

# Formulario 2024

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

## Lista de medicamentos con cobertura

*Tenga en cuenta que:*

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

H8379\_NCMS100010852401B\_C 07172023

ID 24468, Versión 6

Este formulario fue aprobado el 08/25/2023. Para obtener información más actualizada o si tiene alguna pregunta, comuníquese con el servicio de atención al cliente de Priority Health Medicare a la línea gratuita 833.939.0983 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana, o visite [priorityhealth.com/dsnp](https://priorityhealth.com/dsnp).

**Información importante sobre el costo de las vacunas:** Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted, aunque no haya pagado su deducible (si es que su plan tiene deducible). Llame al servicio de atención al cliente para obtener más información.

**Información importante sobre los costos de la insulina:** Usted no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina que cubre nuestro plan, independientemente del nivel de gastos compartidos en el que se encuentre, aunque no haya pagado su deducible (si es que su plan tiene deducible).

**Nota a los afiliados actuales:** este formulario es diferente al del año pasado. Revise este documento para asegurarse de que todavía contenga los medicamentos que toma.

Cuando dicha lista de medicamentos (formulario) mencione "nosotros", "nuestro", o "nos", se refiere a Priority Health. Sin embargo, cuando mencione "plan" o a "nuestro plan", se refiere a Priority Health Medicare.

Dentro de este documento encontrará la lista de medicamentos (formulario) para nuestro plan, la cual está vigente a partir del 1 de enero de 2024. Si desea obtener un formulario actualizado, comuníquese con nosotros. En la portada y contraportada de este formulario encontrará nuestra información de contacto, junto con la fecha en que se actualizó por última vez.

Por lo general, para recibir el beneficio de medicamentos con receta debe utilizar las farmacias de la red. Recuerde que los beneficios, el formulario, la red de farmacias o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2025 y eventualmente durante el transcurso del año.

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

Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por Priority Health Medicare en consulta con un equipo de proveedores de atención médica, que representa las terapias recetadas que se consideran una parte necesaria de un 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.

## ¿Puede el formulario (lista de medicamentos) cambiar?

El 1 de enero se realizan la mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos, no obstante, podemos agregar o quitar medicamentos de la Lista de medicamentos, trasladarlos a diferentes niveles de la distribución de costos o agregar nuevas restricciones durante el transcurso del año. Al realizar dichos cambios debemos seguir todas las reglas de Medicare.

**A continuación, mencionamos los cambios que pueden implementarse durante este año:** Este año, usted percibirá cambios en su cobertura en los siguientes casos:

- **Nuevos medicamentos genéricos:** podemos retirar de inmediato un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos, si lo reemplazamos con una versión genérica recién aprobada del mismo, este aparecerá bajo el mismo nivel de distribución de costos o en uno menor y contará con las mismas restricciones o quizás menos. Asimismo, al agregar el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero trasladarlo de inmediato a un nivel de distribución de costos diferente o agregar nuevas restricciones. Si actualmente está tomando un medicamento de marca en particular, es posible que no le informemos con anticipación que implementaremos ese cambio sobre ese medicamento, sin embargo, más adelante, le proporcionaremos información sobre el cambio específico realizado.
  - Si introducimos dicho cambio, usted o el médico tratante pueden solicitar que hagamos una excepción y que continuemos cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el aviso que le proporcionamos o la sección titulada "*¿Cómo solicito una excepción al Formulario D-SNP de Priority Health Medicare?*" que se incluye a continuación.
- **Medicamentos retirados del mercado:** en caso de que la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) considere que un medicamento incluido en nuestro formulario es nocivo o su fabricante lo retira del mercado, retiraremos dicho medicamento de nuestro formulario inmediatamente y le proporcionaremos un aviso a los afiliados que los toman.

- **Cambios adicionales:** existe la posibilidad de que realicemos otros cambios que afecten a los afiliados que actualmente toman determinado medicamento. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico, que no es nuevo en el mercado, para reemplazar uno de marca que actualmente está incluido en el formulario; agregar nuevas restricciones a dicho medicamento; trasladarlo a un nivel de distribución de costos diferente o podemos realizar todas las opciones anteriores. O, también podemos realizar cambios, según las nuevas normas clínicas. En caso de que retiremos los medicamentos de nuestro formulario, agreguemos los requisitos de una autorización previa, límites de cantidad y/o restricciones de tratamiento escalonado en determinado medicamento, o lo traslademos a un nivel de distribución de costos más alto, debemos notificar sobre dicho cambio a los afiliados afectados, al menos con 30 días de anticipación a la entrada en vigor de este. O bien, notificárselo en el momento en que el afiliado solicite una reposición del medicamento, otorgándole un suministro para 30 días. Si introducimos estos cambios adicionales, usted o el médico tratante pueden solicitar que hagamos una excepción y que continuemos cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el aviso que le proporcionamos o la sección titulada "*¿Cómo solicito una excepción al Formulario D-SNP de Priority Health Medicare?*" **que se incluye a continuación.**

**Cambios por los que no se verá afectado si actualmente toma el medicamento:** Por lo general, si toma un medicamento de nuestro formulario 2024 que estaba cubierto al comienzo del año, no discontinuaremos ni reduciremos la cobertura de este durante el año de cobertura 2024, excepto como se describió 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. Si bien, a partir del 1 de enero del próximo año, dichos cambios sí le afectarán, es importante revisar la Lista de medicamentos correspondiente al nuevo año de beneficios para verificar cualquier cambio en los medicamentos.

El formulario adjunto está vigente a partir del 1 de enero de 2024. 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, a continuación, se las indicamos:

### 1. Afección médica

El formulario comienza en la página 10. los medicamentos incluidos en este 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 10. Luego, busque el medicamento debajo del nombre de esa categoría.

## 2. Lista por orden alfabético

Si no está seguro en cuál categoría debe buscar, busque su medicamento en el índice ubicado 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 tanto los medicamentos de marca como los genéricos aparecen en el mismo; 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. Generalmente, estos tienen un menor costo que los medicamentos de marca.

## ¿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 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, además de un 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 que usted espera, 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 10. 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 se actualizó por última vez.

Puede solicitarle a Priority Health Medicare que haga una excepción a estos límites o restricciones, o a la lista de otros medicamentos similares que traten su afección médica. Consulte la sección "*¿Cómo solicito una excepción para el formulario de D-SNP de Priority Health Medicare?*" que aparece en las siguientes líneas, 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:

- Solicitarle a servicio de atención al cliente una lista de medicamentos similares que cuenten con la cobertura de Priority Health Medicare. Al recibir la lista, muéstresela al médico y solicítele la receta de un medicamento similar que sí esté cubierto por Priority Health Medicare.
- Solicitarle a Priority Health Medicare que haga una excepción y cubra el medicamento para usted. Si desea obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte las siguientes líneas.

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

Puede solicitarle 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 este no se encuentra incluido en nuestro formulario. Si dicha solicitud es aprobada, 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.
- Solicitarnos que eximamos los límites o restricciones de cobertura aplicables a su medicamento. Por ejemplo, en el caso de determinados medicamentos, Priority Health Medicare establece límites sobre la cantidad del medicamento que cubriremos. Sin embargo, si su medicamento cuenta con un límite de cantidad, puede solicitarnos que eximamos dicho límite y cubramos una cantidad mayor.

Por lo general, Priority Health Medicare solo aprobará la solicitud de excepción si los medicamentos alternativos están incluidos en el formulario del plan o las restricciones de uso adicionales no serían tan efectivas para el tratamiento de su afección y/o le causarían efectos médicos adversos.

Debe comunicarse con nosotros y solicitarnos una decisión de cobertura inicial para la excepción a un formulario o restricción de uso. **Cuando solicite una excepción al formulario o restricción de uso, deberá enviar un informe del médico prescriptor o médico tratante, que respalde dicha solicitud.** Por lo general, tenemos 72 horas a partir de la recepción de la documentación de respaldo de quien prescribe la receta para tomar una decisión. También puede solicitar una excepción expedita (rápida) si usted o el médico consideran que su salud

podría verse gravemente afectada al esperar el plazo de 72 horas de la decisión. En caso de que se apruebe la solicitud expedita, debemos proporcionarle la decisión a más tardar 24 horas posteriores a la recepción del informe de respaldo por parte del médico u otro profesional que emita recetas.

## **¿Qué debo hacer antes de hablar con mi médico sobre cambiar mis medicamentos o solicitar una excepción?**

Como afiliado, nuevo o habitual, a nuestro plan, es posible que esté tomando medicamentos que no se encuentran incluidos en nuestro formulario. O bien, podría estar tomando un medicamento que figura en nuestro formulario, pero su capacidad para obtenerlo es limitada; por ejemplo, es probable que necesite una autorización previa de nuestra parte antes de que pueda surtir la receta. Si desea que cubramos el medicamento que toma debe conversar con su médico para decidir si debe cambiarse a un medicamento apto el cual cubramos o solicitar una excepción al formulario. En determinados casos, mientras conversa con el médico tratante para determinar el curso de acción adecuado para usted, podemos cubrir el medicamento durante los primeros 90 días de afiliación a nuestro plan.

Si cada uno de los medicamentos que usted toma no está incluido en nuestro formulario o si su capacidad para obtenerlos es limitada, cubriremos un suministro temporal para 30 días. En caso de que su receta prescriba menos días, le permitiremos varias reposiciones para proporcionarle hasta un máximo de suministro del medicamento para 30 días. Luego de proporcionarle el primer suministro para 30 días, no pagaremos dichos medicamentos, inclusive si ha sido afiliado del plan por menos de 90 días.

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 realiza 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 se actualizó por última vez.

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



# Formulario de Priority Medicare D-SNP

En el formulario que comienza en la página 10, 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 se encuentran en letra cursiva minúscula, por ejemplo, *atorvastatin*.

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

## Lista de abreviaturas

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

**EA: cada uno/a**

**GM: gramos**

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

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

**ML: mililitros**

**PA: autorización previa.** Priority Health Medicare estipula que usted o el médico deben obtener una autorización previa para algunos medicamentos. Esto quiere decir que deberá obtener la aprobación de Priority Health Medicare antes de surtir sus recetas médicas. De lo contrario, 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, además de un 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 que usted espera, 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 y el monto del copago y coseguro correspondiente a cada nivel durante la etapa de cobertura inicial.

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

| <b>Nivel del medicamento</b>    | <b>Deducible anual por receta</b> |
|---------------------------------|-----------------------------------|
| <b>Nivel 1</b><br>\$0 de copago | \$0 (no tiene deducible)          |

En la siguiente tabla, se indica el monto del copago y coseguro asociado a los medicamentos genéricos y de marca si no recibe ayuda adicional para pagar sus recetas.

| <b>Nivel del medicamento</b>       | <b>Deducible</b> |
|------------------------------------|------------------|
| <b>Nivel 1</b><br>25 % de coseguro | \$545            |

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

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

| Nombre del medicamento  | Nivel del medicamento | Requisitos y límites      |
|---|-----------------------|---------------------------|
| <b>Analgésicos</b>  |                       |                           |
| <b>Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos</b>  |                       |                           |
| <i>celecoxib, por vía oral</i>  | 1                     |                           |
| <i>diclofenac epolamine, de uso tópico</i>  | 1                     | PA                        |
| <i>diclofenac potassium, comprimidos de 50 mg, por vía oral</i>   | 1                     |                           |
| <i>diclofenac sodium er</i>   | 1                     |                           |
| <i>diclofenac sodium, gel al 1 %, de uso tópico</i>   | 1                     | QL (1000 GM, por 30 días) |
| <i>diclofenac sodium, gel al 3 %, de uso tópico</i>   | 1                     |                           |
| <i>diclofenac sodium, solución de uso tópico, al 1.5 %</i>  | 1                     |                           |
| <i>diclofenac sodium, por vía oral</i>  | 1                     |                           |
| <i>diclofenac-misoprostol, comprimidos de liberación lenta, por vía oral</i>  | 1                     |                           |
| <i>diflunisal, por vía oral</i>   | 1                     |                           |
| <i>etodolac, por vía oral</i>   | 1                     |                           |
| <i>fenoprofen calcium, comprimidos, por vía oral</i>  | 1                     |                           |
| <i>flurbiprofen, comprimidos de 100 mg, por vía oral</i>  | 1                     |                           |
| <i>ibu, comprimidos de 600 mg, 800 mg, por vía oral</i>   | 1                     |                           |
| <i>ibuprofen, suspensión oral</i>   | 1                     |                           |
| <i>ibuprofen, comprimidos de 400 mg, 600 mg, 800 mg, por vía oral</i>   | 1                     |                           |
| <i>mefenamic acid, por vía oral</i>   | 1                     | QL (30 de EA por 30 días) |
| <i>meloxicam, comprimidos, por vía oral</i>   | 1                     |                           |
| <i>nabumetone, por vía oral</i>   | 1                     |                           |
| <i>naproxen, comprimidos, por vía oral</i>  | 1                     |                           |
| <i>naproxen sodium, comprimidos de 275 mg, 550 mg, por vía oral</i>   | 1                     |                           |
| <i>oxaprozin</i>  | 1                     |                           |
| <i>piroxicam, por vía oral</i>  | 1                     |                           |
| <i>salsalate, por vía oral</i>  | 1                     |                           |
| <i>sulindac, por vía oral</i>   | 1                     |                           |
| <b>Analgésicos opiáceos de acción prolongada</b>  |                       |                           |
| <i>buprenorphine transdermal, parche transdérmico</i>   | 1                     | QL (4 de EA por 28 días)  |
| <i>fentanyl transdermal, parche transdérmico hasta 72 horas, 100 mcg/hora, 12 mcg/hora, 25 mcg/hora, 50 mcg/hora, 75 mcg/hora</i> | 1                     | QL (10 de EA por 30 días) |
| <i>hydromorphone hcl er, comprimidos de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>                                    | 1                     | QL (60 de EA por 30 días) |
| <i>methadone hcl, solución oral de 10 mg/5ml</i>  | 1                     | QL (600 ML por 30 días)   |
| <i>methadone hcl, solución oral de 5 mg/5ml</i>   | 1                     | QL (1200 ML por 30 días)  |

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

\* = suministro para 30 días únicamente

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

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario están disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 8.

| Nombre del medicamento  | Nivel del medicamento | Requisitos y límites           |
|---|-----------------------|--------------------------------|
| <i>methadone hcl, comprimidos de 10 mg, por vía oral</i>  | 1                     | QL (90 de EA por 30 días)      |
| <i>methadone hcl, comprimidos de 5 mg, por vía oral</i>   | 1                     | QL (120 de EA por 30 días)     |
| <i>morphine sulfate er, comprimidos de 100 mg, de liberación prolongada, por vía oral</i>   | 1                     | QL (60 de EA por 30 días)      |
| <i>morphine sulfate er, comprimidos de 15 mg, 200 mg, 30 mg, 60 mg, de liberación prolongada, por vía oral</i>                    | 1                     | QL (120 de EA por 30 días)     |
| <i>oxymorphone hcl er</i>   | 1                     | QL (90 de EA por 30 días)      |
| <i>tramadol hcl er</i>  | 1                     | QL (30 de EA por 30 días)      |
| <b>Analgésicos opiáceos de acción rápida</b>  |                       |                                |
| <i>acetaminophen-codeine n.º3</i>   | 1                     | QL (360 de EA por 30 días)     |
| <i>acetaminophen-codeine, comprimidos de 300-15 mg, 300-30 mg, por vía oral</i>   | 1                     | QL (360 de EA por 30 días)     |
| <i>acetaminophen-codeine, comprimidos de 300-60 mg, por vía oral</i>  | 1                     | QL (180 de EA por 30 días)     |
| <i>butorphanol tartrate, por vía nasal</i>  | 1                     | QL (10 ML por 28 días)         |
| <i>codeine sulfate, comprimidos de 30 mg, 60 mg, por vía oral</i>   | 1                     | QL (180 de EA por 30 días)     |
| ENDOCET, COMPRIMIDOS DE 10-325 MG, 2.5-325 MG, 5-325 MG, 7.5-325 MG, POR VÍA ORAL   | 1                     | QL (360 de EA por 30 días)     |
| <i>fentanyl citrate buccal, comprimidos para chupar de 1200 mcg, 1600 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg, con aplicador integrado</i> | 1*                    | PA; QL (120 de EA por 30 días) |
| <i>fentanyl citrate buccal, comprimidos para chupar de 200 mcg, con aplicador integrado</i>                                       | 1                     | PA; QL (120 de EA por 30 días) |
| <i>hydrocodone-acetaminophen, solución oral de 7.5- 325 mg/15ml</i>   | 1                     | QL (5550 ML por 30 días)       |
| <i>hydrocodone-acetaminophen, comprimidos de 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg, por vía oral</i>                                    | 1                     | QL (360 de EA por 30 días)     |
| <i>hydrocodone-ibuprofen, comprimidos de 7.5-200 mg, por vía oral</i>   | 1                     | QL (150 de EA por 30 días)     |
| <i>hydromorphone hcl, líquido, por vía oral</i>   | 1                     | QL (2400 ML por 30 días)       |
| <i>hydromorphone hcl, comprimidos, por vía oral</i>   | 1                     | QL (180 de EA por 30 días)     |
| <i>hydromorphone hcl pf, solución inyectable de 10 mg/ml, 50 mg/5ml</i>   | 1                     | QL (240 ML por 30 días)        |
| <i>morphine sulfate (concentrate), solución oral de 100 mg/5 ml, 20 mg/ml</i>   | 1                     | QL (900 ML por 30 días)        |
| <i>morphine sulfate, solución oral</i>  | 1                     | QL (900 ML por 30 días)        |
| <i>morphine sulfate, comprimidos, por vía oral</i>  | 1                     | QL (180 de EA por 30 días)     |
| <i>oxycodone hcl concentrate, de 100 mg/5ml, concentrado, por vía oral</i>  | 1                     | QL (180 ML por 30 días)        |
| <i>oxycodone hcl, solución oral</i>   | 1                     | QL (1200 ML por 30 días)       |
| <i>oxycodone hcl, comprimidos de 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, por vía oral</i>   | 1                     | QL (180 de EA por 30 días)     |

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

\* = suministro para 30 días únicamente

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

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario están disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 8.

| Nombre del medicamento   | Nivel del medicamento | Requisitos y límites          |
|--|-----------------------|-------------------------------|
| <i>oxycodone hcl, comprimidos de 5 mg, por vía oral</i>                                      | 1                     | QL (360 de EA por 30 días)    |
| <i>oxycodone-acetaminophen, comprimidos de 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg, por vía oral</i> | 1                     | QL (360 de EA por 30 días)    |
| <i>oxymorphone hcl, comprimidos de 10 mg, por vía oral</i>                                   | 1                     | QL (360 de EA por 30 días)    |
| <i>oxymorphone hcl, comprimidos de 5 mg, por vía oral</i>                                    | 1                     | QL (180 de EA por 30 días)    |
| <i>tramadol hcl, comprimidos de 50 mg, por vía oral</i>                                      | 1                     | QL (240 de EA por 30 días)    |
| <i>tramadol-acetaminophen</i>  | 1                     | QL (240 de EA por 30 días)    |
| <b>Anestésicos</b>   |                       |                               |
| <b>Anestésicos locales</b>   |                       |                               |
| <i>lidocaine, al 5 %, unguento de uso tópico</i>   | 1                     |                               |
| <i>lidocaine, al 5%, parche transdérmico</i>   | 1                     | PA; QL (90 de EA por 30 días) |
| <i>lidocaine hcl, solución tópica</i>  | 1                     |                               |
| <i>lidocaine hcl, por vía uretral/membranas mucosas</i>                                      | 1                     |                               |
| <i>lidocaine viscous hcl</i>   | 1                     |                               |
| <i>lidocaine-prilocaine, crema de uso tópico</i>   | 1                     |                               |
| <b>Fármacos para el tratamiento de adicciones y consumo excesivo de sustancias</b>           |                       |                               |
| <b>Fármacos para tratar la dependencia del alcohol</b>                                       |                       |                               |
| <i>acamprosate calcium</i>   | 1                     |                               |
| <i>disulfiram, por vía oral</i>  | 1                     |                               |
| <i>naltrexone hcl, por vía oral</i>  | 1                     |                               |
| <b>Fármacos para tratar la dependencia a los opioides</b>                                    |                       |                               |
| <i>buprenorphine hcl, por vía sublingual</i>   | 1                     | QL (90 de EA por 30 días)     |
| <i>buprenorphine hcl-naloxone hcl, de 12-3 mg, tira sublingual</i>                           | 1                     | QL (60 de EA por 30 días)     |
| <i>buprenorphine hcl-naloxone hcl, tira sublingual, 0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg</i>               | 1                     | QL (90 de EA por 30 días)     |
| <i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual, comprimidos, por vía sublingual</i>            | 1                     | QL (90 de EA por 30 días)     |
| <b>Fármacos antagonistas de los opioides</b>   |                       |                               |
| <i>naloxone hcl, solución inyectable de 0.4 mg/ml</i>  | 1                     |                               |
| <i>naloxone hcl, solución inyectable en cartucho</i>   | 1                     |                               |
| <i>naloxone hcl, solución inyectable, jeringa precargada</i>                                 | 1                     |                               |
| <i>naloxone hcl, por vía nasal</i>   | 1                     | QL (2 de EA por 30 días)      |
| ZIMHI  | 1                     | QL (1 ML por 30 días)         |

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

\* = suministro para 30 días únicamente

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

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario están disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 8.

| Nombre del medicamento   | Nivel del medicamento | Requisitos y límites          |
|--|-----------------------|-------------------------------|
| <b>Fármacos para dejar de fumar</b>  |                       |                               |
| <i>bupropion hcl er, disuasivo para fumadores</i>  | 1                     |                               |
| NICOTROL   | 1                     |                               |
| NICOTROL NS  | 1                     |                               |
| <i>varenicline tartrate, comprimidos, por vía oral</i>   | 1                     |                               |
| <i>varenicline tartrate, caja de comprimidos, por vía oral</i>                                       | 1                     |                               |
| <b>Antibióticos</b>  |                       |                               |
| <b>Aminoglucósidos</b>   |                       |                               |
| <i>amikacin sulfate, solución inyectable de 500 mg/2ml</i>   | 1                     | HI                            |
| ARIKAYCE   | 1*                    | PA; QL (235.2 ML por 28 días) |
| <i>gentamicin, en solución intravenosa salina de 0.8-0.9 mg/ml-%, 1-0.9 mg/ml-%, 1.6-0.9 mg/ml-%</i> | 1                     | HI                            |
| <i>gentamicin, en solución salina intravenosa de 1.2-0.9 mg/ml-%</i>                                 | 1                     | HI                            |
| <i>gentamicin sulfate, de uso tópico</i>   | 1                     | QL (90 GM por 30 días)        |
| <i>gentamicin sulfate, solución inyectable de 40 mg/ml</i>   | 1                     |                               |
| <i>neomycin sulfate, por vía oral</i>  | 1                     |                               |
| <i>paromomycin sulfate, por vía oral</i>   | 1                     |                               |
| <i>streptomycin sulfate, por vía intramuscular</i>   | 1                     |                               |
| <i>tobramycin sulfate, solución inyectable de 10 mg/ml</i>   | 1                     | HI; QL (720 ML por 30 días)   |
| <i>tobramycin sulfate, solución inyectable de 80 mg/2ml</i>  | 1                     | QL (720 ML por 30 días)       |
| <b>Antibióticos, otros</b>   |                       |                               |
| <i>aztreonam</i>   | 1                     | HI                            |
| CLEOCIN, SUPOSITORIO VAGINAL   | 1                     |                               |
| <i>clindamycin hcl, cápsulas de 150 mg, 300 mg, por vía oral</i>                                     | 1                     |                               |
| <i>clindamycin palmitate hcl</i>   | 1                     |                               |
| <i>clindamycin phosphate, de uso tópico con hisopo</i>   | 1                     |                               |
| <i>clindamycin phosphate, en dextrosa al 5 %, solución intravenosa de 300 mg/50ml, 900 mg/50ml</i>   | 1                     |                               |
| <i>clindamycin phosphate, en dextrosa al 5 %, solución intravenosa de 600 mg/50ml</i>                | 1                     |                               |
| <i>clindamycin phosphate, por vía vaginal</i>  | 1                     |                               |
| <i>colistimethate sodium (cba)</i>   | 1*                    | HI                            |
| <i>daptomycin, reconstituida, solución intravenosa de 500 mg</i>                                     | 1*                    | HI                            |
| FIRVANQ  | 1                     |                               |

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

\* = suministro para 30 días únicamente

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

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario están disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 8.

| Nombre del medicamento   | Nivel del medicamento | Requisitos y límites          |
|--|-----------------------|-------------------------------|
| <i>fosfomicin tromethamine</i>   | 1                     |                               |
| <i>linezolid, solución intravenosa de 600 mg/300ml</i>                             | 1                     |                               |
| <i>linezolid, reconstituida, suspensión oral</i>                                   | 1*                    |                               |
| <i>linezolid, comprimidos, por vía oral</i>  | 1                     | QL (56 de EA por 28 días)     |
| <i>methenamine hippurate</i>   | 1                     |                               |
| <i>metronidazole, de uso tópico</i>  | 1                     |                               |
| <i>metronidazole, solución intravenosa de 500 mg/100 ml</i>                        | 1                     |                               |
| <i>metronidazole, comprimidos, por vía oral</i>                                    | 1                     |                               |
| <i>metronidazole, por vía vaginal</i>  | 1                     |                               |
| <i>nitrofurantoin macrocrystal, cápsulas de 100 mg, 50 mg, por vía oral</i>        | 1                     |                               |
| <i>nitrofurantoin monohyd macro</i>  | 1                     |                               |
| SIVEXTRO, POR VÍA ORAL   | 1*                    | PA; QL (6 de EA por 30 días)  |
| <i>tigecycline</i>   | 1                     | HI                            |
| <i>trimethoprim, por vía oral</i>  | 1                     |                               |
| <i>vancomycin hcl, reconstituida, solución intravenosa de 1 gm, 10 gm, 500 mg</i>  | 1                     | HI                            |
| <i>vancomycin hcl, reconstituida, solución intravenosa de 1.5 gm</i>               | 1                     |                               |
| <i>vancomycin hcl, cápsulas de 125 mg, por vía oral</i>                            | 1                     | QL (80 de EA por 30 días)     |
| <i>vancomycin hcl, cápsulas de 250 mg, por vía oral</i>                            | 1                     | QL (160 de EA por 30 días)    |
| VANCOMYCIN HCL, RECONSTITUIDA, SOLUCIÓN ORAL DE 25 MG/ML                           | 1                     |                               |
| XIFAXAN, COMPRIMIDOS DE 200 MG, POR VÍA ORAL                                       | 1                     | PA; QL (9 de EA por 30 días)  |
| XIFAXAN, COMPRIMIDOS DE 550 MG, POR VÍA ORAL                                       | 1*                    | PA; QL (60 de EA por 30 días) |
| <b>Antibióticos beta-lactámicos, cefalosporinas</b>                                |                       |                               |
| <i>cefaclor</i>  | 1                     |                               |
| <i>cefadroxil, cápsulas, por vía oral</i>  | 1                     |                               |
| <i>cefadroxil, reconstituida, suspensión oral</i>                                  | 1                     |                               |
| <i>cefazolin sodium, reconstituida, solución inyectable de 1 gm, 10 gm, 500 mg</i> | 1                     | HI                            |
| <i>cefdinir</i>  | 1                     |                               |
| <i>cefepime hcl, reconstituida, solución inyectable de 1 gm</i>                    | 1                     | HI                            |
| <i>cefepime hcl, reconstituida, solución intravenosa de 2 gm</i>                   | 1                     | HI                            |
| <i>cefixime, cápsulas, por vía oral</i>  | 1                     |                               |

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

\* = suministro para 30 días únicamente

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

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario están disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 8.



| Nombre del medicamento  | Nivel del medicamento | Requisitos y límites |
|---|-----------------------|----------------------|
| <i>cefotixin sodium, por vía intravenosa</i>  | 1                     | HI                   |
| <i>cefepodoxime proxetil</i>  | 1                     |                      |
| <i>cefprozil</i>  | 1                     |                      |
| <i>ceftazidime, solución inyectable de 1 gm, 6 gm, reconstituida</i>                        | 1                     | HI                   |
| <i>ceftazidime, por vía intravenosa</i>   | 1                     | HI                   |
| <i>ceftriaxone sodium, reconstituida, solución inyectable de 1 gm, 2 gm, 250 mg, 500 mg</i> | 1                     | HI                   |
| <i>ceftriaxone sodium, reconstituida, solución intravenosa de 10 gm</i>                     | 1                     | HI                   |
| <i>cefuroxime axetil, comprimidos, por vía oral</i>   | 1                     |                      |
| <i>cefuroxime sodium, solución inyectable de 750 gm, reconstituida</i>                      | 1                     | HI                   |
| <i>cefuroxime sodium, reconstituida, solución intravenosa de 1.5 gm</i>                     | 1                     | HI                   |
| <i>cephalexin, cápsulas de 250 mg, 500 mg, por vía oral</i>                                 | 1                     |                      |
| <i>cephalexin, reconstituida, suspensión oral</i>   | 1                     |                      |
| SUPRAX, RECONSTITUIDA, SUSPENSIÓN ORAL DE 500 MG/5ML  | 1                     |                      |
| SUPRAX, TABLETAS MASTICABLES, POR VÍA ORAL  | 1                     |                      |
| TEFLARO   | 1                     |                      |
| ZERBAXA   | 1*                    |                      |
| <b>Antibióticos beta-lactámicos, penicilinas</b>  |                       |                      |
| <i>amoxicillin, cápsulas, por vía oral</i>  | 1                     |                      |
| <i>amoxicillin, reconstituida, suspensión oral</i>  | 1                     |                      |
| <i>amoxicillin, comprimidos, por vía oral</i>   | 1                     |                      |
| <i>amoxicillin, tabletas masticables de 125 mg, 250 mg, por vía oral</i>                    | 1                     |                      |
| <i>amoxicillin-pot clavulanate er</i>   | 1                     |                      |
| <i>amoxicillin-pot clavulanate, por vía oral</i>  | 1                     |                      |
| <i>ampicillin, cápsulas de 500 mg, por vía oral</i>   | 1                     |                      |
| <i>ampicillin sodium, reconstituida, solución inyectable de 1 gm, 125 mg</i>                | 1                     | HI                   |
| <i>ampicillin sodium, reconstituida, solución intravenosa de 10 gm</i>                      | 1                     | HI                   |
| <i>ampicillin-sulbactam sodium, reconstituida, solución inyectable de 3 (2-1) gm</i>        | 1                     | HI                   |

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

\* = suministro para 30 días únicamente

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

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario están disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 8.



| Nombre del medicamento   | Nivel del medicamento | Requisitos y límites |
|--|-----------------------|----------------------|
| <i>ampicillin-sulbactam sodium, reconstituida, solución intravenosa de 15 (10-5) gm</i>  | 1                     | HI                   |
| BICILLIN C-R   | 1                     |                      |
| BICILLIN C-R 900/300   | 1                     |                      |
| BICILLIN L-A, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, JERINGA PRECARGADA   | 1                     |                      |
| <i>dicloxacillin sodium</i>  | 1                     |                      |
| <i>nafcillin sodium, reconstituida, solución inyectable de 1 gm, 2 gm</i>  | 1                     |                      |
| <i>nafcillin sodium, reconstituida, solución intravenosa de 10 gm</i>  | 1                     |                      |
| <i>oxacillin sodium, en dextrosa, solución intravenosa de 1 gm/50ml</i>  | 1                     | HI                   |
| <i>oxacillin sodium, reconstituida, solución inyectable de 1 gm</i>  | 1                     |                      |
| <i>oxacillin sodium, por vía intravenosa</i>   | 1                     |                      |
| <i>penicillin g pot, en solución intravenosa de dextrosa de 40000 unidades/ml, 60000 unidades/ml</i>   | 1                     | HI                   |
| <i>penicillin g potassium, reconstituida, solución inyectable de 20000000 unidades</i>   | 1                     | HI                   |
| <i>penicillin g potassium, reconstituida, solución inyectable de 5000000 unidades</i>  | 1                     |                      |
| <i>penicillin g procaine</i>   | 1                     |                      |
| <i>penicillin g sodium</i>   | 1                     |                      |
| <i>penicillin v potassium, reconstituida, solución oral</i>  | 1                     |                      |
| <i>penicillin v potassium, comprimidos, por vía oral</i>   | 1                     |                      |
| <i>piperacillin sod-tazobactam so, reconstituida, solución intravenosa 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</i> | 1                     | HI                   |
| <b>Fármacos carbapenémicos</b>   |                       |                      |
| <i>ertapenem sodium</i>  | 1                     |                      |
| <i>imipenem-cilastatin</i>   | 1                     |                      |
| <i>meropenem</i>   | 1                     |                      |
| <b>Macrólidos</b>  |                       |                      |
| <i>azithromycin, por vía intravenosa</i>   | 1                     | HI                   |
| <i>azithromycin, por vía oral</i>  | 1                     |                      |
| <i>clarithromycin er</i>   | 1                     |                      |
| <i>clarithromycin, reconstituida, suspensión oral</i>  | 1                     |                      |

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

\* = suministro para 30 días únicamente

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

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario están disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 8.

| Nombre del medicamento  | Nivel del medicamento | Requisitos y límites          |
|---|-----------------------|-------------------------------|
| <i>clarithromycin, comprimidos, por vía oral</i>  | 1                     |                               |
| DIFICID, RECONSTITUIDO, SUSPENSIÓN ORAL   | 1*                    | ST; QL (136 ML por 10 días)   |
| DIFICID, COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL  | 1*                    | ST; QL (20 de EA por 10 días) |
| ERY-TAB, COMPRIMIDOS DE 250 MG, 333 MG, DE LIBERACIÓN LENTA, POR VÍA ORAL                   | 1                     |                               |
| ERYTHROCIN LACTOBIONATE, RECONSTITUIDA, SOLUCIÓN INTRAVENOSA DE 500 MG                      | 1                     |                               |
| ERYTHROCIN STEARATE, COMPRIMIDOS DE 250 MG, POR VÍA ORAL                                    | 1                     |                               |
| <i>erythromycin base, cápsulas con partículas de liberación lenta, por vía oral</i>         | 1                     |                               |
| <i>erythromycin base, comprimidos, por vía oral</i>   | 1                     |                               |
| <i>erythromycin ethylsuccinate, reconstituida, suspensión oral de 200 mg/5ml</i>            | 1                     |                               |
| <i>erythromycin ethylsuccinate, reconstituida, suspensión oral de 400 mg/5ml</i>            | 1                     |                               |
| <i>erythromycin ethylsuccinate, comprimidos, por vía oral</i>                               | 1                     |                               |
| <i>erythromycin, por vía oral</i>   | 1                     |                               |
| <b>Quinolónicos</b>   |                       |                               |
| <i>ciprofloxacin hcl, de uso oftálmico</i>  | 1                     |                               |
| <i>ciprofloxacin hcl, comprimidos de 100 mg, por vía oral</i>                               | 1                     |                               |
| <i>ciprofloxacin hcl, comprimidos de 250 mg, 500 mg, por vía oral</i>                       | 1                     |                               |
| <i>ciprofloxacin hcl, comprimidos de 750 mg, por vía oral</i>                               | 1                     |                               |
| <i>ciprofloxacin, en dextrosa al 5 %, solución intravenosa de 200 mg/100ml</i>              | 1                     |                               |
| <i>levofloxacin, en dextrosa al 5 %, solución intravenosa de 500 mg/100ml, 750 mg/150ml</i> | 1                     |                               |
| <i>levofloxacin, por vía oral</i>   | 1                     |                               |
| <i>moxifloxacin hcl in nacl</i>   | 1                     | HI                            |
| <i>moxifloxacin hcl, por vía oral</i>   | 1                     |                               |
| <i>ofloxacin, comprimidos de 300 mg, 400 mg, por vía oral</i>                               | 1                     |                               |
| <b>Sulfonamidas</b>   |                       |                               |
| <i>sulfacetamide sodium, para tratar el acné</i>  | 1                     |                               |
| <i>sulfadiazine, por vía oral</i>   | 1                     |                               |
| <i>sulfamethoxazole-trimethoprim, suspensión oral de 200-40 mg/5 ml</i>                     | 1                     |                               |

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

\* = suministro para 30 días únicamente

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

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario están disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 8.

| Nombre del medicamento  | Nivel del medicamento | Requisitos y límites          |
|---|-----------------------|-------------------------------|
| <i>sulfamethoxazole-trimethoprim, comprimidos, por vía oral</i>                   | 1                     |                               |
| <b>Tetraciclinas</b>  |                       |                               |
| <i>demeclocycline hcl, por vía oral</i>   | 1                     |                               |
| DOXY 100  | 1                     | B/D                           |
| <i>doxycycline hyclate, cápsulas, por vía oral</i>                                | 1                     |                               |
| <i>doxycycline hyclate, comprimidos de 100 mg, 20 mg, por vía oral</i>            | 1                     |                               |
| <i>doxycycline monohydrate, cápsulas de 100 mg, 50 mg, por vía oral</i>           | 1                     |                               |
| <i>doxycycline monohydrate, cápsulas de 75 mg, por vía oral</i>                   | 1                     |                               |
| <i>doxycycline monohydrate, reconstituida, suspensión oral</i>                    | 1                     |                               |
| <i>doxycycline monohydrate, comprimidos de 150 mg, 50 mg, 75 mg, por vía oral</i> | 1                     |                               |
| <i>minocycline hcl, cápsulas, por vía oral</i>                                    | 1                     |                               |
| <i>tetracycline hcl, por vía oral</i>   | 1                     |                               |
| <b>Anticonvulsivantes</b>   |                       |                               |
| <b>Anticonvulsivantes, otros</b>  |                       |                               |
| BRIVIACT, SOLUCIÓN ORAL   | 1*                    | ST; QL (600 ML por 30 días)   |
| BRIVIACT, COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL   | 1*                    | ST; QL (60 de EA por 30 días) |
| DIACOMIT  | 1*                    | PA                            |
| EPIDIOLEX   | 1*                    | PA; QL (500 ML por 30 días)   |
| EPRONTIA  | 1                     | ST; QL (480 ML por 30 días)   |
| <i>felbamate</i>  | 1                     |                               |
| FINTEPLA  | 1*                    | PA; QL (360 ML por 30 días)   |
| FYCOMPA, SUSPENSIÓN ORAL  | 1*                    | QL (680 ML por 28 días)       |
| FYCOMPA, COMPRIMIDOS DE 10 MG, 12 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG, POR VÍA ORAL              | 1*                    | QL (30 de EA por 30 días)     |
| FYCOMPA, COMPRIMIDOS DE 2 MG, POR VÍA ORAL  | 1                     | QL (30 de EA por 30 días)     |
| <i>lamotrigine er</i>   | 1                     |                               |
| <i>lamotrigine, kit de 25 &amp; 50 &amp; 100 mg, por vía oral</i>                 | 1                     |                               |
| <i>lamotrigine, comprimidos, por vía oral</i>                                     | 1                     |                               |
| <i>lamotrigine, tabletas masticables, por vía oral</i>                            | 1                     |                               |
| <i>lamotrigine, comprimidos dispersables, por vía oral</i>                        | 1                     |                               |
| <i>lamogrinine, para tratamiento inicial (caja azul)</i>                          | 1                     |                               |
| <i>lamotrigine, para tratamiento inicial (caja verde)</i>                         | 1                     |                               |
| <i>lamotrigine, para tratamiento inicial (caja naranja)</i>                       | 1                     |                               |

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

\* = suministro para 30 días únicamente

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

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario están disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 8.

| Nombre del medicamento  | Nivel del medicamento | Requisitos y límites          |
|---|-----------------------|-------------------------------|
| <i>levetiracetam er</i>   | 1                     |                               |
| <i>levetiracetam, por vía oral</i>  | 1                     |                               |
| SPRITAM, COMPRIMIDOS SOLUBLES/DISGREGANTES DE 1000 MG, 500 MG, 750 MG, POR VÍA ORAL             | 1                     | QL (90 de EA por 30 días)     |
| SPRITAM, COMPRIMIDOS SOLUBLES/DISGREGANTES DE 250 MG, POR VÍA ORAL                              | 1                     | QL (60 de EA por 30 días)     |
| <i>topiramate, por vía oral</i>   | 1                     |                               |
| <i>valproic acid, cápsulas, por vía oral</i>  | 1                     |                               |
| <i>valproic acid, solución oral</i>   | 1                     |                               |
| XCOPRI, CAJA DE COMPRIMIDOS DE 100 y 150 MG, DOSIS DIARIA DE 250 MG, POR VÍA ORAL               | 1*                    | QL (56 de EA por 28 días)     |
| XCOPRI, DOSIS DIARIA DE 350 MG  | 1*                    | QL (56 de EA por 28 días)     |
| XCOPRI, COMPRIMIDOS DE 100 MG, 50 MG, POR VÍA ORAL  | 1*                    | QL (30 de EA por 30 días)     |
| XCOPRI, COMPRIMIDOS DE 150 MG, 200 MG, POR VÍA ORAL   | 1*                    | QL (60 de EA por 30 días)     |
| XCOPRI, CAJA DE COMPRIMIDOS DE 14 X 12.5 MG & 14 X 25 MG, POR VÍA ORAL                          | 1                     | QL (28 de EA por 28 días)     |
| XCOPRI, CAJA DE COMPRIMIDOS DE 14 X 150 MG Y 14 X 200 MG, 14 X 50 MG Y 14 X100 MG, POR VÍA ORAL | 1*                    | QL (28 de EA por 28 días)     |
| <b>Fármacos bloqueadores de los canales de calcio</b>   |                       |                               |
| <i>ethosuximide, por vía oral</i>   | 1                     |                               |
| <i>methsuximide</i>   | 1                     |                               |
| ZONISADE  | 1*                    | PA; QL (900 ML por 30 días)   |
| <b>Fármacos potenciadores del ácido gamma-aminobutírico (Gaba)</b>                              |                       |                               |
| <i>clobazam, suspensión oral</i>  | 1                     | PA; QL (480 ML por 30 días)   |
| <i>clobazam, comprimidos, por vía oral</i>  | 1                     | PA; QL (60 de EA por 30 días) |
| <i>diazepam, por vía rectal</i>   | 1                     |                               |
| <i>gabapentin, cápsulas, por vía oral</i>   | 1                     |                               |
| <i>gabapentin, solución oral de 250 mg/5 ml</i>   | 1                     |                               |
| <i>gabapentin, comprimidos de 600 mg, 800 mg, por vía oral</i>                                  | 1                     |                               |
| NAYZILAM  | 1                     | QL (10 de EA por 30 días)     |
| <i>phenobarbital elixir, por vía oral</i>   | 1                     | PA                            |
| <i>phenobarbital, comprimidos, por vía oral</i>   | 1                     | PA                            |
| <i>primidone, comprimidos de 250 mg, 50 mg, por vía oral</i>                                    | 1                     |                               |
| SYMPAZAN  | 1*                    | PA; QL (60 de EA por 30 días) |
| <i>tiagabine hcl</i>  | 1                     |                               |

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

\* = suministro para 30 días únicamente

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

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario están disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 8.

| Nombre del medicamento   | Nivel del medicamento | Requisitos y límites          |
|--|-----------------------|-------------------------------|
| VALTOCO, DOSIS DE 10 MG  | 1                     | QL (10 de EA por 30 días)     |
| VALTOCO, DOSIS DE 15 MG  | 1                     | QL (20 de EA por 30 días)     |
| VALTOCO, DOSIS DE 20 MG  | 1                     | QL (20 de EA por 30 días)     |
| VALTOCO, DOSIS DE 5 MG   | 1                     | QL (10 de EA por 30 días)     |
| <i>vigabatrin</i>  | 1*                    | LA                            |
| <i>vigadrone, caja, por vía oral</i>   | 1*                    |                               |
| VIGADRONE, COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL   | 1*                    | LA                            |
| ZTALMY   | 1*                    | PA; QL (1100 ML por 30 días)  |
| <b>Fármacos bloqueadores de los canales de sodio</b>                                       |                       |                               |
| APTIOM, COMPRIMIDOS DE 200 MG, 400 MG, 800 MG, POR VÍA ORAL                                | 1*                    | ST; QL (30 de EA por 30 días) |
| APTIOM, COMPRIMIDOS DE 600 MG, POR VÍA ORAL  | 1*                    | ST; QL (60 de EA por 30 días) |
| <i>carbamazepine er, comprimidos de liberación prolongada hasta 12 horas, por vía oral</i> | 1                     |                               |
| <i>carbamazepine, por vía oral</i>   | 1                     |                               |
| <i>epitol</i>  | 1                     |                               |
| <i>lacosamide, solución oral</i>   | 1                     | QL (1200 ML por 30 días)      |
| <i>lacosamide, comprimidos, por vía oral</i>   | 1                     | QL (60 de EA por 30 días)     |
| <i>oxcarbazepine</i>   | 1                     |                               |
| <i>phenytoin, suspensión oral de 125 mg/5ml</i>  | 1                     |                               |
| <i>phenytoin, tabletas masticables, por vía oral</i>                                       | 1                     |                               |
| <i>phenytoin sodium extended, de acción prolongada</i>                                     | 1                     |                               |
| <i>rufinamide, suspensión oral</i>   | 1*                    | PA                            |
| <i>rufinamide, comprimidos de 200 mg, por vía oral</i>                                     | 1                     | PA                            |
| <i>rufinamide, comprimidos de 400 mg, por vía oral</i>                                     | 1*                    | PA                            |
| <i>zonisamide, por vía oral</i>  | 1                     |                               |
| <b>Fármacos contra la demencia</b>   |                       |                               |
| <b>Fármacos contra la demencia, otros</b>  |                       |                               |
| <i>donepezil hcl, comprimidos de 10 mg, por vía oral</i>                                   | 1                     | QL (60 de EA por 30 días)     |
| <i>donepezil hcl, comprimidos de 5 mg, por vía oral</i>                                    | 1                     | QL (30 de EA por 30 días)     |
| <i>donepezil hcl, comprimidos dispersables de 10 mg, por vía oral</i>                      | 1                     | QL (60 de EA por 30 días)     |
| <i>donepezil hcl, comprimidos dispersables de 5 mg, por vía oral</i>                       | 1                     | QL (30 de EA por 30 días)     |
| <i>ergoloid mesylates, por vía oral</i>  | 1                     |                               |
| <b>Inhibidores de la colinesterasa</b>   |                       |                               |
| <i>donepezil hcl, comprimidos de 23 mg, por vía oral</i>                                   | 1                     |                               |

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

\* = suministro para 30 días únicamente

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

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario están disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 8.

| Nombre del medicamento   | Nivel del medicamento | Requisitos y límites          |
|--|-----------------------|-------------------------------|
| <i>galantamine hydrobromide</i>  | 1                     |                               |
| <i>galantamine hydrobromide er</i>   | 1                     |                               |
| <i>rivastigmine</i>  | 1                     | QL (30 de EA por 30 días)     |
| <i>rivastigmine tartrate</i>   | 1                     | QL (60 de EA por 30 días)     |
| <b>Fármacos antagonistas de los receptores N-Methyl-D-Aspartate (Nmda)</b>   |                       |                               |
| <i>memantine hcl er</i>  | 1                     | QL (30 de EA por 30 días)     |
| <i>memantine hcl, solución oral de 2 mg/ml</i>   | 1                     | QL (300 ML por 30 días)       |
| <i>memantine hcl, comprimidos de 10 mg, 5 mg, por vía oral</i>   | 1                     | QL (60 de EA por 30 días)     |
| <i>memantine hcl, comprimidos de 28 x 5 mg y 21 x 10 mg, por vía oral</i>  | 1                     | QL (49 de EA por 28 días)     |
| <b>Antidepresivos</b>  |                       |                               |
| <b>Antidepresivos, otros</b>   |                       |                               |
| AUVELITY   | 1*                    | PA; QL (60 de EA por 30 días) |
| <i>bupropion hcl er (sr)</i>   | 1                     |                               |
| <i>bupropion hcl er (xl), comprimidos de 150 mg, 300 mg, de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>       | 1                     |                               |
| <i>bupropion hcl, por vía oral</i>   | 1                     |                               |
| <i>mirtazapine, por vía oral</i>   | 1                     |                               |
| <b>Inhibidores de la monoamina oxidasa</b>   |                       |                               |
| EMSAM  | 1*                    | ST                            |
| MARPLAN  | 1                     | QL (180 de EA por 30 días)    |
| <i>phenelzine sulfate, por vía oral</i>  | 1                     |                               |
| <i>tranylcypromine sulfate</i>   | 1                     |                               |
| <b>Ssris/Snrís (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina/inhibidor de la recaptación de norepinefrina)</b> |                       |                               |
| <i>citalopram hydrobromide, solución oral</i>  | 1                     | QL (600 ML por 30 días)       |
| <i>citalopram hydrobromide, comprimidos de 10 mg, 20 mg, por vía oral</i>  | 1                     | QL (45 de EA por 30 días)     |
| <i>citalopram hydrobromide, comprimidos de 40 mg, por vía oral</i>   | 1                     | QL (30 de EA por 30 días)     |
| <i>desvenlafaxine succinate er</i>   | 1                     | QL (30 de EA por 30 días)     |
| <i>escitalopram oxalate, por vía oral</i>  | 1                     |                               |
| FETZIMA  | 1                     | ST; QL (30 de EA por 30 días) |
| FETZIMA, PARA AJUSTE DE DOSIS  | 1                     | ST; QL (30 de EA por 30 días) |
| <i>fluoxetine hcl, cápsulas, por vía oral</i>  | 1                     |                               |

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

\* = suministro para 30 días únicamente

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

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario están disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 8.



| Nombre del medicamento   | Nivel del medicamento | Requisitos y límites          |
|--|-----------------------|-------------------------------|
| <i>fluoxetine hcl, cápsulas de liberación lenta, por vía oral</i>                            | 1                     |                               |
| <i>fluoxetine hcl, solución oral</i>   | 1                     |                               |
| <i>fluvoxamine maleate</i>   | 1                     |                               |
| <i>fluvoxamine maleate er</i>  | 1                     |                               |
| <i>nefazodone hcl</i>  | 1                     |                               |
| <i>paroxetine hcl, suspensión oral</i>   | 1                     |                               |
| <i>paroxetine hcl, comprimidos, por vía oral</i>   | 1                     |                               |
| <i>paroxetine mesylate</i>   | 1                     | QL (30 de EA por 30 días)     |
| <i>sertraline hcl concentrate, concentrado, por vía oral</i>                                 | 1                     |                               |
| <i>sertraline hcl, comprimidos, por vía oral</i>   | 1                     |                               |
| <i>trazodone hcl, comprimidos de 100 mg, 150 mg, 50 mg, por vía oral</i>                     | 1                     |                               |
| <i>trazodone hcl, comprimidos de 300 mg, por vía oral</i>                                    | 1                     |                               |
| TRINTELLIX   | 1                     | ST; QL (30 de EA por 30 días) |
| <i>venlafaxine hcl</i>   | 1                     |                               |
| <i>venlafaxine hcl er, cápsulas de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>    | 1                     |                               |
| <i>venlafaxine hcl er, comprimidos de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i> | 1                     |                               |
| <i>vilazodone hcl</i>  | 1                     | ST; QL (30 de EA por 30 días) |
| <b>Tricíclicos</b>   |                       |                               |
| <i>amitriptyline hcl, por vía oral</i>   | 1                     |                               |
| <i>amoxapine</i>   | 1                     |                               |
| <i>clomipramine hcl, por vía oral</i>  | 1                     |                               |
| <i>desipramine hcl, por vía oral</i>   | 1                     |                               |
| <i>doxepin hcl, cápsulas, por vía oral</i>   | 1                     |                               |
| <i>doxepin hcl concentrate, concentrado, por vía oral</i>                                    | 1                     |                               |
| <i>imipramine hcl, por vía oral</i>  | 1                     |                               |
| <i>imipramine pamoate</i>  | 1                     |                               |
| <i>nortriptyline hcl, cápsulas, por vía oral</i>   | 1                     |                               |
| <i>nortriptyline hcl, solución oral</i>  | 1                     |                               |
| <i>protriptyline hcl</i>   | 1                     |                               |
| <i>trimipramine maleate, por vía oral</i>  | 1                     | PA                            |
| <b>Antieméticos</b>  |                       |                               |
| <b>Antieméticos, otros</b>   |                       |                               |
| <i>meclizine hcl, comprimidos de 12.5 mg, 25 mg, por vía oral</i>                            | 1                     |                               |

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

\* = suministro para 30 días únicamente

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

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario están disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 8.



| Nombre del medicamento  | Nivel del medicamento | Requisitos y límites            |
|---|-----------------------|---------------------------------|
| <i>prochlorperazine</i>   | 1                     |                                 |
| <i>prochlorperazine maleate, por vía oral</i>   | 1                     |                                 |
| <i>promethazine hcl, comprimidos, por vía oral</i>  | 1                     |                                 |
| <i>promethazine hcl, supositorios de 12.5 mg, 25 mg, por vía rectal</i>                         | 1                     |                                 |
| <i>promethegan, supositorios de 25 mg, por vía rectal</i>                                       | 1                     |                                 |
| <i>promethegan, supositorios de 50 mg, por vía rectal</i>                                       | 1                     |                                 |
| <i>scopolamine</i>  | 1                     |                                 |
| <b>Fármacos emetógenos complementarios para el tratamiento</b>                                  |                       |                                 |
| <i>aprepitant, cápsulas, por vía oral</i>   | 1                     | B/D; QL (6 de EA por 30 días)   |
| <i>dronabinol</i>   | 1                     | B/D; QL (120 de EA por 30 días) |
| <i>granisetron hcl, por vía oral</i>  | 1                     | B/D                             |
| <i>ondansetron</i>  | 1                     | B/D                             |
| <i>ondansetron hcl, solución oral</i>   | 1                     | B/D                             |
| <i>ondansetron hcl, comprimidos de 4 mg, 8 mg, por vía oral</i>                                 | 1                     | B/D                             |
| SANCUSO   | 1*                    | QL (4 de EA por 28 días)        |
| <b>Antimicóticos</b>  |                       |                                 |
| <b>Antimicóticos</b>  |                       |                                 |
| ABELCET   | 1                     | B/D                             |
| <i>amphotericin b, por vía intravenosa</i>  | 1                     | B/D                             |
| <i>caspofungin acetate, reconstituida, solución intravenosa de 50 mg</i>                        | 1*                    |                                 |
| <i>caspofungin acetate , reconstituida, solución intravenosa de 70 mg</i>                       | 1                     |                                 |
| <i>ciclopirox olamine, crema de uso tópico</i>  | 1                     | QL (180 GM por 30 días)         |
| <i>ciclopirox olamine, suspensión, de uso tópico</i>  | 1                     | QL (60 ML por 30 días)          |
| <i>clotrimazole, crema de uso tópico</i>  | 1                     |                                 |
| <i>clotrimazole, solución tópica</i>  | 1                     |                                 |
| <i>clotrimazole, comprimidos para chupar como tratamiento de lesiones en la boca y garganta</i> | 1                     |                                 |
| CRESEMBA, POR VÍA ORAL  | 1*                    | PA                              |
| <i>econazole nitrate, de uso tópico</i>   | 1                     | QL (90 GM por 30 días)          |
| ERAXIS, RECONSTITUIDA, SOLUCIÓN INTRAVENOSA DE 100 MG   | 1*                    |                                 |
| ERAXIS, RECONSTITUIDA, SOLUCIÓN INTRAVENOSA DE 50 MG  | 1                     |                                 |

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

\* = suministro para 30 días únicamente

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

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario están disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 8.

| Nombre del medicamento  | Nivel del medicamento | Requisitos y límites      |
|---|-----------------------|---------------------------|
| <i>fluconazole in sodium chloride, solución intravenosa de 200-0.9 mg/100ml-%, 400-0.9 mg/200ml-%, SOLUCIÓN INTRAVENOSA</i> | 1                     | HI                        |
| <i>fluconazole, por vía oral</i>  | 1                     |                           |
| <i>flucytosine, por vía oral</i>  | 1*                    |                           |
| <i>griseofulvin microsize, comprimidos, por vía oral</i>  | 1                     |                           |
| <i>griseofulvin, ultramicrosize</i>   | 1                     |                           |
| <i>itraconazole, cápsulas, por vía oral</i>   | 1                     |                           |
| <i>ketoconazole, crema de uso tópico</i>  | 1                     | QL (180 GM por 30 días)   |
| <i>ketoconazole, champú al 2 %, de uso externo</i>  | 1                     | QL (120 ML por 30 días)   |
| <i>ketoconazole, por vía oral</i>   | 1                     |                           |
| <i>miconazole 3, supositorios, por vía vaginal</i>  | 1                     |                           |
| NOXAFIL, CAJA, POR VÍA ORAL   | 1*                    |                           |
| NYAMYC  | 1                     | QL (60 GM por 30 días)    |
| <i>nystatin, crema de uso tópico</i>  | 1                     |                           |
| <i>nystatin, ungüento de uso tópico</i>   | 1                     |                           |
| <i>nystatin, en polvo, de uso tópico</i>  | 1                     | QL (240 GM por 30 días)   |
| <i>nystatin, tratamiento para la boca y garganta</i>  | 1                     | QL (700 ML por 30 días)   |
| <i>nystatin, comprimidos, por vía oral</i>  | 1                     |                           |
| NYSTOP  | 1                     | QL (240 GM por 30 días)   |
| <i>posaconazole, suspensión oral</i>  | 1*                    |                           |
| <i>posaconazole, comprimidos de liberación lenta, por vía oral</i>  | 1*                    | QL (93 de EA por 30 días) |
| <i>terbinafine hcl, por vía oral</i>  | 1                     |                           |
| <i>terconazole</i>  | 1                     |                           |
| <i>voriconazole, por vía intravenosa</i>  | 1                     | PA                        |
| <i>voriconazole, reconstituida, suspensión oral</i>   | 1*                    |                           |
| <i>voriconazole, comprimidos, por vía oral</i>  | 1                     |                           |
| <b>Fármacos antigotosos</b>   |                       |                           |
| <b>Fármacos antigotosos</b>   |                       |                           |
| <i>allopurinol, comprimidos de 100 mg, 300 mg, por vía oral</i>   | 1                     |                           |
| <i>colchicine, por vía oral</i>   | 1                     |                           |
| <i>colchicine-probenecid</i>  | 1                     |                           |
| <i>febuxostat</i>   | 1                     | QL (30 de EA por 30 días) |
| <i>probenecid, por vía oral</i>   | 1                     |                           |

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

\* = suministro para 30 días únicamente

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

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario están disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 8.

| Nombre del medicamento  | Nivel del medicamento | Requisitos y límites          |
|---|-----------------------|-------------------------------|
| <b>Fármacos antimigrañosos</b>  |                       |                               |
| <b>Alcaloides ergóticos</b>   |                       |                               |
| <i>ergotamine-caffeine</i>  | 1                     | QL (40 de EA por 30 días)     |
| TRUDHESA  | 1                     | PA; QL (8 ML por 30 días)     |
| <b>Profilácticos</b>  |                       |                               |
| AIMOVIG   | 1                     | PA; QL (1 ML por 30 días)     |
| AJOVY   | 1                     | PA; QL (1.5 ML por 30 días)   |
| EMGALITY  | 1                     | PA; QL (2 ML por 30 días)     |
| EMGALITY, DOSIS DE 300 MG   | 1                     | PA; QL (3 ML por 30 días)     |
| UBRELVY   | 1                     | PA; QL (16 de EA por 30 días) |
| <b>Fármacos agonistas del receptor de serotonina (5-Ht)</b>               |                       |                               |
| <i>eletriptan hydrobromide</i>  | 1                     | QL (12 de EA por 30 días)     |
| <i>naratriptan hcl</i>  | 1                     | QL (12 de EA por 30 días)     |
| <i>rizatriptan benzoate</i>   | 1                     | QL (12 de EA por 30 días)     |
| <i>sumatriptan, por vía nasal</i>   | 1                     | QL (12 de EA por 30 días)     |
| <i>sumatriptan succinate, por vía oral</i>                                | 1                     | QL (12 de EA por 30 días)     |
| <i>sumatriptan succinate, surtido del cartucho de solución subcutánea</i> | 1                     | QL (4 ML por 30 días)         |
| <i>sumatriptan succinate, solución subcutánea de 6 mg/0.5ml</i>           | 1                     | QL (4 ML por 30 días)         |
| <i>sumatriptan succinate, autoinyector de solución subcutánea</i>         | 1                     | QL (4 ML por 30 días)         |
| <i>zolmitriptan, por vía oral</i>   | 1                     | QL (12 de EA por 30 días)     |
| <b>Fármacos para el tratamiento de la miastenia</b>                       |                       |                               |
| <b>Fármacos parasimpaticomiméticos</b>                                    |                       |                               |
| <i>guanidine hcl, por vía oral</i>  | 1                     |                               |
| <i>pyridostigmine bromide er</i>  | 1                     |                               |
| <i>pyridostigmine bromide, comprimidos de 60 mg, por vía oral</i>         | 1                     |                               |
| <b>Fármacos antimicobacterianos</b>                                       |                       |                               |
| <b>Fármacos antimicobacterianos, otros</b>                                |                       |                               |
| <i>dapsone, por vía oral</i>  | 1                     |                               |
| PRIFTIN   | 1                     |                               |
| <i>rifabutin</i>  | 1                     |                               |
| <b>Fármacos antituberculosos</b>  |                       |                               |
| <i>ethambutol hcl, por vía oral</i>                                       | 1                     |                               |
| <i>isoniazid, en jarabe, por vía oral</i>                                 | 1                     |                               |

Nivel 1 = Medicamentos genéricos y de marca

\* = suministro para 30 días únicamente

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

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario están disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 8.

| Nombre del medicamento  | Nivel del medicamento | Requisitos y límites               |
|---|-----------------------|------------------------------------|
| <i>isoniazid, comprimidos, por vía oral</i>                     | 1                     |                                    |
| PRETOMANID  | 1                     | PA; QL (30 de EA por 30 días)      |
| <i>pyrazinamide, por vía oral</i>                               | 1                     |                                    |
| <i>rifampin, por vía intravenosa</i>                            | 1                     |                                    |
| <i>rifampin, por vía oral</i>                                   | 1                     |                                    |
| SIRTURO   | 1*                    |                                    |
| TRECTOR   | 1                     |                                    |
| <b>Fármacos antineoplásicos</b>                                 |                       |                                    |
| <b>Fármacos alquilantes</b>                                     |                       |                                    |
| <i>cyclophosphamide, cápsulas, por vía oral</i>                 | 1                     | B/D                                |
| CYCLOPHOSPHAMIDE, COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL                     | 1                     | B/D                                |
| GLEOSTINE, CÁPSULAS DE 10 MG, 40 MG, POR VÍA ORAL               | 1                     |                                    |
| GLEOSTINE, CÁPSULAS DE 100 MG, POR VÍA ORAL                     | 1*                    |                                    |
| LEUKERAN  | 1*                    |                                    |
| MATULANE  | 1*                    | PA                                 |
| <i>melphalan</i>  | 1                     |                                    |
| VALCHLOR  | 1*                    | PA; LA; QL (60 GM por 30 días)     |
| <b>Fármacos antiandrógenos</b>                                  |                       |                                    |
| <i>abiraterone acetate, comprimidos de 250 mg, por vía oral</i> | 1*                    | PA; QL (120 de EA por 30 días)     |
| <i>abiraterone acetate, comprimidos de 500 mg, por vía oral</i> | 1*                    | PA; QL (60 de EA por 30 días)      |
| <i>bicalutamide</i>   | 1                     |                                    |
| ERLEADA, COMPRIMIDOS DE 240 MG, POR VÍA ORAL                    | 1*                    | PA; QL (30 de EA por 30 días)      |
| ERLEADA, COMPRIMIDOS DE 60 MG, POR VÍA ORAL                     | 1*                    | PA; QL (120 de EA por 30 días)     |
| <i>flutamide</i>  | 1                     |                                    |
| <i>nilutamide</i>   | 1*                    |                                    |
| NUBEQA  | 1*                    | PA; QL (120 de EA por 30 días)     |
| <i>toremifene citrate</i>                                       | 1                     |                                    |
| XTANDI, CÁPSULAS, POR VÍA ORAL                                  | 1*                    | PA; LA; QL (120 de EA por 30 días) |
| XTANDI, COMPRIMIDOS DE 40 MG, POR VÍA ORAL                      | 1*                    | PA; LA; QL (120 de EA por 30 días) |
| XTANDI, COMPRIMIDOS DE 80 MG, POR VÍA ORAL                      | 1*                    | PA; LA; QL (60 de EA por 30 días)  |
| <b>Fármacos antiangiogénicos</b>                                |                       |                                    |
| <i>lenalidomide</i>   | 1*                    | PA; LA; QL (30 de EA por 30 días)  |
| POMALYST  | 1*                    | PA; LA; QL (21 de EA por 28 días)  |
| THALOMID  | 1*                    | PA                                 |

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

\* = suministro para 30 días únicamente

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

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario están disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 8.

| Nombre del medicamento  | Nivel del medicamento | Requisitos y límites           |
|---|-----------------------|--------------------------------|
| <b>Fármacos antiestrógenos/moduladores</b>                                  |                       |                                |
| EMCYT   | 1*                    |                                |
| ORSERDU, COMPRIMIDOS DE 345 MG, POR VÍA ORAL                                | 1*                    | PA; QL (30 de EA por 30 días)  |
| ORSERDU, COMPRIMIDOS DE 86 MG, POR VÍA ORAL                                 | 1*                    | PA; QL (90 de EA por 30 días)  |
| <i>raloxifene hcl</i>   | 1                     |                                |
| SOLTAMOX  | 1                     |                                |
| <i>tamoxifen citrate, por vía oral</i>                                      | 1                     |                                |
| <b>Fármacos antimetabólicos</b>   |                       |                                |
| DROXIA  | 1                     |                                |
| <i>hydroxyurea, por vía oral</i>  | 1                     |                                |
| INQOVI  | 1*                    | PA; QL (5 de EA por 28 días)   |
| ONUREG  | 1*                    | PA; QL (14 de EA por 28 días)  |
| PURIXAN   | 1*                    |                                |
| TABLOID   | 1                     |                                |
| <b>Fármacos antineoplásicos, otros</b>                                      |                       |                                |
| GAVRETO   | 1*                    | PA; QL (120 de EA por 30 días) |
| IDHIFA  | 1*                    | PA; QL (30 de EA por 30 días)  |
| KISQALI FEMARA, DOSIS DE 200 MG   | 1*                    | PA; QL (49 de EA por 28 días)  |
| KISQALI FEMARA, DOSIS DE 400 MG   | 1*                    | PA; QL (70 de EA por 28 días)  |
| KISQALI FEMARA, DOSIS DE 600 MG   | 1*                    | PA; QL (91 de EA por 28 días)  |
| <i>krazati</i>  | 1*                    | PA; QL (180 de EA por 30 días) |
| LONSURF   | 1*                    | PA                             |
| LUMAKRAS, COMPRIMIDOS DE 120 MG, POR VÍA ORAL                               | 1*                    | PA; QL (240 de EA por 30 días) |
| LUMAKRAS, COMPRIMIDOS DE 320 MG, POR VÍA ORAL                               | 1*                    | PA; QL (90 de EA por 30 días)  |
| LYNPARZA, COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL   | 1*                    | PA; QL (120 de EA por 30 días) |
| NINLARO   | 1*                    | QL (3 de EA por 28 días)       |
| ORGOVYX   | 1*                    | PA; QL (30 de EA por 28 días)  |
| RETEVMO   | 1*                    | PA; QL (120 de EA por 30 días) |
| SYNRIBO   | 1*                    | PA                             |
| TUKYSA, COMPRIMIDOS DE 150 MG, POR VÍA ORAL                                 | 1*                    | PA; QL (120 de EA por 30 días) |
| TUKYSA, COMPRIMIDOS DE 50 MG, POR VÍA ORAL                                  | 1*                    | PA; QL (60 de EA por 30 días)  |
| WELIREG   | 1*                    | PA; QL (90 de EA por 30 días)  |
| XPOVIO, CAJA DE COMPRIMIDOS DE 50 MG, DOSIS SEMANAL DE 100 MG, POR VÍA ORAL | 1*                    | PA; QL (8 de EA por 28 días)   |

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

\* = suministro para 30 días únicamente

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

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario están disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 8.

| Nombre del medicamento   | Nivel del medicamento | Requisitos y límites              |
|--|-----------------------|-----------------------------------|
| XPOVIO, CAJA DE COMPRIMIDOS DE 40 MG, DOSIS SEMANAL DE 40 MG, POR VÍA ORAL     | 1*                    | PA; QL (4 de EA por 28 días)      |
| XPOVIO, CAJA DE COMPRIMIDOS DE 40 MG, 2 DOSIS SEMANALES DE 40 MG, POR VÍA ORAL | 1*                    | PA; QL (8 de EA por 28 días)      |
| XPOVIO, CAJA DE COMPRIMIDOS DE 60 MG, DOSIS SEMANAL DE 60 MG, POR VÍA ORAL     | 1*                    | PA; QL (4 de EA por 28 días)      |
| XPOVIO, 2 DOSIS SEMANALES DE 60 MG   | 1*                    | PA; QL (24 de EA por 28 días)     |
| XPOVIO, CAJA DE COMPRIMIDOS DE 40 MG, DOSIS SEMANAL DE 80 MG, POR VÍA ORAL     | 1*                    | PA; QL (8 de EA por 28 días)      |
| XPOVIO, 2 DOSIS SEMANALES DE 80 MG   | 1*                    | PA; QL (32 de EA por 28 días)     |
| ZOLINZA  | 1*                    | PA; QL (120 de EA por 30 días)    |
| <b>Fármacos inhibidores de la aromataasa, 3ª generación</b>                    |                       |                                   |
| <i>anastrozole, por vía oral</i>   | 1                     |                                   |
| <i>exemestane</i>  | 1                     |                                   |
| <i>letrozole, por vía oral</i>   | 1                     |                                   |
| <b>Fármacos inhibidores de dianas moleculares</b>                              |                       |                                   |
| ALECENSA   | 1*                    | PA                                |
| ALUNBRIG, COMPRIMIDOS DE 180 MG, 90 MG, POR VÍA ORAL                           | 1*                    | PA; QL (30 de EA por 30 días)     |
| ALUNBRIG, COMPRIMIDOS DE 30 MG, POR VÍA ORAL                                   | 1*                    | PA; QL (120 de EA por 30 días)    |
| ALUNBRIG, CAJA DE COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL                                    | 1*                    | PA; QL (30 de EA por 30 días)     |
| AYVAKIT  | 1*                    | PA; QL (30 de EA por 30 días)     |
| BALVERSA   | 1*                    | PA                                |
| BOSULIF, COMPRIMIDOS DE 100 MG, POR VÍA ORAL                                   | 1*                    | PA; QL (120 de EA por 30 días)    |
| BOSULIF, COMPRIMIDOS DE 400 MG, 500 MG, POR VÍA ORAL                           | 1*                    | PA; QL (30 de EA por 30 días)     |
| BRAFTOVI, CÁPSULAS DE 75 MG, POR VÍA ORAL                                      | 1*                    | PA                                |
| BRUKINSA   | 1*                    | PA; QL (120 de EA por 30 días)    |
| CABOMETYX  | 1*                    | PA; QL (30 de EA por 30 días)     |
| CALQUENCE  | 1*                    | PA; QL (60 de EA por 30 días)     |
| CAPRELSA, COMPRIMIDOS DE 100 MG, POR VÍA ORAL                                  | 1*                    | PA; LA; QL (60 de EA por 30 días) |
| CAPRELSA, COMPRIMIDOS DE 300 MG, POR VÍA ORAL                                  | 1*                    | PA; LA; QL (30 de EA por 30 días) |
| COMETRIQ, CAJA DE 80 & 20 MG, DOSIS DIARIA DE 100 MG, POR VÍA ORAL             | 1*                    | PA; QL (56 de EA por 28 días)     |
| COMETRIQ, CAJA DE 3 X 20 MG & 80 MG, DOSIS DIARIA DE 140 MG, POR VÍA ORAL      | 1*                    | PA; QL (112 de EA por 28 días)    |
| COMETRIQ, DOSIS DIARIA DE 60 MG  | 1*                    | PA; QL (84 de EA por 28 días)     |
| COPIKTRA   | 1*                    | PA; QL (60 de EA por 30 días)     |

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

\* = suministro para 30 días únicamente

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

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario están disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 8.



| Nombre del medicamento  | Nivel del medicamento | Requisitos y límites               |
|---|-----------------------|------------------------------------|
| COTELLIC  | 1*                    | PA; LA                             |
| DAURISMO  | 1*                    | PA; QL (30 de EA por 30 días)      |
| ERIVEDGE  | 1*                    | PA; LA                             |
| <i>erlotinib hcl, comprimidos de 100 mg, 150 mg, por vía oral</i>   | 1*                    | PA; QL (30 de EA por 30 días)      |
| <i>erlotinib hcl, comprimidos de 25 mg, por vía oral</i>            | 1*                    | PA; QL (90 de EA por 30 días)      |
| <i>everolimus, comprimidos de 10 mg, por vía oral</i>               | 1*                    | PA; QL (30 de EA por 30 días)      |
| <i>everolimus, comprimidos solubles de 3 mg, 5 mg, por vía oral</i> | 1*                    | PA                                 |
| EXKIVITY  | 1*                    | PA; QL (120 de EA por 30 días)     |
| FOTIVDA   | 1*                    | PA; QL (30 de EA por 30 días)      |
| <i>gefitinib</i>  | 1*                    | PA                                 |
| GILOTRIF  | 1*                    | PA; QL (30 de EA por 30 días)      |
| IBRANCE   | 1*                    | PA; QL (21 de EA por 28 días)      |
| ICLUSIG, COMPRIMIDOS DE 10 MG, POR VÍA ORAL                         | 1*                    | PA; QL (30 de EA por 30 días)      |
| ICLUSIG, COMPRIMIDOS DE 15 MG, 30 MG, 45 MG, POR VÍA ORAL           | 1*                    | PA                                 |
| <i>imatinib mesylate, comprimidos de 100 mg, por vía oral</i>       | 1*                    | PA; QL (180 de EA por 30 días)     |
| <i>imatinib mesylate, comprimidos de 400 mg, por vía oral</i>       | 1*                    | PA; QL (60 de EA por 30 días)      |
| IMBRUVICA, CÁPSULAS, POR VÍA ORAL                                   | 1*                    | PA; QL (30 de EA por 30 días)      |
| IMBRUVICA, SUSPENSIÓN ORAL  | 1*                    | PA; QL (216 ML por 30 días)        |
| IMBRUVICA, COMPRIMIDOS DE 140 MG, 280 MG, 420 MG, POR VÍA ORAL      | 1*                    | PA; QL (30 de EA por 30 días)      |
| INLYTA  | 1*                    | PA; LA; QL (180 de EA por 30 días) |
| INREBIC   | 1*                    | PA; QL (120 de EA por 30 días)     |
| JAKAFI  | 1*                    | PA; LA; QL (60 de EA por 30 días)  |
| JAYPIRCA  | 1*                    | PA; QL (60 de EA por 30 días)      |
| KISQALI, DOSIS DE 200 MG  | 1*                    | PA; QL (63 de EA por 28 días)      |
| KISQALI, DOSIS DE 400 MG  | 1*                    | PA; QL (63 de EA por 28 días)      |
| KISQALI, DOSIS DE 600 MG  | 1*                    | PA; QL (63 de EA por 28 días)      |
| KOSELUGO  | 1*                    | PA                                 |
| <i>lapatinib ditosylate</i>   | 1*                    | PA                                 |
| LENVIMA, DOSIS DIARIA DE 10 MG                                      | 1*                    | PA; LA; QL (30 de EA por 30 días)  |
| LENVIMA, DOSIS DIARIA DE 12 MG                                      | 1*                    | PA; LA; QL (90 de EA por 30 días)  |
| LENVIMA, DOSIS DIARIA DE 14 MG                                      | 1*                    | PA; LA; QL (60 de EA por 30 días)  |
| LENVIMA, DOSIS DIARIA DE 18 MG                                      | 1*                    | PA; LA; QL (105 de EA por 30 días) |
| LENVIMA, DOSIS DIARIA DE 20 MG                                      | 1*                    | PA; LA; QL (60 de EA por 30 días)  |
| LENVIMA, DOSIS DIARIA DE 24 MG                                      | 1*                    | PA; LA; QL (90 de EA por 30 días)  |

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

\* = suministro para 30 días únicamente

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

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario están disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 8.



| Nombre del medicamento   | Nivel del medicamento | Requisitos y límites               |
|--|-----------------------|------------------------------------|
| LENVIMA, DOSIS DIARIA DE 4 MG                                      | 1*                    | PA; LA; QL (30 de EA por 30 días)  |
| LENVIMA, DOSIS DIARIA DE 8 MG                                      | 1*                    | PA; LA; QL (70 de EA por 30 días)  |
| LORBRENA   | 1*                    | PA                                 |
| LYTGOBI, DOSIS DIARIA DE 12 MG                                     | 1*                    | PA; LA; QL (140 de EA por 28 días) |
| LYTGOBI, DOSIS DIARIA DE 16 MG                                     | 1*                    | PA; LA; QL (140 de EA por 28 días) |
| LYTGOBI, DOSIS DIARIA DE 20 MG                                     | 1*                    | PA; LA; QL (140 de EA por 28 días) |
| <i>mekinist, reconstituida, solución oral</i>                      | 1*                    | PA; QL (1170 ML por 28 días)       |
| MEKINIST, COMPRIMIDOS DE 0.5 MG, POR VÍA ORAL                      | 1*                    | PA; QL (90 de EA por 30 días)      |
| MEKINIST, COMPRIMIDOS DE 2 MG, POR VÍA ORAL                        | 1*                    | PA; QL (30 de EA por 30 días)      |
| MEKTOVI  | 1*                    | PA                                 |
| NERLYNX  | 1*                    | PA; QL (180 de EA por 30 días)     |
| ODOMZO   | 1*                    | PA; LA; QL (30 de EA por 30 días)  |
| PEMAZYRE   | 1*                    | PA; QL (14 de EA por 21 días)      |
| PIQRAY, DOSIS DIARIA DE 200 MG                                     | 1*                    | PA; QL (28 de EA por 28 días)      |
| PIQRAY, DOSIS DIARIA DE 250 MG                                     | 1*                    | PA; QL (56 de EA por 28 días)      |
| PIQRAY, DOSIS DIARIA DE 300 MG                                     | 1*                    | PA; QL (56 de EA por 28 días)      |
| QINLOCK  | 1*                    | PA; QL (90 de EA por 30 días)      |
| REZLIDHIA  | 1*                    | PA; QL (60 de EA por 30 días)      |
| ROZLYTREK, CÁPSULAS DE 100 MG, POR VÍA ORAL                        | 1*                    | PA; QL (150 de EA por 30 días)     |
| ROZLYTREK, CÁPSULAS DE 200 MG, POR VÍA ORAL                        | 1*                    | PA; QL (90 de EA por 30 días)      |
| RUBRACA  | 1*                    | PA; QL (120 de EA por 30 días)     |
| RYDAPT   | 1*                    | PA; QL (224 de EA por 28 días)     |
| SCSEMBLIX  | 1*                    | PA; QL (300 de EA por 30 días)     |
| <i>sorafenib tosylate</i>  | 1*                    | PA                                 |
| SPRYCEL, COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL, DE 100 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG | 1*                    | PA; QL (60 de EA por 30 días)      |
| SPRYCEL, COMPRIMIDOS DE 140 MG, POR VÍA ORAL                       | 1*                    | PA; QL (30 de EA por 30 días)      |
| SPRYCEL, COMPRIMIDOS DE 20 MG, POR VÍA ORAL                        | 1*                    | PA; QL (90 de EA por 30 días)      |
| STIVARGA   | 1*                    | PA; LA; QL (84 de EA por 28 días)  |
| <i>sunitinib malate</i>  | 1*                    | PA; QL (30 de EA por 30 días)      |
| TABRECTA   | 1*                    | PA; QL (120 de EA por 30 días)     |
| TAFINLAR, CÁPSULAS, POR VÍA ORAL                                   | 1*                    | PA; QL (120 de EA por 30 días)     |
| <i>tafinlar, comprimidos solubles, por vía oral</i>                | 1*                    | PA; QL (840 de EA por 28 días)     |
| TAGRISSO   | 1*                    | PA; LA; QL (30 de EA por 30 días)  |
| TALZENNA   | 1*                    | PA; QL (30 de EA por 30 días)      |

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

\* = suministro para 30 días únicamente

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

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario están disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 8.

| Nombre del medicamento                                | Nivel del medicamento | Requisitos y límites               |
|---|-----------------------|------------------------------------|
| TASIGNA   | 1*                    | PA; QL (120 de EA por 30 días)     |
| TAZVERIK  | 1*                    | PA; QL (240 de EA por 30 días)     |
| TEPMETKO  | 1*                    | PA; QL (60 de EA por 30 días)      |
| TIBSOVO   | 1*                    | PA                                 |
| TURALIO, CÁPSULAS DE 125 MG, POR VÍA ORAL             | 1*                    | PA; QL (120 de EA por 30 días)     |
| VENCLEXTA, COMPRIMIDOS DE 10 MG, POR VÍA ORAL         | 1                     | PA                                 |
| VENCLEXTA, COMPRIMIDOS DE 100 MG, 50 MG, POR VÍA ORAL | 1*                    | PA                                 |
| VENCLEXTA, TRATAMIENTO INICIAL, CAJA                  | 1*                    | PA                                 |
| VERZENIO  | 1*                    | PA; QL (60 de EA por 30 días)      |
| VITRAKVI, CÁPSULAS DE 100 MG, POR VÍA ORAL            | 1*                    | PA; QL (60 de EA por 30 días)      |
| VITRAKVI, CÁPSULAS DE 25 MG, POR VÍA ORAL             | 1*                    | PA; QL (90 de EA por 30 días)      |
| VITRAKVI, SOLUCIÓN ORAL                               | 1*                    | PA; QL (300 ML por 30 días)        |
| VIZIMPRO  | 1*                    | PA                                 |
| VONJO   | 1*                    | PA; QL (120 de EA por 30 días)     |
| VOTRIENT  | 1*                    | PA                                 |
| XALKORI   | 1*                    | PA; LA; QL (60 de EA por 30 días)  |
| XOSPATA   | 1*                    | PA; QL (90 de EA por 30 días)      |
| ZEJULA, CÁPSULAS, POR VÍA ORAL                        | 1*                    | PA; QL (90 de EA por 30 días)      |
| ZEJULA, COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL                     | 1*                    | PA; QL (30 de EA por 30 días)      |
| ZELBORAF  | 1*                    | PA; LA; QL (240 de EA por 30 días) |
| ZYDELIG   | 1*                    | PA; QL (60 de EA por 30 días)      |
| ZYKADIA, COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL                    | 1*                    | PA                                 |
| <b>Fármacos retinoides</b>                            |                       |                                    |
| <i>bexarotene, de uso tópico</i>                      | 1*                    | PA; QL (60 GM por 30 días)         |
| <i>bexarotene, por vía oral</i>                       | 1*                    | PA                                 |
| <i>tretinoin, por vía oral</i>                        | 1*                    | PA                                 |
| <b>Fármacos complementarios al tratamiento</b>        |                       |                                    |
| <i>leucovorin calcium, por vía oral</i>               | 1                     |                                    |
| MESNEX, POR VÍA ORAL                                  | 1*                    |                                    |
| <b>Fármacos antiparasitarios</b>                      |                       |                                    |
| <b>Fármacos antihelmínticos</b>                       |                       |                                    |
| <i>albendazole, por vía oral</i>                      | 1*                    |                                    |
| <i>ivermectin, por vía oral</i>                       | 1                     |                                    |
| <i>praziquantel, por vía oral</i>                     | 1                     |                                    |

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

\* = suministro para 30 días únicamente

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

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario están disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 8.

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

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

\* = suministro para 30 días únicamente

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

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario están disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 8.

| Nombre del medicamento  | Nivel del medicamento | Requisitos y límites      |
|---|-----------------------|---------------------------|
| <b>Precusores de dopamina E inhibidores de L-aminoácido aromático decarboxilasa</b>                       |                       |                           |
| <i>carbidopa, por vía oral</i>  | 1                     |                           |
| <i>carbidopa-levodopa</i>   | 1                     |                           |
| <i>carbidopa-levodopa er, comprimidos de 25-100 mg, 50-200 mg, de liberación prolongada, por vía oral</i> | 1                     |                           |
| <b>Inhibidores de monoaminaoxidasa B (Mao-B)</b>  |                       |                           |
| <i>rasagiline mesylate, por vía oral</i>  | 1                     |                           |
| <i>selegiline hcl, por vía oral</i>   | 1                     |                           |
| <b>Fármacos antipsicóticos</b>  |                       |                           |
| <b>de 1.ª generación/típicos</b>  |                       |                           |
| <i>chlorpromazine hcl, por vía oral</i>   | 1                     |                           |
| <i>fluphenazine decanoate, inyectable</i>   | 1                     |                           |
| <i>fluphenazine hcl, inyectable</i>   | 1                     |                           |
| <i>fluphenazine hcl, por vía oral</i>   | 1                     |                           |
| <i>haloperidol decanoate, por vía intramuscular</i>   | 1                     |                           |
| <i>haloperidol lactate</i>  | 1                     |                           |
| <i>haloperidol, por vía oral</i>  | 1                     |                           |
| <i>loxapine succinate, por vía oral</i>   | 1                     |                           |
| <i>molindone hcl</i>  | 1                     |                           |
| <i>perphenazine, por vía oral</i>   | 1                     |                           |
| <i>pimozide</i>   | 1                     |                           |
| <i>thioridazine hcl, por vía oral</i>   | 1                     |                           |
| <i>thiothixene, por vía oral</i>  | 1                     |                           |
| <i>trifluoperazine hcl, por vía oral</i>  | 1                     |                           |
| <b>de 2da generación/atípica</b>  |                       |                           |
| <i>abilify asimtufii, 720 mg/2.4ml, de uso intramuscular, jeringa precargada</i>                          | 1*                    | QL (2.4 ML por 56 días)   |
| <i>abilify asimtufii, 960 mg/3.2ml, de uso intramuscular, jeringa precargada</i>                          | 1*                    | QL (3.2 ML por 56 días)   |
| ABILIFY MAINTENA, DE USO INTRAMUSCULAR, JERINGA PRECARGADA  | 1*                    | QL (1 de EA por 30 días)  |
| ABILIFY MAINTENA ER, RECONSTITUIDA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR  | 1*                    | QL (1 de EA por 30 días)  |
| <i>aripiprazole, solución oral</i>  | 1                     | QL (750 ML por 30 días)   |
| <i>aripiprazole, comprimidos, por vía oral</i>  | 1                     | QL (30 de EA por 30 días) |

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

\* = suministro para 30 días únicamente

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

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario están disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 8.

| Nombre del medicamento  | Nivel del medicamento | Requisitos y límites          |
|---|-----------------------|-------------------------------|
| <i>aripiprazole, comprimidos dispersables, por vía oral</i>                     | 1                     | QL (60 de EA por 30 días)     |
| ARISTADA INITIO   | 1*                    | QL (2.4 ML por 42 días)       |
| ARISTADA, 1064 MG/3.9 ML, DE USO INTRAMUSCULAR, JERINGA PRECARGADA              | 1*                    | QL (3.9 ML por 56 días)       |
| ARISTADA, 441 MG/1.6 ML, DE USO INTRAMUSCULAR, JERINGA PRECARGADA               | 1*                    | QL (1.6 ML por 30 días)       |
| ARISTADA, 662 MG/2.4 ML, DE USO INTRAMUSCULAR, JERINGA PRECARGADA               | 1*                    | QL (2.4 ML por 30 días)       |
| ARISTADA, 882 MG/3.2 ML, DE USO INTRAMUSCULAR, JERINGA PRECARGADA               | 1*                    | QL (3.2 ML por 30 días)       |
| <i>asenapine maleate</i>  | 1                     | ST; QL (60 de EA por 30 días) |
| CAPLYTA   | 1*                    | PA; QL (30 de EA por 30 días) |
| FANAPT  | 1*                    | ST; QL (60 de EA por 30 días) |
| FANAPT, PARA AJUSTE DE DOSIS, CAJA  | 1                     | ST                            |
| INVEGA HAFYERA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR DE 1092 MG/3.5 ML, JERINGA PRECARGADA  | 1*                    | QL (3.5 ML por 180 días)      |
| INVEGA HAFYERA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR DE 1560 MG/5 ML, JERINGA PRECARGADA    | 1*                    | QL (5 ML por 180 días)        |
| INVEGA SUSTENNA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR DE 117 MG/0.75 ML, JERINGA PRECARGADA | 1*                    | QL (0.75 ML por 30 días)      |
| INVEGA SUSTENNA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR DE 156 MG/ML, JERINGA PRECARGADA      | 1*                    | QL (1 ML por 30 días)         |
| INVEGA SUSTENNA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR DE 234 MG/1.5 ML, JERINGA PRECARGADA  | 1*                    | QL (1.5 ML por 30 días)       |
| INVEGA SUSTENNA, JERINGA PRECARGADA DE 39 MG/0.25ML, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR   | 1                     | QL (0.25 ML por 30 días)      |
| INVEGA SUSTENNA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR DE 78 MG/0.5 ML, JERINGA PRECARGADA   | 1*                    | QL (0.5 ML por 30 días)       |
| INVEGA TRINZA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR DE 273 MG/0.88 ML, JERINGA PRECARGADA   | 1*                    | QL (0.88 ML por 90 días)      |

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

\* = suministro para 30 días únicamente

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

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario están disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 8.

| Nombre del medicamento   | Nivel del medicamento | Requisitos y límites          |
|--|-----------------------|-------------------------------|
| INVEGA TRINZA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR DE 410 MG/1.32 ML, JERINGA PRECARGADA  | 1*                    | QL (1.32 ML por 90 días)      |
| INVEGA TRINZA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR DE 546 MG/1.75 ML, JERINGA PRECARGADA  | 1*                    | QL (1.75 ML por 90 días)      |
| INVEGA TRINZA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR DE 819 MG/2.63 ML, JERINGA PRECARGADA  | 1*                    | QL (2.63 ML por 90 días)      |
| <i>lurasidone hcl</i>  | 1*                    | ST; QL (30 de EA por 30 días) |
| NUPLAZID, CÁPSULAS, POR VÍA ORAL   | 1*                    | PA; QL (30 de EA por 30 días) |
| NUPLAZID, COMPRIMIDOS DE 10 MG, POR VÍA ORAL   | 1*                    | PA; QL (30 de EA por 30 días) |
| <i>olanzapine, por vía intramuscular</i>   | 1                     | QL (30 de EA por 30 días)     |
| <i>olanzapine, comprimidos de 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, por vía oral</i>  | 1                     | QL (60 de EA por 30 días)     |
| <i>olanzapine, comprimidos de 15 mg, 20 mg, 7.5 mg, por vía oral</i>   | 1                     | QL (30 de EA por 30 días)     |
| <i>olanzapine, comprimidos dispersables, por vía oral</i>  | 1                     | QL (30 de EA por 30 días)     |
| <i>paliperidone er, comprimidos de 1.5 mg, 3 mg, 9 mg, de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>           | 1                     | ST; QL (30 de EA por 30 días) |
| <i>paliperidone er, comprimidos de 6 mg, de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>                         | 1                     | ST; QL (60 de EA por 30 días) |
| PERSERIS   | 1*                    | QL (1 de EA por 28 días)      |
| <i>quetiapine fumarate er, comprimidos de 150 mg, 200 mg, 50 mg, de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i> | 1                     | QL (30 de EA por 30 días)     |
| <i>quetiapine fumarate er, comprimidos de 300 mg, 400 mg, de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>        | 1                     | QL (60 de EA por 30 días)     |
| <i>quetiapine fumarate, comprimidos de 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg, por vía oral</i>                      | 1                     |                               |
| REXULTI  | 1*                    | ST; QL (30 de EA por 30 días) |
| RISPERDAL CONSTA ER, RECONSTITUIDA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR DE 12.5 MG  | 1                     | QL (2 de EA por 30 días)      |
| RISPERDAL CONSTA ER, RECONSTITUIDA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR DE 25 MG, 37.5 MG, 50 MG                                      | 1*                    | QL (2 de EA por 30 días)      |
| <i>risperidone</i>   | 1                     |                               |
| SECUADO  | 1*                    | ST; QL (30 de EA por 30 días) |
| <i>uzedy, jeringa precargada con suspensión de 100 mg/0.28ml de uso subcutáneo</i>   | 1*                    | QL (0.28 ML por 30 días)      |
| <i>uzedy, jeringa precargada con suspensión de 125 mg/0.35ml, de uso subcutáneo</i>  | 1*                    | QL (0.35 ML por 30 días)      |

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

\* = suministro para 30 días únicamente

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

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario están disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 8.



| Nombre del medicamento   | Nivel del medicamento | Requisitos y límites           |
|--|-----------------------|--------------------------------|
| <i>uzedy, jeringa precargada con suspensión de 150 mg/0.42ml, de uso subcutáneo</i>        | 1*                    | QL (0.42 ML por 60 días)       |
| <i>uzedy, jeringa precargada con suspensión de 200 mg/0.56ml, de uso subcutáneo</i>        | 1*                    | QL (0.56 ML por 60 días)       |
| <i>uzedy, jeringa precargada con suspensión de 250 mg/0.7ml, de uso subcutáneo</i>         | 1*                    | QL (0.7 ML por 60 días)        |
| <i>uzedy, jeringa precargada con suspensión de 50 mg/0.14ml, de uso subcutáneo</i>         | 1*                    | QL (0.14 ML por 30 días)       |
| <i>uzedy, jeringa precargada con suspensión de 75 mg/0.21ml, de uso subcutáneo</i>         | 1*                    | QL (0.21 ML por 30 días)       |
| VRAYLAR, CÁPSULAS, POR VÍA ORAL  | 1*                    | ST; QL (30 de EA por 30 días)  |
| VRAYLAR, CAJA DE CÁPSULAS, POR VÍA ORAL  | 1                     | ST                             |
| <i>ziprasidone hcl</i>   | 1                     | QL (60 de EA por 30 días)      |
| <i>ziprasidone mesylate</i>  | 1                     |                                |
| ZYPREXA, POR VÍA INTRAMUSCULAR   | 1                     | QL (30 de EA por 30 días)      |
| ZYPREXA RELPREVV, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR DE 210 MG, 300 MG, RECONSTITUIDA                | 1*                    | QL (2 de EA por 30 días)       |
| ZYPREXA RELPREVV, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR DE 405 MG, RECONSTITUIDA                        | 1*                    | QL (1 de EA por 30 días)       |
| <b>Otras opciones de fármacos para pacientes con resistencia a tratamientos anteriores</b> |                       |                                |
| <i>clozapine</i>   | 1                     |                                |
| VERSACLOZ  | 1*                    |                                |
| <b>Fármacos antiespásticos</b>   |                       |                                |
| <b>Fármacos antiespásticos</b>   |                       |                                |
| <i>baclofen, comprimidos de 10 mg, 20 mg, por vía oral</i>                                 | 1                     |                                |
| <i>baclofen, comprimidos de 5 mg, por vía oral</i>   | 1                     |                                |
| <i>dantrolene sodium, por vía oral</i>   | 1                     |                                |
| <i>tizanidine hcl, comprimidos, por vía oral</i>   | 1                     |                                |
| <b>Fármacos antivirales</b>  |                       |                                |
| <b>Fármacos contra el citomegalovirus (Cmv)</b>  |                       |                                |
| LIVTENCITY   | 1*                    | PA; QL (336 de EA por 28 días) |
| PREVYMIS, POR VÍA ORAL   | 1*                    | PA                             |
| <i>valganciclovir hcl, comprimidos, por vía oral</i>                                       | 1                     |                                |
| <b>Fármacos contra la hepatitis B (Hbv)</b>  |                       |                                |
| <i>adefovir dipivoxil</i>  | 1                     |                                |
| BARACLUDE, SOLUCIÓN ORAL   | 1                     | QL (600 ML por 30 días)        |

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

\* = suministro para 30 días únicamente

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

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario están disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 8.



| Nombre del medicamento  | Nivel del medicamento | Requisitos y límites           |
|---|-----------------------|--------------------------------|
| <i>entecavir</i>  | 1                     |                                |
| <i>lamivudine, solución oral</i>  | 1                     |                                |
| <i>lamivudine, comprimidos, por vía oral</i>  | 1                     |                                |
| VEMLIDY   | 1*                    |                                |
| <b>Fármacos contra la hepatitis C (Hcv)</b>   |                       |                                |
| EPCLUSA   | 1*                    | PA                             |
| <i>ledipasvir-sofosbuvir</i>  | 1*                    | PA                             |
| MAVYRET, CAJA, POR VÍA ORAL   | 1*                    | PA; QL (140 de EA por 28 días) |
| MAVYRET, COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL  | 1*                    | PA; QL (84 de EA por 28 días)  |
| <i>ribavirin, cápsulas, por vía oral</i>  | 1                     |                                |
| <i>ribavirin, comprimidos de 200 mg, por vía oral</i>   | 1                     |                                |
| ZEPATIER  | 1*                    | PA                             |
| <b>Fármacos antiherpéticos</b>  |                       |                                |
| <i>acyclovir, cápsulas, por vía oral</i>  | 1                     |                                |
| <i>acyclovir, comprimidos, por vía oral</i>   | 1                     |                                |
| <i>acyclovir sodium, solución intravenosa</i>   | 1                     | B/D                            |
| <i>famciclovir, por vía oral</i>  | 1                     |                                |
| <i>valacyclovir hcl, por vía oral</i>   | 1                     |                                |
| <b>Fármacos antirretrovíricos, inhibidores de la transferencia de cadenas de la integrasa (Insti)</b> |                       |                                |
| APRETUDE  | 1*                    | QL (21 ML por 365 días)        |
| BIKTARVY  | 1*                    | QL (30 de EA por 30 días)      |
| DOVATO  | 1*                    | QL (30 de EA por 30 días)      |
| GENVOYA   | 1*                    | QL (30 de EA por 30 días)      |
| ISENTRESS HD  | 1*                    | QL (60 de EA por 30 días)      |
| ISENTRESS, CAJA, POR VÍA ORAL   | 1                     | QL (300 de EA por 30 días)     |
| ISENTRESS, COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL  | 1*                    | QL (120 de EA por 30 días)     |
| ISENTRESS, TABLETAS MASTICABLES DE 100 MG, POR VÍA ORAL   | 1*                    | QL (180 de EA por 30 días)     |
| ISENTRESS, TABLETAS MASTICABLES DE 25 MG, POR VÍA ORAL  | 1                     | QL (180 de EA por 30 días)     |
| STRIBILD  | 1*                    | QL (30 de EA por 30 días)      |
| SYMTUZA   | 1*                    | QL (30 de EA por 30 días)      |
| TIVICAY, COMPRIMIDOS DE 10 MG, POR VÍA ORAL   | 1                     | QL (30 de EA por 30 días)      |
| TIVICAY, COMPRIMIDOS DE 25 MG, POR VÍA ORAL   | 1*                    | QL (30 de EA por 30 días)      |
| TIVICAY, COMPRIMIDOS DE 50 MG, POR VÍA ORAL   | 1*                    | QL (60 de EA por 30 días)      |
| TIVICAY PD  | 1                     | QL (180 de EA por 30 días)     |

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

\* = suministro para 30 días únicamente

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

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario están disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 8.

| Nombre del medicamento  | Nivel del medicamento | Requisitos y límites       |
|---|-----------------------|----------------------------|
| <b>Fármacos antirretrovíricos, inhibidores no nucleosídicos de la transcriptasa inversa (Nrti)</b>              |                       |                            |
| COMPLERA  | 1*                    | QL (30 de EA por 30 días)  |
| EDURANT   | 1*                    | QL (30 de EA por 30 días)  |
| <i>efavirenz</i>  | 1                     |                            |
| <i>etravirine</i>   | 1*                    |                            |
| INTELENCE, COMPRIMIDOS DE 25 MG, POR VÍA ORAL   | 1                     | QL (120 de EA por 30 días) |
| <i>nevirapine er, comprimidos de 100 mg, de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>              | 1                     | QL (60 de EA por 30 días)  |
| <i>nevirapine er, comprimidos de 400 mg, de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>              | 1                     | QL (30 de EA por 30 días)  |
| <i>nevirapine, suspensión oral</i>  | 1                     | QL (1200 ML por 30 días)   |
| <i>nevirapine, comprimidos, por vía oral</i>  | 1                     | QL (60 de EA por 30 días)  |
| PIFELTRO  | 1*                    | QL (30 de EA por 30 días)  |
| <b>Fármacos antirretrovíricos, inhibidores nucleosídicos y nucleotídicos de la transcriptasa inversa (Nrti)</b> |                       |                            |
| <i>abacavir sulfate, solución oral</i>  | 1                     |                            |
| <i>abacavir sulfate, comprimidos, por vía oral</i>  | 1                     |                            |
| <i>abacavir sulfate-lamivudine</i>  | 1                     |                            |
| <i>abacavir-lamivudine-zidovudine</i>   | 1*                    |                            |
| CIMDUO  | 1*                    | QL (30 de EA por 30 días)  |
| DELSTRIGO   | 1*                    | QL (30 de EA por 30 días)  |
| DESCOVY   | 1*                    | QL (30 de EA por 30 días)  |
| <i>efavirenz-emtricitab-tenofo df</i>   | 1*                    | QL (30 de EA por 30 días)  |
| <i>efavirenz-lamivudine-tenofovir</i>   | 1*                    | QL (30 de EA por 30 días)  |
| <i>emtricitabine</i>  | 1                     |                            |
| <i>emtricitabine-tenofovir df, comprimidos de 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg, por vía oral</i>              | 1*                    | QL (30 de EA por 30 días)  |
| <i>emtricitabine-tenofovir df, comprimidos de 200-300 mg, por vía oral</i>                                      | 1                     | QL (30 de EA por 30 días)  |
| EMTRIVA, SOLUCIÓN ORAL  | 1                     |                            |
| JULUCA  | 1*                    | QL (30 de EA por 30 días)  |
| <i>lamivudine-zidovudine</i>  | 1                     |                            |
| ODEFSEY   | 1*                    | QL (30 de EA por 30 días)  |
| <i>tenofovir disoproxil fumarate</i>  | 1                     |                            |
| TRIZIVIR  | 1*                    |                            |
| VIREAD, EN POLVO, POR VÍA ORAL  | 1*                    | QL (240 GM por 30 días)    |

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

\* = suministro para 30 días únicamente

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

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario están disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 8.

| Nombre del medicamento  | Nivel del medicamento | Requisitos y límites       |
|---|-----------------------|----------------------------|
| VIREAD, COMPRIMIDOS DE 150 MG, 200 MG, 250 MG, POR VÍA ORAL   | 1*                    | QL (30 de EA por 30 días)  |
| <i>zidovudine</i>   | 1                     |                            |
| <b>Fármacos antirretrovíricos, otros</b>                      |                       |                            |
| FUZEON, RECONSTITUIDA, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA                    | 1*                    |                            |
| <i>maraviroc, comprimidos de 150 mg, por vía oral</i>         | 1*                    | QL (60 de EA por 30 días)  |
| <i>maraviroc, comprimidos de 300 mg, por vía oral</i>         | 1*                    | QL (120 de EA por 30 días) |
| RUKOBIA   | 1*                    | QL (60 de EA por 30 días)  |
| SELZENTRY, SOLUCIÓN ORAL                                      | 1*                    | QL (1800 ML por 30 días)   |
| SELZENTRY, COMPRIMIDOS DE 25 MG, POR VÍA ORAL                 | 1                     | QL (240 de EA por 30 días) |
| SELZENTRY, COMPRIMIDOS DE 75 MG, POR VÍA ORAL                 | 1*                    | QL (120 de EA por 30 días) |
| SUNLENCA, CAJA DE COMPRIMIDOS DE 4 X 300 MG, POR VÍA ORAL     | 1*                    | QL (8 de EA por 365 días)  |
| SUNLENCA, CAJA DE COMPRIMIDOS DE 5 X 300 MG, POR VÍA ORAL     | 1*                    | QL (10 de EA por 365 días) |
| SUNLENCA, POR VÍA SUBCUTÁNEA                                  | 1*                    | QL (3 ML por 180 días)     |
| TRIUMEQ   | 1*                    | QL (30 de EA por 30 días)  |
| TRIUMEQ PD  | 1*                    | QL (180 de EA por 30 días) |
| TYBOST  | 1                     | QL (30 de EA por 30 días)  |
| <b>Fármacos antirretrovíricos, inhibidores de la proteasa</b> |                       |                            |
| APTIVUS, CÁPSULAS, POR VÍA ORAL                               | 1*                    |                            |
| APTIVUS, SOLUCIÓN ORAL  | 1                     |                            |
| <i>atazanavir sulfate</i>                                     | 1                     |                            |
| <i>darunavir, comprimidos de 600 mg, por vía oral</i>         | 1*                    | QL (60 de EA por 30 días)  |
| <i>darunavir, comprimidos de 800 mg, por vía oral</i>         | 1*                    | QL (30 de EA por 30 días)  |
| EVOTAZ  | 1*                    | QL (30 de EA por 30 días)  |
| <i>fosamprenavir calcium</i>                                  | 1*                    |                            |
| LEXIVA, SUSPENSIÓN ORAL                                       | 1                     |                            |
| <i>lopinavir-ritonavir</i>                                    | 1                     |                            |
| NORVIR, CAJA, POR VÍA ORAL                                    | 1                     |                            |
| PREZCOBIX   | 1*                    | QL (30 de EA por 30 días)  |
| PREZISTA, SUSPENSIÓN ORAL                                     | 1*                    | QL (400 ML por 30 días)    |
| PREZISTA, COMPRIMIDOS DE 150 MG, POR VÍA ORAL                 | 1                     | QL (240 de EA por 30 días) |
| PREZISTA, COMPRIMIDOS DE 75 MG, POR VÍA ORAL                  | 1                     | QL (480 de EA por 30 días) |
| REYATAZ, CAJA, POR VÍA ORAL                                   | 1*                    |                            |

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

\* = suministro para 30 días únicamente

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

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario están disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 8.

| Nombre del medicamento  | Nivel del medicamento | Requisitos y límites       |
|---|-----------------------|----------------------------|
| RITONAVIR   | 1                     |                            |
| VIRACEPT, COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL   | 1*                    |                            |
| <b>Fármacos antigripales</b>  |                       |                            |
| <i>oseltamivir phosphate, por vía oral</i>  | 1                     |                            |
| RELENZA DISKHALER, INHALADOR DE POLVO SECO ACTIVADO CON EL ALIENTO DE 5 MG/ACT                | 1                     |                            |
| <i>rimantadine hcl</i>  | 1                     |                            |
| XOFLUZA, CAJA DE COMPRIMIDOS DE 1 X 40 MG, DOSIS DE 40 MG, POR VÍA ORAL                       | 1                     | QL (4 de EA por 365 días)  |
| XOFLUZA, CAJA DE COMPRIMIDOS DE 1 X 80 MG, DOSIS DE 80 MG, POR VÍA ORAL                       | 1                     | QL (2 de EA por 365 días)  |
| XOFLUZA, CAJA DE COMPRIMIDOS DE 2 X 40 MG, DOSIS DE 80 MG, POR VÍA ORAL                       | 1                     | QL (4 de EA por 365 días)  |
| <b>Fármacos ansiolíticos</b>  |                       |                            |
| <b>Fármacos ansiolíticos, otros</b>   |                       |                            |
| <i>bupirone hcl, por vía oral</i>   | 1                     |                            |
| <i>hydroxyzine pamoate, cápsulas de 25 mg, 50 mg, por vía oral</i>                            | 1                     |                            |
| <b>Benzodiazepinas</b>  |                       |                            |
| <i>alprazolam, comprimidos, por vía oral</i>  | 1                     | QL (150 de EA por 30 días) |
| <i>chlordiazepoxide hcl</i>   | 1                     |                            |
| <i>clonazepam, comprimidos de 0.5 mg, 1 mg, por vía oral</i>                                  | 1                     | QL (90 de EA por 30 días)  |
| <i>clonazepam, comprimidos de 2 mg, por vía oral</i>  | 1                     | QL (300 de EA por 30 días) |
| <i>clonazepam, comprimidos dispersables, por vía oral, de 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i> | 1                     | QL (90 de EA por 30 días)  |
| <i>clonazepam, comprimidos dispersables de 2 mg, por vía oral</i>                             | 1                     | QL (300 de EA por 30 días) |
| <i>clorazepate dipotassium, comprimidos de 15 mg, 3.75 mg, por vía oral</i>                   | 1                     | QL (180 de EA por 30 días) |
| <i>clorazepate dipotassium, comprimidos de 7.5 mg, por vía oral</i>                           | 1                     | QL (360 de EA por 30 días) |
| <i>diazepam intensol</i>  | 1                     | QL (240 ML por 30 días)    |
| <i>diazepam, solución oral de 5 mg/5ml</i>  | 1                     | QL (1200 ML por 30 días)   |
| <i>diazepam, comprimidos, por vía oral</i>  | 1                     | QL (120 de EA por 30 días) |
| LORAZEPAM INTENSOL  | 1                     | QL (150 ML por 30 días)    |
| <i>lorazepam, comprimidos, por vía oral</i>   | 1                     | QL (150 de EA por 30 días) |
| <b>Fármacos para el trastorno bipolar</b>   |                       |                            |
| <b>Fármacos estabilizadores del estado de ánimo</b>   |                       |                            |
| <i>carbamazepine er, cápsulas de liberación prolongada hasta 12 horas, por vía oral</i>       | 1                     |                            |

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

\* = suministro para 30 días únicamente

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

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario están disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 8.

| Nombre del medicamento  | Nivel del medicamento | Requisitos y límites          |
|---|-----------------------|-------------------------------|
| <i>divalproex sodium er, comprimidos de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>          | 1                     |                               |
| <i>divalproex sodium, cápsulas con gránulos dispersables, de liberación lenta, por vía oral</i>         | 1                     |                               |
| <i>divalproex sodium, comprimidos de liberación lenta, por vía oral</i>                                 | 1                     |                               |
| <i>lithium carbonate er</i>   | 1                     |                               |
| <i>lithium carbonate, por vía oral</i>  | 1                     |                               |
| <b>Reguladores de la glucosa en sangre</b>  |                       |                               |
| <b>Fármacos antidiabéticos</b>  |                       |                               |
| <i>acarbose, por vía oral</i>   | 1                     |                               |
| BYDUREON BCISE  | 1                     | PA; QL (3.4 ML por 28 días)   |
| BYETTA, PLUMA PRECARGADA CON SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA DE 10 MCG  | 1                     | PA; QL (2.4 ML por 30 días)   |
| BYETTA, PLUMA PRECARGADA CON SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA DE 5 MCG   | 1                     | PA; QL (1.2 ML por 30 días)   |
| CYCLOSET  | 1                     |                               |
| FARXIGA   | 1                     | QL (30 de EA por 30 días)     |
| <i>glimepiride</i>  | 1                     |                               |
| <i>glipizide er</i>   | 1                     |                               |
| <i>glipizide, por vía oral</i>  | 1                     |                               |
| <i>glipizide-metformin hcl</i>  | 1                     |                               |
| GLIXAMBI  | 1                     | QL (30 de EA por 30 días)     |
| GVOKE HYPOPEN, CAJA DE 2  | 1                     |                               |
| GVOKE, KIT  | 1                     |                               |
| GVOKE, PFS  | 1                     |                               |
| INVOKAMET   | 1                     | ST; QL (60 de EA por 30 días) |
| INVOKAMET XR  | 1                     | ST; QL (60 de EA por 30 días) |
| INVOKANA  | 1                     | ST; QL (30 de EA por 30 días) |
| JANUMET   | 1                     | QL (60 de EA por 30 días)     |
| JANUMET XR, COMPRIMIDOS DE 100-1000 MG, DE LIBERACIÓN PROLONGADA HASTA 24 HORAS, POR VÍA ORAL           | 1                     | QL (30 de EA por 30 días)     |
| JANUMET XR, COMPRIMIDOS DE 50-1000 MG, 50-500 MG, DE LIBERACIÓN PROLONGADA HASTA 24 HORAS, POR VÍA ORAL | 1                     | QL (60 de EA por 30 días)     |
| JANUVIA   | 1                     | QL (30 de EA por 30 días)     |
| JARDIANCE   | 1                     | QL (30 de EA por 30 días)     |
| JENTADUETO  | 1                     | QL (60 de EA por 30 días)     |

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

\* = suministro para 30 días únicamente

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

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario están disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 8.

| Nombre del medicamento   | Nivel del medicamento | Requisitos y límites          |
|--|-----------------------|-------------------------------|
| JENTADUETO XR  | 1                     | QL (30 de EA por 30 días)     |
| KOMBIGLYZE XR, COMPRIMIDOS DE 2.5-1000 MG, DE LIBERACIÓN PROLONGADA HASTA 24 HORAS, POR VÍA ORAL                   | 1                     | ST; QL (60 de EA por 30 días) |
| KOMBIGLYZE XR, COMPRIMIDOS DE 5-1000 MG, 5-500 MG, DE LIBERACIÓN PROLONGADA HASTA 24 HORAS, POR VÍA ORAL           | 1                     | ST; QL (30 de EA por 30 días) |
| <i>metformin hcl er</i>  | 1                     |                               |
| <i>metformin hcl, comprimidos de 1000 mg, 500 mg, 850 mg, por vía oral</i>   | 1                     |                               |
| <i>miglitol</i>  | 1                     |                               |
| MOUNJARO   | 1                     | PA; QL (2 ML por 28 días)     |
| <i>nateglinide</i>   | 1                     |                               |
| ONGLYZA  | 1                     | ST; QL (30 de EA por 30 días) |
| OZEMPIC (DOSIS DE 0.25 MG O 0.5 MG), PLUMA PRECARGADA CON SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA DE 2 MG/3 ML                         | 1                     | PA; QL (3 ML por 28 días)     |
| OZEMPIC (DOSIS DE 1 MG), PLUMA PRECARGADA CON SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA DE 4 MG/3 ML                                     | 1                     | PA; QL (3 ML por 28 días)     |
| OZEMPIC, DOSIS DE 2 MG   | 1                     | PA; QL (3 ML por 28 días)     |
| <i>pioglitazone hcl</i>  | 1                     |                               |
| <i>pioglitazone hcl-glimepiride</i>  | 1                     |                               |
| <i>pioglitazone hcl-metformin hcl</i>  | 1                     |                               |
| <i>repaglinide</i>   | 1                     |                               |
| SYMLINPEN 120, PLUMA PRECARGADA CON SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA  | 1*                    | ST; QL (10.8 ML por 30 días)  |
| SYMLINPEN 60, PLUMA PRECARGADA CON SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA   | 1*                    | ST; QL (12 ML por 30 días)    |
| SINAJARDY  | 1                     | QL (60 de EA por 30 días)     |
| SYNJARDY XR, COMPRIMIDOS DE 10-1000 MG, 25-1000 MG, DE LIBERACIÓN PROLONGADA HASTA 24 HORAS, POR VÍA ORAL          | 1                     | QL (30 de EA por 30 días)     |
| SYNJARDY XR, COMPRIMIDOS DE 12.5-1000 MG, 5-1000 MG, DE LIBERACIÓN PROLONGADA HASTA 24 HORAS, POR VÍA ORAL         | 1                     | QL (60 de EA por 30 días)     |
| TRADJENTA  | 1                     | QL (30 de EA por 30 días)     |
| TRIJARDY XR, COMPRIMIDOS DE 10-5-1000 MG, 25-5-1000 MG, DE LIBERACIÓN PROLONGADA HASTA 24 HORAS, POR VÍA ORAL      | 1                     | QL (30 de EA por 30 días)     |
| TRIJARDY XR, COMPRIMIDOS DE 12.5-2.5-1000 MG, 5-2.5-1000 MG, DE LIBERACIÓN PROLONGADA HASTA 24 HORAS, POR VÍA ORAL | 1                     | QL (60 de EA por 30 días)     |

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

\* = suministro para 30 días únicamente

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

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario están disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 8.



| Nombre del medicamento  | Nivel del medicamento | Requisitos y límites           |
|---|-----------------------|--------------------------------|
| TRULICITY   | 1                     | PA; QL (2 ML por 28 días)      |
| VICTOZA, PLUMA PRECARGADA CON SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA   | 1                     | PA; QL (9 ML por 30 días)      |
| XIGDUO XR, COMPRIMIDOS DE 10-1000 MG, 10-500 MG, 5-500 MG   | 1                     | QL (30 de EA por 30 días)      |
| XIGDUO XR, COMPRIMIDOS DE 2.5-1000 MG, 5-1000 MG, DE LIBERACIÓN PROLONGADA HASTA 24 HORAS, POR VÍA ORAL | 1                     | QL (60 de EA por 30 días)      |
| XULTOPHY  | 1                     | QL (15 ML por 30 días)         |
| <b>Fármacos para el control glucémico</b>   |                       |                                |
| BAQSIMI, UNA DOSIS  | 1                     |                                |
| BAQSIMI, DOS DOSIS  | 1                     |                                |
| <i>diazoxide, por vía oral</i>  | 1*                    |                                |
| GLUCAGEN HYPOKIT  | 1                     |                                |
| <i>kit de glucagón para emergencias, inyectable</i>   | 1                     |                                |
| KORLYM  | 1*                    | PA; QL (120 de EA por 30 días) |
| <b>Insulinas</b>  |                       |                                |
| ASSURE ID, JERINGA DE INSULINA DE 29G X 1/2" 1 ML, CON AGUJA DE SEGURIDAD INCORPORADA                   | 1                     |                                |
| COMFORT ASSIST, JERINGA DE INSULINA DE 29G X 1/2" 1 ML  | 1                     |                                |
| <i>cvs, apósitos de gasa estéril de 2"x2"</i>   | 1                     |                                |
| EXEL COMFORT POINT, AGUJAS PARA PLUMA DE 29G X 12MM   | 1                     |                                |
| HUMALOG, INYECTABLE   | 1                     |                                |
| HUMALOG JUNIOR KWIKPEN  | 1                     |                                |
| HUMALOG KWIKPEN, PLUMA PRECARGADA CON SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA   | 1                     |                                |
| HUMALOG MIX 50/50   | 1                     |                                |
| HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN, PLUMA PRECARGADA CON SUSPENSIÓN, POR VÍA SUBCUTÁNEA                          | 1                     |                                |
| HUMALOG MIX 75/25   | 1                     |                                |
| HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN, PLUMA PRECARGADA CON SUSPENSIÓN, POR VÍA SUBCUTÁNEA                          | 1                     |                                |
| HUMALOG, CARTUCHO DE SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA  | 1                     |                                |

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

\* = suministro para 30 días únicamente

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

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario están disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 8.



| Nombre del medicamento   | Nivel del medicamento | Requisitos y límites      |
|--|-----------------------|---------------------------|
| HUMULIN 70/30  | 1                     |                           |
| HUMULIN 70/30 KWIKPEN, PLUMA PRECARGADA CON SUSPENSIÓN, POR VÍA SUBCUTÁNEA | 1                     |                           |
| HUMULIN N  | 1                     |                           |
| HUMULIN N KWIKPEN, PLUMA PRECARGADA CON SUSPENSIÓN, POR VÍA SUBCUTÁNEA     | 1                     |                           |
| HUMULIN R  | 1                     |                           |
| HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED), CONCENTRADO                                | 1*                    |                           |
| HUMULIN R U-500 KWIKPEN, PLUMA PRECARGADA CON SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA          | 1*                    |                           |
| <i>insulin asp prot y asp flexpen</i>                                      | 1                     |                           |
| <i>insulin aspart flexpen</i>  | 1                     | ST                        |
| <i>insulin aspart, inyectable</i>  | 1                     | ST                        |
| <i>insulin aspart, cartucho</i>  | 1                     | ST                        |
| <i>insulin aspart prot y aspart</i>  | 1                     | ST                        |
| <i>insulin lispro, inyectable</i>  | 1                     |                           |
| LANTUS   | 1                     |                           |
| LANTUS SOLOSTAR, PLUMA PRECARGADA CON SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA                  | 1                     |                           |
| LYUMJEV  | 1                     |                           |
| LYUMJEV KWIKPEN  | 1                     |                           |
| <i>preferred plus, jeringa de insulina de 28g x 1/2" 0.5 ml</i>            | 1                     |                           |
| RELI-ON, JERINGA DE INSULINA DE 29G 0.3 ML                                 | 1                     |                           |
| SOLIQUA  | 1                     | QL (15 ML por 25 días)    |
| TOUJEO MAX SOLOSTAR  | 1                     |                           |
| TOUJEO SOLOSTAR  | 1                     |                           |
| V-GO 20, KIT, 20 UNIDADES/24HR   | 1                     |                           |
| V-GO 30, KIT, 30 UNIDADES/24HR   | 1                     |                           |
| V-GO 40, KIT, 40 UNIDADES/24HR   | 1                     |                           |
| <b>Hemoderivados y biomoduladores</b>                                      |                       |                           |
| <b>Anticoagulantes</b>   |                       |                           |
| <i>dabigatran etexilate mesylate</i>                                       | 1                     | QL (60 de EA por 30 días) |
| ELIQUIS  | 1                     | QL (74 de EA por 30 días) |
| ELIQUIS DVT/PE, TRATAMIENTO INICIAL, EN CAJA, POR VÍA ORAL                 | 1                     | QL (74 de EA por 30 días) |

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

\* = suministro para 30 días únicamente

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

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario están disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 8.

| Nombre del medicamento   | Nivel del medicamento | Requisitos y límites      |
|--|-----------------------|---------------------------|
| <i>enoxaparin sodium, solución inyectable de 100 mg/ml, 150 mg/ml, jeringa precargada</i>  | 1                     | QL (60 ML por 30 días)    |
| <i>enoxaparin sodium, solución inyectable de 120 mg/0.8 ml, 80 mg/0.8 ml, jeringa precargada</i>                                 | 1                     | QL (48 ML por 30 días)    |
| <i>enoxaparin sodium, solución inyectable de 30 mg/0.3 ml, jeringa precargada</i>  | 1                     | QL (18 ML por 30 días)    |
| <i>enoxaparin sodium, solución inyectable de 40 mg/0.4 ml, jeringa precargada</i>  | 1                     | QL (24 ML por 30 días)    |
| <i>enoxaparin sodium, solución inyectable de 60 mg/0.6 ml, jeringa precargada</i>  | 1                     | QL (36 ML por 30 días)    |
| <i>fondaparinux sodium, solución subcutánea de 10 mg/0.8ml</i>   | 1*                    | QL (24 ML por 30 días)    |
| <i>fondaparinux sodium, solución subcutánea de 2.5 mg/0.5ml</i>  | 1                     | QL (15 ML por 30 días)    |
| <i>fondaparinux sodium, solución subcutánea de 5 mg/0.4ml</i>  | 1*                    | QL (12 ML por 30 días)    |
| <i>fondaparinux sodium, solución subcutánea de 7.5 mg/0.6ml</i>  | 1*                    | QL (18 ML por 30 días)    |
| FRAGMIN, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA DE 10000 UNIDADES/ML, 7500 UNIDADES/0.3 ML, JERINGA PRECARGADA                                      | 1*                    |                           |
| FRAGMIN, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA DE 2500 UNIT/0.2 ML, 5000 UNIT/0.2 ML, JERINGA PRECARGADA   | 1                     |                           |
| <i>heparin sodium (porcine), solución inyectable de 1000 unidades/ml, 10000 unidades/ml, 20000 unidades/ml, 5000 unidades/ml</i> | 1                     | HI                        |
| <i>jantoven</i>  | 1                     |                           |
| PRADAXA, CÁPSULAS DE 110 MG, POR VÍA ORAL  | 1                     | QL (60 de EA por 30 días) |
| <i>warfarin sodium, por vía oral</i>   | 1                     |                           |
| XARELTO, SUSPENSIÓN ORAL, RECONSTITUIDA  | 1                     | QL (620 ML por 30 días)   |
| XARELTO, COMPRIMIDOS DE 10 MG, 20 MG, POR VÍA ORAL   | 1                     | QL (30 de EA por 30 días) |
| XARELTO, COMPRIMIDOS DE 15 MG, 2.5 MG, POR VÍA ORAL  | 1                     | QL (60 de EA por 30 días) |
| XARELTO, TRATAMIENTO INICIAL, CAJA   | 1                     | QL (51 de EA por 30 días) |
| <b>Hemoderivados y biomoduladores, otros</b>   |                       |                           |
| <i>anagrelide hcl</i>  | 1                     |                           |
| LEUKINE, RECONSTITUIDA, SOLUCIÓN INYECTABLE  | 1*                    |                           |

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

\* = suministro para 30 días únicamente

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

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario están disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 8.

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

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

\* = suministro para 30 días únicamente

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

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario están disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 8.

| Nombre del medicamento  | Nivel del medicamento | Requisitos y límites |
|---|-----------------------|----------------------|
| <i>terazosin hcl, por vía oral</i>  | 1                     |                      |
| <b>Fármacos antagonistas de los receptores de la angiotensina II</b>        |                       |                      |
| <i>candesartan cilexetil</i>  | 1                     |                      |
| <i>irbesartan</i>   | 1                     |                      |
| <i>losartan potassium, por vía oral</i>                                     | 1                     |                      |
| <i>olmesartan medoxomil, por vía oral</i>                                   | 1                     |                      |
| <i>telmisartan</i>  | 1                     |                      |
| <i>telmisartan-hctz, comprimidos de 80-12.5 mg, por vía oral</i>            | 1                     |                      |
| <i>valsartan, comprimidos, por vía oral</i>                                 | 1                     |                      |
| <b>Fármacos inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ECA)</b> |                       |                      |
| <i>benazepril hcl, por vía oral</i>   | 1                     |                      |
| <i>captopril, por vía oral</i>  | 1                     |                      |
| <i>enalapril maleate, comprimidos, por vía oral</i>                         | 1                     |                      |
| <i>fosinopril sodium</i>  | 1                     |                      |
| <i>lisinopril, por vía oral</i>   | 1                     |                      |
| <i>moexipril hcl</i>  | 1                     |                      |
| <i>perindopril erbumine</i>   | 1                     |                      |
| <i>quinapril hcl</i>  | 1                     |                      |
| <i>ramipril</i>   | 1                     |                      |
| <i>trandolapril</i>   | 1                     |                      |
| <b>Fármacos antiarrítmicos</b>  |                       |                      |
| <i>amiodarone hcl, comprimidos de 200 mg, por vía oral</i>                  | 1                     |                      |
| <i>disopyramide phosphate, por vía oral</i>                                 | 1                     |                      |
| <i>dofetilide</i>   | 1                     |                      |
| <i>flecainide acetate</i>   | 1                     |                      |
| <i>mexiletine hcl, por vía oral</i>   | 1                     |                      |
| MULTAQ  | 1                     |                      |
| <i>pacerone, comprimidos de 200 mg, por vía oral</i>                        | 1                     |                      |
| <i>propafenone hcl</i>  | 1                     |                      |
| <i>propafenone hcl er</i>   | 1                     |                      |
| <i>quinidine gluconate er</i>   | 1                     |                      |
| <i>quinidine sulfate, por vía oral</i>                                      | 1                     |                      |
| SORINE  | 1                     |                      |
| <i>sotalol hcl (af)</i>   | 1                     |                      |

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

\* = suministro para 30 días únicamente

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

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario están disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 8.

| Nombre del medicamento  | Nivel del medicamento | Requisitos y límites |
|---|-----------------------|----------------------|
| <i>sotalol hcl, por vía oral</i>  | 1                     |                      |
| <b>Fármacos bloqueadores beta adrenérgicos</b>  |                       |                      |
| <i>acebutolol hcl, por vía oral</i>   | 1                     |                      |
| <i>atenolol, por vía oral</i>   | 1                     |                      |
| <i>betaxolol hcl, por vía oral</i>  | 1                     |                      |
| <i>bisoprolol fumarate, por vía oral</i>  | 1                     |                      |
| <i>carvedilol</i>   | 1                     |                      |
| <i>carvedilol phosphate er</i>  | 1                     |                      |
| <i>labetalol hcl, por vía oral</i>  | 1                     |                      |
| <i>metoprolol succinate er</i>  | 1                     |                      |
| <i>metoprolol tartrate, comprimidos de 100 mg, 25 mg, 50 mg, por vía oral</i>                                     | 1                     |                      |
| <i>nadolol, comprimidos de 20 mg, 40 mg, 80 mg, por vía oral</i>  | 1                     |                      |
| <i>nebivolol hcl</i>  | 1                     |                      |
| <i>pindolol</i>   | 1                     |                      |
| <i>propranolol hcl er</i>   | 1                     |                      |
| <i>propranolol hcl, solución oral</i>   | 1                     |                      |
| <i>propranolol hcl, comprimidos, por vía oral</i>   | 1                     |                      |
| <i>timolol maleate, por vía oral</i>  | 1                     |                      |
| <b>Fármacos bloqueadores de los canales de calcio, con dihidropiridinas</b>                                       |                       |                      |
| <i>amlodipine besylate, por vía oral</i>  | 1                     |                      |
| <i>felodipine er</i>  | 1                     |                      |
| <i>isradipine</i>   | 1                     |                      |
| <i>nicardipine hcl, por vía oral</i>  | 1                     |                      |
| <i>nifedipine er</i>  | 1                     |                      |
| <i>nifedipine er, de liberación osmótica</i>  | 1                     |                      |
| <i>nimodipine, por vía oral</i>   | 1                     |                      |
| <b>Fármacos bloqueadores de los canales de calcio, sin dihidropiridinas</b>                                       |                       |                      |
| <i>cartia xt</i>  | 1                     |                      |
| <i>diltiazem hcl er, cápsulas de 360 mg, 420 mg, perlas de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i> | 1                     |                      |
| <i>diltiazem hcl er, cápsulas, perlas recubiertas de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>       | 1                     |                      |

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

\* = suministro para 30 días únicamente

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

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario están disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 8.

| Nombre del medicamento   | Nivel del medicamento | Requisitos y límites          |
|--|-----------------------|-------------------------------|
| <i>diltiazem hcl er, cápsulas, de liberación prolongada hasta 12 horas, por vía oral</i>                     | 1                     |                               |
| <i>diltiazem hcl, por vía oral</i>   | 1                     |                               |
| <i>dilt-xr</i>   | 1                     |                               |
| <i>taztia xt</i>   | 1                     |                               |
| <i>verapamil hcl er</i>  | 1                     |                               |
| <i>verapamil hcl, por vía oral</i>   | 1                     |                               |
| <b>Fármacos cardiovasculares, otros</b>  |                       |                               |
| <i>acetazolamide, por vía oral</i>   | 1                     |                               |
| <i>aliskiren fumarate</i>  | 1                     |                               |
| <i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>   | 1                     |                               |
| <i>amlodipine besy-benazepril hcl</i>  | 1                     |                               |
| <i>amlodipine besylate-valsartan</i>   | 1                     |                               |
| <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</i>   | 1                     |                               |
| <i>amlodipine-valsartan-hctz</i>   | 1                     | QL (30 de EA por 30 días)     |
| <i>atenolol-chlorthalidone</i>   | 1                     |                               |
| <i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>  | 1                     |                               |
| <i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>  | 1                     |                               |
| <i>candesartan cilexetil-hctz</i>  | 1                     |                               |
| CORLANOR   | 1                     |                               |
| <i>digoxin, solución oral</i>  | 1                     |                               |
| <i>digoxin, comprimidos, por vía oral, 125 mcg, 250 mcg</i>  | 1                     |                               |
| <i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>   | 1                     |                               |
| ENTRESTO   | 1                     | QL (60 de EA por 30 días)     |
| <i>filspari</i>  | 1*                    | PA; QL (30 de EA por 30 días) |
| <i>fosinopril sodium-hctz</i>  | 1                     |                               |
| <i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>  | 1                     |                               |
| <i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>  | 1                     |                               |
| <i>losartan potassium-hctz</i>   | 1                     |                               |
| <i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i>  | 1                     |                               |

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

\* = suministro para 30 días únicamente

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

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario están disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 8.

| Nombre del medicamento   | Nivel del medicamento | Requisitos y límites          |
|--|-----------------------|-------------------------------|
| <i>metyrosine</i>  | 1*                    |                               |
| NEXLETOL   | 1                     | PA; QL (30 de EA por 30 días) |
| NEXLIZET   | 1                     | PA; QL (30 de EA por 30 días) |
| <i>olmesartan medoxomil-hctz</i>   | 1                     |                               |
| <i>olmesartan-amlodipine-hctz</i>  | 1                     |                               |
| ORLADEYO   | 1*                    | PA; QL (30 de EA por 30 días) |
| <i>pentoxifylline er</i>   | 1                     |                               |
| <i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>                                       | 1                     |                               |
| <i>ranolazine er</i>   | 1                     |                               |
| <i>spironolactone-hctz</i>   | 1                     |                               |
| <i>telmisartan-amlodipine</i>  | 1                     |                               |
| <i>telmisartan-hctz, comprimidos de 40-12.5 mg, 80-25 mg, por vía oral</i> | 1                     |                               |
| <i>trandolapril-verapamil hcl er</i>                                       | 1                     |                               |
| <i>triamterene-hctz, cápsulas de 37.5-25 mg, por vía oral</i>              | 1                     |                               |
| <i>triamterene-hctz, comprimidos, por vía oral</i>                         | 1                     |                               |
| <i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>                                       | 1                     |                               |
| VECAMYL  | 1*                    |                               |
| VERQUVO  | 1                     | PA; QL (30 de EA por 30 días) |
| <b>Fármacos diuréticos, de asa</b>   |                       |                               |
| <i>bumetanide, por vía oral</i>  | 1                     |                               |
| <i>ethacrynic acid, por vía oral</i>                                       | 1                     |                               |
| <i>furosemide, inyectable</i>  | 1                     | HI                            |
| <i>furosemide, solución oral de 10 mg/ml</i>                               | 1                     |                               |
| <i>furosemide, solución oral de 8 mg/ml</i>                                | 1                     |                               |
| <i>furosemide, comprimidos, por vía oral</i>                               | 1                     |                               |
| <i>torseamide, por vía oral</i>  | 1                     |                               |
| <b>Fármacos diuréticos ahorradores de potasio</b>                          |                       |                               |
| <i>amiloride hcl, por vía oral</i>   | 1                     |                               |
| <i>eplerenone</i>  | 1                     |                               |
| KERENDIA   | 1                     | PA; QL (30 de EA por 30 días) |
| <i>spironolactone, por vía oral</i>  | 1                     |                               |
| <i>triamterene, por vía oral</i>   | 1                     |                               |
| <b>Fármacos diuréticos tiazídicos</b>                                      |                       |                               |
| <i>chlorthalidone, comprimidos de 25 mg, 50 mg, por vía oral</i>           | 1                     |                               |
| <i>hydrochlorothiazide, por vía oral</i>                                   | 1                     |                               |

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

\* = suministro para 30 días únicamente

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

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario están disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 8.



| Nombre del medicamento   | Nivel del medicamento | Requisitos y límites       |
|--|-----------------------|----------------------------|
| <i>indapamide, por vía oral</i>  | 1                     |                            |
| <i>metolazone</i>  | 1                     |                            |
| <b>Fármacos derivados del ácido fíbrico para el tratamiento de dislipidemias</b>         |                       |                            |
| <i>fenofibrate micronized, cápsulas de 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg, por vía oral</i>    | 1                     |                            |
| <i>fenofibrate, comprimidos de 145 mg, 160 mg, 48 mg, 54 mg, por vía oral</i>            | 1                     |                            |
| <i>fenofibric acid, cápsulas de liberación lenta, por vía oral</i>                       | 1                     |                            |
| <i>gemfibrozil, por vía oral</i>   | 1                     |                            |
| <b>Fármacos inhibidores de la Hmg Coa reductasa para el tratamiento de dislipidemias</b> |                       |                            |
| <i>atorvastatin calcium, comprimidos de 10 mg, por vía oral</i>                          | 1                     | QL (240 de EA por 30 días) |
| <i>atorvastatin calcium, comprimidos de 20 mg, por vía oral</i>                          | 1                     | QL (120 de EA por 30 días) |
| <i>atorvastatin calcium, comprimidos de 40 mg, por vía oral</i>                          | 1                     | QL (60 de EA por 30 días)  |
| <i>atorvastatin calcium, comprimidos de 80 mg, por vía oral</i>                          | 1                     | QL (30 de EA por 30 días)  |
| <i>fluvastatin sodium er</i>   | 1                     | QL (30 de EA por 30 días)  |
| <i>fluvastatin sodium, cápsulas de 20 mg, por vía oral</i>                               | 1                     | QL (120 de EA por 30 días) |
| <i>fluvastatin sodium, cápsulas de 40 mg, por vía oral</i>                               | 1                     | QL (60 de EA por 30 días)  |
| <i>lovastatin, comprimidos de 10 mg, 20 mg, por vía oral</i>                             | 1                     | QL (120 de EA por 30 días) |
| <i>lovastatin, comprimidos de 40 mg, por vía oral</i>                                    | 1                     | QL (60 de EA por 30 días)  |
| <i>pravastatin sodium, comprimidos de 10 mg, 20 mg, por vía oral</i>                     | 1                     | QL (120 de EA por 30 días) |
| <i>pravastatin sodium, comprimidos de 40 mg, por vía oral</i>                            | 1                     | QL (60 de EA por 30 días)  |
| <i>pravastatin sodium, comprimidos de 80 mg, por vía oral</i>                            | 1                     | QL (30 de EA por 30 días)  |
| <i>rosuvastatin calcium, comprimidos de 10 mg, 5 mg, por vía oral</i>                    | 1                     | QL (120 de EA por 30 días) |
| <i>rosuvastatin calcium, comprimidos de 20 mg, por vía oral</i>                          | 1                     | QL (60 de EA por 30 días)  |
| <i>rosuvastatin calcium, comprimidos de 40 mg, por vía oral</i>                          | 1                     | QL (30 de EA por 30 días)  |
| <i>simvastatin, comprimidos de 10 mg, 20 mg, 5 mg, por vía oral</i>                      | 1                     | QL (120 de EA por 30 días) |
| <i>simvastatin, comprimidos de 40 mg, por vía oral</i>                                   | 1                     | QL (60 de EA por 30 días)  |
| <i>simvastatin, comprimidos de 80 mg, por vía oral</i>                                   | 1                     | QL (30 de EA por 30 días)  |
| <b>Fármacos para el tratamiento de dislipidemias, otros</b>                              |                       |                            |
| <i>cholestyramine light, caja, por vía oral</i>  | 1                     |                            |
| <i>cholestyramine, caja, por vía oral</i>  | 1                     |                            |
| <i>colesevelam hcl, caja, por vía oral</i>   | 1                     |                            |
| <i>colesevelam hcl, comprimidos, por vía oral</i>  | 1                     |                            |
| <i>colestipol hcl, caja, por vía oral</i>  | 1                     |                            |
| <i>colestipol hcl, comprimidos, por vía oral</i>   | 1                     |                            |

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

\* = suministro para 30 días únicamente

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

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario están disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 8.

| Nombre del medicamento  | Nivel del medicamento | Requisitos y límites         |
|---|-----------------------|------------------------------|
| ezetimibe   | 1                     |                              |
| ezetimibe-rosuvastatin  | 1                     | QL (30 de EA por 30 días)    |
| ezetimibe-simvastatin   | 1                     | QL (30 de EA por 30 días)    |
| icosapent ethyl   | 1                     | PA                           |
| LEQVIO  | 1*                    | PA; QL (4.5 ML por 365 días) |
| niacin er (antihyperlipidemic), comprimidos de 1000 mg, de liberación prolongada, por vía oral                            | 1                     | QL (60 de EA por 30 días)    |
| niacin er (antihyperlipidemic), comprimidos de 500 mg, 750 mg, de liberación prolongada, por vía oral                     | 1                     | QL (30 de EA por 30 días)    |
| omega-3-acid ethyl esters   | 1                     |                              |
| prevalite, caja, por vía oral   | 1                     |                              |
| REPATHA   | 1                     | PA; QL (2 ML por 28 días)    |
| REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM   | 1                     | PA; QL (3.5 ML por 30 días)  |
| REPATHA SURECLICK   | 1                     | PA; QL (2 ML por 28 días)    |
| <b>Fármacos vasodilatadores, de acción directa sobre arterias y venas</b>   |                       |                              |
| isosorbide dinitrate, comprimidos de 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, por vía oral  | 1                     |                              |
| isosorbide mononitrate  | 1                     |                              |
| isosorbide mononitrate er   | 1                     |                              |
| NITRO-BID   | 1                     |                              |
| nitroglycerin, por vía sublingual   | 1                     |                              |
| nitroglycerin, parche transdérmico de 24 horas  | 1                     |                              |
| nitroglycerin, solución, por vía translingual   | 1                     |                              |
| RECTIV  | 1                     | QL (30 GM por 30 días)       |
| <b>Fármacos vasodilatadores, de acción arterial directa</b>   |                       |                              |
| hydralazine hcl, por vía oral   | 1                     |                              |
| minoxidil, por vía oral   | 1                     |                              |
| <b>Fármacos que actúan sobre el sistema nervioso central</b>  |                       |                              |
| <b>Fármacos para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, con anfetaminas</b>                               |                       |                              |
| amphetamine-dextroamphet er, cápsulas de 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg, de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral | 1                     | QL (30 de EA por 30 días)    |
| amphetamine-dextroamphet er, cápsulas de 20 mg, 30 mg, de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral              | 1                     | QL (60 de EA por 30 días)    |
| amphetamine-dextroamphetamine, comprimidos de 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 5 mg, 7.5 mg, por vía oral                           | 1                     | QL (120 de EA por 30 días)   |

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

\* = suministro para 30 días únicamente

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

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario están disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 8.

| Nombre del medicamento  | Nivel del medicamento | Requisitos y límites       |
|---|-----------------------|----------------------------|
| <i>amphetamine-dextroamphetamine, comprimidos de 20 mg, por vía oral</i>  | 1                     | QL (90 de EA por 30 días)  |
| <i>amphetamine-dextroamphetamine, comprimidos de 30 mg, por vía oral</i>  | 1                     | QL (60 de EA por 30 días)  |
| <i>dextroamphetamine sulfate er, cápsulas de 10 mg, 5 mg, de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>               | 1                     | QL (60 de EA por 30 días)  |
| <i>dextroamphetamine sulfate er, cápsulas de 15 mg, de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>                     | 1                     | QL (120 de EA por 30 días) |
| <i>dextroamphetamine sulfate, comprimidos de 10 mg, por vía oral</i>  | 1                     | QL (180 de EA por 30 días) |
| <i>dextroamphetamine sulfate, comprimidos de 5 mg, por vía oral</i>   | 1                     | QL (60 de EA por 30 días)  |
| <b>Fármacos para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, sin anfetaminas</b>                                       |                       |                            |
| <i>atomoxetine hcl, cápsulas de 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg, por vía oral</i>  | 1                     | QL (60 de EA por 30 días)  |
| <i>atomoxetine hcl, cápsulas de 100 mg, 60 mg, 80 mg, por vía oral</i>  | 1                     | QL (30 de EA por 30 días)  |
| <i>clonidine hcl, comprimidos de liberación prolongada hasta 12 horas, por vía oral</i>   | 1                     |                            |
| <i>dexmethylphenidate hcl</i>   | 1                     | QL (60 de EA por 30 días)  |
| <i>dexmethylphenidate hcl er</i>  | 1                     | QL (30 de EA por 30 días)  |
| <i>guanfacine hcl er</i>  | 1                     | QL (30 de EA por 30 días)  |
| <i>methylphenidate hcl er (cd)</i>  | 1                     | QL (30 de EA por 30 días)  |
| <i>methylphenidate hcl er (la), cápsulas de 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i> | 1                     | QL (30 de EA por 30 días)  |
| <i>methylphenidate hcl er (osm), comprimidos de 18 mg, 36 mg, 54 mg, 72 mg, de liberación prolongada, por vía oral</i>            | 1                     | QL (30 de EA por 30 días)  |
| <i>methylphenidate hcl er (osm), comprimidos de 27 mg, de liberación prolongada, por vía oral</i>                                 | 1                     | QL (60 de EA por 30 días)  |
| <i>methylphenidate hcl er, comprimidos de liberación prolongada, por vía oral</i>   | 1                     | QL (90 de EA por 30 días)  |
| <i>methylphenidate hcl er, comprimidos de 18 mg, 36 mg, 54 mg, de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>          | 1                     | QL (30 de EA por 30 días)  |
| <i>methylphenidate hcl er, comprimidos de 27 mg, de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>                        | 1                     | QL (60 de EA por 30 días)  |
| <i>methylphenidate hcl, solución oral de 10 mg/5ml</i>  | 1                     | QL (1500 ML por 30 días)   |
| <i>methylphenidate hcl, solución oral de 5 mg/5ml</i>   | 1                     | QL (3000 ML por 30 días)   |
| <i>methylphenidate hcl, comprimidos, por vía oral</i>   | 1                     | QL (90 de EA por 30 días)  |
| <i>methylphenidate hcl, tabletas masticables, por vía oral</i>  | 1                     |                            |

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

\* = suministro para 30 días únicamente

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

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario están disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 8.

| Nombre del medicamento  | Nivel del medicamento | Requisitos y límites           |
|---|-----------------------|--------------------------------|
| QELBREE, CÁPSULAS DE 100 MG, DE LIBERACIÓN PROLONGADA HASTA 24 HORAS, POR VÍA ORAL            | 1                     | PA; QL (30 de EA por 30 días)  |
| QELBREE, CÁPSULAS DE 150 MG, 200 MG, DE LIBERACIÓN PROLONGADA HASTA 24 HORAS, POR VÍA ORAL    | 1                     | PA; QL (90 de EA por 30 días)  |
| <b>Fármacos que actúan sobre el sistema nervioso central, otros</b>                           |                       |                                |
| AUSTEDO, COMPRIMIDOS DE 12 MG, 9 MG, POR VÍA ORAL   | 1*                    | PA; QL (120 de EA por 30 días) |
| AUSTEDO, COMPRIMIDOS DE 6 MG, POR VÍA ORAL  | 1*                    | PA; QL (60 de EA por 30 días)  |
| AUSTEDO XR, COMPRIMIDOS DE 12 MG, 6 MG, DE LIBERACIÓN PROLONGADA HASTA 24 HORAS, POR VÍA ORAL | 1*                    | PA; QL (90 de EA por 30 días)  |
| AUSTEDO XR, COMPRIMIDOS DE 24 MG, DE LIBERACIÓN PROLONGADA HASTA 24 HORAS, POR VÍA ORAL       | 1*                    | PA; QL (60 de EA por 30 días)  |
| AUSTEDO XR, PARA AJUSTE DE DOSIS  | 1*                    | PA; QL (42 de EA por 28 días)  |
| DAYBUE  | 1*                    | PA; QL (3600 ML por 28 días)   |
| EVRYSDI   | 1*                    | PA; QL (240 ML por 30 días)    |
| FIRDAPSE  | 1*                    | PA; QL (240 de EA por 30 días) |
| INGREZZA  | 1*                    | PA; QL (30 de EA por 30 días)  |
| NUEDEXTA  | 1*                    | PA; QL (60 de EA por 30 días)  |
| RADICAVA ORS  | 1*                    | PA; QL (70 ML por 28 días)     |
| RADICAVA ORS, PARA TRATAMIENTO INICIAL  | 1*                    | PA; QL (70 ML por 28 días)     |
| RELYVRIO  | 1*                    | PA; QL (56 de EA por 28 días)  |
| <i>riluzole</i>   | 1                     |                                |
| SKYCLARYS   | 1*                    | PA; QL (90 de EA por 30 días)  |
| <i>tetrabenazine, comprimidos de 12.5 mg, por vía oral</i>                                    | 1*                    | PA; QL (90 de EA por 30 días)  |
| <i>tetrabenazine, comprimidos de 25 mg, por vía oral</i>                                      | 1*                    | PA; QL (120 de EA por 30 días) |
| <b>Fármacos para tratar la fibromialgia</b>   |                       |                                |
| <i>duloxetine hcl, cápsulas de 20 mg, con partículas de liberación lenta, por vía oral</i>    | 1                     | QL (180 de EA por 30 días)     |
| <i>duloxetine hcl, cápsulas de 30 mg, con partículas de liberación lenta, por vía oral</i>    | 1                     | QL (120 de EA por 30 días)     |
| <i>duloxetine hcl, cápsulas de 60 mg, con partículas de liberación lenta, por vía oral</i>    | 1                     | QL (60 de EA por 30 días)      |
| <i>pregabalin, cápsulas de 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg, por vía oral</i>      | 1                     | QL (90 de EA por 30 días)      |
| <i>pregabalin, cápsulas de 225 mg, 300 mg, por vía oral</i>                                   | 1                     | QL (60 de EA por 30 días)      |
| <i>pregabalin, solución oral</i>  | 1                     | QL (900 ML por 30 días)        |

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

\* = suministro para 30 días únicamente

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

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario están disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 8.

| Nombre del medicamento  | Nivel del medicamento | Requisitos y límites          |
|---|-----------------------|-------------------------------|
| <b>Fármacos para tratar la esclerosis múltiple</b>  |                       |                               |
| AVONEX PEN, KIT DE AUTOINYECTOR POR VÍA INTRAMUSCULAR   | 1*                    | PA; QL (4 de EA por 28 días)  |
| AVONEX, KIT DE JERINGA PRECARGADA CON SOLUCIÓN INYECTABLE DE USO INTRAMUSCULAR                  | 1*                    | PA; QL (4 de EA por 28 días)  |
| BETASERON, KIT, DE USO SUBCUTÁNEO   | 1*                    | PA; QL (15 de EA por 30 días) |
| <i>dalfampridine er</i>   | 1*                    | PA; QL (60 de EA por 30 días) |
| <i>dimethyl fumarate, por vía oral</i>  | 1*                    | PA; QL (60 de EA por 30 días) |
| <i>dimethyl fumarate, tratamiento inicial, caja</i>   | 1*                    | PA; QL (60 de EA por 30 días) |
| <i> fingolimod hcl</i>  | 1*                    | PA; QL (30 de EA por 30 días) |
| <i>glatiramer acetate, solución subcutánea de 20 mg/ml, jeringa precargada</i>                  | 1*                    | PA; QL (30 ML por 30 días)    |
| <i>glatiramer acetate, solución subcutánea de 40 mg/ml, jeringa precargada</i>                  | 1*                    | PA; QL (12 ML por 28 días)    |
| GLATOPA, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA DE 20 MG/ML, JERINGA PRECARGADA                                    | 1*                    | PA; QL (30 ML por 30 días)    |
| GLATOPA, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA DE 40 MG/ML, JERINGA PRECARGADA                                    | 1*                    | PA; QL (12 ML por 28 días)    |
| PLEGRIDY  | 1*                    | PA; QL (1 ML por 28 días)     |
| PLEGRIDY, TRATAMIENTO INICIAL, CAJA   | 1*                    | PA; QL (1 ML por 28 días)     |
| REBIF REBIDOSE, AUTOINYECTOR, SOLUCIÓN DE USO SUBCUTÁNEO  | 1*                    | PA; QL (6 ML por 30 días)     |
| REBIF REBIDOSE, AUTOINYECTOR, PARA AJUSTE DE DOSIS, SOLUCIÓN DE USO SUBCUTÁNEO, CAJA            | 1*                    | PA; QL (6 ML por 30 días)     |
| REBIF, JERINGA PRECARGADA CON SOLUCIÓN INYECTABLE DE USO SUBCUTÁNEO                             | 1*                    | PA; QL (6 ML por 30 días)     |
| REBIF, PARA AJUSTE DE DOSIS, JERINGA PRECARGADA CON SOLUCIÓN INYECTABLE DE USO SUBCUTÁNEO, CAJA | 1*                    | PA; QL (6 ML por 30 días)     |
| <i>teriflunomide</i>  | 1*                    | PA; QL (30 de EA por 30 días) |
| <b>Fármacos para tratar problemas dentales y bucales</b>  |                       |                               |
| <b>Fármacos para tratar problemas dentales y bucales</b>  |                       |                               |
| <i>cevimeline hcl</i>   | 1                     |                               |
| <i>chlorhexidine gluconate, tratamiento para la boca y garganta</i>                             | 1                     |                               |
| <i>denta 5000 plus</i>  | 1                     |                               |
| <i>pilocarpine hcl, por vía oral</i>  | 1                     |                               |
| <i>sf</i>   | 1                     |                               |
| <i>sf 5000 plus</i>   | 1                     |                               |

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

\* = suministro para 30 días únicamente

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

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario están disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 8.



| Nombre del medicamento  | Nivel del medicamento | Requisitos y límites   |
|---|-----------------------|------------------------|
| <i>sodium fluoride 5000 plus</i>  | 1                     |                        |
| <i>sodium fluoride 5000 ppm</i>   | 1                     |                        |
| <i>sodium fluoride, crema dental</i>                                      | 1                     |                        |
| <i>sodium fluoride, gel dental al 1.1 %</i>                               | 1                     |                        |
| <i>triamcinolone acetonide, tratamiento para la boca y garganta</i>       | 1                     |                        |
| <b>Fármacos dermatológicos</b>  |                       |                        |
| <b>Fármacos para el tratamiento del acné y la rosácea</b>                 |                       |                        |
| <i>acitretin</i>  | 1                     |                        |
| <i>adapalene, gel al 0.3 %, de uso tópico</i>                             | 1                     |                        |
| <i>amnestem</i>   | 1                     |                        |
| <i>azelaic acid, de uso tópico</i>  | 1                     |                        |
| CLARAVIS  | 1                     |                        |
| <i>clindamycin phos-benzoyl perox, gel de 1-5 %, SOLUCIÓN INTRAVENOSA</i> | 1                     |                        |
| <i>isotretinoin, cápsulas de 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, por vía oral</i> | 1                     |                        |
| <i>tazarotene, crema de uso tópico</i>                                    | 1                     |                        |
| <i>tretinoin, crema de uso tópico</i>                                     | 1                     | QL (45 GM por 30 días) |
| <i>tretinoin, gel al 0.01 %, 0.025 %, de uso tópico</i>                   | 1                     | QL (45 GM por 30 días) |
| <i>tretinoin, gel al 0.05 %, de uso tópico</i>                            | 1                     | QL (45 GM por 30 días) |
| <b>Fármacos para el tratamiento de dermatitis y prurito</b>               |                       |                        |
| <i>alclometasone dipropionate</i>   | 1                     |                        |
| <i>ammonium lactate, de uso tópico</i>                                    | 1                     |                        |
| <i>betamethasone dipropionate aug, gel de uso tópico</i>                  | 1                     | QL (50 GM por 30 días) |
| <i>betamethasone dipropionate aug, loción de uso tópico</i>               | 1                     | QL (60 ML por 30 días) |
| <i>betamethasone dipropionate aug, ungüento de uso tópico</i>             | 1                     | QL (50 GM por 30 días) |
| <i>betamethasone dipropionate, crema de uso tópico</i>                    | 1                     |                        |
| <i>betamethasone dipropionate, loción de uso tópico</i>                   | 1                     |                        |
| <i>betamethasone valerate, crema de uso tópico</i>                        | 1                     |                        |
| <i>betamethasone valerate, loción de uso tópico</i>                       | 1                     | QL (60 ML por 30 días) |
| <i>betamethasone valerate, ungüento de uso tópico</i>                     | 1                     |                        |
| <i>calcipotriene-betameth diprop, ungüento de uso tópico</i>              | 1                     |                        |
| <i>clobetasol prop, emulsión</i>  | 1                     | QL (60 GM por 30 días) |
| <i>clobetasol propionate e</i>  | 1                     | QL (60 GM por 30 días) |
| <i>clobetasol propionate, crema de uso tópico</i>                         | 1                     | QL (60 GM por 30 días) |

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

\* = suministro para 30 días únicamente

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

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario están disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 8.

| Nombre del medicamento  | Nivel del medicamento | Requisitos y límites       |
|---|-----------------------|----------------------------|
| <i>clobetasol propionate, gel de uso tópico</i>                 | 1                     |                            |
| <i>clobetasol propionate, loción de uso tópico</i>              | 1                     | QL (118 ML por 30 días)    |
| <i>clobetasol propionate, ungüento de uso tópico</i>            | 1                     | QL (60 GM por 30 días)     |
| <i>clobetasol propionate, champú de uso externo</i>             | 1                     | QL (118 ML por 30 días)    |
| <i>clobetasol propionate, solución tópica</i>                   | 1                     |                            |
| <i>desonide, crema de uso tópico</i>                            | 1                     | QL (120 GM por 30 días)    |
| <i>desonide, ungüento de uso tópico</i>                         | 1                     | QL (120 GM por 30 días)    |
| <i>desoximetasone, al 0.25 %, crema de uso tópico</i>           | 1                     | QL (60 GM por 30 días)     |
| <i>desoximetasone, al 0.25 %, ungüento de uso tópico</i>        | 1                     | QL (60 GM por 30 días)     |
| <i>doxepin hcl, de uso tópico</i>                               | 1                     | QL (90 GM por 365 días)    |
| ENSTILAR  | 1*                    |                            |
| <i>fluocinolone acetone, de uso tópico</i>                      | 1                     |                            |
| <i>fluocinolone acetone, para el cuero cabelludo</i>            | 1                     |                            |
| <i>fluocinonide, emulsión</i>                                   | 1                     |                            |
| <i>fluocinonide, al 0.05 %, crema de uso tópico</i>             | 1                     |                            |
| <i>fluocinonide, gel de uso tópico</i>                          | 1                     |                            |
| <i>fluocinonide, ungüento de uso tópico</i>                     | 1                     |                            |
| <i>fluocinonide, solución tópica</i>                            | 1                     | QL (60 ML por 30 días)     |
| <i>fluticasone propionate, crema de uso tópico</i>              | 1                     |                            |
| <i>fluticasone propionate, ungüento de uso tópico</i>           | 1                     |                            |
| <i>halobetasol propionate, crema de uso tópico</i>              | 1                     | QL (50 GM por 30 días)     |
| <i>halobetasol propionate, ungüento de uso tópico</i>           | 1                     | QL (50 GM por 30 días)     |
| <i>hydrocortisone (perianal), crema al 2.5 %, de uso tópico</i> | 1                     |                            |
| <i>hydrocortisone butyr lipo, base</i>                          | 1                     |                            |
| <i>hydrocortisone butyrate, crema de uso tópico</i>             | 1                     |                            |
| <i>hydrocortisone butyrate, solución tópica</i>                 | 1                     |                            |
| <i>hydrocortisone, al 1 %, 2.5 %, crema de uso tópico</i>       | 1                     |                            |
| <i>hydrocortisone, al 2.5 %, crema de uso tópico</i>            | 1                     |                            |
| <i>hydrocortisone, al 2.5 %, ungüento de uso tópico</i>         | 1                     |                            |
| <i>hydrocortisone valerate, crema de uso tópico</i>             | 1                     | QL (120 GM por 30 días)    |
| <i>hydrocortisone valerate, ungüento de uso tópico</i>          | 1                     |                            |
| HYFTOR  | 1*                    | PA; QL (20 GM por 25 días) |
| <i>mometasone furoate, de uso tópico</i>                        | 1                     |                            |
| <i>pimecrolimus</i>   | 1                     | QL (30 GM por 30 días)     |
| <i>procto-med hc, de uso tópico</i>                             | 1                     |                            |

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

\* = suministro para 30 días únicamente

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

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario están disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 8.



| Nombre del medicamento   | Nivel del medicamento | Requisitos y límites          |
|--|-----------------------|-------------------------------|
| <i>proctosol hc, de uso tópico</i>   | 1                     |                               |
| PROCTOZONE-HC, DE USO TÓPICO   | 1                     |                               |
| <i>selenium sulfide, loción de uso tópico</i>                                    | 1                     |                               |
| <i>tacrolimus, ungüento de uso tópico</i>  | 1                     | QL (100 GM por 30 días)       |
| <i>triamcinolone acetonide, crema de uso tópico</i>                              | 1                     |                               |
| <i>triamcinolone acetonide, loción de uso tópico</i>                             | 1                     |                               |
| <i>triamcinolone acetonide, ungüento de 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %, de uso tópico</i> | 1                     |                               |
| TRIDERM, AL 0.1 %, CREMA DE USO TÓPICO   | 1                     |                               |
| <b>Fármacos dermatológicos, otros</b>  |                       |                               |
| <i>calcipotriene, crema de uso tópico</i>  | 1                     | QL (120 GM por 30 días)       |
| <i>calcipotriene, ungüento de uso tópico</i>                                     | 1                     | QL (120 GM por 30 días)       |
| <i>calcipotriene, solución tópica</i>  | 1                     | QL (120 ML por 30 días)       |
| <i>calcitriol, de uso tópico</i>   | 1                     | ST                            |
| <i>clotrimazole-betamethasone</i>  | 1                     | QL (120 GM por 30 días)       |
| <i>fluorouracil, al 5 %, crema de uso tópico</i>                                 | 1                     | QL (40 GM por 30 días)        |
| <i>fluorouracil, solución tópica</i>   | 1                     |                               |
| <i>global alcohol prep ease, toallitas desinfectantes</i>                        | 1                     |                               |
| <i>imiquimod, al 5 %, crema de uso tópico</i>                                    | 1                     |                               |
| KLISYRI  | 1*                    | ST; QL (5 de EA por 180 días) |
| <i>methoxsalen rapid</i>   | 1*                    |                               |
| <i>nystatin-triamcinolone</i>  | 1                     |                               |
| OTEZLA, COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL  | 1*                    | PA; QL (60 de EA por 30 días) |
| PANRETIN   | 1*                    | PA; QL (60 GM por 30 días)    |
| <i>podofilox, de uso tópico</i>  | 1                     |                               |
| SANTYL   | 1                     | QL (60 GM por 30 días)        |
| <i>silver sulfadiazine, de uso tópico</i>  | 1                     |                               |
| <i>ssd</i>   | 1                     |                               |
| SSD (SILVER SULFADIAZINE)  | 1                     |                               |
| <b>Fármacos escabicidas y pediculicidas</b>                                      |                       |                               |
| <i>ivermectin, crema de uso tópico</i>   | 1                     | QL (45 GM por 30 días)        |
| <i>permethrin, crema de uso tópico</i>   | 1                     |                               |
| <b>Fármacos antiinfecciosos de uso tópico</b>                                    |                       |                               |
| <i>acyclovir, ungüento de uso tópico</i>   | 1                     | QL (30 GM por 30 días)        |
| <i>ciclopirox, gel de uso tópico</i>   | 1                     | QL (100 GM por 30 días)       |

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

\* = suministro para 30 días únicamente

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

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario están disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 8.

| Nombre del medicamento   | Nivel del medicamento | Requisitos y límites    |
|--|-----------------------|-------------------------|
| <i>ciclopirox, champú de uso externo</i>   | 1                     | QL (120 ML por 30 días) |
| <i>ciclopirox, solución tópica</i>   | 1                     | QL (6.6 ML por 30 días) |
| <i>clindamycin phosphate, gel de uso tópico</i>  | 1                     |                         |
| <i>clindamycin phosphate, loción de uso tópico</i>   | 1                     | QL (60 ML por 30 días)  |
| <i>clindamycin phosphate, solución tópica</i>  | 1                     | QL (180 ML por 30 días) |
| <i>ery</i>   | 1                     |                         |
| <i>erythromycin, gel de uso tópico</i>   | 1                     |                         |
| <i>erythromycin, solución tópica</i>   | 1                     |                         |
| <i>mupirocin calcium</i>   | 1                     | QL (60 GM por 30 días)  |
| <i>mupirocin, de uso tópico</i>  | 1                     | QL (220 GM por 30 días) |
| SULFAMYLON, CREMA DE USO TÓPICO  | 1                     |                         |
| <b>Fármacos que contienen electrolitos, minerales, metales o vitaminas</b>   |                       |                         |
| <b>Fármacos que contienen suplementos de electrolitos y minerales</b>  |                       |                         |
| <i>carglumic acid, comprimidos solubles, por vía oral</i>  | 1*                    | PA; LA                  |
| DOJOLVI  | 1*                    | PA                      |
| <i>kcl en solución intravenosa de dextrosa-nacl 10-5-0.45 meq/l-%-%, 20-5-0.45 meq/l-%-%, 30-5-0.45 meq/l-%-%, 40-5-0.45 meq/l-%-%</i> | 1                     |                         |
| <i>kcl-lactated ringers, en dextrosa al 5 %</i>  | 1                     |                         |
| KLOR-CON 10  | 1                     |                         |
| KLOR-CON M10   | 1                     |                         |
| KLOR-CON M15   | 1                     |                         |
| KLOR-CON M20   | 1                     |                         |
| KLOR-CON, COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA, POR VÍA ORAL   | 1                     |                         |
| KLOR-CON/EF  | 1                     |                         |
| <i>magnesium sulfate, solución inyectable al 50 %</i>  | 1                     | HI                      |
| NORMOSOL-M, EN DEXTROSA AL 5 %   | 1                     |                         |
| NORMOSOL-R   | 1                     |                         |
| <i>potassium chloride crys er, comprimidos de 10 meq, 20 meq, de liberación prolongada, por vía oral</i>                               | 1                     |                         |
| <i>potassium chloride er</i>   | 1                     |                         |
| <i>potassium chloride in nacl, solución intravenosa de 20-0.45 meq/l-%, 20-0.9 meq/l-%, 40-0.9 meq/l-%, SOLUCIÓN INTRAVENOSA</i>       | 1                     |                         |

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

\* = suministro para 30 días únicamente

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

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario están disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 8.

| Nombre del medicamento  | Nivel del medicamento | Requisitos y límites |
|---|-----------------------|----------------------|
| <i>potassium chloride, solución intravenosa de 10 meq/100ml, 2 meq/ml, 2 meq/ml (20 ml), 20 meq/100ml, 40 meq/100ml</i> | 1                     | HI                   |
| <i>potassium chloride, caja, por vía oral</i>   | 1                     |                      |
| <i>potassium chloride, solución de 20 meq/15ml (10 %), 40 meq/15ml (20 %), por vía oral</i>                             | 1                     |                      |
| <i>potassium citrate er</i>   | 1                     |                      |
| <i>potassium cl, en dextrosa al 5 %, solución intravenosa de 20 meq/l</i>   | 1                     |                      |
| <i>sodium chloride, solución intravenosa de 0.45 %, 0.9 %</i> , SOLUCIÓN INTRAVENOSA                                    | 1                     | HI                   |
| <i>sodium chloride, al 0.9 %, solución para irrigación</i>  | 1                     |                      |
| SUPREP, KIT PARA PREPARACIÓN INTESTINAL   | 1                     |                      |
| <b>Fármacos moduladores de electrolitos, minerales y metales</b>  |                       |                      |
| CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/10)   | 1                     | B/D                  |
| <i>deferasirox, comprimidos de 180 mg, 360 mg, por vía oral</i>   | 1*                    |                      |
| <i>deferasirox, comprimidos de 90 mg, por vía oral</i>  | 1                     |                      |
| <i>deferasirox, comprimidos solubles de 125 mg, por vía oral</i>  | 1                     |                      |
| <i>deferasirox, comprimidos solubles de 250 mg, 500 mg, por vía oral</i>  | 1*                    |                      |
| <i>klor-con, 20 meq, caja, por vía oral</i>   | 1                     |                      |
| <i>potassium chloride crys er, comprimidos de 15 meq, de liberación prolongada, por vía oral</i>                        | 1                     |                      |
| <i>tolvaptan</i>  | 1*                    | PA                   |
| <i>trientine hcl</i>  | 1*                    |                      |
| <b>Fármacos que contienen electrolitos, minerales, metales o vitaminas</b>  |                       |                      |
| CLINIMIX E/DEXTROSE (2.75/5)  | 1                     | B/D                  |
| CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/5)  | 1                     | B/D                  |
| CLINIMIX E/DEXTROSE (5/15)  | 1                     | B/D                  |
| CLINIMIX E/DEXTROSE (5/20)  | 1                     | B/D                  |
| CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10)   | 1                     | B/D                  |
| CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5)  | 1                     | B/D                  |
| CLINIMIX/DEXTROSE (5/15)  | 1                     | B/D                  |
| CLINIMIX/DEXTROSE (5/20)  | 1                     | B/D                  |
| <i>dextrose, al 10 %, 5 %, solución intravenosa</i>   | 1                     |                      |
| <i>dextrose-nacl, al 10-0.2 %, 10-0.45 %, 2.5-0.45 %, 5-0.2 %, 5-0.45 %, 5-0.9 %, solución intravenosa</i>              | 1                     |                      |
| INTRALIPID  | 1                     | B/D                  |

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

\* = suministro para 30 días únicamente

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

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario están disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 8.

| Nombre del medicamento   | Nivel del medicamento | Requisitos y límites           |
|--|-----------------------|--------------------------------|
| <i>levocarnitine, solución oral</i>                                      | 1                     |                                |
| <i>levocarnitine, comprimidos, por vía oral</i>                          | 1                     |                                |
| PREMASOL, AL 10 %, SOLUCIÓN INTRAVENOSA                                  | 1                     | B/D                            |
| TROPHAMINE , AL 10 %, SOLUCIÓN INTRAVENOSA                               | 1                     | B/D                            |
| <b>Fármacos quelantes de fósforo</b>                                     |                       |                                |
| AURYXIA  | 1                     | PA; QL (360 de EA por 30 días) |
| <i>calcium acetate, quelante de fósforo, cápsulas, por vía oral</i>      | 1                     |                                |
| <i>calcium acetate, comprimidos de 667 mg, por vía oral</i>              | 1                     |                                |
| <i>lanthanum carbonate</i>   | 1                     |                                |
| <i>sevelamer carbonate, comprimidos, por vía oral</i>                    | 1                     |                                |
| <b>Fármacos quelantes de potasio</b>                                     |                       |                                |
| LOKELMA, CAJA DE 10 GM, POR VÍA ORAL                                     | 1                     | QL (90 de EA por 30 días)      |
| LOKELMA, CAJA DE 5 GM, POR VÍA ORAL                                      | 1                     | QL (30 de EA por 30 días)      |
| <i>sodium polystyrene sulfonate, en polvo, por vía oral</i>              | 1                     |                                |
| SPS  | 1                     |                                |
| <b>Fármacos gastrointestinales</b>                                       |                       |                                |
| <b>Fármacos para tratar el estreñimiento</b>                             |                       |                                |
| <i>constulose</i>  | 1                     |                                |
| <i>enulose</i>   | 1                     |                                |
| <i>gavilyte-c</i>  | 1                     |                                |
| <i>gavilyte-g</i>  | 1                     |                                |
| <i>generlac</i>  | 1                     |                                |
| <i>lactulose, solución oral de 10 gm/15ml</i>                            | 1                     |                                |
| LINZESS  | 1                     | QL (30 de EA por 30 días)      |
| <i>lubiprostone</i>  | 1                     |                                |
| MOVANTIK   | 1                     | ST; QL (30 de EA por 30 días)  |
| <i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl</i>                                       | 1                     |                                |
| <i>peg-3350/electrolitos</i>   | 1                     |                                |
| RELISTOR, POR VÍA ORAL   | 1*                    | PA; QL (90 de EA por 30 días)  |
| RELISTOR, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA  | 1*                    | PA                             |
| <b>Fármacos antidiarreicos</b>   |                       |                                |
| <i>alosetron hcl</i>   | 1*                    | QL (60 de EA por 30 días)      |
| <i>diphenoxylate-atropine, líquido por vía oral</i>                      | 1                     |                                |
| <i>diphenoxylate-atropine, comprimidos de 2.5-0.025 mg, por vía oral</i> | 1                     |                                |

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

\* = suministro para 30 días únicamente

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

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario están disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 8.

| Nombre del medicamento   | Nivel del medicamento | Requisitos y límites          |
|--|-----------------------|-------------------------------|
| <i>loperamide hcl, comprimidos, por vía oral</i>                               | 1                     |                               |
| XERMELO  | 1*                    | PA; QL (90 de EA por 30 días) |
| <b>Fármacos espasmolíticos, gastrointestinales</b>                             |                       |                               |
| <i>dicyclomine hcl, por vía oral</i>   | 1                     |                               |
| <i>glycopyrrolate, comprimidos de 1 mg, 2 mg, por vía oral</i>                 | 1                     |                               |
| <i>methscopolamine bromide, por vía oral</i>                                   | 1                     |                               |
| <b>Fármacos gastrointestinales, otros</b>                                      |                       |                               |
| <i>amoxicill-clarithro-lansopraz</i>   | 1                     |                               |
| GATTEX   | 1*                    | PA                            |
| <i>metoclopramide hcl, solución oral de 5 mg/5ml</i>                           | 1                     |                               |
| <i>metoclopramide hcl, comprimidos, por vía oral</i>                           | 1                     |                               |
| MYALEPT  | 1*                    | PA                            |
| OICALIVA   | 1*                    | PA; QL (30 de EA por 30 días) |
| <i>ursodiol, cápsulas de 300 mg, por vía oral</i>                              | 1                     |                               |
| <i>ursodiol, comprimidos, por vía oral</i>                                     | 1                     |                               |
| <b>Fármacos antagonistas del receptor H2 de histamina 2</b>                    |                       |                               |
| <i>cimetidine hcl, solución oral de 300 mg/5ml</i>                             | 1                     |                               |
| <i>cimetidine, por vía oral</i>  | 1                     |                               |
| <i>famotidine, comprimidos de 20 mg, 40 mg, por vía oral</i>                   | 1                     |                               |
| <i>nizatidine, cápsulas, por vía oral</i>                                      | 1                     |                               |
| <b>Fármacos protectores</b>  |                       |                               |
| <i>misoprostol, por vía oral</i>   | 1                     |                               |
| <i>sucralfate, suspensión oral</i>   | 1                     |                               |
| <i>sucralfate, comprimidos, por vía oral</i>                                   | 1                     |                               |
| <b>Inhibidores de la bomba de protones</b>                                     |                       |                               |
| <i>esomeprazole magnesium, cápsulas de liberación lenta, por vía oral</i>      | 1                     |                               |
| <i>lansoprazole, cápsulas de liberación lenta, por vía oral</i>                | 1                     |                               |
| <i>omeprazole magnesium, cápsulas de liberación lenta, por vía oral</i>        | 1                     |                               |
| <i>omeprazole, cápsulas de 10 mg, 40 mg, de liberación lenta, por vía oral</i> | 1                     |                               |
| <i>omeprazole, cápsulas de 20 mg, de liberación lenta, por vía oral</i>        | 1                     |                               |
| <i>pantoprazole sodium, comprimidos de liberación lenta, por vía oral</i>      | 1                     |                               |
| <i>rabeprazole sodium, comprimidos de liberación lenta, por vía oral</i>       | 1                     |                               |

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

\* = suministro para 30 días únicamente

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

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario están disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 8.

| Nombre del medicamento  | Nivel del medicamento | Requisitos y límites           |
|---|-----------------------|--------------------------------|
| <b>Fármacos para tratar trastornos genéticos, enzimáticos o por falta de proteínas: reemplazo, modificadores, tratamiento</b>   |                       |                                |
| <b>Fármacos para tratar trastornos genéticos, enzimáticos o por falta de proteínas: reemplazo, modificadores, tratamiento</b>   |                       |                                |
| AMVUTTRA  | 1*                    | PA; QL (0.5 ML por 90 días)    |
| ARALAST NP, RECONSTITUIDA, SOLUCIÓN INTRAVENOSA DE 1000 MG  | 1*                    | PA; LA                         |
| <i>betaine</i>  | 1*                    | LA                             |
| CERDELGA  | 1*                    | QL (60 de EA por 30 días)      |
| CHOLBAM   | 1*                    | PA                             |
| CREON   | 1                     |                                |
| <i>cromolyn sodium, por vía oral</i>  | 1                     |                                |
| CYSTAGON  | 1                     | LA                             |
| <i>dichlorphenamide</i>   | 1*                    | PA                             |
| ENDARI  | 1*                    | PA; QL (180 de EA por 30 días) |
| GALAFOLD  | 1*                    | PA; QL (14 de EA por 28 días)  |
| KEVEYIS   | 1*                    | PA                             |
| LUMIZYME  | 1*                    | PA                             |
| <i>miglustat</i>  | 1*                    |                                |
| <i>nitisinone</i>   | 1*                    | PA                             |
| NULIBRY   | 1*                    | PA                             |
| PROLASTIN-C, RECONSTITUIDA, SOLUCIÓN INTRAVENOSA  | 1*                    | PA; LA                         |
| <i>sapropterin dihydrochloride, caja, por vía oral</i>  | 1*                    |                                |
| <i>sapropterin dihydrochloride, comprimidos, por vía oral</i>   | 1*                    |                                |
| <i>sodium phenylbutyrate, polvo de 3 gm por cucharadita, por vía oral</i>   | 1*                    |                                |
| <i>sodium phenylbutyrate, comprimidos, por vía oral</i>   | 1*                    |                                |
| SUCRAID   | 1*                    | PA; LA                         |
| TEGSEDI   | 1*                    | PA; QL (6 ML por 28 días)      |
| VIJOICE   | 1*                    | PA; QL (56 de EA por 28 días)  |
| VYNDAQEL  | 1*                    | PA; QL (120 de EA por 30 días) |
| ZEMAIRA   | 1*                    | PA; LA                         |
| ZENPEP, CÁPSULAS DE 10000-32000 UNIDADES, 15000-47000 UNIDADES, 20000-63000 UNIDADES, 25000-79000 UNIDADES, 3000-10000 UNIDADES, 40000-126000 UNIDADES, 5000-24000 UNIDADES, CON PARTÍCULAS DE LIBERACIÓN LENTA, POR VÍA ORAL | 1                     | ST                             |

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

\* = suministro para 30 días únicamente

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

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario están disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 8.

| Nombre del medicamento  | Nivel del medicamento | Requisitos y límites          |
|---|-----------------------|-------------------------------|
| <b>Fármacos genitourinarios</b>   |                       |                               |
| <b>Antiespasmódicos urinarios</b>   |                       |                               |
| <i>darifenacin hydrobromide er</i>  | 1                     | QL (30 de EA por 30 días)     |
| <i>fesoterodine fumarate er</i>   | 1                     | QL (30 de EA por 30 días)     |
| <i>flavoxate hcl</i>  | 1                     |                               |
| MYRBETRIQ ER, SUSPENSIÓN ORAL, RECONSTITUIDA  | 1                     | QL (300 ML por 30 días)       |
| MYRBETRIQ, COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA HASTA 24 HORAS, POR VÍA ORAL                              | 1                     | QL (30 de EA por 30 días)     |
| <i>oxybutynin chloride er</i>   | 1                     | QL (60 de EA por 30 días)     |
| <i>oxybutynin chloride, en jarabe, por vía oral</i>   | 1                     |                               |
| <i>oxybutynin chloride, comprimidos de 5 mg, por vía oral</i>   | 1                     |                               |
| <i>solifenacin succinate</i>  | 1                     | QL (30 de EA por 30 días)     |
| <i>tolterodine tartrate</i>   | 1                     | QL (60 de EA por 30 días)     |
| <i>tolterodine tartrate er</i>  | 1                     | QL (30 de EA por 30 días)     |
| <i>tropium chloride</i>   | 1                     | QL (60 de EA por 30 días)     |
| <i>tropium chloride er</i>  | 1                     | QL (30 de EA por 30 días)     |
| <b>Fármacos para tratar la hiperplasia benigna de próstata</b>  |                       |                               |
| <i>alfuzosin hcl er</i>   | 1                     |                               |
| <i>dutasteride, por vía oral</i>  | 1                     |                               |
| <i>dutasteride-tamsulosin hcl</i>   | 1                     |                               |
| ENTADFI   | 1                     | PA; QL (30 de EA por 30 días) |
| <i>finasteride, comprimidos de 5 mg, por vía oral</i>   | 1                     |                               |
| <i>silodosin</i>  | 1                     |                               |
| <i>tadalafil, comprimidos de 2.5 mg, 5 mg, por vía oral</i>   | 1                     | PA; QL (30 de EA por 30 días) |
| <i>tamsulosin hcl</i>   | 1                     |                               |
| <b>Fármacos genitourinarios, otros</b>  |                       |                               |
| <i>bethanechol chloride, por vía oral</i>   | 1                     |                               |
| ELMIRON   | 1                     |                               |
| <i>methylergonovine maleate, por vía oral</i>   | 1                     |                               |
| <i>penicillamine, comprimidos, por vía oral</i>   | 1*                    | PA                            |
| <b>Fármacos para tratamiento hormonal, estimulantes/reposición hormonal/modificadores (suprarrenales)</b> |                       |                               |
| <b>Fármacos para tratamiento hormonal, estimulantes/reposición hormonal/modificadores (suprarrenales)</b> |                       |                               |
| <i>dexamethasone, solución oral</i>   | 1                     |                               |

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

\* = suministro para 30 días únicamente

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

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario están disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 8.



| Nombre del medicamento  | Nivel del medicamento | Requisitos y límites           |
|---|-----------------------|--------------------------------|
| ISTURISA, COMPRIMIDOS DE 10 MG, POR VÍA ORAL  | 1*                    | PA; QL (180 de EA por 30 días) |
| <b>Fármacos para tratamiento hormonal, estimulantes/reposición hormonal/modificadores (suprarrenales)</b> |                       |                                |
| <b>Fármacos para tratamiento hormonal, estimulantes/reposición hormonal/modificadores (suprarrenales)</b> |                       |                                |
| ACTHAR  | 1*                    | PA                             |
| <i>betamethasone dipropionate aug, crema de uso tópico</i>  | 1                     |                                |
| <i>betamethasone dipropionate, ungüento de uso tópico</i>   | 1                     |                                |
| CORTROPHIN  | 1*                    | PA                             |
| <i>dexamethasone intensol</i>   | 1                     |                                |
| <i>dexamethasone, solución oral</i>   | 1                     |                                |
| <i>dexamethasone, comprimidos, por vía oral</i>   | 1                     |                                |
| <i>dexamethasone, caja de comprimidos, por vía oral</i>   | 1                     |                                |
| <i>dexamethasone sodium phosphate, solución inyectable de 120 mg/30 ml, 20 mg/5 ml</i>                    | 1                     |                                |
| <i>fludrocortisone acetate, por vía oral</i>  | 1                     |                                |
| HEMADY  | 1                     | PA; QL (30 de EA por 30 días)  |
| <i>hydrocortisone, por vía oral</i>   | 1                     |                                |
| ISTURISA, COMPRIMIDOS DE 1 MG, POR VÍA ORAL   | 1*                    | PA; QL (240 de EA por 30 días) |
| ISTURISA, COMPRIMIDOS DE 5 MG, POR VÍA ORAL   | 1*                    | PA; QL (90 de EA por 30 días)  |
| <i>methylprednisolone, por vía oral</i>   | 1                     |                                |
| <i>prednisolone, solución oral</i>  | 1                     |                                |
| <i>prednisolone, comprimidos, por vía oral</i>  | 1                     |                                |
| <i>prednisolone sodium phosphate, solución oral de 10 mg/5ml, 20 mg/5ml</i>                               | 1                     |                                |
| <i>prednisolone sodium phosphate, solución oral de 15 mg/5ml, 6.7 (5 como base) mg/5ml</i>                | 1                     |                                |
| <i>prednisone intensol</i>  | 1                     |                                |
| <i>prednisone, solución oral</i>  | 1                     |                                |
| <i>prednisone, comprimidos, por vía oral</i>  | 1                     |                                |
| <i>prednisone, caja de comprimidos, por vía oral</i>  | 1                     |                                |
| <b>Fármacos para tratamiento hormonal, estimulantes/reposición hormonal/modificadores (hipófisis)</b>     |                       |                                |
| <b>Fármacos para tratamiento hormonal, estimulantes/reposición hormonal/modificadores (hipófisis)</b>     |                       |                                |
| <i>desmopressin acetate, por vía oral</i>   | 1                     |                                |
| <i>desmopressin acetate, en aerosol</i>   | 1                     |                                |

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

\* = suministro para 30 días únicamente

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

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario están disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 8.

| Nombre del medicamento  | Nivel del medicamento | Requisitos y límites          |
|---|-----------------------|-------------------------------|
| INCRELEX  | 1*                    | LA                            |
| <i>leuprolide acetate, dosis para 3 meses</i>   | 1*                    |                               |
| <i>leuprolide acetate, por vía intramuscular</i>  | 1*                    |                               |
| NORDITROPIN FLEXPPO, PLUMA<br>PRECARGADA CON SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA  | 1*                    | PA                            |
| OMNITROPE, CARTUCHO DE SOLUCIÓN<br>SUBCUTÁNEA   | 1*                    | PA                            |
| OMNITROPE, RECONSTITUIDA, SOLUCIÓN<br>SUBCUTÁNEA  | 1*                    | PA                            |
| SEROSTIM, RECONSTITUIDA, SOLUCIÓN<br>SUBCUTÁNEA DE 4 MG, 5 MG, 6 MG   | 1*                    | PA; LA                        |
| VYNDAMAX  | 1*                    | PA; QL (30 de EA por 30 días) |
| ZORBTIVE  | 1*                    | PA; LA                        |
| <b>Fármacos para tratamiento hormonal,<br/>estimulantes/reposición<br/>hormonal/modificadores (hormonas y<br/>modificadores sexuales)</b> |                       |                               |
| <b>Andrógenos</b>   |                       |                               |
| AVEED   | 1                     | PA                            |
| <i>danazol, por vía oral</i>  | 1                     |                               |
| <i>methyltestosterone, por vía oral</i>   | 1*                    | PA                            |
| <i>testosterone cypionate, solución intramuscular de<br/>100 mg/ml, 200 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml)</i>                                       | 1                     |                               |
| <i>testosterone enanthate, solución intramuscular</i>   | 1                     |                               |
| <i>testosterone, gel transdérmico de 1.62 %, 20.25<br/>mg/act (1.62%), 40.5 mg/2.5gm (1.62%)</i>  | 1                     | PA; QL (150 GM por 30 días)   |
| <i>testosterone, gel transdérmico de 10 mg/act (2 %),</i>   | 1                     | PA; QL (120 GM por 30 días)   |
| <i>testosterone, gel transdérmico de 12.5 mg/act (1<br/>%),<br/>50 mg/5gm (1 %)</i>   | 1                     | PA; QL (300 GM por 30 días)   |
| <i>testosterone, gel transdérmico de<br/>20.25 mg/1.25 gm (1.62 %)</i>  | 1                     | PA; QL (37.5 GM por 30 días)  |
| <i>testosterone, gel transdérmico de 25 mg/2.5gm<br/>(1%)</i>   | 1                     | PA; QL (75 GM por 30 días)    |
| <i>testosterone, solución transdérmica</i>  | 1                     | PA; QL (180 ML por 30 días)   |
| <b>Estrógenos</b>   |                       |                               |
| ALTAVERA  | 1                     |                               |
| <i>alyacen 1/35</i>   | 1                     |                               |
| <i>amabelz</i>  | 1                     |                               |
| AMETHIA   | 1                     |                               |

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

\* = suministro para 30 días únicamente

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

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario están disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 8.

| Nombre del medicamento  | Nivel del medicamento | Requisitos y límites |
|---|-----------------------|----------------------|
| APRI  | 1                     |                      |
| ARANELLE  | 1                     |                      |
| AVIANE  | 1                     |                      |
| BALZIVA   | 1                     |                      |
| BLISOVI 24 FE   | 1                     |                      |
| CAMRESE LO  | 1                     |                      |
| CRYSSELLE-28  | 1                     |                      |
| DEPO-ESTRADIOL  | 1                     |                      |
| <i>desogestrel-ethinyl estradiol, comprimidos de 0.15-30 mg-mcg, por vía oral</i> | 1                     |                      |
| <i>dotti</i>  | 1                     |                      |
| ELURYNG   | 1                     |                      |
| ENSKYCE, COMPRIMIDOS DE 0.15-30 MG-MCG, POR VÍA ORAL                              | 1                     |                      |
| <i>estarylla</i>  | 1                     |                      |
| <i>estradiol, por vía oral</i>  | 1                     |                      |
| <i>estradiol, parche transdérmico de dos veces por semana</i>                     | 1                     |                      |
| <i>estradiol, parche transdérmico semanal</i>                                     | 1                     |                      |
| <i>estradiol, crema, por vía vaginal</i>  | 1                     |                      |
| <i>estradiol, comprimidos, por vía vaginal</i>                                    | 1                     |                      |
| <i>estradiol valerate, por vía intramuscular</i>                                  | 1                     |                      |
| <i>estradiol-norethindrone acet</i>   | 1                     |                      |
| ESTRING   | 1                     |                      |
| <i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>  | 1                     |                      |
| <i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>   | 1                     |                      |
| FALMINA   | 1                     |                      |
| FYAVOLV   | 1                     |                      |
| HAILEY 24 FE  | 1                     |                      |
| ISIBLOOM  | 1                     |                      |
| JINTELI   | 1                     |                      |
| JUNEL 1.5/30  | 1                     |                      |
| JUNEL 1/20  | 1                     |                      |
| JUNEL FE 1.5/30   | 1                     |                      |
| JUNEL FE 1/20   | 1                     |                      |
| JUNEL FE 24   | 1                     |                      |
| KARIVA  | 1                     |                      |

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

\* = suministro para 30 días únicamente

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

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario están disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 8.

| Nombre del medicamento   | Nivel del medicamento | Requisitos y límites |
|--|-----------------------|----------------------|
| KELNOR 1/35  | 1                     |                      |
| <i>kelnor 1/50</i>   | 1                     |                      |
| KURVELO  | 1                     |                      |
| LARIN FE 1.5/30  | 1                     |                      |
| LARIN FE 1/20  | 1                     |                      |
| LEENA  | 1                     |                      |
| LESSINA  | 1                     |                      |
| <i>levonorgest-eth est y eth est</i>   | 1                     |                      |
| <i>levonorgest-eth estrad, tratamiento para 91 días, comprimidos de 0.15-0.03 mg, por vía oral</i> | 1                     |                      |
| <i>levonorgestrel-ethinyl estrad, comprimidos de 0.15-30 mg-mcg, por vía oral</i>                  | 1                     |                      |
| LEVORA 0.15/30 (28)  | 1                     |                      |
| LORYNA   | 1                     |                      |
| LOW-OGESTREL   | 1                     |                      |
| LUTERA   | 1                     |                      |
| <i>lyllana</i>   | 1                     |                      |
| <i>marlissa</i>  | 1                     |                      |
| MENEST   | 1                     |                      |
| MICROGESTIN 1.5/30   | 1                     |                      |
| MICROGESTIN 1/20   | 1                     |                      |
| MICROGESTIN 24 FE  | 1                     |                      |
| MICROGESTIN FE 1.5/30  | 1                     |                      |
| MICROGESTIN FE 1/20  | 1                     |                      |
| MIMVEY   | 1                     |                      |
| NECON 0.5/35 (28)  | 1                     |                      |
| <i>norethindrone acet-ethinyl est, comprimidos de 1-20 mg-mcg, por vía oral</i>                    | 1                     |                      |
| <i>norethindrone-eth estradiol</i>   | 1                     |                      |
| <i>norethindron-etinyl estrad-fe</i>   | 1                     |                      |
| <i>norethin-eth estradiol-fe, tabletas masticables de 0.4- 35 mg-mcg, por vía oral</i>             | 1                     |                      |
| <i>norgestimate-eth estradiol, comprimidos de 0.25-35 mg-mcg, por vía oral</i>                     | 1                     |                      |
| <i>norgestim-eth estrad triphasic</i>  | 1                     |                      |
| NORTREL 0.5/35 (28)  | 1                     |                      |

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

\* = suministro para 30 días únicamente

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

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario están disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 8.

| Nombre del medicamento   | Nivel del medicamento | Requisitos y límites |
|--|-----------------------|----------------------|
| NORTREL 1/35 (21)  | 1                     |                      |
| NORTREL 1/35 (28)  | 1                     |                      |
| NORTREL 7/7/7  | 1                     |                      |
| <i>nylia 1/35</i>  | 1                     |                      |
| <i>nymyo</i>   | 1                     |                      |
| OCELLA   | 1                     |                      |
| PORTIA-28  | 1                     |                      |
| PREMARIN, POR VÍA VAGINAL  | 1                     |                      |
| RECLIPSEN  | 1                     |                      |
| SPRINTEC 28  | 1                     |                      |
| SRONYX   | 1                     |                      |
| <i>syeda</i>   | 1                     |                      |
| TARINA 24 FE   | 1                     |                      |
| <i>tri-estarylla</i>   | 1                     |                      |
| TRI LEGEST FE  | 1                     |                      |
| TRI-LO-ESTARYLLA   | 1                     |                      |
| TRI-LO-SPRINTEC  | 1                     |                      |
| <i>tri-nymyo</i>   | 1                     |                      |
| TRI-SPRINTEC   | 1                     |                      |
| TRIVORA (28)   | 1                     |                      |
| <i>tri-vylibra</i>   | 1                     |                      |
| VELIVET  | 1                     |                      |
| <i>vylibra</i>   | 1                     |                      |
| XULANE   | 1                     |                      |
| YUVAFEM  | 1                     |                      |
| ZOVIA 1/35 (28)  | 1                     |                      |
| <b>Fármacos que contienen progesterina</b>                                 |                       |                      |
| CAMILA   | 1                     |                      |
| CRINONE, AL 8 %, GEL DE USO VAGINAL  | 1                     | PA                   |
| DEPO-SUBQ PROVERA 104, JERINGA PRECARGADA CON SUSPENSIÓN DE USO SUBCUTÁNEO | 1                     |                      |
| ERRIN  | 1                     |                      |
| <i>medroxyprogesterone acetate, por vía intramuscular</i>                  | 1                     |                      |
| <i>medroxyprogesterone acetate, por vía oral</i>                           | 1                     |                      |
| <i>megestrol acetate, suspensión oral de 40 mg/ml</i>                      | 1                     |                      |

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

\* = suministro para 30 días únicamente

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

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario están disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 8.

| Nombre del medicamento   | Nivel del medicamento | Requisitos y límites |
|--|-----------------------|----------------------|
| <i>megestrol acetate, suspensión oral de 625 mg/5ml</i>  | 1                     |                      |
| <i>megestrol acetate, comprimidos, por vía oral</i>  | 1                     |                      |
| NORA-BE  | 1                     |                      |
| <i>norethindrone acetate, por vía oral</i>   | 1                     |                      |
| <i>norethindrone, por vía oral</i>   | 1                     |                      |
| <i>progesterone, por vía oral</i>  | 1                     |                      |
| <b>Fármacos moduladores selectivos de los receptores de estrógenos</b>                               |                       |                      |
| <i>clomiphene citrate, por vía oral</i>  | 1                     | PA                   |
| <b>Fármacos para tratamiento hormonal, estimulantes/reposición hormonal/modificadores (tiroides)</b> |                       |                      |
| <b>Fármacos para tratamiento hormonal, estimulantes/reposición hormonal/modificadores (tiroides)</b> |                       |                      |
| ARMOUR THYROID   | 1                     |                      |
| <i>euthyrox</i>  | 1                     |                      |
| <i>levothyroxine sodium, comprimidos, por vía oral</i>   | 1                     |                      |
| <i>levoxyl</i>   | 1                     |                      |
| <i>liothyronine sodium, por vía oral</i>   | 1                     |                      |
| SYNTHROID  | 1                     |                      |
| <i>unithroid</i>   | 1                     |                      |
| <b>Fármacos para tratamiento hormonal, supresores (suprarrenales)</b>                                |                       |                      |
| <b>Fármacos para tratamiento hormonal, supresores (suprarrenales)</b>                                |                       |                      |
| LYSODREN   | 1*                    |                      |
| <b>Fármacos para tratamiento hormonal, supresores (hipófisis)</b>                                    |                       |                      |
| <b>Fármacos para tratamiento hormonal, supresores (hipófisis)</b>                                    |                       |                      |
| <i>cabergoline</i>   | 1                     |                      |
| ELIGARD  | 1                     |                      |
| FIRMAGON, DOSIS DE 240 MG  | 1*                    | B/D                  |
| FIRMAGON, RECONSTITUIDA, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA DE 80 MG  | 1                     | B/D                  |
| <i>leuprolide acetate, inyectable</i>  | 1*                    |                      |
| LUPRON DEPOT, KIT, DOSIS PARA 1 MES, 3.75 MG, POR VÍA INTRAMUSCULAR                                  | 1*                    | PA                   |
| LUPRON DEPOT, KIT, DOSIS PARA 3 MESES, 11.25 MG, POR VÍA INTRAMUSCULAR                               | 1*                    | PA                   |
| LUPRON DEPOT-PED, KIT, DOSIS PARA 1 MES, 11.25 MG, 15 MG, POR VÍA INTRAMUSCULAR                      | 1*                    | PA                   |

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

\* = suministro para 30 días únicamente

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

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario están disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 8.



| Nombre del medicamento   | Nivel del medicamento | Requisitos y límites          |
|--|-----------------------|-------------------------------|
| <i>lupron depot-ped, kit, dosis para 1 mes, 7.5 mg, por vía intramuscular</i>                                | 1*                    | PA                            |
| <i>lupron depot-ped, kit, dosis para 3 meses, por vía intramuscular</i><br><i>11.25 mg (ped)</i>             | 1*                    | PA                            |
| LUPRON DEPOT-PED, KIT, DOSIS PARA 3 MESES, 30 MG, POR VÍA INTRAMUSCULAR                                      | 1*                    | PA                            |
| LUPRON DEPOT-PED, DOSIS PARA 6 MESES   | 1*                    | PA                            |
| <i>octreotide acetate, solución inyectable de 100 mcg/ml, 1000 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml</i> | 1                     |                               |
| <i>octreotide acetate, por vía subcutánea</i>  | 1                     |                               |
| SANDOSTATIN LAR DEPOT  | 1*                    |                               |
| SIGNIFOR   | 1*                    | PA                            |
| SOMATULINE DEPOT   | 1*                    |                               |
| SOMAVERT   | 1*                    | LA                            |
| SINAREL  | 1*                    |                               |
| TRELSTAR MIXJECT   | 1                     | B/D                           |
| <b>Fármacos para tratamiento hormonal, supresores (tiroides)</b>   |                       |                               |
| <b>Fármacos antitiroideos</b>  |                       |                               |
| <i>methimazole, por vía oral</i>   | 1                     |                               |
| <i>propylthiouracil, por vía oral</i>  | 1                     |                               |
| <b>Fármacos para tratar trastornos del sistema inmunitario</b>   |                       |                               |
| <b>Fármacos para tratar el angioedema hereditario</b>  |                       |                               |
| <i>icatibant acetate, solución subcutánea, jeringa precargada</i>  | 1*                    | PA; QL (18 ML por 30 días)    |
| SAJAZIR, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA, JERINGA PRECARGADA   | 1*                    | PA; QL (18 ML por 30 días)    |
| TAKHZYRO, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA  | 1*                    | PA; LA; QL (4 ML por 28 días) |
| TAKHZYRO, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA DE 150 MG/ML, JERINGA PRECARGADA   | 1*                    | PA; QL (2 ML por 28 días)     |
| TAKHZYRO, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA DE 300 MG/2 ML, JERINGA PRECARGADA   | 1*                    | PA; QL (4 ML por 28 días)     |
| <b>Fármacos que contienen inmunoglobulinas</b>   |                       |                               |
| GAMMAGARD, SOLUCIÓN INYECTABLE DE 2.5 GM/25ML  | 1*                    | PA                            |
| GAMMAGARD S/D MENOS IGA  | 1*                    | PA                            |
| GAMUNEX-C  | 1*                    | PA                            |

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

\* = suministro para 30 días únicamente

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

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario están disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 8.

| Nombre del medicamento   | Nivel del medicamento | Requisitos y límites            |
|--|-----------------------|---------------------------------|
| <b>Fármacos para tratar trastornos del sistema inmunitario, otros</b>                      |                       |                                 |
| ARCALYST   | 1*                    | PA; LA                          |
| COSENTYX, DOSIS DE 300 MG  | 1*                    | PA; QL (8 ML por 28 días)       |
| COSENTYX SENSOREADY, DOSIS DE 300 MG   | 1*                    | PA; QL (8 ML por 28 días)       |
| COSENTYX, JERINGA PRECARGADA CON SOLUCIÓN INYECTABLE DE 75 MG/0.5ML DE USO SUBCUTÁNEO      | 1*                    | PA                              |
| DUPIXENT, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA DE 200 MG/1.14 ML, INYECTOR TIPO PLUMA                       | 1*                    | PA; QL (3.42 ML por 30 días)    |
| DUPIXENT, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA DE 300 MG/2 ML, INYECTOR TIPO PLUMA                          | 1*                    | PA; QL (8 ML por 30 días)       |
| DUPIXENT, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA DE 100 MG/0.67 ML, JERINGA PRECARGADA                        | 1*                    | PA; QL (1.34 ML por 30 días)    |
| DUPIXENT, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA DE 200 MG/1.14 ML, JERINGA PRECARGADA                        | 1*                    | PA; QL (3.42 ML por 30 días)    |
| DUPIXENT, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA DE 300 MG/2 ML, JERINGA PRECARGADA                           | 1*                    | PA; QL (8 ML por 30 días)       |
| JOENJA   | 1*                    | PA; QL (60 de EA por 30 días)   |
| <i>leflunomide, por vía oral</i>   | 1                     |                                 |
| ORENCIA CLICKJECT  | 1*                    | PA; QL (4 ML por 28 días)       |
| ORENCIA, JERINGA PRECARGADA CON SOLUCIÓN INYECTABLE DE 125 MG/ML DE USO SUBCUTÁNEO         | 1*                    | PA; QL (4 ML por 28 días)       |
| ORENCIA, JERINGA PRECARGADA CON SOLUCIÓN INYECTABLE DE 50 MG/0.4ML DE USO SUBCUTÁNEO       | 1*                    | PA; QL (1.6 ML por 28 días)     |
| ORENCIA, JERINGA PRECARGADA CON SOLUCIÓN INYECTABLE DE 87.5 MG/0.7 ML DE USO SUBCUTÁNEO    | 1*                    | PA; QL (2.8 ML por 28 días)     |
| REVCIVI  | 1*                    | PA                              |
| RINVOQ, COMPRIMIDOS DE 15 MG, 30 MG, DE LIBERACIÓN PROLONGADA HASTA 24 HORAS, POR VÍA ORAL | 1*                    | PA; QL (30 de EA por 30 días)   |
| RINVOQ, COMPRIMIDOS DE 45 MG, DE LIBERACIÓN PROLONGADA HASTA 24 HORAS, POR VÍA ORAL        | 1*                    | PA; QL (168 de EA por 365 días) |
| SKYRIZI, PLUMA   | 1*                    | PA; QL (1 ML por 28 días)       |
| SKYRIZI, CARTUCHO DE SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA DE 180 MG/1.2ML                                   | 1*                    | PA; QL (1.2 ML por 28 días)     |
| SKYRIZI, CARTUCHO DE SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA DE 360 MG/2.4ML                                   | 1*                    | PA; QL (2.4 ML por 56 días)     |
| SKYRIZI, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA, JERINGA PRECARGADA   | 1*                    | PA; QL (1 ML por 28 días)       |
| STELARA, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA DE 45 MG/0.5ML  | 1*                    | PA; QL (0.5 ML por 28 días)     |

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

\* = suministro para 30 días únicamente

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

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario están disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 8.

| Nombre del medicamento  | Nivel del medicamento | Requisitos y límites           |
|---|-----------------------|--------------------------------|
| STELARA, JERINGA PRECARGADA CON SOLUCIÓN INYECTABLE DE 45 MG/0.5ML DE USO SUBCUTÁNEO    | 1*                    | PA; QL (0.5 ML por 28 días)    |
| STELARA, JERINGA PRECARGADA CON SOLUCIÓN INYECTABLE DE 90 MG/ML DE USO SUBCUTÁNEO       | 1*                    | PA; QL (1 ML por 28 días)      |
| TAVNEOS   | 1*                    | PA; QL (180 de EA por 30 días) |
| XELJANZ, SOLUCIÓN ORAL  | 1*                    | PA; QL (300 ML por 30 días)    |
| XELJANZ, COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL  | 1*                    | PA; QL (60 de EA por 30 días)  |
| XELJANZ XR, COMPRIMIDOS DE 11 MG, DE LIBERACIÓN PROLONGADA HASTA 24 HORAS, POR VÍA ORAL | 1*                    | PA; QL (30 de EA por 30 días)  |
| XOLAIR, JERINGA PRECARGADA CON SOLUCIÓN INYECTABLE DE USO SUBCUTÁNEO                    | 1*                    | PA                             |
| XOLAIR, RECONSTITUIDA, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA  | 1*                    | PA; LA                         |
| <b>Fármacos inmunoestimulantes</b>  |                       |                                |
| ACTIMMUNE   | 1*                    | PA                             |
| BESREMI   | 1*                    | PA; QL (2 ML por 28 días)      |
| INTRON A, RECONSTITUIDA, SOLUCIÓN INYECTABLE DE 10000000 UNIDADES, 50000000 UNIDADES    | 1*                    | B/D                            |
| PEGASYS, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA DE 180 MCG/ML  | 1*                    |                                |
| PEGASYS, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA, JERINGA PRECARGADA  | 1*                    |                                |
| <b>Fármacos inmunosupresores</b>  |                       |                                |
| ACTEMRA ACTPEN  | 1*                    | PA; QL (3.6 ML por 28 días)    |
| ACTEMRA, POR VÍA SUBCUTÁNEA   | 1*                    | PA; QL (3.6 ML por 28 días)    |
| ASTAGRAF XL   | 1                     | B/D                            |
| <i>azathioprine, comprimidos de 50 mg, por vía oral</i>                                 | 1                     | B/D                            |
| BENLYSTA, POR VÍA SUBCUTÁNEA  | 1*                    | PA                             |
| <i>cyclosporine, modificado</i>   | 1                     | B/D                            |
| <i>cyclosporine, cápsulas, por vía oral</i>   | 1                     | B/D                            |
| ENBREL MINI   | 1*                    | PA; QL (8 ML por 28 días)      |
| ENBREL, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA DE 25 MG/0.5 ML   | 1*                    | PA; QL (8 ML por 28 días)      |
| ENBREL, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA DE 25 MG/0.5ML, JERINGA PRECARGADA                          | 1*                    | PA; QL (4 ML por 28 días)      |
| ENBREL, JERINGA PRECARGADA CON SOLUCIÓN INYECTABLE DE 50 MG/ML DE USO SUBCUTÁNEO        | 1*                    | PA; QL (8 ML por 28 días)      |

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

\* = suministro para 30 días únicamente

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

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario están disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 8.

| Nombre del medicamento   | Nivel del medicamento | Requisitos y límites          |
|--|-----------------------|-------------------------------|
| ENBREL SURECLICK, AUTOINYECTOR, SOLUCIÓN DE USO SUBCUTÁNEO   | 1*                    | PA; QL (8 ML por 28 días)     |
| ENSPRYNG   | 1*                    | PA; QL (2 ML por 30 días)     |
| <i>everolimus, comprimidos de 0.25 mg, por vía oral</i>  | 1                     | B/D                           |
| <i>everolimus, comprimidos de 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, por vía oral</i>  | 1*                    | B/D                           |
| <i>everolimus, comprimidos de 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg, por vía oral</i>   | 1*                    | PA; QL (30 de EA por 30 días) |
| <i>everolimus, comprimidos solubles de 2 mg, por vía oral</i>  | 1*                    | PA                            |
| GENGRAF, CÁPSULAS DE 100 MG, 25 MG, POR VÍA ORAL   | 1                     | B/D                           |
| GENGRAF, SOLUCIÓN ORAL   | 1                     | B/D                           |
| HUMIRA PEDIATRIC CROHNS, KIT DE TRATAMIENTO PEDIÁTRICO INICIAL, JERINGA PRECARGADA DE SOLUCIÓN INYECTABLE DE 80 MG/0.8ML DE USO SUBCUTÁNEO               | 1*                    | PA; QL (6 de EA por 28 días)  |
| HUMIRA PEDIATRIC CROHNS, KIT DE TRATAMIENTO PEDIÁTRICO INICIAL, JERINGA PRECARGADA DE SOLUCIÓN INYECTABLE DE 80 MG/0.8ML Y 40 MG/0.4ML DE USO SUBCUTÁNEO | 1*                    | PA; QL (4 de EA por 28 días)  |
| HUMIRA PEN, KIT DE PLUMA PRECARGADA DE 40 MG/0.4ML, DE USO SUBCUTÁNEO  | 1*                    | PA; QL (4 de EA por 28 días)  |
| HUMIRA PEN, KIT DE PLUMA PRECARGADA DE 40 MG/0.8ML, 80 MG/0.8ML, DE USO SUBCUTÁNEO   | 1*                    | PA; QL (2 de EA por 28 días)  |
| HUMIRA PEN-CD/UC/HS, TRATAMIENTO INICIAL   | 1*                    | PA; QL (4 de EA por 28 días)  |
| HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC, TRATAMIENTO PEDIÁTRICO INICIAL  | 1*                    | PA; QL (4 de EA por 28 días)  |
| HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS, KIT PARA TRATAMIENTO INICIAL, PLUMA DE 40 MG/0.8 ML, DE USO SUBCUTÁNEO   | 1*                    | PA; QL (4 de EA por 28 días)  |
| HUMIRA PEN-PSOR/UEIT, TRATAMIENTO INICIAL  | 1*                    | PA; QL (4 de EA por 28 días)  |
| HUMIRA, KIT DE JERINGA PRECARGADA CON SOLUCIÓN INYECTABLE DE 10 MG/0.1ML, 20 MG/0.2ML, 40 MG/0.8ML, DE USO SUBCUTÁNEO                                    | 1*                    | PA; QL (2 de EA por 28 días)  |
| HUMIRA, KIT DE JERINGA PRECARGADA CON SOLUCIÓN INYECTABLE DE 40 MG/0.4ML, DE USO SUBCUTÁNEO  | 1*                    | PA; QL (4 de EA por 28 días)  |
| <i>mercaptopurine, por vía oral</i>  | 1                     |                               |
| <i>methotrexate, por vía oral</i>  | 1                     |                               |
| <i>methotrexate sodium (pf), solución inyectable de 1 gm/40ml, 250 mg/10ml, 50 mg/2ml</i>  | 1                     |                               |
| <i>methotrexate sodium, solución inyectable de 250 mg/10ml, 50 mg/2ml</i>  | 1                     |                               |
| <i>methotrexate sodium, reconstituida, solución inyectable</i>   | 1                     |                               |
| <i>methotrexate sodium, por vía oral</i>   | 1                     |                               |

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

\* = suministro para 30 días únicamente

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

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario están disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 8.

| Nombre del medicamento  | Nivel del medicamento | Requisitos y límites          |
|---|-----------------------|-------------------------------|
| <i>mycophenolate mofetil, cápsulas, por vía oral</i>                                    | 1                     | B/D                           |
| <i>mycophenolate mofetil, reconstituida, suspensión oral</i>                            | 1*                    | B/D                           |
| <i>mycophenolate mofetil, comprimidos, por vía oral</i>                                 | 1                     | B/D                           |
| <i>mycophenolate sodium</i>   | 1                     | B/D                           |
| OTEZLA, CAJA DE COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL   | 1*                    | PA; QL (55 de EA por 28 días) |
| PROGRAF, CAJA, POR VÍA ORAL   | 1                     | B/D                           |
| REZUROCK  | 1*                    | PA; QL (30 de EA por 30 días) |
| SANDIMMUNE, SOLUCIÓN ORAL   | 1                     | B/D                           |
| <i>sirolimus, solución oral</i>   | 1*                    | B/D                           |
| <i>sirolimus, comprimidos, por vía oral</i>   | 1                     | B/D                           |
| SPEVIGO   | 1*                    | PA; QL (15 ML por 365 días)   |
| <i>tacrolimus, por vía oral</i>   | 1                     | B/D                           |
| XATMEP  | 1                     | PA                            |
| XELJANZ XR, COMPRIMIDOS DE 22 MG, DE LIBERACIÓN PROLONGADA HASTA 24 HORAS, POR VÍA ORAL | 1*                    | PA; QL (30 de EA por 30 días) |
| <b>Vacunas</b>  |                       |                               |
| ABRYSVO   | 1                     |                               |
| ACTHIB  | 1                     |                               |
| ADACEL  | 1                     |                               |
| AREXVY  | 1                     |                               |
| <i>vacuna contra la tuberculosis (bcg) reconstituida, solución inyectable</i>           | 1                     |                               |
| BEXSERO   | 1                     |                               |
| BOOSTRIX, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR DE 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5                             | 1                     |                               |
| BOOSTRIX, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, JERINGA PRECARGADA                                  | 1                     |                               |
| DAPTACEL, SUSPENSIÓN DE 23-15-5, POR VÍA INTRAMUSCULAR                                  | 1                     |                               |
| DENGVAXIA   | 1                     |                               |
| <i>diphtheria-tetanus toxoids dt</i>  | 1                     |                               |
| ENGERIX-B, SUSPENSIÓN INYECTABLE DE 20 MCG/ML   | 1                     | B/D                           |
| ENGERIX-B, SUSPENSIÓN INYECTABLE, JERINGA PRECARGADA                                    | 1                     | B/D                           |
| GARDASIL 9  | 1                     |                               |
| HAVTRIX   | 1                     |                               |

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

\* = suministro para 30 días únicamente

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

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario están disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 8.

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

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

\* = suministro para 30 días únicamente

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

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario están disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 8.



| Nombre del medicamento  | Nivel del medicamento | Requisitos y límites            |
|---|-----------------------|---------------------------------|
| VAQTA   | 1                     |                                 |
| VARIVAX   | 1                     |                                 |
| YF-VAX  | 1                     |                                 |
| <b>Fármacos para tratar la enfermedad inflamatoria intestinal</b>                       |                       |                                 |
| <b>Fármacos aminosalicilatos</b>  |                       |                                 |
| <i>balsalazide disodium</i>   | 1                     |                                 |
| <i>mesalamine er, cápsulas de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>    | 1                     |                                 |
| <i>mesalamine, cápsulas de liberación lenta, por vía oral</i>                           | 1                     |                                 |
| <i>mesalamine, comprimidos de liberación lenta, por vía oral</i>                        | 1                     |                                 |
| <i>mesalamine, por vía rectal</i>   | 1                     |                                 |
| <i>sulfasalazine, por vía oral</i>  | 1                     |                                 |
| <b>Glucocorticoides</b>   |                       |                                 |
| <i>budesonide er, comprimidos de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i> | 1*                    | QL (30 de EA por 30 días)       |
| <i>budesonide, por vía oral</i>   | 1                     |                                 |
| <i>budesonide, por vía rectal</i>   | 1                     |                                 |
| <i>hydrocortisone, enema, por vía rectal</i>  | 1                     |                                 |
| <b>Fármacos para tratar las enfermedades óseas metabólicas</b>                          |                       |                                 |
| <b>Fármacos para tratar las enfermedades óseas metabólicas</b>                          |                       |                                 |
| <i>alendronate sodium, solución oral</i>  | 1                     |                                 |
| <i>alendronate sodium, comprimidos de 10 mg, 35 mg, 5 mg, 70 mg, por vía oral</i>       | 1                     |                                 |
| <i>calcitonin (salmon), por vía nasal</i>   | 1                     |                                 |
| <i>calcitriol, cápsulas por vía oral</i>  | 1                     |                                 |
| <i>cinacalcet hcl, comprimidos de 30 mg, 90 mg, por vía oral</i>                        | 1                     | B/D; QL (120 de EA por 30 días) |
| <i>cinacalcet hcl, comprimidos de 60 mg, por vía oral</i>                               | 1                     | B/D; QL (60 EA per 30 days)     |
| <i>doxercalciferol, por vía oral</i>  | 1                     | B/D                             |
| EVENITY   | 1*                    | PA; QL (2.34 ML por 30 días)    |
| <i>ibandronate sodium, por vía oral</i>   | 1                     |                                 |
| NATPARA   | 1*                    | PA                              |
| <i>paricalcitol, cápsulas de 1 mcg, por vía oral</i>                                    | 1                     |                                 |
| <i>paricalcitol, cápsulas de 2 mcg, 4 mcg, por vía oral</i>                             | 1                     |                                 |
| PROLIA, JERINGA PRECARGADA CON SOLUCIÓN INYECTABLE DE USO SUBCUTÁNEO                    | 1                     | PA; QL (1 ML por 180 días)      |
| RAYALDEE  | 1*                    |                                 |

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

\* = suministro para 30 días únicamente

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

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario están disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 8.

| Nombre del medicamento   | Nivel del medicamento | Requisitos y límites          |
|--|-----------------------|-------------------------------|
| <i>risedronate sodium, comprimidos de 150 mg, por vía oral</i>                                       | 1                     | QL (1 de EA por 28 días)      |
| <i>risedronate sodium, comprimidos de 35 mg, 35 mg (caja de 12), 35 mg (caja de 4), por vía oral</i> | 1                     | QL (4 de EA por 28 días)      |
| <i>risedronate sodium, comprimidos de 5 mg, por vía oral</i>   | 1                     | QL (30 de EA por 30 días)     |
| <i>risedronate sodium, comprimidos de liberación lenta, por vía oral</i>                             | 1                     |                               |
| TERIPARATIDE (RECOMBINANTE)  | 1*                    | PA; QL (2.48 ML por 30 días)  |
| TYMLOS   | 1*                    | PA; QL (1.56 ML por 30 días)  |
| VOXZOGO  | 1*                    | PA; QL (30 de EA por 30 días) |
| XGEVA  | 1*                    | PA                            |
| <i>zoledronic acid, concentrado, por vía intravenosa</i>   | 1                     | B/D                           |
| <i>zoledronic acid, solución intravenosa</i>   | 1                     | B/D                           |
| <b>Fármacos para tratamientos oftalmológicos</b>   |                       |                               |
| <b>Fármacos oftalmológicos análogos de prostaglandina y de prostamida</b>                            |                       |                               |
| <i>bimatoprost, de uso oftálmico</i>   | 1                     |                               |
| <i>latanoprost, de uso oftálmico</i>   | 1                     |                               |
| LUMIGAN, SOLUCIÓN OFTÁLMICA AL 0.01 %  | 1                     |                               |
| RHOPRESSA  | 1                     |                               |
| <i>travoprost (libre de bak)</i>   | 1                     | ST                            |
| <b>Fármacos para tratamientos oftalmológicos, otros</b>  |                       |                               |
| <i>atropine sulfate, solución oftálmica al 1 %</i>   | 1                     |                               |
| <i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc</i>   | 1                     |                               |
| CYSTADROPS   | 1*                    | PA; QL (20 ML por 30 días)    |
| CYSTARAN   | 1*                    | PA; QL (60 ML por 28 días)    |
| <i>dorzolamide hcl-timolol mal</i>   | 1                     |                               |
| <i>dorzolamide hcl-timolol mal pf, solución oftálmica de 2-0.5 %</i>                                 | 1                     |                               |
| LACRISERT  | 1                     |                               |
| <i>neomycin-polymyxin-dexameth, ungüento oftálmico</i>   | 1                     |                               |
| <i>neomycin-polymyxin-dexameth, suspensión oftálmica de 3.5-10000-0.1</i>                            | 1                     |                               |
| <i>neomycin-polymyxin-gramicidin, solución oftálmica de 1.75-10000-.025</i>                          | 1                     |                               |
| <i>neomycin-polymyxin-hc, suspensión oftálmica de 3.5-10000-1</i>                                    | 1                     |                               |
| <i>neo-polycin</i>   | 1                     |                               |

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

\* = suministro para 30 días únicamente

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

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario están disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 8.

| Nombre del medicamento   | Nivel del medicamento | Requisitos y límites       |
|--|-----------------------|----------------------------|
| <i>neo-polycin hc</i>  | 1                     |                            |
| OXERVATE   | 1*                    | PA; QL (28 ML por 30 días) |
| <i>polymyxin b-trimethoprim</i>  | 1                     |                            |
| RESTASIS   | 1                     | QL (60 de EA por 30 días)  |
| RESTASIS MULTIDOSE, EMULSIÓN OFTÁLMICA AL 0.05 %                           | 1                     | QL (60 ML por 30 días)     |
| ROCKLATAN  | 1                     |                            |
| <i>sulfacetamide-prednisolone, solución oftálmica</i>                      | 1                     |                            |
| TOBRADEX, UNGÜENTO OFTÁLMICO   | 1                     |                            |
| <i>tobramycin-dexamethasone</i>  | 1                     |                            |
| <b>Colirios antialérgicos</b>  |                       |                            |
| <i>azelastine hcl, de uso oftálmico</i>                                    | 1                     |                            |
| <i>cromolyn sodium, de uso oftálmico</i>                                   | 1                     |                            |
| <i>epinastina hcl</i>  | 1                     |                            |
| <i>olopatadine hcl, de uso oftálmico</i>                                   | 1                     |                            |
| <b>Fármacos antiinfecciosos oftálmicos</b>                                 |                       |                            |
| AZASITE  | 1                     |                            |
| <i>bacitracin, de uso oftálmico</i>  | 1                     |                            |
| <i>bacitracin-polymyxin b, ungüento oftálmico de 500-10000 unidades/gm</i> | 1                     |                            |
| CILOXAN, UNGÜENTO OFTÁLMICO  | 1                     |                            |
| <i>ciprofloxacin hcl, de uso oftálmico</i>                                 | 1                     |                            |
| <i>erythromycin, de uso oftálmico</i>                                      | 1                     | QL (21 GM por 30 días)     |
| <i>gatifloxacin, de uso oftálmico</i>                                      | 1                     |                            |
| <i>gentamicin sulfate, solución oftálmica</i>                              | 1                     | QL (30 ML por 30 días)     |
| <i>levofloxacin, de uso oftálmico</i>                                      | 1                     |                            |
| <i>moxifloxacin hcl, solución oftálmica</i>                                | 1                     |                            |
| NATACYN  | 1                     |                            |
| <i>neomycin-bacitracin zn-polymyx, ungüento oftálmico de 5-400-10000</i>   | 1                     |                            |
| <i>ofloxacin, de uso oftálmico</i>   | 1                     |                            |
| <i>polycin</i>   | 1                     |                            |
| <i>sulfacetamide sodium, de uso oftálmico</i>                              | 1                     |                            |
| <i>tobramycin, de uso oftálmico</i>  | 1                     | QL (30 ML por 30 días)     |
| TOBEX, UNGÜENTO OFTÁLMICO  | 1                     |                            |
| <i>trifluridine, de uso oftálmico</i>                                      | 1                     |                            |

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

\* = suministro para 30 días únicamente

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

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario están disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 8.

| Nombre del medicamento   | Nivel del medicamento | Requisitos y límites   |
|--|-----------------------|------------------------|
| ZIRGAN   | 1                     |                        |
| <b>Antiinflamatorios oftálmicos</b>  |                       |                        |
| <i>bromfenac sodium, una dosis diaria</i>  | 1                     |                        |
| <i>dexamethasone sodium phosphate, de uso oftálmico</i>                          | 1                     | QL (30 ML por 30 días) |
| <i>diclofenac sodium, de uso oftálmico</i>                                       | 1                     |                        |
| <i>difluprednate</i>   | 1                     | ST                     |
| FLAREX   | 1                     |                        |
| <i>fluorometholone, de uso oftálmico</i>   | 1                     |                        |
| <i>flurbiprofen sodium</i>   | 1                     |                        |
| <i>ketorolac tromethamine, solución oftálmica al 0.4 %, SOLUCIÓN INTRAVENOSA</i> | 1                     |                        |
| <i>ketorolac tromethamine, solución oftálmica al 0.5 %, SOLUCIÓN INTRAVENOSA</i> | 1                     | QL (20 ML por 30 días) |
| LOTEMAX, UNGÜENTO OFTÁLMICO  | 1                     | ST                     |
| <i>loteprednol etabonate</i>   | 1                     | ST                     |
| <i>prednisolone acetate, de uso oftálmico</i>                                    | 1                     |                        |
| <i>prednisolone sodium phosphate, de uso oftálmico</i>                           | 1                     |                        |
| <b>Fármacos bloqueadores beta adrenérgicos de uso oftálmico</b>                  |                       |                        |
| <i>betaxolol hcl, de uso oftálmico</i>   | 1                     |                        |
| <i>carteolol hcl</i>   | 1                     |                        |
| <i>levobunolol hcl, solución oftálmica al 0.5 %</i>                              | 1                     |                        |
| <i>timolol maleate, solución oftálmica o gel</i>                                 | 1                     |                        |
| <i>timolol maleate, solución oftálmica</i>                                       | 1                     |                        |
| <b>Fármacos hipotensores oculares, otros</b>                                     |                       |                        |
| <i>acetazolamide er</i>  | 1                     |                        |
| ALPHAGAN P, SOLUCIÓN OFTÁLMICA AL 0.1 %  | 1                     |                        |
| <i>apraclonidine hcl</i>   | 1                     |                        |
| <i>brimonidine tartrate, solución oftálmica al 0.2 %</i>                         | 1                     |                        |
| <i>brinzolamide</i>  | 1                     |                        |
| COMBIGAN   | 1                     |                        |
| <i>dorzolamide hcl, de uso oftálmico</i>   | 1                     |                        |
| IOPIDINE, SOLUCIÓN OFTÁLMICA AL 1 %  | 1                     |                        |
| <i>methazolamide, por vía oral</i>   | 1                     |                        |
| <i>pilocarpine hcl, solución oftálmica al 1 %, 2 %, 4 %</i>                      | 1                     |                        |
| SIMBRINZA  | 1                     |                        |

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

\* = suministro para 30 días únicamente

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

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario están disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 8.

| Nombre del medicamento  | Nivel del medicamento | Requisitos y límites       |
|---|-----------------------|----------------------------|
| <b>Fármacos para tratar infecciones óticas</b>                              |                       |                            |
| <b>Fármacos para tratar infecciones óticas</b>                              |                       |                            |
| <i>acetic acid, de uso ótico</i>  | 1                     |                            |
| CIPRO HC  | 1                     |                            |
| <i>ciprofloxacin hcl, de uso ótico</i>                                      | 1                     |                            |
| <i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>  | 1                     | QL (7.5 ML por 30 días)    |
| <i>fluocinolone acetonide, de uso ótico</i>                                 | 1                     |                            |
| <i>hydrocortisone-acetic acid</i>   | 1                     |                            |
| <i>neomycin-polymyxin-hc, soluciones óticas al 1 %</i>                      | 1                     |                            |
| <i>neomycin-polymyxin-hc, suspensión ótica</i>                              | 1                     |                            |
| <i>ofloxacin, de uso ótico</i>  | 1                     |                            |
| <b>Fármacos para tratar problemas pulmonares y del aparato respiratorio</b> |                       |                            |
| <b>Antihistamínicos</b>   |                       |                            |
| <i>azelastine hcl, solución nasal al 0.1 %, 0.15 %</i>                      | 1                     |                            |
| <i>cyproheptadine hcl, comprimidos, por vía oral</i>                        | 1                     |                            |
| <i>desloratadine, comprimidos, por vía oral</i>                             | 1                     |                            |
| <i>desloratadine, comprimidos dispersables de 2.5 mg, por vía oral</i>      | 1                     |                            |
| <i>hydroxyzine hcl, comprimidos, por vía oral</i>                           | 1                     |                            |
| <i>levocetirizine dihydrochloride, por vía oral</i>                         | 1                     |                            |
| <i>olopatadine hcl, por vía nasal</i>                                       | 1                     | QL (30.5 GM por 30 días)   |
| <b>Antiinflamatorios, corticoides inhalados</b>                             |                       |                            |
| ARNUIITY ELLIPTA  | 1                     | QL (30 de EA por 30 días)  |
| <i>budesonide, suspensión para inhalación al 0.25 mg/2ml, 0.5 mg/2ml</i>    | 1                     | B/D                        |
| <i>budesonide, suspensión para inhalación al 1 mg/2ml,</i>                  | 1                     | B/D                        |
| <i>flunisolide, solución nasal de 25 mcg/act (0.025 %)</i>                  | 1                     |                            |
| <i>fluticasone propionate, por vía nasal</i>                                | 1                     |                            |
| <i>mometasone furoate, por vía nasal</i>                                    | 1                     |                            |
| PULMICORT FLEXHALER   | 1                     | QL (2 de EA por 30 días)   |
| QVAR REDHALER   | 1                     | QL (21.2 GM por 30 días)   |
| <b>Fármacos antileucotrienos</b>  |                       |                            |
| <i>montelukast sodium, por vía oral</i>                                     | 1                     |                            |
| <i>zafirlukast</i>  | 1                     |                            |
| <i>zileuton er</i>  | 1*                    | QL (120 de EA por 30 días) |

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

\* = suministro para 30 días únicamente

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

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario están disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 8.

| Nombre del medicamento  | Nivel del medicamento | Requisitos y límites      |
|---|-----------------------|---------------------------|
| <b>Broncodilatadores, anticolinérgicos</b>  |                       |                           |
| ATROVENT HFA  | 1                     |                           |
| INCRUSE ELLIPTA, INHALADOR DE POLVO SECO ACTIVADO CON EL ALIENTO, DE 62.5 MCG/ACT   | 1                     | QL (30 de EA por 30 días) |
| <i>ipratropium bromide, por inhalación</i>  | 1                     | B/D                       |
| <i>ipratropium bromide, por vía nasal</i>   | 1                     |                           |
| SPIRIVA HANDIHALER  | 1                     | QL (30 de EA por 30 días) |
| SPIRIVA RESPIMAT  | 1                     | QL (4 GM por 30 días)     |
| <b>Broncodilatadores, simpaticomiméticos</b>  |                       |                           |
| <i>albuterol sulfate hfa, inhalación de solución en aerosol de 108 (90 como base) mcg/act</i>   | 1                     | QL (17 GM por 30 días)    |
| <i>albuterol sulfate hfa, solución para inhalación de 108 (90 como base) mcg/act (nda020503)</i>  | 1                     | QL (13.4 GM por 30 días)  |
| <i>albuterol sulfate hfa, solución para inhalación de 108 (90 como base) mcg/act (nda020983)</i>  | 1                     | QL (36 GM por 30 días)    |
| <i>albuterol sulfate, solución para inhalación por medio de nebulizador de (2.5 mg/3ml) 0.083 %, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml, 2.5 mg/0.5ml</i> | 1                     | B/D                       |
| <i>albuterol sulfate, en jarabe, por vía oral</i>   | 1                     |                           |
| <i>albuterol sulfate, comprimidos, por vía oral</i>   | 1                     |                           |
| <i>arformoterol tartrate</i>  | 1                     | B/D                       |
| BREO ELLIPTA, INHALADOR DE POLVO SECO ACTIVADO CON EL ALIENTO, DE 100-25 MCG/ACT, 200-25 MCG/ACT  | 1                     | QL (60 de EA por 30 días) |
| DULERA  | 1                     | QL (13 GM por 30 días)    |
| <i>epinephrine, solución inyectable de 0.3 mg/0.3ml</i>   | 1                     | QL (4 de EA por 30 días)  |
| <i>epinephrine, autoinyector de solución de 0.15 mg/0.3ml, 0.3 mg/0.3ml</i>   | 1                     | QL (4 de EA por 30 días)  |
| <i>fluticasone-salmeterol, inhalador de polvo seco activado con el aliento de 113-14 mcg/act, 232-14 mcg/act, 55-14 mcg/act</i>             | 1                     | QL (1 de EA por 30 días)  |
| <i>levalbuterol hcl, por inhalación</i>   | 1                     | B/D                       |
| <i>levalbuterol tartrate</i>  | 1                     | QL (30 GM por 30 días)    |
| SEREVENT DISKUS, INHALADOR DE POLVO SECO ACTIVADO CON EL ALIENTO, DE 50 MCG/ACT   | 1                     | QL (60 de EA por 30 días) |
| STRIVERDI RESPIMAT  | 1                     | QL (4 GM por 30 días)     |
| SYMJEPI   | 1                     | QL (4 de EA por 30 días)  |
| <i>terbutaline sulfate, por vía oral</i>  | 1                     |                           |

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

\* = suministro para 30 días únicamente

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

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario están disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 8.



| Nombre del medicamento   | Nivel del medicamento | Requisitos y límites              |
|--|-----------------------|-----------------------------------|
| VENTOLIN HFA   | 1                     | QL (36 GM por 30 días)            |
| <b>Fármacos para tratar la fibrosis quística</b>   |                       |                                   |
| CAYSTON  | 1*                    | PA; LA                            |
| KALYDECO   | 1*                    | PA; QL (56 de EA por 28 días)     |
| ORKAMBI, CAJA, POR VÍA ORAL  | 1*                    | PA; QL (60 de EA por 30 días)     |
| ORKAMBI, COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL   | 1*                    | PA; QL (120 de EA por 30 días)    |
| PULMOZYME, SOLUCIÓN PARA INHALACIÓN, DE 2.5 MG/2.5 ML  | 1*                    | B/D                               |
| SYMDEKO  | 1*                    | PA; QL (60 de EA por 30 días)     |
| <i>tobramycin, solución para inhalación por medio de nebulizador de 300 mg/5ml</i>                   | 1*                    | B/D                               |
| TRIKAFTA, CAJA DE COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL  | 1*                    | PA; QL (84 de EA por 28 días)     |
| <i>trikafta, caja de comprimidos, por vía oral</i>   | 1*                    | PA; QL (56 de EA por 28 días)     |
| <b>Inhibidores de la fosfodiesterasa, enfermedad de las vías respiratorias</b>                       |                       |                                   |
| <i>roflumilast</i>   | 1                     | PA; QL (30 de EA por 30 días)     |
| <i>theophylline er, comprimidos de 300 mg, de liberación prolongada hasta 12 horas, por vía oral</i> | 1                     |                                   |
| <i>theophylline er, comprimidos de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>            | 1                     |                                   |
| <b>Fármacos antihipertensores pulmonares</b>   |                       |                                   |
| ADEMPAS  | 1*                    | PA; LA; QL (90 de EA por 30 días) |
| <i>ambrisentan</i>   | 1*                    | PA; LA; QL (30 de EA por 30 días) |
| <i>bosentan</i>  | 1*                    | PA; QL (60 de EA por 30 días)     |
| OPSUMIT  | 1*                    | PA; LA; QL (30 de EA por 30 días) |
| ORENITRAM, MES 1   | 1*                    | PA; QL (168 de EA por 28 días)    |
| ORENITRAM, MES 2   | 1*                    | PA; QL (336 de EA por 28 días)    |
| ORENITRAM, MES 3   | 1*                    | PA; QL (252 de EA por 28 días)    |
| ORENITRAM, COMPRIMIDOS DE 0.125 MG, DE LIBERACIÓN PROLONGADA, POR VÍA ORAL                           | 1                     | PA                                |
| ORENITRAM, COMPRIMIDOS DE 0.25 MG, 1 MG, 2.5 MG, 5 MG, DE LIBERACIÓN PROLONGADA, POR VÍA ORAL        | 1*                    | PA                                |
| <i>sildenafil citrate, comprimidos de 20 mg, por vía oral</i>  | 1                     | PA; QL (90 de EA por 30 días)     |
| <i>tadalafil (pah)</i>   | 1*                    | PA; QL (60 de EA por 30 días)     |
| TRACLEER, COMPRIMIDOS SOLUBLES, POR VÍA ORAL   | 1*                    | LA; QL (112 de EA por 28 días)    |
| TYVASO   | 1*                    | PA                                |
| TYVASO DPI, KIT DE USO CONTINUO  | 1*                    | PA                                |

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

\* = suministro para 30 días únicamente

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

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario están disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 8.

| Nombre del medicamento  | Nivel del medicamento | Requisitos y límites              |
|---|-----------------------|-----------------------------------|
| TYVASO DPI, KIT PARA AJUSTE DE DOSIS  | 1*                    | PA                                |
| TYVASO, SURTIDO   | 1*                    | PA                                |
| TYVASO, TRATAMIENTO INICIAL   | 1*                    | PA                                |
| UPTRAVI, POR VÍA INTRAVENOSA  | 1*                    | PA; QL (60 de EA por 30 días)     |
| UPTRAVI, COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL  | 1*                    | PA; QL (60 de EA por 30 días)     |
| UPTRAVI, CAJA DE COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL  | 1*                    | PA; QL (200 de EA por 30 días)    |
| VENTAVIS, SOLUCIÓN PARA INHALACIÓN DE 10 MCG/ML   | 1*                    | PA; QL (150 ML por 30 días)       |
| VENTAVIS, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA DE 20 MCG/ML  | 1*                    | PA; QL (90 ML por 30 días)        |
| <b>Fármacos para tratar la fibrosis pulmonar</b>  |                       |                                   |
| OFEV  | 1*                    | PA; LA; QL (60 de EA por 30 días) |
| <i>pirfenidone, cápsulas, por vía oral</i>  | 1*                    | PA; QL (270 de EA por 30 días)    |
| <i>pirfenidone, comprimidos de 267 mg, por vía oral</i>   | 1*                    | PA; QL (270 de EA por 30 días)    |
| <i>pirfenidone, comprimidos de 801 mg, por vía oral</i>   | 1*                    | PA; QL (90 de EA por 30 días)     |
| <b>Fármacos para tratar problemas del aparato respiratorio, otros</b>   |                       |                                   |
| <i>acetylcysteine, por inhalación</i>   | 1                     | B/D                               |
| ADVAIR HFA  | 1                     | QL (12 GM por 30 días)            |
| ANORO ELLIPTA, INHALADOR DE POLVO SECO ACTIVADO CON EL ALIENTO, DE 62.5-25 MCG/ACT  | 1                     | QL (60 de EA por 30 días)         |
| BEVESPI AEROSPHERE  | 1                     | QL (10.7 GM por 30 días)          |
| BREZTRI AEROSPHERE  | 1                     | QL (10.7 GM por 30 días)          |
| COMBIVENT RESPIMAT  | 1                     | QL (4 GM por 20 días)             |
| <i>cromolyn sodium, por vía inhalatoria</i>   | 1                     | B/D                               |
| FASENRA   | 1*                    | PA; QL (1 ML por 30 días)         |
| FASENRA, PLUMA  | 1*                    | PA; QL (1 ML por 30 días)         |
| <i>fluticasone-salmeterol, inhalador de polvo seco activado con el aliento, de 100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act</i> | 1                     | QL (60 de EA por 30 días)         |
| <i>ipratropium-albuterol</i>  | 1                     | B/D                               |
| NUCALA, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA, AUTOINYECTOR   | 1*                    | PA; QL (3 ML por 30 días)         |
| NUCALA, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA DE 100 MG/ML, JERINGA PRECARGADA  | 1*                    | PA; QL (3 ML por 30 días)         |
| NUCALA, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA DE 40 MG/0.4 ML, JERINGA PRECARGADA   | 1*                    | PA; QL (0.4 ML por 30 días)       |

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

\* = suministro para 30 días únicamente

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

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario están disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 8.

| Nombre del medicamento  | Nivel del medicamento | Requisitos y límites            |
|---|-----------------------|---------------------------------|
| NUCALA, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA, RECONSTITUIDA  | 1*                    | PA; QL (3 de EA por 30 días)    |
| STIOLTO RESPIMAT  | 1                     | QL (4 GM por 30 días)           |
| TEZSPIRE  | 1*                    | PA; QL (1.91 ML por 28 días)    |
| TRELEGY ELLIPTA, INHALADOR DE POLVO SECO ACTIVADO CON EL ALIENTO, DE 100-62.5-25 MCG/ACT                                | 1                     | QL (60 de EA por 30 días)       |
| <i>trelegy ellipta, inhalador de polvo seco activado con el aliento, de 200-62.5-25 mcg/act</i>                         | 1                     | QL (60 de EA por 30 días)       |
| <i>wixela inhub, inhalador de polvo seco activado con el aliento, de 100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act</i> | 1                     | QL (60 de EA por 30 días)       |
| <b>Relajantes para los dolores musculoesqueléticos</b>  |                       |                                 |
| <b>Relajantes para los dolores musculoesqueléticos</b>  |                       |                                 |
| <i>cyclobenzaprine hcl, comprimidos de 10 mg, 5 mg, por vía oral</i>  | 1                     |                                 |
| <i>methocarbamol, comprimidos de 500 mg, 750 mg, por vía oral</i>   | 1                     |                                 |
| <b>Fármacos para tratar los trastornos del sueño</b>  |                       |                                 |
| <b>Fármacos inductores al sueño</b>   |                       |                                 |
| <i>eszopiclone</i>  | 1                     | QL (30 de EA por 30 días)       |
| <i>ramelteon</i>  | 1                     |                                 |
| <i>tasimelteon</i>  | 1*                    | PA; QL (30 de EA por 30 días)   |
| <i>temazepam, cápsulas de 15 mg, 30 mg, por vía oral</i>  | 1                     | QL (30 de EA por 30 días)       |
| <i>temazepam, cápsulas de 7.5 mg, por vía oral</i>  | 1                     | QL (30 de EA por 30 días)       |
| <i>triazolam</i>  | 1                     | QL (10 de EA por 30 días)       |
| <i>zaleplon</i>   | 1                     | QL (30 de EA por 30 días)       |
| <i>zolpidem tartrate er</i>   | 1                     | QL (30 de EA por 30 días)       |
| <i>zolpidem tartrate, comprimidos, por vía oral</i>   | 1                     | QL (30 de EA por 30 días)       |
| <b>Fármacos para tratar el insomnio</b>   |                       |                                 |
| <i>armodafinil</i>  | 1                     | PA; QL (30 de EA por 30 días)   |
| <i>modafinil</i>  | 1                     | PA; QL (60 de EA por 30 días)   |
| SODIUM OXYBATE  | 1*                    | PA; LA; QL (540 ML por 30 días) |

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

\* = suministro para 30 días únicamente

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

Nota: Todos los medicamentos incluidos en el formulario están disponibles a través del servicio de pedido por correo. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 8.

|   |        |  |        |
|---|--------|--|--------|
| <b>Índice</b>                               |        |  |        |
| <i>abacavir sulfate</i> .....               | 38     | <i>amlodipine besylate-valsartan</i> .....       | 49     |
| <i>abacavir sulfate-lamivudine</i> .....    | 38     | <i>amlodipine-atorvastatin</i> .....             | 49     |
| <i>abacavir-lamivudine-zidovudine</i> ..... | 38     | <i>amlodipine-olmesartan</i> .....               | 49     |
| ABELCET .....                               | 23     | <i>amlodipine-valsartan-hctz</i> .....           | 49     |
| <i>abilify asimtufii</i> .....              | 33     | <i>ammonium lactate</i> .....                    | 56     |
| ABILIFY MANTENA .....                       | 33     | <i>amnesteam</i> .....                           | 56     |
| <i>abiraterone acetate</i> .....            | 26     | <i>amoxapine</i> .....                           | 22     |
| ABRYSVO .....                               | 75     | <i>amoxicill-clarithro-lansopraz</i> .....       | 62     |
| <i>acamprosate calcium</i> .....            | 12     | <i>amoxicillin</i> .....                         | 15     |
| <i>acarbose</i> .....                       | 41     | <i>amoxicillin-pot clavulanate</i> .....         | 15     |
| <i>acebutolol hcl</i> .....                 | 48     | <i>amoxicillin-pot clavulanate er</i> .....      | 15     |
| <i>acetaminophen-codeine</i> .....          | 11     | <i>amphetamine-dextroamphet er</i> .....         | 52     |
| <i>acetaminophen-codeine #3</i> .....       | 11     | <i>amphetamine- dextroamphetamine</i>            | 52, 53 |
| <i>acetazolamide</i> .....                  | 49     | <i>amphotericin b</i> .....                      | 23     |
| <i>acetazolamide er</i> .....               | 80     | <i>ampicillin</i> .....                          | 15     |
| <i>acetic acid</i> .....                    | 81     | <i>ampicillin sodium</i> .....                   | 15     |
| <i>acetylcysteine</i> .....                 | 84     | <i>ampicillin-sulbactam sodium</i> .....         | 15, 16 |
| <i>acitretin</i> .....                      | 56     | AMVUTTRA .....                                   | 63     |
| ACTEMRA.....                                | 73     | <i>anagrelide hcl</i> .....                      | 45     |
| ACTEMRA ACTPEN .....                        | 73     | <i>anastrozole</i> .....                         | 28     |
| ACTHAR.....                                 | 65     | ANORO ELLIPTA.....                               | 84     |
| ACTHIB .....                                | 75     | <i>apraclonidine hcl</i> .....                   | 80     |
| ACTIMMUNE.....                              | 73     | <i>aprepitant</i> .....                          | 23     |
| <i>acyclovir</i> .....                      | 37, 58 | APRETUDE.....                                    | 37     |
| <i>acyclovir sodium</i> .....               | 37     | APRI .....                                       | 67     |
| ADACEL .....                                | 75     | APTIOM.....                                      | 20     |
| <i>adapalene</i> .....                      | 56     | APTIVUS .....                                    | 39     |
| <i>adefovir dipivoxil</i> .....             | 36     | ARALAST NP.....                                  | 63     |
| ADEMPAS .....                               | 83     | ARANELLE .....                                   | 67     |
| ADVAIR HFA .....                            | 84     | ARCALYST .....                                   | 72     |
| AIMOVIG .....                               | 25     | AREXVY .....                                     | 75     |
| AJOVY .....                                 | 25     | <i>arformoterol tartrate</i> .....               | 82     |
| <i>albendazole</i> .....                    | 31     | ARIKAYCE .....                                   | 13     |
| <i>albuterol sulfate</i> .....              | 82     | <i>aripiprazole</i> .....                        | 33, 34 |
| <i>albuterol sulfate hfa</i> .....          | 82     | ARISTADA .....                                   | 34     |
| <i>alclometasone dipropionate</i> .....     | 56     | ARISTADA INITIO.....                             | 34     |
| ALECENSA .....                              | 28     | <i>armodafinil</i> .....                         | 85     |
| <i>alendronate sodium</i> .....             | 77     | ARMOUR THYROID .....                             | 70     |
| <i>alfuzosin hcl er</i> .....               | 64     | ARNUIY ELLIPTA .....                             | 81     |
| <i>aliskiren fumarate</i> .....             | 49     | <i>asenapine maleate</i> .....                   | 34     |
| <i>allopurinol</i> .....                    | 24     | <i>aspirin-dipyridamole er</i> .....             | 46     |
| <i>alosetron hcl</i> .....                  | 61     | ASSURE ID, JERINGA DE                            |        |
| ALPHAGAN P .....                            | 80     | SEGURIDAD PARA INSULINA .....                    | 43     |
| <i>alprazolam</i> .....                     | 40     | ASTAGRAF XL .....                                | 73     |
| ALTAVERA.....                               | 66     | <i>atazanavir sulfate</i> .....                  | 39     |
| ALUNBRIG .....                              | 28     | <i>atenolol</i> .....                            | 48     |
| <i>alyacen 1/35</i> .....                   | 66     | <i>atenolol-chlorthalidone</i> .....             | 49     |
| <i>amabelz</i> .....                        | 66     | <i>atomoxetine hcl</i> .....                     | 53     |
| <i>amantadine hcl</i> .....                 | 32     | <i>atorvastatin calcium</i> .....                | 51     |
| <i>ambrisentan</i> .....                    | 83     | <i>atovaquone</i> .....                          | 32     |
| AMETHIA .....                               | 66     | <i>atovaquone-proguanil hcl</i> .....            | 32     |
| <i>amikacin sulfate</i> .....               | 13     | <i>atropine sulfate</i> .....                    | 78     |
| <i>amiloride hcl</i> .....                  | 50     | ATROVENT HFA .....                               | 82     |
| <i>amiloride-hydrochlorothiazide</i> .....  | 49     | AURYXIA.....                                     | 61     |
| <i>amiodarone hcl</i> .....                 | 47     | AUSTEDO.....                                     | 54     |
| <i>amitriptyline hcl</i> .....              | 22     | AUSTEDO XR.....                                  | 54     |
| <i>amlodipine besy-benazepril hcl</i> ..... | 49     | AUSTEDO XR, PARA AJUSTE DE                       |        |
| <i>amlodipine besylate</i> .....            | 48     | DOSIS .....                                      | 54     |
|   |        | AUVELITY.....                                    | 21     |
|   |        | AVEED .....                                      | 66     |
|   |        | AVIANE .....                                     | 67     |
|   |        | AVONEX, PLUMA.....                               | 55     |
|   |        | AVONEX PREFILLED, JERINGA                        |        |
|   |        | PRECARGADA.....                                  | 55     |
|   |        | AYVAKIT .....                                    | 28     |
|   |        | AZASITE .....                                    | 79     |
|   |        | <i>azathioprine</i> .....                        | 73     |
|   |        | <i>azelaic acid</i> .....                        | 56     |
|   |        | <i>azelastine hcl</i> .....                      | 79, 81 |
|   |        | <i>azithromycin</i> .....                        | 16     |
|   |        | <i>aztreonam</i> .....                           | 13     |
|   |        | <i>bacitracin</i> .....                          | 79     |
|   |        | <i>bacitracin-polymyxin b</i> .....              | 79     |
|   |        | <i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc</i> .....       | 78     |
|   |        | <i>baclofen</i> .....                            | 36     |
|   |        | <i>balsalazide disodium</i> .....                | 77     |
|   |        | BALVERSA .....                                   | 28     |
|   |        | BALZIVA .....                                    | 67     |
|   |        | BAQSIMI, UNA DOSIS .....                         | 43     |
|   |        | BAQSIMI, DOS DOSIS.....                          | 43     |
|   |        | BARACLUDE .....                                  | 36     |
|   |        | <i>vacuna contra la tuberculosis (bcg)</i> ..... | 75     |
|   |        | <i>benazepril hcl</i> .....                      | 47     |
|   |        | <i>benazepril-hydrochlorothiazide</i> .....      | 49     |
|   |        | BENLYSTA .....                                   | 73     |
|   |        | <i>benztropine mesylate</i> .....                | 32     |
|   |        | BESREMI .....                                    | 73     |
|   |        | <i>betaine</i> .....                             | 63     |
|   |        | <i>betamethasone dipropionate</i> .....          | 56, 65 |
|   |        | <i>betamethasone dipropionate aug</i>            |        |
|   |        | .....  | 56, 65 |
|   |        | <i>betamethasone valerate</i> .....              | 56     |
|   |        | BETASERON.....                                   | 55     |
|   |        | <i>betaxolol hcl</i> .....                       | 48, 80 |
|   |        | <i>bethanechol chloride</i> .....                | 64     |
|   |        | BEVESPI AEROSPHERE .....                         | 84     |
|   |        | <i>bexarotene</i> .....                          | 31     |
|   |        | BEXSERO.....                                     | 75     |
|   |        | <i>bicalutamide</i> .....                        | 26     |
|   |        | BICILLIN C-R .....                               | 16     |
|   |        | BICILLIN C-R 900/300.....                        | 16     |
|   |        | BICILLIN L-A .....                               | 16     |
|   |        | BIKTARVY .....                                   | 37     |
|   |        | <i>bimatoprost</i> .....                         | 78     |
|   |        | <i>bisoprolol fumarate</i> .....                 | 48     |
|   |        | <i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i> .....      | 49     |
|   |        | BLISOVI 24 FE .....                              | 67     |
|   |        | BOOSTRIX .....                                   | 75     |
|   |        | <i>bosentan</i> .....                            | 83     |
|   |        | BOSULIF.....                                     | 28     |
|   |        | BRAFTOVI .....                                   | 28     |
|   |        | BREO ELLIPTA .....                               | 82     |
|   |        | BREZTRI AEROSPHERE .....                         | 84     |
|   |        | BRILINTA.....                                    | 46     |
|   |        | <i>brimonidine tartrate</i> .....                | 80     |
|   |        | <i>brinzolamide</i> .....                        | 80     |
|   |        | BRIVIACT .....                                   | 18     |



|   |            |  |            |
|---|------------|--|------------|
| <i>bromfenac sodium (una dosis diaria)</i>        | 80         | <i>clopidogrel bisulfate</i>           | 46         |
| <i>bromocriptine mesylate</i>                     | 32         | <i>clorazepate dipotassium</i>         | 40         |
| BRUKINSA  | 28         | <i>clotrimazole</i>                    | 23         |
| <i>budesonide</i>                                 | 77, 81     | <i>clotrimazole-betamethasone</i>      | 58         |
| <i>budesonide er</i>                              | 77         | <i>clozapine</i>                       | 36         |
| <i>bumetanide</i>                                 | 50         | COARTEM                                | 32         |
| <i>buprenorphine</i>                              | 10         | <i>codeine sulfate</i>                 | 11         |
| <i>buprenorphine hcl</i>                          | 12         | <i>colchicine</i>                      | 24         |
| <i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i>             | 12         | <i>colchicine-probenecid</i>           | 24         |
| <i>bupropion hcl</i>                              | 21         | <i>colesevelam hcl</i>                 | 51         |
| <i>bupropion hcl er, disuasivo para fumadores</i> | 13         | <i>colestipol hcl</i>                  | 51         |
| <i>bupropion hcl er (sr)</i>                      | 21         | <i>colistimethate sodium (cba)</i>     | 13         |
| <i>bupropion hcl er (xl)</i>                      | 21         | COMBIGAN                               | 80         |
| <i>bupirone hcl</i>                               | 40         | COMBIVENT RESPIMAT                     | 84         |
| <i>butorphanol tartrate</i>                       | 11         | COMETRIQ,                              |            |
| BYDUREON BCISE                                    | 41         | DOSIS DIARIA DE 100 MG                 | 28         |
| BYETTA, PLUMA CON 10 MCG                          | 41         | COMETRIQ,                              |            |
| BYETTA, PLUMA CON 5 MCG                           | 41         | DOSIS DIARIA DE 140 MG                 | 28         |
| <i>cabergoline</i>                                | 70         | COMETRIQ,                              |            |
| CABOMETYX   | 28         | DOSIS DIARIA DE 60 MG                  | 28         |
| <i>calcipotriene</i>                              | 58         | COMFORT ASSIST, JERINGA DE INSULINA    | 43         |
| <i>calcipotriene-betameth diprop</i>              | 56         | COMPLERA 38                            |            |
| <i>calcitonin (salmon)</i>                        | 77         | <i>constulose</i>                      | 61         |
| <i>calcitriol</i>                                 | 58, 77     | COPIKTRA                               | 28         |
| <i>calcium acetate</i>                            | 61         | CORLANOR                               | 49         |
| <i>calcium acetate, quelante de fósforo</i>       | 61         | CORTROPHIN                             | 65         |
| CALQUENCE   | 28         | COSENTYX                               | 72         |
| CAMILA  | 69         | COSENTYX (DOSIS DE 300 MG)             | 72         |
| CAMRESE LO  | 67         | COSENTYX SENSOREADY, (DOSIS DE 300 MG) | 72         |
| <i>candesartan cilexetil</i>                      | 47         | COTELIC                                | 29         |
| <i>candesartan cilexetil-hctz</i>                 | 49         | CREON                                  | 63         |
| CAPLYTA   | 34         | CRESEMBA                               | 23         |
| CAPRELSA  | 28         | CRINONE                                | 69         |
| <i>captopril</i>                                  | 47         | <i>cromolyn sodium</i>                 | 63, 79, 84 |
| <i>carbamazepine</i>                              | 20         | CRYSSELLE-28                           | 67         |
| <i>carbamazepine er</i>                           | 20, 40     | <i>cvs, apósitos de gasa estéril</i>   | 43         |
| <i>carbidopa</i>                                  | 33         | <i>cyclobenzaprine hcl</i>             | 85         |
| <i>carbidopa-levodopa</i>                         | 33         | <i>cyclophosphamide</i>                | 26         |
| <i>carbidopa-levodopa er</i>                      | 33         | CYCLOPHOSPHAMIDE                       | 26         |
| <i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>              | 32         | CYCLOSET                               | 41         |
| <i>carglumic acid</i>                             | 59         | <i>cyclosporine</i>                    | 73         |
| <i>carteolol hcl</i>                              | 80         | <i>cyclosporine, modificado</i>        | 73         |
| <i>cartia xt</i>                                  | 48         | <i>cyproheptadine hcl</i>              | 81         |
| <i>carvedilol</i>                                 | 48         | CYSTADROPS                             | 78         |
| <i>carvedilol phosphate er</i>                    | 48         | CYSTAGON                               | 63         |
| <i>caspofungin acetate</i>                        | 23         | CYSTARAN                               | 78         |
| CAYSTON   | 83         | <i>dabigatran etexilate mesylate</i>   | 44         |
| <i>cefaclor</i>                                   | 14         | <i>dalfampridine er</i>                | 55         |
| <i>cefadroxil</i>                                 | 14         | <i>danazol</i>                         | 66         |
| <i>cefazolin sodium</i>                           | 14         | <i>dantrolene sodium</i>               | 36         |
| <i>cefdinir</i>                                   | 14         | <i>dapsone</i>                         | 25         |
| <i>cefepime hcl</i>                               | 14         | DAPTACEL                               | 75         |
| <i>cefixime</i>                                   | 14         | <i>daptomycin</i>                      | 13         |
| <i>cefoxitin sodium</i>                           | 15         | <i>darifenacin hydrobromide er</i>     | 64         |
| <i>cefpodoxime proxetil</i>                       | 15         | <i>darunavir</i>                       | 39         |
| <i>cefprozil</i>                                  | 15         | DAURISMO                               | 29         |
| <i>ceftazidime</i>                                | 15         | DAYBUE                                 | 54         |
| <i>ceftriaxone sodium</i>                         | 15         |  |            |
| <i>cefuroxime axetil</i>                          | 15         |  |            |
| <i>cefuroxime sodium</i>                          | 15         |  |            |
| <i>celecoxib</i>                                  | 10         |  |            |
| <i>cephalexin</i>                                 | 15         |  |            |
| CERDELGA  | 63         |  |            |
| <i>cevimeline hcl</i>                             | 55         |  |            |
| <i>chlordiazepoxide hcl</i>                       | 40         |  |            |
| <i>chlorhexidine gluconate</i>                    | 55         |  |            |
| <i>chloroquine phosphate</i>                      | 32         |  |            |
| <i>chlorpromazine hcl</i>                         | 33         |  |            |
| <i>chlorthalidone</i>                             | 50         |  |            |
| CHOLBAM   | 63         |  |            |
| <i>cholestyramine</i>                             | 51         |  |            |
| <i>cholestyramine light</i>                       | 51         |  |            |
| <i>ciclopirox</i>                                 | 58, 59     |  |            |
| <i>ciclopirox olamine</i>                         | 23         |  |            |
| <i>cilostazol</i>                                 | 46         |  |            |
| CILOXAN   | 79         |  |            |
| CIMDUO  | 38         |  |            |
| <i>cimetidine</i>                                 | 62         |  |            |
| <i>cimetidine hcl</i>                             | 62         |  |            |
| <i>cinacalcet hcl</i>                             | 77         |  |            |
| CIPRO HC  | 81         |  |            |
| <i>ciprofloxacin hcl</i>                          | 17, 79, 81 |  |            |
| <i>ciprofloxacin en dextrosa al 5 %</i>           | 17         |  |            |
| <i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>                | 81         |  |            |
| <i>citalopram hydrobromide</i>                    | 21         |  |            |
| CLARAVIS  | 56         |  |            |
| <i>clarithromycin</i>                             | 16, 17     |  |            |
| <i>clarithromycin er</i>                          | 16         |  |            |
| CLEOCIN   | 13         |  |            |
| <i>clindamycin hcl</i>                            | 13         |  |            |
| <i>clindamycin palmitate hcl</i>                  | 13         |  |            |
| <i>clindamycin phos-benzoyl perox</i>             | 56         |  |            |
| <i>clindamycin phosphate</i>                      | 13, 59     |  |            |
| <i>clindamycin phosphate en dextrosa al 5 %</i>   | 13         |  |            |
| CLINIMIX E/DEXTROSE (2.75/5)                      | 60         |  |            |
| CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/10)                     | 60         |  |            |
| CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/5)                      | 60         |  |            |
| CLINIMIX E/DEXTROSE (5/15)                        | 60         |  |            |
| CLINIMIX E/DEXTROSE (5/20)                        | 60         |  |            |
| CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10)                       | 60         |  |            |
| CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5)                        | 60         |  |            |
| CLINIMIX/DEXTROSE (5/15)                          | 60         |  |            |
| CLINIMIX/DEXTROSE (5/20)                          | 60         |  |            |
| <i>clobazam</i>                                   | 19         |  |            |
| <i>clobetasol prop, base emoliente</i>            | 56         |  |            |
| <i>clobetasol propionate</i>                      | 56, 57     |  |            |
| <i>clobetasol propionate e</i>                    | 56         |  |            |
| <i>clomiphene citrate</i>                         | 70         |  |            |
| <i>clomipramine hcl</i>                           | 22         |  |            |
| <i>clonazepam</i>                                 | 40         |  |            |
| <i>clonidine</i>                                  | 46         |  |            |
| <i>clonidine hcl</i>                              | 46         |  |            |
| <i>clonidine hcl er</i>                           | 53         |  |            |

|   |        |  |        |  |            |
|---|--------|--|--------|--|------------|
| <i>deferasirox</i> .....  | 60     | <i>dorzolamide hcl</i> .....                       | 80     | <i>epitol</i> .....                          | 20         |
| DELSTRIGO.....  | 38     | <i>dorzolamide hcl-timolol mal</i> .....           | 78     | <i>eplerenone</i> .....                      | 50         |
| <i>demeclocycline hcl</i> .....                                     | 18     | <i>dorzolamide hcl-timolol mal, pf</i> .....       | 78     | EPRONTIA .....                               | 18         |
| DENGVAXIA .....   | 75     | <i>dotti</i> .....                                 | 67     | ERAXIS .....                                 | 23         |
| <i>denta 5000 plus</i> .....  | 55     | DOVATO .....                                       | 37     | <i>ergoloid mesylates</i> .....              | 20         |
| DEPO-ESTRADIOL .....  | 67     | <i>doxazosin mesylate</i> .....                    | 46     | <i>ergotamine-caffeine</i> .....             | 25         |
| DEPO-SUBQ PROVERA 104 .....   | 69     | <i>doxepin hcl</i> .....                           | 22, 57 | ERIVEDGE .....                               | 29         |
| DESCOVY .....   | 38     | <i>doxercalciferol</i> .....                       | 77     | ERLEADA .....                                | 26         |
| <i>desipramine hcl</i> .....  | 22     | DOXY 100 .....                                     | 18     | <i>erlotinib hcl</i> .....                   | 29         |
| <i>desloratadine</i> .....  | 81     | <i>doxycycline hyclate</i> .....                   | 18     | ERRIN .....                                  | 69         |
| <i>desmopressin acetate</i> .....                                   | 65     | <i>doxycycline monohydrate</i> .....               | 18     | <i>ertapenem sodium</i> .....                | 16         |
| <i>desmopressin acetate, en aerosol</i> .....                       | 65     | <i>dronabinol</i> .....                            | 23     | <i>ery</i> .....                             | 59         |
| <i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> .....                          | 67     | DROXIA.....  | 27     | ERY-TAB .....                                | 17         |
| <i>desonide</i> .....   | 57     | <i>droxidopa</i> .....                             | 46     | ERYTHROCIN LACTOBIONATE ..                   | 17         |
| <i>desoximetasone</i> .....   | 57     | DULERA.....  | 82     | ERITROCINA STEARATE .....                    | 17         |
| <i>desvenlafaxine succinate er</i> .....                            | 21     | <i>duloxetine hcl</i> .....                        | 54     | <i>erythromycin</i> .....                    | 17, 59, 79 |
| <i>dexamethasone</i> .....  | 64, 65 | DUPIXENT .....                                     | 72     | <i>erythromycin, base</i> .....              | 17         |
| <i>dexamethasone intensol</i> .....                                 | 65     | <i>dutasteride</i> .....                           | 64     | <i>erythromycin ethylsuccinate</i> .....     | 17         |
| <i>dexamethasone sodium phosphate</i><br>.....                      | 65, 80 | <i>dutasteride-tamsulosin hcl</i> .....            | 64     | <i>escitalopram oxalate</i> .....            | 21         |
| <i>dexmethylphenidate hcl</i> .....                                 | 53     | <i>econazole nitrate</i> .....                     | 23     | <i>esomeprazole magnesium</i> .....          | 62         |
| <i>dexmethylphenidate hcl er</i> .....                              | 53     | EDURANT .....                                      | 38     | <i>estarylla</i> .....                       | 67         |
| <i>dextroamphetamine sulfate</i> .....                              | 53     | <i>efavirenz</i> .....                             | 38     | <i>estradiol</i> .....                       | 67         |
| <i>dextroamphetamine sulfate er</i> .....                           | 53     | <i>efavirenz-emtricitab-tenofo df</i> .....        | 38     | <i>estradiol valerate</i> .....              | 67         |
| <i>dextrose</i> .....   | 60     | <i>efavirenz-lamivudine-tenofovir</i> .....        | 38     | <i>estradiol-norethindrone acet</i> .....    | 67         |
| <i>dextrose-nacl</i> .....  | 60     | <i>eletriptan hydrobromide</i> .....               | 25     | ESTRING .....                                | 67         |
| DIACOMIT .....  | 18     | ELIGARD .....                                      | 70     | <i>eszopiclone</i> .....                     | 85         |
| <i>diazepam</i> .....   | 19, 40 | ELIQUIS .....                                      | 44     | <i>ethacrynic acid</i> .....                 | 50         |
| <i>diazepam intensol</i> .....                                      | 40     | ELIQUIS DVT/PE, TRATAMIENTO<br>INICIAL, CAJA ..... | 44     | <i>ethambutol hcl</i> .....                  | 25         |
| <i>diazoxide</i> .....  | 43     | ELMIRON .....                                      | 64     | <i>ethosuximide</i> .....                    | 19         |
| <i>diclofenamide</i> .....  | 63     | ELURYNG.....                                       | 67     | <i>ethynodiol diac-eth estradiol</i> .....   | 67         |
| <i>diclofenac epolamine</i> .....                                   | 10     | EMCYT .....  | 27     | <i>etodolac</i> .....                        | 10         |
| <i>diclofenac potassium</i> .....                                   | 10     | EMGALITY .....                                     | 25     | <i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i> .....  | 67         |
| <i>diclofenac sodium</i> .....                                      | 10, 80 | EMGALITY, DOSIS DE 300 MG.....                     | 25     | <i>etravirine</i> .....                      | 38         |
| <i>diclofenac sodium er</i> .....                                   | 10     | EMSAM .....  | 21     | <i>euthyrox</i> .....                        | 70         |
| <i>diclofenac-misoprostol</i> .....                                 | 10     | <i>emtricitabine</i> .....                         | 38     | EVENITY .....                                | 77         |
| <i>dicloxacillin sodium</i> .....                                   | 16     | <i>emtricitabina-tenofovir df</i> .....            | 38     | <i>everolimus</i> .....                      | 29, 74     |
| <i>dicyclomine hcl</i> .....  | 62     | EMTRIVA .....                                      | 38     | EVOTAZ .....                                 | 39         |
| DIFICID.....  | 17     | <i>enalapril maleate</i> .....                     | 47     | EVRYSDI .....                                | 54         |
| <i>diflunisal</i> .....   | 10     | <i>enalapril-hydrochlorothiazide</i> .....         | 49     | EXEL COMFORT POINT, AGUJA<br>PARA PLUMA..... | 43         |
| <i>difluprednate</i> .....  | 80     | ENBREL .....                                       | 73     | <i>exemestane</i> .....                      | 28         |
| <i>digoxin</i> .....  | 49     | ENBREL MINI .....                                  | 73     | EXKIVITY .....                               | 29         |
| <i>diltiazem hcl</i> .....  | 49     | ENBREL SURECLICK .....                             | 74     | <i>ezetimibe</i> .....                       | 52         |
| <i>diltiazem hcl er</i> .....                                       | 49     | ENDARI .....                                       | 63     | <i>ezetimibe-rosuvastatin</i> .....          | 52         |
| <i>diltiazem hcl er, perlas</i> .....                               | 48     | ENDOCET .....                                      | 11     | <i>ezetimibe-simvastatin</i> .....           | 52         |
| <i>diltiazem hcl er, perlas recubiertas</i> ..                      | 48     | ENGERIX-B .....                                    | 75     | FALMINA .....                                | 67         |
| <i>dilt-xr</i> .....  | 49     | <i>enoxaparin sodium</i> .....                     | 45     | <i>famciclovir</i> .....                     | 37         |
| <i>dimethyl fumarate</i> .....                                      | 55     | ENSKYCE .....                                      | 67     | <i>famotidine</i> .....                      | 62         |
| <i>dimethyl fumarate, tratamiento inicial,</i><br><i>caja</i> ..... | 55     | ENSPRYNG .....                                     | 74     | FANAPT .....                                 | 34         |
| <i>diphenoxylate-atropine</i> .....                                 | 61     | ENSTILAR .....                                     | 57     | FANAPT, PARA AJUSTE DE DOSIS,<br>CAJA .....  | 34         |
| <i>diphtheria-tetanus toxoids dt</i> .....                          | 75     | <i>entacapone</i> .....                            | 32     | FARXIGA .....                                | 41         |
| <i>disopyramide phosphate</i> .....                                 | 47     | ENTADFI .....                                      | 64     | FASENRA .....                                | 84         |
| <i>disulfiram</i> .....   | 12     | <i>entecavir</i> .....                             | 37     | FASENRA, PLUMA .....                         | 84         |
| <i>divalproex sodium</i> .....                                      | 41     | ENTRESTO .....                                     | 49     | <i>febuxostat</i> .....                      | 24         |
| <i>divalproex sodium er</i> .....                                   | 41     | <i>enulose</i> .....                               | 61     | <i>felbamate</i> .....                       | 18         |
| <i>dofetilide</i> .....   | 47     | EPCLUSA .....                                      | 37     | <i>felodipine er</i> .....                   | 48         |
| DOJOLVI.....  | 59     | EPIDIOLEX .....                                    | 18     | <i>fenofibrate</i> .....                     | 51         |
| <i>donepezil hcl</i> .....  | 20     | <i>epinastine hcl</i> .....                        | 79     | <i>fenofibrate micronized</i> .....          | 51         |
|   |        | <i>epinephrine</i> .....                           | 82     |  |            |



|  |        |   |        |  |            |
|--|--------|---|--------|--|------------|
| <i>fenofibric acid</i> .....                                     | 51     | GAMMAGARD S/D MENOS IGA ..  | 71     | HUMIRA PEN-CD/UC/HS,<br>TRATAMIENTO INICIAL .....                  | 74         |
| <i>fenoprofen calcium</i> .....                                  | 10     | GAMUNEX-C .....   | 71     | HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC,<br>TRATAMIENTO PEDIÁTRICO<br>INICIAL..... | 74         |
| <i>fantanyl</i> .....  | 10     | GARDASIL 9 .....  | 75     | HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL<br>HS, TRATAMIENTO INICIAL .....             | 74         |
| <i>fantanyl citrate</i> .....                                    | 11     | <i>gatifloxacin</i> .....   | 79     | HUMIRA PEN-PSOR/UEVIT,<br>TRATAMIENTO INICIAL .....                | 74         |
| <i>fesoterodine fumarate er</i> .....                            | 64     | GATTEX .....  | 62     | HUMULIN 70/30 .....  | 44         |
| FETZIMA .....  | 21     | <i>gavilyte-c</i> .....   | 61     | HUMULIN 70/30 KWIKPEN.....   | 44         |
| FETZIMA, PARA AJUSTE DE DOSIS<br>.....                           | 21     | <i>gavilyte-g</i> .....   | 61     | HUMULIN N .....  | 44         |
| <i>filspari</i> .....  | 49     | GAVRETO .....   | 27     | HUMULIN N KWIKPEN 44<br>HUMULIN R .....                            | 44         |
| <i>finasteride</i> .....   | 64     | <i>gefitinib</i> .....  | 29     | HUMULIN R U-500<br>(CONCENTRATED),<br>CONCENTRADO.....             | 44         |
| <i>finngolimod hcl</i> .....                                     | 55     | <i>gemfibrozil</i> .....  | 51     | HUMULIN R U-500 KWIKPEN .....                                      | 44         |
| FINTEPLA .....   | 18     | <i>generlac</i> .....   | 61     | <i>hydralazine hcl</i> .....                                       | 52         |
| FIRDAPSE .....   | 54     | GENGRAF .....   | 74     | <i>hydrochlorothiazide</i> .....                                   | 50         |
| FIRMAGON .....   | 70     | <i>gentamicin, en solución salina</i> .....                         | 13     | <i>hydrocodone-acetaminophen</i> .....                             | 11         |
| FIRMAGON (DOSIS DE 240 MG) ..                                    | 70     | <i>gentamicin sulfate</i> .....                                     | 13, 79 | <i>hydrocodone-ibuprofeno</i> .....                                | 11         |
| FIRVANQ .....  | 13     | GENVOYA .....   | 37     | <i>hydrocortisone</i> .....  | 57, 65, 77 |
| FLAREX .....   | 80     | GILOTRIF .....  | 29     | <i>hydrocortisone (perianal)</i> .....                             | 57         |
| <i>flavoxate hcl</i> .....                                       | 64     | <i>glatiramer acetate</i> .....                                     | 55     | <i>hydrocortisone butyr lipo, base</i> .....                       | 57         |
| <i>flecainide acetate</i> .....                                  | 47     | GLATOPA .....   | 55     | <i>hydrocortisone butyrate</i> .....                               | 57         |
| <i>fluconazole</i> .....   | 24     | GLEOSTINE .....   | 26     | <i>hydrocortisone valerate</i> .....                               | 57         |
| <i>fluconazole in sodium chloride</i> .....                      | 24     | <i>glimepiride</i> .....  | 41     | <i>hydrocortisone-acetic acid</i> .....                            | 81         |
| <i>flucytosine</i> .....   | 24     | <i>glipizide</i> .....  | 41     | <i>hydromorphone hcl</i> .....                                     | 11         |
| <i>fludrocortisone acetate</i> .....                             | 65     | <i>glipizide er</i> .....   | 41     | <i>hydromorphone hcl er</i> .....                                  | 10         |
| <i>flunisolide</i> .....   | 81     | <i>glipizide-metformin hcl</i> .....                                | 41     | <i>hydromorphone hcl pf</i> .....                                  | 11         |
| <i>fluocinolone acetonide</i> .....                              | 57, 81 | <i>global alcohol prep ease, toallitas<br/>desinfectantes</i> ..... | 58     | <i>hydroxychloroquine sulfate</i> .....                            | 32         |
| <i>fluocinolone acetonide, para el cuero<br/>cabelludo</i> ..... | 57     | GLUCAGEN HIPOKIT .....  | 43     | <i>hydroxyurea</i> .....   | 27         |
| <i>fluocinonide</i> .....  | 57     | <i>kit de glucagón para emergencias</i> .....                       | 43     | <i>hydroxyzine hcl</i> .....                                       | 81         |
| <i>fluocinonide, base emulsificada</i> .....                     | 57     | <i>glycopyrrolate</i> .....   | 62     | <i>hydroxyzine pamoate</i> .....                                   | 40         |
| <i>fluorometholone</i> .....                                     | 80     | GLYXAMBI .....  | 41     | HYFTOR .....   | 57         |
| <i>fluorouracil</i> .....  | 58     | <i>granisetron hcl</i> .....  | 23     | <i>ibandronate sodium</i> .....                                    | 77         |
| <i>fluoxetine hcl</i> .....                                      | 21, 22 | <i>griseofulvin microsize</i> .....                                 | 24     | IBRANCE .....  | 29         |
| <i>fluphenazine decanoate</i> .....                              | 33     | <i>griseofulvin ultramicrosize</i> .....                            | 24     | <i>ibu</i> .....   | 10         |
| <i>fluphenazine hcl</i> .....                                    | 33     | <i>guanfacine hcl</i> .....   | 46     | <i>ibuprofeno</i> .....  | 10         |
| <i>flurbiprofen</i> .....  | 10     | <i>guanfacine hcl er</i> .....                                      | 53     | <i>icatibant acetate</i> .....                                     | 71         |
| <i>flurbiprofen sodium</i> .....                                 | 80     | <i>guanidine hcl</i> .....  | 25     | ICLUSIG .....  | 29         |
| <i>flutamide</i> .....   | 26     | GVOKE HYPOPEN, CAJA DE 2 .....                                      | 41     | <i>icosapent ethyl</i> .....                                       | 52         |
| <i>fluticasone propionate</i> .....                              | 57, 81 | GVOKE, KIT.....   | 41     | IDHIFA .....   | 27         |
| <i>fluticasone-salmeterol</i> .....                              | 82, 84 | GVOKE, PFS .....  | 41     | <i>imatinib mesylate</i> .....                                     | 29         |
| <i>fluvastatin sodium</i> .....                                  | 51     | HAILEY 24 FE.....   | 67     | IMBRUVICA .....  | 29         |
| <i>fluvastatin sodium er</i> .....                               | 51     | <i>halobetasol propionate</i> .....                                 | 57     | <i>imipenem-cilastatin</i> .....                                   | 16         |
| <i>fluvoxamine maleate</i> .....                                 | 22     | <i>haloperidol</i> .....  | 33     | <i>imipramine hcl</i> .....  | 22         |
| <i>fluvoxamine maleate er</i> .....                              | 22     | <i>haloperidol decanoate</i> .....                                  | 33     | <i>imipramine pamoate</i> .....                                    | 22         |
| <i>fondaparinux sodium</i> .....                                 | 45     | <i>haloperidol lactate</i> .....                                    | 33     | <i>imiquimod</i> .....   | 58         |
| <i>fosamprenavir calcium</i> .....                               | 39     | HAVRIX .....  | 75     | IMOVAX RABIES .....  | 76         |
| <i>fosfomycin tromethamine</i> .....                             | 14     | HEMADY .....  | 65     | INCRELEX .....   | 66         |
| <i>fosinopril sodium</i> .....                                   | 47     | <i>heparin sodium (porcino)</i> .....                               | 45     | INCRUSE ELLIPTA .....  | 82         |
| <i>fosinopril sodium-hctz</i> .....                              | 49     | HEPLISAV-B .....  | 76     | <i>indapamide</i> .....  | 51         |
| FOTIVDA .....  | 29     | HIBERIX .....   | 76     | INFANRIX .....   | 76         |
| FRAGMIN .....  | 45     | HUMALOG .....   | 43     | INGREZZA .....   | 54         |
| <i>furosemide</i> .....  | 50     | HUMALOG JUNIOR KWIKPEN .....  | 43     | INLYTA.....  | 29         |
| FUZEON .....   | 39     | HUMALOG KWIKPEN .....   | 43     | INQOVI .....   | 27         |
| FYAVOLV .....  | 67     | HUMALOG MIX 50/50 .....   | 43     | INREBIC .....  | 29         |
| FYCOMPA.....   | 18     | HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN...  | 43     |  |            |
| <i>gabapentin</i> .....  | 19     | HUMALOG MIX 75/25 .....   | 43     |  |            |
| GALAFOLD .....   | 63     | HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN...  | 43     |  |            |
| <i>galantamine hydrobromide</i> .....                            | 21     | HUMIRA .....  | 74     |  |            |
| <i>galantamine hydrobromide er</i> .....                         | 21     | HUMIRA PEDIATRIC CROHNS,<br>TRATAMIENTO INICIAL.....                | 74     |  |            |
| GAMMAGARD .....  | 71     | HUMIRA, PLUMA .....   | 74     |  |            |

|   |        |  |    |  |        |
|---|--------|--|----|--|--------|
| <i>insulin asp prot y asp flexpen</i> .....   | 44     | KERENDIA .....                               | 50 | DOSIS DIARIA DE 14 MG .....                  | 29     |
| <i>insulin aspart</i> .....                   | 44     | <i>ketoconazole</i> .....                    | 24 | LENVIMA,                                     |        |
| <i>insulin aspart flexpen</i> .....           | 44     | <i>ketorolac tromethamine</i> .....          | 80 | DOSIS DIARIA DE 18 MG .....                  | 29     |
| <i>insulin aspart penfill</i> .....           | 44     | KEVEYIS .....                                | 63 | LENVIMA,                                     |        |
| <i>insulin aspart prot y aspart</i> .....     | 44     | KINRIX .....                                 | 76 | DOSIS DIARIA DE 20 MG .....                  | 29     |
| <i>insulin lispro</i> .....                   | 44     | KISQALI, DOSIS DE 200 MG .....               | 29 | LENVIMA,                                     |        |
| INTELENCE .....                               | 38     | KISQALI, DOSIS DE 400 MG .....               | 29 | DOSIS DIARIA DE 24 MG .....                  | 29     |
| INTRALIPID .....                              | 60     | KISQALI, DOSIS DE 600 MG .....               | 29 | LENVIMA,                                     |        |
| INTRON A .....                                | 73     | KISQALI FEMARA,                              |    | DOSIS DIARIA DE 4 MG. ....                   | 30     |
| INVEGA HAFYERA .....                          | 34     | DOSIS DE 200 MG .....                        | 27 | LENVIMA,                                     |        |
| INVEGA SUSTENNA .....                         | 34     | KISQALI FEMARA,                              |    | DOSIS DIARIA DE 8 MG. ....                   | 30     |
| INVEGA TRINZA 34, .....                       | 35     | DOSIS DE 400 MG .....                        | 27 | LEQVIO .....                                 | 52     |
| INVOKAMET .....                               | 41     | KISQALI FEMARA,                              |    | LESSINA .....                                | 68     |
| INVOKAMET XR .....                            | 41     | DOSIS DE 600 MG .....                        | 27 | <i>letrozole</i> .....                       | 28     |
| INVOKANA .....                                | 41     | KLISYRI .....                                | 58 | <i>leucovorin calcium</i> .....              | 31     |
| IOPIDINE .....                                | 80     | KLOR-CON .....                               | 59 | LEUKERAN.....                                | 26     |
| IPOL .....                                    | 76     | <i>klor-con</i> .....                        | 60 | LEUKINE .....                                | 45     |
| <i>ipratropium bromide</i> .....              | 82     | KLOR-CON 10 .....                            | 59 | <i>leuprolide acetate</i> .....              | 66, 70 |
| <i>ipratropium-albuterol</i> .....            | 84     | KLOR-CON M10 .....                           | 59 | <i>leuprolide acetate (dosis para 3</i>      |        |
| <i>irbesartan</i> .....                       | 47     | KLOR-CON M15 .....                           | 59 | <i>meses)</i> .....                          | 66     |
| <i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i> .....   | 49     | KLOR-CON M20 .....                           | 59 | <i>levabuterol hcl</i> .....                 | 82     |
| ISENTRESS .....                               | 37     | KLOR-CON/EF .....                            | 59 | <i>levabuterol tartrate</i> .....            | 82     |
| ISENTRESS HD .....                            | 37     | KOMBIGLYZE XR .....                          | 42 | <i>levetiracetam</i> .....                   | 19     |
| ISIBLOOM .....                                | 67     | KORLYM .....                                 | 43 | <i>levetiracetam er</i> .....                | 19     |
| <i>isoniazid</i> .....                        | 25, 26 | KOSELUGO .....                               | 29 | <i>levobunolol hcl</i> .....                 | 80     |
| <i>isosorbide dinitrate</i> .....             | 52     | <i>krazati</i> .....                         | 27 | <i>levocarnitine</i> .....                   | 61     |
| <i>isosorbide mononitrate</i> .....           | 52     | KRINTAFEL .....                              | 32 | <i>levocetirizine dihydrochloride</i> .....  | 81     |
| <i>isosorbide mononitrate er</i> .....        | 52     | KURVELO .....                                | 68 | <i>levofloxacin</i> .....                    | 17, 79 |
| <i>isotretinoin</i> .....                     | 56     | <i>labetalol hcl</i> .....                   | 48 | <i>levofloxacin en dextrosa al 5 %</i> ..... | 17     |
| <i>isradipine</i> .....                       | 48     | <i>lacosamide</i> .....                      | 20 | <i>levonorgest-eth est y eth est</i> .....   | 68     |
| ISTURISA .....                                | 65     | LACRISERT .....                              | 78 | <i>levonorgest-eth estrad, tratamiento</i>   |        |
| <i>itraconazole</i> .....                     | 24     | <i>lactulose</i> .....                       | 61 | <i>para 91 días</i> .....                    | 68     |
| <i>ivermectina</i> .....                      | 31, 58 | <i>lamivudine</i> .....                      | 37 | <i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> .....   | 68     |
| IXIARO .....                                  | 76     | <i>lamivudine-zidovudine</i> .....           | 38 | LEVORA 0.15/30 (28).....                     | 68     |
| JAKAFI .....                                  | 29     | <i>lamotrigine</i> .....                     | 18 | <i>levothyroxine sodium</i> .....            | 70     |
| <i>jantoven</i> .....                         | 45     | <i>lamotrigine er</i> .....                  | 18 | levoxyl .....                                | 70     |
| JANUMET .....                                 | 41     | <i>lamotrigine, para tratamiento inicial</i> |    | LEXIVA .....                                 | 39     |
| JANUMET XR .....                              | 41     | <i>(caja azul)</i> .....                     | 18 | <i>lidocaine</i> .....                       | 12     |
| JANUVIA .....                                 | 41     | <i>lamotrigine, para tratamiento inicial</i> |    | <i>lidocaine hcl</i> .....                   | 12     |
| JARDIANCE .....                               | 41     | <i>(caja verde)</i> .....                    | 18 | <i>lidocaine hcl, por vía</i>                |        |
| JAYPIRCA .....                                | 29     | <i>lamotrigine, para tratamiento inicial</i> |    | <i>uretral/membranas mucosas</i> .....       | 12     |
| JENTADUETO .....                              | 41     | <i>(caja naranja)</i> .....                  | 18 | <i>lidocaine viscous hcl</i> .....           | 12     |
| JENTADUETO XR .....                           | 42     | <i>lansoprazole</i> .....                    | 62 | <i>lidocaine-prilocaine</i> .....            | 12     |
| JINTELI .....                                 | 67     | <i>lanthanum carbonate</i> .....             | 61 | <i>linezolid</i> .....                       | 14     |
| JOENJA.....                                   | 72     | LANTUS .....                                 | 44 | LINZESS .....                                | 61     |
| JULUCA .....                                  | 38     | LANTUS SOLOSTAR .....                        | 44 | <i>liothyronine sodium</i> .....             | 70     |
| JUNEL 1.5/30 .....                            | 67     | <i>lapatinib ditosylate</i> .....            | 29 | <i>lisinopril</i> .....                      | 47     |
| JUNEL 1/20 .....                              | 67     | LARIN FE 1.5/30 .....                        | 68 | <i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i> .....  | 49     |
| JUNEL FE 1.5/30 .....                         | 67     | LARIN FE 1/20 .....                          | 68 | <i>lithium carbonate</i> .....               | 41     |
| JUNEL FE 1/20 .....                           | 67     | <i>latanoprost</i> .....                     | 78 | <i>lithium carbonate er</i> .....            | 41     |
| JUNEL FE 24 .....                             | 67     | <i>ledipasvir-sofosbuvir</i> .....           | 37 | LIVTENCITY .....                             | 36     |
| JYNNEOS .....                                 | 76     | LEENA.....                                   | 68 | LOKELMA .....                                | 61     |
| KALYDECO .....                                | 83     | <i>leflunomide</i> .....                     | 72 | LONSURF .....                                | 27     |
| KARIVA .....                                  | 67     | <i>lenalidomide</i> .....                    | 26 | <i>loperamide hcl</i> .....                  | 62     |
| <i>kcl en dextrosa-nacl</i> .....             | 59     | LENVIMA,                                     |    | <i>lopinavir-ritonavir</i> .....             | 39     |
| <i>kcl-lactated ringers, en dextrosa al 5</i> |        | DOSIS DIARIA DE 10 MG .....                  | 29 | <i>lorazepam</i> .....                       | 40     |
| <i>%</i> .....                                | 59     | LENVIMA,                                     |    | LORAZEPAM INTENSOL.....                      | 40     |
| KELNOR 1/35 .....                             | 68     | DOSIS DIARIA DE 12 MG .....                  | 29 | LORBRENA .....                               | 30     |
| <i>kelnor 1/50</i> .....                      | 68     | LENVIMA,                                     |    | LORYNA .....                                 | 68     |

|   |        |   |        |   |        |
|---|--------|---|--------|---|--------|
| <i>losartan potassium</i> .....                       | 47     | MENVEO.....                                 | 76     | MOVANTIK.....   | 61     |
| <i>losartan potassium-hctz</i> .....                  | 49     | <i>mercaptopurine</i> .....                 | 74     | <i>moxifloxacin hcl</i> .....                         | 17, 79 |
| LOTEMAX.....  | 80     | <i>meropenem</i> .....                      | 16     | <i>moxifloxacin hcl in nacl</i> .....                 | 17     |
| <i>loteprednol etabonate</i> .....                    | 80     | <i>mesalamine</i> .....                     | 77     | MULTAQ.....   | 47     |
| <i>lovastatin</i> .....                               | 51     | <i>mesalamine er</i> .....                  | 77     | <i>mupirocin</i> .....                                | 59     |
| LOW-OGESTREL.....                                     | 68     | MESNEX.....                                 | 31     | <i>mupirocin calcium</i> .....                        | 59     |
| <i>loxapine succinate</i> .....                       | 33     | <i>metformin hcl</i> .....                  | 42     | MYALEPT.....  | 62     |
| <i>lubiprostone</i> .....                             | 61     | <i>metformin hcl er</i> .....               | 42     | <i>mycophenolate mofetil</i> .....                    | 75     |
| LUMAKRAS.....   | 27     | <i>methadone hcl</i> .....                  | 10, 11 | <i>mycophenolate sodium</i> .....                     | 75     |
| LUMIGAN.....  | 78     | <i>methazolamide</i> .....                  | 80     | MYRBETRIQ.....  | 64     |
| LUMIZYME.....   | 63     | <i>methenamine hippurate</i> .....          | 14     | <i>nabumetone</i> .....                               | 10     |
| LUPRON DEPOT,<br>DOSIS PARA 1 MES.....                | 70     | <i>methimazole</i> .....                    | 71     | <i>nadolol</i> .....                                  | 48     |
| LUPRON DEPOT,<br>DOSIS PARA 3 MESES.....              | 70     | <i>methocarbamol</i> .....                  | 85     | <i>nafticillin sodium</i> .....                       | 16     |
| LUPRON DEPOT-PED,<br>DOSIS PARA 1 MES.....            | 70     | <i>methotrexate</i> .....                   | 74     | <i>naloxone hcl</i> .....                             | 12     |
| <i>lupron depot-ped,<br/>dosis para 1 mes</i> .....   | 71     | <i>methotrexate sodium</i> .....            | 74     | <i>naltrexone hcl</i> .....                           | 12     |
| <i>lupron depot-ped,<br/>dosis para 3 meses</i> ..... | 71     | <i>methotrexate sodium (pf)</i> .....       | 74     | <i>naproxen</i> .....                                 | 10     |
| LUPRON DEPOT-PED,<br>DOSIS PARA 3 MESES.....          | 71     | <i>methoxsalen rapid</i> .....              | 58     | <i>naproxen sodium</i> .....                          | 10     |
| LUPRON DEPOT-PED,<br>DOSIS PARA 6 MESES.....          | 71     | <i>methscopolamine bromide</i> .....        | 62     | <i>naratriptan hcl</i> .....                          | 25     |
| <i>lurasidone hcl</i> .....                           | 35     | <i>methsuximide</i> .....                   | 19     | NATACYN.....  | 79     |
| LUTERA.....   | 68     | <i>methylergonovine maleate</i> .....       | 64     | <i>nateglinide</i> .....                              | 42     |
| <i>lyllana</i> .....                                  | 68     | <i>methylphenidate hcl</i> .....            | 53     | NATPARA.....  | 77     |
| LYNPARZA.....   | 27     | <i>methylphenidate hcl er</i> .....         | 53     | NAYZILAM.....   | 19     |
| LYSODREN.....   | 70     | <i>methylphenidate hcl er (cd)</i> .....    | 53     | <i>nebivolol hcl</i> .....                            | 48     |
| LYTGOBI,<br>DOSIS DIARIA DE 12 MG.....                | 30     | <i>methylphenidate hcl er (la)</i> .....    | 53     | NECON 0.5/35 (28).....                                | 68     |
| LYTGOBI,<br>DOSIS DIARIA DE 16 MG.....                | 30     | <i>methylphenidate hcl er (osm)</i> .....   | 53     | <i>nefazodone hcl</i> .....                           | 22     |
| LYTGOBI,<br>DOSIS DIARIA DE 20 MG.....                | 30     | <i>methylprednisolone</i> .....             | 65     | <i>neomycin sulfate</i> .....                         | 13     |
| LYUMJEV.....  | 44     | <i>methyltestosterone</i> .....             | 66     | <i>neomycin-bacitracin zn-polymyx</i> .....           | 79     |
| LYUMJEV KWIKPEN.....                                  | 44     | <i>metoclopramide hcl</i> .....             | 62     | <i>neomycin-polymyxin-dexameth</i> .....              | 78     |
| <i>magnesium sulfate</i> .....                        | 59     | <i>metolazone</i> .....                     | 51     | <i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i> .....            | 78     |
| <i>maraviroc</i> .....                                | 39     | <i>metoprolol succinate er</i> .....        | 48     | <i>neomycin-polymyxin-hc</i> .....                    | 78, 81 |
| <i>marlissa</i> .....                                 | 68     | <i>metoprolol tartrate</i> .....            | 48     | <i>neo-polycin</i> .....                              | 78     |
| MARPLAN.....  | 21     | <i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i> ..... | 49     | <i>neo-polycin hc</i> .....                           | 79     |
| MATULANE.....   | 26     | <i>metronidazole</i> .....                  | 14     | NERLYNX.....  | 30     |
| MAVYRET.....  | 37     | <i>metyrosine</i> .....                     | 50     | NEUPRO.....   | 32     |
| <i>meclizine hcl</i> .....                            | 22     | <i>mexiletine hcl</i> .....                 | 47     | <i>nevirapine</i> .....                               | 38     |
| <i>medroxyprogesterone acetate</i> .....              | 69     | <i>miconazole 3</i> .....                   | 24     | <i>nevirapine er</i> .....                            | 38     |
| <i>mefenamic acid</i> .....                           | 10     | MICROGESTIN 1.5/30.....                     | 68     | NEXLETOL.....   | 50     |
| <i>mefloquine hcl</i> .....                           | 32     | MICROGESTIN 1/20.....                       | 68     | NEXLIZET.....   | 50     |
| <i>megestrol acetate</i> .....                        | 69, 70 | MICROGESTIN 24 FE.....                      | 68     | <i>niacin er (antihyperlipidemic)</i> .....           | 52     |
| <i>mekinist</i> .....                                 | 30     | MICROGESTIN FE 1.5/30.....                  | 68     | <i>nicardipine hcl</i> .....                          | 48     |
| MEKINIST.....   | 30     | MICROGESTIN FE 1/20.....                    | 68     | NICOTROL.....   | 13     |
| MEKTOVI.....  | 30     | <i>midodrine hcl</i> .....                  | 46     | NICOTROL NS.....                                      | 13     |
| <i>meloxicam</i> .....                                | 10     | <i>miglitol</i> .....                       | 42     | <i>nifedipine er</i> .....                            | 48     |
| <i>melphalan</i> .....                                | 26     | <i>miglustat</i> .....                      | 63     | <i>nifedipine er, de liberación osmótica</i><br>..... | 48     |
| <i>memantine hcl</i> .....                            | 21     | MIMVEY.....                                 | 68     | <i>nilutamide</i> .....                               | 26     |
| <i>memantine hcl er</i> .....                         | 21     | <i>minocycline hcl</i> .....                | 18     | <i>nimodipine</i> .....                               | 48     |
| MENACTRA.....   | 76     | <i>minoxidil</i> .....                      | 52     | NINLARO.....  | 27     |
| MENEST.....   | 68     | <i>mirtazapine</i> .....                    | 21     | <i>nitazoxanide</i> .....                             | 32     |
| MENQUADFI.....  | 76     | <i>misoprostol</i> .....                    | 62     | <i>nitisinone</i> .....                               | 63     |
|   |        | M-M-R II.....                               | 76     | NITRO-BID.....  | 52     |
|   |        | <i>modafinil</i> .....                      | 85     | <i>nitrofurantoin macrocrystal</i> .....              | 14     |
|   |        | <i>moexipril hcl</i> .....                  | 47     | <i>nitrofurantoin monohyd macro</i> .....             | 14     |
|   |        | <i>molindone hcl</i> .....                  | 33     | <i>nitroglycerin</i> .....                            | 52     |
|   |        | <i>mometasone furoate</i> .....             | 57, 81 | NIVESTYM.....   | 46     |
|   |        | <i>montelukast sodium</i> .....             | 81     | <i>nizatidine</i> .....                               | 62     |
|   |        | <i>morphine sulfate</i> .....               | 11     | NORA-BE.....  | 70     |
|   |        | <i>morphine sulfate (concentrate)</i> ..... | 11     | NORDITROPIN FLEXPRO.....                              | 66     |
|   |        | <i>morphine sulfate er</i> .....            | 11     | <i>norethindrone</i> .....                            | 70     |
|   |        | MOUNJARO.....                               | 42     |   |        |



|   |            |   |        |  |        |
|---|------------|---|--------|--|--------|
| <i>norethindrone acetate</i> .....          | 70         | ORLADEYO .....                              | 50     | <i>piperacillin sod-tazobactam so</i> .....  | 16     |
| <i>norethindrone acet-ethinyl est</i> ..... | 68         | ORSERDU .....                               | 27     | PIQRAY,                                      |        |
| <i>norethindrone-eth estradiol</i> .....    | 68         | <i>oseltamivir phosphate</i> .....          | 40     | DOSIS DIARIA DE 200 MG.....                  | 30     |
| <i>norethindron-ethinyl estrad-fe</i> ..... | 68         | OTEZLA 58, .....                            | 75     | PIQRAY,                                      |        |
| <i>norethin-eth estradiol-fe</i> .....      | 68         | <i>oxacillin sodium</i> .....               | 16     | DOSIS DIARIA DE 250 MG.....                  | 30     |
| <i>norgestimate-eth estradiol</i> .....     | 68         | <i>oxacillin sodium, en dextrosa</i> .....  | 16     | PIQRAY,                                      |        |
| <i>norgestim-eth estrad triphasic</i> ..... | 68         | <i>oxaprozin</i> .....                      | 10     | DOSIS DIARA DE 300 MG.....                   | 30     |
| NORMOSOL-M, EN DEXTROSA AL 5                |            | <i>oxcarbazepine</i> .....                  | 20     | <i>pirfenidone</i> .....                     | 84     |
| % .....                                     | 59         | OXERVATE .....                              | 79     | <i>piroxicam</i> .....                       | 10     |
| NORMOSOL-R .....                            | 59         | <i>oxybutynin chloride</i> .....            | 64     | PLEGRIDY .....                               | 55     |
| NORTREL 0.5/35 (28) .....                   | 68         | <i>oxybutynin chloride er</i> .....         | 64     | PLEGRIDY, TRATAMIENTO INICIAL                |        |
| NORTREL 1/35 (21) .....                     | 69         | <i>oxycodone hcl</i> .....                  | 11, 12 | .....  | 55     |
| NORTREL 1/35 (28) .....                     | 69         | <i>oxycodone-acetaminophen</i> .....        | 12     | <i>podofilox</i> .....                       | 58     |
| NORTREL 7/7/7 .....                         | 69         | <i>oxymorphone hcl</i> .....                | 12     | <i>polycin</i> .....                         | 79     |
| <i>nortriptyline hcl</i> .....              | 22         | <i>oxymorphone hcl er 11</i>                |        | <i>polymyxin b-trimethoprim</i> .....        | 79     |
| NORVIR .....                                | 39         | OZEMPIC, DOSIS DE 0.25 O 0.5                |        | POMALYST .....                               | 26     |
| NOXAFIL .....                               | 24         | MG) .....                                   | 42     | PORTIA-28 .....                              | 69     |
| NUBEQA .....                                | 26         | OZEMPIC, DOSIS DE 1 MG.....                 | 42     | <i>posaconazole</i> .....                    | 24     |
| NUCALA .....                                | 84, 85     | OZEMPIC, DOSIS DE 2 MG.....                 | 42     | <i>potassium chloride</i> .....              | 60     |
| NUDEXTA .....                               | 54         | <i>pacerone</i> .....                       | 47     | <i>potassium chloride crys er</i> .....      | 59, 60 |
| NULIBRY .....                               | 63         | <i>paliperidone er</i> .....                | 35     | <i>potassium chloride er</i> .....           | 59     |
| NUPLAZID .....                              | 35         | PANRETIN .....                              | 58     | <i>potassium chloride in nacl</i> .....      | 59     |
| NYAMYC .....                                | 24         | <i>pantoprazole sodium</i> .....            | 62     | <i>potassium citrate er</i> .....            | 60     |
| <i>nylia 1/35</i> .....                     | 69         | <i>paricalcitol</i> .....                   | 77     | <i>potassium cl en dextrosa al 5 %</i> ..... | 60     |
| <i>nymyo</i> .....                          | 69         | <i>paromomycin sulfate</i> .....            | 13     | PRADAXA .....                                | 45     |
| <i>nystatin</i> .....                       | 24         | <i>paroxetine hcl</i> .....                 | 22     | <i>pramipexole dihydrochloride</i> .....     | 32     |
| <i>nystatin-triamcinolone</i> .....         | 58         | <i>paroxetine mesylate</i> .....            | 22     | <i>pramipexole dihydrochloride er</i> .....  | 32     |
| NYSTOP .....                                | 24         | PEDIARIX .....                              | 76     | <i>prasugrel hcl</i> .....                   | 46     |
| NYVEPRIA .....                              | 46         | PEDVAX HIB .....                            | 76     | <i>pravastatin sodium</i> .....              | 51     |
| OALIVA .....                                | 62         | <i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl</i> .....    | 61     | <i>praziquantel</i> .....                    | 31     |
| OCELLA .....                                | 69         | <i>peg-3350/electrolitos</i> .....          | 61     | <i>prazosin hcl</i> .....                    | 46     |
| <i>octreotide acetate</i> .....             | 71         | PEGASYS .....                               | 73     | <i>prednisolone</i> .....                    | 65     |
| ODEFSEY .....                               | 38         | PEMAZYRE .....                              | 30     | <i>prednisolone acetate</i> .....            | 80     |
| ODOMZO .....                                | 30         | <i>penicillamine</i> .....                  | 64     | <i>prednisolone sodium phosphate</i>         |        |
| OFEV .....                                  | 84         | <i>penicillin g pot, en dextrosa</i> .....  | 16     | .....  | 65, 80 |
| <i>ofloxacin</i> .....                      | 17, 79, 81 | <i>penicillin g potassium</i> .....         | 16     | <i>prednisone</i> .....                      | 65     |
| <i>olanzapine</i> .....                     | 35         | <i>penicillin g procaine</i> .....          | 16     | <i>prednisone intensol</i> .....             | 65     |
| <i>olmesartan medoxomil</i> .....           | 47         | <i>penicillin g sodium</i> .....            | 16     | <i>preferred plus, jeringa para insulina</i> | 44     |
| <i>olmesartan medoxomil-hctz</i> .....      | 50         | <i>penicillin v potassium</i> .....         | 16     | <i>pregabalin</i> .....                      | 54     |
| <i>olmesartan-amlodipine-hctz</i> .....     | 50         | PENTACEL .....                              | 76     | PREHEVBRIO .....                             | 76     |
| <i>olopatadine hcl</i> .....                | 79, 81     | <i>pentamidine isethionate</i> .....        | 32     | PREMARIN .....                               | 69     |
| <i>omega-3-acid ethyl esters</i> .....      | 52         | <i>pentoxifylline er</i> .....              | 50     | PREMASOL .....                               | 61     |
| <i>omeprazole</i> .....                     | 62         | <i>perindopril erbumine</i> .....           | 47     | PRETOMANID .....                             | 26     |
| <i>omeprazole magnesium</i> .....           | 62         | <i>permethrin</i> .....                     | 58     | <i>prevalite</i> .....                       | 52     |
| OMNITROPE .....                             | 66         | <i>perphenazine</i> .....                   | 33     | PREVYMIS .....                               | 36     |
| <i>ondansetron</i> .....                    | 23         | PERSERIS .....                              | 35     | PREZCOBIX .....                              | 39     |
| <i>ondansetron hcl</i> .....                | 23         | <i>phenelzine sulfate</i> .....             | 21     | PREZISTA .....                               | 39     |
| ONGENTYS .....                              | 32         | <i>phenobarbital</i> .....                  | 19     | PRIFTIN .....                                | 25     |
| ONGLYZA .....                               | 42         | <i>phenytoin</i> .....                      | 20     | <i>primaquine phosphate</i> .....            | 32     |
| ONUREG .....                                | 27         | <i>phenytoin sodium extended, de acción</i> |        | <i>primidone</i> .....                       | 19     |
| OPSUMIT .....                               | 83         | <i>prolongada</i> .....                     | 20     | PRIORIX .....                                | 76     |
| ORENCIA .....                               | 72         | PIFELTRO .....                              | 38     | <i>probenecid</i> .....                      | 24     |
| ORENCIA CLICKJECT .....                     | 72         | <i>pilocarpine hcl</i> .....                | 55, 80 | <i>prochlorperazine</i> .....                | 23     |
| ORENITRAM .....                             | 83         | <i>pimecrolimus</i> .....                   | 57     | <i>prochlorperazine maleate</i> .....        | 23     |
| ORENITRAM, MES 1.....                       | 83         | <i>pimozide</i> .....                       | 33     | PROCRIT .....                                | 46     |
| ORENITRAM, MES 2.....                       | 83         | <i>pindolol</i> .....                       | 48     | <i>procto-med hc</i> .....                   | 57     |
| ORENITRAM, MES 3.....                       | 83         | <i>pioglitazone hcl</i> .....               | 42     | <i>proctosol hc</i> .....                    | 58     |
| ORGOVYX .....                               | 27         | <i>pioglitazone hcl-glimepiride</i> .....   | 42     | PROCTOZONE-HC .....                          | 58     |
| ORKAMBI .....                               | 83         | <i>pioglitazone hcl-metformin hcl</i> ..... | 42     | <i>progesterone</i> .....                    | 70     |

|  |    |  |    |   |        |
|--|----|--|----|---|--------|
| PROGRAF .....                              | 75 | REPATHA .....                            | 52 | SIGNIFOR .....                                    | 71     |
| PROLASTIN-C .....                          | 63 | REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM .....          | 52 | <i>sildenafil citrate</i> .....                   | 83     |
| PROLIA .....                               | 77 | .....                                    | 52 | <i>silodosin</i> .....                            | 64     |
| PROMACTA .....                             | 46 | REPATHA SURECLICK .....                  | 52 | <i>silver sulfadiazine</i> .....                  | 58     |
| <i>promethazine hcl</i> .....              | 23 | RESTASIS .....                           | 79 | SIMBRINZA .....                                   | 80     |
| <i>promethegan</i> .....                   | 23 | RESTASIS MULTIDESA .....                 | 79 | <i>simvastatin</i> .....                          | 51     |
| <i>propafenone hcl</i> .....               | 47 | RETACRIT .....                           | 46 | <i>sirolimus</i> .....                            | 75     |
| <i>propafenone hcl er</i> .....            | 47 | RETEVMO .....                            | 27 | SIRTURO .....                                     | 26     |
| <i>propranolol hcl</i> .....               | 48 | REVCovi .....                            | 72 | SIVEXTRO .....                                    | 14     |
| <i>propranolol hcl er</i> .....            | 48 | REXULTI .....                            | 35 | SKYCLARYS .....                                   | 54     |
| <i>propylthiouracil</i> .....              | 71 | REYATAZ .....                            | 39 | SKYRIZI .....                                     | 72     |
| PROQUAD .....                              | 76 | REZLIDHIA .....                          | 30 | SKYRIZI, PLUMA .....                              | 72     |
| <i>protriptyline hcl</i> .....             | 22 | REZUROCK .....                           | 75 | <i>sodium chloride</i> .....                      | 60     |
| PULMICORT FLEXHALER .....                  | 81 | RHOPRESSA .....                          | 78 | <i>sodium fluoride</i> .....                      | 56     |
| PULMOZYME .....                            | 83 | <i>ribavirin</i> .....                   | 37 | <i>sodium fluoride 5000 plus</i> .....            | 56     |
| PURIXAN .....                              | 27 | <i>rifabutin</i> .....                   | 25 | <i>sodium fluoride 5000 ppm</i> .....             | 56     |
| <i>pyrazinamide</i> .....                  | 26 | <i>rifampin</i> .....                    | 26 | SODIUM OXYBATE .....                              | 85     |
| <i>pyridostigmine bromide</i> .....        | 25 | <i>riluzole</i> .....                    | 54 | <i>sodium phenylbutyrate</i> .....                | 63     |
| <i>pyridostigmine bromide er</i> .....     | 25 | <i>rimantadine hcl</i> .....             | 40 | <i>sodium polystyrene sulfonate</i> .....         | 61     |
| <i>pyrimethamine</i> .....                 | 32 | RINVOQ .....                             | 72 | <i>solifenacin succinate</i> .....                | 64     |
| PYRUKYND .....                             | 46 | <i>risedronate sodium</i> .....          | 78 | SOLIQUA .....                                     | 44     |
| PYRUKYND, TRATAMIENTO DE .....             | 46 | RISPERDAL CONSTA .....                   | 35 | SOLTAMOX .....                                    | 27     |
| REDUCCIÓN GRADUAL .....                    | 46 | <i>risperidone</i> .....                 | 35 | SOMATULINE DEPOT .....                            | 71     |
| QELBREE .....                              | 54 | RITONAVIR .....                          | 40 | SOMAVERT .....                                    | 71     |
| QINLOCK .....                              | 30 | <i>rivastigmine</i> .....                | 21 | <i>sorafenib tosylate</i> .....                   | 30     |
| QUADRACEL .....                            | 76 | <i>rivastigmine tartrate</i> .....       | 21 | SORINE .....                                      | 47     |
| <i>quetiapine fumarate</i> .....           | 35 | <i>rizatriptan benzoate</i> .....        | 25 | <i>sotalol hcl</i> .....                          | 48     |
| <i>quetiapine fumarate er</i> .....        | 35 | ROCKLATAN .....                          | 79 | <i>sotalol hcl (af)</i> .....                     | 47     |
| <i>quinapril hcl</i> .....                 | 47 | <i>roflumilast</i> .....                 | 83 | SPEVIGO .....                                     | 75     |
| <i>quinapril-hydrochlorothiazide</i> ..... | 50 | <i>ropinirole hcl</i> .....              | 32 | SPIRIVA HANDIHALER .....                          | 82     |
| <i>quinidine gluconate er</i> .....        | 47 | <i>ropinirole hcl er</i> .....           | 32 | SPIRIVA RESPIMAT .....                            | 82     |
| <i>quinidine sulfate</i> .....             | 47 | <i>rosuvastatin calcium</i> .....        | 51 | <i>spironolactone</i> .....                       | 50     |
| <i>quinine sulfate</i> .....               | 32 | ROTARIX .....                            | 76 | <i>spironolactone-hctz</i> .....                  | 50     |
| QVAR REDIHALER .....                       | 81 | ROTAQ .....                              | 76 | SPRINTEC 28 .....                                 | 69     |
| RABAVERT .....                             | 76 | ROZLYTREK .....                          | 30 | SPRITAM .....                                     | 19     |
| <i>rabeprazole sodium</i> .....            | 62 | RUBRACA .....                            | 30 | SPRYCEL .....                                     | 30     |
| RADICAVA ORS .....                         | 54 | <i>rufinamide</i> .....                  | 20 | SPS .....   | 61     |
| RADICAVA ORS, KIT PARA .....               | 54 | RUKOBIA .....                            | 39 | SRONYX .....                                      | 69     |
| TRATAMIENTO INICIAL.....                   | 54 | RYDAPT .....                             | 30 | <i>ssd</i> .....                                  | 58     |
| <i>raloxifeno hcl</i> .....                | 27 | SAJAZIR .....                            | 71 | SSD (SILVER SULFADIAZINE) .....                   | 58     |
| <i>ramelteon</i> .....                     | 85 | <i>salsalate</i> .....                   | 10 | STELARA .....                                     | 72, 73 |
| <i>ramipril</i> .....                      | 47 | SANCUSO .....                            | 23 | STIOLTO RESPIMAT .....                            | 85     |
| <i>ranolazine er</i> .....                 | 50 | SANDIMMUNE .....                         | 75 | STIVARGA .....                                    | 30     |
| <i>rasagiline mesylate</i> .....           | 33 | SANDOSTATIN LAR DEPOT .....              | 71 | <i>streptomycin sulfate</i> .....                 | 13     |
| RAYALDEE .....                             | 77 | SANTYL .....                             | 58 | STRIBILD .....                                    | 37     |
| REBIF .....                                | 55 | <i>sapropterin dihydrochloride</i> ..... | 63 | STRIVERDI RESPIMAT .....                          | 82     |
| REBIF REBIDOSE .....                       | 55 | SCEMBLIX .....                           | 30 | SUCRAID .....                                     | 63     |
| REBIF REBIDOSE, PARA AJUSTE .....          | 55 | <i>scopolamine</i> .....                 | 23 | <i>sucralfate</i> .....                           | 62     |
| DE DOSIS, CAJA.....                        | 55 | SECUADO .....                            | 35 | <i>sulfacetamide sodium</i> .....                 | 79     |
| REBIF, PARA AJUSTE DE DOSIS, .....         | 55 | <i>selegilina hcl</i> .....              | 33 | <i>sulfacetamide sodium, para tratar el</i> ..... | 17     |
| CAJA .....                                 | 55 | <i>selenium sulfide</i> .....            | 58 | <i>acné</i> .....                                 | 17     |
| RECLIPSEN .....                            | 69 | SELZENTRY .....                          | 39 | <i>sulfacetamide-prednisolone</i> .....           | 79     |
| RECOMBIVAX HB .....                        | 76 | SEREVENT DISKUS .....                    | 82 | <i>sulfadiazine</i> .....                         | 17     |
| RECTIV .....                               | 52 | SEROSTIM .....                           | 66 | <i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i> .....        | 17, 18 |
| RELENZA DISKHALER .....                    | 40 | <i>sertraline hcl</i> .....              | 22 | .....   | 17, 18 |
| RELI-ON, JERINGA DE INSULINA .....         | 44 | <i>sevelamer carbonate</i> .....         | 61 | SULFAMILYLON .....                                | 59     |
| RELISTOR .....                             | 61 | <i>sf</i> .....                          | 55 | <i>sulfasalazine</i> .....                        | 77     |
| RELYVRIO .....                             | 54 | <i>sf 5000 plus</i> .....                | 55 | <i>sulindac</i> .....                             | 10     |
| <i>repaglinide</i> .....                   | 42 | SHINGRIX .....                           | 76 | <i>sumatriptan</i> .....                          | 25     |

|   |        |  |        |  |        |
|---|--------|--|--------|--|--------|
| <i>sumatriptan succinate</i> .....          | 25     | <i>tetracycline hcl</i> .....              | 18     | <i>trimethoprim</i> .....                  | 14     |
| <i>sumatriptan succinate, surtido</i> ..... | 25     | TEZSPIRE .....                             | 85     | <i>trimipramine maleate</i> .....          | 22     |
| <i>sunitinib malate</i> .....               | 30     | THALOMID .....                             | 26     | TRINTELLIX .....                           | 22     |
| SUNLENCA .....                              | 39     | <i>theophylline er</i> .....               | 83     | <i>tri-nymyo</i> .....                     | 69     |
| SUPRAX .....                                | 15     | <i>thioridazine hcl</i> .....              | 33     | TRI-SPRINTEC .....                         | 69     |
| SUPREP, KIT PARA PREPARACIÓN                |        | <i>thiothixene</i> .....                   | 33     | TRIUMEQ .....                              | 39     |
| INTESTINAL.....                             | 60     | <i>tiagabine hcl</i> .....                 | 19     | TRIUMEQ PD .....                           | 39     |
| <i>syeda</i> .....                          | 69     | TIBSOVO .....                              | 31     | TRIVORA (28).....                          | 69     |
| SYMDEKO .....                               | 83     | TICOVAC .....                              | 76     | <i>tri-vylibra</i> .....                   | 69     |
| SYMJEPI .....                               | 82     | <i>tigecycline</i> .....                   | 14     | TRIZIVIR .....                             | 38     |
| SYMLINPEN 120 .....                         | 42     | <i>timolol maleate</i> .....               | 48, 80 | TROPHAMINE .....                           | 61     |
| SYMLINPEN 60 .....                          | 42     | TIVICAY .....                              | 37     | <i>tropium chloride</i> .....              | 64     |
| SYMPAZAN .....                              | 19     | TIVICAY PD .....                           | 37     | <i>tropium chloride er</i> .....           | 64     |
| SYMTUZA .....                               | 37     | <i>tizanidine hcl</i> .....                | 36     | TRUDHESA .....                             | 25     |
| SINAREL .....                               | 71     | TOBRADEX .....                             | 79     | TRULICITY .....                            | 43     |
| SINJARDY .....                              | 42     | <i>tobramycin</i> .....                    | 79, 83 | TRUMENBA .....                             | 76     |
| SYNJARDY XR .....                           | 42     | <i>tobramycin sulfate</i> .....            | 13     | TUKYSA .....                               | 27     |
| SYNRIBO .....                               | 27     | <i>tobramycin-dexamethasone</i> .....      | 79     | TURALIO .....                              | 31     |
| SYNTHROID .....                             | 70     | TOBREX .....                               | 79     | TWINRIX .....                              | 76     |
| TABLOID .....                               | 27     | <i>tolterodine tartrate</i> .....          | 64     | TYBOST .....                               | 39     |
| TABRECTA .....                              | 30     | <i>tolterodine tartrate er</i> .....       | 64     | TYMLOS .....                               | 78     |
| <i>tacrolimus</i> .....                     | 58, 75 | <i>tolvaptan</i> .....                     | 60     | TYPHIM VI .....                            | 76     |
| <i>tadalafil</i> .....                      | 64     | <i>topiramate</i> .....                    | 19     | TYVASO .....                               | 83     |
| <i>tadalafil (pah)</i> .....                | 83     | <i>toremifene citrate</i> .....            | 26     | TYVASO DPI, KIT DE USO                     |        |
| TAFINLAR .....                              | 30     | <i>torse mide</i> .....                    | 50     | CONTINUO.....                              | 83     |
| <i>tafinlar</i> .....                       | 30     | TOUJEO MAX SOLOSTAR .....                  | 44     | TYVASO DPI, KIT PARA AJUSTE DE             |        |
| TAGRISSE .....                              | 30     | TOUJEO SOLOSTAR .....                      | 44     | DOSIS .....                                | 84     |
| TAKHZYRO.....                               | 71     | TRACLEER .....                             | 83     | TYVASO, SURTIDO .....                      | 84     |
| TALZENNA .....                              | 30     | TRADJENTA .....                            | 42     | TYVASO, TRATAMIENTO INICIAL.               | 84     |
| <i>tamoxifen citrate</i> .....              | 27     | <i>tramadol hcl</i> .....                  | 12     | UBRELVY .....                              | 25     |
| <i>tamsulosin hcl</i> .....                 | 64     | <i>tramadol hcl er</i> .....               | 11     | <i>unithroid</i> .....                     | 70     |
| TARINA 24 FE .....                          | 69     | <i>tramadol-acetaminophen</i> .....        | 12     | UPTRAVI .....                              | 84     |
| TASIGNA .....                               | 31     | <i>trandolapril</i> .....                  | 47     | <i>ursodiol</i> .....                      | 62     |
| <i>tasimelteon</i> .....                    | 85     | <i>trandolapril-verapamil hcl er</i> ..... | 50     | <i>uzedy</i> .....                         | 35, 36 |
| TAVNEOS .....                               | 73     | <i>tranexamic acid</i> .....               | 46     | <i>valacyclovir hcl</i> .....              | 37     |
| <i>tazarotene</i> .....                     | 56     | <i>tranylcypramine sulfate</i> .....       | 21     | VALCHLOR .....                             | 26     |
| <i>taztia xt</i> .....                      | 49     | <i>travoprost (libre de bak)</i> .....     | 78     | <i>valganciclovir hcl</i> .....            | 36     |
| TAZVERIK .....                              | 31     | <i>trazodone hcl</i> .....                 | 22     | <i>valproic acid</i> .....                 | 19     |
| TDVAX .....                                 | 76     | TRECTOR .....                              | 26     | <i>valsartan</i> .....                     | 47     |
| TEFLARO .....                               | 15     | TRELEGY ELLIPTA .....                      | 85     | <i>valsartan-hydrochlorothiazide</i> ..... | 50     |
| TEGSEDI .....                               | 63     | <i>trelegy ellipta</i> .....               | 85     | VALTOCO, DOSIS DE 10 MG .....              | 20     |
| <i>telmisartan</i> .....                    | 47     | TRELSTAR MIXJECT .....                     | 71     | VALTOCO, DOSIS DE 15 MG .....              | 20     |
| <i>telmisartan-amlodipine</i> .....         | 50     | <i>tretinoin</i> .....                     | 31, 56 | VALTOCO, DOSIS DE 20 MG .....              | 20     |
| <i>telmisartan-hctz</i> .....               | 47, 50 | <i>fluocinolone acetonide</i> .....        | 56, 58 | VALTOCO, DOSIS DE 5 MG.....                | 20     |
| <i>temazepam</i> .....                      | 85     | <i>triamterene</i> .....                   | 50     | <i>vancomycin hcl</i> .....                | 14     |
| TENIVAC .....                               | 76     | <i>triamterene-hctz</i> .....              | 50     | VANCOMYCIN HCL .....                       | 14     |
| <i>tenofovir disoproxil fumarate</i> .....  | 38     | <i>triazolam</i> .....                     | 85     | VAQTA .....                                | 77     |
| TEPMETKO .....                              | 31     | TRIDERM .....                              | 58     | <i>varenicline tartrate</i> .....          | 13     |
| <i>terazosin hcl</i> .....                  | 47     | <i>trientine hcl</i> .....                 | 60     | VARIVAX .....                              | 77     |
| <i>terbinafine hcl</i> .....                | 24     | <i>tri-estarylla</i> .....                 | 69     | VECAMEYL .....                             | 50     |
| <i>terbutaline sulfate</i> .....            | 82     | <i>trifluoperazine hcl</i> .....           | 33     | VELIVET .....                              | 69     |
| <i>terconazole</i> .....                    | 24     | <i>trifluridine</i> .....                  | 79     | VEMLIDY .....                              | 37     |
| <i>teriflunomide</i> .....                  | 55     | <i>trihexyphenidyl hcl</i> .....           | 32     | VENCLEXTA .....                            | 31     |
| TERIPARATIDE (RECOMBINANTE)                 |        | TRIJARDY XR.....                           | 42     | VENCLEXTA, TRATAMIENTO                     |        |
| .....                                       | 78     | TRIKAFTA .....                             | 83     | INICIAL, CAJA .....                        | 31     |
| <i>testosterone</i> .....                   | 66     | <i>trikafta</i> .....                      | 83     | <i>venlafaxine hcl</i> .....               | 22     |
| <i>testosterone cypionate</i> .....         | 66     | TRI LEGEST FE .....                        | 69     | <i>venlafaxine hcl er</i> .....            | 22     |
| <i>testosterone enanthate</i> .....         | 66     | TRI-LO-ESTARYLLA .....                     | 69     | VENTAVIS .....                             | 84     |
| <i>tetrabenazine</i> .....                  | 54     | TRI-LO-SPRINTEC .....                      | 69     | VENTOLIN HFA .....                         | 83     |

|  |        |  |    |
|--|--------|--|----|
| <i>verapamil hcl</i> .....               | 49     | XPOVIO, 60 MG DOS VECES POR SEMANA ..... | 28 |
| <i>verapamil hcl er</i> .....            | 49     | XPOVIO, 80 MG UNA VEZ POR SEMANA .....   | 28 |
| VERQUVO .....                            | 50     | XPOVIO, 80 MG DOS VECES POR SEMANA ..... | 28 |
| VERSACLOZ .....                          | 36     | XTANDI .....                             | 26 |
| VERZENIO .....                           | 31     | XUCARA .....                             | 69 |
| V-GO 20 .....                            | 44     | XULTOPHY .....                           | 43 |
| V-GO 30 .....                            | 44     | YF-VAX .....                             | 77 |
| V-GO 40 .....                            | 44     | YUVAFEM .....                            | 69 |
| VICTOZA .....                            | 43     | <i>zafirlukast</i> .....                 | 81 |
| <i>vigabatrin</i> .....                  | 20     | <i>zaleplon</i> .....                    | 85 |
| <i>vigadrone</i> .....                   | 20     | ZEJULA .....                             | 31 |
| VIGADRONE .....                          | 20     | ZELBORAF .....                           | 31 |
| VIJOICE .....                            | 63     | ZEMAIRA .....                            | 63 |
| <i>vilazodone hcl</i> .....              | 22     | ZENPEP .....                             | 63 |
| VIRACEPT .....                           | 40     | ZEPATIER .....                           | 37 |
| VIREAD .....                             | 38, 39 | ZERBAXA .....                            | 15 |
| VITRAKVI .....                           | 31     | <i>zidovudine</i> .....                  | 39 |
| VIZIMPRO .....                           | 31     | <i>zileuton er</i> .....                 | 81 |
| VONJO .....                              | 31     | ZIMHI .....                              | 12 |
| <i>voriconazole</i> .....                | 24     | <i>ziprasidone hcl</i> .....             | 36 |
| VOTRIENT .....                           | 31     | <i>ziprasidone mesylate</i> .....        | 36 |
| VOXZOGO .....                            | 78     | ZIRGAN .....                             | 80 |
| VRAYLAR .....                            | 36     | <i>zoledronic acid</i> .....             | 78 |
| <i>vylibra</i> .....                     | 69     | ZOLINZA .....                            | 28 |
| VYNDAMAX .....                           | 66     | <i>zolmitriptan</i> .....                | 25 |
| VYNDAQEL .....                           | 63     | <i>zolpidem tartrate</i> .....           | 85 |
| <i>warfarin sodium</i> .....             | 45     | <i>zolpidem tartrate er</i> .....        | 85 |
| WELIREG .....                            | 27     | ZONISADE .....                           | 19 |
| <i>wixela inhub</i> .....                | 85     | <i>zonisamide</i> .....                  | 20 |
| XALKORI .....                            | 31     | ZORBTIVE .....                           | 66 |
| XARELTO .....                            | 45     | ZOVIA 1/35 (28) .....                    | 69 |
| XARELTO, TRATAMIENTO INICIAL, CAJA ..... | 45     | ZTALMY .....                             | 20 |
| XATMEP .....                             | 75     | ZYDELIG .....                            | 31 |
| XCOPRI .....                             | 19     | ZYKADIA .....                            | 31 |
| XCOPRI, DOSIS DIARIA DE 250 MG .....     | 19     | ZYPREXA .....                            | 36 |
| XCOPRI, DOSIS DIARIA DE 350 MG .....     | 19     | ZYPREXA RELPREVV .....                   | 36 |
| XELJANZ .....                            | 73     |  |    |
| XELJANZ XR .....                         | 73, 75 |  |    |
| XERMELO .....                            | 62     |  |    |
| XGEVA .....                              | 78     |  |    |
| XIFAXAN .....                            | 14     |  |    |
| XIGDUO XR .....                          | 43     |  |    |
| XOFLUZA, DOSIS DE 40 MG .....            | 40     |  |    |
| XOFLUZA, DOSIS DE 80 MG .....            | 40     |  |    |
| XOLAIR .....                             | 73     |  |    |
| XOSPATA .....                            | 31     |  |    |
| XPOVIO, 100 MG UNA VEZ POR SEMANA .....  | 27     |  |    |
| XPOVIO, 40 MG UNA VEZ POR SEMANA .....   | 28     |  |    |
| XPOVIO, 40 MG DOS VECES POR SEMANA ..... | 28     |  |    |
| XPOVIO, 60 MG UNA VEZ POR SEMANA .....   | 28     |  |    |



## Texto multilingüe

### Servicios de interpretación multilingüe

English: 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 Aunqueneimittelplan. 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 전 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 لإجابة 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.

French Creole: 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 znajacego 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 fue aprobado el 08/25/2023. Para obtener información más actualizada o si tiene alguna pregunta, comuníquese con Priority Health Medicare a la línea telefónica gratuita 833.939.0983 (los usuarios TTY deben llamar al 711); nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana, o visite [priorityhealth.com/dsnp](https://priorityhealth.com/dsnp). Si bien, el formulario puede cambiar en cualquier momento; usted recibirá un aviso cuando sea necesario.

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

ID 24468, Versión 6