liberación retardada, por vía oral</i>	1	
<i>omeprazole, cápsulas de 20 mg, de liberación retardada, por vía oral</i>	1	
<i>pantoprazole sodium, comprimidos de liberación retardada, por vía oral</i>	1	
<i>rabeprazole sodium, comprimidos de liberación retardada, por vía oral</i>	1	
<b>Fármacos para tratar trastornos genéticos, enzimáticos o por falta de proteínas: reemplazo, modificadores, tratamiento</b>		
<b>Fármacos para tratar trastornos genéticos, enzimáticos o por falta de proteínas: reemplazo, modificadores, tratamiento</b>		

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
AMVUTTRA	1*	PA; QL (0.5 ML por 90 días)
ARALAST NP, SOLUCIÓN RECONSTITUIDA DE 1000 MG, POR VÍA INTRAVENOSA	1*	PA; LA
<i>betaine</i>	1*	LA
CERDELGA	1*	PA; QL (60 de EA por 30 días)
CHOLBAM	1*	PA
CREON	1	
<i>cromolyn sodium, por vía oral</i>	1	
CYSTAGON	1	LA
<i>dichlorphenamide</i>	1*	PA
ENDARI	1*	PA; QL (180 de EA por 30 días)
GALAFOLD	1*	PA; QL (14 de EA por 28 días)
JOENJA	1*	PA; QL (60 de EA por 30 días)
<i>miglustat</i>	1*	
<i>nitisinone</i>	1*	PA
NULIBRY	1*	PA
PANCREAZE, CÁPSULAS DE 10500-35500 UNIDADES, 16800-56800 UNIDADES, 21000-54700 UNIDADES, 2600-8800 UNIDADES, 37000-97300 UNIDADES, 4200-14200 UNIDADES, CON PARTÍCULAS DE LIBERACIÓN RETARDADA, POR VÍA ORAL	1	
PROLASTIN-C	1*	PA; LA
<i>sapropterin dihydrochloride, caja, por vía oral</i>	1*	
<i>sapropterin dihydrochloride, comprimidos, por vía oral</i>	1*	
<i>sodium phenylbutyrate, polvo de 3 gm por cucharadita, por vía oral</i>	1*	
<i>sodium phenylbutyrate, comprimidos, por vía oral</i>	1*	
SUCRAID	1*	PA; LA
VIJOICE	1*	PA; QL (56 de EA por 28 días)
VYNDAQEL	1*	PA; QL (120 de EA por 30 días)
WAINUA	1*	PA; QL (0.8 ML por 30 días)
YARGESA	1*	

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
ZEMAIRA	1*	PA; LA
ZILBRYSQ, SOLUCIÓN DE 16.6 MG/0.416 ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	1*	PA; QL (12.48 ML por 30 días)
ZILBRYSQ, SOLUCIÓN DE 23 MG/0.574 ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	1*	PA; QL (17.22 ML por 30 días)
ZILBRYSQ, SOLUCIÓN DE 32.4 MG/0.81 ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	1*	PA; QL (24.3 ML por 30 días)
<b>Fármacos genitourinarios</b>		
<b>Antiespasmódicos urinarios</b>		
<i>fesoterodine fumarate, de liberación prolongada</i>	1	QL (30 de EA por 30 días)
MYRBETRIQ, SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA DE LIBERACIÓN PROLONGADA, POR VÍA ORAL	1	QL (300 ML por 30 días)
MYRBETRIQ, COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA HASTA 24 HORAS, POR VÍA ORAL	1	QL (30 de EA por 30 días)
<i>oxybutynin chloride, de liberación prolongada</i>	1	QL (60 de EA por 30 días)
<i>oxybutynin chloride, solución, por vía oral</i>	1	
<i>oxybutynin chloride, en jarabe, por vía oral</i>	1	
<i>oxybutynin chloride, comprimidos de 5 mg, por vía oral</i>	1	
<i>solifenacin succinate</i>	1	QL (30 de EA por 30 días)
<i>tolterodine tartrate</i>	1	QL (60 de EA por 30 días)
<i>tolterodine tartrate, de liberación prolongada</i>	1	QL (30 de EA por 30 días)
<i>tropium chloride</i>	1	QL (60 de EA por 30 días)
<i>tropium chloride, de liberación prolongada</i>	1	ST; QL (30 de EA por 30 días)
<b>Fármacos para tratar la hipertrofia benigna de próstata</b>		
<i>alfuzosin hcl, de liberación prolongada</i>	1	
<i>dutasteride, por vía oral</i>	1	
<i>dutasteride-tamsulosin hcl</i>	1	
ENTADFI	1	PA; QL (30 de EA por 30 días)
<i>finasteride, comprimidos de 5 mg, por vía oral</i>	1	
<i>tadalafil, comprimidos de 2.5 mg, 5 mg, por vía oral</i>	1	PA; QL (30 de EA por 30 días)
<i>tamsulosin hcl</i>	1	
<b>Fármacos genitourinarios, otros</b>		
<i>bethanechol chloride, por vía oral</i>	1	

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
ELMIRON	1	
<i>methylergonovine maleate, por vía oral</i>	1	
<i>penicillamine, comprimidos, por vía oral</i>	1	PA
RIVFLOZA, SOLUCIÓN, POR VÍA SUBCUTÁNEA	1*	PA; QL (1 ML por 30 días)
RIVFLOZA, SOLUCIÓN DE 128 MG/0.8 ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	1*	PA; QL (0.8 ML por 30 días)
RIVFLOZA, SOLUCIÓN DE 160 MG/ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	1*	PA; QL (1 ML por 30 días)
<i>tiopronin, comprimidos, por vía oral</i>	1	PA; QL (300 de EA por 30 días)
<i>tiopronin, comprimidos de 100 mg, de liberación retardada, por vía oral</i>	1	PA; QL (240 de EA por 30 días)
<i>tiopronin, comprimidos de 300 mg, de liberación retardada, por vía oral</i>	1	PA; QL (90 de EA por 30 días)
<b>Fármacos para tratamiento hormonal, estimulantes/reposición hormonal/modificadores (suprarrenales)</b>		
<b>Fármacos para tratamiento hormonal, estimulantes/reposición hormonal/modificadores (suprarrenales)</b>		
ACTHAR	1*	PA
ACTHAR, GEL	1*	PA
<i>betamethasone dipropionate aug, crema de uso tópico</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate, ungüento de uso tópico</i>	1	
CORTROPHIN	1*	PA
DEXAMETHASONE INTENSOL	1	
<i>dexamethasone, solución, por vía oral</i>	1	
<i>dexamethasone, comprimidos, por vía oral</i>	1	
<i>dexamethasone, caja de comprimidos, por vía oral</i>	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate, solución de 120 mg/30 ml, 20 mg/5 ml, 4 mg/ml, por vía inyectable</i>	1	
<i>fludrocortisone acetate, por vía oral</i>	1	
HEMADY	1	PA; QL (30 de EA por 30 días)
<i>hydrocortisone, por vía oral</i>	1	
ISTURISA, COMPRIMIDOS DE 1 MG, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (540 de EA por 30 días)
ISTURISA, COMPRIMIDOS DE 5 MG, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (360 de EA por 30 días)
<i>methylprednisolone, por vía oral</i>	1	
<i>prednisolone, solución, por vía oral</i>	1	

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>prednisolone, comprimidos, por vía oral</i>	1	
<i>prednisolone sodium phosphate, solución de 10 mg/5 ml, 20 mg/5 ml, por vía oral</i>	1	
<i>prednisolone sodium phosphate, solución de 15 mg/5 ml, 6.7 (5 como base) mg/5 ml, por vía oral</i>	1	
<i>prednisone intensol</i>	1	
<i>prednisone, solución, por vía oral</i>	1	
<i>prednisone, comprimidos, por vía oral</i>	1	
<i>prednisone, caja de comprimidos, por vía oral</i>	1	
<b>Fármacos para tratamiento hormonal, estimulantes/reposición hormonal/modificadores (hipófisis)</b>		
<b>Fármacos para tratamiento hormonal, estimulantes/reposición hormonal/modificadores (hipófisis)</b>		
<i>desmopressin ace, aerosol, fármaco refrigerado</i>	1	
<i>desmopressin acetate, por vía oral</i>	1	
<i>desmopressin acetate, en aerosol</i>	1	
INCRELEX	1*	PA; LA
<i>leuprolide acetate, 3 meses</i>	1	
<i>leuprolide acetate, por vía intramuscular</i>	1*	
NORDITROPIN FLEXPPO, SOLUCIÓN EN PLUMA INYECTORA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	1*	PA
OMNITROPE, SOLUCIÓN EN CARTUCHO, POR VÍA SUBCUTÁNEA	1*	PA
OMNITROPE, SOLUCIÓN RECONSTITUIDA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	1*	PA
SEROSTIM, SOLUCIÓN RECONSTITUIDA DE 4 MG, 5 MG, 6 MG, POR VÍA SUBCUTÁNEA	1*	PA; LA
VYNDAMAX	1*	PA; QL (30 de EA por 30 días)
<b>Fármacos para tratamiento hormonal, estimulantes/reposición hormonal/modificadores (hormonas y modificadores sexuales)</b>		
<b>Andrógenos</b>		
AVEED	1	PA
<i>danazol, por vía oral</i>	1	
<i>methyltestosterone, por vía oral</i>	1*	PA
<i>testosterone cypionate, solución de 100 mg/ml, 200 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml), por vía intramuscular</i>	1	

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>testosterone enanthate, solución, por vía intramuscular</i>	1	
<i>testosterone, gel transdérmico al 1.62 %, 20.25 mg/act (1.62 %), 40.5 mg/2.5 gm (1.62 %)</i>	1	PA; QL (150 GM por 30 días)
<i>testosterone, gel transdérmico de 10 mg/act (2 %)</i>	1	PA; QL (120 GM por 30 días)
<i>testosterone, gel transdérmico de 12.5 mg/act (1 %), 50 mg/5 gm (1 %)</i>	1	PA; QL (300 GM por 30 días)
<i>testosterone, gel transdérmico de 20.25 mg/1.25 gm (1.62 %)</i>	1	PA; QL (37.5 GM por 30 días)
<i>testosterone, gel transdérmico de 25 mg/2.5 gm (1 %)</i>	1	PA; QL (75 GM por 30 días)
<i>testosterone, solución transdérmica</i>	1	PA; QL (180 ML por 30 días)
<b>Estrógenos</b>		
ALTAVERA	1	
<i>alyacen 1/35</i>	1	
AMETHIA	1	
APRI	1	
ARANELLE	1	
AUROVELA 24 FE	1	
AVIANE	1	
BALZIVA	1	
BLISOVI 24 FE	1	
CAMRESE LO	1	
CRYSELLE-28	1	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol, comprimidos de 0.15-30 mg-mcg, por vía oral</i>	1	
<i>dotti</i>	1	
ELURYNG	1	
ENILLORING	1	
ENSKYCE, COMPRIMIDOS DE 0.15-30 MG-MCG, POR VÍA ORAL	1	
<i>estarylla</i>	1	
<i>estradiol, por vía oral</i>	1	
<i>estradiol, parche transdérmico, dos veces por semana</i>	1	
<i>estradiol, parche transdérmico, semanalmente</i>	1	

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>estradiol, crema, por vía vaginal</i>	1	
<i>estradiol, comprimidos, por vía vaginal</i>	1	
<i>estradiol valerate, solución de aceite de 10 mg/ml, 20 mg/ml, por vía intramuscular</i>	1	
<i>estradiol valerate, solución de aceite de 40 mg/ml, por vía intramuscular</i>	1	
<i>estradiol-norethindrone acet</i>	1	
ESTRING	1	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>	1	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	1	
FALMINA	1	
FYAVOLV	1	
HAILEY 24 FE	1	
HALOETTE	1	
ISIBLOOM	1	
JINTELI	1	
JUNEL 1.5/30	1	
JUNEL 1/20	1	
JUNEL FE 1.5/30	1	
JUNEL FE 1/20	1	
JUNEL FE 24	1	
KARIVA	1	
KELNOR 1/35	1	
<i>kelnor 1/50</i>	1	
KURVELO	1	
LARIN 24 FE	1	
LARIN FE 1.5/30	1	
LARIN FE 1/20	1	
LESSINA	1	
<i>levonorgest-eth est y eth est</i>	1	
<i>levonorgest-eth estrad, tratamiento para 91 días, comprimidos de 0.15-0.03 mg, por vía oral</i>	1	

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.



Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad, comprimidos de 0.15-30 mg-mcg, por vía oral</i>	1	
LEVORA 0.15/30 (28)	1	
LORYNA	1	
LOW-OGESTREL	1	
LUTERA	1	
<i>lyllana</i>	1	
<i>marlissa</i>	1	
MENEST	1	
MICROGESTIN 1.5/30	1	
MICROGESTIN 1/20	1	
MICROGESTIN 24 FE	1	
MICROGESTIN FE 1.5/30	1	
MICROGESTIN FE 1/20	1	
MIMVEY	1	
NECON 0.5/35 (28)	1	
<i>norelgestromin-eth estradiol</i>	1	
<i>norethindrone acet-ethinyl est, comprimidos de 1-20 mg-mcg, por vía oral</i>	1	
<i>norethindrone-eth estradiol</i>	1	
<i>norethindron-etinyl estrad-fe</i>	1	
<i>norethin-eth estradiol-fe, tabletas masticables de 0.4-35 mg-mcg, por vía oral</i>	1	
<i>norgestimate-eth estradiol, comprimidos de 0.25-35 mg-mcg, por vía oral</i>	1	
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i>	1	
NORTREL 0.5/35 (28)	1	
NORTREL 1/35 (21)	1	
NORTREL 1/35 (28)	1	
NORTREL 7/7/7	1	
<i>nylia 1/35</i>	1	
<i>nymyo</i>	1	

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
OCELLA	1	
PORTIA-28	1	
PREMARIN, POR VÍA VAGINAL	1	
RECLIPSEN	1	
SPRINTEC 28	1	
SRONYX	1	
<i>syeda</i>	1	
<i>tri-estarylla</i>	1	
TRI LEGEST FE	1	
TRI-LO-ESTARYLLA	1	
TRI-LO-SPRINTEC	1	
<i>tri-nymyo</i>	1	
TRI-SPRINTEC	1	
TRIVORA (28)	1	
<i>tri-vylibra</i>	1	
<i>turqoz</i>	1	
VELIVET	1	
<i>vylibra</i>	1	
XULANE	1	
YUVAFEM	1	
ZOVIA 1/35 (28)	1	
<b>Fármacos para tratamiento hormonal, estimulantes/reposición hormonal/modificadores (hormonas y modificadores sexuales)</b>		
LILETTA (52 MG), DISPOSITIVO INTRAUTERINO DE 20.1 MCG/DÍA, POR VÍA INTRAUTERINA	1	
MIRENA (52 MG), DISPOSITIVO INTRAUTERINO DE 20 MCG/DÍA, POR VÍA INTRAUTERINA	1	
NEXPLANON	1	
<b>Fármacos que contienen progestina</b>		
CAMILA	1	
DEPO-SUBQ PROVERA 104, SUSPENSIÓN EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	1	

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
EMZAHH	1	
ERRIN	1	
HEATHER	1	
<i>medroxyprogesterone acetate, suspensión, por vía intramuscular</i>	1	
<i>medroxyprogesterone acetate, suspensión en jeringa precargada, por vía intramuscular</i>	1	
<i>medroxyprogesterone acetate, por vía oral</i>	1	
<i>megestrol acetate, suspensión de 40 mg/ml, por vía oral</i>	1	
<i>megestrol acetate, suspensión de 625 mg/5 ml, por vía oral</i>	1	
<i>megestrol acetate, comprimidos, por vía oral</i>	1	
NORA-BE	1	
<i>norethindrone acetate, por vía oral</i>	1	
<i>norethindrone, por vía oral</i>	1	
<i>progesterone, por vía oral</i>	1	
<b>Fármacos para tratamiento hormonal, estimulantes/reposición hormonal/modificadores (tiroides)</b>		
<b>Fármacos para tratamiento hormonal, estimulantes/reposición hormonal/modificadores (tiroides)</b>		
ARMOUR THYROID	1	
<i>euthyrox</i>	1	
<i>levothyroxine sodium, comprimidos, por vía oral</i>	1	
<i>levoxy</i>	1	
<i>liothyronine sodium, por vía oral</i>	1	
SYNTHROID	1	
<i>unithroid</i>	1	
<b>Fármacos para tratamiento hormonal, supresores (hipófisis)</b>		
<b>Fármacos para tratamiento hormonal, supresores (hipófisis)</b>		
<i>cabergoline</i>	1	
ELIGARD, KIT DE 30 MG, 45 MG, 7.5 MG, POR VÍA SUBCUTÁNEA	1	
FIRMAGON, DOSIS DE 240 MG	1*	B/D
FIRMAGON, SOLUCIÓN RECONSTITUIDA DE 80 MG, POR VÍA SUBCUTÁNEA	1	B/D

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>lanreotide acetate</i>	1*	
<i>leuprolide acetate, por vía inyectable</i>	1*	
LUPRON DEPOT, 1 MES, KIT DE 3.75 MG, POR VÍA INTRAMUSCULAR	1*	PA
LUPRON DEPOT, 3 MESES, KIT DE 11.25 MG, POR VÍA INTRAMUSCULAR	1*	PA
LUPRON DEPOT-PED, 1 MES	1*	PA
LUPRON DEPOT-PED, 3 MESES	1*	PA
LUPRON DEPOT-PED, 6 MESES	1*	PA
<i>octreotide acetate, solución de 100 mcg/ml, 1000 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml, por vía inyectable</i>	1	
<i>octreotide acetate, por vía subcutánea</i>	1	
SANDOSTATIN LAR DEPOT	1*	
SIGNIFOR	1*	PA
SOMATULINE DEPOT, SOLUCIÓN DE 60 MG/0.2 ML, 90 MG/0.3 ML, POR VÍA SUBCUTÁNEA	1*	
SOMAVERT	1*	PA; LA
SINAREL	1*	
TRELSTAR MIXJECT	1	PA
<b>Fármacos para tratamiento hormonal, supresores (tiroides)</b>		
<b>Fármacos antitiroideos</b>		
<i>methimazole, por vía oral</i>	1	
<i>propylthiouracil, por vía oral</i>	1	
<b>Fármacos para tratar trastornos del sistema inmunitario</b>		
<b>Fármacos para tratar el angioedema</b>		
HAEGARDA	1*	PA
<i>icatibant acetate, solución en jeringa precargada, por vía subcutánea</i>	1*	PA; QL (18 ML por 30 días)
SAJAZIR, SOLUCIÓN EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	1*	PA; QL (18 ML por 30 días)
<b>Fármacos que contienen inmunoglobinas</b>		
GAMMAGARD, SOLUCIÓN DE 2.5 GM/25 ML, POR VÍA INYECTABLE	1*	PA

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
GAMMAGARD S/D MENOS IGA	1*	PA
GAMUNEX-C	1*	PA
<b>Fármacos para tratar trastornos del sistema inmunitario, otros</b>		
ARCALYST	1*	PA; LA
COSENTYX, DOSIS DE 300 MG	1*	PA; QL (8 ML por 28 días)
COSENTYX SENSOREADY, DOSIS DE 300 MG	1*	PA; QL (8 ML por 28 días)
COSENTYX, SOLUCIÓN EN JERINGA PRECARGADA DE 75 MG/0.5 ML, POR VÍA SUBCUTÁNEA	1*	PA; QL (2 ML por 28 días)
COSENTYX UNOREADY	1*	PA; QL (8 ML por 28 días)
DUPIXENT, SOLUCIÓN EN PLUMA INYECTORA DE 200 MG/1.14 ML, POR VÍA SUBCUTÁNEA	1*	PA; QL (3.42 ML por 30 días)
DUPIXENT, SOLUCIÓN EN PLUMA INYECTORA DE 300 MG/2 ML, POR VÍA SUBCUTÁNEA	1*	PA; QL (8 ML por 30 días)
DUPIXENT, SOLUCIÓN DE 100 MG/0.67 ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	1*	PA; QL (1.34 ML por 30 días)
DUPIXENT, SOLUCIÓN DE 200 MG/1.14 ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	1*	PA; QL (3.42 ML por 30 días)
DUPIXENT, SOLUCIÓN DE 300 MG/2 ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	1*	PA; QL (8 ML por 30 días)
<i>leflunomide, por vía oral</i>	1	
REVCovi	1*	PA
RINVOQ LQ	1*	PA; QL (360 ML por 30 días)
RINVOQ, COMPRIMIDOS DE 15 MG, 30 MG DE LIBERACIÓN PROLONGADA HASTA 24 HORAS, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (30 de EA por 30 días)
RINVOQ, COMPRIMIDOS DE 45 MG, DE LIBERACIÓN PROLONGADA HASTA 24 HORAS, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (168 de EA por 365 días)
SKYRIZI, PLUMA	1*	PA; QL (1 ML por 28 días)
SKYRIZI, SOLUCIÓN EN CARTUCHO DE 180 MG/1.2 ML, POR VÍA SUBCUTÁNEA	1*	PA; QL (1.2 ML por 28 días)
SKYRIZI, SOLUCIÓN EN CARTUCHO DE 360 MG/2.4 ML, POR VÍA SUBCUTÁNEA	1*	PA; QL (2.4 ML por 56 días)
SKYRIZI, SOLUCIÓN EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	1*	PA; QL (1 ML por 28 días)

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
STELARA, SOLUCIÓN DE 45 MG/0.5 ML, POR VÍA SUBCUTÁNEA	1*	PA; QL (0.5 ML por 28 días)
STELARA, SOLUCIÓN DE 45 MG/0.5 ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	1*	PA; QL (0.5 ML por 28 días)
STELARA, SOLUCIÓN DE 90 MG/ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	1*	PA; QL (1 ML por 28 días)
TAVNEOS	1*	PA; QL (180 de EA por 30 días)
XELJANZ, SOLUCIÓN, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (300 ML por 30 días)
XELJANZ, COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (60 de EA por 30 días)
XELJANZ XR, COMPRIMIDOS DE 11 MG, DE LIBERACIÓN PROLONGADA HASTA 24 HORAS, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (30 de EA por 30 días)
XOLAIR, SOLUCIÓN EN PLUMA AUTOINYECTORA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	1*	PA
XOLAIR, SOLUCIÓN EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	1*	PA
XOLAIR, SOLUCIÓN RECONSTITUIDA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	1*	PA; LA
<b>Fármacos inmunoestimulantes</b>		
ACTIMMUNE	1*	PA
BESREMI	1*	PA; QL (2 ML por 28 días)
INTRON A, SOLUCIÓN RECONSTITUIDA DE 10000000 UNIDADES, 50000000 UNIDADES, POR VÍA INYECTABLE	1*	B/D
PEGASYS, SOLUCIÓN DE 180 MCG/ML, POR VÍA SUBCUTÁNEA	1*	
PEGASYS, SOLUCIÓN EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	1*	
<b>Fármacos inmunosupresores</b>		
<i>adalimumab-adaz</i>	1*	PA; QL (2.4 ML por 28 días)
ASTAGRAF XL	1	B/D
<i>azathioprine, comprimidos de 50 mg, por vía oral</i>	1	B/D
BENLYSTA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	1*	PA
<i>cyclosporine, modificado, cápsulas, por vía oral</i>	1	B/D
<i>cyclosporine, modificado, solución, por vía oral</i>	1	B/D

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>cyclosporine, cápsulas, por vía oral</i>	1	B/D
ENBREL MINI	1*	PA; QL (8 ML por 28 días)
ENBREL, SOLUCIÓN DE 25 MG/0.5 ML, POR VÍA SUBCUTÁNEA	1*	PA; QL (8 ML por 28 días)
ENBREL, SOLUCIÓN DE 25 MG/0.5 ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	1*	PA; QL (4 ML por 28 días)
ENBREL, SOLUCIÓN DE 50 MG/ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	1*	PA; QL (8 ML por 28 días)
ENBREL SURECLICK, SOLUCIÓN EN PLUMA AUTOINYECTORA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	1*	PA; QL (8 ML por 28 días)
ENSPRYNG	1*	PA; QL (2 ML por 30 días)
<i>everolimus, comprimidos de 0.25 mg, por vía oral</i>	1	B/D
<i>everolimus, comprimidos de 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, por vía oral</i>	1*	B/D
<i>everolimus, comprimidos de 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg, por vía oral</i>	1*	PA; QL (30 de EA por 30 días)
<i>everolimus, comprimidos solubles de 2 mg, por vía oral</i>	1*	PA
GENGRAF, CÁPSULAS DE 100 MG, 25 MG, POR VÍA ORAL	1	B/D
GENGRAF, SOLUCIÓN, POR VÍA ORAL	1	B/D
HADLIMA PUSH TOUCH, SOLUCIÓN EN PLUMA AUTOINYECTORA DE 40 MG/0.4 ML, POR VÍA SUBCUTÁNEA	1*	PA; QL (2.4 ML por 28 días)
HADLIMA PUSH TOUCH, SOLUCIÓN EN PLUMA AUTOINYECTORA DE 40 MG/0.8 ML, POR VÍA SUBCUTÁNEA	1*	PA; QL (4.8 ML por 28 días)
HADLIMA, SOLUCIÓN DE 40 MG/0.4 ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	1*	PA; QL (2.4 ML por 28 días)
HADLIMA, SOLUCIÓN DE 40 MG/0.8 ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	1*	PA; QL (4.8 ML por 28 días)
HUMIRA, CAJA CON 2 PLUMAS	1*	PA; QL (4 de EA por 28 días)
HUMIRA, KIT DE 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML EN JERINGA PRECARGADA, CAJA CON 2 JERINGAS, POR VÍA SUBCUTÁNEA	1*	PA; QL (2 de EA por 28 días)

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.



Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
HUMIRA, KIT DE 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML EN JERINGA PRECARGADA, CAJA CON 2 JERINGAS, POR VÍA SUBCUTÁNEA	1*	PA; QL (4 de EA por 28 días)
HUMIRA PEN, KIT DE PLUMA INYECTORA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	1*	PA; QL (2 de EA por 28 días)
HUMIRA, KIT DE 40 MG/0.8 ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	1*	PA; QL (2 de EA por 28 días)
HUMIRA-CD/UC/HS, TRATAMIENTO INICIAL	1*	PA; QL (4 de EA por 28 días)
HUMIRA, TRATAMIENTO INICIAL PARA NIÑOS DE 40 KG O MÁS CON COLITIS ULCEROSA (UC)	1*	PA; QL (4 de EA por 28 días)
HUMIRA-PSORIASIS/UEVIT, TRATAMIENTO INICIAL	1*	PA; QL (4 de EA por 28 días)
<i>mercaptopurine, por vía oral</i>	1	
<i>methotrexate, por vía oral</i>	1	
<i>methotrexate sodium (pf), solución de 1 gm/40 ml, 250 mg/10 ml, 50 mg/2 ml, por vía inyectable</i>	1	
<i>methotrexate sodium, solución de 250 mg/10 ml, 50 mg/2 ml, por vía inyectable</i>	1	
<i>methotrexate sodium, solución reconstituida, por vía inyectable</i>	1	
<i>methotrexate sodium, por vía oral</i>	1	
<i>mycophenolate mofetil, cápsulas, por vía oral</i>	1	B/D
<i>mycophenolate mofetil, suspensión reconstituida, por vía oral</i>	1*	B/D
<i>mycophenolate mofetil, comprimidos, por vía oral</i>	1	B/D
<i>mycophenolate sodium</i>	1	B/D
MYHIBBIN	1	B/D
OTEZLA, CAJA DE COMPRIMIDOS DE 10, 20 Y 30 MG, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (55 de EA por 28 días)
PROGRAF, CAJA, POR VÍA ORAL	1	B/D
REZUROCK	1*	PA; QL (30 de EA por 30 días)
SANDIMMUNE, SOLUCIÓN, POR VÍA ORAL	1	B/D
<i>sirolimus, solución, por vía oral</i>	1*	B/D
<i>sirolimus, comprimidos, por vía oral</i>	1	B/D
<i>tacrolimus, por vía oral</i>	1	B/D

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
XATMEP	1	PA
XELJANZ XR, COMPRIMIDOS DE 22 MG, DE LIBERACIÓN PROLONGADA HASTA 24 HORAS, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (30 de EA por 30 días)
<b>Vacunas</b>		
<i>abrysvo</i>	1	QL (1 de EA por 365 días)
ACTHIB	1	
ADACEL	1	
<i>arexvy</i>	1	QL (1 de EA por 720 días)
<i>bcg, vacuna, solución reconstituida, por vía inyectable</i>	1	
BEXSERO	1	
BOOSTRIX, SUSPENSIÓN DE 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5, POR VÍA INTRAMUSCULAR	1	
BOOSTRIX, SUSPENSIÓN EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA INTRAMUSCULAR	1	
DAPTACEL, SUSPENSIÓN DE 23-15-5, POR VÍA INTRAMUSCULAR	1	
DENGVAXIA	1	
<i>diphtheria-tetanus toxoids dt</i>	1	
ENGERIX-B, SUSPENSIÓN DE 20 MCG/ML, POR VÍA INYECTABLE	1	B/D
ENGERIX-B, SUSPENSIÓN EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA INYECTABLE	1	B/D
GARDASIL 9	1	
HAVTRIX	1	
HEPLISAV-B, SOLUCIÓN EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA INTRAMUSCULAR	1	B/D
HIBERIX, POR VÍA INYECTABLE	1	
IMOVAX RABIES, SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA, POR VÍA INTRAMUSCULAR	1	
INFANRIX	1	
IPOL	1	
IXCHIQ	1	QL (1 de EA por 720 días)
IXIARO	1	

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
JYNNEOS	1	B/D
KINRIX, SUSPENSIÓN EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA INTRAMUSCULAR	1	
MENACTRA, SOLUCIÓN, POR VÍA INTRAMUSCULAR	1	
MENQUADFI, SOLUCIÓN, POR VÍA INTRAMUSCULAR	1	
MENVEO	1	
M-M-R II, POR VÍA INYECTABLE	1	
MRESVIA	1	QL (0.5 ML por 720 días)
PEDIARIX, SUSPENSIÓN EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA INTRAMUSCULAR	1	
PEDVAX HIB, SUSPENSIÓN, POR VÍA INTRAMUSCULAR	1	
PENBRAYA	1	QL (2 de EA por 720 días)
PENTACEL	1	
PREHEVBRIO	1	B/D
PRIORIX	1	
PROQUAD, SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	1	
QUADRACEL	1	
RABAVERT	1	
RECOMBIVAX HB	1	B/D
ROTARIX	1	
ROTATEQ, SOLUCIÓN, POR VÍA ORAL	1	
SHINGRIX, SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA DE 50 MCG/0.5 ML, POR VÍA INTRAMUSCULAR	1	QL (2 de EA por 999 días)
TDVAX	1	
TENIVAC	1	
TICOVAC	1	
TRUMENBA	1	
TWINRIX, SUSPENSIÓN EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA INTRAMUSCULAR	1	
TIPHIM VI	1	

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
VAQTA	1	
VARIVAX	1	
YF-VAX	1	
<b>Fármacos para tratar la enfermedad inflamatoria intestinal</b>		
<b>Fármacos aminosalicilatos</b>		
<i>balsalazide disodium</i>	1	
<i>mesalamine, cápsulas de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>	1	
<i>mesalamine, cápsulas de liberación retardada, por vía oral</i>	1	
<i>mesalamine, comprimidos de liberación retardada, por vía oral</i>	1	
<i>mesalamine, por vía rectal</i>	1	
<i>sulfasalazine, por vía oral</i>	1	
<b>Glucocorticoides</b>		
<i>budesonide, comprimidos de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>	1*	QL (30 de EA por 30 días)
<i>budesonide, por vía oral</i>	1	
<i>budesonide, espuma de 2 mg, por vía rectal</i>	1	
<i>hydrocortisone, enema, por vía rectal</i>	1	
<b>Fármacos para tratar las enfermedades metabólicas óseas</b>		
<b>Fármacos para tratar las enfermedades metabólicas óseas</b>		
<i>alendronate sodium, comprimidos de 10 mg, 35 mg, 5 mg, 70 mg, por vía oral</i>	1	
<i>calcitonin (salmon), por vía nasal</i>	1	
<i>calcitriol, cápsulas, por vía oral</i>	1	
<i>cinacalcet hcl, comprimidos de 30 mg, 90 mg, por vía oral</i>	1	B/D; QL (120 de EA por 30 días)
<i>cinacalcet hcl, comprimidos de 60 mg, por vía oral</i>	1	B/D; QL (60 de EA por 30 días)
<i>doxercalciferol, por vía oral</i>	1	B/D
EVENITY	1*	PA; QL (2.34 ML por 30 días)
<i>ibandronate sodium, por vía oral</i>	1	
<i>paricalcitol, por vía oral</i>	1	

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
PROLIA, SOLUCIÓN EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	1	PA; QL (1 ML por 180 días)
<i>risedronate sodium, comprimidos de 150 mg, por vía oral</i>	1	QL (1 de EA por 28 días)
<i>risedronate sodium, comprimidos de 35 mg, 35 mg (caja de 12), 35 mg (caja de 4), por vía oral</i>	1	QL (4 de EA por 28 días)
<i>risedronate sodium, comprimidos de 5 mg, por vía oral</i>	1	QL (30 de EA por 30 días)
<i>risedronate sodium, comprimidos de liberación retardada, por vía oral</i>	1	
TERIPARATIDE (RECOMBINANTE), SOLUCIÓN EN PLUMA INYECTORA DE 620 MCG/2.48 ML, POR VÍA SUBCUTÁNEA	1*	PA; QL (2.48 ML por 30 días)
TYMLOS	1*	PA; QL (1.56 ML por 30 días)
VOXZOGO	1*	PA; QL (30 de EA por 30 días)
XGEVA	1*	PA
<i>zoledronic acid, concentrado, por vía intravenosa</i>	1	B/D
<i>zoledronic acid, solución, por vía intravenosa</i>	1	B/D
<b>Fármacos para tratamientos oftalmológicos</b>		
<b>Fármacos oftalmológicos análogos de prostaglandina y de prostamida</b>		
<i>bimatoprost, de uso oftálmico</i>	1	
<i>latanoprost, de uso oftálmico</i>	1	
LUMIGAN, SOLUCIÓN AL 0.01 %, DE USO OFTÁLMICO	1	
RHOPRESSA	1	
<i>travoprost (sin bak)</i>	1	ST
<b>Fármacos para tratamientos oftalmológicos, otros</b>		
<i>atropine sulfate, solución al 1 %, de uso oftálmico</i>	1	
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc</i>	1	
CYSTADROPS	1*	PA; QL (20 ML por 30 días)
CYSTARAN	1*	PA; QL (60 ML por 28 días)
<i>dorzolamide hcl-timolol mal</i>	1	
<i>dorzolamide hcl-timolol mal pf, solución al 2-0.5 %, de uso oftálmico</i>	1	
LACRISERT	1	

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>neomycin-polymyxin-dexameth, ungüento, de uso oftálmico</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth, suspensión de 3.5-10000-0.1, de uso oftálmico</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin, solución de 1.75-10000-.025, de uso oftálmico</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-hc, suspensión de 3.5-10000-1, de uso oftálmico</i>	1	
<i>neo-polycin</i>	1	
<i>neo-polycin hc</i>	1	
OXERVATE	1*	PA; QL (28 ML por 30 días)
<i>polymyxin b-trimethoprim</i>	1	
RESTASIS	1	QL (60 de EA por 30 días)
RESTASIS MULTIDOSE, EMULSIÓN AL 0.05 %, DE USO OFTÁLMICO	1	QL (60 ML por 30 días)
ROCKLATAN	1	
<i>sulfacetamide-prednisolone, solución, de uso oftálmico</i>	1	
TOBRADEX, UNGÜENTO, DE USO OFTÁLMICO	1	
<i>tobramycin-dexamethasone</i>	1	
XDEMZY	1*	PA; QL (10 ML por 180 días)
<b>Colirios antialérgicos</b>		
<i>azelastine hcl, de uso oftálmico</i>	1	
<i>cromolyn sodium, de uso oftálmico</i>	1	
<i>epinastine hcl</i>	1	
<b>Fármacos antiinfecciosos oftálmicos</b>		
AZASITE	1	
<i>bacitracin, de uso oftálmico</i>	1	QL (7 GM por 30 días)
<i>bacitracin-polymyxin b, ungüento de 500-10000 unidades/gm, de uso oftálmico</i>	1	
<i>erythromycin, de uso oftálmico</i>	1	QL (21 GM por 30 días)
<i>gatifloxacin, de uso oftálmico</i>	1	
<i>gentamicin sulfate, solución, de uso oftálmico</i>	1	QL (30 ML por 30 días)
<i>levofloxacin, de uso oftálmico</i>	1	

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>moxifloxacin hcl, solución, de uso oftálmico</i>	1	QL (12 ML por 30 días)
NATACYN	1	
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx, ungüento de 5-400-10000, de uso oftálmico</i>	1	
<i>ofloxacin, de uso oftálmico</i>	1	
<i>polycin</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium, de uso oftálmico</i>	1	
<i>tobramycin, de uso oftálmico</i>	1	QL (30 ML por 30 días)
<i>trifluridine, de uso oftálmico</i>	1	
ZIRGAN	1	
<b>Antiinflamatorios oftálmicos</b>		
<i>bromfenac sodium, una dosis diaria</i>	1	ST
<i>dexamethasone sodium phosphate, de uso oftálmico</i>	1	QL (30 ML por 30 días)
<i>diclofenac sodium, de uso oftálmico</i>	1	
<i>difluprednate</i>	1	ST
<i>fluorometholone, de uso oftálmico</i>	1	
<i>flurbiprofen sodium</i>	1	
<i>ketorolac tromethamine, solución al 0.4 %, de uso oftálmico</i>	1	
<i>ketorolac tromethamine, solución al 0.5 %, de uso oftálmico</i>	1	QL (20 ML por 30 días)
<i>loteprednol etabonate, gel, de uso oftálmico</i>	1	ST
<i>loteprednol etabonate, suspensión al 0.5 %, de uso oftálmico</i>	1	ST
<i>prednisolone acetate, de uso oftálmico</i>	1	
<i>prednisolone sodium phosphate, de uso oftálmico</i>	1	
<b>Fármacos bloqueadores beta adrenérgicos de uso oftálmico</b>		
<i>betaxolol hcl, de uso oftálmico</i>	1	
<i>carteolol hcl</i>	1	
<i>levobunolol hcl, solución al 0.5 %, de uso oftálmico</i>	1	
<i>timolol maleate, solución gelificante, de uso oftálmico</i>	1	
<i>timolol maleate, solución, de uso oftálmico</i>	1	
<b>Fármacos hipotensores oculares, otros</b>		

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.



Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>acetazolamide, de liberación prolongada</i>	1	
ALPHAGAN P, SOLUCIÓN AL 0.1 %, DE USO OFTÁLMICO	1	
<i>apraclonidine hcl</i>	1	
<i>brimonidine tartrate, solución al 0.2 %, de uso oftálmico</i>	1	
<i>brinzolamide</i>	1	
COMBIGAN	1	
<i>dorzolamide hcl, de uso oftálmico</i>	1	
<i>methazolamide, por vía oral</i>	1	
<i>pilocarpine hcl, solución al 1 %, 2 %, 4 %, de uso oftálmico</i>	1	
SIMBRINZA	1	
<b>Fármacos para tratar infecciones óticas</b>		
<b>Fármacos para tratar infecciones óticas</b>		
<i>acetic acid, de uso ótico</i>	1	
CIPRO HC	1	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	1	QL (7.5 ML por 30 días)
<i>fluocinolone acetonide, de uso ótico</i>	1	
<i>hydrocortisone-acetic acid</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-hc, solución al 1 %, de uso ótico</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-hc, suspensión, de uso ótico</i>	1	
<i>ofloxacin, de uso ótico</i>	1	
<b>Fármacos para tratar problemas pulmonares y del aparato respiratorio</b>		
<b>Antihistamínicos</b>		
<i>azelastine hcl, solución al 0.1 %, 0.15 %, por vía nasal</i>	1	
<i>cyproheptadine hcl, comprimidos, por vía oral</i>	1	
<i>desloratadine, comprimidos, por vía oral</i>	1	
<i>desloratadine, comprimidos dispersables de 2.5 mg, por vía oral</i>	1	
<i>hydroxyzine hcl, comprimidos, por vía oral</i>	1	
<i>levocetirizine dihydrochloride, solución, por vía oral</i>	1	
<i>levocetirizine dihydrochloride, comprimidos, por vía oral</i>	1	

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>olopatadine hcl, por vía nasal</i>	1	QL (30.5 GM por 30 días)
<b>Antiinflamatorios, corticoides inhalados</b>		
ARNUITY ELLIPTA	1	QL (30 de EA por 30 días)
<i>budesonide, suspensión de 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml, por inhalación</i>	1	B/D
<i>budesonide, suspensión de 1 mg/2 ml, por inhalación</i>	1	B/D
<i>flunisolide, solución de 25 mcg/act (0.025 %), por vía nasal</i>	1	
<i>fluticasone propionate, por vía nasal</i>	1	
<i>mometasone furoate, por vía nasal</i>	1	
PULMICORT FLEXHALER	1	QL (2 de EA por 30 días)
QVAR REDHALER	1	QL (21.2 GM por 30 días)
<b>Fármacos antileucotrienos</b>		
<i>montelukast sodium, caja, por vía oral</i>	1	
<i>montelukast sodium, comprimidos, por vía oral</i>	1	
<i>montelukast sodium, tabletas masticables, por vía oral</i>	1	
<i>zafirlukast</i>	1	
<b>Broncodilatadores, anticolinérgicos</b>		
ATROVENT HFA	1	
INCRUSE ELLIPTA, POLVO DE AEROSOL ACTIVADO CON EL ALIENTO DE 62.5 MCG/ACT, POR INHALACIÓN	1	QL (30 de EA por 30 días)
<i>ipratropium bromide, por inhalación</i>	1	B/D
<i>ipratropium bromide, por vía nasal</i>	1	
SPIRIVA HANDHALER	1	QL (30 de EA por 30 días)
SPIRIVA RESPIMAT	1	QL (4 GM por 30 días)
<b>Broncodilatadores, simpaticomiméticos</b>		
<i>albuterol sulfate hfa, solución en aerosol de 108 (90 como base) mcg/act, por inhalación</i>	1	QL (17 GM por 30 días)
<i>albuterol sulfate hfa, solución en aerosol de 108 (90 como base) mcg/act (nda020503), por inhalación</i>	1	QL (13.4 GM por 30 días)
<i>albuterol sulfate hfa, solución en aerosol de 108 (90 como base) mcg/act (nda020983), por inhalación</i>	1	QL (36 GM por 30 días)

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>albuterol sulfate, solución para nebulizador de (2.5 mg/3 ml) 0.083 %, 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg/0.5 ml, por inhalación</i>	1	B/D
<i>albuterol sulfate, en jarabe, por vía oral</i>	1	
<i>albuterol sulfate, comprimidos, por vía oral</i>	1	
<i>arformoterol tartrate</i>	1	B/D
BREO ELLIPTA, POLVO DE AEROSOL ACTIVADO CON EL ALIENTO, DE 100-25 MCG/ACT, 200-25 MCG/ACT, POR INHALACIÓN	1	QL (60 de EA por 30 días)
<i>breo ellipta, polvo de aerosol activado con el aliento, de 50-25 mcg/inh, por inhalación</i>	1	QL (60 de EA por 30 días)
BREYNA	1	QL (10.3 GM por 30 días)
DULERA	1	QL (13 GM por 30 días)
<i>epinephrine, solución en pluma autoinyectora de 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml, por vía inyectable</i>	1	QL (4 de EA por 30 días)
<i>fluticasone-salmeterol, polvo de aerosol activado con el aliento de 113-14 mcg/act, 232-14 mcg/act, 55-14 mcg/act, por inhalación</i>	1	QL (1 de EA por 30 días)
<i>levalbuterol hcl, por inhalación</i>	1	B/D
<i>levalbuterol tartrate</i>	1	QL (30 GM por 30 días)
STRIVERDI RESPIMAT	1	QL (4 GM por 30 días)
<i>terbutaline sulfate, por vía oral</i>	1	
VENTOLIN HFA	1	QL (36 GM por 30 días)
<b>Fármacos para tratar la fibrosis quística</b>		
CAYSTON	1*	PA; LA
KALYDECO	1*	PA; QL (56 de EA por 28 días)
ORKAMBI, CAJA, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (60 de EA por 30 días)
ORKAMBI, COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (120 de EA por 30 días)
PULMOZYME, SOLUCIÓN DE 2.5 MG/2.5 ML, POR INHALACIÓN	1*	B/D
SYMDEKO	1*	PA; QL (60 de EA por 30 días)
<i>tobramycin, solución para nebulizador de 300 mg/5 ml, por inhalación</i>	1*	B/D
TRIKAFTA, CAJA DE COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (84 de EA por 28 días)

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
TRIKAFTA, CAJA, POR VÍA ORAL	1*	PA; QL (56 de EA por 28 días)
<b>Inhibidores de la fosfodiesterasa, enfermedad de las vías respiratorias</b>		
<i>roflumilast</i>	1	PA; QL (30 de EA por 30 días)
<i>theophylline, comprimidos de 100 mg, 200 mg, 300 mg, de liberación prolongada hasta 12 horas, por vía oral</i>	1	
<i>theophylline, comprimidos de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>	1	
<b>Fármacos antihipertensores pulmonares</b>		
ADEMPAS	1*	PA; LA; QL (90 de EA por 30 días)
<i>ambrisentan</i>	1*	PA; LA; QL (30 de EA por 30 días)
<i>bosentan</i>	1*	PA; QL (60 de EA por 30 días)
OPSUMIT	1*	PA; LA; QL (30 de EA por 30 días)
OPSYNVI	1*	PA; QL (30 de EA por 30 días)
ORENITRAM, MES 1	1*	PA; QL (168 de EA por 28 días)
ORENITRAM, MES 2	1*	PA; QL (336 de EA por 28 días)
ORENITRAM, MES 3	1*	PA; QL (252 de EA por 28 días)
ORENITRAM, COMPRIMIDOS DE 0.125 MG DE LIBERACIÓN PROLONGADA, POR VÍA ORAL	1	PA
ORENITRAM, COMPRIMIDOS DE 0.25 MG, 1 MG, 2.5 MG, 5 MG DE LIBERACIÓN PROLONGADA, POR VÍA ORAL	1*	PA
<i>sildenafil citrate, comprimidos de 20 mg, por vía oral</i>	1	PA; QL (90 de EA por 30 días)
<i>tadalafil (pah)</i>	1*	PA; QL (60 de EA por 30 días)
TYVASO	1*	PA
TYVASO DPI, KIT DE MANTENIMIENTO	1*	PA
TYVASO DPI, KIT PARA AJUSTE DE DOSIS	1*	PA
TYVASO, KIT DE REPOSICIÓN	1*	PA
TYVASO, KIT DE TRATAMIENTO INICIAL	1*	PA
UPTRAVI	1*	PA; QL (60 de EA por 30 días)
UPTRAVI, PARA AJUSTE DE DOSIS	1*	PA; QL (200 de EA por 30 días)

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
VENTAVIS, SOLUCIÓN DE 10 MCG/ML, POR INHALACIÓN	1*	PA; QL (150 ML por 30 días)
VENTAVIS, SOLUCIÓN DE 20 MCG/ML, POR INHALACIÓN	1*	PA; QL (90 ML por 30 días)
WINREVAIR	1*	PA; QL (1 de EA por 21 días)
<b>Fármacos para tratar la fibrosis pulmonar</b>		
OFEV	1*	PA; LA; QL (60 de EA por 30 días)
<i>pirfenidone, cápsulas, por vía oral</i>	1*	PA; QL (270 de EA por 30 días)
<i>pirfenidone, comprimidos de 267 mg, por vía oral</i>	1*	PA; QL (270 de EA por 30 días)
<i>pirfenidone, comprimidos de 801 mg, por vía oral</i>	1*	PA; QL (90 de EA por 30 días)
<b>Fármacos para tratar problemas del aparato respiratorio, otros</b>		
<i>acetylcysteine, por inhalación</i>	1	B/D
ADVAIR HFA	1	QL (12 GM por 30 días)
ANORO ELLIPTA, POLVO DE AEROSOL ACTIVADO CON EL ALIENTO DE 62.5-25 MCG/ACT, POR INHALACIÓN	1	QL (60 de EA por 30 días)
BREZTRI AEROSPHERE	1	QL (10.7 GM por 30 días)
<i>budesonide-formoterol fumarate</i>	1	QL (10.2 GM por 30 días)
COMBIVENT RESPIMAT	1	QL (4 GM por 20 días)
<i>cromolyn sodium, por inhalación</i>	1	B/D
FASENRA, PLUMA	1*	PA; QL (1 ML por 30 días)
FASENRA, SOLUCIÓN DE 30 MG/ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	1*	PA; QL (1 ML por 30 días)
<i>fluticasone-salmeterol, polvo de aerosol activado con el aliento de 100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act, por inhalación</i>	1	QL (60 de EA por 30 días)
<i>ipratropium-albuterol</i>	1	B/D
NUCALA, SOLUCIÓN EN PLUMA AUTOINYECTORA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	1*	PA; QL (3 ML por 30 días)
NUCALA, SOLUCIÓN DE 100 MG/ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	1*	PA; QL (3 ML por 30 días)
NUCALA, SOLUCIÓN DE 40 MG/0.4 ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	1*	PA; QL (0.4 ML por 30 días)

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
NUCALA, SOLUCIÓN RECONSTITUIDA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	1*	PA; QL (3 de EA por 30 días)
STIOLTO RESPIMAT	1	QL (4 GM por 30 días)
TRELEGY ELLIPTA, POLVO DE AEROSOL ACTIVADO CON EL ALIENTO DE 100-62.5-25 MCG/ACT, 200-62.5-25 MCG/ACT, POR INHALACIÓN	1	QL (60 de EA por 30 días)
WIXELA INHUB, POLVO DE AEROSOL ACTIVADO CON EL ALIENTO DE 100-50 MCG/ACT, 250-50 MCG/ACT, 500-50 MCG/ACT, POR INHALACIÓN	1	QL (60 de EA por 30 días)
<b>Relajantes musculoesqueléticos</b>		
<b>Relajantes musculoesqueléticos</b>		
<i>cyclobenzaprine hcl, comprimidos de 10 mg, 5 mg, por vía oral</i>	1	
<i>methocarbamol, comprimidos de 500 mg, 750 mg, por vía oral</i>	1	
<b>Fármacos para tratar los trastornos del sueño</b>		
<b>Fármacos inductores al sueño</b>		
<i>eszopiclone</i>	1	QL (30 de EA por 30 días)
<i>ramelteon</i>	1	
<i>tasimelteon</i>	1*	PA; QL (30 de EA por 30 días)
<i>temazepam, cápsulas de 15 mg, 30 mg, por vía oral</i>	1	QL (30 de EA por 30 días)
<i>temazepam, cápsulas de 7.5 mg, por vía oral</i>	1	QL (30 de EA por 30 días)
<i>triazolam</i>	1	QL (10 de EA por 30 días)
<i>zaleplon</i>	1	QL (30 de EA por 30 días)
<i>zolpidem tartrate, de liberación prolongada</i>	1	QL (30 de EA por 30 días)
<i>zolpidem tartrate, comprimidos, por vía oral</i>	1	QL (30 de EA por 30 días)
<b>Fármacos promotores de la vigilia</b>		
<i>armodafinil</i>	1	PA; QL (30 de EA por 30 días)
<i>modafinil, por vía oral</i>	1	PA; QL (60 de EA por 30 días)
SODIUM OXYBATE	1*	PA; LA; QL (540 ML por 30 días)

**Nivel 1** = medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro solo para 30 días

**B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** disponibilidad limitada; **PA:** autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** tratamiento escalonado; **ML:** mililitros; **GM:** gramos

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían estar disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.



## Índice

abacavir sulfate .....	46	amlodipine-atorvastatin .....	60	AVIANE .....	81
abacavir sulfate-lamivudine ..	46	amlodipine-olmesartan .....	60	AVONEX PEN .....	67
abacavir-lamivudine-zidovudine .....	46	amlodipine-valsartan-hctz .....	60	AVONEX, KIT DE JERINGA PRECARGADA .....	67
ABELCET .....	27	ammonium lactate .....	69	AYVAKIT .....	33
abilify asimtufii .....	40	amnesteam .....	69	AZASITE .....	95
ABILIFY MANTENA .....	41	amoxapine .....	26	azathioprine .....	88
abiraterone acetate .....	31	amoxicill-clarithro-lansopraz ..	75	azelaic acid .....	69
abrysvo .....	91	amoxicillin .....	18	azelastine hcl .....	95, 97
acamprosate calcium .....	15	amoxicillin-pot clavulanate ....	18	azithromycin .....	20
acarbose .....	49	<i>amphetamine-dextroamphet</i> .65		aztreonam .....	16
acebutolol hcl .....	58	amphetamine- dextroamphetamine .....	65	bacitracin .....	95
acetaminophen-codeine .....	13	amphotericin b .....	27	bacitracin-polymyxin b .....	95
acetazolamide .....	59, 97	ampicillin .....	18, 19	bacitra-neomycin-polymyxin-hc .....	94
acetic acid .....	97	ampicillin sodium .....	18, 19	baclofen .....	44
acetylcysteine .....	101	ampicillin-sulbactam sodium .19		balsalazide disodium .....	93
acitretin .....	69	AMVUTTRA .....	77	BALVERSA .....	33, 34
ACTHAR .....	79	anagrelide hcl .....	54	BALZIVA .....	81
ACTHIB .....	91	anastrozole .....	33	BAQSIMI .....	51
ACTIMMUNE .....	88	ANORO ELLIPTA .....	101	<i>bcg, vacuna</i> .....	91
acyclovir .....	44, 72	apraclonidine hcl .....	97	BD AUTOSHIELD DUO .....	51
acyclovir sodium .....	44	aprepitant .....	27	BD NANO .....	51
ADACEL .....	91	APRETUDE .....	45	BD ORIGINAL .....	52
adalimumab-adaz .....	88	APRI .....	81	BD SHORT .....	52
adefovir dipivoxil .....	44	APTIOM .....	23	BD U/F MICRO .....	51
ADEMPAS .....	100	APTIVUS .....	47	BD U/F MINI .....	51
ADVAIR HFA .....	101	ARALAST NP .....	77	benazepril hcl .....	56, 57
AIMOVIG .....	29	ARANELLE .....	81	benazepril-hydrochlorothiazide .....	60
AKEEGA .....	33	ARCALYST .....	87	BENLYSTA .....	88
albendazole .....	38	arexvy .....	91	benztropine mesylate .....	39
albuterol sulfate .....	99	arformoterol tartrate .....	99	BESREMI .....	88
albuterol sulfate hfa .....	98	ARIKAYCE .....	16	betaine .....	77
alclometasone dipropionate ..	69	aripiprazole .....	41	betamethasone dipropionate 69, 79	
ALECENSA .....	33	armodafinil .....	102	betamethasone dipropionate aug .....	69, 79
alendronate sodium .....	93	ARMOUR THYROID .....	85	betamethasone valerate .....	69
aliskiren fumarate .....	59	ARNUITY ELLIPTA .....	98	BETASERON .....	67
allopurinol .....	29	asenapine maleate .....	41	betaxolol hcl .....	58, 96
alosetron hcl .....	75	<i>aspirin-dipyridamole</i> .....	55	bethanechol chloride .....	78
ALPHAGAN P .....	97	<i>assure id</i> .....	51	bexarotene .....	38
alprazolam .....	48	ASTAGRAF XL .....	88	BEXSERO .....	91
ALTAVERA .....	81	atazanavir sulfate .....	47	bicalutamide .....	31
ALUNBRIG .....	33	atenolol .....	58	BICILLIN C-R .....	19
amantadine hcl .....	39	atenolol-chlorthalidone .....	60	BICILLIN L-A .....	19
ambrisentan .....	100	atomoxetine hcl .....	65	BIKTARVY .....	45
AMETHIA .....	81	atorvastatin calcium .....	63	bimatoprost .....	94
amikacin sulfate .....	16	atovaquone .....	39	bisoprolol fumarate .....	58
amiloride hcl .....	62	atovaquone-proguanil hcl .....	39	bisoprolol-hydrochlorothiazide .....	60
amiloride-hydrochlorothiazide	59	atropine sulfate .....	94	BLISOVI 24 FE .....	81
amiodarone hcl .....	58	ATROVENT HFA .....	98	BOOSTRIX .....	91
amitriptyline hcl .....	26	AUGTYRO .....	33	bosentan .....	100
amlodipine besy-benazepril hcl .....	59, 60	AUROVELA 24 FE .....	81		
amlodipine besylate .....	59	AUSTEDO .....	66		
amlodipine besylate-valsartan .....	60	AUSTEDO XR .....	66, 67		
		AUVELITY .....	25		
		AVEED .....	80		



BOSULIF .....	34	cefixime.....	18	colestipol hcl.....	64
BRAFTOVI .....	34	cefoxitin sodium .....	18	colistimethate sodium (cba) ..	16
breo ellipta.....	99	cefpodoxime proxetil .....	18	COMBIGAN.....	97
BREO ELLIPTA.....	99	cefprozil .....	18	COMBIVENT RESPIMAT ...	101
BREYNA .....	99	ceftazidime.....	18	COMETRIQ.....	34
BREZTRI AEROSPHERE ..	101	ceftriaxone sodium.....	18	<i>comfort assist</i> .....	52
BRILINTA .....	55	cefuroxime axetil .....	18	COMPLERA .....	45
brimonidine tartrate.....	97	cefuroxime sodium.....	18	constulose .....	75
brinzolamide.....	97	celecoxib.....	12	COPIKTRA.....	34
BRIVIACT .....	21	cephalexin.....	18	CORLANOR.....	60
<i>bromfenac sodium</i> .....	96	CERDELGA .....	77	CORTROPHIN .....	79
bromocriptine mesylate.....	39	cevimeline hcl .....	68	COSENTYX.....	87
BRUKINSA.....	34	chlordiazepoxide hcl .....	48	COSENTYX UNOREADY.....	87
budesonide.....	93, 98	chlorhexidine gluconate .....	68	COTELLIC.....	34
budesonide-formoterol		chloroquine phosphate.....	39	CREON .....	77
fumarate.....	101	chlorpromazine hcl.....	40	cromolyn sodium ....	77, 95, 101
bumetanide.....	62	chlorthalidone .....	63	CRYSELLE-28 .....	81
buprenorphine .....	12	CHOLBAM .....	77	<i>cvs, apósitos de gasa estéril.</i>	52
buprenorphine hcl.....	15	cholestyramine.....	64	cyclobenzaprine hcl.....	102
buprenorphine hcl-naloxone hcl		cholestyramine light .....	64	cyclophosphamide.....	30
.....	15	ciclopirox.....	72	CYCLOPHOSPHAMIDE.....	30
bupropion hcl.....	15, 25	ciclopirox olamine .....	27	CYCLOSET .....	49
buspirone hcl.....	48	cilostazol .....	55	cyclosporine .....	88, 89
butorphanol tartrate .....	13	CIMDUO .....	46	cyproheptadine hcl .....	97
cabergoline.....	85	cimetidine.....	76	CYSTADROPS.....	94
CABOMETYX.....	34	cimetidine hcl .....	76	CYSTAGON .....	77
calcipotriene .....	69, 71	cinacalcet hcl .....	93	CYSTARAN .....	94
calcipotriene-betameth diprop		CIPRO HC .....	97	dabigatran etexilate mesylate	53
.....	69	ciprofloxacin hcl .....	20	danazol.....	80
calcitonin (salmon).....	93	ciprofloxacin-dexamethasone	97	dantrolene sodium .....	44
calcitriol .....	71, 93	citalopram hydrobromide.....	25	dapsone .....	30
CALQUENCE .....	34	CLARAVIS .....	69	DAPTACEL .....	91
CAMILA.....	84	clarithromycin.....	20	daptomycin .....	16
CAMRESE LO.....	81	clindamycin hcl.....	16	darunavir .....	47
CAMZYOS.....	60	clindamycin palmitate hcl .....	16	DAURISMO.....	34
candesartan cilexetil .....	56	clindamycin phos-benzoyl		DAYBUE .....	67
candesartan cilexetil-hctz ....	60	perox .....	69	deferasirox .....	73, 74
CAPLYTA .....	41	clindamycin phosphate... 16,	72	DELSTRIGO.....	46
CAPRELSA .....	34	CLINIMIX/DEXTROSE.....	74	demeclocycline hcl .....	21
captopril.....	57	clobazam .....	23	DENGVAXIA .....	91
carbamazepine.....	23, 24, 49	clobetasol propionate.....	70	denta 5000 plus.....	68
carbidopa .....	40	clobetasol propionate e.....	70	DEPO-SUBQ PROVERA 104	
carbidopa-levodopa .....	40	clomipramine hcl.....	26	.....	84
carbidopa-levodopa-		clonazepam .....	48	DESCOVY.....	46
entacapone .....	39	clonidine.....	55	desipramine hcl .....	26
carglumic acid .....	72	clonidine hcl .....	55, 65	desloratadine.....	97
carteolol hcl .....	96	clopidogrel bisulfate .....	55	<i>desmopressin ace</i> .....	80
cartia xt.....	59	clorazepate dipotassium .....	48	desmopressin acetate .....	80
carvedilol .....	58	clotrimazole.....	27, 28	desogestrel-ethinyl estradiol .	81
caspofungin acetate .....	27	clotrimazole-betamethasone .	71	desonide.....	70
CAYSTON.....	99	clozapine.....	44	desoximetasone .....	70
cefaclor.....	17	COARTEM.....	39	dexamethasone .....	79, 96
cefadroxil.....	17	codeine sulfate.....	13	DEXAMETHASONE	
cefazolin sodium.....	17	colchicine .....	29	INTENSOL.....	79
cefdinir.....	17	colchicine-probenecid .....	29	dexamethasone sodium	
cefepime hcl .....	18	colesevelam hcl .....	64	phosphate.....	79, 96

dexmethylphenidate hcl.....	66	.....	46	ESTRING .....	82
dextroamphetamine sulfate ..	65	eletriptan hydrobromide .....	29	eszopiclone .....	102
dextrose .....	74	ELIGARD .....	85	ethacrynic acid .....	62
dextrose-nacl.....	74	ELIQUIS.....	9, 53	ethambutol hcl.....	30
dextrose-sodium chloride.....	74	ELMIRON .....	79	ethosuximide .....	22
DIACOMIT .....	21	ELURYNG .....	81	ethynodiol diac-eth estradiol .	82
diazepam.....	23, 48	EMCYT .....	31	etodolac.....	12
diazepam intensol.....	48	EMGALITY.....	29	etonogestrel-ethinyl estradiol	82
diazoxide .....	51	EMSAM.....	25	etravirine .....	45
dichlorphenamide .....	77	emtricitabine .....	46	euthyrox .....	85
diclofenac potassium .....	12	emtricitabine-tenofovir df.....	46	EVENITY .....	93
diclofenac sodium.....	12, 96	EMTRIVA.....	46	everolimus.....	34, 89
diclofenac-misoprostol.....	12	EMZAHH.....	85	EVOTAZ.....	47
dicloxacillin sodium.....	19	enalapril maleate.....	57	EVRYSDI .....	67
dicyclomine hcl .....	75	enalapril-hydrochlorothiazide60,		<i>exel comfort, agujas para</i>	
DIFICID .....	20	61		<i>pluma.....</i>	52
diflunisal .....	12	ENBREL .....	89	exemestane.....	33
difluprednate.....	96	ENBREL MINI .....	89	ezetimibe .....	64
digoxin.....	60	ENBREL SURECLICK .....	89	ezetimibe-simvastatin .....	64
dihydroergotamine mesylate.	29	ENDARI .....	77	FABHALTA.....	54
diltiazem hcl.....	59	ENDOCET .....	13	FALMINA.....	82
dilt-xr .....	59	ENGERIX-B .....	91	famciclovir .....	44
dimethyl fumarate .....	68	ENILLORING .....	81	famotidine.....	76
diphenoxylate-atropine .....	75	enoxaparin sodium.....	53	FANAPT .....	41
diphtheria-tetanus toxoids dt.	91	ENSKYCE.....	81	FARXIGA .....	49
disopyramide phosphate.....	58	ENSPRYNG.....	89	FASENRA .....	74, 101
disulfiram .....	15	entacapone .....	39	febuxostat.....	29
divalproex sodium.....	49	ENTADFI .....	78	felbamate .....	21
dofetilide .....	58	entecavir .....	44	fenofibrate .....	63
DOJOLVI.....	72	ENTRESTO .....	6, 9, 61	fenofibrate micronized .....	63
donepezil hcl .....	24	enulose .....	75	fenofibric acid .....	63
dorzolamide hcl .....	97	EOHILIA.....	75	fentanyl.....	13
dorzolamide hcl-timolol mal ..	94	EPIDIOLEX.....	21	fentanyl citrate .....	13
dorzolamide hcl-timolol mal pf		epinastine hcl.....	95	FETZIMA.....	26
.....	94	epinephrine .....	99	filspari.....	61
dotti .....	81	epitol.....	24	FILSUVEZ .....	71
DOVATO .....	45	eplerenone.....	62	finasteride.....	78
doxazosin mesylate .....	56	EPRONTIA .....	21	fingolimod hcl .....	68
doxepin hcl .....	26, 70	ergotamine-caffeine .....	29	FINTEPLA .....	21
doxercalciferol .....	93	ERIVEDGE .....	34	FIRDAPSE .....	67
DOXY 100 .....	21	ERLEADA .....	31	FIRMAGON.....	85
doxycycline hyclate.....	21	erlotinib hcl.....	34	flecainide acetate .....	58
doxycycline monohydrate .....	21	ERRIN .....	85	fluconazole .....	28
dronabinol.....	27	ertapenem sodium .....	19	fluconazole in sodium chloride	
DROXIA .....	32	ery.....	72	.....	28
droxidopa .....	55	ERY-TAB .....	20	flucytosine .....	28
DULERA.....	99	ERYTHROCIN STEARATE.....	20	fludrocortisone acetate .....	79
duloxetine hcl .....	67	erythromycin .....	20, 72, 95	flunisolide .....	98
DUPIXENT .....	87	erythromycin base.....	20	fluocinolone acetonide....	70, 97
dutasteride.....	78	erythromycin ethylsuccinate..	20	fluocinonide .....	70
dutasteride-tamsulosin hcl ....	78	escitalopram oxalate .....	25, 26	fluorometholone.....	96
econazole nitrate .....	28	esomeprazole magnesium ...	76	fluorouracil.....	71
EDURANT .....	45	estarylla .....	81	fluoxetine hcl .....	26
efavirenz.....	45, 46	estradiol .....	81, 82	fluphenazine decanoate .....	40
efavirenz-emtricitab-tenofo df46		estradiol valerate.....	82	fluphenazine hcl .....	40
efavirenz-lamivudine-tenofovir		estradiol-norethindrone acet..	82	flurbiprofen .....	12, 96

flurbiprofen sodium.....	96	HALOETTE.....	82	indapamide.....	63
flutamide.....	31	haloperidol.....	40	INFANRIX.....	91
fluticasone propionate ....	70, 98	haloperidol decanoate.....	40	INLYTA.....	35
fluticasone-salmeterol... 99,	101	haloperidol lactate.....	40	INQOVI.....	32
fluvastatin sodium.....	63	HAVTRIX.....	91	INREBIC.....	35
fluvoxamine maleate.....	26	HEATHER.....	85	<i>insulin asp</i> .....	52
fondaparinux sodium.....	54	HEMADY.....	79	insulin aspart.....	52
fosamprenavir calcium.....	47	heparin sodium (porcine) .....	54	insulin glargine-yfgn.....	52
fosfomycin tromethamine.....	16	HEPLISAV-B.....	91	insulin lispro.....	53
fosinopril sodium.....	57	HIBERIX.....	91	INTELENCE.....	45
fosinopril sodium-hctz.....	61	HUMALOG.....	52	INTRALIPID.....	74
FOTIVDA.....	34	HUMALOG JUNIOR KWIKPEN		INTRON A.....	88
FRAGMIN.....	54	.....	52	INVEGA HAFYERA.....	41
FRUZAQLA.....	34, 35	HUMALOG KWIKPEN.....	52	INVEGA SUSTENNA.....	41
furosemide.....	62	HUMIRA.....	89, 90	INVEGA TRINZA.....	41, 42
FUZEON.....	46	HUMIRA PEN.....	90	IPOL.....	91
FYAVOLV.....	82	HUMULIN N.....	52	ipratropium bromide.....	98
FYCOMPA.....	21, 22	HUMULIN N KWIKPEN.....	52	ipratropium-albuterol.....	101
gabapentin.....	23	HUMULIN R.....	52	irbesartan.....	56
GALAFOLD.....	77	HUMULIN R U-500 KWIKPEN		irbesartan-hydrochlorothiazide	
galantamine hydrobromide ...	24	.....	52	.....	61
GAMMAGARD.....	86, 87	hydralazine hcl.....	65	ISENTRESS.....	45
GAMUNEX-C.....	87	hydrochlorothiazide.....	63	ISENTRESS HD.....	45
GARDASIL 9.....	91	hydrocodone-acetaminophen	13	ISIBLOOM.....	82
gatifloxacin.....	95	hydrocodone-ibuprofen.....	14	isoniazid.....	30
GATTEX.....	75	hydrocortisone ... 70, 71, 79, 93,		isosorbide dinitrate.....	64
gavilyte-c.....	75	97		isosorbide mononitrate.....	64
gavilyte-g.....	75	hydrocortisone (perianal).....	70	isotretinoin.....	69
GAVRETO.....	32	hydrocortisone butyrate.....	70	isradipine.....	59
gefitinib.....	35	hydrocortisone max st.....	71	ISTURISA.....	79
gemfibrozil.....	63	hydrocortisone valerate.....	71	itraconazole.....	28
generlac.....	75	hydrocortisone-acetic acid ...	97	ivabradine hcl.....	61
GENGRAF.....	89	hydromorphone hcl.....	13, 14	ivermectin.....	38, 72
<i>gentamicin</i> .....	16	hydromorphone hcl pf.....	14	IWILFIN.....	32
gentamicin sulfate.....	16, 95	hydroxychloroquine sulfate... 39		IXCHIQ.....	91
GENVOYA.....	45	hydroxyurea.....	32	IXIARO.....	91
GILOTRIF.....	35	hydroxyzine hcl.....	97	JAKAFI.....	35
glatiramer acetate.....	68	hydroxyzine pamoate.....	48	jantoven.....	54
GLATOPA.....	68	HYFTOR.....	71	JANUMET.....	49
GLEOSTINE.....	30	ibandronate sodium.....	93	JANUMET XR.....	49, 50
glimepiride.....	49	IBRANCE.....	35	JANUVIA.....	50
glipizide.....	49	ibu.....	12	JARDIANCE.....	50
glipizide-metformin hcl.....	49	ibuprofen.....	12	JAYPIRCA.....	35
glycopyrrolate.....	75	icatibant acetate.....	86	JENTADUETO.....	50
GLYDO.....	14	ICLUSIG.....	35	JENTADUETO XR.....	50
granisetron hcl.....	27	icosapent ethyl.....	64	JINTELI.....	82
griseofulvin microsize.....	28	IDHIFA.....	32	JOENJA.....	77
griseofulvin ultramicrosize ...	28	imatinib mesylate.....	35	JULUCA.....	46
guanfacine hcl.....	55, 66	IMBRUVICA.....	35	JUNEL FE 24.....	82
guanidine hcl.....	30	imipenem-cilastatin.....	19	JYLAMVO.....	32
GVOKE PFS.....	49	imipramine hcl.....	26	JYNNEOS.....	92
HADLIMA.....	89	imiquimod.....	71	KALYDECO.....	99
HADLIMA PUSH TOUCH.....	89	IMOVAX RABIES.....	91	KARIVA.....	82
HAEGARDA.....	86	IMPAVIDO.....	39	kcl in dextrose-nacl.....	72
HAILEY 24 FE.....	82	INCRELEX.....	80	KERENDIA.....	62
halobetasol propionate.....	70	INCRUSE ELLIPTA.....	98	ketoconazole.....	28

ketorolac tromethamine .....	96	LILETTA (52 MG).....	84	meropenem .....	20
KINRIX .....	92	linezolid.....	16	mesalamine .....	93
KISQALI .....	35	LINZESS.....	75	MESNEX.....	38
KISQALI FEMARA.....	32	liothyronine sodium .....	85	metformin hcl.....	50
klor-con .....	74	lisinopril.....	57	methadone hcl.....	13
KLOR-CON .....	73	lisinopril-hydrochlorothiazide	61	methazolamide .....	97
KLOR-CON 10 .....	73	lithium .....	49	methenamine hippurate .....	16
KLOR-CON M10.....	73	lithium carbonate.....	49	methimazole .....	86
KLOR-CON M15.....	73	LIVTENCITY .....	44	methocarbamol.....	102
KLOR-CON M20.....	73	LOKELMA.....	74	methotrexate .....	90
KOSELUGO .....	35	LONSURF.....	32	methotrexate sodium .....	90
KOURZEQ.....	68	loperamide hcl.....	75	methotrexate sodium (pf).....	90
krazati.....	32	lopinavir-ritonavir.....	47	methscopolamine bromide....	75
KRINTAFEL.....	39	lorazepam .....	49	methsuximide .....	22
KURVELO .....	82	LORAZEPAM INTENSOL ....	49	methylergonovine maleate....	79
labetalol hcl .....	58	LORBRENA .....	36	methylphenidate hcl.....	66
lacosamide .....	24	LORYNA .....	83	methylprednisolone .....	79
LACRISERT .....	94	losartan potassium.....	56	methyltestosterone .....	80
lactulose .....	75	losartan potassium-hctz .....	61	metoclopramide hcl .....	75
lamivudine .....	44, 46	loteprednol etabonate .....	96	metolazone.....	63
lamivudine-zidovudine .....	46	lovastatin.....	63	metoprolol tartrate .....	58
lamotrigine.....	22	LOW-OGESTREL .....	83	metoprolol-hydrochlorothiazide	
lanreotide acetate .....	86	loxapine succinate .....	40	.....	61
lansoprazole .....	76	lubiprostone .....	75	metronidazole.....	17
LANTUS .....	53	LUMAKRAS .....	32	metyrosine.....	61
LANTUS SOLOSTAR.....	53	LUMIGAN .....	94	mexiletine hcl.....	58
lapatinib ditosylate .....	35	LUPRON DEPOT.....	86	miconazole 3 .....	28
LARIN 24 FE .....	82	lurasidone hcl.....	42	MICROGESTIN .....	83
latanoprost.....	94	LUTERA.....	83	MICROGESTIN 24 FE.....	83
ledipasvir-sofosbuvir.....	44	lyllana .....	83	midodrine hcl.....	55
leflunomide .....	87	LYNPARZA.....	32	mifepristone.....	51
lenalidomide .....	31	LYSODREN .....	32	miglitol .....	50
LEQVIO .....	64	LYTGOBI .....	36	miglustat.....	77
LESSINA .....	82	LYUMJEV .....	53	MIMVEY .....	83
letrozole.....	33	LYUMJEV KWIKPEN .....	53	minocycline hcl.....	21
leucovorin calcium .....	38	magnesium sulfate.....	73	minoxidil .....	65
LEUKERAN .....	30	maraviroc.....	46	MIRENA (52 MG) .....	84
leuprolide acetate .....	80, 86	marlissa .....	83	mirtazapine.....	25
levabuterol hcl .....	99	MARPLAN .....	25	misoprostol.....	76
levabuterol tartrate.....	99	MATULANE .....	30	M-M-R II .....	92
levetiracetam .....	22	MAVYRET .....	44	modafinil.....	102
levobunolol hcl.....	96	meclizine hcl .....	27	moexipril hcl .....	57
levocarnitine .....	74	medroxyprogesterone acetate		molindone hcl .....	40
levocetirizine dihydrochloride	97	.....	85	mometasone furoate.....	71, 98
levofloxacin.....	20, 95	mefenamic acid.....	12	montelukast sodium.....	98
<i>levonorgest-eth</i> .....	82	mefloquine hcl.....	39	morphine sulfate.....	13, 14
levonorgestrel-ethinyl estrad.	83	megestrol acetate .....	85	MOUNJARO.....	50
levothyroxine sodium .....	85	MEKINIST .....	36	moxifloxacin hcl .....	20, 96
levoxyl .....	85	MEKTOVI.....	36	MRESVIA .....	92
LIBERVANT .....	23	meloxicam.....	12	MULTAQ .....	58
lidocaine .....	14	memantine hcl.....	24, 25	mupirocin.....	72
lidocaine hcl.....	14	MENACTRA.....	92	mupirocin calcium.....	72
lidocaine viscous hcl.....	14	MENEST .....	83	MYALEPT .....	76
lidocaine-prilocaine .....	15	MENQUADFI .....	92	mycophenolate mofetil.....	90
LIDOCAN .....	15	MENVEO .....	92	mycophenolate sodium.....	90
LIDOCAN III .....	15	mercaptopurine.....	90	MYHIBBIN.....	90

MYRBETRIQ .....	78	nortriptyline hcl.....	26, 27	<i>paliperidone</i> .....	42
nabumetone .....	12	NORVIR.....	47	PANCREAZE .....	77
nadolol.....	58	NOVOFINE .....	53	PANRETIN .....	71
nafcillin sodium.....	19	NUBEQA.....	31	pantoprazole sodium .....	76
naloxone hcl .....	15	NUCALA .....	101, 102	paricalcitol .....	93
naltrexone hcl.....	15	NUDEXTA .....	67	paromomycin sulfate .....	16
naproxen .....	12	NULIBRY .....	77	paroxetine hcl.....	26
naproxen sodium.....	12	NUPLAZID .....	42	paroxetine mesylate .....	26
naratriptan hcl.....	29	NURTEC.....	29	pazopanib hcl.....	36
NATACYN .....	96	NYAMYC .....	28	PEDIARIX .....	92
nateglinide .....	50	<i>nylia 1/35</i> .....	83	PEDVAX HIB.....	92
NAYZILAM .....	23	nymyo .....	83	peg 3350-kcl-na bicarb-nacl .	75
nebivolol hcl.....	58	nystatin .....	28, 71	PEGASYS .....	88
nefazodone hcl .....	26	nystatin-triamcinolone .....	71	PEMAZYRE.....	36
neomycin sulfate.....	16	NYSTOP .....	28	PENBRAYA.....	92
neomycin-bacitracin zn- polymyx.....	96	NYVEPRIA.....	54	penicillamine.....	79
neomycin-polymyxin-dexameth .....	95	OALIVA .....	76	<i>penicillin g pot.</i> .....	19
neomycin-polymyxin-gramicidin .....	95	OCELLA.....	84	penicillin g potassium .....	19
neomycin-polymyxin-hc ..	95, 97	octreotide acetate .....	86	penicillin g sodium .....	19
neo-polycin .....	95	ODEFSEY.....	46	penicillin v potassium.....	19
neo-polycin hc .....	95	ODOMZO.....	36	PENTACEL .....	92
NERLYNX .....	36	OFEV.....	101	pentamidine isethionate.....	39
nevirapine.....	45	ofloxacin.....	20, 96, 97	perindopril erbumine .....	57
NEXLETOL.....	61	OGSIVEO .....	32	permethrin .....	72
NEXLIZET .....	61	OJEMDA.....	36	perphenazine.....	40
NEXPLANON .....	84	oljaara .....	32	phenelzine sulfate .....	25
NICOTROL.....	15	olanzapine .....	42	phenobarbital.....	23
NICOTROL NS .....	15	olmesartan medoxomil .....	56	phenytoin.....	24
nilutamide .....	31	olmesartan medoxomil-hctz .	61	PIFELTRO.....	45
nimodipine .....	59	olmesartan-amlodipine-hctz .	61	pilocarpine hcl .....	68, 97
NINLARO .....	36	olopatadine hcl.....	98	pimecrolimus .....	71
nitazoxanide .....	39	omega-3-acid ethyl esters ....	64	pimozide .....	40
nitisinone .....	77	omeprazole .....	76	pindolol.....	58
NITRO-BID .....	64	omeprazole magnesium.....	76	pioglitazone hcl.....	50
nitrofurantoin macrocrystal ...	17	OMNITROPE .....	80	pioglitazone hcl-glimepiride ..	50
nitrofurantoin monohyd macro .....	17	ondansetron.....	27	pioglitazone hcl-metformin hcl .....	50
nitroglycerin.....	64, 65	ondansetron hcl .....	27	piperacillin sod-tazobactam so .....	19
NIVESTYM.....	54	ONUREG .....	32	pirfenidone .....	101
nizatidine .....	76	OPSUMIT .....	100	piroxicam.....	12
NORA-BE.....	85	OPSYNVI.....	100	PLEGRIDY .....	68
NORDITROPIN FLEXPRO ...	80	opvee.....	15	podofilox.....	72
norelgestromin-eth estradiol .	83	ORENITRAM .....	100	polycin .....	96
norethindrone .....	85	ORGOVYX.....	32	polymyxin b-trimethoprim.....	95
norethindrone acetate.....	85	ORKAMBI .....	99	POMALYST.....	31
norethindrone acet-ethinyl est .....	83	ORSERDU .....	31	PORTIA-28.....	84
norethindrone-eth estradiol ...	83	oseltamivir phosphate .....	47	posaconazole .....	28
norethin-eth estradiol-fe.....	83	OTEZLA.....	71, 90	potassium chloride.....	73, 74
norgestimate-eth estradiol ...	83	oxacillin sodium.....	19	pramipexole dihydrochloride .	39
norgestim-eth estrad triphasic .....	83	oxaprozin .....	12	prasugrel hcl.....	55
NORTREL .....	83	oxcarbazepine.....	24	pravastatin sodium .....	63
		OXERVATE .....	95	praziquantel.....	38
		oxybutynin chloride .....	78	prazosin hcl .....	56
		oxycodone hcl.....	14	prednisolone.....	79, 80
		oxycodone-acetaminophen ...	14	prednisolone acetate .....	96
		oxymorphone hcl.....	13, 14		
		pacerone.....	58		



prednisolone sodium phosphate ..... 80, 96	raloxifene hcl.....31	SANDOSTATIN LAR DEPOT86
prednisone..... 80	ramelteon.....102	SANTYL ..... 72
prednisone intensol ..... 80	ramipril.....57	sapropterin dihydrochloride .. 77
<i>preferred plus, jeringa de</i>	rasagiline mesylate .....40	saxagliptin hcl..... 50
<i>insulina</i> ..... 53	REBIF .....68	<i>saxagliptin-metformin</i> ..... 50
pregabalin..... 67	REBIF REBIDOSE..... 68	SCSEMBLIX ..... 37
PREHEVBRIO ..... 92	RECLIPSEN ..... 84	scopolamine ..... 27
PREMARIN ..... 84	RECOMBIVAX HB ..... 92	SECUADO ..... 43
PREMASOL ..... 74	RELENZA DISKHALER ..... 48	selegiline hcl..... 40
PRETOMANID ..... 30	<i>reli-on, jeringa de insulina</i> ..... 53	selenium sulfide..... 71
PREVALITE..... 64	RELISTOR.....75	SELZENTRY ..... 46, 47
PREVYMIS.....44	repaglinide ..... 50	SEROSTIM ..... 80
PREZCOBIX..... 47	REPATHA.....64	sertraline hcl..... 26
PREZISTA..... 47	REPATHA PUSHTRONEX	sf 5000 plus..... 68
PRIFTIN ..... 30	SYSTEM ..... 64	SHINGRIX..... 92
primaquine phosphate ..... 39	RESTASIS ..... 95	SIGNIFOR..... 86
primidone ..... 23	RESTASIS MULTIDOSE ..... 95	sildenafil citrate..... 100
PRIORIX ..... 92	RETACRIT ..... 55	silver sulfadiazine ..... 72
probenecid..... 29	RETEVMO ..... 32	SIMBRINZA..... 97
prochlorperazine..... 27	REVCovi..... 87	simvastatin ..... 64
prochlorperazine maleate ..... 27	REVLIMID.....31	SINAJARDY ..... 51
PROCRIT ..... 54, 55	REXULTI.....42	SINAREL..... 86
procto-med hc ..... 71	REYATAZ ..... 47	sirolimus ..... 90
proctosol hc ..... 71	REZDIFFRA..... 76	SIRTURO ..... 30
PROCTOZONE-HC ..... 71	REZLIDHIA ..... 36	SKYCLARYS..... 67
progesterone ..... 85	REZUROCK..... 90	SKYRIZI ..... 87
PROGRAF..... 90	RHOPRESSA ..... 94	sodium chloride ..... 73
PROLASTIN-C ..... 77	ribavirin ..... 44	sodium fluoride ..... 68, 69
PROLIA ..... 94	rifabutin ..... 30	sodium fluoride 5000 plus..... 68
PROMACTA..... 55	rifampin ..... 30	sodium fluoride 5000 ppm .... 69
promethazine hcl ..... 27	riluzole ..... 67	SODIUM OXYBATE ..... 102
PROMETHEGAN ..... 27	rimantadine hcl.....48	sodium phenylbutyrate ..... 77
propafenone hcl..... 58	RINVOQ..... 87	sodium polystyrene sulfonate74
propranolol hcl..... 59	RINVOQ LQ..... 87	sofosbuvir-velpatasvir ..... 44
propylthiouracil ..... 86	risedronate sodium ..... 94	solifenacin succinate ..... 78
PROQUAD ..... 92	risperidone ..... 42, 43	SOLIQUA ..... 53
protriptyline hcl ..... 27	RITONAVIR ..... 47	SOLTAMOX ..... 32
PULMICORT FLEXHALER... 98	rivastigmine..... 24	SOMATULINE DEPOT ..... 86
PULMOZYME..... 99	rivastigmine tartrate ..... 24	SOMAVERT ..... 86
PURIXAN ..... 32	RIVFLOZA ..... 79	sorafenib tosylate ..... 37
pyrazinamide ..... 30	rizatriptan benzoate ..... 29	sotalol hcl ..... 58
pyridostigmine bromide..... 30	ROCKLATAN ..... 95	sotalol hcl (af)..... 58
pyrimethamine ..... 39	roflumilast ..... 100	SPIRIVA HANDIHALER ..... 98
PYRUKYND ..... 55	ropinirole hcl ..... 40	SPIRIVA RESPIMAT ..... 98
QINLOCK ..... 36	rosuvastatin calcium..... 63, 64	spironolactone ..... 62
QUADRACEL ..... 92	ROTARIX..... 92	spironolactone-hctz ..... 61
quetiapine fumarate..... 42	ROTATEQ ..... 92	SPRINTEC 28 ..... 84
quinapril hcl ..... 57	ROZLYTREK ..... 36	SPRITAM ..... 22
quinapril-hydrochlorothiazide 61	RUBRACA ..... 37	SPRYCEL ..... 37
quinidine sulfate ..... 58	rufinamide ..... 24	SPS..... 74
quinine sulfate ..... 39	RUKOBIA..... 46	SRONYX..... 84
QVAR REDIHALER..... 98	RYBELSUS..... 50	ssd ..... 72
RABAVERT ..... 92	RYDAPT ..... 37	STELARA..... 88
rabeprazole sodium ..... 76	SAJAZIR ..... 86	STIOLTO RESPIMAT ..... 102
RADICAVA ORS ..... 67	salsalate..... 12	STIVARGA ..... 37
	SANDIMMUNE ..... 90	streptomycin sulfate..... 16

STRIBILD .....	45	tetrabenazine .....	67	tri-nymyo .....	84
STRIVERDI RESPIMAT .....	99	tetracycline hcl .....	21	TRI-SPRINTEC .....	84
SUCRAID .....	77	THALOMID .....	31	TRIUMEQ.....	47
sucralfate.....	76	thioridazine hcl.....	40	TRIUMEQ PD.....	47
sulfacetamide sodium.....	21, 96	thiothixene .....	40	TRIVORA (28).....	84
sulfacetamide-prednisolone..	95	tiagabine hcl.....	23	tri-vylibra.....	84
sulfadiazine .....	21	TIBSOVO.....	37	TROPHAMINE .....	74
sulfamethoxazole-trimethoprim		TICOVAC.....	92	tropium chloride .....	78
.....	21	tigecycline .....	17	TRULICITY.....	51
sulfasalazine.....	93	timolol maleate.....	59, 96	TRUMENBA .....	92
sulindac .....	12	tinidazole.....	17	TRUQAP .....	37
sumatriptan.....	29	tiopronin .....	79	TUKYSA.....	33
sumatriptan succinate.....	29	TIPHIM VI .....	92	TURALIO.....	37
sunitinib malate .....	37	TIVICAY.....	45	turqoz .....	84
SUNLENCA.....	47	TIVICAY PD.....	45	TWINRIX.....	92
syeda.....	84	tizanidine hcl .....	44	TYBOST .....	47
SYMDEKO .....	99	TOBRADEX.....	95	TYMLOS .....	94
SYMLINPEN 120.....	50	tobramycin .....	95, 96, 99	TYVASO.....	100
SYMLINPEN 60.....	50	tobramycin sulfate.....	16	unithroid .....	85
SYMPAZAN.....	23	tobramycin-dexamethasone ..	95	UPTRAVI.....	100
SYMTUZA.....	45	tolterodine tartrate.....	78	ursodiol.....	76
SYNJARDY .....	51	tolvaptan .....	74	uzedy .....	43
SYNJARDY XR .....	51	topiramate.....	22	valacyclovir hcl .....	45
SYNTHROID .....	85	toremifene citrate .....	31	VALCHLOR.....	30
TABLOID.....	32	torsemide .....	62	valganciclovir hcl .....	44
TABRECTA .....	37	TOUJEO MAX SOLOSTAR ..	53	valproic acid .....	22
tacrolimus.....	71, 90	TOUJEO SOLOSTAR.....	53	valsartan.....	56
tadalafil.....	78	TRADJENTA.....	51	valsartan-hydrochlorothiazide	62
tadalafil (pah).....	100	tramadol hcl .....	13, 14	VALTOCO .....	23
TAFINLAR.....	37	tramadol-acetaminophen .....	14	vancomycin hcl.....	17
TAGRISSE.....	37	trandolapril .....	58	VANFLYTA.....	37
TALZENNA.....	37	tranexamic acid.....	55	VAQTA .....	93
tamoxifen citrate .....	32	tranylcypromine sulfate .....	25	varenicline tartrate .....	15
tamsulosin hcl.....	78	trazodone hcl .....	26	VARIVAX.....	93
TASIGNA.....	37	TRECTOR .....	30	VELIVET .....	84
tasimelteon .....	102	TRELEGY ELLIPTA.....	102	VENCLEXTA.....	37, 38
TAVNEOS .....	88	TRELSTAR MIXJECT .....	86	venlafaxine hcl.....	26
tazarotene .....	69	tretinoin .....	38, 69	VENTAVIS .....	101
TAZVERIK.....	37	TRI LEGEST FE .....	84	VENTOLIN HFA .....	99
TDVAX .....	92	triamcinolone acetonide ..	69, 71	verapamil hcl.....	59, 62
TEFLARO.....	18	triamterene.....	62	VERQUVO .....	62
telmisartan.....	56	triamterene-hctz .....	62	VERSACLOZ.....	44
telmisartan-amlodipine.....	62	triazolam .....	102	VERZENIO .....	38
telmisartan-hctz .....	56, 62	TRIDACAINE II .....	15	V-GO 20 .....	53
temazepam.....	102	TRIDERM .....	71	V-GO 30 .....	53
TENIVAC.....	92	trientine hcl .....	74	V-GO 40 .....	53
tenofovir disoproxil fumarate.	46	tri-estarylla .....	84	vigabatrin.....	23
TEPMETKO.....	37	trifluoperazine hcl.....	40	vigadrone .....	23
terazosin hcl .....	56	trifluridine .....	96	VIGPODER .....	23
terbinafine hcl.....	28	trihexyphenidyl hcl .....	39	VIJOICE .....	77
terbutaline sulfate .....	99	TRIJARDY XR .....	51	vilazodone hcl.....	26
terconazole.....	28	TRIKAFTA .....	99, 100	VIRACEPT .....	47
teriflunomide.....	68	TRI-LO-ESTARYLLA .....	84	VIREAD.....	46
testosterone.....	81	TRI-LO-SPRINTEC.....	84	VITRAKVI.....	38
testosterone cypionate.....	80	trimethoprim.....	17	VIZIMPRO.....	38
testosterone enanthate.....	81	trimipramine maleate.....	27	VONJO.....	38



voriconazole .....	28	XELJANZ XR .....	88, 91	ZILBRYSQ .....	78
VOWST .....	76	XERMELO .....	75	ZIMHI .....	15
VOXZOGO .....	94	XGEVA .....	94	ziprasidone hcl .....	43
VOYDEYA .....	55	XIFAXAN .....	17	ziprasidone mesylate.....	43
VRAYLAR.....	43	XIGDUO XR.....	51	ZIRGAN.....	96
vylibra.....	84	XOLAIR.....	88	zoledronic acid .....	94
VYNDAMAX .....	80	XOSPATA.....	38	ZOLINZA .....	33
VYNDAQEL.....	77	XPOVIO .....	33	zolmitriptan.....	29
WAINUA.....	77	XTANDI.....	31	zolpidem tartrate.....	102
warfarin sodium .....	54	XULANE .....	84	ZONISADE .....	22
WELIREG.....	33	YARGESA .....	77	zonisamide .....	24
WINREVAIR.....	101	YF-VAX.....	93	ZOVIA 1/35 (28) .....	84
WIXELA INHUB.....	102	YUVAFEM .....	84	ZTALMY .....	23
XALKORI.....	38	zafirlukast.....	98	ZURZUVAE .....	25
XARELTO.....	54	zaleplon .....	102	ZYDELIG.....	38
XATMEP .....	91	ZEJULA .....	38	ZYKADIA.....	38
XCOPRI .....	22	ZELBORAF .....	38	ZYPREXA RELPREVV.....	43
XDEMVY .....	95	ZEMAIRA.....	78		
XELJANZ.....	88	zidovudine.....	46		

Texto multilingüe  
Servicios de interpretación multilingüe

Inglés: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-888-389-6648. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Español: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, llame al 1-888-389-6648. Alguien que hable español le puede ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chino mandarín: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-888-389-6648。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chino cantonés: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-888-389-6648。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-888-389-6648. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

Francés: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-888-389-6648. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamita: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-888-389-6648 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

Alemán: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-888-389-6648. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Coreano: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-888-389-6648 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Ruso: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-888-389-6648. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabe: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-888-389-6648. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके ककसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाकिया सेवाएँ उपिब्ध हैं. एक दुभाकिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-888-389-6648 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो कहन्दी बोिता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italiano: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-888-389-6648. Un nostrodulricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-888-389-6648. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

Criollo francés: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-888-389-6648. Yon moun ki pale Kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polaco: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-888-389-6648. Ta usługa jest bezpłatna.

Japonés: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-888-389-6648 にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料 AD サービスです。



Este formulario se aprobó el 08/26/2024. Para obtener información actualizada o si tiene alguna pregunta, comuníquese con Priority Health Medicare a la línea gratuita 833.939.0983 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana, o visite [priorityhealth.com/dsnp](https://priorityhealth.com/dsnp). El formulario puede cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

De igual manera, la red de farmacias o la red de proveedores puede sufrir cambios en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario. Para obtener información actualizada sobre nuestras farmacias de la red, llame al 833.939.0983 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o consulte el Directorio de farmacias en línea disponible en [priorityhealth.com/dsnp](https://priorityhealth.com/dsnp).

ID 25361, versión 7