

Formulario 2025

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.

Y0056_NCMS100010852503D_C 07102024

ID 25361, versión 7

Este formulario se actualizó el 08/26/2024. Para obtener información actualizada o si tiene alguna pregunta, comuníquese con el servicio de atención al cliente de Priority Health Medicare a la línea gratuita 888.389.6648 (los usuarios TTY deben llamar al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana, o visite [prioritymedicare.com](https://www.prioritymedicare.com).

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 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 de distribución de costos 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:

priorityhealth.com/formulary/medicare/individual-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 de distribución de costos 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 de distribución de costos 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 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 o al producto biológico original, trasladarlo a un nivel de distribución de costos diferente o ambos. 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 de distribución de costos 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 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, estos medicamentos continuarán disponibles, durante el resto del año de cobertura, bajo la misma distribución de costos 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, Priority Health Medicare no cubrirá 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 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, muéstrasela 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 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.
- Solicitarnos que cubramos un medicamento incluido en el formulario a un nivel de distribución de costos más bajo, si dicho medicamento no se encuentra en el nivel de medicamentos de especialidad. De aprobarse dicha solicitud, se reduciría el monto que usted debe pagar por el medicamento.

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

Para solicitarnos una excepción al formulario o al nivel, incluida una excepción a una restricción en la cobertura, usted o el médico prescriptor deben comunicarse con nosotros. **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 bien, podría estar tomando un medicamento que figura en nuestro formulario, pero que cuenta con una restricción en la 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, 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 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O bien, visite *medicare.gov*.

Formulario de Priority Health 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.

ED: medicamento excluido. Por lo general, este medicamento con receta no está cubierto por un plan de medicamentos con receta de Medicare. El monto que paga al surtir una receta para este medicamento no cuenta para los costos totales de sus medicamentos. Es decir, el monto que paga no le ayuda a cumplir con los requisitos para la cobertura en caso de catástrofes. Además, si recibe ayuda adicional para pagar sus medicamentos con receta, no obtendrá ayuda adicional para pagar dicho medicamento excluido. Únicamente nuestros planes

PriorityMedicareSM Thrive y **PriorityMedicareSM Thrive Plus** ofrecen cobertura para estos medicamentos excluidos.

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 888.389.6648. 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 prioritymedicare.com.

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 888.389.6648. 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 prioritymedicare.com.

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, Priority Health Medicare no cubrirá 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.

Nivel del medicamento	PriorityMedicare SM Key (HMO-POS)	PriorityMedicare SM Value (HMO-POS)	PriorityMedicare SM (HMO-POS)	PriorityMedicare SM Vintage (HMO-POS)
Farmacia minorista preferida: suministro para un mes (30 días)				
Nivel 1 Genérico preferido	\$4 de copago	\$2 de copago	\$1 de copago	\$4 de copago
Nivel 2 Genérico	\$15 de copago	\$10 de copago	\$8 de copago	\$15 de copago
Nivel 3 Marca preferido	25 % de coseguro	25 % de coseguro	25 % de coseguro	25 % de coseguro
Nivel 4 Medicamento no preferido	45 % de coseguro	50 % de coseguro	45 % de coseguro	40 % de coseguro
Nivel 5 De especialidad (únicamente suministro para 30 días)	33 % de coseguro	33 % de coseguro	33 % de coseguro	33 % de coseguro
Farmacia minorista preferida: suministro para tres meses (90 días)				
Nivel 1 Genérico preferido	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 2 Genérico	\$45 de copago	\$30 de copago	\$24 de copago	\$45 de copago
Nivel 3 Marca preferido	25 % de coseguro	25 % de coseguro	25 % de coseguro	25 % de coseguro
Nivel 4 Medicamento no preferido	45 % de coseguro	50 % de coseguro	45 % de coseguro	40 % de coseguro
Servicio de pedido por correo preferido: suministro para tres meses (90 días)*				
Nivel 1 Genérico preferido	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 2 Genérico	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 3 Marca preferido	25 % de coseguro	25 % de coseguro	25 % de coseguro	25 % de coseguro
Nivel 4 Medicamento no preferido	45 % de coseguro	50 % de coseguro	45 % de coseguro	40 % de coseguro

*Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían

Nivel del medicamento	PriorityMedicare SM Edge (PPO)	PriorityMedicare SM Vital (PPO)	PriorityMedicare SM Thrive Plus (PPO)	PriorityMedicare SM Merit (PPO)	PriorityMedicare SM Thrive (PPO)
Farmacia minorista preferida: suministro para un mes (30 días)					
Nivel 1 Genérico preferido	\$2 de copago	\$1 de copago	\$4 de copago	\$2 de copago	\$3 de copago
Nivel 2 Genérico	\$8 de copago	\$10 de copago	\$13 de copago	\$10 de copago	\$10 de copago
Nivel 3 Marca preferido	25 % de coseguro	Después de cubrir el deducible de \$350: \$42 de copago	25 % de coseguro	25 % de coseguro	25 % de coseguro
Nivel 4 Medicamento no preferido	40 % de coseguro	Después de cubrir el deducible de \$350: 45 % de coseguro	40 % de coseguro	50 % de coseguro	45 % de coseguro
Nivel 5 De especialidad (únicamente suministro para 30 días)	33 % de coseguro	Después de cubrir el deducible de \$350: 28 % de coseguro	33 % de coseguro	33 % de coseguro	33 % de coseguro
Farmacia minorista preferida: suministro para tres meses (90 días)					
Nivel 1 Genérico preferido	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 2 Genérico	\$24 de copago	\$30 de copago	\$39 de copago	\$30 de copago	\$30 de copago
Nivel 3 Marca preferido	25 % de coseguro	Después de cubrir el deducible de \$350: \$126 de copago	25 % de coseguro	25 % de coseguro	25 % de coseguro
Nivel 4 Medicamento no preferido	40 % de coseguro	Después de cubrir el deducible de \$350: 45 % de coseguro	40 % de coseguro	50 % de coseguro	45 % de coseguro
Servicio de pedido por correo preferido: suministro para tres meses (90 días)*					
Nivel 1 Genérico preferido	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 2 Genérico	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 3 Marca preferido	25 % de coseguro	Después de cubrir el deducible de \$350: \$105 de copago	25 % de coseguro	25 % de coseguro	25 % de coseguro
Nivel 4 Medicamento no preferido	40 % de coseguro	Después de cubrir el deducible de \$350: 45 % de coseguro	40 % de coseguro	50 % de coseguro	45 % de coseguro

*Todos los medicamentos incluidos en el formulario podrían

Formulario 2025
Priority Health Medicare

Índice de contenido

Analgésicos.....	14
Anestésicos.....	16
Fármacos para el tratamiento de adicciones y consumo excesivo de sustancias	17
Antibióticos	18
Anticonvulsivantes.....	23
Fármacos contra la demencia.....	26
Antidepresivos.....	27
Antieméticos	29
Antimicóticos.....	30
Fármacos antigotosos	31
Fármacos antimigrañosos.....	31
Fármacos para el tratamiento de la miastenia	32
Fármacos antimicobacterianos	32
Fármacos antineoplásicos	33
Fármacos antiparasitarios.....	41
Fármacos antiparkinsonianos	41
Fármacos antipsicóticos	42
Fármacos antiespásticos	46
Fármacos ansiolíticos.....	50
Fármacos para el trastorno bipolar.....	51
Reguladores de la glucosa en sangre.....	51
Hemoderivados y biomoduladores	56
Fármacos cardiovasculares	58
Fármacos que actúan sobre el sistema nervioso central.....	68
Fármacos para tratar problemas dentales y bucales	71
Fármacos dermatológicos.....	72
Fármacos que contienen electrolitos, minerales, metales o vitaminas	76
Fármacos gastrointestinales.....	78
Fármacos para tratar trastornos genéticos, enzimáticos o por falta de proteínas: reemplazo, modificadores, tratamiento	80
Fármacos genitourinarios	81
Fármacos para tratamiento hormonal, estimulantes/reposición hormonal/modificadores (suprarrenales)..	83
Fármacos para tratamiento hormonal, estimulantes/reposición hormonal/modificadores (hipófisis).....	84
Fármacos para tratamiento hormonal, estimulantes/reposición hormonal/modificadores (hormonas y modificadores sexuales)	84
Fármacos para tratamiento hormonal, estimulantes/reposición hormonal/modificadores (tiroides).....	89
Fármacos para tratamiento hormonal, supresores (hipófisis)	89
Fármacos para tratamiento hormonal, supresores (tiroides)	90
Fármacos para tratar trastornos del sistema inmunitario	90
Fármacos para tratar la enfermedad inflamatoria intestinal	97
Fármacos para tratar las enfermedades metabólicas óseas	98
Fármacos para tratamientos oftalmológicos	99
Fármacos para tratar infecciones óticas	101
Fármacos para tratar problemas pulmonares y del aparato respiratorio.....	102
Relajantes musculoesqueléticos.....	106
Fármacos para tratar los trastornos del sueño	107

Priority Health Medicare

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
Analgésicos		
Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos		
<i>celecoxib, por vía oral</i>	2	
<i>diclofenac potassium, comprimidos de 50 mg, por vía oral</i>	2	
<i>diclofenac sodium, de liberación prolongada</i>	2	
<i>diclofenac sodium, gel al 1 %, de uso tópico</i>	3	QL (1000 GM, por 30 días)
<i>diclofenac sodium, solución al 1.5 %, de uso tópico</i>	4	
<i>diclofenac sodium, por vía oral</i>	2	
<i>diclofenac-misoprostol, comprimidos de liberación retardada, por vía oral</i>	4	
<i>diflunisal, por vía oral</i>	2	
<i>etodolac, por vía oral</i>	3	
<i>flurbiprofen, comprimidos de 100 mg, por vía oral</i>	2	
<i>ibu, comprimidos de 600 mg, 800 mg, por vía oral</i>	1	
<i>ibuprofen, suspensión, por vía oral</i>	2	
<i>ibuprofen, comprimidos de 400 mg, 600 mg, 800 mg, por vía oral</i>	2	
<i>mefenamic acid, por vía oral</i>	4	QL (30 de EA por 30 días)
<i>meloxicam, comprimidos, por vía oral</i>	1	
<i>nabumetone, por vía oral</i>	2	
<i>naproxen, comprimidos, por vía oral</i>	2	
<i>naproxen sodium, comprimidos de 275 mg, 550 mg, por vía oral</i>	2	
<i>oxaprozin, comprimidos, por vía oral</i>	2	
<i>piroxicam, por vía oral</i>	3	
<i>salsalate, por vía oral</i>	2	
<i>sulindac, por vía oral</i>	2	
Analgésicos opiáceos de acción prolongada		
<i>buprenorphine, parche transdérmico</i>	4	QL (4 de EA por 28 días)

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. 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>	4	QL (10 de EA por 30 días)
<i>hydromorphone hcl, comprimidos de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>	4	QL (60 de EA por 30 días)
<i>methadone hcl, solución de 10 mg/5 ml, por vía oral</i>	4	QL (600 ML por 30 días)
<i>methadone hcl, solución de 5 mg/5 ml, por vía oral</i>	4	QL (1200 ML por 30 días)
<i>methadone hcl, comprimidos de 10 mg, por vía oral</i>	4	QL (90 de EA por 30 días)
<i>methadone hcl, comprimidos de 5 mg, por vía oral</i>	4	QL (120 de EA por 30 días)
<i>morphine sulfate, comprimidos de 100 mg de liberación prolongada, por vía oral</i>	4	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>	4	QL (120 de EA por 30 días)
<i>oxymorphone hcl, de liberación prolongada</i>	4	QL (90 de EA por 30 días)
<i>tramadol hcl, de liberación prolongada</i>	3	QL (30 de EA por 30 días)
Analgésicos opiáceos de acción corta		
<i>acetaminophen-codeine n.º 3</i>	4	QL (360 de EA por 30 días)
<i>acetaminophen-codeine, comprimidos de 300-15 mg, 300-30 mg, por vía oral</i>	4	QL (360 de EA por 30 días)
<i>acetaminophen-codeine, comprimidos de 300-60 mg, por vía oral</i>	4	QL (180 de EA por 30 días)
<i>butorphanol tartrate, por vía nasal</i>	4	QL (10 ML por 28 días)
<i>codeine sulfate, comprimidos de 30 mg, 60 mg, por vía oral</i>	4	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	4	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>	5	PA; QL (120 de EA por 30 días)
<i>fentanyl citrate buccal, comprimidos para chupar de 200 mcg, con aplicador integrado</i>	4	PA; QL (120 de EA por 30 días)
<i>hydrocodone-acetaminophen, solución de 7.5-325 mg/15 ml, por vía oral</i>	4	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>	4	QL (360 de EA por 30 días)

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. 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>	4	QL (150 de EA por 30 días)
<i>hydromorphone hcl, líquido, por vía oral</i>	4	QL (2400 ML por 30 días)
<i>hydromorphone hcl, comprimidos de 2 mg, 4 mg, por vía oral</i>	4	QL (180 de EA por 30 días)
<i>hydromorphone hcl, comprimidos de 8 mg, por vía oral</i>	4	
<i>hydromorphone hcl pf, solución de 10 mg/ml, 50 mg/5 ml, por vía inyectable</i>	4	QL (240 ML por 30 días)
<i>morphine sulfate, solución concentrada de 100 mg/5 ml, 20 mg/ml, por vía oral</i>	4	QL (900 ML por 30 días)
<i>morphine sulfate, solución, por vía oral</i>	4	QL (900 ML por 30 días)
<i>morphine sulfate, comprimidos, por vía oral</i>	4	QL (180 de EA por 30 días)
<i>oxycodone hcl, concentrado de 100 mg/5 ml, por vía oral</i>	4	QL (180 ML por 30 días)
<i>oxycodone hcl, solución, por vía oral</i>	4	QL (1200 ML por 30 días)
<i>oxycodone hcl, comprimidos de 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, por vía oral</i>	4	QL (180 de EA por 30 días)
<i>oxycodone hcl, comprimidos de 5 mg, por vía oral</i>	4	QL (360 de EA por 30 días)
<i>oxycodone hcl, comprimidos, por vía oral, con propiedades disuasivas del abuso</i>	4	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>	4	QL (360 de EA por 30 días)
<i>oxymorphone hcl, comprimidos de 10 mg, por vía oral</i>	4	QL (360 de EA por 30 días)
<i>oxymorphone hcl, comprimidos de 5 mg, por vía oral</i>	4	QL (180 de EA por 30 días)
<i>tramadol hcl, comprimidos de 50 mg, por vía oral</i>	3	QL (240 de EA por 30 días)
<i>tramadol-acetaminophen</i>	3	QL (240 de EA por 30 días)
Anestésicos		
Anestésicos locales		
GLYDO, GEL DE USO TÓPICO	2	
<i>lidocaine, ungüento de uso tópico al 5 %</i>	2	
<i>lidocaine, parche transdérmico al 5 %, de uso tópico</i>	3	PA; QL (90 de EA por 30 días)
<i>lidocaine hcl, solución de uso tópico</i>	3	

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

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

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>varenicline tartrate, tratamiento inicial</i>	4	
<i>varenicline tartrate, comprimidos, por vía oral</i>	4	
Antibióticos		
Aminoglucósidos		
<i>amikacin sulfate, solución de 500 mg/2 ml, por vía inyectable</i>	4	HI
ARIKAYCE	5	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>	4	HI
<i>gentamicin sulfate, de uso tópico</i>	4	QL (90 GM por 30 días)
<i>gentamicin sulfate, solución de 40 mg/ml, por vía inyectable</i>	4	
<i>neomycin sulfate, por vía oral</i>	2	
<i>paromomycin sulfate, por vía oral</i>	4	
<i>streptomycin sulfate, por vía intramuscular</i>	4	
<i>tobramycin sulfate, solución de 10 mg/ml, por vía inyectable</i>	3	QL (720 ML por 30 días); HI
<i>tobramycin sulfate, solución de 80 mg/2 ml, por vía inyectable</i>	2	QL (720 ML por 30 días)
Antibióticos, otros		
<i>aztreonam</i>	4	HI
<i>clindamycin hcl, cápsulas de 150 mg, 300 mg, por vía oral</i>	2	
<i>clindamycin palmitate hcl</i>	2	
<i>clindamycin phosphate, de uso tópico con hisopo</i>	2	
<i>clindamycin phosphate, en dextrosa al 5 %</i>	4	
<i>clindamycin phosphate, por vía vaginal</i>	4	
<i>colistimethate sodium (cba)</i>	5	PA; HI
<i>daptomycin, solución reconstituida de 500 mg, por vía intravenosa</i>	5	HI
<i>fosfomicin tromethamine</i>	4	
<i>linezolid, solución de 600 mg/300 ml, por vía intravenosa</i>	4	

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>linezolid, suspensión reconstituida, por vía oral</i>	5	
<i>linezolid, comprimidos, por vía oral</i>	3	QL (56 de EA por 28 días)
<i>methenamine hippurate</i>	3	
<i>metronidazole, crema de uso tópico</i>	2	
<i>metronidazole, gel de uso tópico</i>	2	
<i>metronidazole, loción de uso tópico</i>	4	
<i>metronidazole, solución de 500 mg/100 ml, por vía intravenosa</i>	4	
<i>metronidazole, comprimidos, por vía oral</i>	2	
<i>metronidazole, por vía vaginal</i>	3	
<i>nitrofurantoin macrocrystal, cápsulas de 100 mg, 50 mg, por vía oral</i>	3	
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>	2	
<i>tigecycline</i>	4	
<i>tinidazole, por vía oral</i>	4	
<i>trimethoprim, por vía oral</i>	2	
<i>vancomycin hcl, solución reconstituida de 1 gm, 500 mg, por vía intravenosa</i>	3	HI
<i>vancomycin hcl, solución reconstituida de 1.25 gm, 1.5 gm, 10 gm, por vía intravenosa</i>	4	HI
<i>vancomycin hcl, cápsulas de 125 mg, por vía oral</i>	4	QL (80 de EA por 30 días)
<i>vancomycin hcl, cápsulas de 250 mg, por vía oral</i>	4	QL (160 de EA por 30 días)
<i>vancomycin hcl, solución reconstituida de 25 mg/ml, 250 mg/5 ml, por vía oral</i>	4	
XIFAXAN, COMPRIMIDOS DE 200 MG, POR VÍA ORAL	4	PA; QL (9 de EA por 30 días)
XIFAXAN, COMPRIMIDOS DE 550 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (60 de EA por 30 días)
Antibióticos beta-lactámicos, cefalosporinas		
<i>cefaclor, cápsulas, por vía oral</i>	2	
<i>cefaclor, suspensión reconstituida de 250 mg/5 ml, por vía oral</i>	2	
<i>cefadroxil, cápsulas, por vía oral</i>	2	

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>cefadroxil, suspensión reconstituida, por vía oral</i>	2	
<i>cefazolin sodium, solución reconstituida de 1 gm, 10 gm, 500 mg, por vía inyectable</i>	4	HI
<i>cefdinir</i>	2	
<i>cefepime hcl, solución reconstituida de 1 gm, por vía inyectable</i>	4	HI
<i>cefepime hcl, solución reconstituida de 2 gm, por vía intravenosa</i>	4	HI
<i>cefixime, cápsulas, por vía oral</i>	4	
<i>cefoxitin sodium, por vía intravenosa</i>	4	HI
<i>cefpodoxime proxetil</i>	2	
<i>cefprozil</i>	2	
<i>ceftazidime, solución reconstituida de 1 gm, 6 gm, por vía inyectable</i>	4	HI
<i>ceftazidime, por vía intravenosa</i>	4	HI
<i>ceftriaxone sodium, solución reconstituida de 1 gm, 2g m, 250 mg, 500 mg, por vía inyectable</i>	4	HI
<i>ceftriaxone sodium, solución reconstituida de 10 gm, por vía intravenosa</i>	4	HI
<i>cefuroxime axetil, comprimidos, por vía oral</i>	2	
<i>cefuroxime sodium, solución reconstituida de 750 gm, por vía inyectable</i>	4	HI
<i>cefuroxime sodium, solución reconstituida de 1.5 gm, por vía intravenosa</i>	4	HI
<i>cephalexin, cápsulas de 250 mg, 500 mg, por vía oral</i>	2	
<i>cephalexin, suspensión reconstituida, por vía oral</i>	2	
TEFLARO	4	
Antibióticos beta-lactámicos, penicilinas		
<i>amoxicillin, cápsulas, por vía oral</i>	2	
<i>amoxicillin, suspensión reconstituida, por vía oral</i>	2	
<i>amoxicillin, comprimidos, por vía oral</i>	2	
<i>amoxicillin, tabletas masticables de 125 mg, 250 mg, por vía oral</i>	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate, de liberación prolongada</i>	4	

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>amoxicillin-pot clavulanate, por vía oral</i>	2	
<i>ampicillin, cápsulas de 500 mg, por vía oral</i>	2	
<i>ampicillin sodium, solución reconstituida de 1 gm, 125 mg, por vía inyectable</i>	4	HI
<i>ampicillin sodium, solución reconstituida de 10 gm, por vía intravenosa</i>	4	HI
<i>ampicillin-sulbactam sodium, solución reconstituida de 3 (2-1) gm, por vía inyectable</i>	4	HI
<i>ampicillin-sulbactam sodium, solución reconstituida de 15 (10-5) gm, por vía intravenosa</i>	4	HI
BICILLIN C-R	3	
BICILLIN C-R 900/300	3	
BICILLIN L-A, SUSPENSIÓN EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA INTRAMUSCULAR	3	
<i>dicloxacillin sodium</i>	2	
<i>nafcillin sodium, solución reconstituida de 1 gm, 2 gm, por vía inyectable</i>	4	
<i>nafcillin sodium, solución reconstituida de 10 gm, por vía intravenosa</i>	4	
<i>oxacillin sodium, solución reconstituida de 1 gm, por vía inyectable</i>	4	
<i>oxacillin sodium, por vía intravenosa</i>	4	
<i>penicillin g pot, solución en dextrosa de 40000 unidades/ml, 60000 unidades/ml, por vía intravenosa</i>	4	HI
<i>penicillin g potassium, solución reconstituida de 20000000 unidades, por vía inyectable</i>	4	HI
<i>penicillin g potassium, solución reconstituida de 5000000 unidades, por vía inyectable</i>	4	
<i>penicillin g sodium</i>	4	
<i>penicillin v potassium, solución reconstituida, por vía oral</i>	4	
<i>penicillin v potassium, comprimidos, por vía oral</i>	2	
<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>	4	HI

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
Fármacos carbapenémicos		
<i>ertapenem sodium</i>	4	
<i>imipenem-cilastatin</i>	4	
<i>meropenem, solución reconstituida de 1 mg, 500 mg, por vía intravenosa</i>	3	
Macrólidos		
<i>azithromycin, por vía intravenosa</i>	4	HI
<i>azithromycin, por vía oral</i>	2	
<i>clarithromycin, de liberación prolongada</i>	3	
<i>clarithromycin, suspensión reconstituida, por vía oral</i>	4	
<i>clarithromycin, comprimidos, por vía oral</i>	2	
DIFICID, SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA, POR VÍA ORAL	5	ST; QL (136 ML por 10 días)
DIFICID, COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL	5	ST; QL (20 de EA por 10 días)
ERY-TAB, COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN RETARDADA DE 250 MG, 333 MG, POR VÍA ORAL	3	
ERYTHROCIN STEARATE, COMPRIMIDOS DE 250 MG, POR VÍA ORAL	4	
<i>erythromycin base, cápsulas con partículas de liberación retardada, por vía oral</i>	4	
<i>erythromycin base, comprimidos, por vía oral</i>	4	
<i>erythromycin ethylsuccinate, comprimidos, por vía oral</i>	4	
<i>erythromycin, por vía oral</i>	4	
Quinolónicos		
<i>ciprofloxacin hcl, de uso oftálmico</i>	2	
<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>	2	
<i>ciprofloxacin, en dextrosa al 5 %, solución de 200 mg/100 ml, por vía intravenosa</i>	4	
<i>levofloxacin, en dextrosa al 5 %, solución de 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml, por vía intravenosa</i>	4	

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>levofloxacin, por vía oral</i>	2	
<i>moxifloxacin hcl en nacl</i>	4	HI
<i>moxifloxacin hcl, por vía oral</i>	3	
<i>ofloxacin, comprimidos de 300 mg, 400 mg, por vía oral</i>	4	
Sulfonamidas		
<i>sulfacetamide sodium, para tratar el acné</i>	2	
<i>sulfadiazine, por vía oral</i>	4	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim, suspensión de 200-40 mg/5 ml, por vía oral</i>	2	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim, comprimidos, por vía oral</i>	1	
Tetraciclinas		
<i>demeclocycline hcl, por vía oral</i>	4	
DOXY 100	4	B/D
<i>doxycycline hyclate, cápsulas, por vía oral</i>	2	
<i>doxycycline hyclate, comprimidos de 100 mg, 20 mg, por vía oral</i>	2	
<i>doxycycline monohydrate, cápsulas de 100 mg, 50 mg, por vía oral</i>	2	
<i>doxycycline monohydrate, cápsulas de 75 mg, por vía oral</i>	4	
<i>doxycycline monohydrate, suspensión reconstituida, por vía oral</i>	4	
<i>doxycycline monohydrate, comprimidos de 150 mg, 50 mg, 75 mg, por vía oral</i>	2	
<i>minocycline hcl, cápsulas, por vía oral</i>	2	
<i>tetracycline hcl, cápsulas, por vía oral</i>	4	
Anticonvulsivantes		
Anticonvulsivantes, otros		
BRIVIACT, SOLUCIÓN, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (600 ML por 30 días)
BRIVIACT, COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (60 de EA por 30 días)
DIACOMIT	5	PA

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
EPIDIOLEX	5	PA; QL (500 ML por 30 días)
EPRONTIA	4	PA; QL (480 ML por 30 días)
<i>felbamate</i>	4	
FINTEPLA	5	PA; QL (360 ML por 30 días)
FYCOMPA, SUSPENSIÓN, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (680 ML por 28 días)
FYCOMPA, COMPRIMIDOS DE 10 MG, 12 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (30 de EA por 30 días)
FYCOMPA, COMPRIMIDOS DE 2 MG, POR VÍA ORAL	4	PA; QL (30 de EA por 30 días)
<i>lamotrigine, de liberación prolongada</i>	4	
<i>lamotrigine, comprimidos, por vía oral</i>	2	
<i>lamotrigine, tabletas masticables, por vía oral</i>	2	
<i>lamotrigine, comprimidos dispersables, por vía oral</i>	4	
<i>levetiracetam, de liberación prolongada</i>	2	
<i>levetiracetam, por vía oral</i>	2	
SPRITAM, COMPRIMIDOS SOLUBLES/DISGREGANTES DE 1000 MG, 500 MG, 750 MG, POR VÍA ORAL	4	PA; QL (90 de EA por 30 días)
SPRITAM, COMPRIMIDOS SOLUBLES/DISGREGANTES DE 250 MG, POR VÍA ORAL	4	PA; QL (60 de EA por 30 días)
<i>topiramate, por vía oral</i>	2	
<i>valproic acid, cápsulas, por vía oral</i>	2	
<i>valproic acid, solución, por vía oral</i>	2	
XCOPRI, CAJA DE COMPRIMIDOS DE 100 MG y 150 MG, DOSIS DIARIA DE 250 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (56 de EA por 28 días)
XCOPRI, DOSIS DIARIA DE 350 MG	5	PA; QL (56 de EA por 28 días)
XCOPRI, COMPRIMIDOS DE 100 MG, 25 MG, 50 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (30 de EA por 30 días)
XCOPRI, COMPRIMIDOS DE 150 MG, 200 MG, POR VÍA ORAL	5	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	4	PA; QL (28 de EA por 28 días)

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
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	5	PA; QL (28 de EA por 28 días)
Fármacos bloqueadores de los canales de calcio		
<i>ethosuximide, cápsulas, por vía oral</i>	2	
<i>ethosuximide, solución, por vía oral</i>	3	
<i>methsuximide</i>	3	
ZONISADE	5	PA; QL (900 ML por 30 días)
Fármacos potenciadores del ácido gamma-aminobutírico (Gaba)		
<i>clobazam, suspensión, por vía oral</i>	4	PA; QL (480 ML por 30 días)
<i>clobazam, comprimidos, por vía oral</i>	4	PA; QL (60 de EA por 30 días)
<i>diazepam, por vía rectal</i>	4	
<i>gabapentin, cápsulas, por vía oral</i>	2	
<i>gabapentin, solución de 250 mg/5 ml, por vía oral</i>	3	
<i>gabapentin, comprimidos de 600 mg, 800 mg, por vía oral</i>	2	
LIBERVANT	5	PA; QL (10 de EA por 30 días)
NAYZILAM, SOLUCIÓN DE 5 MG/0.1 ML, POR VÍA NASAL	4	QL (10 de EA por 30 días)
NAYZILAM, SOLUCIÓN DE 5 MG/0.1 ML, POR VÍA NASAL	4	PA; QL (10 de EA por 30 días)
<i>phenobarbital elixir, por vía oral</i>	4	PA
<i>phenobarbital, comprimidos, por vía oral</i>	2	PA
<i>primidone, comprimidos de 250 mg, 50 mg, por vía oral</i>	2	
SYMPAZAN	5	PA; QL (60 de EA por 30 días)
<i>tiagabine hcl</i>	4	
VALTOCO, DOSIS DE 10 MG	5	PA; QL (10 de EA por 30 días)
VALTOCO, DOSIS DE 15 MG	5	PA; QL (10 de EA por 30 días)
VALTOCO, DOSIS DE 20 MG	5	PA; QL (10 de EA por 30 días)
VALTOCO, DOSIS DE 5 MG	5	PA; QL (10 de EA por 30 días)
<i>vigabatrin</i>	5	PA; LA
<i>vigadrone, caja, por vía oral</i>	5	PA

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>vigadrone, comprimidos, por vía oral</i>	5	PA; LA
VIGPODER	5	PA
ZTALMY	5	PA; QL (1100 ML por 30 días)
Fármacos bloqueadores de los canales de sodio		
APTIOM, COMPRIMIDOS DE 200 MG, 400 MG, 800 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (30 de EA por 30 días)
APTIOM, COMPRIMIDOS DE 600 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (60 de EA por 30 días)
<i>carbamazepine, comprimidos de liberación prolongada hasta 12 horas, por vía oral</i>	3	
<i>carbamazepine, suspensión de 100 mg/5 ml, por vía oral</i>	4	
<i>carbamazepine, comprimidos, por vía oral</i>	2	
<i>carbamazepine, tabletas masticables, por vía oral</i>	2	
<i>epitol</i>	2	
<i>lacosamide, solución de 10 mg/ml, por vía oral</i>	4	QL (1200 ML por 30 días)
<i>lacosamide, comprimidos, por vía oral</i>	4	QL (60 de EA por 30 días)
<i>oxcarbazepine, suspensión, por vía oral</i>	4	
<i>oxcarbazepine, comprimidos, por vía oral</i>	2	
<i>phenytoin, suspensión de 125 mg/5 ml, por vía oral</i>	2	
<i>phenytoin, tabletas masticables, por vía oral</i>	2	
<i>phenytoin sodium, de acción prolongada</i>	2	
<i>rufinamide, suspensión, por vía oral</i>	5	PA
<i>rufinamide, comprimidos de 200 mg, por vía oral</i>	4	PA
<i>rufinamide, comprimidos de 400 mg, por vía oral</i>	5	PA
<i>zonisamide, por vía oral</i>	2	
Fármacos contra la demencia		
Fármacos contra la demencia, otros		
<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>	2	QL (60 de EA por 30 días)

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>donepezil hcl, comprimidos dispersables de 5 mg, por vía oral</i>	2	QL (30 de EA por 30 días)
Inhibidores de la colinesterasa		
<i>donepezil hcl, comprimidos de 23 mg, por vía oral</i>	4	
<i>galantamine hydrobromide, de liberación prolongada</i>	4	
<i>galantamine hydrobromide, comprimidos, por vía oral</i>	2	
<i>rivastigmine</i>	4	QL (30 de EA por 30 días)
<i>rivastigmine tartrate</i>	2	QL (60 de EA por 30 días)
Fármacos antagonistas de los receptores N-Methyl-D-Aspartate (Nmda)		
<i>memantine hcl, de liberación prolongada</i>	4	QL (30 de EA por 30 días)
<i>memantine hcl, solución de 2 mg/ml, por vía oral</i>	4	QL (300 ML por 30 días)
<i>memantine hcl, comprimidos de 10 mg, 5 mg, por vía oral</i>	2	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>	4	QL (49 de EA por 28 días)
Antidepresivos		
Antidepresivos, otros		
AUVELITY	5	PA; QL (60 de EA por 30 días)
<i>bupropion hcl, de liberación prolongada (sr)</i>	2	
<i>bupropion hcl, de liberación prolongada (xl), comprimidos de 150 mg, 300 mg, de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>	2	
<i>bupropion hcl, por vía oral</i>	2	
<i>mirtazapine, comprimidos de 15 mg, 30 mg, 45 mg, por vía oral</i>	2	
<i>mirtazapine, comprimidos de 7.5 mg, por vía oral</i>	3	
<i>mirtazapine, comprimidos dispersables, por vía oral</i>	3	
ZURZUVAE, CÁPSULAS DE 20 MG, 25 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (28 de EA por 365 días)
ZURZUVAE, CÁPSULAS DE 30 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (14 de EA por 365 días)
Inhibidores de la monoamina oxidasa		
EMSAM	5	PA

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
MARPLAN	4	PA; QL (180 de EA por 30 días)
<i>phenelzine sulfate, por vía oral</i>	3	
<i>tranylcypromine sulfate</i>	4	
Ssrís/Snris (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina/inhibidor de la recaptación de serotonina y norepinefrina)		
<i>citalopram hydrobromide, solución, por vía oral</i>	4	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>	3	QL (30 de EA por 30 días)
<i>escitalopram oxalate, solución, por vía oral</i>	4	
<i>escitalopram oxalate, comprimidos, por vía oral</i>	2	
FETZIMA	4	ST; QL (30 de EA por 30 días)
FETZIMA, PARA AJUSTE DE DOSIS	4	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>	4	
<i>fluoxetine hcl, solución, por vía oral</i>	4	
<i>fluvoxamine maleate</i>	2	
<i>nefazodone hcl</i>	4	
<i>paroxetine hcl, suspensión, por vía oral</i>	4	
<i>paroxetine hcl, comprimidos, por vía oral</i>	1	
<i>paroxetine mesylate</i>	4	QL (30 de EA por 30 días)
<i>sertraline hcl, concentrado, por vía oral</i>	4	
<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>	4	
TRINTELLIX	4	ST; QL (30 de EA por 30 días)
<i>venlafaxine hcl</i>	2	
<i>venlafaxine hcl, cápsulas de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>	2	

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>venlafaxine hcl, comprimidos de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>	4	
<i>vilazodone hcl</i>	4	ST; QL (30 de EA por 30 días)
Tricíclicos		
<i>amitriptyline hcl, por vía oral</i>	4	
<i>amoxapine</i>	4	
<i>clomipramine hcl, por vía oral</i>	4	
<i>desipramine hcl, por vía oral</i>	4	
<i>doxepin hcl, cápsulas, por vía oral</i>	4	
<i>doxepin hcl, concentrado, por vía oral</i>	4	
<i>imipramine hcl, por vía oral</i>	4	
<i>nortriptyline hcl, cápsulas, por vía oral</i>	2	
<i>nortriptyline hcl, solución oral</i>	4	
<i>protriptyline hcl</i>	4	PA
<i>trimipramine maleate, por vía oral</i>	4	PA
Antieméticos		
Antieméticos, otros		
<i>meclizine hcl, comprimidos de 12.5 mg, 25 mg, por vía oral</i>	2	
<i>prochlorperazine</i>	4	
<i>prochlorperazine maleate, por vía oral</i>	2	
<i>promethazine hcl, comprimidos, por vía oral</i>	2	
<i>promethazine hcl, supositorios de 12.5 mg, 25 mg, por vía rectal</i>	4	
PROMETHEGAN, SUPOSITORIOS DE 25 MG, POR VÍA RECTAL	4	
<i>scopolamine</i>	3	
Fármacos complementarios para la terapia emetogénica		
<i>aprepitant, cápsulas, por vía oral</i>	4	PA; QL (6 de EA por 30 días)
<i>dronabinol</i>	4	B/D; QL (120 de EA por 30 días)
<i>granisetron hcl, por vía oral</i>	3	B/D
<i>ondansetron hcl, solución, por vía oral</i>	4	B/D

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>ondansetron hcl, comprimidos de 4 mg, 8 mg, por vía oral</i>	2	B/D
<i>ondansetron, comprimidos dispersables de 4 mg, 8 mg, por vía oral</i>	2	B/D
Antimicóticos		
Antimicóticos		
ABELCET	4	B/D
<i>amphotericin b, por vía intravenosa</i>	4	B/D
<i>caspofungin acetate</i>	4	
<i>ciclopirox olamine, crema de uso tópico</i>	2	QL (180 GM por 30 días)
<i>ciclopirox olamine, suspensión de uso tópico</i>	2	QL (60 ML por 30 días)
<i>clotrimazole, crema de uso tópico</i>	2	QL (120 GM por 30 días)
<i>clotrimazole, solución de uso tópico</i>	2	
<i>clotrimazole, comprimidos para chupar como tratamiento de lesiones en la boca y garganta</i>	2	
<i>econazole nitrate, de uso tópico</i>	3	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>	4	HI
<i>fluconazole, por vía oral</i>	2	
<i>flucytosine, por vía oral</i>	5	
<i>griseofulvin microsize, comprimidos, por vía oral</i>	4	
<i>griseofulvin ultramicrosize, comprimidos de 125 mg, por vía oral</i>	4	
<i>griseofulvin ultramicrosize, comprimidos de 250 mg, por vía oral</i>	2	
<i>itraconazole, cápsulas, por vía oral</i>	4	
<i>ketoconazole, crema de uso tópico</i>	2	QL (180 GM por 30 días)
<i>ketoconazole, champú al 2 %, de uso tópico</i>	2	QL (120 ML por 30 días)
<i>ketoconazole, por vía oral</i>	2	
<i>miconazole 3, supositorios, por vía vaginal</i>	2	
NYAMYC	2	QL (60 GM por 30 días)
<i>nystatin, crema de uso tópico</i>	2	

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>nystatin, ungüento de uso tópico</i>	2	
<i>nystatin, en polvo, de uso tópico</i>	2	QL (240 GM por 30 días)
<i>nystatin, tratamiento para la boca y garganta</i>	2	QL (700 ML por 30 días)
<i>nystatin, comprimidos, por vía oral</i>	2	
NYSTOP	2	QL (240 GM por 30 días)
<i>posaconazole, comprimidos de liberación retardada, por vía oral</i>	5	QL (93 de EA por 30 días)
<i>terbinafine hcl, por vía oral</i>	2	
<i>terconazole, crema, por vía vaginal</i>	2	
<i>terconazole, supositorio, por vía vaginal</i>	3	
<i>voriconazole, por vía intravenosa</i>	4	PA
<i>voriconazole, suspensión reconstituida, por vía oral</i>	5	
<i>voriconazole, comprimidos, por vía oral</i>	4	
Fármacos antigotosos		
Fármacos antigotosos		
<i>allopurinol, comprimidos de 100 mg, 300 mg, por vía oral</i>	1	
<i>colchicine, comprimidos, por vía oral</i>	2	
<i>colchicine-probenecid</i>	3	
<i>febuxostat</i>	4	ST; QL (30 de EA por 30 días)
<i>probenecid, por vía oral</i>	3	
Fármacos antimigrañosos		
Fármacos antagonistas de los receptores del péptido relacionado con el gen de la calcitonina (Cgrp)		
AIMOVIG	3	PA; QL (1 ML por 30 días)
EMGALITY	3	PA; QL (2 ML por 30 días)
EMGALITY, DOSIS DE 300 MG	3	PA; QL (3 ML por 30 días)
NURTEC, COMPRIMIDOS DISPERSABLES DE 75 MG, POR VÍA ORAL	3	PA
NURTEC, COMPRIMIDOS DISPERSABLES DE 75 MG, POR VÍA ORAL	3	PA; QL (15 de EA por 30 días)
Alcaloides ergóticos		
<i>dihydroergotamine mesylate, por vía nasal</i>	5	PA; QL (8 ML por 30 días)

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>ergotamine-caffeine</i>	3	QL (40 de EA por 30 días)
Fármacos agonistas del receptor de serotonina (5-Ht)		
<i>eletriptan hydrobromide</i>	4	ST; QL (6 de EA por 30 días)
<i>naratriptan hcl</i>	2	QL (12 de EA por 30 días)
<i>rizatriptan benzoate</i>	2	QL (12 de EA por 30 días)
<i>sumatriptan, por vía nasal</i>	4	QL (12 de EA por 30 días)
<i>sumatriptan succinate, por vía oral</i>	2	QL (12 de EA por 30 días)
<i>sumatriptan succinate, solución en cartucho de reposición, por vía subcutánea</i>	4	QL (4 ML por 30 días)
<i>sumatriptan succinate, solución de 6 mg/0.5 ml, por vía subcutánea</i>	4	QL (4 ML por 30 días)
<i>sumatriptan succinate, solución en pluma autoinyectora, por vía subcutánea</i>	4	QL (4 ML por 30 días)
<i>zolmitriptan, por vía oral</i>	4	QL (12 de EA por 30 días)
Fármacos para el tratamiento de la miastenia		
Fármacos parasimpaticomiméticos		
<i>guanidine hcl, por vía oral</i>	2	
<i>pyridostigmine bromide, de liberación prolongada</i>	4	
<i>pyridostigmine bromide, comprimidos de 60 mg, por vía oral</i>	2	
Fármacos antimicobacterianos		
Fármacos antimicobacterianos, otros		
<i>dapsone, por vía oral</i>	2	
PRIFTIN	4	
<i>rifabutin</i>	4	
Fármacos antituberculosos		
<i>ethambutol hcl, por vía oral</i>	2	
<i>isoniazid, en jarabe, por vía oral</i>	4	
<i>isoniazid, comprimidos, por vía oral</i>	2	
PRETOMANID	4	PA; QL (30 de EA por 30 días)
<i>pyrazinamide, por vía oral</i>	3	
<i>rifampin, por vía intravenosa</i>	4	

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>rifampin, por vía oral</i>	2	
SIRTURO	5	PA
TRECTOR	4	
Fármacos antineoplásicos		
Fármacos alquilantes		
<i>cyclophosphamide, cápsulas, por vía oral</i>	3	B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE, COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL	3	B/D
GLEOSTINE, CÁPSULAS DE 10 MG, 40 MG, POR VÍA ORAL	4	
GLEOSTINE, CÁPSULAS DE 100 MG, POR VÍA ORAL	5	
LEUKERAN	5	
MATULANE	5	PA
VALCHLOR	5	PA; QL (60 GM por 30 días); LA
Fármacos antiandrógenos		
<i>abiraterone acetate, comprimidos de 250 mg, por vía oral</i>	5	PA; QL (120 de EA por 30 días)
<i>abiraterone acetate, comprimidos de 500 mg, por vía oral</i>	5	PA; QL (60 de EA por 30 días)
<i>bicalutamide</i>	2	
ERLEADA, COMPRIMIDOS DE 240 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (30 de EA por 30 días)
ERLEADA, COMPRIMIDOS DE 60 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (120 de EA por 30 días)
<i>flutamide</i>	2	
<i>nilutamide</i>	5	
NUBEQA	5	PA; QL (120 de EA por 30 días)
<i>toremifene citrate</i>	4	
XTANDI, CÁPSULAS, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (120 de EA por 30 días); LA
XTANDI, COMPRIMIDOS DE 40 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (120 de EA por 30 días); LA
XTANDI, COMPRIMIDOS DE 80 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (60 de EA por 30 días); LA

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
Fármacos antiangiogénicos		
<i>lenalidomide</i>	5	PA; QL (30 de EA por 30 días); LA
POMALYST	5	PA; QL (21 de EA por 28 días); LA
REVLIMID	5	PA; QL (30 de EA por 30 días); LA
THALOMID	5	PA
Fármacos antiestrógenos/moduladores		
EMCYT	5	
ORSERDU, COMPRIMIDOS DE 345 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (30 de EA por 30 días)
ORSERDU, COMPRIMIDOS DE 86 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (90 de EA por 30 días)
<i>raloxifene hcl</i>	2	
SOLTAMOX	4	
<i>tamoxifen citrate, por vía oral</i>	2	
Fármacos antimetabolitos		
DROXIA	4	
<i>hydroxyurea, por vía oral</i>	2	
INQOVI	5	PA; QL (5 de EA por 28 días)
ONUREG	5	PA; QL (14 de EA por 28 días)
PURIXAN	5	PA
TABLOID	4	
Fármacos antineoplásicos, otros		
GAVRETO	5	PA; QL (120 de EA por 30 días)
IDHIFA	5	PA; QL (30 de EA por 30 días)
IWILFIN	5	PA; QL (240 de EA por 30 días)
JYLAMVO	4	PA
KISQALI FEMARA, DOSIS DE 200 MG	5	PA; QL (49 de EA por 28 días)
KISQALI FEMARA, DOSIS DE 400 MG	5	PA; QL (70 de EA por 28 días)
KISQALI FEMARA, DOSIS DE 600 MG	5	PA; QL (91 de EA por 28 días)
<i>krazati</i>	5	PA; QL (180 de EA por 30 días)
LONSURF	5	PA

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
LUMAKRAS, COMPRIMIDOS DE 120 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (240 de EA por 30 días)
LUMAKRAS, COMPRIMIDOS DE 320 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (90 de EA por 30 días)
LYNPARZA, COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (120 de EA por 30 días)
LYSODREN	5	
OGSIVEO, COMPRIMIDOS DE 150 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (56 de EA por 28 días)
OGSIVEO, COMPRIMIDOS DE 50 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (180 de EA por 30 días)
<i>ojjaara</i>	5	PA; QL (30 de EA por 30 días)
ORGOVYX	5	PA; QL (30 de EA por 28 días)
RETEVMO, CÁPSULAS DE 40 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (180 de EA por 30 días)
RETEVMO, CÁPSULAS DE 80 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (120 de EA por 30 días)
TUKYSA, COMPRIMIDOS DE 150 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (120 de EA por 30 días)
TUKYSA, COMPRIMIDOS DE 50 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (60 de EA por 30 días)
WELIREG	5	PA; QL (90 de EA por 30 días)
XPOVIO, CAJA DE COMPRIMIDOS DE 50 MG, DOSIS SEMANAL DE 100 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (8 de EA por 28 días)
XPOVIO, CAJA DE COMPRIMIDOS DE 40 MG, DOSIS SEMANAL DE 40 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (4 de EA por 28 días)
XPOVIO, CAJA DE COMPRIMIDOS DE 40 MG, 2 DOSIS SEMANALES DE 40 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (8 de EA por 28 días)
XPOVIO, CAJA DE COMPRIMIDOS DE 60 MG, DOSIS SEMANAL DE 60 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (4 de EA por 28 días)
XPOVIO, 2 DOSIS SEMANALES DE 60 MG	5	PA; QL (24 de EA por 28 días)
XPOVIO, CAJA DE COMPRIMIDOS DE 40 MG, DOSIS SEMANAL DE 80 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (8 de EA por 28 días)
XPOVIO, 2 DOSIS SEMANALES DE 80 MG	5	PA; QL (32 de EA por 28 días)
ZOLINZA	5	PA; QL (120 de EA por 30 días)
Fármacos inhibidores de la aromatasa, 3.^a generación		
<i>anastrozole, por vía oral</i>	2	

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>exemestane</i>	4	
<i>letrozole, por vía oral</i>	2	
Fármacos inhibidores de dianas moleculares		
AKEEGA	5	PA; QL (60 de EA por 30 días)
ALECENSA	5	PA
ALUNBRIG, COMPRIMIDOS DE 180 MG, 90 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (30 de EA por 30 días)
ALUNBRIG, COMPRIMIDOS DE 30 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (120 de EA por 30 días)
ALUNBRIG, CAJA DE COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (30 de EA por 30 días)
AUGTYRO	5	PA; QL (240 de EA por 30 días)
AYVAKIT	5	PA; QL (30 de EA por 30 días)
BALVERSA, COMPRIMIDOS DE 3 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (90 de EA por 30 días)
BALVERSA, COMPRIMIDOS DE 4 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (60 de EA por 30 días)
BALVERSA, COMPRIMIDOS DE 5 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (30 de EA por 30 días)
BOSULIF, CÁPSULAS DE 100 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (180 de EA por 30 días)
BOSULIF, CÁPSULAS DE 50 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (30 de EA por 30 días)
BOSULIF, COMPRIMIDOS DE 100 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (120 de EA por 30 días)
BOSULIF, COMPRIMIDOS DE 400 MG, 500 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (30 de EA por 30 días)
BRAFTOVI, CÁPSULAS DE 75 MG, POR VÍA ORAL	5	PA
BRUKINSA	5	PA; QL (120 de EA por 30 días)
CABOMETYX	5	PA; QL (30 de EA por 30 días)
CALQUENCE	5	PA; QL (60 de EA por 30 días)
CAPRELSA, COMPRIMIDOS DE 100 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (60 de EA por 30 días); LA
CAPRELSA, COMPRIMIDOS DE 300 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (30 de EA por 30 días); LA
COMETRIQ, CAJA DE 80 Y 20 MG, DOSIS DIARIA DE 100 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (56 de EA por 28 días)

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
COMETRIQ, CAJA DE 3 X 20 MG Y 80 MG, DOSIS DIARIA DE 140 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (112 de EA por 28 días)
COMETRIQ, DOSIS DIARIA DE 60 MG	5	PA; QL (84 de EA por 28 días)
COPIKTRA	5	PA; QL (60 de EA por 30 días)
COTELLIC	5	PA; LA
DAURISMO	5	PA; QL (30 de EA por 30 días)
ERIVEDGE	5	PA; LA
<i>erlotinib hcl, comprimidos de 100 mg, 150 mg, por vía oral</i>	5	PA; QL (30 de EA por 30 días)
<i>erlotinib hcl, comprimidos de 25 mg, por vía oral</i>	5	PA; QL (90 de EA por 30 días)
<i>everolimus, comprimidos de 10 mg, por vía oral</i>	5	PA; QL (30 de EA por 30 días)
<i>everolimus, comprimidos solubles de 3 mg, 5 mg, por vía oral</i>	5	PA
FOTIVDA	5	PA; QL (30 de EA por 30 días)
FRUZAQLA, CÁPSULAS DE 1 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (84 de EA por 28 días)
FRUZAQLA, CÁPSULAS DE 5 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (21 de EA por 28 días)
<i>gefitinib</i>	5	PA
GILOTRIF	5	PA; QL (30 de EA por 30 días)
IBRANCE	5	PA; QL (21 de EA por 28 días)
ICLUSIG	5	PA; QL (30 de EA por 30 días)
<i>imatinib mesylate, comprimidos de 100 mg, por vía oral</i>	5	PA; QL (180 de EA por 30 días)
<i>imatinib mesylate, comprimidos de 400 mg, por vía oral</i>	5	PA; QL (60 de EA por 30 días)
IMBRUVICA, CÁPSULAS, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (30 de EA por 30 días)
IMBRUVICA, SUSPENSIÓN, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (216 ML por 30 días)
IMBRUVICA, COMPRIMIDOS DE 140 MG, 280 MG, 420 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (30 de EA por 30 días)
INLYTA	5	PA; QL (180 de EA por 30 días); LA
INREBIC	5	PA; QL (120 de EA por 30 días)
JAKAFI	5	PA; QL (60 de EA por 30 días); LA
JAYPIRCA	5	PA; QL (60 de EA por 30 días)
KISQALI, DOSIS DE 200 MG	5	PA; QL (63 de EA por 28 días)

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
KISQALI, DOSIS DE 400 MG	5	PA; QL (63 de EA por 28 días)
KISQALI, DOSIS DE 600 MG	5	PA; QL (63 de EA por 28 días)
KOSELUGO	5	PA
<i>lapatinib ditosylate</i>	5	PA
LENVIMA, DOSIS DIARIA DE 10 MG	5	PA; QL (30 de EA por 30 días); LA
LENVIMA, DOSIS DIARIA DE 12 MG	5	PA; QL (90 de EA por 30 días); LA
LENVIMA, DOSIS DIARIA DE 14 MG	5	PA; QL (60 de EA por 30 días); LA
LENVIMA, DOSIS DIARIA DE 18 MG	5	PA; QL (105 de EA por 30 días); LA
LENVIMA, DOSIS DIARIA DE 20 MG	5	PA; QL (60 de EA por 30 días); LA
LENVIMA, DOSIS DIARIA DE 24 MG	5	PA; QL (90 de EA por 30 días); LA
LENVIMA, DOSIS DIARIA DE 4 MG	5	PA; QL (30 de EA por 30 días); LA
LENVIMA, DOSIS DIARIA DE 8 MG	5	PA; QL (70 de EA por 30 días); LA
LORBRENA	5	PA
LYTGOBI, DOSIS DIARIA DE 12 MG	5	PA; QL (140 de EA por 28 días); LA
LYTGOBI, DOSIS DIARIA DE 16 MG	5	PA; QL (140 de EA por 28 días); LA
LYTGOBI, DOSIS DIARIA DE 20 MG	5	PA; QL (140 de EA por 28 días); LA
MEKINIST, SOLUCIÓN RECONSTITUIDA, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (1170 ML por 28 días)
MEKINIST, COMPRIMIDOS DE 0.5 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (90 de EA por 30 días)
MEKINIST, COMPRIMIDOS DE 2 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (30 de EA por 30 días)
MEKTOVI	5	PA
NERLYNX	5	PA; QL (180 de EA por 30 días)
NINLARO	5	PA; QL (3 de EA por 28 días)
ODOMZO	5	PA; QL (30 de EA por 30 días); LA
OJEMDA, SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (96 ML por 28 días)
OJEMDA, COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (24 de EA por 28 días)
<i>pazopanib hcl</i>	5	PA
PEMAZYRE	5	PA; QL (14 de EA por 21 días)
PIQRAY, DOSIS DIARIA DE 200 MG	5	PA; QL (28 de EA por 28 días)

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
PIQRAY, DOSIS DIARIA DE 250 MG	5	PA; QL (56 de EA por 28 días)
PIQRAY, DOSIS DIARIA DE 300 MG	5	PA; QL (56 de EA por 28 días)
QINLOCK	5	PA; QL (90 de EA por 30 días)
REZLIDHIA	5	PA; QL (60 de EA por 30 días)
ROZLYTREK, CÁPSULAS DE 100 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (150 de EA por 30 días)
ROZLYTREK, CÁPSULAS DE 200 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (90 de EA por 30 días)
ROZLYTREK, CAJA, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (336 de EA por 28 días)
RUBRACA	5	PA; QL (120 de EA por 30 días)
RYDAPT	5	PA; QL (224 de EA por 28 días)
SCEMBLIX, COMPRIMIDOS DE 100 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (120 de EA por 30 días)
SCEMBLIX, COMPRIMIDOS DE 20 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (60 de EA por 30 días)
SCEMBLIX, COMPRIMIDOS DE 40 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (300 de EA por 30 días)
<i>sorafenib tosylate</i>	5	PA
SPRYCEL, COMPRIMIDOS DE 100 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (60 de EA por 30 días)
SPRYCEL, COMPRIMIDOS DE 140 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (30 de EA por 30 días)
SPRYCEL, COMPRIMIDOS DE 20 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (90 de EA por 30 días)
STIVARGA	5	PA; QL (84 de EA por 28 días); LA
<i>sunitinib malate</i>	5	PA; QL (30 de EA por 30 días)
TABRECTA	5	PA; QL (120 de EA por 30 días)
TAFINLAR, CÁPSULAS, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (120 de EA por 30 días)
TAFINLAR, COMPRIMIDOS SOLUBLES, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (840 de EA por 28 días)
TAGRISSE	5	PA; QL (30 de EA por 30 días); LA
TALZENNA	5	PA; QL (30 de EA por 30 días)
TASIGNA	5	PA; QL (120 de EA por 30 días)
TAZVERIK	5	PA; QL (240 de EA por 30 días)

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
TEPMETKO	5	PA; QL (60 de EA por 30 días)
TIBSOVO	5	PA; QL (60 de EA por 30 días)
TRUQAP	5	PA; QL (64 de EA por 28 días)
TURALIO, CÁPSULAS DE 125 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (120 de EA por 30 días)
VANFLYTA	5	PA
VENCLEXTA, COMPRIMIDOS DE 10 MG, POR VÍA ORAL	3	PA
VENCLEXTA, COMPRIMIDOS DE 100 MG, 50 MG, POR VÍA ORAL	5	PA
VENCLEXTA, TRATAMIENTO INICIAL, CAJA	5	PA
VERZENIO	5	PA; QL (60 de EA por 30 días)
VITRAKVI, CÁPSULAS DE 100 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (60 de EA por 30 días)
VITRAKVI, CÁPSULAS DE 25 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (90 de EA por 30 días)
VITRAKVI, SOLUCIÓN, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (300 ML por 30 días)
VIZIMPRO	5	PA
VONJO	5	PA; QL (120 de EA por 30 días)
XALKORI, CÁPSULAS, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (120 de EA por 30 días); LA
XALKORI, CÁPSULAS CON GRÁNULOS DISPERSABLES DE 150 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (180 de EA por 30 días); LA
XALKORI, CÁPSULAS CON GRÁNULOS DISPERSABLES DE 20 MG, 50 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (120 de EA por 30 días); LA
XOSPATA	5	PA; QL (90 de EA por 30 días)
ZEJULA, COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (30 de EA por 30 días)
ZELBORAF	5	PA; QL (240 de EA por 30 días); LA
ZYDELIG	5	PA; QL (60 de EA por 30 días)
ZYKADIA, COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL	5	PA
Fármacos retinoides		
<i>bexarotene, de uso tópico</i>	5	PA; QL (60 GM por 30 días)
<i>bexarotene, por vía oral</i>	5	PA
<i>tretinoin, por vía oral</i>	5	PA
Fármacos complementarios al tratamiento		
<i>leucovorin calcium, por vía oral</i>	2	

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
MESNEX, POR VÍA ORAL	5	
Fármacos antiparasitarios		
Fármacos antihelmínticos		
<i>albendazole, por vía oral</i>	5	
<i>ivermectin, por vía oral</i>	3	
<i>praziquantel, por vía oral</i>	3	
Fármacos antiprotozoarios		
<i>atovaquone, por vía oral</i>	4	
<i>atovaquone-proguanil hcl</i>	4	
<i>chloroquine phosphate, por vía oral</i>	2	
COARTEM	4	QL (24 de EA por 30 días)
<i>hydroxychloroquine sulfate, comprimidos de 200 mg, por vía oral</i>	2	
IMPAVIDO	5	PA; QL (84 de EA por 28 días)
KRINTAFEL	3	QL (8 de EA por 365 días)
<i>mefloquine hcl</i>	2	
<i>nitazoxanide, por vía oral</i>	5	
<i>pentamidine isethionate, por inhalación</i>	4	B/D
<i>pentamidine isethionate, por vía inyectable</i>	4	
<i>primaquine phosphate, comprimidos de 26.3 (15 base) mg, por vía oral</i>	4	
<i>pyrimethamine, por vía oral</i>	5	
<i>quinine sulfate, por vía oral</i>	3	
Fármacos antiparkinsonianos		
Fármacos anticolinérgicos		
<i>benztropine mesylate, por vía oral</i>	4	
<i>trihexyphenidyl hcl</i>	2	
Fármacos antiparkinsonianos, otros		
<i>amantadine hcl, cápsulas, por vía oral</i>	2	
<i>amantadine hcl, solución, por vía oral</i>	2	
<i>amantadine hcl, comprimidos, por vía oral</i>	4	

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<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>	3	
<i>entacapone</i>	3	
Fármacos agonistas dopaminérgicos		
<i>bromocriptine mesylate, por vía oral</i>	4	
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	2	
<i>ropinirole hcl</i>	2	
<i>ropinirole hcl, de liberación prolongada</i>	3	
Precursores de dopamina E inhibidores de L-aminoácido aromático decarboxilasa		
<i>carbidopa, por vía oral</i>	3	
<i>carbidopa-levodopa</i>	2	
<i>carbidopa-levodopa, comprimidos de liberación prolongada de 25-100 mg, 50-200 mg, por vía oral</i>	2	
Inhibidores de monoaminoxidasa B (Mao-B)		
<i>rasagiline mesylate, por vía oral</i>	4	
<i>selegiline hcl, por vía oral</i>	2	
Fármacos antipsicóticos		
de 1.ª generación/típicos		
<i>chlorpromazine hcl, por vía oral</i>	4	
<i>fluphenazine decanoate, por vía inyectable</i>	3	
<i>fluphenazine hcl, por vía inyectable</i>	4	
<i>fluphenazine hcl, por vía oral</i>	2	
<i>haloperidol decanoate, por vía intramuscular</i>	3	
<i>haloperidol lactate, por vía inyectable</i>	2	
<i>haloperidol lactate, concentrado de 2 mg/ml, por vía oral</i>	2	
<i>haloperidol, por vía oral</i>	2	
<i>loxapine succinate, por vía oral</i>	2	
<i>molindone hcl</i>	3	
<i>perphenazine, por vía oral</i>	4	

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>pimozide</i>	4	
<i>thioridazine hcl, por vía oral</i>	3	
<i>thiothixene, por vía oral</i>	2	
<i>trifluoperazine hcl, por vía oral</i>	3	
de 2.ª generación/atípicos		
<i>abilify asimtufii, jeringa precargada de 720 mg/2.4 ml, por vía intramuscular</i>	5	QL (2.4 ML por 56 días)
<i>abilify asimtufii, jeringa precargada de 960 mg/3.2 ml, por vía intramuscular</i>	5	QL (3.2 ML por 56 días)
ABILIFY MANTENA, JERINGA PRECARGADA, POR VÍA INTRAMUSCULAR	5	QL (1 de EA por 30 días)
ABILIFY MANTENA, SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA DE LIBERACIÓN PROLONGADA, POR VÍA INTRAMUSCULAR	5	QL (1 de EA por 30 días)
<i>aripiprazole, solución, por vía oral</i>	4	QL (750 ML por 30 días)
<i>aripiprazole, comprimidos, por vía oral</i>	2	QL (30 de EA por 30 días)
<i>aripiprazole, comprimidos dispersables, por vía oral</i>	4	PA; QL (60 de EA por 30 días)
<i>asenapine maleate</i>	4	PA; QL (60 de EA por 30 días)
CAPLYTA	5	PA; QL (30 de EA por 30 días)
FANAPT	5	PA; QL (60 de EA por 30 días)
FANAPT, PARA AJUSTE DE DOSIS, CAJA	4	PA
INVEGA HAFYERA, SUSPENSIÓN DE 1092 MG/3.5 ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA INTRAMUSCULAR	5	QL (3.5 ML por 180 días)
INVEGA HAFYERA, SUSPENSIÓN DE 1560 MG/5 ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA INTRAMUSCULAR	5	QL (5 ML por 180 días)
INVEGA SUSTENNA, SUSPENSIÓN DE 117 MG/0.75 ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA INTRAMUSCULAR	5	QL (0.75 ML por 30 días)
INVEGA SUSTENNA, SUSPENSIÓN DE 156 MG/ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA INTRAMUSCULAR	5	QL (1 ML por 30 días)

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
INVEGA SUSTENNA, SUSPENSIÓN DE 234 MG/1.5 ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA INTRAMUSCULAR	5	QL (1.5 ML por 30 días)
INVEGA SUSTENNA, SUSPENSIÓN DE 39 MG/0.25 ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA INTRAMUSCULAR	4	QL (0.25 ML por 30 días)
INVEGA SUSTENNA, SUSPENSIÓN DE 78 MG/0.5 ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA INTRAMUSCULAR	5	QL (0.5 ML por 30 días)
INVEGA TRINZA, SUSPENSIÓN DE 273 MG/0.88 ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA INTRAMUSCULAR	5	QL (0.88 ML por 90 días)
INVEGA TRINZA, SUSPENSIÓN DE 410 MG/1.32 ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA INTRAMUSCULAR	5	QL (1.32 ML por 90 días)
INVEGA TRINZA, SUSPENSIÓN DE 546 MG/1.75 ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA INTRAMUSCULAR	5	QL (1.75 ML por 90 días)
INVEGA TRINZA, SUSPENSIÓN DE 819 MG/2.63 ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA INTRAMUSCULAR	5	QL (2.63 ML por 90 días)
<i>lurasidone hcl</i>	3	QL (30 de EA por 30 días)
NUPLAZID, CÁPSULAS, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (30 de EA por 30 días)
NUPLAZID, COMPRIMIDOS DE 10 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (30 de EA por 30 días)
<i>olanzapine, por vía intramuscular</i>	3	QL (30 de EA por 30 días)
<i>olanzapine, comprimidos de 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, por vía oral</i>	2	QL (60 de EA por 30 días)
<i>olanzapine, comprimidos de 15 mg, 20 mg, 7.5 mg, por vía oral</i>	2	QL (30 de EA por 30 días)
<i>olanzapine, comprimidos dispersables, por vía oral</i>	3	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>	4	ST; QL (30 de EA por 30 días)
<i>paliperidone, comprimidos de 6 mg, de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>	4	ST; QL (60 de EA por 30 días)

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>quetiapine fumarate, comprimidos de 150 mg, 200 mg, 50 mg, de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>	3	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>	3	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>	2	
REXULTI	5	PA; QL (30 de EA por 30 días)
<i>risperidone, suspensión reconstituida de 12.5 mg, de liberación prolongada, por vía intramuscular</i>	4	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>	5	QL (2 de EA por 28 días)
<i>risperidone en microesferas, suspensión reconstituida de 12.5 mg, de liberación prolongada, por vía intramuscular</i>	4	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>	5	QL (2 de EA por 28 días)
<i>risperidone, solución, por vía oral</i>	2	
<i>risperidone, comprimidos, por vía oral</i>	2	
<i>risperidone, comprimidos dispersables, por vía oral</i>	4	
SECUADO	5	PA; QL (30 de EA por 30 días)
<i>uzedy, suspensión de 100 mg/0.28 ml en jeringa precargada, por vía subcutánea</i>	5	QL (0.28 ML por 30 días)
<i>uzedy, suspensión de 125 mg/0.35 ml en jeringa precargada, por vía subcutánea</i>	5	QL (0.35 ML por 30 días)
<i>uzedy, suspensión de 150 mg/0.42 ml en jeringa precargada, por vía subcutánea</i>	5	QL (0.42 ML por 60 días)
<i>uzedy, suspensión de 200 mg/0.56 ml en jeringa precargada, por vía subcutánea</i>	5	QL (0.56 ML por 60 días)
<i>uzedy, suspensión de 250 mg/0.7 ml en jeringa precargada, por vía subcutánea</i>	5	QL (0.7 ML por 60 días)
<i>uzedy, suspensión de 50 mg/0.14 ml en jeringa precargada, por vía subcutánea</i>	5	QL (0.14 ML por 30 días)

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>uzedy, suspensión de 75 mg/0.21 ml en jeringa precargada, por vía subcutánea</i>	5	QL (0.21 ML por 30 días)
VRAYLAR, CÁPSULAS, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (30 de EA por 30 días)
<i>ziprasidone hcl</i>	2	QL (60 de EA por 30 días)
<i>ziprasidone mesylate</i>	4	
ZYPREXA RELPREVV, SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA DE 210 MG, POR VÍA INTRAMUSCULAR	4	QL (2 de EA por 30 días)
ZYPREXA RELPREVV, SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA DE 300 MG, POR VÍA INTRAMUSCULAR	5	QL (2 de EA por 30 días)
ZYPREXA RELPREVV, SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA DE 405 MG, POR VÍA INTRAMUSCULAR	5	QL (1 de EA por 30 días)
Fármacos para pacientes con resistencia al tratamiento		
<i>clozapine, comprimidos, por vía oral</i>	2	
<i>clozapine, comprimidos dispersables, por vía oral</i>	4	
VERSACLOZ	5	PA; QL (540 ML por 30 días)
Fármacos antiespásticos		
Fármacos antiespásticos		
<i>baclofen, comprimidos de 10 mg, 20 mg, por vía oral</i>	2	
<i>baclofen, comprimidos de 5 mg, por vía oral</i>	3	
<i>dantrolene sodium, por vía oral</i>	4	
<i>tizanidine hcl, comprimidos, por vía oral</i>	2	
Fármacos antivirales		
Fármacos contra el citomegalovirus (Cmv)		
LIVTENCITY	5	PA; QL (336 de EA por 28 días)
PREVYMIS, POR VÍA ORAL	5	PA
<i>valganciclovir hcl, comprimidos, por vía oral</i>	3	
Fármacos contra la hepatitis B (Hbv)		
<i>adefovir dipivoxil</i>	4	
<i>entecavir</i>	4	
<i>lamivudine</i>	3	

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
Fármacos contra la hepatitis C (Hcv)		
<i>ledipasvir-sofosbuvir</i>	5	PA; QL (28 de EA por 28 días)
MAVYRET, CAJA, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (140 de EA por 28 días)
MAVYRET, COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (84 de EA por 28 días)
<i>ribavirin, cápsulas, por vía oral</i>	3	
<i>ribavirin, comprimidos de 200 mg, por vía oral</i>	3	
<i>sofosbuvir-velpatasvir</i>	5	PA; QL (28 de EA por 28 días)
Fármacos antiherpéticos		
<i>acyclovir, cápsulas, por vía oral</i>	2	
<i>acyclovir, comprimidos, por vía oral</i>	2	
<i>acyclovir sodium, solución, por vía intravenosa</i>	4	B/D
<i>famciclovir, por vía oral</i>	2	
<i>valacyclovir hcl, por vía oral</i>	2	
Fármacos antirretrovíricos, inhibidores de la transferencia de la cadena de integrasa (Insti)		
APRETUDE	5	QL (21 ML por 365 días)
BIKTARVY	5	QL (30 de EA por 30 días)
DOVATO	5	QL (30 de EA por 30 días)
GENVOYA	5	QL (30 de EA por 30 días)
ISENTRESS HD	5	QL (60 de EA por 30 días)
ISENTRESS, CAJA, POR VÍA ORAL	3	QL (300 de EA por 30 días)
ISENTRESS, COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL	5	QL (120 de EA por 30 días)
ISENTRESS, TABLETAS MASTICABLES DE 100 MG, POR VÍA ORAL	5	QL (180 de EA por 30 días)
ISENTRESS, TABLETAS MASTICABLES DE 25 MG, POR VÍA ORAL	3	QL (180 de EA por 30 días)
STRIBILD	5	QL (30 de EA por 30 días)
SYMTUZA	5	QL (30 de EA por 30 días)
TIVICAY, COMPRIMIDOS DE 10 MG, POR VÍA ORAL	4	QL (30 de EA por 30 días)
TIVICAY, COMPRIMIDOS DE 25 MG, POR VÍA ORAL	5	QL (30 de EA por 30 días)
TIVICAY, COMPRIMIDOS DE 50 MG, POR VÍA ORAL	5	QL (60 de EA por 30 días)

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
TIVICAY PD	4	QL (180 de EA por 30 días)
Fármacos antirretrovíricos, inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa (Nrti)		
COMPLERA	5	QL (30 de EA por 30 días)
EDURANT	5	QL (30 de EA por 30 días)
<i>efavirenz, comprimidos, por vía oral</i>	3	
<i>etravirine</i>	5	
INTELENCE, COMPRIMIDOS DE 25 MG, POR VÍA ORAL	3	QL (120 de EA por 30 días)
<i>nevirapine, comprimidos de 100 mg, de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>	4	QL (60 de EA por 30 días)
<i>nevirapine, comprimidos de 400 mg, de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>	4	QL (30 de EA por 30 días)
<i>nevirapine, suspensión, por vía oral</i>	4	QL (1200 ML por 30 días)
<i>nevirapine, comprimidos, por vía oral</i>	4	QL (60 de EA por 30 días)
PIFELTRO	5	QL (30 de EA por 30 días)
Fármacos antirretrovíricos, inhibidores nucleósidos y nucleótidos de la transcriptasa inversa (Nrti)		
<i>abacavir sulfate, solución, por vía oral</i>	3	
<i>abacavir sulfate, comprimidos, por vía oral</i>	4	
<i>abacavir sulfate-lamivudine</i>	4	
<i>abacavir-lamivudine-zidovudine</i>	5	
CIMDUO	5	QL (30 de EA por 30 días)
DELSTRIGO	5	QL (30 de EA por 30 días)
DESCOVY	5	QL (30 de EA por 30 días)
<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df</i>	5	QL (30 de EA por 30 días)
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir</i>	5	QL (30 de EA por 30 días)
<i>emtricitabine</i>	3	
<i>emtricitabine-tenofovir df, comprimidos de 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg, por vía oral</i>	5	QL (30 de EA por 30 días)
<i>emtricitabine-tenofovir df, comprimidos de 200-300 mg, por vía oral</i>	4	QL (30 de EA por 30 días)
EMTRIVA, SOLUCIÓN, POR VÍA ORAL	3	
JULUCA	5	QL (30 de EA por 30 días)

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>lamivudine-zidovudine</i>	4	
ODEFSEY	5	QL (30 de EA por 30 días)
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	3	
VIREAD, EN POLVO, POR VÍA ORAL	5	QL (240 GM por 30 días)
VIREAD, COMPRIMIDOS DE 150 MG, 200 MG, 250 MG, POR VÍA ORAL	5	QL (30 de EA por 30 días)
<i>zidovudine</i>	3	
Fármacos antirretrovíricos, otros		
FUZEON, SOLUCIÓN RECONSTITUIDA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	
<i>maraviroc, comprimidos de 150 mg, por vía oral</i>	5	QL (60 de EA por 30 días)
<i>maraviroc, comprimidos de 300 mg, por vía oral</i>	5	QL (120 de EA por 30 días)
RUKOBIA	5	QL (60 de EA por 30 días)
SELZENTRY, SOLUCIÓN, POR VÍA ORAL	5	QL (1800 ML por 30 días)
SELZENTRY, COMPRIMIDOS DE 25 MG, POR VÍA ORAL	4	QL (240 de EA por 30 días)
SELZENTRY, COMPRIMIDOS DE 75 MG, POR VÍA ORAL	5	QL (120 de EA por 30 días)
SUNLENCA, CAJA DE COMPRIMIDOS DE 4 X 300 MG, POR VÍA ORAL	5	QL (8 de EA por 365 días)
SUNLENCA, CAJA DE COMPRIMIDOS DE 5 X 300 MG, POR VÍA ORAL	5	QL (10 de EA por 365 días)
SUNLENCA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	QL (3 ML por 180 días)
TRIUMEQ	5	QL (30 de EA por 30 días)
TRIUMEQ PD	4	QL (180 de EA por 30 días)
TYBOST	3	QL (30 de EA por 30 días)
Fármacos antirretrovíricos, inhibidores de la proteasa		
APTIVUS, CÁPSULAS, POR VÍA ORAL	5	
APTIVUS, SOLUCIÓN, POR VÍA ORAL	4	
<i>atazanavir sulfate</i>	4	
<i>darunavir, comprimidos de 600 mg, por vía oral</i>	5	QL (60 de EA por 30 días)
<i>darunavir, comprimidos de 800 mg, por vía oral</i>	5	QL (30 de EA por 30 días)
EVOTAZ	5	QL (30 de EA por 30 días)

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>fosamprenavir calcium</i>	5	
<i>lopinavir-ritonavir</i>	4	
NORVIR, CAJA, POR VÍA ORAL	4	
PREZCOBIX	5	QL (30 de EA por 30 días)
PREZISTA, SUSPENSIÓN, POR VÍA ORAL	5	QL (400 ML por 30 días)
PREZISTA, COMPRIMIDOS DE 150 MG, POR VÍA ORAL	3	QL (240 de EA por 30 días)
PREZISTA, COMPRIMIDOS DE 75 MG, POR VÍA ORAL	3	QL (480 de EA por 30 días)
REYATAZ, CAJA, POR VÍA ORAL	5	
RITONAVIR	3	
VIRACEPT, COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL	5	
Fármacos antigripales		
<i>oseltamivir phosphate, cápsulas, por vía oral</i>	3	
<i>oseltamivir phosphate, suspensión reconstituida, por vía oral</i>	4	
RELENZA DISKHALER, POLVO DE AEROSOL ACTIVADO CON EL ALIENTO DE 5 MG/ACT, POR INHALACIÓN	3	
<i>rimantadine hcl</i>	4	
XOFLUZA, CAJA DE COMPRIMIDOS DE 1 X 40 MG, DOSIS DE 40 MG, POR VÍA ORAL	4	QL (4 de EA por 365 días)
XOFLUZA, CAJA DE COMPRIMIDOS DE 1 X 80 MG, DOSIS DE 80 MG, POR VÍA ORAL	4	QL (2 de EA por 365 días)
XOFLUZA, CAJA DE COMPRIMIDOS DE 2 X 40 MG, DOSIS DE 80 MG, POR VÍA ORAL	4	QL (4 de EA por 365 días)
Fármacos antivirales, fármacos contra el coronavirus		
PAXLOVID (150/100)	2	QL (40 de EA por 180 días)
PAXLOVID (300/100)	2	QL (60 de EA por 180 días)
Fármacos ansiolíticos		
Fármacos ansiolíticos, otros		
<i>bupirone hcl, por vía oral</i>	2	
<i>hydroxyzine pamoate, cápsulas de 25 mg, 50 mg, por vía oral</i>	4	

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
Benzodiazepinas		
<i>alprazolam, comprimidos, por vía oral</i>	2	QL (150 de EA por 30 días)
<i>chlordiazepoxide hcl</i>	4	
<i>clonazepam, comprimidos de 0.5 mg, 1 mg, por vía oral</i>	2	QL (90 de EA por 30 días)
<i>clonazepam, comprimidos de 2 mg, por vía oral</i>	2	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>	2	QL (90 de EA por 30 días)
<i>clonazepam, comprimidos dispersables de 2 mg, por vía oral</i>	2	QL (300 de EA por 30 días)
<i>clorazepate dipotassium, comprimidos de 15 mg, 3.75 mg, por vía oral</i>	4	QL (180 de EA por 30 días)
<i>clorazepate dipotassium, comprimidos de 7.5 mg, por vía oral</i>	4	QL (360 de EA por 30 días)
<i>diazepam intensol</i>	2	QL (240 ML por 30 días)
<i>diazepam, solución de 5 mg/5 ml, por vía oral</i>	2	QL (1200 ML por 30 días)
<i>diazepam, comprimidos, por vía oral</i>	2	QL (120 de EA por 30 días)
LORAZEPAM INTENSOL	2	QL (150 ML por 30 días)
<i>lorazepam, comprimidos, por vía oral</i>	2	QL (150 de EA por 30 días)
Fármacos para el trastorno bipolar		
Fármacos estabilizadores del estado de ánimo		
<i>carbamazepine, cápsulas de liberación prolongada hasta 12 horas, por vía oral</i>	3	
<i>divalproex sodium, comprimidos de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>	2	
<i>divalproex sodium, cápsulas con gránulos dispersables de liberación retardada, por vía oral</i>	2	
<i>divalproex sodium, comprimidos de liberación retardada, por vía oral</i>	2	
<i>lithium</i>	2	
<i>lithium carbonate, de liberación prolongada</i>	2	
<i>lithium carbonate, por vía oral</i>	1	
Reguladores de la glucosa en sangre		
Fármacos antidiabéticos		

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>acarbose, por vía oral</i>	2	
CYCLOSET	4	
FARXIGA	3	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	3	QL (30 de EA por 30 días)
GVOKE HYPOPEN, CAJA DE 2	3	
GVOKE, KIT	3	
GVOKE PFS, SOLUCIÓN DE 1 MG/0.2 ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	3	
JANUMET	3	QL (60 de EA por 30 días)
JANUMET XR, COMPRIMIDOS DE 100-1000 MG, DE LIBERACIÓN PROLONGADA HASTA 24 HORAS, POR VÍA ORAL	3	QL (30 de EA por 30 días)
JANUMET XR, COMPRIMIDOS DE 50-1000 MG, 50-500 MG, DE LIBERACIÓN PROLONGADA HASTA 24 HORAS, POR VÍA ORAL	3	QL (60 de EA por 30 días)
JANUVIA	3	QL (30 de EA por 30 días)
JARDIANCE	3	QL (30 de EA por 30 días)
JENTADUETO	3	QL (60 de EA por 30 días)
JENTADUETO XR	3	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>miglitol</i>	4	
MOUNJARO	3	PA; QL (2 ML por 28 días)
<i>nateglinide</i>	2	
OZEMPIC, SOLUCIÓN DE 2 MG/3 ML, DOSIS DE 0.25 MG O 0.5 MG, EN PLUMA INYECTORA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	3	PA; QL (3 ML por 28 días)

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
OZEMPIC, SOLUCIÓN DE 4 MG/3 ML, DOSIS DE 1 MG, EN PLUMA INYECTORA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	3	PA; QL (3 ML por 28 días)
OZEMPIC, DOSIS DE 2 MG	3	PA; QL (3 ML por 28 días)
<i>pioglitazone hcl</i>	1	
<i>pioglitazone hcl-glimepiride</i>	3	
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl</i>	2	
<i>repaglinide</i>	1	
RYBELSUS	3	PA; QL (30 de EA por 30 días)
<i>saxagliptin hcl</i>	4	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>	4	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>	4	ST; QL (30 de EA por 30 días)
SYMLINPEN 120, SOLUCIÓN EN PLUMA INYECTORA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	ST; QL (10.8 ML por 30 días)
SYMLINPEN 60, SOLUCIÓN EN PLUMA INYECTORA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	ST; QL (6 ML por 30 días)
SINAJARDY	3	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	3	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	3	QL (60 de EA por 30 días)
TRADJENTA	3	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	3	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	3	QL (60 de EA por 30 días)
TRULICITY	3	PA; QL (2 ML por 28 días)

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
XIGDUO XR, COMPRIMIDOS DE 10-1000 MG, 10-500 MG, 5-500 MG, DE LIBERACIÓN PROLONGADA HASTA 24 HORAS, POR VÍA ORAL	3	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	3	QL (60 de EA por 30 días)
Fármacos para el control glucémico		
BAQSIMI, CAJA CON UN DISPOSITIVO	3	
BAQSIMI, CAJA CON DOS DISPOSITIVOS	3	
<i>diazoxide, por vía oral</i>	5	
<i>glucagon, kit para emergencias, por vía inyectable</i>	3	
<i>mifepristone, comprimidos de 300 mg, por vía oral</i>	5	PA; QL (120 de EA por 30 días)
Insulinas		
<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
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>	3	PA
<i>exel comfort, agujas para pluma de 29g x 12mm</i>	1	PA
HUMALOG, POR VÍA INYECTABLE	3	
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	3	
HUMALOG KWIKPEN, SOLUCIÓN EN PLUMA INYECTORA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	3	
HUMALOG MIX 50/50	3	
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN, SUSPENSIÓN EN PLUMA INYECTORA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	3	
HUMALOG MIX 75/25	3	

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN, SUSPENSIÓN EN PLUMA INYECTORA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	3	
HUMALOG, SOLUCIÓN EN CARTUCHO, POR VÍA SUBCUTÁNEA	3	
HUMULIN 70/30	3	
HUMULIN 70/30 KWIKPEN, SUSPENSIÓN EN PLUMA INYECTORA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	3	
HUMULIN N	3	
HUMULIN N KWIKPEN, SUSPENSIÓN EN PLUMA INYECTORA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	3	
HUMULIN R	3	
HUMULIN R U-500, CONCENTRADO	3	
HUMULIN R U-500 KWIKPEN, SOLUCIÓN EN PLUMA INYECTORA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	
<i>insulin asp prot y asp flexpen</i>	4	
<i>insulin aspart, flexpen</i>	4	PA
<i>insulin aspart, por vía inyectable</i>	4	PA
<i>insulin aspart, penfill</i>	4	PA
<i>insulin aspart prot y aspart</i>	4	PA
<i>insulin glargine-yfgh</i>	3	
<i>insulin lispro, por vía inyectable</i>	3	
LANTUS	3	
LANTUS SOLOSTAR, SOLUCIÓN EN PLUMA INYECTORA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	3	
LYUMJEV	3	
LYUMJEV KWIKPEN	3	
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	3	QL (15 ML por 25 días)

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
TOUJEO MAX SOLOSTAR	3	
TOUJEO SOLOSTAR	3	
KIT V-GO 20, 20 UNIDADES/24 HORAS	3	
KIT V-GO 30, 30 UNIDADES/24 HORAS	3	
KIT V-GO 40, 40 UNIDADES/24 HORAS	3	
Hemoderivados y biomoduladores		
Anticoagulantes		
<i>dabigatran etexilate mesylate</i>	4	QL (60 de EA por 30 días)
ELIQUIS	3	QL (74 de EA por 30 días)
ELIQUIS DVT/PE, TRATAMIENTO INICIAL, CAJA DE COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL	3	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>	4	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>	4	QL (48 ML por 30 días)
<i>enoxaparin sodium, solución de 30 mg/0.3 ml en jeringa precargada, por vía inyectable</i>	4	QL (18 ML por 30 días)
<i>enoxaparin sodium, solución de 40 mg/0.4 ml en jeringa precargada, por vía inyectable</i>	4	QL (24 ML por 30 días)
<i>enoxaparin sodium, solución de 60 mg/0.6 ml en jeringa precargada, por vía inyectable</i>	4	QL (36 ML por 30 días)
<i>fondaparinux sodium, solución de 10 mg/0.8 ml, por vía subcutánea</i>	5	QL (24 ML por 30 días)
<i>fondaparinux sodium, solución de 2.5 mg/0.5 ml, por vía subcutánea</i>	4	QL (15 ML por 30 días)
<i>fondaparinux sodium, solución de 5 mg/0.4 ml, por vía subcutánea</i>	5	QL (12 ML por 30 días)
<i>fondaparinux sodium, solución de 7.5 mg/0.6 ml, por vía subcutánea</i>	5	QL (18 ML por 30 días)
FRAGMIN, SOLUCIÓN DE 10000 UNIDADES/ML, 7500 UNIDADES/0.3 ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
FRAGMIN, SOLUCIÓN DE 2500 UNIT/0.2 ML, 5000 UNIT/0.2 ML, EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	4	
<i>heparin sodium (porcine), solución de 1000 unidades/ml, 10000 unidades/ml, 20000 unidades/ml, 5000 unidades/ml, por vía inyectable</i>	2	HI
<i>jantoven</i>	1	
<i>warfarin sodium, por vía oral</i>	1	
XARELTO, SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA, POR VÍA ORAL	3	QL (620 ML por 30 días)
XARELTO, COMPRIMIDOS DE 10 MG, 20 MG, POR VÍA ORAL	3	QL (30 de EA por 30 días)
XARELTO, COMPRIMIDOS DE 15 MG, 2.5 MG, POR VÍA ORAL	3	QL (60 de EA por 30 días)
XARELTO, TRATAMIENTO INICIAL, CAJA	3	QL (51 de EA por 30 días)
Hemoderivados y biomoduladores, otros		
<i>anagrelide hcl</i>	3	
FABHALTA	5	PA; QL (60 de EA por 30 días)
NIVESTYM, SOLUCIÓN EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA INYECTABLE	5	PA
NYVEPRIA	5	
PROCRIT, SOLUCIÓN DE 10000 UNIDADES/ML, 2000 UNIDADES/ML, 3000 UNIDADES/ML, 4000 UNIDADES/ML, POR VÍA INYECTABLE	3	B/D
PROCRIT, SOLUCIÓN DE 20000 UNIDADES/ML, 40000 UNIDADES/ML, POR VÍA INYECTABLE	5	B/D
PROMACTA, CAJA, 12.5 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (30 de EA por 30 días); LA
PROMACTA, CAJA, 25 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (180 de EA por 30 días); LA
PROMACTA, COMPRIMIDOS DE 12.5 MG Y 25 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (30 de EA por 30 días); LA
PROMACTA, COMPRIMIDOS DE 50 MG Y 75 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (60 de EA por 30 días); LA
PIRUKYND	5	PA; QL (56 de EA por 28 días)
PYRUKYND, CAJA PARA DISMINUCIÓN GRADUAL DE DOSIS	5	PA; QL (56 de EA por 28 días)

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
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	3	B/D
VOYDEYA	5	PA; QL (180 de EA por 30 días)
Fármacos hemostáticos		
<i>tranexamic acid, por vía oral</i>	3	
Fármacos antiagregantes plaquetarios		
<i>aspirin-dipyridamole, de liberación prolongada</i>	4	
BRILINTA	3	QL (60 de EA por 30 días)
<i>cilostazol</i>	2	
<i>clopidogrel bisulfate, comprimidos de 75 mg, por vía oral</i>	1	
<i>prasugrel hcl</i>	3	
Fármacos cardiovasculares		
Fármacos agonistas adrenérgicos alfa		
<i>clonidine</i>	4	
<i>clonidine hcl, por vía oral</i>	1	
<i>droxidopa</i>	5	PA
<i>guanfacine hcl, por vía oral</i>	4	
<i>midodrine hcl</i>	3	
Fármacos bloqueadores alfa adrenérgicos		
<i>doxazosin mesylate, por vía oral</i>	2	
<i>prazosin hcl, por vía oral</i>	2	
<i>terazosin hcl, por vía oral</i>	1	
Fármacos antagonistas de los receptores de la angiotensina II		
<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)

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<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)
Fármacos inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ECA)		
<i>benazepril hcl, comprimidos de 10 mg, por vía oral</i>	1	QL (240 de EA por 30 días)
<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)

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<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)
<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)

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>trandolapril, comprimidos de 4 mg, por vía oral</i>	1	QL (60 de EA por 30 días)
Fármacos antiarrítmicos		
<i>amiodarone hcl, comprimidos de 200 mg, por vía oral</i>	2	
<i>disopyramide phosphate, por vía oral</i>	2	
<i>dofetilide</i>	4	
<i>flecainide acetate</i>	2	
<i>mexiletine hcl, por vía oral</i>	3	
MULTAQ	3	
<i>pacerone, comprimidos de 200 mg, por vía oral</i>	2	
<i>propafenone hcl</i>	2	
<i>propafenone hcl, de liberación prolongada</i>	4	
<i>quinidine gluconate, de liberación prolongada</i>	4	
<i>quinidine sulfate, por vía oral</i>	2	
<i>sotalol hcl (af)</i>	2	
<i>sotalol hcl, por vía oral</i>	2	
Fármacos bloqueadores adrenérgicos beta		
<i>acebutolol hcl, por vía oral</i>	2	
<i>atenolol, por vía oral</i>	1	
<i>betaxolol hcl, por vía oral</i>	2	
<i>bisoprolol fumarate, por vía oral</i>	2	
<i>carvedilol</i>	1	
<i>carvedilol phosphate, de liberación prolongada</i>	4	
<i>labetalol hcl, por vía oral</i>	2	
<i>metoprolol succinate, de liberación prolongada</i>	2	
<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>	3	
<i>nebivolol hcl</i>	4	
<i>pindolol</i>	3	
<i>propranolol hcl, de liberación prolongada</i>	2	
<i>propranolol hcl, solución, por vía oral</i>	2	

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>propranolol hcl, comprimidos, por vía oral</i>	1	
<i>timolol maleate, por vía oral</i>	2	
Fármacos bloqueadores de los canales de calcio, con dihidropiridinas		
<i>amlodipine besylate, por vía oral</i>	1	
<i>felodipine, de liberación prolongada</i>	2	
<i>isradipine</i>	4	
<i>nifedipine, de liberación prolongada</i>	2	
<i>nifedipine, de liberación prolongada, de liberación osmótica</i>	2	
<i>nimodipine, por vía oral</i>	4	
Fármacos bloqueadores de los canales de calcio, sin dihidropiridinas		
<i>cartia xt</i>	2	
<i>diltiazem hcl, cápsulas de 360 mg, 420 mg, perlas de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>	2	
<i>diltiazem hcl, cápsulas, perlas recubiertas de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>	2	
<i>diltiazem hcl, cápsulas de liberación prolongada hasta 12 horas, por vía oral</i>	2	
<i>diltiazem hcl, por vía oral</i>	2	
<i>dilt-xr</i>	2	
<i>verapamil hcl, de liberación prolongada</i>	2	
<i>verapamil hcl, por vía oral</i>	1	
Fármacos cardiovasculares, otros		
<i>acetazolamide, por vía oral</i>	2	
<i>aliskiren fumarate</i>	4	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>	2	
<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)
<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)

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<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>	4	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	5	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	4	PA
<i>digoxin, solución, por vía oral</i>	4	
<i>digoxin, comprimidos de 125 mcg, 250 mcg, por vía oral</i>	4	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide, comprimidos de 10-25 mg, por vía oral</i>	1	QL (60 de EA por 30 días)

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. 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	3	QL (60 de EA por 30 días)
<i>filspari</i>	5	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>	4	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>	2	
<i>metyrosine</i>	5	
NEXLETOL	4	PA; QL (30 de EA por 30 días)
NEXLIZET	4	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>	2	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	1	QL (60 de EA por 30 días)
<i>ranolazine, de liberación prolongada</i>	3	
<i>spironolactone-hctz</i>	2	

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. 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>	2	
<i>triamterene-hctz, comprimidos, por vía oral</i>	2	
<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	4	PA; QL (30 de EA por 30 días)
Fármacos diuréticos, de asa		
<i>bumetanide, por vía oral</i>	2	
<i>ethacrynic acid, por vía oral</i>	4	
<i>furosemide, por vía inyectable</i>	4	HI
<i>furosemide, solución de 10 mg/ml, por vía oral</i>	2	
<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>	2	
Fármacos diuréticos ahorradores de potasio		
<i>amiloride hcl, por vía oral</i>	2	
<i>eplerenone</i>	2	
KERENDIA	4	PA; QL (30 de EA por 30 días)
<i>spironolactone, comprimidos, por vía oral</i>	1	

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>triamterene, por vía oral</i>	4	
Fármacos diuréticos tiazídicos		
<i>chlorthalidone, comprimidos de 25 mg, 50 mg, por vía oral</i>	2	
<i>hydrochlorothiazide, por vía oral</i>	1	
<i>indapamide, por vía oral</i>	2	
<i>Metolazone</i>	2	
Fármacos derivados del ácido fibríco para el tratamiento de dislipidemias		
<i>fenofibrate micronized, cápsulas de 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg, por vía oral</i>	2	
<i>fenofibrate, comprimidos de 145 mg, 160 mg, 48 mg, 54 mg, por vía oral</i>	2	
<i>fenofibric acid, cápsulas de liberación retardada, por vía oral</i>	2	
<i>gemfibrozil, por vía oral</i>	1	
Fármacos inhibidores de la Hmg Coa reductasa para el tratamiento de dislipidemias		
<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>	4	QL (30 de EA por 30 días)
<i>fluvastatin sodium, cápsulas de 20 mg, por vía oral</i>	4	QL (120 de EA por 30 días)
<i>fluvastatin sodium, cápsulas de 40 mg, por vía oral</i>	4	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)

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<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)
<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)
Fármacos para el tratamiento de dislipidemias, otros		
<i>cholestyramine light, caja, por vía oral</i>	2	
<i>cholestyramine, caja, por vía oral</i>	2	
<i>colesevelam hcl, caja, por vía oral</i>	4	
<i>colesevelam hcl, comprimidos, por vía oral</i>	3	
<i>colestipol hcl, caja, por vía oral</i>	3	
<i>colestipol hcl, comprimidos, por vía oral</i>	3	
<i>ezetimibe</i>	2	
<i>ezetimibe-simvastatin</i>	2	QL (30 de EA por 30 días)
<i>icosapent ethyl</i>	4	PA
LEQVIO	5	PA; QL (4.5 ML por 365 días)
<i>niacin (antihiperlipidémico), comprimidos de 1000 mg de liberación prolongada, por vía oral</i>	3	QL (60 de EA por 30 días)
<i>niacin (antihiperlipidémico), comprimidos de 500 mg, 750 mg, de liberación prolongada, por vía oral</i>	3	QL (30 de EA por 30 días)
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	2	
PREVALITE, CAJA, POR VÍA ORAL	3	
REPATHA	3	PA; QL (2 ML por 28 días)
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	3	PA; QL (3.5 ML por 30 días)
REPATHA, SURECLICK	3	PA; QL (2 ML por 28 días)
Fármacos vasodilatadores, de acción directa sobre arterias y venas		

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>isosorbide dinitrate, comprimidos de 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, por vía oral</i>	2	
<i>isosorbide mononitrate</i>	2	
<i>isosorbide mononitrate, de liberación prolongada</i>	2	
NITRO-BID	3	
<i>nitroglycerin, por vía rectal</i>	4	QL (30 GM por 30 días)
<i>nitroglycerin, por vía sublingual</i>	2	
<i>nitroglycerin, parche transdérmico de 24 horas</i>	2	
<i>nitroglycerin, solución, por vía translingual</i>	4	
Fármacos vasodilatadores, de acción arterial directa		
<i>hydralazine hcl, por vía oral</i>	2	
<i>minoxidil, por vía oral</i>	2	
Fármacos que actúan sobre el sistema nervioso central		
Fármacos para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, con anfetaminas		
<i>amphetamine-dextroamphet, cápsulas de 10 mg, 15 mg, 5 mg, de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>	4	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>	4	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>	3	QL (120 de EA por 30 días)
<i>amphetamine-dextroamphetamine, comprimidos de 20 mg, por vía oral</i>	3	QL (90 de EA por 30 días)
<i>amphetamine-dextroamphetamine, comprimidos de 30 mg, por vía oral</i>	3	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>	4	QL (60 de EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate, cápsulas de 15 mg, de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>	4	QL (120 de EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate, comprimidos de 10 mg, por vía oral</i>	4	QL (180 de EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate, comprimidos de 5 mg, por vía oral</i>	4	QL (60 de EA por 30 días)

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
Fármacos para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, sin anfetaminas		
<i>atomoxetine hcl, cápsulas de 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg, por vía oral</i>	3	QL (60 de EA por 30 días)
<i>atomoxetine hcl, cápsulas de 100 mg, 60 mg, 80 mg, por vía oral</i>	3	QL (30 de EA por 30 días)
<i>clonidine hcl, comprimidos de liberación prolongada hasta 12 horas, por vía oral</i>	3	
<i>dexmethylphenidate hcl</i>	4	QL (60 de EA por 30 días)
<i>dexmethylphenidate hcl, de liberación prolongada</i>	4	QL (30 de EA por 30 días)
<i>guanfacine hcl, de liberación prolongada</i>	4	QL (30 de EA por 30 días)
<i>methylphenidate hcl (cd), de liberación prolongada</i>	4	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>	4	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>	4	QL (30 de EA por 30 días)
<i>methylphenidate hcl (osm), comprimidos de 27 mg, de liberación prolongada, por vía oral</i>	4	QL (60 de EA por 30 días)
<i>methylphenidate hcl, comprimidos de liberación prolongada, por vía oral</i>	4	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>	4	QL (30 de EA por 30 días)
<i>methylphenidate hcl, comprimidos de 27 mg, de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>	4	QL (60 de EA por 30 días)
<i>methylphenidate hcl, solución de 10 mg/5 ml, por vía oral</i>	4	QL (1500 ML por 30 días)
<i>methylphenidate hcl, solución de 5 mg/5 ml, por vía oral</i>	4	QL (3000 ML por 30 días)
<i>methylphenidate hcl, comprimidos, por vía oral</i>	4	QL (90 de EA por 30 días)
Fármacos que actúan sobre el sistema nervioso central, otros		
AUSTEDO, COMPRIMIDOS DE 12 MG, 9 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (120 de EA por 30 días)
AUSTEDO, COMPRIMIDOS DE 6 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (60 de EA por 30 días)

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
AUSTEDO XR, COMPRIMIDOS DE 12 MG, 6 MG, DE LIBERACIÓN PROLONGADA HASTA 24 HORAS, POR VÍA ORAL	5	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	5	PA; QL (30 de EA por 30 días)
AUSTEDO XR, COMPRIMIDOS DE 24 MG, DE LIBERACIÓN PROLONGADA HASTA 24 HORAS, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (60 de EA por 30 días)
AUSTEDO XR, PARA AJUSTE DE DOSIS DEL PACIENTE, CAJA DE COMPRIMIDOS DE 12, 18, 24 Y 30 MG, DE LIBERACIÓN PROLONGADA, POR VÍA ORAL	5	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	5	PA; QL (42 de EA por 28 días)
DAYBUE	5	PA; QL (3600 ML por 28 días)
EVRYSDI	5	PA; QL (240 ML por 30 días)
FIRDAPSE	5	PA; QL (240 de EA por 30 días)
NUEDEXTA	5	PA; QL (60 de EA por 30 días)
RADICAVA ORS	5	PA; QL (70 ML por 28 días)
RADICAVA ORS, KIT DE TRATAMIENTO INICIAL	5	PA; QL (70 ML por 28 días)
<i>riluzole</i>	3	
SKYCLARYS	5	PA; QL (90 de EA por 30 días)
<i>tetrabenazine, comprimidos de 12.5 mg, por vía oral</i>	5	PA; QL (90 de EA por 30 días)
<i>tetrabenazine, comprimidos de 25 mg, por vía oral</i>	5	PA; QL (120 de EA por 30 días)
Fármacos para tratar la fibromialgia		
<i>duloxetine hcl, cápsulas de 20 mg, con partículas de liberación retardada, por vía oral</i>	2	QL (180 de EA por 30 días)
<i>duloxetine hcl, cápsulas de 30 mg, con partículas de liberación retardada, por vía oral</i>	2	QL (120 de EA por 30 días)
<i>duloxetine hcl, cápsulas de 60 mg, con partículas de liberación retardada, por vía oral</i>	2	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>	3	QL (90 de EA por 30 días)

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>pregabalin, cápsulas de 225 mg, 300 mg, por vía oral</i>	3	QL (60 de EA por 30 días)
<i>pregabalin, solución, por vía oral</i>	3	QL (900 ML por 30 días)
Fármacos para tratar la esclerosis múltiple		
AVONEX PEN, KIT DE PLUMA AUTOINYECTORA, POR VÍA INTRAMUSCULAR	5	PA; QL (4 de EA por 28 días)
AVONEX, KIT DE JERINGA PRECARGADA, POR VÍA INTRAMUSCULAR	5	PA; QL (4 de EA por 28 días)
BETASERON, KIT, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (15 de EA por 30 días)
<i>dalfampridine, de liberación prolongada</i>	5	PA; QL (60 de EA por 30 días)
<i>dimethyl fumarate, por vía oral</i>	5	PA; QL (60 de EA por 30 días)
<i>dimethyl fumarate, tratamiento inicial, caja</i>	5	PA; QL (60 de EA por 30 días)
<i> fingolimod hcl</i>	5	PA; QL (30 de EA por 30 días)
<i>glatiramer acetate, solución de 20 mg/ml en jeringa precargada, por vía subcutánea</i>	5	PA; QL (30 ML por 30 días)
<i>glatiramer acetate, solución de 40 mg/ml en jeringa precargada, por vía subcutánea</i>	5	PA; QL (12 ML por 28 días)
GLATOPA, SOLUCIÓN DE 20 MG/ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (30 ML por 30 días)
GLATOPA, SOLUCIÓN DE 40 MG/ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (12 ML por 28 días)
PLEGRIDY	5	PA; QL (1 ML por 28 días)
PLEGRIDY, TRATAMIENTO INICIAL, CAJA	5	PA; QL (1 ML por 28 días)
REBIF REBIDOSE, SOLUCIÓN EN PLUMA AUTOINYECTORA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (6 ML por 30 días)
REBIF REBIDOSE, PARA AJUSTE DE DOSIS, SOLUCIÓN EN PLUMA AUTOINYECTORA, CAJA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (6 ML por 30 días)
REBIF, SOLUCIÓN EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (6 ML por 30 días)
REBIF, PARA AJUSTE DE DOSIS, SOLUCIÓN EN JERINGA PRECARGADA, CAJA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (6 ML por 30 días)
<i>teriflunomide</i>	5	PA; QL (30 de EA por 30 días)
Fármacos para tratar problemas dentales y bucales		

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
Fármacos para tratar problemas dentales y bucales		
<i>cevimeline hcl</i>	3	
<i>chlorhexidine gluconate, tratamiento para la boca y garganta</i>	2	
<i>denta 5000 plus</i>	2	
KOURZEQ	2	
<i>pilocarpine hcl, por vía oral</i>	2	
<i>sf</i>	2	
<i>sf 5000 plus</i>	2	
<i>sodium fluoride 5000 plus</i>	2	
<i>sodium fluoride 5000 ppm</i>	2	
<i>sodium fluoride, crema dental</i>	2	
<i>sodium fluoride, gel dental al 1.1 %</i>	2	
<i>triamcinolone acetonide, tratamiento para la boca y la garganta</i>	2	
Fármacos dermatológicos		
Fármacos para el tratamiento del acné y la rosácea		
<i>acitretin</i>	4	
<i>amnestem</i>	3	
<i>azelaic acid, de uso tópico</i>	3	ST; QL (50 GM por 30 días)
CLARAVIS	3	
<i>clindamycin phos-benzoyl perox, gel al 1-5 %, de uso tópico</i>	3	
<i>isotretinoin, cápsulas de 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, por vía oral</i>	3	
<i>tazarotene, crema de uso tópico</i>	4	PA
<i>tretinoin, crema de uso tópico</i>	3	QL (45 GM por 30 días)
<i>tretinoin, gel al 0.01 %, 0.025 %, de uso tópico</i>	3	QL (45 GM por 30 días)
<i>tretinoin, gel al 0.05 %, de uso tópico</i>	4	QL (45 GM por 30 días)
Fármacos para el tratamiento de dermatitis y prurito		
<i>alclometasone dipropionate</i>	3	
<i>ammonium lactate, de uso tópico</i>	2	

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>betamethasone dipropionate aug, gel de uso tópico</i>	3	QL (50 GM por 30 días)
<i>betamethasone dipropionate aug, loción de uso tópico</i>	4	QL (60 ML por 30 días)
<i>betamethasone dipropionate aug, ungüento de uso tópico</i>	4	QL (50 GM por 30 días)
<i>betamethasone dipropionate, crema de uso tópico</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate, loción de uso tópico</i>	2	
<i>betamethasone valerate, crema de uso tópico</i>	2	
<i>betamethasone valerate, loción de uso tópico</i>	3	QL (60 ML por 30 días)
<i>betamethasone valerate, ungüento de uso tópico</i>	2	
<i>calcipotriene-betameth diprop, ungüento de uso tópico</i>	4	
<i>calcipotriene-betameth diprop, suspensión de uso tópico</i>	4	PA; QL (240 GM por 30 días)
<i>clobetasol prop, base emoliente</i>	2	QL (60 GM por 30 días)
<i>clobetasol propionate e</i>	2	QL (60 GM por 30 días)
<i>clobetasol propionate, crema de uso tópico</i>	3	QL (60 GM por 30 días)
<i>clobetasol propionate, gel de uso tópico</i>	2	
<i>clobetasol propionate, loción de uso tópico</i>	4	QL (118 ML por 30 días)
<i>clobetasol propionate, ungüento de uso tópico</i>	3	QL (60 GM por 30 días)
<i>clobetasol propionate, champú de uso tópico</i>	4	QL (118 ML por 30 días)
<i>clobetasol propionate, solución de uso tópico</i>	3	
<i>desonide, crema de uso tópico</i>	4	QL (120 GM por 30 días)
<i>desonide, ungüento de uso tópico</i>	4	QL (120 GM por 30 días)
<i>desoximetasone, crema al 0.25 %, de uso tópico</i>	4	QL (60 GM por 30 días)
<i>desoximetasone, ungüento al 0.25 %, de uso tópico</i>	4	QL (60 GM por 30 días)
<i>doxepin hcl, de uso tópico</i>	4	QL (90 GM por 365 días)
<i>fluocinolone acetonide, crema de uso tópico</i>	4	
<i>fluocinolone acetonide, ungüento de uso tópico</i>	4	
<i>fluocinolone acetonide, solución de uso tópico</i>	3	
<i>fluocinolone acetonide, para el cuero cabelludo</i>	4	
<i>fluocinonide, base emulsificada</i>	4	

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>fluocinonide, crema al 0.05 %, de uso tópico</i>	4	
<i>fluocinonide, gel de uso tópico</i>	4	
<i>fluocinonide, ungüento de uso tópico</i>	4	
<i>fluocinonide, solución de uso tópico</i>	3	QL (60 ML por 30 días)
<i>fluticasone propionate, crema de uso tópico</i>	2	
<i>fluticasone propionate, ungüento de uso tópico</i>	2	
<i>halobetasol propionate, crema de uso tópico</i>	4	QL (50 GM por 30 días)
<i>halobetasol propionate, ungüento de uso tópico</i>	4	QL (50 GM por 30 días)
<i>hydrocortisone (perianal), crema al 2.5 %, de uso tópico</i>	2	
<i>hydrocortisone butyr, base lipofílica</i>	4	
<i>hydrocortisone butyrate, crema de uso tópico</i>	4	
<i>hydrocortisone, crema al 1 %, 2.5 %, de uso tópico</i>	2	
<i>hydrocortisone, crema al 2.5 %, de uso tópico</i>	2	
<i>hydrocortisone, ungüento al 2.5 %, de uso tópico</i>	2	
<i>hydrocortisone max st, crema de uso tópico</i>	2	
<i>hydrocortisone valerate, crema de uso tópico</i>	4	QL (120 GM por 30 días)
<i>hydrocortisone valerate, ungüento de uso tópico</i>	4	
HYFTOR	5	PA
<i>mometasone furoate, de uso tópico</i>	2	
<i>pimecrolimus</i>	3	QL (30 GM por 30 días)
<i>procto-med hc, de uso tópico</i>	2	
<i>proctosol hc, de uso tópico</i>	2	
PROCTOZONE-HC, DE USO TÓPICO	2	
<i>selenium sulfide, loción de uso tópico</i>	2	
<i>tacrolimus, ungüento de uso tópico</i>	4	QL (100 GM por 30 días)
<i>triamcinolone acetonide, crema de uso tópico</i>	2	
<i>triamcinolone acetonide, loción de uso tópico</i>	2	
<i>triamcinolone acetonide, ungüento al 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %, de uso tópico</i>	2	
TRIDERM, CREMA AL 0.1 %, DE USO TÓPICO	3	
Fármacos dermatológicos, otros		

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>calcipotriene, crema de uso tópico</i>	3	QL (120 GM por 30 días)
<i>calcipotriene, unguento de uso tópico</i>	2	QL (120 GM por 30 días)
<i>calcipotriene, solución de uso tópico</i>	3	QL (120 ML por 30 días)
<i>calcitriol, de uso tópico</i>	4	ST
<i>clotrimazole-betamethasone</i>	2	QL (120 GM por 30 días)
FILSUVEZ	5	PA; QL (468 GM por 30 días)
<i>fluorouracil, crema al 5 %, de uso tópico</i>	2	QL (40 GM por 30 días)
<i>fluorouracil, solución de uso tópico</i>	2	
<i>preparación global en alcohol</i>	2	PA
<i>imiquimod, crema al 5 %, de uso tópico</i>	4	
<i>methoxsalen, acción rápida</i>	5	
<i>nystatin-triamcinolone</i>	2	
OTEZLA, COMPRIMIDOS DE 30 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (60 de EA por 30 días)
PANRETIN	5	PA; QL (60 GM por 30 días)
<i>podofilox, solución de uso tópico</i>	3	
SANTYL	3	QL (60 GM por 30 días)
<i>silver sulfadiazine, de uso tópico</i>	2	
ssd	2	
SSD (PLATA SULFADIAZINA)	2	
Fármacos escabicidas y pediculicidas		
<i>ivermectin, crema de uso tópico</i>	4	QL (45 GM por 30 días)
<i>permethrin, crema de uso tópico</i>	2	QL (120 GM por 30 días)
Fármacos antiinfecciosos de uso tópico		
<i>acyclovir, unguento de uso tópico</i>	2	QL (30 GM por 30 días)
<i>ciclopirox, gel de uso tópico</i>	2	QL (100 GM por 30 días)
<i>ciclopirox, champú de uso tópico</i>	2	QL (120 ML por 30 días)
<i>ciclopirox, solución de uso tópico</i>	2	QL (6.6 ML por 30 días)
<i>clindamycin phosphate, gel al 1 %, de uso tópico (dos veces al día)</i>	2	QL (60 GM por 30 días)
<i>clindamycin phosphate, loción de uso tópico</i>	3	QL (60 ML por 30 días)
<i>clindamycin phosphate, solución de uso tópico</i>	2	QL (60 ML por 30 días)

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>ery</i>	2	
<i>erythromycin, gel de uso tópico</i>	2	
<i>erythromycin, solución de uso tópico</i>	2	
<i>mupirocin calcium</i>	4	QL (60 GM por 30 días)
<i>mupirocin, de uso tópico</i>	2	QL (44 GM por 30 días)
Fármacos que contienen electrolitos, minerales, metales o vitaminas		
Fármacos que contienen suplementos de electrolitos y minerales		
<i>carglumic acid, comprimidos solubles, por vía oral</i>	5	PA; LA
DOJOLVI	5	PA
<i>kcl (0.149 %) en nacl</i>	4	
<i>kcl (0.298 %) en nacl</i>	4	
<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>	4	
<i>kcl-lactated ringers, en dextrosa al 5 %</i>	4	
KLOR-CON 10	2	
KLOR-CON M10	2	
KLOR-CON M15	2	
KLOR-CON M20	2	
KLOR-CON, COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA, POR VÍA ORAL	2	
KLOR-CON/EF	2	
<i>magnesium sulfate, solución al 50 %, por vía inyectable</i>	4	HI
<i>potassium chloride crys, comprimidos de 10 meq, 20 meq, de liberación prolongada, por vía oral</i>	2	
<i>potassium chloride, cápsulas de liberación prolongada, por vía oral</i>	2	
<i>potassium chloride, comprimidos de 10 meq, 20 meq, 8 meq, de liberación prolongada, por vía oral</i>	2	
<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>	4	

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<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>	4	HI
<i>potassium chloride, caja, por vía oral</i>	4	
<i>potassium chloride, solución de 20 meq/15 ml (10 %), 40 meq/15 ml (20 %), por vía oral</i>	4	
<i>potassium citrate, de liberación prolongada</i>	2	
<i>potassium cl, en dextrosa al 5 %, solución de 20 meq/l, por vía intravenosa</i>	4	
<i>sodium chloride, solución al 0.45 %, 0.9 %, por vía intravenosa</i>	3	HI
<i>sodium chloride, solución para irrigación al 0.9 %</i>	2	
SUPREP, KIT DE PREPARACIÓN INTESTINAL	3	
Fármacos moduladores de electrolitos, minerales y metales		
<i>deferasirox, comprimidos de 180 mg, 360 mg, por vía oral</i>	4	
<i>deferasirox, comprimidos de 90 mg, por vía oral</i>	3	
<i>deferasirox, comprimidos solubles de 125 mg, por vía oral</i>	4	
<i>deferasirox, comprimidos solubles de 250 mg, 500 mg, por vía oral</i>	5	
<i>klor-con, 20 meq, caja, por vía oral</i>	2	
<i>potassium chloride crys, comprimidos de 15 meq, de liberación prolongada, por vía oral</i>	2	
<i>tolvaptan</i>	5	PA
<i>trientine hcl, cápsulas de 250 mg, por vía oral</i>	5	
Fármacos que contienen electrolitos, minerales, metales o vitaminas		
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10)	4	B/D
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5)	4	B/D
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15)	4	B/D
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20)	4	B/D
<i>dextrose, solución al 10 %, 5 %, por vía intravenosa</i>	4	

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<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>	4	
<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>	4	
INTRALIPID	4	B/D
<i>levocarnitine, solución, por vía oral</i>	4	
<i>levocarnitine, comprimidos, por vía oral</i>	3	
PREMASOL, SOLUCIÓN AL 10 %, POR VÍA INTRAVENOSA	4	B/D
TROPHAMINE, SOLUCIÓN AL 10 %, POR VÍA INTRAVENOSA	4	B/D
Fármacos quelantes de potasio		
FASENRA, SOLUCIÓN DE 10 MG/0.5 ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (0.5 ML por 30 días)
LOKELMA, CAJA DE 10 GM, POR VÍA ORAL	3	QL (90 de EA por 30 días)
LOKELMA, CAJA DE 5 GM, POR VÍA ORAL	3	QL (30 de EA por 30 días)
<i>sodium polystyrene sulfonate, en polvo, por vía oral</i>	2	
SPS	2	
Fármacos gastrointestinales		
Fármacos para tratar el estreñimiento		
<i>constulose</i>	2	
<i>enulose</i>	2	
<i>gavilyte-c</i>	2	
<i>gavilyte-g</i>	2	
<i>generlac</i>	2	
<i>lactulose, solución de 10 gm/15 ml, por vía oral</i>	2	
LINZESS	3	QL (30 de EA por 30 días)
<i>lubiprostone</i>	4	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl</i>	2	
<i>peg-3350/electrolitos</i>	2	
RELISTOR, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (90 de EA por 30 días)

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
RELISTOR, SOLUCIÓN, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA
Fármacos antidiarreicos		
<i>alose tron hcl, comprimidos de 0.5 mg, por vía oral</i>	4	QL (60 de EA por 30 días)
<i>alose tron hcl, comprimidos de 1 mg, por vía oral</i>	5	QL (60 de EA por 30 días)
<i>diphenoxylate-atropine, líquido, por vía oral</i>	4	
<i>diphenoxylate-atropine, comprimidos de 2.5-0.025 mg, por vía oral</i>	4	
<i>loperamide hcl, comprimidos, por vía oral</i>	2	
XERMELO	5	PA; QL (90 de EA por 30 días)
Fármacos espasmolíticos, gastrointestinales		
<i>dicyclomine hcl, cápsulas, por vía oral</i>	2	
<i>dicyclomine hcl, solución, por vía oral</i>	4	
<i>dicyclomine hcl, comprimidos, por vía oral</i>	2	
<i>glycopyrrolate, comprimidos de 1 mg, 2 mg, por vía oral</i>	2	
<i>methscopolamine bromide, por vía oral</i>	4	
Fármacos gastrointestinales, otros		
<i>amoxicill-clarithro-lansopraz</i>	4	
EOHILIA	5	PA; QL (600 ML por 30 días)
GATTEX	5	PA
<i>metoclopramide hcl, solución de 5 mg/5 ml, por vía oral</i>	2	
<i>metoclopramide hcl, comprimidos, por vía oral</i>	1	
MYALEPT	5	PA
OCALIVA	5	PA; QL (30 de EA por 30 días)
REZDIFFRA	5	PA; QL (30 de EA por 30 días)
<i>ursodiol, cápsulas de 300 mg, por vía oral</i>	2	
<i>ursodiol, comprimidos, por vía oral</i>	2	
VOWST	5	PA; QL (12 de EA por 3 días)
Fármacos antagonistas del receptor de histamina 2 (H2)		
<i>cimetidine hcl, solución de 300 mg/5 ml, por vía oral</i>	4	
<i>cimetidine, por vía oral</i>	4	

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>famotidine, comprimidos de 20 mg, 40 mg, por vía oral</i>	2	
<i>nizatidine, cápsulas, por vía oral</i>	3	
Fármacos protectores		
<i>misoprostol, por vía oral</i>	3	
<i>sucralfate, suspensión, por vía oral</i>	4	
<i>sucralfate, comprimidos, por vía oral</i>	2	
Inhibidores de la bomba de protones		
<i>esomeprazole magnesium, cápsulas de liberación retardada, por vía oral</i>	4	
<i>lansoprazole, cápsulas de liberación retardada, por vía oral</i>	3	
<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>	2	
<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>	4	
Fármacos para tratar trastornos genéticos, enzimáticos o por falta de proteínas: reemplazo, modificadores, tratamiento		
Fármacos para tratar trastornos genéticos, enzimáticos o por falta de proteínas: reemplazo, modificadores, tratamiento		
AMVUTTRA	5	PA; QL (0.5 ML por 90 días)
ARALAST NP, SOLUCIÓN RECONSTITUIDA DE 1000 MG, POR VÍA INTRAVENOSA	5	PA; LA
<i>betaine</i>	5	LA
CERDELGA	5	PA; QL (60 de EA por 30 días)
CHOLBAM	5	PA
CREON	3	
<i>cromolyn sodium, por vía oral</i>	2	

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
CYSTAGON	3	LA
<i>dichlorphenamide</i>	5	PA
ENDARI	5	PA; QL (180 de EA por 30 días)
GALAFOLD	5	PA; QL (14 de EA por 28 días)
JOENJA	5	PA; QL (60 de EA por 30 días)
<i>miglustat</i>	5	
<i>nitisinone</i>	5	PA
NULIBRY	5	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	3	
PROLASTIN-C	5	PA; LA
<i>sapropterin dihydrochloride, caja, por vía oral</i>	5	
<i>sapropterin dihydrochloride, comprimidos, por vía oral</i>	5	
<i>sodium phenylbutyrate, polvo de 3 gm por cucharadita, por vía oral</i>	5	
<i>sodium phenylbutyrate, comprimidos, por vía oral</i>	5	
SUCRAID	5	PA; LA
VIJOICE	5	PA; QL (56 de EA por 28 días)
VYNDAQEL	5	PA; QL (120 de EA por 30 días)
WAINUA	5	PA; QL (0.8 ML por 30 días)
YARGESA	5	
ZEMAIRA	5	PA; LA
ZILBRYSQ, SOLUCIÓN DE 16.6 MG/0.416 ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (12.48 ML por 30 días)
ZILBRYSQ, SOLUCIÓN DE 23 MG/0.574 ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (17.22 ML por 30 días)
ZILBRYSQ, SOLUCIÓN DE 32.4 MG/0.81 ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (24.3 ML por 30 días)
Fármacos genitourinarios		

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
Antiespasmódicos urinarios		
<i>fesoterodine fumarate, de liberación prolongada</i>	3	QL (30 de EA por 30 días)
MYRBETRIQ, SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA DE LIBERACIÓN PROLONGADA, POR VÍA ORAL	3	QL (300 ML por 30 días)
MYRBETRIQ, COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA HASTA 24 HORAS, POR VÍA ORAL	3	QL (30 de EA por 30 días)
<i>oxybutynin chloride, de liberación prolongada</i>	2	QL (60 de EA por 30 días)
<i>oxybutynin chloride, solución, por vía oral</i>	2	
<i>oxybutynin chloride, en jarabe, por vía oral</i>	2	
<i>oxybutynin chloride, comprimidos de 5 mg, por vía oral</i>	2	
<i>solifenacin succinate</i>	2	QL (30 de EA por 30 días)
<i>tolterodine tartrate</i>	2	QL (60 de EA por 30 días)
<i>tolterodine tartrate, de liberación prolongada</i>	4	QL (30 de EA por 30 días)
<i>tropium chloride</i>	2	QL (60 de EA por 30 días)
<i>tropium chloride, de liberación prolongada</i>	4	ST; QL (30 de EA por 30 días)
Fármacos para tratar la hipertrofia benigna de próstata		
<i>alfuzosin hcl, de liberación prolongada</i>	2	
<i>dutasteride, por vía oral</i>	2	
<i>dutasteride-tamsulosin hcl</i>	4	
ENTADFI	4	PA; QL (30 de EA por 30 días)
<i>finasteride, comprimidos de 5 mg, por vía oral</i>	2	
<i>tadalafil, comprimidos de 2.5 mg, 5 mg, por vía oral</i>	4	PA; QL (30 de EA por 30 días)
<i>tamsulosin hcl</i>	1	
Fármacos genitourinarios, otros		
<i>bethanechol chloride, por vía oral</i>	2	
ELMIRON	4	
<i>methylergonovine maleate, por vía oral</i>	2	
<i>penicillamine, comprimidos, por vía oral</i>	3	PA
RIVFLOZA, SOLUCIÓN, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (1 ML por 30 días)
RIVFLOZA, SOLUCIÓN DE 128 MG/0.8 ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (0.8 ML por 30 días)

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
RIVFLOZA, SOLUCIÓN DE 160 MG/ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (1 ML por 30 días)
<i>sildenafil citrate, comprimidos de 100 mg, 25 mg, 50 mg, por vía oral</i>	2	ED; QL (15 de EA por 30 días)
<i>tadalafil, comprimidos de 10 mg, 20 mg, por vía oral</i>	3	ED; QL (15 de EA por 30 días)
<i>tiopronin, comprimidos, por vía oral</i>	4	PA; QL (300 de EA por 30 días)
<i>tiopronin, comprimidos de 100 mg, de liberación retardada, por vía oral</i>	4	PA; QL (240 de EA por 30 días)
<i>tiopronin, comprimidos de 300 mg, de liberación retardada, por vía oral</i>	4	PA; QL (90 de EA por 30 días)
<i>vardenafil hcl, por vía oral</i>	3	ED; QL (15 de EA por 30 días)
Fármacos para tratamiento hormonal, estimulantes/reposición hormonal/modificadores (suprarrenales)		
Fármacos para tratamiento hormonal, estimulantes/reposición hormonal/modificadores (suprarrenales)		
ACTHAR	5	PA
ACTHAR, GEL	5	PA
<i>betamethasone dipropionate aug, crema de uso tópico</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate, ungüento de uso tópico</i>	2	
CORTROPHIN	5	PA
DEXAMETHASONE INTENSOL	4	
<i>dexamethasone, solución, por vía oral</i>	2	
<i>dexamethasone, comprimidos, por vía oral</i>	2	
<i>dexamethasone, caja de comprimidos, por vía oral</i>	4	
<i>dexamethasone sodium phosphate, solución de 120 mg/30 ml, 20 mg/5 ml, 4 mg/ml, por vía inyectable</i>	2	
<i>fludrocortisone acetate, por vía oral</i>	2	
HEMADY	4	PA; QL (30 de EA por 30 días)
<i>hydrocortisone, por vía oral</i>	2	
ISTURISA, COMPRIMIDOS DE 1 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (540 de EA por 30 días)
ISTURISA, COMPRIMIDOS DE 5 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (360 de EA por 30 días)
<i>methylprednisolone, por vía oral</i>	2	

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>prednisolone, solución, por vía oral</i>	2	
<i>prednisolone, comprimidos, por vía oral</i>	2	
<i>prednisolone sodium phosphate, solución de 10 mg/5 ml, 20 mg/5 ml, por vía oral</i>	4	
<i>prednisolone sodium phosphate, solución de 15 mg/5 ml, 6.7 (5 como base) mg/5 ml, por vía oral</i>	2	
<i>prednisone intensol</i>	4	
<i>prednisone, solución, por vía oral</i>	4	
<i>prednisone, comprimidos, por vía oral</i>	1	
<i>prednisone, caja de comprimidos, por vía oral</i>	2	
Fármacos para tratamiento hormonal, estimulantes/reposición hormonal/modificadores (hipófisis)		
Fármacos para tratamiento hormonal, estimulantes/reposición hormonal/modificadores (hipófisis)		
<i>desmopressin ace, aerosol, fármaco refrigerado</i>	4	
<i>desmopressin acetate, por vía oral</i>	2	
<i>desmopressin acetate, en aerosol</i>	4	
INCRELEX	5	PA; LA
<i>leuprolide acetate, 3 meses</i>	4	
<i>leuprolide acetate, por vía intramuscular</i>	5	
NORDITROPIN FLEXPRO, SOLUCIÓN EN PLUMA INYECTORA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA
OMNITROPE, SOLUCIÓN EN CARTUCHO, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA
OMNITROPE, SOLUCIÓN RECONSTITUIDA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA
SEROSTIM, SOLUCIÓN RECONSTITUIDA DE 4 MG, 5 MG, 6 MG, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA; LA
VYNDAMAX	5	PA; QL (30 de EA por 30 días)
Fármacos para tratamiento hormonal, estimulantes/reposición hormonal/modificadores (hormonas y modificadores sexuales)		
Andrógenos		
AVEED	4	PA
<i>danazol, por vía oral</i>	3	
<i>methyltestosterone, por vía oral</i>	5	PA

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>testosterone cypionate, solución de 100 mg/ml, 200 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml), por vía intramuscular</i>	3	
<i>testosterone enanthate, solución, por vía intramuscular</i>	3	
<i>testosterone, gel transdérmico al 1.62 %, 20.25 mg/act (1.62 %), 40.5 mg/2.5 gm (1.62 %)</i>	4	PA; QL (150 GM por 30 días)
<i>testosterone, gel transdérmico de 10 mg/act (2 %)</i>	4	PA; QL (120 GM por 30 días)
<i>testosterone, gel transdérmico de 12.5 mg/act (1 %), 50 mg/5 gm (1 %)</i>	4	PA; QL (300 GM por 30 días)
<i>testosterone, gel transdérmico de 20.25 mg/1.25 gm (1.62 %)</i>	4	PA; QL (37.5 GM por 30 días)
<i>testosterone, gel transdérmico de 25 mg/2.5 gm (1 %)</i>	4	PA; QL (75 GM por 30 días)
<i>testosterone, solución transdérmica</i>	4	PA; QL (180 ML por 30 días)
Estrógenos		
ALTAVERA	2	
<i>alyacen 1/35</i>	2	
AMETHIA	2	
APRI	2	
ARANELLE	2	
AUROVELA 24 FE	4	
AVIANE	2	
BALZIVA	2	
BLISOVI 24 FE	4	
CAMRESE LO	2	
CRYSSELLE-28	2	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol, comprimidos de 0.15-30 mg-mcg, por vía oral</i>	2	
<i>dotti</i>	2	
ELURYNG	3	
ENILLORING	3	
ENSKYCE, COMPRIMIDOS DE 0.15-30 MG-MCG, POR VÍA ORAL	2	

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>estarylla</i>	2	
<i>estradiol, por vía oral</i>	2	
<i>estradiol, parche transdérmico, dos veces por semana</i>	2	
<i>estradiol, parche transdérmico, semanalmente</i>	2	
<i>estradiol, crema, por vía vaginal</i>	2	
<i>estradiol, comprimidos, por vía vaginal</i>	3	
<i>estradiol valerate, solución de aceite de 10 mg/ml, 20 mg/ml, por vía intramuscular</i>	3	
<i>estradiol valerate, solución de aceite de 40 mg/ml, por vía intramuscular</i>	4	
<i>estradiol-norethindrone acet</i>	2	
ESTRING	3	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>	2	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	3	
FALMINA	2	
FYAVOLV	2	
HAILEY 24 FE	4	
HALOETTE	3	
ISIBLOOM	2	
JINTELI	2	
JUNEL 1.5/30	2	
JUNEL 1/20	2	
JUNEL FE 1.5/30	2	
JUNEL FE 1/20	2	
JUNEL FE 24	4	
KARIVA	2	
KELNOR 1/35	2	
<i>kelnor 1/50</i>	2	
KURVELO	2	
LARIN 24 FE	4	
LARIN FE 1.5/30	2	

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
LARIN FE 1/20	2	
LESSINA	2	
<i>levonorgest-eth est y eth est</i>	2	
<i>levonorgest-eth estrad, tratamiento para 91 días, comprimidos de 0.15-0.03 mg, por vía oral</i>	2	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad, comprimidos de 0.15-30 mg-mcg, por vía oral</i>	2	
LEVORA 0.15/30 (28)	2	
LORYNA	2	
LOW-OGESTREL	2	
LUTERA	2	
<i>lyllana</i>	2	
<i>marlissa</i>	2	
MENEST	4	
MICROGESTIN 1.5/30	2	
MICROGESTIN 1/20	2	
MICROGESTIN 24 FE	4	
MICROGESTIN FE 1.5/30	2	
MICROGESTIN FE 1/20	2	
MIMVEY	2	
NECON 0.5/35 (28)	2	
<i>norelgestromin-eth estradiol</i>	3	
<i>norethindrone acet-ethinyl est, comprimidos de 1-20 mg-mcg, por vía oral</i>	2	
<i>norethindrone-eth estradiol</i>	2	
<i>norethindron-etinyl estrad-fe</i>	2	
<i>norethin-eth estradiol-fe, tabletas masticables de 0.4-35 mg-mcg, por vía oral</i>	2	
<i>norgestimate-eth estradiol, comprimidos de 0.25-35 mg-mcg, por vía oral</i>	2	
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i>	2	
NORTREL 0.5/35 (28)	2	

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
NORTREL 1/35 (21)	2	
NORTREL 1/35 (28)	2	
NORTREL 7/7/7	2	
<i>nylia</i> 1/35	2	
<i>nymyo</i>	2	
OCELLA	2	
PORTIA-28	2	
PREMARIN, POR VÍA VAGINAL	3	
RECLIPSEN	2	
SPRINTEC 28	2	
SRONYX	2	
<i>syeda</i>	2	
<i>tri-estarylla</i>	2	
TRI LEGEST FE	2	
TRI-LO-ESTARYLLA	2	
TRI-LO-SPRINTEC	2	
<i>tri-nymyo</i>	2	
TRI-SPRINTEC	2	
TRIVORA (28)	2	
<i>tri-vylibra</i>	2	
<i>turqoz</i>	2	
VELIVET	2	
<i>vylibra</i>	2	
XULANE	3	
YUVAFEM	4	
ZOVIA 1/35 (28)	2	
Fármacos para tratamiento hormonal, estimulantes/reposición hormonal/modificadores (hormonas y modificadores sexuales)		
LILETTA (52 MG), DISPOSITIVO INTRAUTERINO DE 20.1 MCG/DÍA, POR VÍA INTRAUTERINA	3	
MIRENA (52 MG), DISPOSITIVO INTRAUTERINO DE 20 MCG/DÍA, POR VÍA INTRAUTERINA	4	

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
NEXPLANON	3	
Fármacos que contienen progestina		
CAMILA	2	
DEPO-SUBQ PROVERA 104, SUSPENSIÓN EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	3	
EMZAHH	2	
ERRIN	2	
HEATHER	2	
<i>medroxyprogesterone acetate, suspensión, por vía intramuscular</i>	2	
<i>medroxyprogesterone acetate, suspensión en jeringa precargada, por vía intramuscular</i>	3	
<i>medroxyprogesterone acetate, por vía oral</i>	2	
<i>megestrol acetate, suspensión de 40 mg/ml, por vía oral</i>	2	
<i>megestrol acetate, suspensión de 625 mg/5 ml, por vía oral</i>	4	
<i>megestrol acetate, comprimidos, por vía oral</i>	2	
NORA-BE	2	
<i>norethindrone acetate, por vía oral</i>	2	
<i>norethindrone, por vía oral</i>	2	
<i>progesterone, por vía oral</i>	2	
Fármacos para tratamiento hormonal, estimulantes/reposición hormonal/modificadores (tiroides)		
Fármacos para tratamiento hormonal, estimulantes/reposición hormonal/modificadores (tiroides)		
ARMOUR THYROID	4	
<i>euthyrox</i>	1	
<i>levothyroxine sodium, comprimidos, por vía oral</i>	1	
<i>levoxyl</i>	2	
<i>liothyronine sodium, por vía oral</i>	2	
SYNTHROID	4	
<i>unithroid</i>	2	
Fármacos para tratamiento hormonal, supresores (hipófisis)		

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
Fármacos para tratamiento hormonal, supresores (hipófisis)		
<i>cabergoline</i>	3	
ELIGARD, KIT DE 30 MG, 45 MG, 7.5 MG, POR VÍA SUBCUTÁNEA	4	
FIRMAGON, DOSIS DE 240 MG	5	B/D
FIRMAGON, SOLUCIÓN RECONSTITUIDA DE 80 MG, POR VÍA SUBCUTÁNEA	4	B/D
<i>lanreotide acetate</i>	5	
<i>leuprolide acetate, por vía inyectable</i>	5	
LUPRON DEPOT, 1 MES, KIT DE 3.75 MG, POR VÍA INTRAMUSCULAR	5	PA
LUPRON DEPOT, 3 MESES, KIT DE 11.25 MG, POR VÍA INTRAMUSCULAR	5	PA
LUPRON DEPOT-PED, 1 MES	5	PA
LUPRON DEPOT-PED, 3 MESES	5	PA
LUPRON DEPOT-PED, 6 MESES	5	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>	4	
<i>octreotide acetate, por vía subcutánea</i>	4	
SANDOSTATIN LAR DEPOT	5	
SIGNIFOR	5	PA
SOMATULINE DEPOT, SOLUCIÓN DE 60 MG/0.2 ML, 90 MG/0.3 ML, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	
SOMAVERT	5	PA; LA
SINAREL	5	
TRELSTAR MIXJECT	4	PA
Fármacos para tratamiento hormonal, supresores (tiroides)		
Fármacos antitiroideos		
<i>methimazole, por vía oral</i>	2	
<i>propylthiouracil, por vía oral</i>	2	
Fármacos para tratar trastornos del sistema inmunitario		

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
Fármacos para tratar el angioedema		
HAEGARDA	5	PA
<i>icatibant acetate, solución en jeringa precargada, por vía subcutánea</i>	5	PA; QL (18 ML por 30 días)
SAJAZIR, SOLUCIÓN EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (18 ML por 30 días)
Fármacos que contienen inmunoglobinas		
GAMMAGARD, SOLUCIÓN DE 2.5 GM/25 ML, POR VÍA INYECTABLE	5	PA
GAMMAGARD S/D MENOS IGA	5	PA
GAMUNEX-C	5	PA
Fármacos para tratar trastornos del sistema inmunitario, otros		
ARCALYST	5	PA; LA
COSENTYX, DOSIS DE 300 MG	5	PA; QL (8 ML por 28 días)
COSENTYX SENSOREADY, DOSIS DE 300 MG	5	PA; QL (8 ML por 28 días)
COSENTYX, SOLUCIÓN EN JERINGA PRECARGADA DE 75 MG/0.5 ML, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (2 ML por 28 días)
COSENTYX UNOREADY	5	PA; QL (8 ML por 28 días)
DUPIXENT, SOLUCIÓN EN PLUMA INYECTORA DE 200 MG/1.14 ML, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (3.42 ML por 30 días)
DUPIXENT, SOLUCIÓN EN PLUMA INYECTORA DE 300 MG/2 ML, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (8 ML por 30 días)
DUPIXENT, SOLUCIÓN DE 100 MG/0.67 ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (1.34 ML por 30 días)
DUPIXENT, SOLUCIÓN DE 200 MG/1.14 ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (3.42 ML por 30 días)
DUPIXENT, SOLUCIÓN DE 300 MG/2 ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (8 ML por 30 días)
<i>leflunomide, por vía oral</i>	2	
REVCIVI	5	PA
RINVOQ LQ	5	PA; QL (360 ML por 30 días)

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
RINVOQ, COMPRIMIDOS DE 15 MG, 30 MG DE LIBERACIÓN PROLONGADA HASTA 24 HORAS, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (30 de EA por 30 días)
RINVOQ, COMPRIMIDOS DE 45 MG, DE LIBERACIÓN PROLONGADA HASTA 24 HORAS, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (168 de EA por 365 días)
SKYRIZI, PLUMA	5	PA; QL (1 ML por 28 días)
SKYRIZI, SOLUCIÓN EN CARTUCHO DE 180 MG/1.2 ML, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (1.2 ML por 28 días)
SKYRIZI, SOLUCIÓN EN CARTUCHO DE 360 MG/2.4 ML, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (2.4 ML por 56 días)
SKYRIZI, SOLUCIÓN EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (1 ML por 28 días)
STELARA, SOLUCIÓN DE 45 MG/0.5 ML, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (0.5 ML por 28 días)
STELARA, SOLUCIÓN DE 45 MG/0.5 ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (0.5 ML por 28 días)
STELARA, SOLUCIÓN DE 90 MG/ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (1 ML por 28 días)
TAVNEOS	5	PA; QL (180 de EA por 30 días)
XELJANZ, SOLUCIÓN, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (300 ML por 30 días)
XELJANZ, COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (60 de EA por 30 días)
XELJANZ XR, COMPRIMIDOS DE 11 MG, DE LIBERACIÓN PROLONGADA HASTA 24 HORAS, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (30 de EA por 30 días)
XOLAIR, SOLUCIÓN EN PLUMA AUTOINYECTORA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA
XOLAIR, SOLUCIÓN EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA
XOLAIR, SOLUCIÓN RECONSTITUIDA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA; LA
Fármacos inmunoestimulantes		
ACTIMMUNE	5	PA
BESREMI	5	PA; QL (2 ML por 28 días)

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
INTRON A, SOLUCIÓN RECONSTITUIDA DE 10000000 UNIDADES, 50000000 UNIDADES, POR VÍA INYECTABLE	5	B/D
PEGASYS, SOLUCIÓN DE 180 MCG/ML, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	
PEGASYS, SOLUCIÓN EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	
Fármacos inmunosupresores		
<i>adalimumab-adaz</i>	5	PA; QL (2.4 ML por 28 días)
ASTAGRAF XL	4	B/D
<i>azathioprine, comprimidos de 50 mg, por vía oral</i>	2	B/D
BENLYSTA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA
<i>cyclosporine, modificado, cápsulas, por vía oral</i>	3	B/D
<i>cyclosporine, modificado, solución, por vía oral</i>	4	B/D
<i>cyclosporine, cápsulas, por vía oral</i>	4	B/D
ENBREL MINI	5	PA; QL (8 ML por 28 días)
ENBREL, SOLUCIÓN DE 25 MG/0.5 ML, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (8 ML por 28 días)
ENBREL, SOLUCIÓN DE 25 MG/0.5 ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (4 ML por 28 días)
ENBREL, SOLUCIÓN DE 50 MG/ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (8 ML por 28 días)
ENBREL SURECLICK, SOLUCIÓN EN PLUMA AUTOINYECTORA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (8 ML por 28 días)
ENSPRYNG	5	PA; QL (2 ML por 30 días)
<i>everolimus, comprimidos de 0.25 mg, por vía oral</i>	4	B/D
<i>everolimus, comprimidos de 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, por vía oral</i>	5	B/D
<i>everolimus, comprimidos de 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg, por vía oral</i>	5	PA; QL (30 de EA por 30 días)
<i>everolimus, comprimidos solubles de 2 mg, por vía oral</i>	5	PA
GENGRAF, CÁPSULAS DE 100 MG, 25 MG, POR VÍA ORAL	2	B/D
GENGRAF, SOLUCIÓN, POR VÍA ORAL	4	B/D

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
HADLIMA PUSH TOUCH, SOLUCIÓN EN PLUMA AUTOINYECTORA DE 40 MG/0.4 ML, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (2.4 ML por 28 días)
HADLIMA PUSH TOUCH, SOLUCIÓN EN PLUMA AUTOINYECTORA DE 40 MG/0.8 ML, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (4.8 ML por 28 días)
HADLIMA, SOLUCIÓN DE 40 MG/0.4 ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (2.4 ML por 28 días)
HADLIMA, SOLUCIÓN DE 40 MG/0.8 ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (4.8 ML por 28 días)
HUMIRA, CAJA CON 2 PLUMAS	5	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	5	PA; QL (2 de EA por 28 días)
HUMIRA, KIT DE 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML EN JERINGA PRECARGADA, CAJA CON 2 JERINGAS, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (4 de EA por 28 días)
HUMIRA PEN, KIT DE PLUMA INYECTORA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (2 de EA por 28 días)
HUMIRA, KIT DE 40 MG/0.8 ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (2 de EA por 28 días)
HUMIRA-CD/UC/HS, TRATAMIENTO INICIAL	5	PA; QL (4 de EA por 28 días)
HUMIRA, TRATAMIENTO INICIAL PARA NIÑOS DE 40 KG O MÁS CON COLITIS ULCEROSA (UC)	5	PA; QL (4 de EA por 28 días)
HUMIRA-PSORIASIS/UEVIT, TRATAMIENTO INICIAL	5	PA; QL (4 de EA por 28 días)
<i>mercaptopurine, por vía oral</i>	2	
<i>methotrexate, por vía oral</i>	2	
<i>methotrexate sodium (pf), solución de 1 gm/40 ml, 250 mg/10 ml, 50 mg/2 ml, por vía inyectable</i>	2	
<i>methotrexate sodium, solución de 250 mg/10 ml, 50 mg/2 ml, por vía inyectable</i>	2	
<i>methotrexate sodium, solución reconstituida, por vía inyectable</i>	2	
<i>methotrexate sodium, por vía oral</i>	2	
<i>mycophenolate mofetil, cápsulas, por vía oral</i>	2	B/D

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>mycophenolate mofetil, suspensión reconstituida, por vía oral</i>	5	B/D
<i>mycophenolate mofetil, comprimidos, por vía oral</i>	2	B/D
<i>mycophenolate sodium</i>	4	B/D
MYHIBBIN	4	B/D
OTEZLA, CAJA DE COMPRIMIDOS DE 10, 20 Y 30 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (55 de EA por 28 días)
PROGRAF, CAJA, POR VÍA ORAL	4	B/D
REZUROCK	5	PA; QL (30 de EA por 30 días)
SANDIMMUNE, SOLUCIÓN, POR VÍA ORAL	3	B/D
<i>sirolimus, solución, por vía oral</i>	5	B/D
<i>sirolimus, comprimidos, por vía oral</i>	4	B/D
<i>tacrolimus, por vía oral</i>	3	B/D
XATMEP	4	PA
XELJANZ XR, COMPRIMIDOS DE 22 MG, DE LIBERACIÓN PROLONGADA HASTA 24 HORAS, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (30 de EA por 30 días)
Vacunas		
<i>abrysvo</i>	3	QL (1 de EA por 365 días)
ACTHIB	3	
ADACEL	3	
<i>arexvy</i>	3	QL (1 de EA por 720 días)
<i>bcg, vacuna, solución reconstituida, por vía inyectable</i>	3	
BEXSERO	3	
BOOSTRIX, SUSPENSIÓN DE 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5, POR VÍA INTRAMUSCULAR	3	
BOOSTRIX, SUSPENSIÓN EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA INTRAMUSCULAR	3	
DAPTACEL, SUSPENSIÓN DE 23-15-5, POR VÍA INTRAMUSCULAR	3	
DENGVAXIA	3	
<i>diphtheria-tetanus toxoids dt</i>	3	

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
ENGERIX-B, SUSPENSIÓN DE 20 MCG/ML, POR VÍA INYECTABLE	3	B/D
ENGERIX-B, SUSPENSIÓN EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA INYECTABLE	3	B/D
GARDASIL 9	3	
HAVTRIX	3	
HEPLISAV-B, SOLUCIÓN EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA INTRAMUSCULAR	3	B/D
HIBERIX, POR VÍA INYECTABLE	3	
IMOVAX RABIES, SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA, POR VÍA INTRAMUSCULAR	3	
INFANRIX	3	
IPOL	3	
IXCHIQ	3	QL (1 de EA por 720 días)
IXIARO	3	
JYNNEOS	3	B/D
KINRIX, SUSPENSIÓN EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA INTRAMUSCULAR	3	
MENACTRA, SOLUCIÓN, POR VÍA INTRAMUSCULAR	3	
MENQUADFI, SOLUCIÓN, POR VÍA INTRAMUSCULAR	3	
MENVEO	3	
M-M-R II, POR VÍA INYECTABLE	3	
MRESVIA	3	QL (0.5 ML por 720 días)
PEDIARIX, SUSPENSIÓN EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA INTRAMUSCULAR	3	
PEDVAX HIB, SUSPENSIÓN, POR VÍA INTRAMUSCULAR	3	
PENBRAYA	3	QL (2 de EA por 720 días)
PENTACEL	3	
PREHEVBRIO	3	B/D
PRIORIX	3	

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
PROQUAD, SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	3	
QUADRACEL	3	
RABAVERT	3	
RECOMBIVAX HB	3	B/D
ROTARIX	3	
ROTATEQ, SOLUCIÓN, POR VÍA ORAL	3	
SHINGRIX, SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA DE 50 MCG/0.5 ML, POR VÍA INTRAMUSCULAR	3	QL (2 de EA por 999 días)
TDVAX	3	
TENIVAC	3	
TICOVAC	3	
TRUMENBA	3	
TWINRIX, SUSPENSIÓN EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA INTRAMUSCULAR	3	
TIPHIM VI	3	
VAQTA	3	
VARIVAX	3	
YF-VAX	3	
Fármacos para tratar la enfermedad inflamatoria intestinal		
Fármacos aminosalicilatos		
<i>balsalazide disodium</i>	3	
<i>mesalamine, cápsulas de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>	3	
<i>mesalamine, cápsulas de liberación retardada, por vía oral</i>	3	
<i>mesalamine, comprimidos de liberación retardada, por vía oral</i>	4	
<i>mesalamine, por vía rectal</i>	4	
<i>sulfasalazine, por vía oral</i>	2	
Glucocorticoides		
<i>budesonide, comprimidos de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>	5	QL (30 de EA por 30 días)

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>budesonide, por vía oral</i>	4	
<i>budesonide, espuma de 2 mg, por vía rectal</i>	4	
<i>hydrocortisone, enema, por vía rectal</i>	3	
Fármacos para tratar las enfermedades metabólicas óseas		
Fármacos para tratar las enfermedades metabólicas óseas		
<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>	3	
<i>calcitriol, cápsulas, por vía oral</i>	2	
<i>cinacalcet hcl, comprimidos de 30 mg, 90 mg, por vía oral</i>	3	B/D; QL (120 de EA por 30 días)
<i>cinacalcet hcl, comprimidos de 60 mg, por vía oral</i>	3	B/D; QL (60 de EA por 30 días)
<i>doxercalciferol, por vía oral</i>	4	B/D
EVENITY	5	PA; QL (2.34 ML por 30 días)
<i>ibandronate sodium, por vía oral</i>	2	
<i>paricalcitol, por vía oral</i>	3	
PROLIA, SOLUCIÓN EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	4	PA; QL (1 ML por 180 días)
<i>risedronate sodium, comprimidos de 150 mg, por vía oral</i>	3	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>	3	QL (4 de EA por 28 días)
<i>risedronate sodium, comprimidos de 5 mg, por vía oral</i>	3	QL (30 de EA por 30 días)
<i>risedronate sodium, comprimidos de liberación retardada, por vía oral</i>	4	
TERIPARATIDE (RECOMBINANTE), SOLUCIÓN EN PLUMA INYECTORA DE 620 MCG/2.48 ML, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (2.48 ML por 30 días)
TYMLOS	5	PA; QL (1.56 ML por 30 días)
VOXZOGO	5	PA; QL (30 de EA por 30 días)
XGEVA	5	PA
<i>zoledronic acid, concentrado, por vía intravenosa</i>	4	B/D
<i>zoledronic acid, solución, por vía intravenosa</i>	4	B/D

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
Fármacos para tratamientos oftalmológicos		
Fármacos oftalmológicos análogos de prostaglandina y de prostamida		
<i>bimatoprost, de uso oftálmico</i>	2	
<i>latanoprost, de uso oftálmico</i>	2	
LUMIGAN, SOLUCIÓN AL 0.01 %, DE USO OFTÁLMICO	3	
RHOPRESSA	3	
<i>travoprost (sin bak)</i>	4	ST
Fármacos para tratamientos oftalmológicos, otros		
<i>atropine sulfate, solución al 1 %, de uso oftálmico</i>	3	
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc</i>	2	
CYSTADROPS	5	PA; QL (20 ML por 30 días)
CYSTARAN	5	PA; QL (60 ML por 28 días)
<i>dorzolamide hcl-timolol mal</i>	2	
<i>dorzolamide hcl-timolol mal pf, solución al 2-0.5 %, de uso oftálmico</i>	4	
LACRISERT	4	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth, ungüento, de uso oftálmico</i>	2	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth, suspensión de 3.5-10000-0.1, de uso oftálmico</i>	2	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin, solución de 1.75-10000-.025, de uso oftálmico</i>	2	
<i>neomycin-polymyxin-hc, suspensión de 3.5-10000-1, de uso oftálmico</i>	4	
<i>neo-polycin</i>	2	
<i>neo-polycin hc</i>	2	
OXERVATE	5	PA; QL (28 ML por 30 días)
<i>polymyxin b-trimethoprim</i>	2	
RESTASIS	3	QL (60 de EA por 30 días)
RESTASIS MULTIDOSE, EMULSIÓN AL 0.05 %, DE USO OFTÁLMICO	3	QL (60 ML por 30 días)
ROCKLATAN	3	

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>sulfacetamide-prednisolone, solución, de uso oftálmico</i>	2	
TOBRADEX, UNGÜENTO, DE USO OFTÁLMICO	4	
<i>tobramycin-dexamethasone</i>	3	
XDEMZY	5	PA; QL (10 ML por 180 días)
Colirios antialérgicos		
<i>azelastine hcl, de uso oftálmico</i>	2	
<i>cromolyn sodium, de uso oftálmico</i>	2	
<i>epinastine hcl</i>	3	
Fármacos antiinfecciosos oftálmicos		
AZASITE	4	
<i>bacitracin, de uso oftálmico</i>	2	QL (7 GM por 30 días)
<i>bacitracin-polymyxin b, ungüento de 500-10000 unidades/gm, de uso oftálmico</i>	2	
<i>erythromycin, de uso oftálmico</i>	2	QL (21 GM por 30 días)
<i>gatifloxacin, de uso oftálmico</i>	4	
<i>gentamicin sulfate, solución, de uso oftálmico</i>	2	QL (30 ML por 30 días)
<i>levofloxacin, de uso oftálmico</i>	2	
<i>moxifloxacin hcl, solución, de uso oftálmico</i>	3	QL (12 ML por 30 días)
NATACYN	4	
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx, ungüento de 5-400-10000, de uso oftálmico</i>	2	
<i>ofloxacin, de uso oftálmico</i>	2	
<i>polycin</i>	2	
<i>sulfacetamide sodium, de uso oftálmico</i>	2	
<i>tobramycin, de uso oftálmico</i>	2	QL (30 ML por 30 días)
<i>trifluridine, de uso oftálmico</i>	2	
ZIRGAN	3	
Antiinflamatorios oftálmicos		
<i>bromfenac sodium, una dosis diaria</i>	4	ST
<i>dexamethasone sodium phosphate, de uso oftálmico</i>	2	QL (30 ML por 30 días)
<i>diclofenac sodium, de uso oftálmico</i>	2	

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>difluprednate</i>	3	ST
<i>fluorometholone, de uso oftálmico</i>	2	
<i>flurbiprofen sodium</i>	2	
<i>ketorolac tromethamine, solución al 0.4 %, de uso oftálmico</i>	2	
<i>ketorolac tromethamine, solución al 0.5 %, de uso oftálmico</i>	2	QL (20 ML por 30 días)
<i>loteprednol etabonate, gel, de uso oftálmico</i>	3	ST
<i>loteprednol etabonate, suspensión al 0.5 %, de uso oftálmico</i>	3	ST
<i>prednisolone acetate, de uso oftálmico</i>	2	
<i>prednisolone sodium phosphate, de uso oftálmico</i>	2	
Fármacos bloqueadores beta adrenérgicos de uso oftálmico		
<i>betaxolol hcl, de uso oftálmico</i>	2	
<i>carteolol hcl</i>	2	
<i>levobunolol hcl, solución al 0.5 %, de uso oftálmico</i>	2	
<i>timolol maleate, solución gelificante, de uso oftálmico</i>	4	
<i>timolol maleate, solución, de uso oftálmico</i>	1	
Fármacos hipotensores oculares, otros		
<i>acetazolamide, de liberación prolongada</i>	3	
ALPHAGAN P, SOLUCIÓN AL 0.1 %, DE USO OFTÁLMICO	3	
<i>apraclonidine hcl</i>	3	
<i>brimonidine tartrate, solución al 0.2 %, de uso oftálmico</i>	2	
<i>brinzolamide</i>	4	
COMBIGAN	3	
<i>dorzolamide hcl, de uso oftálmico</i>	2	
<i>methazolamide, por vía oral</i>	4	
<i>pilocarpine hcl, solución al 1 %, 2 %, 4 %, de uso oftálmico</i>	3	
SIMBRINZA	4	
Fármacos para tratar infecciones óticas		

T1: genérico preferido; T2: genérico; T3: de marca preferido; T4: medicamento no preferido; T5: de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; EA: cada uno/a; ED: medicamento excluido; 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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
Fármacos para tratar infecciones óticas		
<i>acetic acid, de uso ótico</i>	2	
CIPRO HC	4	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	3	QL (7.5 ML por 30 días)
<i>fluocinolone acetonide, de uso ótico</i>	3	
<i>hydrocortisone-acetic acid</i>	4	
<i>neomycin-polymyxin-hc, solución al 1 %, de uso ótico</i>	3	
<i>neomycin-polymyxin-hc, suspensión, de uso ótico</i>	3	
<i>ofloxacin, de uso ótico</i>	2	
Fármacos para tratar problemas pulmonares y del aparato respiratorio		
Antihistamínicos		
<i>azelastine hcl, solución al 0.1 %, 0.15 %, por vía nasal</i>	2	
<i>cyproheptadine hcl, comprimidos, por vía oral</i>	4	
<i>desloratadine, comprimidos, por vía oral</i>	2	
<i>desloratadine, comprimidos dispersables de 2.5 mg, por vía oral</i>	2	
<i>hydroxyzine hcl, comprimidos, por vía oral</i>	4	
<i>levocetirizine dihydrochloride, solución, por vía oral</i>	4	
<i>levocetirizine dihydrochloride, comprimidos, por vía oral</i>	2	
<i>olopatadine hcl, por vía nasal</i>	2	QL (30.5 GM por 30 días)
Antiinflamatorios, corticoides inhalados		
ARNUITY ELLIPTA	3	QL (30 de EA por 30 días)
<i>budesonide, suspensión de 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml, por inhalación</i>	3	B/D
<i>budesonide, suspensión de 1 mg/2 ml, por inhalación</i>	4	B/D
<i>flunisolide, solución de 25 mcg/act (0.025 %), por vía nasal</i>	3	
<i>fluticasone propionate, por vía nasal</i>	2	
<i>mometasone furoate, por vía nasal</i>	4	
PULMICORT FLEXHALER	3	QL (2 de EA por 30 días)
QVAR REDHALER	3	QL (21.2 GM por 30 días)

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
Fármacos antileucotrienos		
<i>montelukast sodium, caja, por vía oral</i>	4	
<i>montelukast sodium, comprimidos, por vía oral</i>	2	
<i>montelukast sodium, tabletas masticables, por vía oral</i>	2	
<i>zafirlukast</i>	2	
Broncodilatadores, anticolinérgicos		
ATROVENT HFA	3	
INCRUSE ELLIPTA, POLVO DE AEROSOL ACTIVADO CON EL ALIENTO DE 62.5 MCG/ACT, POR INHALACIÓN	3	QL (30 de EA por 30 días)
<i>ipratropium bromide, por inhalación</i>	2	B/D
<i>ipratropium bromide, por vía nasal</i>	2	
SPIRIVA HANDIHALER	3	QL (30 de EA por 30 días)
SPIRIVA RESPIMAT	3	QL (4 GM por 30 días)
Broncodilatadores, simpaticomiméticos		
<i>albuterol sulfate hfa, solución en aerosol de 108 (90 como base) mcg/act, por inhalación</i>	2	QL (17 GM por 30 días)
<i>albuterol sulfate hfa, solución en aerosol de 108 (90 como base) mcg/act (nda020503), por inhalación</i>	2	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>	2	QL (36 GM por 30 días)
<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>	2	B/D
<i>albuterol sulfate, en jarabe, por vía oral</i>	2	
<i>albuterol sulfate, comprimidos, por vía oral</i>	4	
<i>arformoterol tartrate</i>	4	B/D
BREO ELLIPTA, POLVO DE AEROSOL ACTIVADO CON EL ALIENTO, DE 100-25 MCG/ACT, 200-25 MCG/ACT, POR INHALACIÓN	3	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>	3	QL (60 de EA por 30 días)
BREYNA	3	QL (10.3 GM por 30 días)

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
DULERA	3	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>	3	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>	2	QL (1 de EA por 30 días)
<i>levalbuterol hcl, por inhalación</i>	4	B/D
<i>levalbuterol tartrate</i>	4	QL (30 GM por 30 días)
STRIVERDI RESPIMAT	3	QL (4 GM por 30 días)
<i>terbutaline sulfate, por vía oral</i>	4	
VENTOLIN HFA	3	QL (36 GM por 30 días)
Fármacos para tratar la fibrosis quística		
CAYSTON	5	PA; LA
KALYDECO	5	PA; QL (56 de EA por 28 días)
ORKAMBI, CAJA, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (60 de EA por 30 días)
ORKAMBI, COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (120 de EA por 30 días)
PULMOZYME, SOLUCIÓN DE 2.5 MG/2.5 ML, POR INHALACIÓN	5	B/D
SYMDEKO	5	PA; QL (60 de EA por 30 días)
<i>tobramycin, solución para nebulizador de 300 mg/5 ml, por inhalación</i>	5	B/D
TRIKAFTA, CAJA DE COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (84 de EA por 28 días)
TRIKAFTA, CAJA, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (56 de EA por 28 días)
Inhibidores de la fosfodiesterasa, enfermedad de las vías respiratorias		
<i>roflumilast</i>	4	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>	2	
<i>theophylline, comprimidos de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>	2	
Fármacos antihipertensores pulmonares		
ADEMPAS	5	PA; QL (90 de EA por 30 días); LA
<i>ambrisentan</i>	5	PA; QL (30 de EA por 30 días); LA

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>bosentan</i>	5	PA; QL (60 de EA por 30 días)
OPSUMIT	5	PA; QL (30 de EA por 30 días); LA
OPSYNVI	5	PA; QL (30 de EA por 30 días)
ORENITRAM, MES 1	5	PA; QL (168 de EA por 28 días)
ORENITRAM, MES 2	5	PA; QL (336 de EA por 28 días)
ORENITRAM, MES 3	5	PA; QL (252 de EA por 28 días)
ORENITRAM, COMPRIMIDOS DE 0.125 MG DE LIBERACIÓN PROLONGADA, POR VÍA ORAL	4	PA
ORENITRAM, COMPRIMIDOS DE 0.25 MG, 1 MG, 2.5 MG, 5 MG DE LIBERACIÓN PROLONGADA, POR VÍA ORAL	5	PA
<i>sildenafil citrate, comprimidos de 20 mg, por vía oral</i>	3	PA; QL (90 de EA por 30 días)
<i>tadalafil (pah)</i>	5	PA; QL (60 de EA por 30 días)
TYVASO	5	PA
TYVASO DPI, KIT DE MANTENIMIENTO	5	PA
TYVASO DPI, KIT PARA AJUSTE DE DOSIS	5	PA
TYVASO, KIT DE REPOSICIÓN	5	PA
TYVASO, KIT DE TRATAMIENTO INICIAL	5	PA
UPTRAVI	5	PA; QL (60 de EA por 30 días)
UPTRAVI, PARA AJUSTE DE DOSIS	5	PA; QL (200 de EA por 30 días)
VENTAVIS, SOLUCIÓN DE 10 MCG/ML, POR INHALACIÓN	5	PA; QL (150 ML por 30 días)
VENTAVIS, SOLUCIÓN DE 20 MCG/ML, POR INHALACIÓN	5	PA; QL (90 ML por 30 días)
WINREVAIR	5	PA; QL (1 de EA por 21 días)
Fármacos para tratar la fibrosis pulmonar		
OFEV	5	PA; QL (60 de EA por 30 días); LA
<i>pirfenidone, cápsulas, por vía oral</i>	5	PA; QL (270 de EA por 30 días)
<i>pirfenidone, comprimidos de 267 mg, por vía oral</i>	5	PA; QL (270 de EA por 30 días)
<i>pirfenidone, comprimidos de 801 mg, por vía oral</i>	5	PA; QL (90 de EA por 30 días)
Fármacos para tratar problemas del aparato respiratorio, otros		
<i>acetylcysteine, por inhalación</i>	3	B/D

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
ADVAIR HFA	3	QL (12 GM por 30 días)
ANORO ELLIPTA, POLVO DE AEROSOL ACTIVADO CON EL ALIENTO DE 62.5-25 MCG/ACT, POR INHALACIÓN	3	QL (60 de EA por 30 días)
BREZTRI AEROSPHERE	3	QL (10.7 GM por 30 días)
<i>budesonide-formoterol fumarate</i>	3	QL (10.2 GM por 30 días)
COMBIVENT RESPIMAT	3	QL (4 GM por 20 días)
<i>cromolyn sodium, por inhalación</i>	2	B/D
FASENRA, PLUMA	5	PA; QL (1 ML por 30 días)
FASENRA, SOLUCIÓN DE 30 MG/ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	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>	2	QL (60 de EA por 30 días)
<i>ipratropium-albuterol</i>	2	B/D
NUCALA, SOLUCIÓN EN PLUMA AUTOINYECTORA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (3 ML por 30 días)
NUCALA, SOLUCIÓN DE 100 MG/ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (3 ML por 30 días)
NUCALA, SOLUCIÓN DE 40 MG/0.4 ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (0.4 ML por 30 días)
NUCALA, SOLUCIÓN RECONSTITUIDA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (3 de EA por 30 días)
STIOLTO RESPIMAT	3	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	3	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	2	QL (60 de EA por 30 días)
Relajantes musculoesqueléticos		
Relajantes musculoesqueléticos		
<i>cyclobenzaprine hcl, comprimidos de 10 mg, 5 mg, por vía oral</i>	4	

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>methocarbamol, comprimidos de 500 mg, 750 mg, por vía oral</i>	4	
Fármacos para tratar los trastornos del sueño		
Fármacos inductores al sueño		
<i>eszopiclone</i>	4	QL (30 de EA por 30 días)
<i>ramelteon</i>	3	
<i>tasimelteon</i>	5	PA; QL (30 de EA por 30 días)
<i>temazepam, cápsulas de 15 mg, 30 mg, por vía oral</i>	3	QL (30 de EA por 30 días)
<i>temazepam, cápsulas de 7.5 mg, por vía oral</i>	4	QL (30 de EA por 30 días)
<i>triazolam</i>	4	QL (10 de EA por 30 días)
<i>zaleplon</i>	4	QL (30 de EA por 30 días)
<i>zolpidem tartrate, de liberación prolongada</i>	4	QL (30 de EA por 30 días)
<i>zolpidem tartrate, comprimidos, por vía oral</i>	4	QL (30 de EA por 30 días)
Fármacos promotores de la vigilia		
<i>armodafinil</i>	3	PA; QL (30 de EA por 30 días)
<i>modafinil, por vía oral</i>	4	PA; QL (60 de EA por 30 días)
SODIUM OXYBATE	5	PA; QL (540 ML por 30 días); LA

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad
B/D: Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **ED:** medicamento excluido; **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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 9.

Índice

abacavir sulfate	48	amlodipine besylate-valsartan	63	AUSTEDO	69
abacavir sulfate-lamivudine ..	48	amlodipine-atorvastatin	63	AUSTEDO XR	70
abacavir-lamivudine-zidovudine	48	amlodipine-olmesartan	63	AUVELITY	27
ABELCET	30	amlodipine-valsartan-hctz	63	AVEED	84
abilify asimtufii	43	ammonium lactate	72	AVIANE	85
ABILIFY MAINTENA	43	amnesteem	72	AVONEX PEN	71
abiraterone acetate	33	amoxapine	29	AVONEX, KIT	71
abrysvo	95	amoxicill-clarithro-lansopraz ..	79	AYVAKIT	36
acamprosate calcium	17	amoxicillin	20	AZASITE	100
acarbose	52	amoxicillin-pot clavulanate ..	20, 21	azathioprine	93
acebutolol hcl	61	<i>amphetamine-dextroamphet</i> .68		azelaic acid	72
acetaminophen-codeine	15	amphetamine-		azelastine hcl	100, 102
acetazolamide	62, 101	dextroamphetamine	68	azithromycin	22
acetic acid	102	amphotericin b	30	aztreonam	18
acetylcysteine	105	ampicillin	21	bacitracin	100
acitretin	72	ampicillin sodium	21	bacitracin-polymyxin b	100
ACTHAR	83	ampicillin-sulbactam sodium .21		bacitra-neomycin-polymyxin-hc	99
ACTHIB	95	AMVUTTRA	80	baclofen	46
ACTIMMUNE	92	anagrelide hcl	57	balsalazide disodium	97
acyclovir	47, 75	anastrozole	35	BALVERSA	36
acyclovir sodium	47	ANORO ELLIPTA	106	BALZIVA	85
ADACEL	95	apraclonidine hcl	101	BAQSIMI	54
adalimumab-adaz	93	aprepitant	29	<i>bcg, vacuna, solución reconstituida</i>	95
adefovir dipivoxil	46	APRETUDE	47	BD AUTOSHIELD DUO	54
ADEMPAS	104	APRI	85	BD NANO	54
ADVAIR HFA	106	APTIOM	26	BD ORIGINAL U/F	54
AIMOVIG	31	APTIVUS	49	BD SHORT U/F	54
AKEEGA	36	ARALAST NP	80	BD U/F MICRO, AGUJAS	54
albendazole	41	ARANELLE	85	BD U/F MINI, AGUJAS	54
albuterol sulfate	103	ARCALYST	91	benazepril hcl	59
albuterol sulfate hfa	103	arexvy	95	benazepril-hydrochlorothiazide	63
alclometasone dipropionate ..	72	arformoterol tartrate	103	BENLYSTA	93
ALECENSA	36	ARIKAYCE	18	benztropine mesylate	41
alendronate sodium	98	aripiprazole	43	BESREMI	92
aliskiren fumarate	62	armodafinil	107	betaine	80
allopurinol	31	ARMOUR THYROID	89	betamethasone dipropionate 73, 83	
alosetron hcl	79	ARNUITY ELLIPTA	102	betamethasone dipropionate aug	73, 83
ALPHAGAN P	101	asenapine maleate	43	betamethasone valerate	73
alprazolam	51	<i>aspirin-dipyridamole</i>	58	BETASERON	71
ALTAVERA	85	<i>assure id, jeringa de insulina</i> .54		betaxolol hcl	61, 101
ALUNBRIG	36	ASTAGRAF XL	93	bethanechol chloride	82
alyacen 1/35	85	atazanavir sulfate	49	bexarotene	40
amantadine hcl	41	atenolol	61	BEXSERO	95
ambrisentan	104	atenolol-chlorthalidone	63	bicalutamide	33
AMETHIA	85	atomoxetine hcl	69	BICILLIN C-R	21
amikacin sulfate	18	atorvastatin calcium	66	BICILLIN C-R 900/300	21
amiloride hcl	65	atovaquone	41	BICILLIN L-A	21
amiloride-hydrochlorothiazide	62	atovaquone-proguanil hcl	41	BIKTARVY	47
amiodarone hcl	61	atropine sulfate	99	bimatoprost	99
amitriptyline hcl	29	ATROVENT HFA	103		
amlodipine besy-benazepril hcl	62	AUGTYRO	36		
amlodipine besylate	62	AUROVELA 24 FE	85		

bisoprolol fumarate	61	cefaclor	19	clonazepam	51
bisoprolol-hydrochlorothiazide	63	cefadroxil	19, 20	clonidine	58
BLISOVI 24 FE	85	cefazolin sodium	20	clonidine hcl	58, 69
BOOSTRIX	95	cefdinir	20	clopidogrel bisulfate	58
bosentan	105	cefepime hcl	20	clorazepate dipotassium	51
BOSULIF	36	cefixime	20	clotrimazole	30
BRAFTOVI	36	cefoxitin sodium	20	clotrimazole-betamethasone	75
breo ellipta	103	cefopodoxime proxetil	20	clozapine	46
BREO ELLIPTA	103	cefprozil	20	COARTEM	41
BREYNA	103	ceftazidime	20	codeine sulfate	15
BREZTRI AEROSPHERE ..	106	ceftriaxone sodium	20	colchicine	31
BRILINTA	58	cefuroxime axetil	20	colchicine-probenecid	31
brimonidine tartrate	101	cefuroxime sodium	20	colesevelam hcl	67
brinzolamide	101	celecoxib	14	colestipol hcl	67
BRIVIACT	23	cephalexin	20	colistimethate sodium (cba) ..	18
bromocriptine mesylate	42	CERDELGA	80	COMBIGAN	101
BRUKINSA	36	cevimeline hcl	72	COMBIVENT RESPIMAT ..	106
budesonide	97, 98, 102	chlordiazepoxide hcl	51	COMETRIQ	36, 37
budesonide-formoterol	106	chlorhexidine gluconate	72	<i>comfort assist, jeringa de</i>	
fumarate	106	chloroquine phosphate	41	<i>insulina</i>	54
bumetanide	65	chlorthalidone	42	COMPLERA	48
buprenorphine	14	CHOLBAM	80	constulose	78
buprenorphine hcl	17	cholestyramine	67	COPIKTRA	37
buprenorphine hcl-naloxone hcl	17	cholestyramine light	67	CORLANOR	63
bupropion hcl	17, 27	ciclopirox	75	CORTROPHIN	83
buspirone hcl	50	ciclopirox olamine	30	COSENTYX	91
butorphanol tartrate	15	cilostazol	58	COSENTYX UNOREADY	91
cabergoline	90	CIMDUO	48	COTELLIC	37
CABOMETYX	36	cimetidine	79	CREON	80
calcipotriene	75	cimetidine hcl	79	cromolyn sodium ..	80, 100, 106
calcipotriene-betameth diprop	73	cinacalcet hcl	98	CRYSSELLE-28	85
calcitonin (salmon)	98	CIPRO HC	102	<i>cvs, apósitos de gasa estéril.</i>	54
calcitriol	75, 98	ciprofloxacin hcl	22	cyclobenzaprine hcl	106
CALQUENCE	36	<i>ciprofloxacin, en dextrosa al</i>		cyclophosphamide	33
CAMILA	89	5 %	22	CYCLOPHOSPHAMIDE	33
CAMRESE LO	85	ciprofloxacin-dexamethasone	102	CYCLOSET	52
CAMZYOS	63	.....	102	cyclosporine	93
candesartan cilexetil	58, 59	citalopram hydrobromide	28	cyproheptadine hcl	102
candesartan cilexetil-hctz	63	CLARAVIS	72	CYSTADROPS	99
CAPLYTA	43	clarithromycin	22	CYSTAGON	81
CAPRELSA	36	clindamycin hcl	18	CYSTARAN	99
captopril	59	clindamycin palmitate hcl	18	dabigatran etexilate mesylate	56
carbamazepine	26, 51	clindamycin phos-benzoyl	72	<i>dalfampridine</i>	71
carbidopa	42	perox	72	danazol	84
carbidopa-levodopa	42	clindamycin phosphate ...	18, 75	dantrolene sodium	46
carbidopa-levodopa-entacapone	42	CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10)	77	dapsone	32
carglumic acid	76	CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5)	77	DAPTACEL	95
carteolol hcl	101	CLINIMIX/DEXTROSE (5/15)	77	daptomycin	18
cartia xt	62	CLINIMIX/DEXTROSE (5/20)	77	darunavir	49
carvedilol	61	clobazam	25	DAURISMO	37
caspofungin acetate	30	clobetasol propionate	73	DAYBUE	70
CAYSTON	104	clobetasol propionate e	73	deferasirox	77
		clomipramine hcl	29	DELSTRIGO	48
				demeclocycline hcl	23
				DENG VAXIA	95
				denta 5000 plus	72

DEPO-SUBQ PROVERA 104	doxycycline hyclate	23	erlotinib hcl	37
.....	doxycycline monohydrate	23	ERRIN	89
DESCOVY	dronabinol	29	ertapenem sodium	22
desipramine hcl	DROXIA	34	ery	76
desloratadine	droxidopa	58	ERY-TAB	22
<i>desmopressin ace</i>	DULERA	104	ERYTHROCIN STEARATE ..	22
desmopressin acetate	duloxetine hcl	70	erythromycin	22, 76, 100
desogestrel-ethinyl estradiol ..	DUPIXENT	91	erythromycin base	22
desonide	dutasteride	82	erythromycin ethylsuccinate ..	22
desoximetasone	dutasteride-tamsulosin hcl ...	82	escitalopram oxalate	28
dexamethasone	econazole nitrate	30	esomeprazole magnesium ...	80
DEXAMETHASONE	EDURANT	48	estarylla	86
INTENSOL	efavirenz	48	estradiol	86
dexamethasone sodium	efavirenz-emtricitab-tenofo df	48	estradiol valerate	86
phosphate	efavirenz-lamivudine-tenofovir	48	estradiol-norethindrone acet ..	86
dexmethylphenidate hcl .....	.....	48	ESTRING	86
dextroamphetamine sulfate ..	eletriptan hydrobromide	32	eszopiclone	107
dextrose	ELIGARD	90	ethacrynic acid	65
dextrose-nacl	ELIQUIS	9, 56	ethambutol hcl	32
dextrose-sodium chloride	ELMIRON	82	ethosuximide	25
DIACOMIT	ELURYNG	85	ethynodiol diac-eth estradiol ..	86
diazepam	EMCYT	34	etodolac	14
diazepam intensol	EMGALITY	31	etonogestrel-ethinyl estradiol ..	86
diazoxide	EMSAM	27	etravirine	48
dichlorphenamide	emtricitabine	48	euthyrox	89
diclofenac potassium	emtricitabine-tenofovir df	48	EVENITY	98
diclofenac sodium	EMTRIVA	48	everolimus	37, 93
diclofenac-misoprostol	EMZAHH	89	EVOTAZ	49
dicloxacillin sodium	enalapril maleate	60	EVRYSDI	70
dicyclomine hcl	enalapril-hydrochlorothiazide	63,	<i>exel comfort, agujas para</i>	
DIFICID	64		<i>pluma</i>	54
diflunisal	ENBREL	93	exemestane	36
difluprednate	ENBREL MINI	93	ezetimibe	67
digoxin	ENBREL SURECLICK	93	ezetimibe-simvastatin	67
dihydroergotamine mesylate ..	ENDARI	81	FABHALTA	57
diltiazem hcl	ENDOCET	15	FALMINA	86
dilt-xr	ENGERIX-B	96	famciclovir	47
dimethyl fumarate	ENILLORING	85	famotidine	80
diphenoxylate-atropine	enoxaparin sodium	56	FANAPT	43
diphtheria-tetanus toxoids dt ..	ENSKYCE	85	FARXIGA	52
disopyramide phosphate	ENSPRYNG	93	FASENRA	78, 106
disulfiram	entacapone	42	febuxostat	31
divalproex sodium	ENTADFI	82	felbamate	24
dofetilide	entecavir	46	fenofibrate	66
DOJOLVI	ENTRESTO	6, 10, 64	fenofibrate micronized	66
donepezil hcl	enulose	78	fenofibric acid	66
dorzolamide hcl	EOHILIA	79	fentanyl	15
dorzolamide hcl-timolol mal ..	EPIDIOLEX	24	fentanyl citrate	15
dorzolamide hcl-timolol mal pf	epinastine hcl	100	FETZIMA	28
.....	epinephrine	104	filspari	64
dotti	epitol	26	FILSUVEZ	75
DOVATO	eplerenone	65	finasteride	82
doxazosin mesylate	EPRONTIA	24	fingolimod hcl	71
doxepin hcl	ergotamine-caffeine	32	FINTEPLA	24
doxercalciferol	ERIVEDGE	37	FIRDAPSE	70
DOXY 100	ERLEADA	33	FIRMAGON	90

flecainide acetate.....	61	glimepiride	52	hydrocortisone valerate	74
fluconazole	30	glipizide.....	52	hydrocortisone-acetic acid ..	102
fluconazole in sodium chloride		glipizide-metformin hcl	52	hydromorphone hcl.....	15, 16
.....	30	GLIXAMBI.....	52	hydromorphone hcl pf.....	16
flucytosine	30	glycopyrrolate	79	hydroxychloroquine sulfate...	41
fludrocortisone acetate	83	GLYDO	16	hydroxyurea.....	34
flunisolide	102	granisetron hcl	29	hydroxyzine hcl.....	102
fluocinolone acetonide ..	73, 102	griseofulvin microsize.....	30	hydroxyzine pamoate	50
fluocinonide	73, 74	griseofulvin ultramicrosize	30	HYFTOR	74
fluorometholone.....	101	guanfacine hcl.....	58, 69	ibandronate sodium	98
fluorouracil.....	75	guanidine hcl.....	32	IBRANCE	37
fluoxetine hcl	28	GVOKE HYPOPEN.....	52	ibu	14
fluphenazine decanoate.....	42	GVOKE PFS	52	ibuprofen	14
fluphenazine hcl	42	GVOKE, KIT	52	icatibant acetate	91
flurbiprofen	14, 101	HADLIMA.....	94	ICLUSIG.....	37
flurbiprofen sodium	101	HADLIMA PUSH TOUCH	94	icosapent ethyl	67
flutamide.....	33	HAEGARDA.....	91	IDHIFA	34
fluticasone propionate ..	74, 102	HAILEY 24 FE.....	86	imatinib mesylate.....	37
fluticasone-salmeterol.	104, 106	halobetasol propionate.....	74	IMBRUVICA	37
fluvastatin sodium.....	66	HALOETTE	86	imipenem-cilastatin.....	22
fluvoxamine maleate.....	28	haloperidol	42	imipramine hcl	29
fondaparinux sodium	56	haloperidol decanoate.....	42	imiquimod.....	75
fosamprenavir calcium.....	50	haloperidol lactate.....	42	IMOVAX RABIES	96
fosfomycin tromethamine.....	18	HAVTRIX	96	IMPAVIDO.....	41
fosinopril sodium.....	60	HEATHER.....	89	INCRELEX	84
fosinopril sodium-hctz	64	HEMADY	83	INCRUSE ELLIPTA.....	103
FOTIVDA.....	37	heparin sodium (porcine)	57	indapamide.....	66
FRAGMIN.....	56, 57	HEPLISAV-B.....	96	INFANRIX	96
FRUZAQLA	37	HIBERIX	96	INLYTA.....	37
furosemide.....	65	HUMALOG.....	54, 55	INQOVI.....	34
FUZEON	49	HUMALOG JUNIOR KWIKPEN		INREBIC.....	37
FYAVOLV.....	86	.....	54	<i>insulin asp</i>	55
FYCOMPA.....	24	HUMALOG KWIKPEN	54	insulin aspart	55
gabapentin.....	25	HUMALOG MIX 50/50.....	54	insulin glargine-yfgn.....	55
GALAFOLD	81	HUMALOG MIX 50/50		insulin lispro.....	55
galantamine hydrobromide ...	27	KWIKPEN.....	54	INTELENCE	48
GAMMAGARD	91	HUMALOG MIX 75/25.....	54	INTRALIPID.....	78
GAMUNEX-C	91	HUMALOG MIX 75/25		INTRON A.....	93
GARDASIL 9	96	KWIKPEN.....	55	INVEGA HAFYERA	43
gatifloxacin	100	HUMIRA.....	94	INVEGA SUSTENNA	43, 44
GATTEX.....	79	HUMIRA PEN	94	INVEGA TRINZA.....	44
gavilyte-c	78	HUMULIN 70/30.....	55	IPOL.....	96
gavilyte-g.....	78	HUMULIN 70/30 KWIKPEN ..	55	ipratropium bromide.....	103
GAVRETO.....	34	HUMULIN N.....	55	ipratropium-albuterol.....	106
gefitinib.....	37	HUMULIN N KWIKPEN.....	55	irbesartan	59
gemfibrozil	66	HUMULIN R.....	55	irbesartan-hydrochlorothiazide	
generlac	78	HUMULIN R U-500 KWIKPEN		.....	64
GENGRAF.....	93	.....	55	ISENTRESS	47
gentamicin sulfate.....	18, 100	hydralazine hcl.....	68	ISENTRESS HD	47
<i>gentamicin, en solución salina</i>		hydrochlorothiazide.....	66	ISIBLOOM.....	86
.....	18	hydrocodone-acetaminophen	15	isoniazid	32
GENVOYA.....	47	hydrocodone-ibuprofen	16	isosorbide dinitrate	68
GILOTRIF.....	37	hydrocortisone ..	74, 83, 98, 102	isosorbide mononitrate	68
glatiramer acetate.....	71	hydrocortisone (perianal)	74	isotretinoin.....	72
GLATOPA	71	hydrocortisone butyrate.....	74	isradipine.....	62
GLEOSTINE.....	33	hydrocortisone max st.....	74	ISTURISA.....	83

itraconazole	30	lansoprazole	80	losartan potassium-hctz.....	64
ivabradine hcl	64	LANTUS.....	55	loteprednol etabonate.....	101
ivermectin	41, 75	LANTUS SOLOSTAR	55	lovastatin	66
IWILFIN	34	lapatinib ditosylate	38	LOW-OGESTREL	87
IXCHIQ.....	96	LARIN 24 FE.....	86	loxapine succinate	42
IXIARO	96	LARIN FE 1.5/30.....	86	lubiprostone.....	78
JAKAFI	37	LARIN FE 1/20.....	87	LUMAKRAS.....	35
jantoven.....	57	latanoprost.....	99	LUMIGAN.....	99
JANUMET	52	ledipasvir-sofosbuvir	47	LUPRON	90
JANUMET XR	52	leflunomide	91	lurasidone hcl	44
JANUVIA	52	lenalidomide.....	34	LUTERA	87
JARDIANCE	52	LENVIMA.....	38	lyllana	87
JAYPIRCA.....	37	LEQVIO	67	LYNPARZA	35
JENTADUETO	52	LESSINA.....	87	LYSODREN.....	35
JENTADUETO XR.....	52	letrozole	36	LYTGOBI.....	38
JINTELI	86	leucovorin calcium	40	LYUMJEV.....	55
JOENJA	81	LEUKERAN	33	LYUMJEV KWIKPEN	55
JULUCA	48	leuprolide acetate.....	84, 90	magnesium sulfate	76
JUNEL 1.5/30	86	levalbuterol hcl.....	104	maraviroc	49
JUNEL 1/20	86	levalbuterol tartrate	104	marlissa.....	87
JUNEL FE 1.5/30.....	86	levetiracetam	24	MARPLAN	28
JUNEL FE 1/20	86	levobunolol hcl	101	MATULANE.....	33
JUNEL FE 24	86	levocarnitine.....	78	MAVYRET.....	47
JYLAMVO.....	34	levocetirizine dihydrochloride		meclizine hcl.....	29
JYNNEOS	96	.....	102	medroxyprogesterone acetate	
KALYDECO.....	104	levofloxacin	22, 23, 100	.....	89
KARIVA.....	86	<i>levonorgest-eth</i>	87	mefenamic acid	14
<i>kcl</i>	76, 78	levonorgestrel-ethinyl estrad .	87	mefloquine hcl	41
kcl in dextrose-nacl.....	76	LEVORA 0.15/30 (28).....	87	megestrol acetate	89
KELNOR 1/35.....	86	levothyroxine sodium	89	MEKINIST	38
kelnor 1/50.....	86	levoxyl.....	89	MEKTOVI.....	38
KERENDIA.....	65	LIBERVANT	25	meloxicam	14
ketoconazole	30	lidocaine.....	16	memantine hcl	27
ketorolac tromethamine	101	lidocaine hcl	16, 17	MENACTRA	96
KINRIX	96	lidocaine viscous hcl	17	MENEST	87
KISQALI	34, 37, 38	lidocaine-prilocaine	17	MENQUADFI.....	96
KISQALI FEMARA.....	34	LIDOCAN.....	17	MENVEO.....	96
klor-con	77	LIDOCAN III.....	17	mercaptopurine	94
KLOR-CON 10	76	LILETTA (52 MG).....	88	meropenem	22
KLOR-CON M10.....	76	linezolid.....	18, 19	mesalamine.....	97
KLOR-CON M15.....	76	LINZESS.....	78	MESNEX.....	41
KLOR-CON M20.....	76	liothyronine sodium	89	metformin hcl.....	52
KLOR-CON/EF	76	lisinopril.....	60	methadone hcl.....	15
KOSELUGO	38	lisinopril-hydrochlorothiazide .	64	methazolamide.....	101
KOURZEQ.....	72	lithium	51	methenamine hippurate.....	19
krazati.....	34	lithium carbonate.....	51	methimazole	90
KRINTAFEL.....	41	LIVTENCITY	46	methocarbamol.....	107
KURVELO	86	LOKELMA.....	78	methotrexate	94
labetalol hcl	61	LONSURF.....	34	methotrexate sodium	94
lacosamide	26	loperamide hcl.....	79	methotrexate sodium (pf).....	94
LACRISERT	99	lopinavir-ritonavir.....	50	<i>methoxsalen</i>	75
lactulose	78	lorazepam	51	methscopolamine bromide....	79
lamivudine	46	LORAZEPAM INTENSOL	51	methsuximide	25
lamivudine-zidovudine	49	LORBRENA.....	38	methylergonovine maleate....	82
lamotrigine.....	24	LORYNA	87	methylphenidate hcl.....	69
lanreotide acetate	90	losartan potassium.....	59	methylprednisolone	83

methyltestosterone	84	nefazodone hcl.....	28	NUDEXTA.....	70
metoclopramide hcl	79	neomycin sulfate	18	NULIBRY.....	81
<i>Metolazone</i>	66	neomycin-bacitracin zn-		NUPLAZID	44
metoprolol tartrate	61	polymyx	100	NURTEC	31
metoprolol-hydrochlorothiazide		neomycin-polymyxin-dexameth		NYAMYC.....	30
.....	64	.....	99	nylia 1/35.....	88
metronidazole.....	19	neomycin-polymyxin-gramicidin		nymyo.....	88
metyrosine.....	64	.....	99	nystatin.....	30, 31, 75
mexiletine hcl.....	61	neomycin-polymyxin-hc.99, 102		nystatin-triamcinolone.....	75
miconazole 3	30	neo-polycin	99	NYSTOP	31
MICROGESTIN 1.5/30	87	neo-polycin hc.....	99	NYVEPRIA	57
MICROGESTIN 1/20	87	NERLYNX.....	38	OALIVA.....	79
MICROGESTIN 24 FE.....	87	nevirapine	48	OCELLA	88
MICROGESTIN FE 1.5/30....	87	NEXLETOL	64	octreotide acetate.....	90
MICROGESTIN FE 1/20.....	87	NEXLIZET.....	64	ODEFSEY	49
midodrine hcl	58	NEXPLANON.....	89	ODOMZO	38
mifepristone.....	54	<i>niacin (antihyperlipidémico)</i>	67	OFEV	105
miglitol	52	NICOTROL	17	ofloxacin	23, 100, 102
miglustat.....	81	NICOTROL NS	17	OGSIVEO.....	35
MIMVEY	87	<i>nifedipine, de liberación</i>		OJEMDA	38
minocycline hcl	23	<i>prolongada</i>	62	ojjaara	35
minoxidil	68	nilutamide	33	olanzapine.....	44
MIRENA (52 MG)	88	nimodipine	62	olmesartan medoxomil ...	59, 64
mirtazapine.....	27	NINLARO.....	38	olmesartan medoxomil-hctz..	64
misoprostol.....	80	nitazoxanide.....	41	olmesartan-amlodipine-hctz..	64
M-M-R II	96	nitisinone.....	81	olopatadine hcl	102
modafinil.....	107	NITRO-BID	68	omega-3-acid ethyl esters	67
moexipril hcl	60	nitrofurantoin macrocrystal ...	19	omeprazole	80
molindone hcl	42	nitrofurantoin monohyd macro		omeprazole magnesium	80
mometasone furoate.....	74, 102	.....	19	OMNITROPE.....	84
montelukast sodium.....	103	nitroglycerin	68	ondansetron	30
morphine sulfate	15, 16	NIVESTYM	57	ondansetron hcl.....	29, 30
MOUNJARO.....	52	nizatidine.....	80	ONUREG	34
moxifloxacin hcl	23, 100	NORA-BE	89	OPSUMIT	105
MRESVIA	96	NORDITROPIN FLEXPRO ...	84	OPSYNVI	105
MULTAQ	61	norelgestromin-eth estradiol..	87	opvee	17
mupirocin.....	76	norethindrone.....	89	ORENITRAM.....	105
mupirocin calcium.....	76	norethindrone acetate	89	ORGOVYX	35
MYALEPT.....	79	norethindrone acet-ethinyl est		ORKAMBI.....	104
mycophenolate mofetil....	94, 95	.....	87	ORSERDU	34
mycophenolate sodium.....	95	norethindrone-eth estradiol ...	87	oseltamivir phosphate.....	50
MYHIBBIN.....	95	<i>norethindron-etinyl</i>	87	OTEZLA	75, 95
MYRBETRIQ	82	norethin-eth estradiol-fe	87	oxacillin sodium	21
nabumetone	14	norgestimate-eth estradiol....	87	oxaprozin.....	14
nadolol.....	61	norgestim-eth estrad triphasic		oxcarbazepine.....	26
nafcillin sodium	21	.....	87	OXERVATE.....	99
naloxone hcl	17	NORTREL 0.5/35 (28).....	87	oxybutynin chloride.....	82
naltrexone hcl	17	NORTREL 1/35 (21).....	88	oxycodone hcl	16
naproxen	14	NORTREL 1/35 (28).....	88	oxycodone-acetaminophen...	16
naproxen sodium	14	NORTREL 7/7/7	88	oxymorphone hcl.....	15, 16
naratriptan hcl.....	32	nortriptyline hcl.....	29	OZEMPIC.....	52, 53
NATACYN	100	NORVIR.....	50	pacerone	61
nateglinide	52	NOVOFINE	55	<i>paliperidone, comprimidos</i>	44
NAYZILAM	25	NOVOTWIST	55	PANCREAZE	81
nebivolol hcl.....	61	NUBEQA.....	33	PANRETIN	75
NECON 0.5/35 (28)	87	NUCALA	106	pantoprazole sodium	80

paricalcitol	98	prednisolone	84	RABAVERT	97
paromomycin sulfate	18	prednisolone acetate.....	101	rabeprazole sodium	80
paroxetine hcl.....	28	prednisolone sodium phosphate		RADICAVA ORS	70
paroxetine mesylate	28	.....	84, 101	raloxifene hcl	34
PAXLOVID (150/100)	50	prednisone	84	ramelteon	107
PAXLOVID (300/100)	50	prednisone intensol.....	84	ramipril	60
pazopanib hcl	38	<i>preferred plus, jeringa de</i>		rasagiline mesylate.....	42
PEDIARIX.....	96	<i>insulina</i>	55	REBIF.....	71
PEDVAX HIB.....	96	pregabalin	70, 71	REBIF REBIDOSE	71
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl .	78	PREHEVBRIO	96	RECLIPSEN.....	88
PEGASYS	93	PREMARIN.....	88	RECOMBIVAX HB.....	97
PEMAZYRE.....	38	PREMASOL.....	78	RELENZA DISKHALER.....	50
PENBRAYA.....	96	<i>preparación global en alcohol</i>	75	<i>reli-on, jeringa de insulina</i>	55
penicillamine.....	82	PRETOMANID	32	RELISTOR	78, 79
<i>penicillin g pot</i>	21	PREVALITE	67	repaglinide.....	53
penicillin g potassium	21	PREVYMIS	46	REPATHA	67
penicillin g sodium	21	PREZCOBIX	50	REPATHA PUSHTRONEX	
penicillin v potassium.....	21	PREZISTA	50	SYSTEM.....	67
PENTACEL	96	PRIFTIN.....	32	RESTASIS	99
pentamidine isethionate.....	41	primaquine phosphate.....	41	RESTASIS MULTIDOSE	99
<i>pentoxifylline</i>	64	primidone	25	RETACRIT	58
perindopril erbumine.....	60	PRIORIX.....	96	RETEVMO	35
permethrin	75	probenecid	31	REVCОВI.....	91
perphenazine.....	42	prochlorperazine	29	REVLIMID	34
phenelzine sulfate.....	28	prochlorperazine maleate.....	29	REXULTI.....	45
phenobarbital.....	25	PROCRIT.....	57	REYATAZ.....	50
phenytoin.....	26	procto-med hc.....	74	REZDIFFRA	79
PIFELTRO.....	48	proctosol hc	74	REZLIDHIA	39
pilocarpine hcl	72, 101	PROCTOZONE-HC	74	REZUROCK	95
pimecrolimus	74	progesterone.....	89	RHOPRESSA.....	99
pimozide.....	43	PROGRAF	95	ribavirin.....	47
pindolol.....	61	PROLASTIN-C.....	81	rifabutin	32
pioglitazone hcl.....	53	PROLIA.....	98	rifampin	32, 33
pioglitazone hcl-glimepiride ..	53	PROMACTA	57	riluzole.....	70
pioglitazone hcl-metformin hcl		promethazine hcl.....	29	rimantadine hcl.....	50
.....	53	PROMETHEGAN.....	29	RINVOQ	92
piperacillin sod-tazobactam so		propafenone hcl	61	RINVOQ LQ	91
.....	21	propranolol hcl	61, 62	risedronate sodium.....	98
PIQRAY.....	38, 39	propylthiouracil.....	90	risperidone	45
pirfenidone.....	105	PROQUAD.....	97	RITONAVIR.....	50
piroxicam.....	14	protriptyline hcl.....	29	rivastigmine	27
PLEGRIDY	71	PULMICORT FLEXHALER .	102	rivastigmine tartrate	27
podofilox.....	75	PULMOZYME	104	RIVFLOZA.....	82, 83
polycin	100	PURIXAN.....	34	rizatriptan benzoate	32
polymyxin b-trimethoprim.....	99	pyrazinamide	32	ROCKLATAN	99
POMALYST.....	34	pyridostigmine bromide	32	roflumilast.....	104
PORTIA-28.....	88	pyrimethamine	41	ropinirole hcl.....	42
posaconazole	31	PYRUKYND	57	rosuvastatin calcium	67
potassium chloride.....	76, 77	QINLOCK.....	39	ROTARIX	97
<i>potassium citrate</i>	77	QUADRACEL	97	ROTATEQ.....	97
<i>potassium cl, en dextrosa</i>	77	quetiapine fumarate	45	ROZLYTREK.....	39
pramipexole dihydrochloride .	42	quinapril hcl.....	60	RUBRACA.....	39
prasugrel hcl.....	58	quinapril-hydrochlorothiazide	64	rufinamide	26
pravastatin sodium	66, 67	quinidine sulfate	61	RUKOBIA	49
praziquantel.....	41	quinine sulfate.....	41	RYBELSUS	53
prazosin hcl.....	58	QVAR REDIHALER	102	RYDAPT.....	39

SAJAZIR	91	SSD (PLATA SULFADIAZINA)	75	terbutaline sulfate	104
salsalate	14	STELARA	92	terconazole.....	31
SANDIMMUNE	95	STIOLTO RESPIMAT	106	teriflunomide.....	71
SANDOSTATIN LAR DEPOT90		STIVARGA.....	39	TERIPARATIDE	98
SANTYL	75	streptomycin sulfate	18	testosterone	85
sapropterin dihydrochloride ..	81	STRIBILD.....	47	testosterone cypionate	85
saxagliptin hcl.....	53	STRIVERDI RESPIMAT	104	testosterone enanthate	85
<i>saxagliptin-metformin</i>	53	SUCRAID.....	81	tetrabenazine.....	70
SCEMBLIX	39	sucralfate	80	tetracycline hcl.....	23
scopolamine	29	sulfacetamide sodium ...	23, 100	THALOMID.....	34
SECUADO.....	45	sulfacetamide-prednisolone	100	<i>theophylline, comprimidos</i> ..	104
selegiline hcl.....	42	sulfadiazine.....	23	thioridazine hcl	43
selenium sulfide.....	74	sulfamethoxazole-trimethoprim	23	thiothixene.....	43
SELZENTRY	49	.....	23	tiagabine hcl	25
SEROSTIM.....	84	sulfasalazine	97	TIBSOVO	40
sertraline hcl	28	sulindac.....	14	TICOVAC	97
sf 72		sumatriptan	32	tigecycline	19
sf 5000 plus	72	sumatriptan succinate	32	timolol maleate	62, 101
SHINGRIX.....	97	sunitinib malate.....	39	tinidazole	19
SIGNIFOR.....	90	SUNLENCA	49	tiopronin	83
sildenafil citrate.....	83, 105	syeda	88	TIPHIM VI.....	97
silver sulfadiazine	75	SYMDEKO	104	TIVICAY	47, 48
SIMBRINZA.....	101	SYMLINPEN 120	53	TIVICAY PD	48
simvastatin	67	SYMLINPEN 60	53	tizanidine hcl.....	46
SINAJARDY	53	SYMPAZAN	25	TOBRADEX.....	100
SINAREL	90	SYMTUZA.....	47	tobramycin.....	100, 104
sirolimus	95	SYNJARDY.....	53	tobramycin sulfate	18
SIRTURO	33	SYNJARDY XR.....	53	tobramycin-dexamethasone	100
SKYCLARYS	70	SYNTHROID.....	89	tolterodine tartrate	82
SKYRIZI	92	TABLOID	34	tolvaptan.....	77
sodium chloride	77	TABRECTA.....	39	topiramate	24
sodium fluoride	72	tacrolimus	74, 95	toremifene citrate.....	33
sodium fluoride 5000 plus.....	72	tadalafil	82, 83	torse mide	65
sodium fluoride 5000 ppm	72	tadalafil (pah)	105	TOUJEO MAX SOLOSTAR..	56
SODIUM OXYBATE	107	TAFINLAR	39	TOUJEO SOLOSTAR	56
sodium phenylbutyrate.....	81	TAGRISO	39	TRADJENTA	53
sodium polystyrene sulfonate	78	TALZENNA	39	tramadol hcl.....	15, 16
sofosbuvir-velpatasvir.....	47	tamoxifen citrate.....	34	tramadol-acetaminophen.....	16
solifenacin succinate	82	tamsulosin hcl	82	trandolapril	60, 61
SOLQUA	55	TASIGNA.....	39	tranexamic acid	58
SOLTAMOX	34	tasimelteon	107	tranylcypromine sulfate.....	28
SOMATULINE DEPOT	90	TAVNEOS.....	92	<i>travoprost (sin bak)</i>	99
SOMAVERT	90	tazarotene	72	trazodone hcl.....	28
sorafenib tosylate	39	TAZVERIK	39	TRECTOR.....	33
sotalol hcl	61	TDVAX.....	97	TRELEGY ELLIPTA	106
sotalol hcl (af).....	61	TEFLARO	20	TRELSTAR MIXJECT	90
SPIRIVA HANDIHALER	103	telmisartan	59	tretinoin	40, 72
SPIRIVA RESPIMAT	103	telmisartan-amlodipine	65	triamcinolone acetonide..	72, 74
spironolactone	65	telmisartan-hctz.....	59, 65	triamterene	66
spironolactone-hctz	64	temazepam	107	triamterene-hctz	65
SPRINTEC 28	88	TENIVAC	97	triazolam.....	107
SPRITAM	24	tenofovir disoproxil fumarate	49	TRIDACAIN II.....	17
SPRYCEL.....	39	TEPMETKO	40	TRIDERM.....	74
SPS	78	terazosin hcl.....	58	trientine hcl.....	77
SRONYX.....	88	terbinafine hcl	31	tri-estarylla.....	88
ssd	75			trifluoperazine hcl	43

trifluridine.....	100	varenicline tartrate	18	XDEMVY	100
trihexyphenidyl hcl	41	VARIVAX	97	XELJANZ	92
TRIJARDY XR.....	53	VELIVET	88	XELJANZ XR.....	92, 95
TRIKAFTA.....	104	VENCLEXTA	40	XERMELO.....	79
TRI-LO-ESTARYLLA.....	88	venlafaxine hcl	28, 29	XGEVA.....	98
TRI-LO-SPRINTEC	88	VENTAVIS	105	XIFAXAN.....	19
trimethoprim	19	VENTOLIN HFA.....	104	XIGDUO XR	54
trimipramine maleate	29	verapamil hcl.....	62, 65	XOFLUZA.....	50
TRINTELLIX	28	VERQUVO	65	XOLAIR	92
tri-nymyo	88	VERSACLOZ	46	XOSPATA	40
TRI-SPRINTEC	88	VERZENIO	40	XPOVIO	35
TRIUMEQ.....	49	V-GO 20.....	56	XTANDI	33
TRIUMEQ PD.....	49	V-GO 30.....	56	XULANE.....	88
TRIVORA (28).....	88	V-GO 40.....	56	YARGESA.....	81
tri-vylibra.....	88	vigabatrin	25	YF-VAX	97
TROPHAMINE	78	vigadrone	25, 26	YUVAFEM.....	88
tropium chloride	82	VIGPODER.....	26	zafirlukast	103
TRULICITY.....	53	VIJOICE.....	81	zaleplon.....	107
TRUMENBA	97	vilazodone hcl	29	ZEJULA.....	40
TRUQAP	40	VIRACEPT	50	ZELBORAF	40
TUKYSA.....	35	VIREAD	49	ZEMAIRA	81
TURALIO.....	40	VITRAKVI	40	zidovudine.....	49
turqoz	88	VIZIMPRO	40	ZILBRYSQ	81
TWINRIX.....	97	VONJO	40	ZIMHI	17
TYBOST	49	voriconazole.....	31	ziprasidone hcl	46
TYMLOS	98	VOWST.....	79	ziprasidone mesylate.....	46
TYVASO	105	VOXZOGO.....	98	ZIRGAN.....	100
unithroid	89	VOYDEYA	58	zoledronic acid	98
UPTRAVI.....	105	VRAYLAR	46	ZOLINZA.....	35
ursodiol.....	79	vylibra	88	zolmitriptan.....	32
uzedy.....	45, 46	VYNDAMAX.....	84	zolpidem tartrate.....	107
valacyclovir hcl	47	VYNDAQEL	81	ZONISADE	25
VALCHLOR.....	33	WAINUA	81	zonisamide	26
valganciclovir hcl	46	warfarin sodium.....	57	ZOVIA 1/35 (28)	88
valproic acid	24	WELIREG	35	ZTALMY	26
valsartan.....	59	WINREVAIR	105	ZURZUVAE.....	27
valsartan-hydrochlorothiazide.....	65	WIXELA INHUB	106	ZYDELIG.....	40
vancomycin hcl.....	19	XALKORI	40	ZYKADIA.....	40
VANFLYTA.....	40	XARELTO	57	ZYPREXA RELPREVV.....	46
VAQTA	97	XATMEP	95		
vardenafil hcl	83	XCOPRI	24, 25		

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.

Árabe: 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 más actualizada o si tiene alguna pregunta, comuníquese con la línea gratuita de Priority Health Medicare al 888.389.6648, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana, o visite prioritymedicare.com. Los usuarios TTY deben llamar al 711. El formulario puede cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando se estime 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. La red de farmacias de Priority Health Medicare ofrece acceso limitado a las farmacias que dispongan de una distribución de costos preferida en Michigan. Es posible que dichos costos anunciados en los documentos del plan, para estas farmacias, no estén disponibles en la farmacia que utiliza. Para obtener información actualizada sobre nuestras farmacias de la red, incluidas las farmacias con distribución de costos preferidas, llame al 888.389.6648 o consulte el directorio de farmacias en línea disponible en prioritymedicare.com. Los usuarios TTY deben llamar al 711.

ID 25361, versión 7