

Formulario 2024

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.

Y0056_NCMS100010852400A_C_SP 07172023

ID 24468, versión 6

Este formulario se aprobó el 08/25/2023. Para obtener información más actualizada o si tiene alguna pregunta, llame al número gratuito de Priority Health Medicare, 888.389.6648 (los usuarios TTY deben llamar al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana, o visite prioritymedicare.com.

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:

El contenido de este formulario es diferente al del año pasado. Revise este documento para asegurarse que los medicamentos que aun toma están incluidos en esta lista.

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

En este documento, se incluye una lista de los medicamentos (formulario) que cubre nuestro plan, con vigencia a partir del 1 de enero de 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 acceder al beneficio de medicamentos con receta debe utilizar las farmacias de la red. Es posible que los beneficios, el formulario, la red de farmacias o los copagos o el coseguro cambien el 1 de enero de 2025 y, ocasionalmente, durante el transcurso del año.

¿Qué es el formulario de Priority Health Medicare?

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

¿Puede cambiar el formulario (lista de medicamentos)?

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. Además, en el aviso que le proporcionaremos se incluirá información referente a cómo solicitar una excepción. También puede encontrar información en la siguiente sección titulada "*¿Cómo solicito una excepción para el formulario de Priority Health Medicare?*"
- **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 bien, 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. Además, en el aviso que le proporcionaremos se incluirá información referente a cómo solicitar una excepción. También puede encontrar información en la siguiente sección titulada "*¿Cómo solicito una excepción para el formulario de Priority Health Medicare?*"

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

Por lo general, si toma un medicamento de nuestro formulario 2024 que estaba cubierto al comienzo del año, no discontinuaremos ni reduciremos la cobertura de dicho medicamento 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 estará 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. Por afección médica

El formulario comienza en la página 10. Los medicamentos incluidos en este formulario se agrupan en categorías dependiendo del tipo de afecciones médicas que tratan. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar una afección cardíaca se encuentran en la categoría, "fármacos cardiovasculares". Si sabe para qué se utiliza su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página 10. Luego, busque el medicamento debajo del nombre de esa categoría.

2. Por orden alfabético

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

¿A qué se refieren los medicamentos genéricos?

Priority Health Medicare ofrece cobertura tanto para los medicamentos de marca como los genéricos. La FDA otorga su aprobación a aquellos medicamentos genéricos que utilizan el mismo ingrediente activo que los medicamentos de marca, como parte de su composición. 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 al formulario 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, muéstrelesela 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 le cubra el medicamento. Si desea obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte las siguientes líneas.

¿Cómo solicito una excepción al Formulario de 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 no está incluido en nuestro formulario. Si se aprueba esa solicitud, dicho medicamento estará cubierto a un nivel de distribución de costos predeterminado, por lo que no podrá pedirnos que le proporcionemos el medicamento a un nivel de distribución de costos más bajo.
- Solicitarnos que cubramos un medicamento incluido en el formulario a un nivel de distribución de costos más bajo, si dicho medicamento no se encuentra en el nivel de medicamentos de especialidad. De aprobarse dicha solicitud, se reduciría el monto que usted debe pagar por el medicamento.
- 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, el medicamento cuenta con una distribución de costos más baja o las restricciones de uso adicionales no serían tan efectivas para el tratamiento de su afección o le causarían efectos médicos adversos.

Debe comunicarse con nosotros y solicitarnos una decisión de cobertura inicial para la excepción a un formulario, nivel de distribución de costos o restricción de uso. **Cuando solicite una excepción al formulario, nivel de distribución de costos o restricción de uso, deberá enviar un informe del médico que emitió la receta o médico tratante, que respalde dicha solicitud.** Por lo general, tenemos 72 horas a partir de la recepción de la documentación de respaldo del médico que emitió 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 incluyen 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 solicitarnos 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 varios resurtidos para proporcionarle un suministro del medicamento para 30 días como máximo. Luego de proporcionarle el primer suministro para 30 días, no pagaremos dichos medicamentos, inclusive si no pasaron 90 días desde que se afilió al plan.

Si es residente de un centro de atención a largo plazo y necesita un medicamento que no se encuentra en nuestro formulario o si su capacidad para obtenerlos es limitada, y sus primeros 90 días de afiliación a nuestro plan ya culminaron, cubriremos un suministro de emergencia para 31 días de ese medicamento, mientras 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 proporcionada por Medicare, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O bien, visite medicare.gov.

Formulario de Priority Health Medicare

En el formulario que comienza en la página 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 aparecen en letra cursiva minúscula (por ejemplo, *atorvastatin*).

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

Lista de abreviaturas

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

EA: cada uno/a;

GM: gramos

HI: Infusión en el hogar. Es probable que este medicamento con receta cuente con la cobertura de nuestro beneficio médico. Para obtener más información, llame a la línea telefónica gratuita del servicio de atención al cliente al 888.389.6648. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. O, también puede visitar prioritymedicare.com.

LA: disponibilidad limitada. Es posible que 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 888.389.6648. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. O, también puede visitar prioritymedicare.com.

ML: mililitros

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

QL: límite de cantidad. En el caso de determinados medicamentos, Priority Health Medicare establece límites sobre la cantidad del medicamento que cubrirá. Por ejemplo, en el caso de ENTRESTO, Priority Health Medicare proporciona 60 comprimidos para una receta de 30 días, 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, el monto del copago y coseguro correspondiente a cada nivel durante la etapa de cobertura inicial.

Nivel del medicamento	PriorityMedicare Key SM (HMO-POS)	PriorityMedicare Value SM (HMO-POS)	PriorityMedicare SM (HMO-POS)	PriorityMedicare ONE SM (HMO-POS)
Farmacia minorista preferida: suministro para un mes (30 días)				
Nivel 1 Genérico preferido	\$4 de copago	\$2 de copago	\$1 de copago	\$0 de copago
Nivel 2 Genérico	\$15 de copago	\$10 de copago	\$8 de copago	\$10 de copago
Nivel 3 Marca preferido	\$42 de copago	Después de cubrir el deducible de \$75: copago de \$42	\$38 de copago	\$42 de copago
Nivel 4 Medicamento no preferido	45 % de coseguro	Después de cubrir el deducible de \$75: 50 % de coseguro	45 % de coseguro	45 % de coseguro
Nivel 5 de especialidad (únicamente suministro para 30 días)	33 % de coseguro	Después de cubrir el deducible de \$75: 31 % de coseguro	33 % de coseguro	33 % de coseguro
Farmacia minorista preferida: suministro para tres meses (90 días)				
Nivel 1 Genérico preferido	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 2 Genérico	\$45 de copago	\$30 de copago	\$24 de copago	\$30 de copago
Nivel 3 Marca preferido	\$126 de copago	Después de cubrir el deducible de \$75: copago de \$126	\$114 de copago	\$126 de copago
Nivel 4 Medicamento no preferido	45 % de coseguro	Después de cubrir el deducible de \$75: 50 % de coseguro	45 % de coseguro	45 % de coseguro
Servicio de pedido por correo preferido: suministro para tres meses (90 días)*				
Nivel 1 Genérico preferido	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 2 Genérico	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 3 Marca preferido	\$105 de copago	Después de cubrir el deducible de \$75: copago de \$105	\$95 de copago	\$105 de copago
Nivel 4 Medicamento no preferido	45 % de coseguro	Después de cubrir el deducible de \$75: 50 % de coseguro	45 % de coseguro	45 % de coseguro

* Todos los medicamentos incluidos en el formulario están

Nivel del medicamento	Priority Medicare Edge SM (PPO)	Priority Medicare Compass SM (PPO)	Priority Medicare Vital SM (PPO)	Priority Medicare Ideal SM (PPO)	Priority Medicare Merit SM (PPO)	Priority Medicare Select SM (PPO)	Priority Medicare Thrive SM (PPO)
Farmacia minorista preferida: suministro para un mes (30 días)							
Nivel 1 Genérico preferido	\$2 de copago	\$4 de copago	\$1 de copago	\$4 de copago	\$2 de copago	\$1 de copago	\$3 de copago
Nivel 2 Genérico	\$8 de copago	\$15 de copago	\$10 de copago	\$13 de copago	\$10 de copago	\$7 de copago	\$10 de copago
Nivel 3 Marca preferido	\$38 de copago	\$42 de copago	Después de alcanzar el deducible de \$350: \$42 de copago	Después de alcanzar el deducible de \$125: \$42 de copago	\$42 de copago	\$37 de copago	\$42 de copago
Nivel 4 Medicamento no preferido	40 % de coseguro	45 % de coseguro	Después de alcanzar el deducible de \$350: 45 % de coseguro	Después de alcanzar el deducible de \$125: 50 % de coseguro	50 % de coseguro	45 % de coseguro	45 % de coseguro
Nivel 5 De especialidad (únicamente suministro para 30 días)	33 % de coseguro	33 % de coseguro	Después de alcanzar el deducible de \$350: 26 % de coseguro	Después de alcanzar el deducible de \$125: 30 % de coseguro	33 % de coseguro	33 % de coseguro	33 % de coseguro
Farmacia minorista preferida: suministro para tres meses (90 días)							
Nivel 1 Genérico preferido	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 2 Genérico	\$24 de copago	\$45 de copago	\$30 de copago	\$39 de copago	\$30 de copago	\$21 de copago	\$30 de copago
Nivel 3 Marca preferido	\$114 de copago	\$126 de copago	Después de alcanzar el deducible de \$350: \$126 de copago	Después de alcanzar el deducible de \$125: \$126 de copago	\$126 de copago	\$111 de copago	\$126 de copago
Nivel 4 Medicamento no preferido	40 % de coseguro	45 % de coseguro	Después de alcanzar el deducible de \$350: 45 % de coseguro	Después de alcanzar el deducible de \$125: 50 % de coseguro	50 % de coseguro	45 % de coseguro	45 % de coseguro
Servicio de pedido por correo preferido: suministro para tres meses (90 días)*							
Nivel 1 Genérico preferido	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 2 Genérico	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 3 Marca preferido	\$95 de copago	\$105 de copago	Después de alcanzar el deducible de \$350: \$105 de copago	Después de alcanzar el deducible de \$125: \$105 de copago	\$105 de copago	\$92.50 de copago	\$105 de copago
Nivel 4 Medicamento no preferido	40 % de coseguro	45 % de coseguro	Después de alcanzar el deducible de \$350: 45 % de coseguro	Después de alcanzar el deducible de \$125: 50 % de coseguro	50 % de coseguro	45 % de coseguro	45 % de coseguro

* Todos los medicamentos incluidos en el formulario están

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
Analgésicos		
Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos		
<i>celecoxib, por vía oral</i>	2	
<i>diclofenac epolamine, de uso tópico</i>	4	PA
<i>diclofenac potassium, comprimidos de 50 mg, por vía oral</i>	2	
<i>diclofenac sodium, de liberación prolongada</i>	2	
<i>diclofenac sodium, gel al 1 %, de uso tópico</i>	2	QL (1000 GM, por 30 días)
<i>diclofenac sodium, gel al 3 %, de uso tópico</i>	4	
<i>diclofenac sodium, solución de uso tópico, al 1.5 %</i>	4	
<i>diclofenac sodium, por vía oral</i>	2	
<i>diclofenac-misoprostol, comprimidos de liberación retardada, por vía oral</i>	2	
<i>diflunisal, por vía oral</i>	2	
<i>etodolac, por vía oral</i>	2	
<i>fenoprofen calcium, comprimidos, por vía oral</i>	2	
<i>flurbiprofen, comprimidos de 100 mg, por vía oral</i>	2	
<i>ibu, comprimidos de 600 mg, 800 mg, por vía oral</i>	1	
<i>ibuprofen, suspensión, por vía oral</i>	2	
<i>ibuprofen, comprimidos de 400 mg, 600 mg, 800 mg, por vía oral</i>	1	
<i>mefenamic acid, por vía oral</i>	4	QL (30 de EA por 30 días)
<i>meloxicam, comprimidos, por vía oral</i>	1	
<i>nabumetone, por vía oral</i>	2	
<i>naproxen, comprimidos, por vía oral</i>	1	
<i>naproxen sodium, comprimidos de 275 mg, 550 mg, por vía oral</i>	2	
<i>oxaprozin</i>	2	
<i>piroxicam, por vía oral</i>	2	
<i>salsalate, por vía oral</i>	2	
<i>sulindac, por vía oral</i>	2	
Analgésicos opiáceos de acción prolongada		
<i>buprenorphine, parche transdérmico</i>	4	QL (4 de EA por 28 días)
<i>fentanyl, parche transdérmico hasta 72 horas, 100 mcg/hora, 12 mcg/hora, 25 mcg/hora, 50 mcg/hora, 75 mcg/hora</i>	2	QL (10 de EA por 30 días)
<i>hydromorphone hcl, comprimidos de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>	4	QL (60 de EA por 30 días)
<i>methadone hcl, solución de 10 mg/5 ml, por vía oral</i>	2	QL (600 ML por 30 días)
<i>methadone hcl, solución de 5 mg/5 ml, por vía oral</i>	2	QL (1200 ML por 30 días)
<i>methadone hcl, comprimidos de 10 mg, por vía oral</i>	2	QL (90 de EA por 30 días)

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad **B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** 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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 7.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>methadone hcl, comprimidos de 5 mg, por vía oral</i>	2	QL (120 de EA por 30 días)
<i>morphine sulfate, comprimidos de 100 mg de liberación prolongada, por vía oral</i>	2	QL (60 de EA por 30 días)
<i>morphine sulfate, comprimidos de 15 mg, 200 mg, 30 mg, 60 mg de liberación prolongada, por vía oral</i>	2	QL (120 de EA por 30 días)
<i>oxymorphone hcl, de liberación prolongada</i>	4	QL (90 de EA por 30 días)
<i>tramadol hcl, de liberación prolongada</i>	2	QL (30 de EA por 30 días)
Analgésicos opiáceos de acción rápida		
<i>acetaminophen-codeine #3</i>	2	QL (360 de EA por 30 días)
<i>acetaminophen-codeine, comprimidos de 300-15 mg, 300-30 mg, por vía oral</i>	2	QL (360 de EA por 30 días)
<i>acetaminophen-codeine, comprimidos de 300-60 mg, por vía oral</i>	2	QL (180 de EA por 30 días)
<i>butorphanol tartrate, por vía nasal</i>	4	QL (10 ML por 28 días)
<i>codeine sulfate, comprimidos de 30 mg, 60 mg, por vía oral</i>	2	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	2	QL (360 de EA por 30 días)
<i>fentanyl citrate buccal, comprimidos para chupar de 1200 mcg, 1600 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg, con aplicador integrado</i>	5	PA; QL (120 de EA por 30 días)
<i>fentanyl citrate buccal, comprimidos para chupar de 200 mcg, con aplicador integrado</i>	4	PA; QL (120 de EA por 30 días)
<i>hydrocodone-acetaminophen, solución de 7.5-325 mg/15 ml, por vía oral</i>	2	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>	2	QL (360 de EA por 30 días)
<i>hydrocodone-ibuprofen, comprimidos de 7.5-200 mg, por vía oral</i>	4	QL (150 de EA por 30 días)
<i>hydromorphone hcl, líquido, por vía oral</i>	2	QL (2400 ML por 30 días)
<i>hydromorphone hcl, comprimidos, por vía oral</i>	2	QL (180 de EA por 30 días)
<i>hydromorphone hcl pf, solución de 10 mg/ml, 50 mg/5 ml, por vía inyectable</i>	4	QL (240 ML por 30 días)
<i>morphine sulfate (concentrate), solución oral de 100 mg/5 ml, 20 mg/ml</i>	2	QL (900 ML por 30 días)
<i>morphine sulfate, solución, por vía oral</i>	2	QL (900 ML por 30 días)
<i>morphine sulfate, comprimidos, por vía oral</i>	2	QL (180 de EA por 30 días)
<i>oxycodone hcl, concentrado de 100 mg/5 ml, por vía oral</i>	4	QL (180 ML por 30 días)
<i>oxycodone hcl, solución, por vía oral</i>	2	QL (1200 ML por 30 días)
<i>oxycodone hcl, comprimidos de 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, por vía oral</i>	2	QL (180 de EA por 30 días)
<i>oxycodone hcl, comprimidos de 5 mg, por vía oral</i>	2	QL (360 de EA por 30 días)

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad **B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** 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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 7.

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

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad **B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** 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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 7.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
NICOTROL NS	4	
varenicline tartrate, comprimidos, por vía oral	4	
varenicline tartrate, comprimidos, tratamiento en caja, por vía oral	4	
Antibióticos		
Aminoglucósidos		
amikacin sulfate, solución de 500 mg/2 ml, por vía inyectable	2	HI
ARIKAYCE	5	PA; QL (235.2 ML por 28 días)
gentamicin, en solución salina, de 0.8-0.9 mg/ml-%, 1-0.9 mg/ml-%, 1.6-0.9 mg/ml-%, por vía intravenosa	4	HI
gentamicin, en solución salina, de 1.2-0.9 mg/ml-%, por vía intravenosa	2	HI
gentamicin sulfate, de uso tópico	4	QL (90 GM por 30 días)
gentamicin sulfate, solución de 40 mg/ml, por vía inyectable	4	
neomycin sulfate, por vía oral	2	
paromomycin sulfate, por vía oral	4	
streptomycin sulfate, por vía intramuscular	4	
tobramycin sulfate, solución de 10 mg/ml, por vía inyectable	2	HI; QL (720 ML por 30 días)
tobramycin sulfate, solución de 80 mg/2 ml, por vía inyectable	2	QL (720 ML por 30 días)
Antibióticos, otros		
aztreonam	4	HI
CLEOCIN, SUPOSITORIO VAGINAL	3	
clindamycin hcl, cápsulas de 150 mg, 300 mg, por vía oral	2	
clindamycin palmitate hcl	2	
clindamycin phosphate, de uso tópico con hisopo	2	
clindamycin phosphate, en dextrosa al 5 %, solución de 300 mg/50 ml, 900 mg/50 ml, por vía intravenosa	4	
clindamycin phosphate, en dextrosa al 5 %, solución de 600 mg/50 ml, por vía intravenosa	2	
clindamycin phosphate, por vía vaginal	2	
colistimethate sodium (cba)	5	HI
daptomycin, solución reconstituida de 500 mg, por vía intravenosa	5	HI
FIRVANQ	3	
fosfomicin tromethamine	4	
linezolid, solución de 600 mg/300 ml, por vía intravenosa	3	
linezolid, suspensión reconstituida, por vía oral	5	
linezolid, comprimidos, por vía oral	3	QL (56 de EA por 28 días)

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad **B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** 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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 7.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>methenamine hippurate</i>	2	
<i>metronidazole, de uso tópico</i>	2	
<i>metronidazole, solución intravenosa de 500 mg/100 ml</i>	2	
<i>metronidazole, comprimidos, por vía oral</i>	2	
<i>metronidazole, por vía vaginal</i>	2	
<i>nitrofurantoin macrocrystal, cápsulas de 100 mg, 50 mg, por vía oral</i>	2	
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>	2	
SIVEXTRO, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (6 de EA por 30 días)
<i>tigecycline</i>	4	HI
<i>trimethoprim, por vía oral</i>	2	
<i>vancomycin hcl, solución reconstituida de 1 gm, 10 gm, 500 mg, por vía intravenosa</i>	2	HI
<i>vancomycin hcl, solución reconstituida, de 1.5 gm, por vía intravenosa</i>	2	
<i>vancomycin hcl, cápsulas de 125 mg, por vía oral</i>	4	QL (80 de EA por 30 días)
<i>vancomycin hcl, cápsulas de 250 mg, por vía oral</i>	4	QL (160 de EA por 30 días)
VANCOMYCIN HCL, SOLUCIÓN RECONSTITUIDA DE 25 MG/ML, POR VÍA ORAL	3	
XIFAXAN, COMPRIMIDOS DE 200 MG, POR VÍA ORAL	4	PA; QL (9 de EA por 30 días)
XIFAXAN, COMPRIMIDOS DE 550 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (60 de EA por 30 días)
Antibióticos beta-lactámicos, cefalosporinas		
<i>cefaclor</i>	2	
<i>cefadroxil, cápsulas, por vía oral</i>	2	
<i>cefadroxil, suspensión reconstituida, por vía oral</i>	2	
<i>cefazolin sodium, solución reconstituida de 1 gm, 10 gm, 500 mg, por vía inyectable</i>	2	HI
<i>cefdinir</i>	2	
<i>cefepime hcl, solución reconstituida de 1 gm, por vía inyectable</i>	4	HI
<i>vancomycin hcl, solución reconstituida de 2 gm, por vía intravenosa</i>	4	HI
<i>cefixime, cápsulas, por vía oral</i>	4	
<i>cefoxitin sodium, por vía intravenosa</i>	2	HI
<i>cefpodoxime proxetil</i>	2	
<i>cefprozil</i>	2	
<i>ceftazidime, solución inyectable de 1 gm, 6 gm, reconstituida</i>	2	HI

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad **B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** 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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 7.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>ceftazidime, por vía intravenosa</i>	2	HI
<i>ceftriaxone sodium, solución reconstituida de 1 gm, 2g m, 250 mg, 500 mg, por vía inyectable</i>	2	HI
<i>ceftriaxone sodium, solución reconstituida de 10 gm, por vía intravenosa</i>	2	HI
<i>cefuroxime axetil, comprimidos, por vía oral</i>	2	
<i>cefuroxime sodium, solución inyectable de 750 gm, reconstituida</i>	2	HI
<i>cefuroxime sodium, solución reconstituida de 1.5 gm, por vía intravenosa</i>	2	HI
<i>cephalexin, cápsulas de 250 mg, 500 mg, por vía oral</i>	2	
<i>cephalexin, suspensión reconstituida, por vía oral</i>	2	
SUPRAX, SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA DE 500 MG/5 ML, POR VÍA ORAL	3	
SUPRAX, TABLETAS MASTICABLES, POR VÍA ORAL	3	
TEFLARO	4	
ZERBAXA	5	
Antibióticos beta-lactámicos, penicilinas		
<i>amoxicillin, cápsulas, por vía oral</i>	2	
<i>amoxicillin, suspensión reconstituida, por vía oral</i>	2	
<i>amoxicillin, comprimidos, por vía oral</i>	2	
<i>amoxicillin, tabletas masticables de 125 mg, 250 mg, por vía oral</i>	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate, de liberación prolongada</i>	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate, por vía oral</i>	2	
<i>ampicillin, cápsulas de 500 mg, por vía oral</i>	2	
<i>ampicillin sodium, solución reconstituida de 1 gm, 125 mg, por vía inyectable</i>	2	HI
<i>ampicillin sodium, solución reconstituida de 10 gm, por vía intravenosa</i>	2	HI
<i>ampicillin-sulbactam sodium, solución reconstituida de 3 (2-1) gm, por vía inyectable</i>	2	HI
<i>ampicillin-sulbactam sodium, solución reconstituida de 15 (10-5) gm, por vía intravenosa</i>	2	HI
BICILLIN C-R	3	
BICILLIN C-R 900/300	3	
BICILLIN L-A, SUSPENSIÓN EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA INTRAMUSCULAR	3	
<i>dicloxacillin sodium</i>	2	

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad **B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA-** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** 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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 7.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>nafcillin sodium, solución reconstituida de 1 gm, 2 gm, por vía inyectable</i>	2	
<i>nafcillin sodium, solución reconstituida de 10 gm, por vía intravenosa</i>	4	
<i>oxacillin sodium, solución en dextrosa de 1 gm/50 ml, por vía intravenosa</i>	2	HI
<i>oxacillin sodium, solución reconstituida de 1 gm, por vía inyectable</i>	2	
<i>oxacillin sodium, por vía intravenosa</i>	2	
<i>penicillin g pot, solución en dextrosa de 40000 unidades/ml, 60000 unidades/ml, por vía intravenosa</i>	4	HI
<i>penicillin g potassium, solución reconstituida de 20000000 unidades, por vía inyectable</i>	4	HI
<i>penicillin g potassium, solución reconstituida de 5000000 unidades, por vía inyectable</i>	2	
<i>penicillin g procaine</i>	4	
<i>penicillin g sodium</i>	4	
<i>penicillin v potassium, solución reconstituida, por vía oral</i>	4	
<i>penicillin v potassium, comprimidos, por vía oral</i>	2	
<i>piperacillin sod-tazobactam so, solución reconstituida de 2.25 (2-0.25) gm, 3.375 (3-0.375) gm, 4.5 (4-0.5) gm, 40.5 (36-4.5) gm, por vía intravenosa</i>	2	HI
Fármacos carbapenémicos		
<i>ertapenem sodium</i>	4	
<i>imipenem-cilastatin</i>	2	
<i>meropenem</i>	4	
Macrólidos		
<i>azithromycin, por vía intravenosa</i>	2	HI
<i>azithromycin, por vía oral</i>	2	
<i>clarithromycin, de liberación prolongada</i>	2	
<i>clarithromycin, suspensión reconstituida, por vía oral</i>	4	
<i>clarithromycin, comprimidos, por vía oral</i>	2	
DIFICID, SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA, POR VÍA ORAL	5	ST; QL (136 ML por 10 días)
DIFICID, COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL	5	ST; QL (20 de EA por 10 días)
ERY-TAB, COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN RETARDADA DE 250 MG, 333 MG, POR VÍA ORAL	3	

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad **B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** 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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 7.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
ERYTHROCIN LACTOBIONATE, SOLUCIÓN RECONSTITUIDA DE 500 MG, POR VÍA INTRAVENOSA	3	
ERYTHROCIN STEARATE, COMPRIMIDOS DE 250 MG, POR VÍA ORAL	3	
<i>erythromycin base, cápsulas con partículas de liberación lenta, por vía oral</i>	2	
<i>erythromycin base, comprimidos, por vía oral</i>	2	
<i>erythromycin ethylsuccinate, suspensión reconstituida de 200 mg/5 ml, por vía oral</i>	2	
<i>erythromycin ethylsuccinate, suspensión reconstituida de 400 mg/5 ml, por vía oral</i>	4	
<i>erythromycin ethylsuccinate, comprimidos, por vía oral</i>	2	
<i>erythromycin, por vía oral</i>	2	
Quinolónicos		
<i>ciprofloxacin hcl, de uso oftálmico</i>	2	
<i>ciprofloxacin hcl, comprimidos de 100 mg, por vía oral</i>	4	
<i>ciprofloxacin hcl, comprimidos de 250 mg, 500 mg, por vía oral</i>	1	
<i>ciprofloxacin hcl, comprimidos de 750 mg, por vía oral</i>	2	
<i>ciprofloxacin, en dextrosa al 5 %, solución de 200 mg/100 ml, por vía intravenosa</i>	2	
<i>levofloxacin, en dextrosa al 5 %, solución de 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml, por vía intravenosa</i>	2	
<i>levofloxacin, por vía oral</i>	2	
<i>moxifloxacin hcl in nacl</i>	4	HI
<i>moxifloxacin hcl, por vía oral</i>	2	
<i>ofloxacin, comprimidos de 300 mg, 400 mg, por vía oral</i>	2	
Sulfonamidas		
<i>sulfacetamide sodium, para tratar el acné</i>	2	
<i>sulfadiazine, por vía oral</i>	4	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim, suspensión de 200-40 mg/5 ml, por vía oral</i>	2	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim, comprimidos, por vía oral</i>	1	
Tetraciclinas		
<i>demeclocycline hcl, por vía oral</i>	4	
DOXY 100	4	B/D
<i>doxycycline hyclate, cápsulas, por vía oral</i>	2	
<i>doxycycline hyclate, comprimidos de 100 mg, 20 mg, por vía oral</i>	2	

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad **B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** 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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 7.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>doxycycline monohydrate, cápsulas de 100 mg, 50 mg, por vía oral</i>	2	
<i>doxycycline monohydrate, cápsulas de 75 mg, por vía oral</i>	4	
<i>doxycycline monohydrate, suspensión reconstituida, por vía oral</i>	2	
<i>doxycycline monohydrate, comprimidos de 150 mg, 50 mg, 75 mg, por vía oral</i>	2	
<i>minocycline hcl, cápsulas, por vía oral</i>	2	
<i>tetracycline hcl, por vía oral</i>	4	
Anticonvulsivantes		
Anticonvulsivantes, otros		
BRIVIACT, SOLUCIÓN, POR VÍA ORAL	5	ST; QL (600 ML por 30 días)
BRIVIACT, COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL	5	ST; QL (60 de EA por 30 días)
DIACOMIT	5	PA
EPIDIOLEX	5	PA; QL (500 ML por 30 días)
EPRONTIA	4	ST; QL (480 ML por 30 días)
<i>felbamate</i>	4	
FINTEPLA	5	PA; QL (360 ML por 30 días)
FYCOMPA, SUSPENSIÓN, POR VÍA ORAL	5	QL (680 ML por 28 días)
FYCOMPA, COMPRIMIDOS DE 10 MG, 12 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG, POR VÍA ORAL	5	QL (30 de EA por 30 días)
FYCOMPA, COMPRIMIDOS DE 2 MG, POR VÍA ORAL	4	QL (30 de EA por 30 días)
<i>lamotrigine, de liberación prolongada</i>	4	
<i>lamotrigine, kit de 25, 50 y 100 mg, por vía oral</i>	4	
<i>lamotrigine, comprimidos, por vía oral</i>	2	
<i>lamotrigine, tabletas masticables, por vía oral</i>	2	
<i>lamotrigine, comprimidos dispersables, por vía oral</i>	4	
<i>lamogrinine, para tratamiento inicial (caja azul)</i>	4	
<i>lamotrigine, para tratamiento inicial (caja verde)</i>	4	
<i>lamotrigine, para tratamiento inicial (caja naranja)</i>	4	
<i>levetiracetam, de liberación prolongada</i>	2	
<i>levetiracetam, por vía oral</i>	2	
SPRITAM, COMPRIMIDOS SOLUBLES/DISGREGANTES DE 1000 MG, 500 MG, 750 MG, POR VÍA ORAL	4	QL (90 de EA por 30 días)
SPRITAM, COMPRIMIDOS SOLUBLES/DISGREGANTES DE 250 MG, POR VÍA ORAL	4	QL (60 de EA por 30 días)
<i>topiramate, por vía oral</i>	2	

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad **B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** 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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 7.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>valproic acid, cápsulas, por vía oral</i>	2	
<i>valproic acid, solución, por vía oral</i>	2	
XCOPRI, CAJA DE COMPRIMIDOS DE 100 MG Y 150 MG, DOSIS DIARIA DE 250 MG, POR VÍA ORAL	5	QL (56 de EA por 28 días)
XCOPRI, DOSIS DIARIA DE 350 MG	5	QL (56 de EA por 28 días)
XCOPRI, COMPRIMIDOS DE 100 MG, 50 MG, POR VÍA ORAL	5	QL (30 de EA por 30 días)
XCOPRI, COMPRIMIDOS DE 150 MG, 200 MG, POR VÍA ORAL	5	QL (60 de EA por 30 días)
XCOPRI, COMPRIMIDOS DE 14 X 12.5 MG Y 14 X 25 MG, TRATAMIENTO EN CAJA, POR VÍA ORAL	4	QL (28 de EA por 28 días)
XCOPRI, COMPRIMIDOS DE 14 X 150 MG Y 14 X 200 MG, 14 X 50 MG Y 14 X 100 MG, TRATAMIENTO EN CAJA, POR VÍA ORAL	5	QL (28 de EA por 28 días)
Fármacos bloqueadores de los canales de calcio		
<i>ethosuximide, por vía oral</i>	2	
<i>methsuximide</i>	3	
ZONISADE	5	PA; QL (900 ML por 30 días)
Fármacos potenciadores del ácido gamma-aminibutírico (Gaba)		
<i>clobazam, suspensión, por vía oral</i>	4	PA; QL (480 ML por 30 días)
<i>clobazam, comprimidos, por vía oral</i>	4	PA; QL (60 de EA por 30 días)
<i>diazepam, por vía rectal</i>	4	
<i>gabapentin, cápsulas, por vía oral</i>	2	
<i>gabapentin, solución de 250 mg/5 ml, por vía oral</i>	2	
<i>gabapentin, comprimidos de 600 mg, 800 mg, por vía oral</i>	2	
NAYZILAM	4	QL (10 de EA por 30 días)
<i>phenobarbital elixir, por vía oral</i>	2	PA
<i>phenobarbital, comprimidos, por vía oral</i>	2	PA
<i>azithromycin, comprimidos de 250 mg, 50 mg, por vía oral</i>	2	
SYMPAZAN	5	PA; QL (60 de EA por 30 días)
<i>tiagabine hcl</i>	4	
VALTOCO, DOSIS DE 10 MG	4	QL (10 de EA por 30 días)
VALTOCO, DOSIS DE 15 MG	4	QL (20 de EA por 30 días)
VALTOCO, DOSIS DE 20 MG	4	QL (20 de EA por 30 días)
VALTOCO, DOSIS DE 5 MG	4	QL (10 de EA por 30 días)
<i>vigabatrin</i>	5	LA
<i>vigadrone, caja, por vía oral</i>	5	
VIGADRONE, COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL	5	LA

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad **B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** 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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 7.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
ZTALMY	5	PA; QL (1100 ML por 30 días)
Fármacos bloqueadores de los canales de sodio		
APTIOM, COMPRIMIDOS DE 200 MG, 400 MG, 800 MG, POR VÍA ORAL	5	ST; QL (30 de EA por 30 días)
APTIOM, COMPRIMIDOS DE 600 MG, POR VÍA ORAL	5	ST; QL (60 de EA por 30 días)
carbamazepine, comprimidos de liberación prolongada hasta 12 horas, por vía oral	2	
carbamazepine, por vía oral	2	
epitol	2	
lacosamide, solución oral	4	QL (1200 ML por 30 días)
lacosamide, comprimidos, por vía oral	4	QL (60 de EA por 30 días)
oxcarbazepine	2	
phenytoin, suspensión de 125 mg/5 ml, por vía oral	2	
phenytoin, tabletas masticables, por vía oral	2	
phenytoin sodium, de acción prolongada	2	
rufinamide, suspensión oral	5	PA
rufinamide, comprimidos de 200 mg, por vía oral	4	PA
rufinamide, comprimidos de 400 mg, por vía oral	5	PA
zonisamide, por vía oral	2	
Fármacos contra la demencia		
Fármacos contra la demencia, otros		
donepezil hcl, comprimidos de 10 mg, por vía oral	1	QL (60 de EA por 30 días)
donepezil hcl, comprimidos de 5 mg, por vía oral	1	QL (30 de EA por 30 días)
donepezil hcl, comprimidos dispersables de 10 mg, por vía oral	1	QL (60 de EA por 30 días)
donepezil hcl, comprimidos dispersables de 5 mg, por vía oral	1	QL (30 de EA por 30 días)
ergoloid mesylates, por vía oral	2	
Inhibidores de la colinesterasa		
donepezil hcl, comprimidos de 23 mg, por vía oral	4	
galantamine hydrobromide	1	
galantamine hydrobromide, de liberación prolongada	1	
rivastigmine	3	QL (30 de EA por 30 días)
rivastigmine tartrate	1	QL (60 de EA por 30 días)
Fármacos antagonistas de los receptores N-Methyl-D-Aspartate (Nmda)		
memantine hcl er	3	QL (30 de EA por 30 días)
memantine hcl, solución de 2 mg/ml, por vía oral	4	QL (300 ML por 30 días)

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad **B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** 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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 7.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<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>	4	QL (49 de EA por 28 días)
Antidepresivos		
Antidepresivos, otros		
AUVELITY	5	PA; QL (60 de EA por 30 días)
<i>bupropion hcl, de liberación prolongada (sr)</i>	2	
<i>bupropion hcl, de liberación prolongada (xl), comprimidos de liberación prolongada de 150 mg, 300 mg hasta 24 horas, por vía oral</i>	2	
<i>bupropion hcl, por vía oral</i>	2	
<i>mirtazapine, por vía oral</i>	2	
Inhibidores de la monoamina oxidasa		
EMSAM	5	ST
MARPLAN	4	QL (180 de EA por 30 días)
<i>phenelzine sulfate, por vía oral</i>	2	
<i>tranylcypromine sulfate</i>	2	
Ssris/Snris (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina/inhibidor de la recaptación de norepinefrina)		
<i>citalopram hydrobromide, solución, por vía oral</i>	4	QL (600 ML por 30 días)
<i>citalopram hydrobromide, comprimidos de 10 mg, 20 mg, por vía oral</i>	1	QL (45 de EA por 30 días)
<i>citalopram hydrobromide, comprimidos de 40 mg, por vía oral</i>	1	QL (30 de EA por 30 días)
<i>desvenlafaxine succinate, de liberación prolongada</i>	2	QL (30 de EA por 30 días)
<i>escitalopram oxalate, por vía oral</i>	2	
FETZIMA	4	ST; QL (30 de EA por 30 días)
FETZIMA TITRATION	4	ST; QL (30 de EA por 30 días)
<i>fluoxetine hcl, cápsulas, por vía oral</i>	1	
<i>fluoxetine hcl, cápsulas de liberación retardada, por vía oral</i>	4	
<i>fluoxetine hcl, solución, por vía oral</i>	4	
<i>fluvoxamine maleate</i>	2	
<i>fluvoxamine maleate, de liberación prolongada</i>	4	
<i>nefazodone hcl</i>	2	
<i>paroxetine hcl, suspensión oral</i>	4	
<i>paroxetine hcl, comprimidos, por vía oral</i>	1	
<i>paroxetine mesylate</i>	4	QL (30 de EA por 30 días)
<i>sertraline hcl, concentrado, por vía oral</i>	4	

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad **B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** 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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 7.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>sertraline hcl, comprimidos, por vía oral</i>	1	
<i>trazodone hcl, comprimidos de 100 mg, 150 mg, 50 mg, por vía oral</i>	1	
<i>trazodone hcl, comprimidos de 300 mg, por vía oral</i>	4	
TRINTELLIX	4	ST; QL (30 de EA por 30 días)
<i>venlafaxine hcl</i>	2	
<i>venlafaxine hcl, cápsulas de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>	2	
<i>venlafaxine hcl, comprimidos de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>	4	
<i>vilazodone hcl</i>	4	ST; QL (30 de EA por 30 días)
Tricíclicos		
<i>amitriptyline hcl, por vía oral</i>	4	
<i>amoxapine</i>	4	
<i>clomipramine hcl, por vía oral</i>	4	
<i>desipramine hcl, por vía oral</i>	4	
<i>doxepin hcl, cápsulas, por vía oral</i>	4	
<i>doxepin hcl, concentrado, por vía oral</i>	4	
<i>imipramine hcl, por vía oral</i>	4	
<i>imipramine pamoate</i>	4	
<i>nortriptyline hcl, cápsulas, por vía oral</i>	2	
<i>nortriptyline hcl, solución, por vía oral</i>	4	
<i>protriptyline hcl</i>	4	
<i>trimipramine maleate, por vía oral</i>	4	PA
Antieméticos		
Antieméticos, otros		
<i>meclizine hcl, comprimidos de 12.5 mg, 25 mg, por vía oral</i>	2	
<i>prochlorperazine</i>	4	
<i>prochlorperazine maleate, por vía oral</i>	2	
<i>promethazine hcl, comprimidos, por vía oral</i>	2	
<i>promethazine hcl, supositorios de 12.5 mg, 25 mg, por vía rectal</i>	2	
<i>promethegan, supositorios de 25 mg, por vía rectal</i>	2	
<i>promethegan, supositorios de 50 mg, por vía rectal</i>	4	
<i>scopolamine</i>	3	
Fármacos emetógenos complementarios para el tratamiento		
<i>aprepitant, cápsulas, por vía oral</i>	4	B/D; QL (6 de EA por 30 días)

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad **B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** 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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 7.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>dronabinol</i>	4	B/D; QL (120 de EA por 30 días)
<i>granisetron hcl, por vía oral</i>	2	B/D
<i>ondansetron</i>	2	B/D
<i>ondansetron hcl, solución oral</i>	2	B/D
<i>ondansetron hcl, comprimidos de 4 mg, 8 mg, por vía oral</i>	2	B/D
SANCUSO	5	QL (4 de EA por 28 días)
Antimicóticos		
Antimicóticos		
ABELCET	4	B/D
<i>amphotericin b, por vía intravenosa</i>	2	B/D
<i>caspofungin acetate, solución reconstituida de 50 mg, por vía intravenosa</i>	5	
<i>caspofungin acetate, solución reconstituida de 70 mg, por vía intravenosa</i>	4	
<i>ciclopirox olamine, crema de uso tópico</i>	2	QL (180 GM por 30 días)
<i>ciclopirox olamine, suspensión de uso tópico</i>	2	QL (60 ML por 30 días)
<i>clotrimazole, crema de uso tópico</i>	2	
<i>clotrimazole, solución de uso tópico</i>	2	
<i>clotrimazole, comprimidos para chupar como tratamiento de lesiones en la boca y garganta</i>	2	
CRESEMBA, POR VÍA ORAL	5	PA
<i>econazole nitrate, de uso tópico</i>	2	QL (90 GM por 30 días)
ERAXIS, SOLUCIÓN RECONSTITUIDA DE 100 MG, POR VÍA INTRAVENOSA	5	
ERAXIS, SOLUCIÓN RECONSTITUIDA DE 50 MG, POR VÍA INTRAVENOSA	4	
<i>fluconazole in sodium chloride, solución de 200-0.9 mg/100 ml-%, 400-0.9 mg/200 ml-%, por vía intravenosa</i>	2	HI
<i>fluconazole, por vía oral</i>	2	
<i>flucytosine, por vía oral</i>	5	
<i>griseofulvin microsize, comprimidos, por vía oral</i>	2	
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	2	
<i>itraconazole, cápsulas, por vía oral</i>	4	
<i>ketoconazole, crema de uso tópico</i>	2	QL (180 GM por 30 días)
<i>ketoconazole, champú al 2 %, de uso tópico</i>	2	QL (120 ML por 30 días)
<i>ketoconazole, por vía oral</i>	2	
<i>miconazole 3, supositorios, por vía vaginal</i>	2	

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad **B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** 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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 7.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
NOXAFIL, CAJA, POR VÍA ORAL	5	
NYAMYC	2	QL (60 GM por 30 días)
<i>nystatin, crema de uso tópico</i>	2	
<i>nystatin, ungüento de uso tópico</i>	2	
<i>nystatin, en polvo, de uso tópico</i>	2	QL (240 GM por 30 días)
<i>nystatin, tratamiento para la boca y garganta</i>	2	QL (700 ML por 30 días)
<i>nystatin, comprimidos, por vía oral</i>	2	
NYSTOP	2	QL (240 GM por 30 días)
<i>posaconazole, suspensión, por vía oral</i>	5	
<i>posaconazole, comprimidos de liberación retardada, por vía oral</i>	5	QL (93 de EA por 30 días)
<i>terbinafine hcl, por vía oral</i>	2	
<i>terconazole</i>	2	
<i>voriconazole, por vía intravenosa</i>	4	PA
<i>voriconazole, suspensión reconstituida, por vía oral</i>	5	
<i>voriconazole, comprimidos, por vía oral</i>	4	
Fármacos antigotosos		
Fármacos antigotosos		
<i>allopurinol, comprimidos de 100 mg, 300 mg, por vía oral</i>	1	
<i>colchicine, por vía oral</i>	2	
<i>colchicine-probenecid</i>	2	
<i>febuxostat</i>	4	QL (30 de EA por 30 días)
<i>probenecid, por vía oral</i>	2	
Fármacos antimigrañosos		
Alcaloides ergóticos		
<i>ergotamine-caffeine</i>	3	QL (40 de EA por 30 días)
TRUDHESA	4	PA; QL (8 ML por 30 días)
Profilácticos		
AIMOVIG	4	PA; QL (1 ML por 30 días)
AJOVY	4	PA; QL (1.5 ML por 30 días)
EMGALITY	4	PA; QL (2 ML por 30 días)
EMGALITY, DOSIS DE 300 MG	4	PA; QL (3 ML por 30 días)
UBRELVY	4	PA; QL (16 de EA por 30 días)
Fármacos agonistas del receptor de serotonina (5-Ht)		
<i>eletriptan hydrobromide</i>	4	QL (12 de EA por 30 días)
<i>naratriptan hcl</i>	2	QL (12 de EA por 30 días)
<i>rizatriptan benzoate</i>	2	QL (12 de EA por 30 días)

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad **B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** 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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 7.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>sumatriptan, por vía nasal</i>	2	QL (12 de EA por 30 días)
<i>sumatriptan succinate, por vía oral</i>	2	QL (12 de EA por 30 días)
<i>sumatriptan succinate, surtido del cartucho de solución subcutánea</i>	4	QL (4 ML por 30 días)
<i>sumatriptan succinate, solución subcutánea de 6 mg/0.5 ml</i>	4	QL (4 ML por 30 días)
<i>sumatriptan succinate, solución en pluma autoinyectora, por vía subcutánea</i>	4	QL (4 ML por 30 días)
<i>zolmitriptan, por vía oral</i>	2	QL (12 de EA por 30 días)
Fármacos para el tratamiento de la miastenia		
Fármacos parasimpaticomiméticos		
<i>guanidine hcl, por vía oral</i>	2	
<i>pyridostigmine bromide, de liberación prolongada</i>	4	
<i>pyridostigmine bromide, comprimidos de 60 mg, por vía oral</i>	2	
Fármacos antimicobacterianos		
Fármacos antimicobacterianos, otros		
<i>dapsone, por vía oral</i>	2	
PRIFTIN	4	
<i>rifabutin</i>	4	
Fármacos antituberculosos		
<i>ethambutol hcl, por vía oral</i>	2	
<i>isoniazid, en jarabe, por vía oral</i>	4	
<i>isoniazid, comprimidos, por vía oral</i>	2	
PRETOMANID	4	PA; QL (30 de EA por 30 días)
<i>pyrazinamide, por vía oral</i>	2	
<i>rifampin, por vía intravenosa</i>	2	
<i>rifampin, por vía oral</i>	2	
SIRTURO	5	
TRECTOR	4	
Fármacos antineoplásicos		
Fármacos alquilantes		
<i>cyclophosphamide, cápsulas, por vía oral</i>	3	B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE, COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL	3	B/D
GLEOSTINE, CÁPSULAS DE 10 MG, 40 MG, POR VÍA ORAL	4	
GLEOSTINE, CÁPSULAS DE 100 MG, POR VÍA ORAL	5	
LEUKERAN	5	

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad **B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** 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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 7.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
MATULANE	5	PA
<i>melfalan</i>	2	
VALCHLOR	5	PA; LA; QL (60 GM por 30 días)
Fármacos antiandrógenos		
<i>abiraterone acetate, comprimidos de 250 mg, por vía oral</i>	5	PA; QL (120 de EA por 30 días)
<i>abiraterone acetate, comprimidos de 500 mg, por vía oral</i>	5	PA; QL (60 de EA por 30 días)
<i>bicalutamide</i>	2	
ERLEADA, COMPRIMIDOS DE 240 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (30 de EA por 30 días)
ERLEADA, COMPRIMIDOS DE 60 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (120 de EA por 30 días)
<i>flutamide</i>	2	
<i>nilutamide</i>	5	
NUBEQA	5	PA; QL (120 de EA por 30 días)
<i>toremifene citrate</i>	4	
XTANDI, CÁPSULAS, POR VÍA ORAL	5	PA; LA; QL (120 de EA por 30 días)
XTANDI, COMPRIMIDOS DE 40 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; LA; QL (120 de EA por 30 días)
XTANDI, COMPRIMIDOS DE 80 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; LA; QL (60 de EA por 30 días)
Fármacos antiangiogénicos		
<i>lenalidomide</i>	5	PA; LA; QL (30 de EA por 30 días)
POMALYST	5	PA; LA; QL (21 de EA por 28 días)
THALOMID	5	PA
Fármacos antiestrógenos/moduladores		
EMCYT	5	
ORSERDU, COMPRIMIDOS DE 345 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (30 de EA por 30 días)
ORSERDU, COMPRIMIDOS DE 86 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (90 de EA por 30 días)
<i>raloxifene hcl</i>	2	
SOLTAMOX	4	
<i>tamoxifen citrate, por vía oral</i>	2	
Fármacos antimetabólicos		
DROXIA	4	
<i>hydroxyurea, por vía oral</i>	2	
INQOVI	5	PA; QL (5 de EA por 28 días)
ONUREG	5	PA; QL (14 de EA por 28 días)
PURIXAN	5	
TABLOID	4	
Fármacos antineoplásicos, otros		
GAVRETO	5	PA; QL (120 de EA por 30 días)

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad **B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** 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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 7.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
IDHIFA	5	PA; QL (30 de EA por 30 días)
KISQALI FEMARA, DOSIS DE 200 MG	5	PA; QL (49 de EA por 28 días)
KISQALI FEMARA, DOSIS DE 400 MG	5	PA; QL (70 de EA por 28 días)
KISQALI FEMARA, DOSIS DE 600 MG	5	PA; QL (91 de EA por 28 días)
<i>krazati</i>	5	PA; QL (180 de EA por 30 días)
LONSURF	5	PA
LUMAKRAS, COMPRIMIDOS DE 120 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (240 de EA por 30 días)
LUMAKRAS, COMPRIMIDOS DE 320 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (90 de EA por 30 días)
LYNPARZA, COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (120 de EA por 30 días)
NINLARO	5	QL (3 de EA por 28 días)
ORGOVYX	5	PA; QL (30 de EA por 28 días)
RETEVMO	5	PA; QL (120 de EA por 30 días)
SYNRIBO	5	PA
TUKYSA, COMPRIMIDOS DE 150 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (120 de EA por 30 días)
TUKYSA, COMPRIMIDOS DE 50 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (60 de EA por 30 días)
WELIREG	5	PA; QL (90 de EA por 30 días)
XPOVIO, CAJA DE COMPRIMIDOS DE 50 MG, DOSIS SEMANAL DE 100 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (8 de EA por 28 días)
XPOVIO, CAJA DE COMPRIMIDOS DE 40 MG, DOSIS SEMANAL DE 40 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (4 de EA por 28 días)
XPOVIO, CAJA DE COMPRIMIDOS DE 40 MG, 2 DOSIS SEMANALES DE 40 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (8 de EA por 28 días)
XPOVIO, CAJA DE COMPRIMIDOS DE 60 MG, DOSIS SEMANAL DE 60 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (4 de EA por 28 días)
XPOVIO, 2 DOSIS SEMANALES DE 60 MG	5	PA; QL (24 de EA por 28 días)
XPOVIO, CAJA DE COMPRIMIDOS DE 40 MG, DOSIS SEMANAL DE 80 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (8 de EA por 28 días)
XPOVIO, 2 DOSIS SEMANALES DE 80 MG	5	PA; QL (32 de EA por 28 días)
ZOLINZA	5	PA; QL (120 de EA por 30 días)
Fármacos inhibidores de la aromatasa, 3ª generación		
<i>anastrozole, por vía oral</i>	2	
<i>exemestane</i>	2	
<i>letrozole, por vía oral</i>	2	
Fármacos inhibidores de dianas moleculares		
ALECENSA	5	PA
ALUNBRIG, COMPRIMIDOS DE 180 MG, 90 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (30 de EA por 30 días)
ALUNBRIG, COMPRIMIDOS DE 30 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (120 de EA por 30 días)

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad **B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** 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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 7.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
ALUNBRIG, COMPRIMIDOS, CAJA DE TRATAMIENTO, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (30 de EA por 30 días)
AYVAKIT	5	PA; QL (30 de EA por 30 días)
BALVERSA	5	PA
BOSULIF, COMPRIMIDOS DE 100 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (120 de EA por 30 días)
BOSULIF, COMPRIMIDOS DE 400 MG, 500 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (30 de EA por 30 días)
BRAFTOVI, CÁPSULAS DE 75 MG, POR VÍA ORAL	5	PA
BRUKINSA	5	PA; QL (120 de EA por 30 días)
CABOMETYX	5	PA; QL (30 de EA por 30 días)
CALQUENCE	5	PA; QL (60 de EA por 30 días)
CAPRELSA, COMPRIMIDOS DE 100 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; LA; QL (60 de EA por 30 días)
CAPRELSA, COMPRIMIDOS DE 300 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; LA; QL (30 de EA por 30 días)
COMETRIQ, CAJA DE 80 Y 20 MG, DOSIS DIARIA DE 100 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (56 de EA por 28 días)
COMETRIQ, CAJA DE 3 X 20 MG Y 80 MG, DOSIS DIARIA DE 140 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (112 de EA por 28 días)
COMETRIQ, DOSIS DIARIA DE 60 MG	5	PA; QL (84 de EA por 28 días)
COPIKTRA	5	PA; QL (60 de EA por 30 días)
COTELLIC	5	PA; LA
DAURISMO	5	PA; QL (30 de EA por 30 días)
ERIVEDGE	5	PA; LA
<i>erlotinib hcl, comprimidos de 100 mg, 150 mg, por vía oral</i>	5	PA; QL (30 de EA por 30 días)
<i>erlotinib hcl, comprimidos de 25 mg, por vía oral</i>	5	PA; QL (90 de EA por 30 días)
<i>everolimus, comprimidos de 10 mg, por vía oral</i>	5	PA; QL (30 de EA por 30 días)
<i>everolimus, comprimidos solubles de 3 mg, 5 mg, por vía oral</i>	5	PA
EXKIVITY	5	PA; QL (120 de EA por 30 días)
FOTIVDA	5	PA; QL (30 de EA por 30 días)
<i>gefitinib</i>	5	PA
GILOTRIF	5	PA; QL (30 de EA por 30 días)
IBRANCE	5	PA; QL (21 de EA por 28 días)
ICLUSIG, COMPRIMIDOS DE 10 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (30 de EA por 30 días)
ICLUSIG, COMPRIMIDOS DE 15 MG, 30 MG, 45 MG, POR VÍA ORAL	5	PA
<i>imatinib mesylate, comprimidos de 100 mg, por vía oral</i>	5	PA; QL (180 de EA por 30 días)
<i>imatinib mesylate, comprimidos de 400 mg, por vía oral</i>	5	PA; QL (60 de EA por 30 días)
IMBRUVICA, CÁPSULAS, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (30 de EA por 30 días)
IMBRUVICA, SUSPENSIÓN, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (216 ML durante 30 días)

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad **B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** 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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 7.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
IMBRUVICA, COMPRIMIDOS DE 140 MG, 280 MG, 420 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (30 de EA por 30 días)
INLYTA	5	PA; LA; QL (180 de EA por 30 días)
INREBIC	5	PA; QL (120 de EA por 30 días)
JAKAFI	5	PA; LA; QL (60 de EA por 30 días)
JAYPIRCA	5	PA; QL (60 de EA por 30 días)
KISQALI, DOSIS DE 200 MG	5	PA; QL (63 de EA por 28 días)
KISQALI, DOSIS DE 400 MG	5	PA; QL (63 de EA por 28 días)
KISQALI, DOSIS DE 600 MG	5	PA; QL (63 de EA por 28 días)
KOSELUGO	5	PA
<i>lapatinib ditosylate</i>	5	PA
LENVIMA, DOSIS DIARIA DE 10 MG	5	PA; LA; QL (30 de EA por 30 días)
LENVIMA, DOSIS DIARIA DE 12 MG	5	PA; LA; QL (90 de EA por 30 días)
LENVIMA, DOSIS DIARIA DE 14 MG	5	PA; LA; QL (60 de EA por 30 días)
LENVIMA, DOSIS DIARIA DE 18 MG	5	PA; LA; QL (105 de EA por 30 días)
LENVIMA, DOSIS DIARIA DE 20 MG	5	PA; LA; QL (60 de EA por 30 días)
LENVIMA, DOSIS DIARIA DE 24 MG	5	PA; LA; QL (90 de EA por 30 días)
LENVIMA, DOSIS DIARIA DE 4 MG	5	PA; LA; QL (30 de EA por 30 días)
LENVIMA, DOSIS DIARIA DE 8 MG	5	PA; LA; QL (70 de EA por 30 días)
LORBRENA	5	PA
LYTGOBI, DOSIS DIARIA DE 12 MG	5	PA; LA; QL (140 de EA por 28 días)
LYTGOBI, DOSIS DIARIA DE 16 MG	5	PA; LA; QL (140 de EA por 28 días)
LYTGOBI, DOSIS DIARIA DE 20 MG	5	PA; LA; QL (140 de EA por 28 días)
<i>mekinist, solución reconstituida, por vía oral</i>	5	PA; QL (1170 ML por 28 días)
MEKINIST, COMPRIMIDOS DE 0.5 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (90 de EA por 30 días)
MEKINIST, COMPRIMIDOS DE 2 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (30 de EA por 30 días)
MEKTOVI	5	PA
NERLYNX	5	PA; QL (180 de EA por 30 días)
ODOMZO	5	PA; LA; QL (30 de EA por 30 días)
PEMAZYRE	5	PA; QL (14 de EA por 21 días)
PIQRAY, DOSIS DIARIA DE 200 MG	5	PA; QL (28 de EA por 28 días)
PIQRAY, DOSIS DIARIA DE 250 MG	5	PA; QL (56 de EA por 28 días)
PIQRAY, DOSIS DIARIA DE 300 MG	5	PA; QL (56 de EA por 28 días)
QINLOCK	5	PA; QL (90 de EA por 30 días)
REZLIDHIA	5	PA; QL (60 de EA por 30 días)
ROZLYTREK, CÁPSULAS DE 100 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (150 de EA por 30 días)

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad **B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** 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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 7.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
ROZLYTREK, CÁPSULAS DE 200 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (90 de EA por 30 días)
RUBRACA	5	PA; QL (120 de EA por 30 días)
RYDAPT	5	PA; QL (224 de EA por 28 días)
SCEMBLIX	5	PA; QL (300 de EA por 30 días)
<i>sorafenib tosylate</i>	5	PA
SPRYCEL, COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL, DE 100 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG	5	PA; QL (60 de EA por 30 días)
SPRYCEL, COMPRIMIDOS DE 140 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (30 de EA por 30 días)
SPRYCEL, COMPRIMIDOS DE 20 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (90 de EA por 30 días)
STIVARGA	5	PA; LA; QL (84 de EA por 28 días)
<i>sunitinib malate</i>	5	PA; QL (30 de EA por 30 días)
TABRECTA	5	PA; QL (120 de EA por 30 días)
TAFINLAR, CÁPSULAS, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (120 de EA por 30 días)
<i>tafinlar, comprimidos solubles, por vía oral</i>	5	PA; QL (840 de EA por 28 días)
TAGRISO	5	PA; LA; QL (30 de EA por 30 días)
TALZENNA	5	PA; QL (30 de EA por 30 días)
TASIGNA	5	PA; QL (120 de EA por 30 días)
TAZVERIK	5	PA; QL (240 de EA por 30 días)
TEPMETKO	5	PA; QL (60 de EA por 30 días)
TIBSOVO	5	PA
TURALIO, CÁPSULAS DE 125 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (120 de EA por 30 días)
VENCLEXTA, COMPRIMIDOS DE 10 MG, POR VÍA ORAL	4	PA
VENCLEXTA, COMPRIMIDOS DE 100 MG, 50 MG, POR VÍA ORAL	5	PA
VENCLEXTA, TRATAMIENTO INICIAL, CAJA	5	PA
VERZENIO	5	PA; QL (60 de EA por 30 días)
VITRAKVI, CÁPSULAS DE 100 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (60 de EA por 30 días)
VITRAKVI, CÁPSULAS DE 25 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (90 de EA por 30 días)
VITRAKVI, SOLUCIÓN, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (300 ML por 30 días)
VIZIMPRO	5	PA
VONJO	5	PA; QL (120 de EA por 30 días)
VOTRIENT	5	PA
XALKORI	5	PA; LA; QL (60 de EA por 30 días)
XOSPATA	5	PA; QL (90 de EA por 30 días)
ZEJULA, CÁPSULAS, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (90 de EA por 30 días)
ZEJULA, COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (30 de EA por 30 días)
ZELBORAF	5	PA; LA; QL (240 de EA por 30 días)

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad **B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** 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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 7.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
ZYDELIG	5	PA; QL (60 de EA por 30 días)
ZYKADIA, COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL	5	PA
Fármacos retinoides		
<i>bexarotene, de uso tópico</i>	5	PA; QL (60 GM por 30 días)
<i>bexarotene, por vía oral</i>	5	PA
<i>tretinoin, por vía oral</i>	5	PA
Fármacos complementarios al tratamiento		
<i>leucovorin calcium, por vía oral</i>	2	
MESNEX, POR VÍA ORAL	5	
Fármacos antiparasitarios		
Fármacos antihelmínticos		
<i>albendazole, por vía oral</i>	5	
<i>ivermectin, por vía oral</i>	2	
<i>praziquantel, por vía oral</i>	3	
Fármacos antiprotozoarios		
<i>atovaquone, por vía oral</i>	4	
<i>atovaquone-proguanil hcl</i>	2	
<i>chloroquine phosphate, por vía oral</i>	2	
COARTEM	4	QL (24 de EA por 30 días)
<i>hydroxychloroquine sulfate, comprimidos de 200 mg, por vía oral</i>	2	
KRINTAFEL	3	QL (8 de EA por 365 días)
<i>mefloquine hcl</i>	2	
<i>nitazoxanide, por vía oral</i>	5	
<i>pentamidine isethionate, por vía inhalatoria</i>	3	PA
<i>pentamidine isethionate, inyectable</i>	4	
<i>primaquine phosphate, comprimidos de 26.3 (15 base) mg, por vía oral</i>	4	
<i>pyrimethamine, por vía oral</i>	5	
<i>quinine sulfate, por vía oral</i>	2	
Fármacos antiparkinsonianos		
Fármacos anticolinérgicos		
<i>benztropine mesylate, por vía oral</i>	4	
<i>trihexyphenidyl hcl</i>	2	
Fármacos antiparkinsonianos, otros		
<i>amantadine hcl, cápsulas, por vía oral</i>	2	
<i>amantadine hcl, solución oral</i>	2	

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad **B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** 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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 7.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>amantadine hcl, comprimidos, por vía oral</i>	2	
<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>	4	
<i>entacapone</i>	2	
ONGENTYS	4	ST; QL (30 de EA por 30 días)
Fármacos agonistas dopaminérgicos		
<i>bromocriptine mesylate, por vía oral</i>	2	
NEUPRO	4	ST; QL (30 de EA por 30 días)
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	2	
<i>pramipexole dihydrochloride, de liberación prolongada</i>	4	
<i>ropinirole hcl</i>	2	
<i>ropinirole hcl er</i>	2	
Precusores de dopamina E inhibidores de L-aminoácido aromático decarboxilasa		
<i>carbidopa, por vía oral</i>	3	
<i>carbidopa-levodopa</i>	2	
<i>carbidopa-levodopa, comprimidos de liberación prolongada de 25-100 mg, 50-200 mg, por vía oral</i>	2	
Inhibidores de monoaminaoxidasa B (Mao-B)		
<i>rasagiline mesylate, por vía oral</i>	4	
<i>selegiline hcl, por vía oral</i>	2	
Fármacos antipsicóticos de 1.ª generación/típicos		
<i>chlorpromazine hcl, por vía oral</i>	4	
<i>fluphenazine decanoate, inyectable</i>	2	
<i>fluphenazine hcl, inyectable</i>	2	
<i>fluphenazine hcl, por vía oral</i>	2	
<i>haloperidol decanoate, por vía intramuscular</i>	2	
<i>haloperidol lactate</i>	2	
<i>haloperidol, por vía oral</i>	2	
<i>loxapine succinate, por vía oral</i>	2	
<i>molindone hcl</i>	3	
<i>perphenazine, por vía oral</i>	2	
<i>pimozide</i>	2	
<i>thioridazine hcl, por vía oral</i>	2	

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad **B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** 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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 7.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>thiothixene, por vía oral</i>	2	
<i>trifluoperazine hcl, por vía oral</i>	2	
de 2da generación/atípica		
<i>abilify asimtifii, jeringa precargada de 720 mg/2.4 ml, por vía intramuscular</i>	5	QL (2.4 ML por 56 días)
<i>abilify asimtifii, jeringa precargada de 960 mg/3.2 ml, por vía intramuscular</i>	5	QL (3.2 ML por 56 días)
ABILIFY MANTENA, JERINGA PRECARGADA, POR VÍA INTRAMUSCULAR	5	QL (1 de EA por 30 días)
ABILIFY MANTENA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR RECONSTITUIDA DE LIBERACIÓN PROLONGADA	5	QL (1 de EA por 30 días)
<i>aripiprazole, solución, por vía oral</i>	4	QL (750 ML por 30 días)
<i>aripiprazole, comprimidos, por vía oral</i>	2	QL (30 de EA por 30 días)
<i>aripiprazole, comprimidos dispersables, por vía oral</i>	4	QL (60 de EA por 30 días)
ARISTADA INITIO	5	QL (2.4 ML por 42 días)
ARISTADA, 1064 MG/3.9 ML, DE USO INTRAMUSCULAR, JERINGA PRECARGADA	5	QL (3.9 ML por 56 días)
ARISTADA, 441 MG/1.6 ML, DE USO INTRAMUSCULAR, JERINGA PRECARGADA	5	QL (1.6 ML por 30 días)
ARISTADA, 662 MG/2.4 ML, DE USO INTRAMUSCULAR, JERINGA PRECARGADA	5	QL (2.4 ML por 30 días)
ARISTADA, 882 MG/3.2 ML, DE USO INTRAMUSCULAR, JERINGA PRECARGADA	5	QL (3.2 ML por 30 días)
<i>asenapine maleate</i>	4	ST; QL (60 de EA por 30 días)
CAPLYTA	5	PA; QL (30 de EA por 30 días)
FANAPT	5	ST; QL (60 de EA por 30 días)
FANAPT TITRATION, CAJA	4	ST
INVEGA HAFYERA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR DE 1092 MG/3.5 ML, JERINGA PRECARGADA	5	QL (3.5 ML por 180 días)
INVEGA HAFYERA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR DE 1560 MG/5 ML, JERINGA PRECARGADA	5	QL (5 ML por 180 días)
INVEGA SUSTENNA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR DE 117 MG/0.75 ML, JERINGA PRECARGADA	5	QL (0.75 ML por 30 días)
INVEGA SUSTENNA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR DE 156 MG/ML, JERINGA PRECARGADA	5	QL (1 ML por 30 días)

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad **B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** 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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 7.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
INVEGA SUSTENNA, SUSPENSIÓN DE 234 MG/1.5 ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA INTRAMUSCULAR	5	QL (1.5 ML por 30 días)
INVEGA SUSTENNA, JERINGA PRECARGADA DE 39 MG/0.25 ML, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR	4	QL (0.25 ML por 30 días)
INVEGA SUSTENNA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR DE 78 MG/0.5 ML, JERINGA PRECARGADA	5	QL (0.5 ML por 30 días)
INVEGA TRINZA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR DE 273 MG/0.88 ML, JERINGA PRECARGADA	5	QL (0.88 ML por 90 días)
INVEGA TRINZA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR DE 410 MG/1.32 ML, JERINGA PRECARGADA	5	QL (1.32 ML por 90 días)
INVEGA TRINZA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR DE 546 MG/1.75 ML, JERINGA PRECARGADA	5	QL (1.75 ML por 90 días)
INVEGA TRINZA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR DE 819 MG/2.63 ML, JERINGA PRECARGADA	5	QL (2.63 ML por 90 días)
<i>lurasidone hcl</i>	5	ST; QL (30 de EA por 30 días)
NUPLAZID, CÁPSULAS, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (30 de EA por 30 días)
NUPLAZID, COMPRIMIDOS DE 10 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (30 de EA por 30 días)
<i>olanzapine, por vía intramuscular</i>	2	QL (30 de EA por 30 días)
<i>olanzapine, comprimidos de 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, por vía oral</i>	2	QL (60 de EA por 30 días)
<i>olanzapine, comprimidos de 15 mg, 20 mg, 7.5 mg, por vía oral</i>	2	QL (30 de EA por 30 días)
<i>olanzapine, comprimidos dispersables, por vía oral</i>	2	QL (30 de EA por 30 días)
<i>paliperidone, comprimidos de 1.5 mg, 3 mg, 9 mg, de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>	4	ST; QL (30 de EA por 30 días)
<i>paliperidone, comprimidos de 6 mg, de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>	4	ST; QL (60 de EA por 30 días)
PERSERIS	5	QL (1 de EA por 28 días)
<i>quetiapine fumarate, comprimidos de 150 mg, 200 mg, 50 mg, de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>	2	QL (30 de EA por 30 días)
<i>quetiapine fumarate, comprimidos de 300 mg, 400 mg, de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>	2	QL (60 de EA por 30 días)
<i>quetiapine fumarate, comprimidos de 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg, por vía oral</i>	2	
REXULTI	5	ST; QL (30 de EA por 30 días)

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad **B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** 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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 7.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
RISPERDAL CONSTA, SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA DE 12.5 MG DE LIBERACIÓN PROLONGADA, POR VÍA INTRAMUSCULAR	4	QL (2 de EA por 30 días)
RISPERDAL CONSTA, SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA DE 25 MG, 37.5 MG, 50 MG DE LIBERACIÓN PROLONGADA, POR VÍA INTRAMUSCULAR	5	QL (2 de EA por 30 días)
<i>risperidone</i>	2	
SECUADO	5	ST; QL (30 de EA por 30 días)
<i>uzedy, suspensión de 100 mg/0.28 ml en jeringa precargada, por vía subcutánea</i>	5	QL (0.28 ML por 30 días)
<i>uzedy, suspensión de 125 mg/0.35 ml jeringa precargada, por vía subcutánea</i>	5	QL (0.35 ML por 30 días)
<i>uzedy, suspensión de 150 mg/0.42 ml en jeringa precargada, por vía subcutánea</i>	5	QL (0.42 ML por 60 días)
<i>uzedy, suspensión de 200 mg/0.56 ml en jeringa precargada, por vía subcutánea</i>	5	QL (0.56 ML por 60 días)
<i>uzedy, suspensión de 250 mg/0.7 ml en jeringa precargada, por vía subcutánea</i>	5	QL (0.7 ML por 60 días)
<i>uzedy, suspensión de 50 mg/0.14 ml en jeringa precargada, por vía subcutánea</i>	5	QL (0.14 ML por 30 días)
<i>uzedy, suspensión de 75 mg/0.21 ml en jeringa precargada, por vía subcutánea</i>	5	QL (0.21 ML por 30 días)
VRAYLAR, CÁPSULAS, POR VÍA ORAL	5	ST; QL (30 de EA por 30 días)
VRAYLAR, CÁPSULAS, CAJA, POR VÍA ORAL	4	ST
<i>ziprasidone hcl</i>	2	QL (60 de EA por 30 días)
<i>ziprasidone mesylate</i>	4	
ZYPREXA, POR VÍA INTRAMUSCULAR	4	QL (30 de EA por 30 días)
ZYPREXA RELPREVV, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR DE 210 MG, 300 MG, RECONSTITUIDA	5	QL (2 de EA por 30 días)
ZYPREXA RELPREVV, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR DE 405 MG, RECONSTITUIDA	5	QL (1 de EA por 30 días)
Otras opciones de fármacos para pacientes con resistencia a tratamientos anteriores		
<i>clozapine</i>	2	
VERSACLOZ	5	
Fármacos antiespásticos		
Fármacos antiespásticos		
<i>baclofen, comprimidos de 10 mg, 20 mg, por vía oral</i>	2	
<i>baclofen, comprimidos de 5 mg, por vía oral</i>	3	
<i>dantrolene sodium, por vía oral</i>	2	

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad **B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** 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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 7.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>tizanidine hcl, comprimidos, por vía oral</i>	2	
Fármacos antivirales		
Fármacos contra el citomegalovirus (Cmv)		
LIVTENCITY	5	PA; QL (336 de EA por 28 días)
PREVYMIS, POR VÍA ORAL	5	PA
<i>valganciclovir hcl, comprimidos, por vía oral</i>	3	
Fármacos contra la hepatitis B (Hbv)		
<i>adefovir dipivoxil</i>	4	
BARACLUDE, SOLUCIÓN, POR VÍA ORAL	4	QL (600 ML por 30 días)
<i>entecavir</i>	4	
<i>lamivudine, solución, por vía oral</i>	3	
<i>lamivudine, comprimidos, por vía oral</i>	2	
VEMLIDY	5	
Fármacos contra la hepatitis C (Hcv)		
EPCLUSA	5	PA
<i>ledipasvir-sofosbuvir</i>	5	PA
MAVYRET, CAJA, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (140 de EA por 28 días)
MAVYRET, COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (84 de EA por 28 días)
<i>ribavirin, cápsulas, por vía oral</i>	2	
<i>ribavirin, comprimidos de 200 mg, por vía oral</i>	2	
ZEPATIER	5	PA
Fármacos antiherpéticos		
<i>acyclovir, cápsulas, por vía oral</i>	2	
<i>acyclovir, comprimidos, por vía oral</i>	2	
<i>acyclovir sodium, solución intravenosa</i>	2	B/D
<i>famciclovir, por vía oral</i>	2	
<i>valacyclovir hcl, por vía oral</i>	2	
Fármacos antirretrovíricos, inhibidores de la transferencia de cadenas de la integrasa (Insti)		
APRETUDE	5	QL (21 ML por 365 días)
BIKTARVY	5	QL (30 de EA por 30 días)
DOVATO	5	QL (30 de EA por 30 días)
GENVOYA	5	QL (30 de EA por 30 días)
ISENTRESS HD	5	QL (60 de EA por 30 días)
ISENTRESS, CAJA, POR VÍA ORAL	3	QL (300 de EA por 30 días)
ISENTRESS, COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL	5	QL (120 de EA por 30 días)

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad **B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** 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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 7.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
ISENTRESS, TABLETAS MASTICABLES DE 100 MG, POR VÍA ORAL	5	QL (180 de EA por 30 días)
ISENTRESS, TABLETAS MASTICABLES DE 25 MG, POR VÍA ORAL	3	QL (180 de EA por 30 días)
STRIBILD	5	QL (30 de EA por 30 días)
SYMTUZA	5	QL (30 de EA por 30 días)
TIVICAY, COMPRIMIDOS DE 10 MG, POR VÍA ORAL	4	QL (30 de EA por 30 días)
TIVICAY, COMPRIMIDOS DE 25 MG, POR VÍA ORAL	5	QL (30 de EA por 30 días)
TIVICAY, COMPRIMIDOS DE 50 MG, POR VÍA ORAL	5	QL (60 de EA por 30 días)
TIVICAY PD	4	QL (180 de EA por 30 días)
Fármacos antirretrovíricos, inhibidores no nucleosídicos de la transcriptasa inversa (Nrti)		
COMPLERA	5	QL (30 de EA por 30 días)
EDURANT	5	QL (30 de EA por 30 días)
<i>efavirenz</i>	2	
<i>etravirine</i>	5	
INTELENCE, COMPRIMIDOS DE 25 MG, POR VÍA ORAL	3	QL (120 de EA por 30 días)
<i>nevirapine, comprimidos de 100 mg, de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>	4	QL (60 de EA por 30 días)
<i>nevirapine, comprimidos de 400 mg, de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>	4	QL (30 de EA por 30 días)
<i>nevirapine, suspensión, por vía oral</i>	4	QL (1200 ML por 30 días)
<i>nevirapine, comprimidos, por vía oral</i>	4	QL (60 de EA por 30 días)
PIFELTRO	5	QL (30 de EA por 30 días)
Fármacos antirretrovíricos, inhibidores nucleosídicos y nucleotídicos de la transcriptasa inversa (Nrti)		
<i>abacavir sulfate, solución, por vía oral</i>	3	
<i>abacavir sulfate, comprimidos, por vía oral</i>	2	
<i>abacavir sulfate-lamivudine</i>	4	
<i>abacavir-lamivudine-zidovudine</i>	5	
CIMDUO	5	QL (30 de EA por 30 días)
DELSTRIGO	5	QL (30 de EA por 30 días)
DESCOVY	5	QL (30 de EA por 30 días)
<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df</i>	5	QL (30 de EA por 30 días)
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir</i>	5	QL (30 de EA por 30 días)
<i>emtricitabine</i>	3	
<i>emtricitabine-tenofovir df, comprimidos de 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg, por vía oral</i>	5	QL (30 de EA por 30 días)

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad **B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** 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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 7.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>emtricitabine-tenofovir df, comprimidos de 200-300 mg, por vía oral</i>	4	QL (30 de EA por 30 días)
EMTRIVA, SOLUCIÓN, POR VÍA ORAL	3	
JULUCA	5	QL (30 de EA por 30 días)
<i>lamivudine-zidovudine</i>	4	
ODEFSEY	5	QL (30 de EA por 30 días)
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	3	
TRIZIVIR	5	
VIREAD, EN POLVO, POR VÍA ORAL	5	QL (240 GM por 30 días)
VIREAD, COMPRIMIDOS DE 150 MG, 200 MG, 250 MG, POR VÍA ORAL	5	QL (30 de EA por 30 días)
<i>zidovudine</i>	2	
Fármacos antirretrovíricos, otros		
FUZEON, SOLUCIÓN RECONSTITUIDA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	
<i>maraviroc, comprimidos de 150 mg, por vía oral</i>	5	QL (60 de EA por 30 días)
<i>maraviroc, comprimidos de 300 mg, por vía oral</i>	5	QL (120 de EA por 30 días)
RUKOBIA	5	QL (60 de EA por 30 días)
SELZENTRY, SOLUCIÓN, POR VÍA ORAL	5	QL (1800 ML por 30 días)
SELZENTRY, COMPRIMIDOS DE 25 MG, POR VÍA ORAL	4	QL (240 de EA por 30 días)
SELZENTRY, COMPRIMIDOS DE 75 MG, POR VÍA ORAL	5	QL (120 de EA por 30 días)
SUNLENCA, COMPRIMIDOS, CAJA DE 4 X 300 MG, POR VÍA ORAL	5	QL (8 de EA por 365 días)
SUNLENCA, COMPRIMIDOS DE 5 X 300 MG, POR VÍA ORAL	5	QL (10 de EA por 365 días)
SUNLENCA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	QL (3 ML por 180 días)
TRIUMEQ	5	QL (30 de EA por 30 días)
TRIUMEQ PD	5	QL (180 de EA por 30 días)
TYBOST	3	QL (30 de EA por 30 días)
Fármacos antirretrovíricos, inhibidores de la proteasa		
APTIVUS, CÁPSULAS, POR VÍA ORAL	5	
APTIVUS, SOLUCIÓN, POR VÍA ORAL	4	
<i>atazanavir sulfate</i>	4	
<i>darunavir, comprimidos de 600 mg, por vía oral</i>	5	QL (60 de EA por 30 días)
<i>darunavir, comprimidos de 800 mg, por vía oral</i>	5	QL (30 de EA por 30 días)
EVOTAZ	5	QL (30 de EA por 30 días)
<i>fosamprenavir calcium</i>	5	
LEXIVA, SUSPENSIÓN, POR VÍA ORAL	4	

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad **B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** 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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 7.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>lopinavir-ritonavir</i>	4	
NORVIR, CAJA, POR VÍA ORAL	4	
PREZCOBIX	5	QL (30 de EA por 30 días)
PREZISTA, SUSPENSIÓN, POR VÍA ORAL	5	QL (400 ML por 30 días)
PREZISTA, COMPRIMIDOS DE 150 MG, POR VÍA ORAL	3	QL (240 de EA por 30 días)
PREZISTA, COMPRIMIDOS DE 75 MG, POR VÍA ORAL	3	QL (480 de EA por 30 días)
REYATAZ, CAJA, POR VÍA ORAL	5	
RITONAVIR	3	
VIRACEPT, COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL	5	
Fármacos antigripales		
<i>oseltamivir phosphate, por vía oral</i>	2	
RELENZA DISKHALER, INHALACIÓN DE POLVO DE AEROSOL ACTIVADO CON EL ALIENTO, 5 MG/ACT	3	
<i>rimantadine hcl</i>	2	
XOFLUZA, CAJA DE COMPRIMIDOS DE 1 X 40 MG, DOSIS DE 40 MG, POR VÍA ORAL	4	QL (4 de EA por 365 días)
XOFLUZA, CAJA DE COMPRIMIDOS DE 1 X 80 MG, DOSIS DE 80 MG, POR VÍA ORAL	4	QL (2 de EA por 365 días)
XOFLUZA, CAJA DE COMPRIMIDOS DE 2 X 40 MG, DOSIS DE 80 MG, POR VÍA ORAL	4	QL (4 de EA por 365 días)
Fármacos ansiolíticos		
Fármacos ansiolíticos, otros		
<i>buspirone hcl, por vía oral</i>	2	
<i>hydroxyzine pamoate, cápsulas de 25 mg, 50 mg, por vía oral</i>	4	
Benzodiazepinas		
<i>alprazolam, comprimidos, por vía oral</i>	2	QL (150 de EA por 30 días)
<i>chlordiazepoxide hcl</i>	2	
<i>clonazepam, comprimidos de 0.5 mg, 1 mg, por vía oral</i>	2	QL (90 de EA por 30 días)
<i>clonazepam, comprimidos de 2 mg, por vía oral</i>	2	QL (300 de EA por 30 días)
<i>clonazepam, comprimidos dispersables de 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, por vía oral</i>	2	QL (90 de EA por 30 días)
<i>clonazepam, comprimidos dispersables de 2 mg, por vía oral</i>	2	QL (300 de EA por 30 días)
<i>clorazepate dipotassium, comprimidos de 15 mg, 3.75 mg, por vía oral</i>	2	QL (180 de EA por 30 días)
<i>clorazepate dipotassium, comprimidos de 7.5 mg, por vía oral</i>	2	QL (360 de EA por 30 días)
<i>diazepam intensol</i>	2	QL (240 ML por 30 días)
<i>diazepam, solución de 5 mg/5 ml, por vía oral</i>	2	QL (1200 ML por 30 días)

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad **B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** 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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 7.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>diazepam, comprimidos, por vía oral</i>	2	QL (120 de EA por 30 días)
LORAZEPAM INTENSOL	2	QL (150 ML por 30 días)
<i>lorazepam, comprimidos, por vía oral</i>	2	QL (150 de EA por 30 días)
Fármacos para el trastorno bipolar		
Fármacos estabilizadores del estado de ánimo		
<i>carbamazepine, cápsulas de liberación prolongada hasta 12 horas, por vía oral</i>	2	
<i>divalproex sodium, comprimidos de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>	2	
<i>divalproex sodium, cápsulas con gránulos dispersables, de liberación retardada, por vía oral</i>	2	
<i>divalproex sodium, comprimidos de liberación retardada, por vía oral</i>	2	
<i>lithium carbonate, de liberación prolongada</i>	2	
<i>lithium carbonate, por vía oral</i>	1	
Reguladores de la glucosa en sangre		
Fármacos antidiabéticos		
<i>acarbose, por vía oral</i>	2	
BYDUREON BCISE	3	PA; QL (3.4 ML por 28 días)
BYETTA, SOLUCIÓN DE 10 MCG EN PLUMA INYECTORA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	3	PA; QL (2.4 ML por 30 días)
BYETTA, SOLUCIÓN DE 5 MCG EN PLUMA INYECTORA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	3	PA; QL (1.2 ML por 30 días)
CYCLOSET	4	
FARXIGA	3	QL (30 de EA por 30 días)
<i>glimepiride</i>	1	
<i>glipizide, de liberación prolongada</i>	1	
<i>glipizide, por vía oral</i>	1	
<i>glipizide-metformin hcl</i>	1	
GLYXAMBI	3	QL (30 de EA por 30 días)
GVOKE HYPOPEN, CAJA DE 2	3	
GVOKE, KIT	3	
GVOKE, PFS	3	
INVOKAMET	4	ST; QL (60 de EA por 30 días)
INVOKAMET XR	4	ST; QL (60 de EA por 30 días)
INVOKANA	4	ST; QL (30 de EA por 30 días)
JANUMET	3	QL (60 de EA por 30 días)

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad **B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** 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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 7.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
JANUMET XR, COMPRIMIDOS DE 100-1000 MG, DE LIBERACIÓN PROLONGADA HASTA 24 HORAS, POR VÍA ORAL	3	QL (30 de EA por 30 días)
JANUMET XR, COMPRIMIDOS DE 50-1000 MG, 50-500 MG, DE LIBERACIÓN PROLONGADA HASTA 24 HORAS, POR VÍA ORAL	3	QL (60 de EA por 30 días)
JANUVIA	3	QL (30 de EA por 30 días)
JARDIANCE	3	QL (30 de EA por 30 días)
JENTADUETO	3	QL (60 de EA por 30 días)
JENTADUETO XR	3	QL (30 de EA por 30 días)
KOMBIGLYZE XR, COMPRIMIDOS DE 2.5-1000 MG, DE LIBERACIÓN PROLONGADA HASTA 24 HORAS, POR VÍA ORAL	4	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	4	ST; QL (30 de EA por 30 días)
<i>metformin hcl, de liberación prolongada</i>	1	
<i>metformin hcl, comprimidos de 1000 mg, 500 mg, 850 mg, por vía oral</i>	1	
<i>miglitol</i>	4	
MOUNJARO	3	PA; QL (2 ML por 28 días)
<i>nateglinide</i>	2	
ONGLYZA	4	ST; QL (30 de EA por 30 días)
OZEMPIC, SOLUCIÓN DE 2 MG/3 ML, DOSIS DE 0.25 MG O 0.5 MG, EN PLUMA INYECTORA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	4	PA; QL (3 ML por 28 días)
OZEMPIC, SOLUCIÓN DE 4 MG/3 ML, DOSIS DE 1 MG, EN PLUMA INYECTORA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	4	PA; QL (3 ML por 28 días)
OZEMPIC, DOSIS DE 2 MG	4	PA; QL (3 ML por 28 días)
<i>pioglitazone hcl</i>	1	
<i>pioglitazone hcl-glimepiride</i>	2	
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl</i>	2	
<i>repaglinide</i>	1	
SYMLINPEN 120, SOLUCIÓN EN PLUMA INYECTORA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	ST; QL (10.8 ML por 30 días)
SYMLINPEN 60, SOLUCIÓN EN PLUMA INYECTORA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	ST; QL (12 ML por 30 días)
SYNJARDY	3	QL (60 de EA por 30 días)
SYNJARDY XR, COMPRIMIDOS DE 10-1000 MG, 25-1000 MG, DE LIBERACIÓN PROLONGADA HASTA 24 HORAS, POR VÍA ORAL	3	QL (30 de EA por 30 días)
SYNJARDY XR, COMPRIMIDOS DE 12.5-1000 MG, 5-1000 MG, DE LIBERACIÓN PROLONGADA HASTA 24 HORAS, POR VÍA ORAL	3	QL (60 de EA por 30 días)
TRADJENTA	3	QL (30 de EA por 30 días)

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad **B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** 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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 7.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
TRIJARDY XR, COMPRIMIDOS DE 10-5-1000 MG, 25-5-1000 MG, DE LIBERACIÓN PROLONGADA HASTA 24 HORAS, POR VÍA ORAL	3	QL (30 de EA por 30 días)
TRIJARDY XR, COMPRIMIDOS DE 12.5-2.5-1000 MG, 5-2.5-1000 MG, DE LIBERACIÓN PROLONGADA HASTA 24 HORAS, POR VÍA ORAL	3	QL (60 de EA por 30 días)
TRULICITY	3	PA; QL (2 ML por 28 días)
VICTOZA, SOLUCIÓN EN PLUMA INYECTORA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	4	PA; QL (9 ML por 30 días)
XIGDUO XR, COMPRIMIDOS DE 10-1000 MG, 10-500 MG, 5-500 MG, DE LIBERACIÓN PROLONGADA HASTA 24 HORAS, POR VÍA ORAL	3	QL (30 de EA por 30 días)
XIGDUO XR, COMPRIMIDOS DE 2.5-1000 MG, 5-1000 MG, DE LIBERACIÓN PROLONGADA HASTA 24 HORAS, POR VÍA ORAL	3	QL (60 de EA por 30 días)
XULTOPHY	3	QL (15 ML por 30 días)
Fármacos para el control glucémico		
BAQSIMI, UNA CAJA	3	
BAQSIMI, DOS CAJAS	3	
<i>diazoxide, por vía oral</i>	5	
GLUCAGEN HYPOKIT	3	
<i>kit de glucagón para emergencias, por vía inyectable</i>	3	
KORLYM	5	PA; QL (120 de EA por 30 días)
Insulinas		
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>	3	
EXEL COMFORT POINT, AGUJAS PARA PLUMA DE 29 G X 12 MM	1	
HUMALOG, POR VÍA INYECTABLE	2	
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	2	
HUMALOG KWIKPEN, SOLUCIÓN EN PLUMA INYECTORA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	2	
HUMALOG MIX 50/50	2	
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN, SUSPENSIÓN EN PLUMA INYECTORA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	2	
HUMALOG MIX 75/25	2	

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad **B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** 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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 7.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN, SUSPENSIÓN EN PLUMA INYECTORA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	2	
HUMALOG, CARTUCHO DE SOLUCIÓN, POR VÍA SUBCUTÁNEA	2	
HUMULIN 70/30	2	
HUMULIN 70/30 KWIKPEN, SUSPENSIÓN EN PLUMA INYECTORA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	2	
HUMULIN N	2	
HUMULIN N KWIKPEN, SUSPENSIÓN EN PLUMA INYECTORA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	2	
HUMULIN R	2	
HUMULIN R U-500, CONCENTRADO	5	
HUMULIN R U-500 KWIKPEN, SUSPENSIÓN EN PLUMA INYECTORA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	
<i>insulin asp prot y asp flexpen</i>	4	
<i>insulin aspart, flexpen</i>	4	ST
<i>insulin aspart, inyectable</i>	4	ST
<i>insulin aspart, penfill</i>	4	ST
<i>insulin aspart prot y aspart</i>	4	ST
<i>insulin lispro, por vía inyectable</i>	2	
LANTUS	3	
LANTUS SOLOSTAR, SOLUCIÓN EN PLUMA INYECTORA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	3	
LYUMJEV	2	
LYUMJEV KWIKPEN	2	
<i>preferred plus, jeringa de insulina de 28 g x 1/2" 0.5 ml</i>	1	
RELI-ON, JERINGA DE INSULINA DE 29G 0.3 ML	1	
SOLIQUA	3	QL (15 ML por 25 días)
TOUJEO MAX SOLOSTAR	3	
TOUJEO SOLOSTAR	3	
KIT V-GO 20, 20 UNIDADES/24 HORAS	3	
KIT V-GO 30, 30 UNIDADES/24 HORAS	3	
KIT V-GO 40, 40 UNIDADES/24 HORAS	3	
Hemoderivados y biomoduladores		
Anticoagulantes		
<i>dabigatran etexilate mesylate</i>	4	QL (60 de EA por 30 días)

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad **B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** 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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 7.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
ELIQUIS	3	QL (74 de EA por 30 días)
ELIQUIS DVT/PE, TRATAMIENTO INICIAL, EN CAJA, POR VÍA ORAL	3	QL (74 de EA por 30 días)
<i>enoxaparin sodium, solución de 100 mg/ml, 150 mg/ml en jeringa precargada, por vía inyectable</i>	4	QL (60 ML por 30 días)
<i>enoxaparin sodium, solución inyectable de 120 mg/0.8 ml, 80 mg/0.8 ml, jeringa precargada</i>	4	QL (48 ML por 30 días)
<i>enoxaparin sodium, solución inyectable de 30 mg/0.3 ml, jeringa precargada</i>	4	QL (18 ML por 30 días)
<i>enoxaparin sodium, solución de 40 mg/0.4 ml en jeringa precargada, por vía inyectable</i>	4	QL (24 ML por 30 días)
<i>enoxaparin sodium, solución inyectable de 60 mg/0.6 ml, jeringa precargada</i>	4	QL (36 ML por 30 días)
<i>fondaparinux sodium, solución de 10 mg/0.8 ml, por vía subcutánea</i>	5	QL (24 ML por 30 días)
<i>fondaparinux sodium, solución subcutánea de 2.5 mg/0.5 ml</i>	4	QL (15 ML por 30 días)
<i>fondaparinux sodium, solución de 5 mg/0.4 ml, por vía subcutánea</i>	5	QL (12 ML por 30 días)
<i>fondaparinux sodium, solución de 7.5 mg/0.6 ml, por vía subcutánea</i>	5	QL (18 ML por 30 días)
FRAGMIN, SOLUCIÓN DE 10000 UNIDADES/ML, 7500 UNIDADES/0.3 ML, EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	
FRAGMIN, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA DE 2500 UNIT/0.2 ML, 5000 UNIT/0.2 ML, JERINGA PRECARGADA	4	
<i>heparin sodium (porcine), solución de 1000 unidades/ml, 10000 unidades/ml, 20000 unidades/ml, 5000 unidades/ml, por vía inyectable</i>	2	HI
<i>jantoven</i>	1	
PRADAXA, CÁPSULAS DE 110 MG, POR VÍA ORAL	4	QL (60 de EA por 30 días)
<i>warfarin sodium, por vía oral</i>	1	
XARELTO, SUSPENSIÓN ORAL, RECONSTITUIDA	3	QL (620 ML por 30 días)
XARELTO, COMPRIMIDOS DE 10 MG, 20 MG, POR VÍA ORAL	3	QL (30 de EA por 30 días)
XARELTO, COMPRIMIDOS DE 15 MG, 2.5 MG, POR VÍA ORAL	3	QL (60 de EA por 30 días)
XARELTO, TRATAMIENTO INICIAL, CAJA	3	QL (51 de EA por 30 días)
Hemoderivados y biomoduladores, otros		
<i>anagrelide hcl</i>	2	

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad **B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** 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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 7.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
LEUKINE, SOLUCIÓN RECONSTITUIDA, POR VÍA INYECTABLE	5	
NIVESTYM, SOLUCIÓN EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA INYECTABLE	5	PA
NYVEPRIA	5	
PROCRIT, SOLUCIÓN DE 10000 UNIDADES/ML, 2000 UNIDADES/ML, 3000 UNIDADES/ML, POR VÍA INYECTABLE	3	B/D
PROCRIT, SOLUCIÓN DE 20000 UNIDADES/ML, 40000 UNIDADES/ML, POR VÍA INYECTABLE	5	B/D
PROCRIT, SOLUCIÓN DE 4000 UNIDADES/ML, POR VÍA INYECTABLE	4	B/D
PROMACTA, CAJA, 12.5 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; LA; QL (30 de EA por 30 días)
PROMACTA, CAJA, 25 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; LA; QL (180 de EA por 30 días)
PROMACTA, COMPRIMIDOS, 12.5 MG Y 25 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; LA; QL (30 de EA por 30 días)
PROMACTA, COMPRIMIDOS, 50 MG Y 75 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; LA; QL (60 de EA por 30 días)
PIRUKYND	5	PA; QL (56 de EA por 28 días)
PYRUKYND TAPER, CAJA	5	PA; QL (56 de EA por 28 días)
RETACRIT, SOLUCIÓN DE 10000 UNIDADES/ML, 10000 UNIDADES/ML (1ML), 2000 UNIDADES/ML, 20000 UNIDADES/ML, 3000 UNIDADES/ML, 4000 UNIDADES/ML, 40000 UNIDADES/ML, POR VÍA INYECTABLE	4	B/D
Fármacos hemostáticos		
<i>tranexamic acid, por vía oral</i>	2	
Fármacos antiagregantes plaquetarios		
<i>aspirin-dipyridamole, de liberación prolongada</i>	4	
BRILINTA	3	QL (60 de EA por 30 días)
<i>cilostazol</i>	2	
<i>clopidogrel bisulfate, comprimidos de 75 mg, por vía oral</i>	1	
<i>prasugrel hcl</i>	3	
Fármacos cardiovasculares		
Fármacos agonistas adrenérgicos alfa		
<i>clonidine</i>	2	
<i>clonidine hcl, por vía oral</i>	1	
<i>droxidopa</i>	5	PA
<i>guanfacine hcl, por vía oral</i>	4	
<i>midodrine hcl</i>	2	
Fármacos bloqueadores alfa adrenérgicos		
<i>doxazosin mesylate, por vía oral</i>	2	

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad **B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** 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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 7.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>prazosin hcl, por vía oral</i>	2	
<i>terazosin hcl, por vía oral</i>	1	
Fármacos antagonistas de los receptores de la angiotensina II		
<i>candesartan cilexetil</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	
Fármacos inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ECA)		
<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	
Fármacos antiarrítmicos		
<i>amiodarone hcl, comprimidos de 200 mg, por vía oral</i>	2	
<i>disopyramide phosphate, por vía oral</i>	2	
<i>dofetilide</i>	4	
<i>flecainide acetate</i>	2	
<i>mexiletine hcl, por vía oral</i>	2	
MULTAQ	3	
<i>pacerone, comprimidos de 200 mg, por vía oral</i>	2	
<i>propafenone hcl</i>	2	
<i>propafenone hcl, de liberación prolongada</i>	4	
<i>quinidine gluconate, de liberación prolongada</i>	4	
<i>quinidine sulfate, por vía oral</i>	2	
SORINE	2	
<i>sotalol hcl (af)</i>	2	

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad **B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** 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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 7.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>sotalol hcl, por vía oral</i>	2	
Fármacos bloqueadores beta adrenérgicos		
<i>acebutolol hcl, por vía oral</i>	2	
<i>atenolol, por vía oral</i>	1	
<i>betaxolol hcl, por vía oral</i>	2	
<i>bisoprolol fumarate, por vía oral</i>	2	
<i>carvedilol</i>	1	
<i>carvedilol phosphate, de liberación prolongada</i>	4	
<i>labetalol hcl, por vía oral</i>	2	
<i>metoprolol succinate, de liberación prolongada</i>	2	
<i>metoprolol tartrate, comprimidos de 100 mg, 25 mg, 50 mg, por vía oral</i>	1	
<i>nadolol, comprimidos de 20 mg, 40 mg, 80 mg, por vía oral</i>	2	
<i>nebivolol hcl</i>	4	
<i>pindolol</i>	2	
<i>propranolol hcl, de liberación prolongada</i>	2	
<i>propranolol hcl, solución, por vía oral</i>	2	
<i>propranolol hcl, comprimidos, por vía oral</i>	1	
<i>timolol maleate, por vía oral</i>	2	
Fármacos bloqueadores de los canales de calcio, con dihidropiridinas		
<i>amlodipine besylate, por vía oral</i>	1	
<i>felodipine, de liberación prolongada</i>	2	
<i>isradipine</i>	2	
<i>nicardipine hcl, por vía oral</i>	4	
<i>nifedipine, de liberación prolongada</i>	2	
<i>nifedipine, de liberación osmótica prolongada</i>	2	
<i>nimodipine, por vía oral</i>	4	
Fármacos bloqueadores de los canales de calcio, sin dihidropiridinas		
<i>cartia xt</i>	2	
<i>diltiazem hcl, cápsulas de 360 mg, 420 mg, perlas de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>	2	
<i>diltiazem hcl, cápsulas, perlas recubiertas de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>	2	
<i>diltiazem hcl, cápsulas de liberación prolongada hasta 12 horas, por vía oral</i>	2	

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad **B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA-**cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** 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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 7.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>diltiazem hcl, por vía oral</i>	2	
<i>dilt-xr</i>	2	
<i>taztia xt</i>	2	
<i>verapamil hcl, de liberación prolongada</i>	2	
<i>verapamil hcl, por vía oral</i>	1	
Fármacos cardiovasculares, otros		
<i>acetazolamide, por vía oral</i>	2	
<i>aliskiren fumarate</i>	4	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>amlodipine besy-benazepril hcl</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>	4	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	4	
<i>digoxin, solución oral</i>	4	
<i>digoxin, comprimidos, por vía oral, 125 mcg, 250 mcg</i>	4	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	1	
ENTRESTO	3	QL (60 de EA por 30 días)
<i>filspari</i>	5	PA; QL (30 de EA por 30 días)
<i>fosinopril sodium-hctz</i>	1	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>losartan potassium-hctz</i>	1	
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>metyrosine</i>	5	
NEXLETOL	4	PA; QL (30 de EA por 30 días)

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad **B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** 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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 7.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
NEXLIZET	4	PA; QL (30 de EA por 30 días)
<i>olmesartan medoxomil-hctz</i>	1	
<i>olmesartan-amlodipine-hctz</i>	1	
ORLADEYO	5	PA; QL (30 de EA por 30 días)
<i>pentoxifylline, de liberación prolongada</i>	2	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>ranolazine, de liberación prolongada</i>	2	
<i>spironolactone-hctz</i>	2	
<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, de liberación prolongada</i>	1	
<i>triamterene-hctz, cápsulas de 37.5-25 mg, por vía oral</i>	2	
<i>triamterene-hctz, comprimidos, por vía oral</i>	2	
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	1	
VECAMYL	5	
VERQUVO	4	PA; QL (30 de EA por 30 días)
Fármacos diuréticos, de asa		
<i>bumetanide, por vía oral</i>	2	
<i>ethacrynic acid, por vía oral</i>	4	
<i>furosemide, por vía inyectable</i>	4	HI
<i>furosemide, solución de 10 mg/ml, por vía oral</i>	2	
<i>furosemide, solución de 8 mg/ml, por vía oral</i>	1	
<i>furosemide, comprimidos, por vía oral</i>	1	
<i>torseamide, por vía oral</i>	1	
Fármacos diuréticos ahorradores de potasio		
<i>amiloride hcl, por vía oral</i>	2	
<i>eplerenone</i>	2	
KERENDIA	4	PA; QL (30 de EA por 30 días)
<i>spironolactone, por vía oral</i>	1	
<i>triamterene, por vía oral</i>	4	
Fármacos diuréticos tiazídicos		
<i>chlorthalidone, comprimidos de 25 mg, 50 mg, por vía oral</i>	2	
<i>hydrochlorothiazide, por vía oral</i>	1	
<i>indapamide, por vía oral</i>	2	
<i>metolazone</i>	2	

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad **B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** 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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 7.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
Fármacos derivados del ácido fibríco para el tratamiento de dislipidemias		
<i>fenofibrate micronized, cápsulas de 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg, por vía oral</i>	2	
<i>fenofibrate, comprimidos de 145 mg, 160 mg, 48 mg, 54 mg, por vía oral</i>	2	
<i>fenofibric acid, cápsulas de liberación retardada, por vía oral</i>	2	
<i>gemfibrozil, por vía oral</i>	1	
Fármacos inhibidores de la Hmg Coa reductasa para el tratamiento de dislipidemias		
<i>atorvastatin calcium, comprimidos de 10 mg, por vía oral</i>	1	QL (240 de EA por 30 días)
<i>atorvastatin calcium, comprimidos de 20 mg, por vía oral</i>	1	QL (120 de EA por 30 días)
<i>atorvastatin calcium, comprimidos de 40 mg, por vía oral</i>	1	QL (60 de EA por 30 días)
<i>atorvastatin calcium, comprimidos de 80 mg, por vía oral</i>	1	QL (30 de EA por 30 días)
<i>fluvastatin sodium, de liberación prolongada</i>	4	QL (30 de EA por 30 días)
<i>fluvastatin sodium, cápsulas de 20 mg, por vía oral</i>	4	QL (120 de EA por 30 días)
<i>fluvastatin sodium, cápsulas de 40 mg, por vía oral</i>	4	QL (60 de EA por 30 días)
<i>lovastatin, comprimidos de 10 mg, 20 mg, por vía oral</i>	1	QL (120 de EA por 30 días)
<i>lovastatin, comprimidos de 40 mg, por vía oral</i>	1	QL (60 de EA por 30 días)
<i>pravastatin sodium, comprimidos de 10 mg, 20 mg, por vía oral</i>	1	QL (120 de EA por 30 días)
<i>pravastatin sodium, comprimidos de 40 mg, por vía oral</i>	1	QL (60 de EA por 30 días)
<i>pravastatin sodium, comprimidos de 80 mg, por vía oral</i>	1	QL (30 de EA por 30 días)
<i>rosuvastatin calcium, comprimidos de 10 mg, 5 mg, por vía oral</i>	1	QL (120 de EA por 30 días)
<i>rosuvastatin calcium, comprimidos de 20 mg, por vía oral</i>	1	QL (60 de EA por 30 días)
<i>rosuvastatin calcium, comprimidos de 40 mg, por vía oral</i>	1	QL (30 de EA por 30 días)
<i>simvastatin, comprimidos de 10 mg, 20 mg, 5 mg, por vía oral</i>	1	QL (120 de EA por 30 días)
<i>simvastatin, comprimidos de 40 mg, por vía oral</i>	1	QL (60 de EA por 30 días)
<i>simvastatin, comprimidos de 80 mg, por vía oral</i>	1	QL (30 de EA por 30 días)
Fármacos para el tratamiento de dislipidemias, otros		
<i>cholestyramine light, caja, por vía oral</i>	2	
<i>cholestyramine, caja, por vía oral</i>	2	
<i>colesevelam hcl, caja, por vía oral</i>	4	
<i>colesevelam hcl, comprimidos, por vía oral</i>	3	
<i>colestipol hcl, caja, por vía oral</i>	2	
<i>colestipol hcl, comprimidos, por vía oral</i>	2	
<i>ezetimibe</i>	2	
<i>ezetimibe-rosuvastatin</i>	2	QL (30 de EA por 30 días)
<i>ezetimibe-simvastatin</i>	2	QL (30 de EA por 30 días)

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad **B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** 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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 7.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>icosapent ethyl</i>	4	PA
LEQVIO	5	PA; QL (4.5 ML por 365 días)
<i>niacin (antihyperlipidemic), comprimidos de 1000 mg de liberación prolongada, por vía oral</i>	2	QL (60 de EA por 30 días)
<i>niacin (antihyperlipidemic), comprimidos de 500 mg, 750 mg, de liberación prolongada, por vía oral</i>	2	QL (30 de EA por 30 días)
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	2	
<i>prevalite, caja, por vía oral</i>	2	
REPATHA	3	PA; QL (2 ML por 28 días)
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	3	PA; QL (3.5 ML por 30 días)
REPATHA, SURECLICK	3	PA; QL (2 ML por 28 días)
Fármacos vasodilatadores, de acción directa sobre arterias y venas		
<i>isosorbide dinitrate, comprimidos de 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, por vía oral</i>	2	
<i>isosorbide mononitrate</i>	2	
<i>isosorbide mononitrate, de liberación prolongada</i>	2	
NITRO-BID	3	
<i>nitroglycerin, por vía sublingual</i>	2	
<i>nitroglycerin, parche transdérmico de 24 horas</i>	2	
<i>nitroglycerin, solución, por vía translingual</i>	2	
RECTIV	4	QL (30 GM por 30 días)
Fármacos vasodilatadores, de acción arterial directa		
<i>hydralazine hcl, por vía oral</i>	1	
<i>minoxidil, por vía oral</i>	2	
Fármacos que actúan sobre el sistema nervioso central		
Fármacos para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, con anfetaminas		
<i>amphetamine-dextroamphet, cápsulas de 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg, de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>	4	QL (30 de EA por 30 días)
<i>amphetamine-dextroamphet, cápsulas de 20 mg, 30 mg, de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>	4	QL (60 de EA por 30 días)
<i>amphetamine-dextroamphetamine, comprimidos de 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 5 mg, 7.5 mg, por vía oral</i>	2	QL (120 de EA por 30 días)
<i>amphetamine-dextroamphetamine, comprimidos de 20 mg, por vía oral</i>	2	QL (90 de EA por 30 días)
<i>amphetamine-dextroamphetamine, comprimidos de 30 mg, por vía oral</i>	2	QL (60 de EA por 30 días)

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad **B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** 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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 7.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>dextroamphetamine sulfate, cápsulas de 10 mg, 5 mg, de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>	2	QL (60 de EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate, cápsulas de 15 mg, de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>	2	QL (120 de EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate, comprimidos de 10 mg, por vía oral</i>	2	QL (180 de EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate, comprimidos de 5 mg, por vía oral</i>	2	QL (60 de EA por 30 días)
Fármacos para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, sin anfetaminas		
<i>atomoxetine hcl, cápsulas de 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg, por vía oral</i>	2	QL (60 de EA por 30 días)
<i>atomoxetine hcl, cápsulas de 100 mg, 60 mg, 80 mg, por vía oral</i>	2	QL (30 de EA por 30 días)
<i>clonidine hcl, comprimidos de liberación prolongada hasta 12 horas, por vía oral</i>	2	
<i>dexmethylphenidate hcl</i>	4	QL (60 de EA por 30 días)
<i>dexmethylphenidate hcl, de liberación prolongada</i>	4	QL (30 de EA por 30 días)
<i>guanfacine hcl, de liberación prolongada</i>	4	QL (30 de EA por 30 días)
<i>methylphenidate hcl (cd), de liberación prolongada</i>	2	QL (30 de EA por 30 días)
<i>methylphenidate hcl (la), cápsulas de 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>	2	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>	4	QL (30 de EA por 30 días)
<i>methylphenidate hcl er (osm), comprimidos de 27 mg, de liberación prolongada, por vía oral</i>	4	QL (60 de EA por 30 días)
<i>methylphenidate hcl er, comprimidos de liberación prolongada, por vía oral</i>	2	QL (90 de EA por 30 días)
<i>methylphenidate hcl, comprimidos de 18 mg, 36 mg, 54 mg, de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>	4	QL (30 de EA por 30 días)
<i>methylphenidate hcl, comprimidos de 27 mg, de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>	4	QL (60 de EA por 30 días)
<i>methylphenidate hcl, solución de 10 mg/5 ml, por vía oral</i>	2	QL (1500 ML por 30 días)
<i>methylphenidate hcl, solución de 5 mg/5 ml, por vía oral</i>	2	QL (3000 ML por 30 días)
<i>methylphenidate hcl, comprimidos, por vía oral</i>	2	QL (90 de EA por 30 días)
<i>methylphenidate hcl, tabletas masticables, por vía oral</i>	2	
QELBREE, CÁPSULAS DE 100 MG, DE LIBERACIÓN PROLONGADA HASTA 24 HORAS, POR VÍA ORAL	4	PA; QL (30 de EA por 30 días)
QELBREE, CÁPSULAS DE 150 MG, 200 MG, DE LIBERACIÓN PROLONGADA HASTA 24 HORAS, POR VÍA ORAL	4	PA; QL (90 de EA por 30 días)

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad **B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** 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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 7.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
Fármacos que actúan sobre el sistema nervioso central, otros		
AUSTEDO, COMPRIMIDOS DE 12 MG, 9 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (120 de EA por 30 días)
AUSTEDO, COMPRIMIDOS DE 6 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (60 de EA por 30 días)
AUSTEDO XR, COMPRIMIDOS DE 12 MG, 6 MG, DE LIBERACIÓN PROLONGADA HASTA 24 HORAS, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (90 de EA por 30 días)
AUSTEDO XR, COMPRIMIDOS DE 24 MG, DE LIBERACIÓN PROLONGADA HASTA 24 HORAS, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (60 de EA por 30 días)
AUSTEDO XR, VALORACIÓN DEL PACIENTE	5	PA; QL (42 de EA por 28 días)
DAYBUE	5	PA; QL (3600 ML por 28 días)
EVRYSDI	5	PA; QL (240 ML por 30 días)
FIRDAPSE	5	PA; QL (240 de EA por 30 días)
INGREZZA	5	PA; QL (30 de EA por 30 días)
NUDEXTA	5	PA; QL (60 de EA por 30 días)
RADICAVA ORS	5	PA; QL (70 ML por 28 días)
RADICAVA ORS, KIT DE INICIO	5	PA; QL (70 ML por 28 días)
RELYVRIO	5	PA; QL (56 de EA por 28 días)
<i>riluzole</i>	2	
SKYCLARYS	5	PA; QL (90 de EA por 30 días)
<i>tetrabenazine, comprimidos de 12.5 mg, por vía oral</i>	5	PA; QL (90 de EA por 30 días)
<i>tetrabenazine, comprimidos de 25 mg, por vía oral</i>	5	PA; QL (120 de EA por 30 días)
Fármacos para tratar la fibromialgia		
<i>duloxetine hcl, cápsulas de 20 mg, con partículas de liberación retardada, por vía oral</i>	2	QL (180 de EA por 30 días)
<i>duloxetine hcl, cápsulas de 30 mg, con partículas de liberación retardada, por vía oral</i>	2	QL (120 de EA por 30 días)
<i>duloxetine hcl, cápsulas de 60 mg, con partículas de liberación retardada, por vía oral</i>	2	QL (60 de EA por 30 días)
<i>pregabalin, cápsulas de 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg, por vía oral</i>	2	QL (90 de EA por 30 días)
<i>pregabalin, cápsulas de 225 mg, 300 mg, por vía oral</i>	2	QL (60 de EA por 30 días)
<i>pregabalin, solución, por vía oral</i>	2	QL (900 ML por 30 días)
Fármacos para tratar la esclerosis múltiple		
AVONEX PEN, KIT DE PLUMA AUTOINYECTORA, POR VÍA INTRAMUSCULAR	5	PA; QL (4 de EA por 28 días)
AVONEX, KIT DE JERINGA PRECARGADA, POR VÍA INTRAMUSCULAR	5	PA; QL (4 de EA por 28 días)
BETASERON, KIT, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (15 de EA por 30 días)
<i>dalfampridine, de liberación prolongada</i>	5	PA; QL (60 de EA por 30 días)

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad **B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** 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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 7.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>dimethyl fumarate, por vía oral</i>	5	PA; QL (60 de EA por 30 días)
<i>dimethyl fumarate, tratamiento inicial, caja</i>	5	PA; QL (60 de EA por 30 días)
<i> fingolimod hcl</i>	5	PA; QL (30 de EA por 30 días)
<i>glatiramer acetate, solución subcutánea de 20 mg/ml, jeringa precargada</i>	5	PA; QL (30 ML por 30 días)
<i>glatiramer acetate, solución subcutánea de 40 mg/ml, jeringa precargada</i>	5	PA; QL (12 ML por 28 días)
GLATOPA, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA DE 20 MG/ML, JERINGA PRECARGADA	5	PA; QL (30 ML por 30 días)
GLATOPA, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA DE 40 MG/ML, JERINGA PRECARGADA	5	PA; QL (12 ML por 28 días)
PLEGRIDY	5	PA; QL (1 ML por 28 días)
PLEGRIDY, TRATAMIENTO INICIAL, CAJA	5	PA; QL (1 ML por 28 días)
REBIF REBIDOSE, SOLUCIÓN EN PLUMA AUTOINYECTORA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (6 ML por 30 días)
REBIF REBIDOSE TITRATION, SOLUCIÓN EN PLUMA AUTOINYECTORA, CAJA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (6 ML por 30 días)
REBIF, SOLUCIÓN EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (6 ML por 30 días)
REBIF TITRATION, SOLUCIÓN EN JERINGA PRECARGADA, CAJA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (6 ML por 30 días)
<i>teriflunomide</i>	5	PA; QL (30 de EA por 30 días)
Fármacos para tratar problemas dentales y bucales		
Fármacos para tratar problemas dentales y bucales		
<i>cevimeline hcl</i>	2	
<i>chlorhexidine gluconate, tratamiento para la boca y garganta</i>	2	
<i>denta 5000 plus</i>	2	
<i>pilocarpine hcl, por vía oral</i>	2	
<i>sf</i>	2	
<i>sf 5000 plus</i>	2	
<i>sodium fluoride 5000 plus</i>	2	
<i>sodium fluoride 5000 ppm</i>	2	
<i>sodium fluoride, crema dental</i>	2	
<i>sodium fluoride, gel dental al 1.1 %</i>	2	
<i>triamcinolone acetonide, tratamiento para la boca y la garganta</i>	2	

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad **B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** 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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 7.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
Fármacos dermatológicos		
Fármacos para el tratamiento del acné y la rosácea		
<i>acitretin</i>	4	
<i>adapalene, gel al 0.3 %, de uso tópico</i>	4	
<i>amnesteem</i>	3	
<i>azelaic acid, de uso tópico</i>	2	
CLARAVIS	3	
<i>clindamycin phos-benzoyl perox, gel al 1-5 %, de uso tópico</i>	2	
<i>isotretinoin, cápsulas de 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, por vía oral</i>	3	
<i>tazarotene, crema de uso tópico</i>	4	
<i>tretinoin, crema de uso tópico</i>	2	QL (45 GM por 30 días)
<i>tretinoin, gel al 0.01 %, 0.025 %, de uso tópico</i>	2	QL (45 GM por 30 días)
<i>tretinoin, gel al 0.05 %, de uso tópico</i>	4	QL (45 GM por 30 días)
Fármacos para el tratamiento de dermatitis y prurito		
<i>alclometasone dipropionate</i>	2	
<i>ammonium lactate, de uso tópico</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate aug, gel de uso tópico</i>	2	QL (50 GM por 30 días)
<i>betamethasone dipropionate aug, loción de uso tópico</i>	2	QL (60 ML por 30 días)
<i>betamethasone dipropionate aug, ungüento de uso tópico</i>	2	QL (50 GM por 30 días)
<i>betamethasone dipropionate, crema de uso tópico</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate, loción de uso tópico</i>	2	
<i>betamethasone valerate, crema de uso tópico</i>	2	
<i>betamethasone valerate, loción de uso tópico</i>	2	QL (60 ML por 30 días)
<i>betamethasone valerate, ungüento de uso tópico</i>	2	
<i>calcipotriene-betameth diprop, ungüento de uso tópico</i>	4	
<i>clobetasol prop, emulsión</i>	2	QL (60 GM por 30 días)
<i>clobetasol propionate e</i>	2	QL (60 GM por 30 días)
<i>clobetasol propionate, crema de uso tópico</i>	2	QL (60 GM por 30 días)
<i>clobetasol propionate, gel de uso tópico</i>	2	
<i>clobetasol propionate, loción de uso tópico</i>	4	QL (118 ML por 30 días)
<i>clobetasol propionate, ungüento de uso tópico</i>	2	QL (60 GM por 30 días)
<i>clobetasol propionate, champú de uso tópico</i>	4	QL (118 ML por 30 días)
<i>clobetasol propionate, solución de uso tópico</i>	2	

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad **B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** 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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 7.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>desonide, crema de uso tópico</i>	2	QL (120 GM por 30 días)
<i>desonide, ungüento de uso tópico</i>	2	QL (120 GM por 30 días)
<i>desoximetasone, crema al 0.25 %, de uso tópico</i>	4	QL (60 GM por 30 días)
<i>desoximetasone, ungüento al 0.25 %, de uso tópico</i>	4	QL (60 GM por 30 días)
<i>doxepin hcl, de uso tópico</i>	4	QL (90 GM por 365 días)
ENSTILAR	5	
<i>fluocinolone acetone, de uso tópico</i>	2	
<i>fluocinolone acetone, para el cuero cabelludo</i>	2	
<i>fluocinonide, emulsión</i>	2	
<i>fluocinonide, crema al 0.05 %, de uso tópico</i>	2	
<i>fluocinonide, gel de uso tópico</i>	2	
<i>fluocinonide, ungüento de uso tópico</i>	2	
<i>fluocinonide, solución de uso tópico</i>	2	QL (60 ML por 30 días)
<i>fluticasone propionate, crema de uso tópico</i>	2	
<i>fluticasone propionate, ungüento de uso tópico</i>	2	
<i>halobetasol propionate, crema de uso tópico</i>	4	QL (50 GM por 30 días)
<i>halobetasol propionate, ungüento de uso tópico</i>	4	QL (50 GM por 30 días)
<i>hydrocortisone (perianal), crema al 2.5 %, de uso tópico</i>	2	
<i>hydrocortisone butyr lipo, base</i>	2	
<i>hydrocortisone butyrate, crema de uso tópico</i>	2	
<i>hydrocortisone butyrate, solución de uso tópico</i>	2	
<i>hydrocortisone, crema al 1 %, 2.5 %, de uso tópico</i>	2	
<i>hydrocortisone, loción al 2.5 %, de uso tópico</i>	2	
<i>hydrocortisone, ungüento al 2.5 %, de uso tópico</i>	2	
<i>hydrocortisone valerate, crema de uso tópico</i>	4	QL (120 GM por 30 días)
<i>hydrocortisone valerate, ungüento de uso tópico</i>	4	
HYFTOR	5	PA; QL (20 GM por 25 días)
<i>mometasone furoate, de uso tópico</i>	2	
<i>pimecrolimus</i>	3	QL (30 GM por 30 días)
<i>procto-med hc, de uso tópico</i>	2	
<i>proctosol hc, de uso tópico</i>	2	
PROCTOZONE-HC, DE USO TÓPICO	2	
<i>selenium sulfide, loción de uso tópico</i>	2	
<i>tacrolimus, ungüento de uso tópico</i>	4	QL (100 GM por 30 días)
<i>triamcinolone acetone, crema de uso tópico</i>	2	
<i>triamcinolone acetone, loción de uso tópico</i>	2	

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad **B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** 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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 7.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>triamcinolone acetonide, ungüento al 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %, de uso tópico</i>	2	
TRIDERM, CREMA AL 0.1 %, DE USO TÓPICO	2	
Fármacos dermatológicos, otros		
<i>calcipotriene, crema de uso tópico</i>	2	QL (120 GM por 30 días)
<i>calcipotriene, ungüento de uso tópico</i>	2	QL (120 GM por 30 días)
<i>calcipotriene, solución de uso tópico</i>	2	QL (120 ML por 30 días)
<i>calcitriol, de uso tópico</i>	4	ST
<i>clotrimazole-betamethasone</i>	2	QL (120 GM por 30 días)
<i>fluorouracil, crema al 5 %, de uso tópico</i>	2	QL (40 GM por 30 días)
<i>fluorouracil, solución de uso tópico</i>	2	
<i>preparación global en alcohol</i>	2	
<i>imiquimod, crema al 5 %, de uso tópico</i>	2	
KLISYRI	5	ST; QL (5 de EA por 180 días)
<i>methoxsalen, acción rápida</i>	5	
<i>nystatin-triamcinolone</i>	2	
OTEZLA, COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (60 de EA por 30 días)
PANRETIN	5	PA; QL (60 GM por 30 días)
<i>podofilox, de uso tópico</i>	2	
SANTYL	3	QL (60 GM por 30 días)
<i>silver sulfadiazine, de uso tópico</i>	2	
<i>ssd</i>	2	
SSD (PLATA SULFADIAZINA)	2	
Fármacos escabicidas y pediculicidas		
<i>ivermectin, crema de uso tópico</i>	4	QL (45 GM por 30 días)
<i>permethrin, crema de uso tópico</i>	2	
Fármacos antiinfecciosos de uso tópico		
<i>acyclovir, ungüento de uso tópico</i>	2	QL (30 GM por 30 días)
<i>ciclopirox, gel de uso tópico</i>	2	QL (100 GM por 30 días)
<i>ciclopirox, champú de uso tópico</i>	2	QL (120 ML por 30 días)
<i>ciclopirox, solución de uso tópico</i>	2	QL (6.6 ML por 30 días)
<i>clindamycin phosphate, gel de uso tópico</i>	2	
<i>clindamycin phosphate, loción de uso tópico</i>	2	QL (60 ML por 30 días)
<i>clindamycin phosphate, solución de uso tópico</i>	2	QL (180 ML por 30 días)
<i>ery</i>	2	
<i>erythromycin, gel de uso tópico</i>	2	

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad **B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** 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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 7.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>erythromycin, solución de uso tópico</i>	2	
<i>mupirocin calcium</i>	4	QL (60 GM por 30 días)
<i>mupirocin, de uso tópico</i>	2	QL (220 GM por 30 días)
SULFAMYLON, CREMA DE USO TÓPICO	4	
Fármacos que contienen electrolitos, minerales, metales o vitaminas		
Fármacos que contienen suplementos de electrolitos y minerales		
<i>carglumic acid, comprimidos solubles, por vía oral</i>	5	PA; LA
DOJOLVI	5	PA
<i>kcl 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>	4	
<i>kcl-lactated ringers, en dextrosa al 5 %</i>	4	
KLOR-CON 10	2	
KLOR-CON M10	2	
KLOR-CON M15	2	
KLOR-CON M20	2	
KLOR-CON, COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA, POR VÍA ORAL	2	
KLOR-CON/EF	2	
<i>magnesium sulfate, solución inyectable al 50 %</i>	2	HI
NORMOSOL-M, EN DEXTROSA AL 5 %	2	
NORMOSOL-R	3	
<i>potassium chloride crys, comprimidos de 10 meq, 20 meq, de liberación prolongada, por vía oral</i>	2	
<i>potassium chloride, de liberación prolongada</i>	2	
<i>potassium chloride in nacl, solución de 20-0.45 meq/l-%, 20-0.9 meq/l-%, 40-0.9 meq/l-%, por vía intravenosa</i>	4	
<i>potassium chloride, solución de 10 meq/100 ml, 2 meq/ml, 2 meq/ml (20 ml), 20 meq/100ml, 40 meq/100ml, por vía intravenosa</i>	2	HI
<i>potassium chloride, caja, por vía oral</i>	4	
<i>potassium chloride, solución al 20 meq/15 ml (10 %), 40 meq/15 ml (20 %), por vía oral</i>	4	
<i>potassium citrate er</i>	2	
<i>potassium cl, en dextrosa al 5 %, solución de 20 meq/l, por vía intravenosa</i>	4	

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad **B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** 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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 7.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>sodium chloride, solución al 0.45 %, 0.9 %, por vía intravenosa</i>	2	HI
<i>sodium chloride, solución para irrigación al 0.9 %</i>	2	
SUPREP, KIT DE PREPARACIÓN INTESTINAL	3	
Fármacos moduladores de electrolitos, minerales y metales		
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/10)	3	B/D
<i>deferasirox, comprimidos de 180 mg, 360 mg, por vía oral</i>	5	
<i>deferasirox, comprimidos de 90 mg, por vía oral</i>	4	
<i>deferasirox, comprimidos solubles de 125 mg, por vía oral</i>	4	
<i>deferasirox, comprimidos solubles de 250 mg, 500 mg, por vía oral</i>	5	
<i>klor-con, 20 meq, caja, por vía oral</i>	2	
<i>potassium chloride crys, comprimidos de 15 meq, de liberación prolongada, por vía oral</i>	2	
<i>tolvaptan</i>	5	PA
<i>trientine hcl</i>	5	
Fármacos que contienen electrolitos, minerales, metales o vitaminas		
CLINIMIX E/DEXTROSE (2.75/5)	3	B/D
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/5)	3	B/D
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/15)	3	B/D
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/20)	3	B/D
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10)	3	B/D
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5)	3	B/D
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15)	3	B/D
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20)	3	B/D
<i>dextrose, solución al 10 %, 5 %, por vía intravenosa</i>	2	
<i>dextrose-nacl, solución al 10-0.2 %, 10-0.45 %, 2.5-0.45 %, 5-0.2 %, 5-0.45 %, 5-0.9 %, por vía intravenosa</i>	4	
INTRALIPID	3	B/D
<i>levocarnitine, solución, por vía oral</i>	2	
<i>levocarnitine, comprimidos, por vía oral</i>	2	
PREMASOL, SOLUCIÓN AL 10 %, POR VÍA INTRAVENOSA	3	B/D
TROPHAMINE, SOLUCIÓN AL 10 %, POR VÍA INTRAVENOSA	3	B/D
Fármacos quelantes de fósforo		
AURYXIA	4	PA; QL (360 de EA por 30 días)
<i>calcium acetate (phos binder), cápsulas, por vía oral</i>	2	
<i>calcium acetate, comprimidos de 667 mg, por vía oral</i>	2	

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad **B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** 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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 7.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>lanthanum carbonate</i>	4	
<i>sevelamer carbonate, comprimidos, por vía oral</i>	4	
Fármacos quelantes de potasio		
LOKELMA, CAJA DE 10 GM, POR VÍA ORAL	4	QL (90 de EA por 30 días)
LOKELMA, CAJA DE 5 GM, POR VÍA ORAL	4	QL (30 de EA por 30 días)
<i>sodium polystyrene sulfonate, en polvo, por vía oral</i>	2	
SPS	2	
Fármacos gastrointestinales		
Fármacos para tratar el estreñimiento		
<i>constulose</i>	2	
<i>enulose</i>	2	
<i>gavilyte-c</i>	2	
<i>gavilyte-g</i>	2	
<i>generlac</i>	2	
<i>lactulose, solución de 10 gm/15 ml, por vía oral</i>	2	
LINZESS	3	QL (30 de EA por 30 días)
<i>lubiprostone</i>	4	
MOVANTIK	4	ST; QL (30 de EA por 30 días)
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl</i>	2	
<i>peg-3350/electrolytes</i>	2	
RELISTOR, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (90 de EA por 30 días)
RELISTOR, SOLUCIÓN, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA
Fármacos antidiarreicos		
<i>alosetron hcl</i>	5	QL (60 de EA por 30 días)
<i>diphenoxylate-atropine, líquido, por vía oral</i>	4	
<i>diphenoxylate-atropine, comprimidos de 2.5-0.025 mg, por vía oral</i>	4	
<i>loperamide hcl, comprimidos, por vía oral</i>	2	
XERMELO	5	PA; QL (90 de EA por 30 días)
Fármacos espasmolíticos, gastrointestinales		
<i>dicyclomine hcl, por vía oral</i>	2	
<i>glycopyrrolate, comprimidos de 1 mg, 2 mg, por vía oral</i>	2	
<i>methscopolamine bromide, por vía oral</i>	4	
Fármacos gastrointestinales, otros		
<i>amoxicill-clarithro-lansopraz</i>	4	
GATTEX	5	PA
<i>metoclopramide hcl, solución de 5 mg/5 ml, por vía oral</i>	2	

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad **B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** 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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 7.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>metoclopramide hcl, comprimidos, por vía oral</i>	1	
MYALEPT	5	PA
OALIVA	5	PA; QL (30 de EA por 30 días)
<i>ursodiol, cápsulas de 300 mg, por vía oral</i>	2	
<i>ursodiol, comprimidos, por vía oral</i>	2	
Fármacos antagonistas del receptor H2 de histamina 2		
<i>cimetidine hcl, solución de 300 mg/5 ml, por vía oral</i>	2	
<i>cimetidine, por vía oral</i>	2	
<i>famotidine, comprimidos de 20 mg, 40 mg, por vía oral</i>	2	
<i>nizatidine, cápsulas, por vía oral</i>	2	
Fármacos protectores		
<i>misoprostol, por vía oral</i>	2	
<i>sucralfate, suspensión, por vía oral</i>	4	
<i>sucralfate, comprimidos, por vía oral</i>	2	
Inhibidores de la bomba de protones		
<i>esomeprazole magnesium, cápsulas de liberación retardada, por vía oral</i>	4	
<i>lansoprazole, cápsulas de liberación retardada, por vía oral</i>	2	
<i>omeprazole magnesium, cápsulas de liberación retardada, por vía oral</i>	1	
<i>omeprazole, cápsulas de 10 mg, 40 mg, de liberación retardada, por vía oral</i>	2	
<i>omeprazole, cápsulas de 20 mg, de liberación retardada, por vía oral</i>	1	
<i>pantoprazole sodium, comprimidos de liberación retardada, por vía oral</i>	1	
<i>rabeprazole sodium, comprimidos de liberación retardada, por vía oral</i>	4	
Fármacos para tratar trastornos genéticos, enzimáticos o por falta de proteínas: reemplazo, modificadores, tratamiento		
Fármacos para tratar trastornos genéticos, enzimáticos o por falta de proteínas: reemplazo, modificadores, tratamiento		
AMVUTTRA	5	PA; QL (0.5 ML por 90 días)
ARALAST NP, SOLUCIÓN RECONSTITUIDA DE 1000 MG, POR VÍA INTRAVENOSA	5	PA; LA
<i>betaine</i>	5	LA
CERDELGA	5	QL (60 de EA por 30 días)
CHOLBAM	5	PA
CREON	3	
<i>cromolyn sodium, por vía oral</i>	2	

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad **B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** 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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 7.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
CYSTAGON	3	LA
<i>dichlorphenamide</i>	5	PA
ENDARI	5	PA; QL (180 de EA por 30 días)
GALAFOLD	5	PA; QL (14 de EA por 28 días)
KEVEYIS	5	PA
LUMIZYME	5	PA
<i>miglustat</i>	5	
<i>nitisinone</i>	5	PA
NULIBRY	5	PA
PROLASTIN-C, SOLUCIÓN RECONSTITUIDA, POR VÍA INTRAVENOSA	5	PA; LA
<i>sapropterin dihydrochloride, caja, por vía oral</i>	5	
<i>sapropterin dihydrochloride, comprimidos, por vía oral</i>	5	
<i>sodium phenylbutyrate, polvo de 3 gm por cucharadita, por vía oral</i>	5	
<i>sodium phenylbutyrate, comprimidos, por vía oral</i>	5	
SUCRAID	5	PA; LA
TEGSEDI	5	PA; QL (6 ML por 28 días)
VIJOICE	5	PA; QL (56 de EA por 28 días)
VYNDAQEL	5	PA; QL (120 de EA por 30 días)
ZEMAIRA	5	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 RETARDADA, POR VÍA ORAL	4	ST
Fármacos genitourinarios		
Antiespasmódicos urinarios		
<i>darifenacin hydrobromide, de liberación prolongada</i>	4	QL (30 de EA por 30 días)
<i>fesoterodine fumarate, de liberación prolongada</i>	3	QL (30 de EA por 30 días)
<i>flavoxate hcl</i>	2	
MYRBETRIQ ER, SUSPENSIÓN ORAL, RECONSTITUIDA	3	QL (300 ML por 30 días)
MYRBETRIQ, COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA HASTA 24 HORAS, POR VÍA ORAL	3	QL (30 de EA por 30 días)
<i>oxybutynin chloride, de liberación prolongada</i>	2	QL (60 de EA por 30 días)
<i>oxybutynin chloride, en jarabe, por vía oral</i>	2	
<i>oxybutynin chloride, comprimidos de 5 mg, por vía oral</i>	2	

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad **B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** 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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 7.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>solifenacin succinate</i>	2	QL (30 de EA por 30 días)
<i>tolterodine tartrate</i>	2	QL (60 de EA por 30 días)
<i>tolterodine tartrate, de liberación prolongada</i>	2	QL (30 de EA por 30 días)
<i>trospium chloride</i>	2	QL (60 de EA por 30 días)
<i>trospium chloride, de liberación prolongada</i>	2	QL (30 de EA por 30 días)
Fármacos para tratar la hiperplasia benigna de próstata		
<i>alfuzosin hcl, de liberación prolongada</i>	2	
<i>dutasteride, por vía oral</i>	2	
<i>dutasteride-tamsulosin hcl</i>	2	
ENTADFI	4	PA; QL (30 de EA por 30 días)
<i>finasteride, comprimidos de 5 mg, por vía oral</i>	2	
<i>silodosin</i>	3	
<i>tadalafil, comprimidos de 2.5 mg, 5 mg, por vía oral</i>	4	PA; QL (30 de EA por 30 días)
<i>tamsulosin hcl</i>	1	
Fármacos genitourinarios, otros		
<i>bethanechol chloride, por vía oral</i>	2	
ELMIRON	4	
<i>methylergonovine maleate, por vía oral</i>	2	
<i>penicillamine, comprimidos, por vía oral</i>	5	PA
Fármacos para tratamiento hormonal, estimulantes/reposición hormonal/modificadores (suprarrenales)		
Fármacos para tratamiento hormonal, estimulantes/reposición hormonal/modificadores (suprarrenales)		
<i>dexamethasone, solución, por vía oral</i>	2	
ISTURISA, COMPRIMIDOS DE 10 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (180 de EA por 30 días)
Fármacos para tratamiento hormonal, estimulantes/reposición hormonal/modificadores (suprarrenales)		
Fármacos para tratamiento hormonal, estimulantes/reposición hormonal/modificadores (suprarrenales)		
ACTHAR	5	PA
<i>betamethasone dipropionate aug, crema de uso tópico</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate, ungüento de uso tópico</i>	2	
CORTROPHIN	5	PA
<i>dexamethasone intensol</i>	4	
<i>dexamethasone, solución, por vía oral</i>	2	
<i>dexamethasone, comprimidos, por vía oral</i>	2	
<i>dexamethasone, comprimidos, tratamiento en caja, por vía oral</i>	4	

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad **B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** 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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 7.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>dexamethasone sodium phosphate, solución de 120 mg/30 ml, 20 mg/5 ml, por vía inyectable</i>	2	
<i>fludrocortisone acetate, por vía oral</i>	2	
HEMADY	4	PA; QL (30 de EA por 30 días)
<i>hydrocortisone, por vía oral</i>	2	
ISTURISA, COMPRIMIDOS DE 1 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (240 de EA por 30 días)
ISTURISA, COMPRIMIDOS DE 5 MG, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (90 de EA por 30 días)
<i>methylprednisolone, por vía oral</i>	2	
<i>prednisolone, solución, por vía oral</i>	2	
<i>prednisolone, comprimidos, por vía oral</i>	2	
<i>prednisolone sodium phosphate, solución de 10 mg/5 ml, 20 mg/5 ml, por vía oral</i>	4	
<i>prednisolone sodium phosphate, solución de 15 mg/5 ml, 6.7 (5 como base) mg/5 ml, por vía oral</i>	2	
<i>prednisone intensol</i>	4	
<i>prednisone, solución, por vía oral</i>	4	
<i>prednisone, comprimidos, por vía oral</i>	1	
<i>prednisone, comprimidos, tratamiento en caja, por vía oral</i>	2	
Fármacos para tratamiento hormonal, estimulantes/reposición hormonal/modificadores (hipófisis)		
Fármacos para tratamiento hormonal, estimulantes/reposición hormonal/modificadores (hipófisis)		
<i>desmopressin acetate, por vía oral</i>	2	
<i>desmopressin acetate, en aerosol</i>	4	
INCRELEX	5	LA
<i>leuprolide acetate, 3 meses</i>	5	
<i>leuprolide acetate, por vía intramuscular</i>	5	
NORDITROPIN FLEXPPO, SOLUCIÓN EN PLUMA INYECTORA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA
OMNITROPE, CARTUCHO DE SOLUCIÓN, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA
OMNITROPE, SOLUCIÓN RECONSTITUIDA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA
SEROSTIM, SOLUCIÓN RECONSTITUIDA DE 4 MG, 5 MG, 6 MG, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA; LA
VYNDAMAX	5	PA; QL (30 de EA por 30 días)
ZORBTIVE	5	PA; LA

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad **B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** 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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 7.

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

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad **B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** 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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 7.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>estarylla</i>	2	
<i>estradiol, por vía oral</i>	2	
<i>estradiol, parche transdérmico, dos veces por semana</i>	2	
<i>estradiol, parche transdérmico, semanalmente</i>	2	
<i>estradiol, crema, por vía vaginal</i>	2	
<i>estradiol, comprimidos, por vía vaginal</i>	3	
<i>estradiol valerate, por vía intramuscular</i>	2	
<i>estradiol-norethindrone acet</i>	2	
ESTRING	3	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>	2	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	4	
FALMINA	2	
FYAVOLV	2	
HAILEY 24 FE	4	
ISIBLOOM	2	
JINTELI	2	
JUNEL 1.5/30	2	
JUNEL 1/20	2	
JUNEL FE 1.5/30	2	
JUNEL FE 1/20	2	
JUNEL FE 24	4	
KARIVA	2	
KELNOR 1/35	2	
<i>kelnor 1/50</i>	2	
KURVELO	2	
LARIN FE 1.5/30	2	
LARIN FE 1/20	2	
LEENA	2	
LESSINA	2	
<i>levonorgest-eth est y eth est</i>	2	
<i>levonorgest-eth estrad, tratamiento para 91 días, comprimidos de 0.15-0.03 mg, por vía oral</i>	2	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad, comprimidos de 0.15-30 mg-mcg, por vía oral</i>	2	
LEVORA 0.15/30 (28)	2	
LORYNA	2	

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad **B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** 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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 7.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
LOW-OGESTREL	2	
LUTERA	2	
<i>lyllana</i>	2	
<i>marlissa</i>	2	
MENEST	4	
MICROGESTIN 1.5/30	2	
MICROGESTIN 1/20	2	
MICROGESTIN 24 FE	4	
MICROGESTIN FE 1.5/30	2	
MICROGESTIN FE 1/20	2	
MIMVEY	2	
NECON 0.5/35 (28)	2	
<i>norethindrone acet-ethinyl est, comprimidos de 1-20 mg-mcg, por vía oral</i>	2	
<i>norethindrone-eth estradiol</i>	2	
<i>norethindron-etinyl estrad-fe</i>	2	
<i>norethin-eth estradiol-fe, tabletas masticables de 0.4- 35 mg-mcg, por vía oral</i>	2	
<i>norgestimate-eth estradiol, comprimidos de 0.25-35 mg-mcg, por vía oral</i>	2	
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i>	2	
NORTREL 0.5/35 (28)	2	
NORTREL 1/35 (21)	2	
NORTREL 1/35 (28)	2	
NORTREL 7/7/7	2	
<i>nylia 1/35</i>	2	
<i>nymyo</i>	2	
OCELLA	2	
PORTIA-28	2	
PREMARIN, POR VÍA VAGINAL	3	
RECLIPSEN	2	
SPRINTEC 28	2	
SRONYX	2	
<i>syeda</i>	2	
TARINA 24 FE	4	
<i>tri-estarylla</i>	2	

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad **B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** 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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 7.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
TRI-LEGEST FE	2	
TRI-LO-ESTARYLLA	2	
TRI-LO-SPRINTEC	2	
<i>tri-nymyo</i>	2	
TRI-SPRINTEC	2	
TRIVORA (28)	2	
<i>tri-vylibra</i>	2	
VELIVET	2	
<i>vylibra</i>	2	
XULANE	4	
YUVAFEM	4	
ZOVIA 1/35 (28)	2	
Fármacos que contienen progestina		
CAMILA	2	
CRINONE, GEL AL 8 %, POR VÍA VAGINAL	4	PA
DEPO-SUBQ PROVERA 104, SUSPENSIÓN EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	4	
ERRIN	2	
<i>medroxyprogesterone acetate, por vía intramuscular</i>	2	
<i>medroxyprogesterone acetate, por vía oral</i>	2	
<i>megestrol acetate, suspensión de 40 mg/ml, por vía oral</i>	2	
<i>megestrol acetate, suspensión de 625 mg/5 ml, por vía oral</i>	4	
<i>megestrol acetate, comprimidos, por vía oral</i>	2	
NORA-BE	2	
<i>norethindrone acetate, por vía oral</i>	2	
<i>norethindrone, por vía oral</i>	2	
<i>progesterone, por vía oral</i>	2	
Fármacos moduladores selectivos de los receptores de estrógenos		
<i>clomiphene citrate, por vía oral</i>	2	PA
Fármacos para tratamiento hormonal, estimulantes/reposición hormonal/modificadores (tiroides)		
Fármacos para tratamiento hormonal, estimulantes/reposición hormonal/modificadores (tiroides)		
ARMOUR THYROID	4	
<i>euthyrox</i>	1	
<i>levothyroxine sodium, comprimidos, por vía oral</i>	1	

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad **B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** 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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 7.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>levoxyl</i>	2	
<i>liothyronine sodium, por vía oral</i>	2	
SYNTHROID	4	
<i>unithroid</i>	2	
Fármacos para tratamiento hormonal, supresores (suprarrenales)		
Fármacos para tratamiento hormonal, supresores (suprarrenales)		
LYSODREN	5	
Fármacos para tratamiento hormonal, supresores (hipófisis)		
Fármacos para tratamiento hormonal, supresores (hipófisis)		
<i>cabergoline</i>	2	
ELIGARD	4	
FIRMAGON, DOSIS DE 240 MG	5	B/D
FIRMAGON, SOLUCIÓN RECONSTITUIDA DE 80 MG, POR VÍA SUBCUTÁNEA	4	B/D
<i>leuprolide acetate, por vía inyectable</i>	5	
LUPRON DEPOT, KIT PARA 1 MES DE 3.75 MG, POR VÍA INTRAMUSCULAR	5	PA
LUPRON DEPOT, KIT PARA 3 MESES DE 11.25 MG, POR VÍA INTRAMUSCULAR	5	PA
LUPRON DEPOT-PED, KIT PARA 1 MES DE 11.25 MG, 15 MG, POR VÍA INTRAMUSCULAR	5	PA
<i>lupron depot-ped, kit para 1 mes, de uso intramuscular de 7.5 mg</i>	5	PA
<i>lupron depot-ped, kit para 3 meses de 11.25 mg (ped), por vía intramuscular</i>	5	PA
LUPRON DEPOT-PED, KIT PARA 3 MESES DE 30 MG, POR VÍA INTRAMUSCULAR	5	PA
LUPRON DEPOT-PED, KIT PARA 6 MESES	5	PA
<i>octreotide acetate, solución de 100 mcg/ml, 1000 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml, por vía inyectable</i>	4	
<i>octreotide acetate, por vía subcutánea</i>	4	
SANDOSTATIN LAR DEPOT	5	
SIGNIFOR	5	PA
SOMATULINE DEPOT	5	
SOMAVERT	5	LA
SYNAREL	5	
TRELSTAR MIXJECT	4	B/D

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad **B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** 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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 7.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
Fármacos para tratamiento hormonal, supresores (tiroides)		
Fármacos antitiroideos		
<i>methimazole, por vía oral</i>	2	
<i>propylthiouracil, por vía oral</i>	2	
Fármacos para tratar trastornos del sistema inmunitario		
Fármacos para tratar el angioedema hereditario		
<i>icatibant acetate, solución en jeringa precargada, por vía subcutánea</i>	5	PA; QL (18 ML por 30 días)
SAJAZIR, SOLUCIÓN EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (18 ML por 30 días)
TAKHZYRO, SOLUCIÓN, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA; LA; QL (4 ML por 28 días)
NUCALA, SOLUCIÓN EN JERINGA PRECARGADA DE 150 MG/ML, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (2 ML por 28 días)
DUPIXENT, SOLUCIÓN EN JERINGA PRECARGADA DE 300 MG/2 ML, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (4 ML por 28 días)
Fármacos que contienen inmunoglobinas		
GAMMAGARD, SOLUCIÓN DE 2.5 GM/25 ML, POR VÍA INYECTABLE	5	PA
GAMMAGARD S/D MENOS IGA	5	PA
GAMUNEX-C	5	PA
Fármacos para tratar trastornos del sistema inmunitario, otros		
ARCALYST	5	PA; LA
COSENTYX, DOSIS DE 300 MG	5	PA; QL (8 ML por 28 días)
COSENTYX SENSOREADY, DOSIS DE 300 MG	5	PA; QL (8 ML por 28 días)
COSENTYX, SOLUCIÓN EN JERINGA PRECARGADA DE 75 MG/0.5ML, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA
DUPIXENT, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA DE 200 MG/1.14 ML, INYECTOR TIPO PLUMA	5	PA; QL (3.42 ML por 30 días)
DUPIXENT, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA DE 300 MG/2 ML, INYECTOR TIPO PLUMA	5	PA; QL (8 ML por 30 días)
DUPIXENT, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA DE 100 MG/0.67 ML, JERINGA PRECARGADA	5	PA; QL (1.34 ML por 30 días)
DUPIXENT, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA DE 200 MG/1.14 ML, JERINGA PRECARGADA	5	PA; QL (3.42 ML por 30 días)
DUPIXENT, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA DE 300 MG/2 ML, JERINGA PRECARGADA	5	PA; QL (8 ML por 30 días)
JOENJA	5	PA; QL (60 de EA por 30 días)
<i>leflunomide, por vía oral</i>	2	

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad **B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** 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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 7.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
ORENCIA, CLICKJECT	5	PA; QL (4 ML por 28 días)
ORENCIA, SOLUCIÓN EN JERINGA PRECARGADA DE 125 MG/ML, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (4 ML por 28 días)
ORENCIA, SOLUCIÓN EN JERINGA PRECARGADA DE 50 MG/0.4ML, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (1.6 ML por 28 días)
ORENCIA, SOLUCIÓN EN JERINGA PRECARGADA DE 87.5 MG/0.7 ML, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (2.8 ML por 28 días)
REVCIVI	5	PA
RINVOQ, COMPRIMIDOS DE 15 MG, 30 MG DE LIBERACIÓN PROLONGADA HASTA 24 HORAS, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (30 de EA por 30 días)
RINVOQ, COMPRIMIDOS DE 45 MG, DE LIBERACIÓN PROLONGADA HASTA 24 HORAS, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (168 de EA por 365 días)
SKYRIZI, PLUMA	5	PA; QL (1 ML por 28 días)
SKYRIZI, SOLUCIÓN EN CARTUCHO DE 180 MG/1.2 ML, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (1.2 ML por 28 días)
SKYRIZI, CARTUCHO DE SOLUCIÓN DE 360 MG/2.4 ML, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (2.4 ML por 56 días)
SKYRIZI, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA, JERINGA PRECARGADA	5	PA; QL (1 ML por 28 días)
STELARA, SOLUCIÓN DE 45 MG/0.5 ML, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (0.5 ML por 28 días)
STELARA, SOLUCIÓN EN JERINGA PRECARGADA DE 45 MG/0.5 ML, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (0.5 ML por 28 días)
STELARA, SOLUCIÓN EN JERINGA PRECARGADA DE 90 MG/ML, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (1 ML por 28 días)
TAVNEOS	5	PA; QL (180 de EA por 30 días)
XELJANZ, SOLUCIÓN, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (300 ML por 30 días)
XELJANZ, COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (60 de EA por 30 días)
XELJANZ XR, COMPRIMIDOS DE 11 MG DE LIBERACIÓN PROLONGADA HASTA 24 HORAS, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (30 de EA por 30 días)
XOLAIR, SOLUCIÓN EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA
XOLAIR, SOLUCIÓN RECONSTITUIDA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA; LA
Fármacos inmunoestimulantes		
ACTIMMUNE	5	PA
BESREMI	5	PA; QL (2 ML por 28 días)
INTRON A, SOLUCIÓN RECONSTITUIDA DE 10000000 UNIDADES, 50000000 UNIDADES, POR VÍA INYECTABLE	5	B/D

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad **B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** 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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 7.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
PEGASYS, SOLUCIÓN DE 180 MCG/ML, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	
PEGASYS, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA, JERINGA PRECARGADA	5	
Fármacos inmunosupresores		
ACTEMRA ACTPEN	5	PA; QL (3.6 ML por 28 días)
ACTEMRA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (3.6 ML por 28 días)
ASTAGRAF XL	4	B/D
<i>azathioprine, comprimidos de 50 mg, por vía oral</i>	2	B/D
BENLYSTA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA
<i>cyclosporine, modificado</i>	2	B/D
<i>cyclosporine, cápsulas, por vía oral</i>	2	B/D
ENBREL MINI	5	PA; QL (8 ML por 28 días)
ENBREL, SOLUCIÓN DE 25 MG/0.5 ML, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (8 ML por 28 días)
ENBREL, SOLUCIÓN EN JERINGA PRECARGADA DE 25 MG/0.5 ML, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (4 ML por 28 días)
ENBREL, SOLUCIÓN EN JERINGA PRECARGADA DE 50 MG/ML, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (8 ML por 28 días)
ENBREL SURECLICK, SOLUCIÓN EN PLUMA AUTOINYECTORA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (8 ML por 28 días)
ENSPRYNG	5	PA; QL (2 ML por 30 días)
<i>everolimus, comprimidos de 0.25 mg, por vía oral</i>	4	B/D
<i>everolimus, comprimidos de 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, por vía oral</i>	5	B/D
<i>everolimus, comprimidos de 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg, por vía oral</i>	5	PA; QL (30 de EA por 30 días)
<i>everolimus, comprimidos solubles de 2 mg, por vía oral</i>	5	PA
GENGRAF, CÁPSULAS DE 100 MG, 25 MG, POR VÍA ORAL	2	B/D
GENGRAF, SOLUCIÓN, POR VÍA ORAL	2	B/D
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS, KIT DE TRATAMIENTO PEDIÁTRICO INICIAL, JERINGA PRECARGADA DE 80 MG/0.8 ML, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (6 de EA por 28 días)
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS, KIT DE TRATAMIENTO PEDIÁTRICO INICIAL, JERINGA PRECARGADA DE 80 MG/0.8 ML Y 40 MG/0.4 ML, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (4 de EA por 28 días)
HUMIRA PEN, KIT DE PLUMA PRECARGADA DE 40 MG/0.4 ML, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (4 de EA por 28 días)
HUMIRA PEN, KIT DE PLUMA PRECARGADA DE 40 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (2 de EA por 28 días)
HUMIRA PEN-CD/UC/HS, TRATAMIENTO INICIAL	5	PA; QL (4 de EA por 28 días)

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad **B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** 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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 7.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC, TRATAMIENTO PEDIÁTRICO INICIAL	5	PA; QL (4 de EA por 28 días)
HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS, KIT PARA TRATAMIENTO INICIAL, PLUMA INYECTORA DE 40 MG/0.8 ML, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (4 de EA por 28 días)
HUMIRA PEN-PSOR/UEIT, TRATAMIENTO INICIAL	5	PA; QL (4 de EA por 28 días)
HUMIRA, KIT DE JERINGA PRECARGADA DE 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.8 ML, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (2 de EA por 28 días)
HUMIRA, KIT DE JERINGA PRECARGADA DE 40 MG/0.4 ML, POR VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (4 de EA por 28 días)
<i>mercaptopurine, por vía oral</i>	2	
<i>methotrexate, por vía oral</i>	2	
<i>methotrexate sodium (pf), solución de 1 gm/40 ml, 250 mg/10 ml, 50 mg/2 ml, por vía inyectable</i>	2	
<i>methotrexate sodium, solución de 250 mg/10 ml, 50 mg/2 ml, por vía inyectable</i>	2	
<i>methotrexate sodium, solución reconstituida, por vía inyectable</i>	2	
<i>methotrexate sodium, por vía oral</i>	2	
<i>mycophenolate mofetil, cápsulas, por vía oral</i>	2	B/D
<i>mycophenolate mofetil, suspensión reconstituida, por vía oral</i>	5	B/D
<i>mycophenolate mofetil, comprimidos, por vía oral</i>	2	B/D
<i>mycophenolate sodium</i>	4	B/D
OTEZLA, COMPRIMIDOS, TRATAMIENTO EN CAJA, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (55 de EA por 28 días)
PROGRAF, CAJA, POR VÍA ORAL	4	B/D
REZUROCK	5	PA; QL (30 de EA por 30 días)
SANDIMMUNE, SOLUCIÓN, POR VÍA ORAL	3	B/D
<i>sirolimus, solución, por vía oral</i>	5	B/D
<i>sirolimus, comprimidos, por vía oral</i>	4	B/D
SPEVIGO	5	PA; QL (15 ML por 365 días)
<i>tacrolimus, por vía oral</i>	2	B/D
XATMEP	4	PA
XELJANZ XR, COMPRIMIDOS DE 22 MG DE LIBERACIÓN PROLONGADA HASTA 24 HORAS, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (30 de EA por 30 días)
Vacunas		
ABRYSVO	3	
ACTHIB	3	

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad **B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** 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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 7.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
ADACEL	3	
AREXVY	3	
<i>vacuna BCG, solución reconstituida, por vía inyectable</i>	3	
BXSERO	3	
BOOSTRIX, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR DE 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5	3	
BOOSTRIX, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, JERINGA PRECARGADA	3	
DAPTACEL, SUSPENSIÓN DE 23-15-5, POR VÍA INTRAMUSCULAR	3	
DENGVAXIA	3	
<i>diphtheria-tetanus toxoids dt</i>	2	
ENGERIX-B, SUSPENSIÓN DE 20 MCG/ML, POR VÍA INYECTABLE	3	B/D
ENGERIX-B, SUSPENSIÓN EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA INYECTABLE	3	B/D
GARDASIL 9	3	
HAVTRIX	3	
HEPLISAV-B, SOLUCIÓN EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA INTRAMUSCULAR	3	B/D
HIBERIX, POR VÍA INYECTABLE	3	
IMOVAX RABIES, SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA, POR VÍA INTRAMUSCULAR	3	
INFANRIX	3	
IPOL	3	
IXIARO	3	
JYNNEOS	3	B/D
KINRIX, SUSPENSIÓN EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA INTRAMUSCULAR	3	
MENACTRA, SOLUCIÓN, POR VÍA INTRAMUSCULAR	3	
MENQUADFI, SOLUCIÓN, POR VÍA INTRAMUSCULAR	3	
MENVEO	3	
M-M-R II, INYECTABLE	3	
PEDIARIX, SUSPENSIÓN EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA INTRAMUSCULAR	3	
PEDVAX HIB, SUSPENSIÓN, POR VÍA INTRAMUSCULAR	3	
PENTACEL	3	
PREHEVBRIO	3	B/D

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad **B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** 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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 7.

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

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad **B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** 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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 7.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
Fármacos para tratar las enfermedades óseas metabólicas		
Fármacos para tratar las enfermedades óseas metabólicas		
<i>alendronate sodium, solución, por vía oral</i>	2	
<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>	2	
<i>calcitriol, cápsulas por vía oral</i>	2	
<i>cinacalcet hcl, comprimidos de 30 mg, 90 mg, por vía oral</i>	3	B/D; QL (120 de EA por 30 días)
<i>cinacalcet hcl, comprimidos de 60 mg, por vía oral</i>	3	B/D; QL (60 de EA por 30 días)
<i>doxercalciferol, por vía oral</i>	2	B/D
EVENITY	5	PA; QL (2.34 ML por 30 días)
<i>ibandronate sodium, por vía oral</i>	2	
NATPARA	5	PA
<i>paricalcitol, cápsulas de 1 mcg, por vía oral</i>	2	
<i>paricalcitol, cápsulas de 2 mcg, 4 mcg, por vía oral</i>	4	
PROLIA, SOLUCIÓN EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA	4	PA; QL (1 ML por 180 días)
RAYALDEE	5	
<i>risedronate sodium, comprimidos de 150 mg, por vía oral</i>	2	QL (1 de EA por 28 días)
<i>risedronate sodium, comprimidos de 35 mg, 35 mg (caja de 12), 35 mg (caja de 4)</i>	2	QL (4 de EA por 28 días)
<i>risedronate sodium, comprimidos de 5 mg, por vía oral</i>	2	QL (30 de EA por 30 días)
<i>risedronate sodium, comprimidos de liberación retardada, por vía oral</i>	2	
TERIPARATIDE (RECOMBINANTE)	5	PA; QL (2.48 ML por 30 días)
TYMLOS	5	PA; QL (1.56 ML por 30 días)
VOXZOGO	5	PA; QL (30 de EA por 30 días)
XGEVA	5	PA
<i>zoledronic acid, concentrado, por vía intravenosa</i>	4	B/D
<i>zoledronic acid, solución intravenosa</i>	4	B/D
Fármacos para tratamientos oftalmológicos		
Fármacos oftalmológicos análogos de prostaglandina y de prostamida		
<i>bimatoprost, de uso oftálmico</i>	2	
<i>latanoprost, de uso oftálmico</i>	2	
LUMIGAN, SOLUCIÓN AL 0.01 %, DE USO OFTÁLMICO	3	
RHOPRESSA	3	
<i>travoprost (sin bak)</i>	4	ST

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad **B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** 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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 7.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
Fármacos para tratamientos oftalmológicos, otros		
<i>atropine sulfate, solución al 1 %, de uso oftálmico</i>	2	
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc</i>	2	
CYSTADROPS	5	PA; QL (20 ML por 30 días)
CYSTARAN	5	PA; QL (60 ML por 28 días)
<i>dorzolamide hcl-timolol mal</i>	2	
<i>dorzolamide hcl-timolol mal pf, solución al 2-0.5 %, de uso oftálmico</i>	2	
LACRISERT	4	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth, ungüento, de uso oftálmico</i>	2	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth, suspensión de 3.5-10000-0.1, de uso oftálmico</i>	2	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin, solución de 1.75-10000-.025, de uso oftálmico</i>	2	
<i>neomycin-polymyxin-hc, suspensión de 3.5-10000-1, de uso oftálmico</i>	2	
<i>neo-polycin</i>	2	
<i>neo-polycin hc</i>	2	
OXERVATE	5	PA; QL (28 ML por 30 días)
<i>polymyxin b-trimethoprim</i>	2	
RESTASIS	3	QL (60 de EA por 30 días)
RESTASIS MULTIDOSE, EMULSIÓN AL 0.05 %, DE USO OFTÁLMICO	3	QL (60 ML por 30 días)
ROCKLATAN	3	
<i>sulfacetamide-prednisolone, solución, de uso oftálmico</i>	2	
TOBRADEX, UNGÜENTO, DE USO OFTÁLMICO	4	
<i>tobramycin-dexamethasone</i>	2	
Colirios antialérgicos		
<i>azelastine hcl, de uso oftálmico</i>	2	
<i>cromolyn sodium, de uso oftálmico</i>	2	
<i>epinastine hcl</i>	2	
<i>olopatadine hcl, de uso oftálmico</i>	2	
Fármacos antifécciosos oftálmicos		
AZASITE	4	
<i>bacitracin, de uso oftálmico</i>	2	

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad **B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** 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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 7.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>bacitracin-polymyxin b, ungüento de 500-10000 unidades/gm, de uso oftálmico</i>	2	
CILOXAN, UNGÜENTO, DE USO OFTÁLMICO	3	
<i>ciprofloxacín hcl, de uso oftálmico</i>	2	
<i>erythromycin, de uso oftálmico</i>	2	QL (21 GM por 30 días)
<i>gatifloxacín, de uso oftálmico</i>	4	
<i>gentamicin sulfate, solución, de uso oftálmico</i>	2	QL (30 ML por 30 días)
<i>levofloxacín, de uso oftálmico</i>	2	
<i>moxifloxacín hcl, solución, de uso oftálmico</i>	2	
NATACYN	4	
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx, ungüento de 5-400-10000, de uso oftálmico</i>	2	
<i>ofloxacín, de uso oftálmico</i>	2	
<i>polycin</i>	2	
<i>sulfacetamide sodium, de uso oftálmico</i>	2	
<i>tobramycin, de uso oftálmico</i>	2	QL (30 ML por 30 días)
TOBEX, UNGÜENTO, DE USO OFTÁLMICO	4	
<i>trifluridine, de uso oftálmico</i>	2	
ZIRGAN	3	
Antiinflamatorios oftálmicos		
<i>bromfenac sodium, una dosis diaria</i>	4	
<i>dexamethasone sodium phosphate, de uso oftálmico</i>	2	QL (30 ML por 30 días)
<i>diclofenac sodium, de uso oftálmico</i>	2	
<i>difluprednate</i>	3	ST
FLAREX	3	
<i>fluorometholone, de uso oftálmico</i>	2	
<i>flurbiprofen sodium</i>	2	
<i>ketorolac tromethamine, solución al 0.4%, de uso oftálmico</i>	2	
<i>ketorolac tromethamine, solución al 0.5%, de uso oftálmico</i>	2	QL (20 ML por 30 días)
LOTEMAX, UNGÜENTO, DE USO OFTÁLMICO	4	ST
<i>loteprednol etabonate</i>	3	ST
<i>prednisolone acetate, de uso oftálmico</i>	2	
<i>prednisolone sodium phosphate, de uso oftálmico</i>	2	
Fármacos bloqueadores beta adrenérgicos de uso oftálmico		
<i>betaxolol hcl, de uso oftálmico</i>	2	

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad **B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** 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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 7.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>carteolol hcl</i>	2	
<i>levobunolol hcl, solución al 0.5 %, de uso oftálmico</i>	2	
<i>timolol maleate, solución gelificante, de uso oftálmico</i>	4	
<i>timolol maleate, solución oftálmica</i>	1	
Fármacos hipotensores oculares, otros		
<i>acetazolamide, de liberación prolongada</i>	2	
ALPHAGAN P, SOLUCIÓN AL 0.1 %, DE USO OFTÁLMICO	3	
<i>apraclonidine hcl</i>	2	
<i>brimonidine tartrate, solución al 0.2 %, de uso oftálmico</i>	2	
<i>brinzolamide</i>	4	
COMBIGAN	3	
<i>dorzolamide hcl, de uso oftálmico</i>	2	
IOPIDINE, SOLUCIÓN AL 1 %, DE USO OFTÁLMICO	4	
<i>methazolamide, por vía oral</i>	4	
<i>pilocarpine hcl, solución al 1 %, 2 %, 4 %, de uso oftálmico</i>	2	
SIMBRINZA	4	
Fármacos para tratar infecciones óticas		
Fármacos para tratar infecciones óticas		
<i>acetic acid, de uso ótico</i>	2	
CIPRO HC	4	
<i>ciprofloxacin hcl, de uso ótico</i>	2	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	3	QL (7.5 ML por 30 días)
<i>fluocinolone acetonide, de uso ótico</i>	2	
<i>hydrocortisone-acetic acid</i>	2	
<i>neomycin-polymyxin-hc, solución al 1 %, de uso ótico</i>	2	
<i>neomycin-polymyxin-hc, suspensión, de uso ótico</i>	2	
<i>ofloxacin, de uso ótico</i>	2	
Fármacos para tratar problemas pulmonares y del aparato respiratorio		
Antihistamínicos		
<i>azelastine hcl, solución al 0.1 %, 0.15 %, por vía nasal</i>	2	
<i>cyproheptadine hcl, comprimidos, por vía oral</i>	2	
<i>desloratadine, comprimidos, por vía oral</i>	2	
<i>desloratadine, comprimidos dispersables de 2.5 mg, por vía oral</i>	2	
<i>hydroxyzine hcl, comprimidos, por vía oral</i>	4	
<i>levocetirizine dihydrochloride, por vía oral</i>	2	

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad **B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** 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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 7.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>olopatadine hcl, por vía nasal</i>	2	QL (30.5 GM por 30 días)
Antiinflamatorios, corticoides inhalados		
ARNUIITY ELLIPTA	3	QL (30 de EA por 30 días)
<i>budesonide, suspensión para inhalación al 0.25 mg/2ml, 0.5 mg/2 ml</i>	2	B/D
<i>budesonide, suspensión al 1 mg/2 ml, por inhalación</i>	4	B/D
<i>flunisolide, solución de 25 mcg/act (0.025 %), por vía nasal</i>	2	
<i>fluticasone propionate, por vía nasal</i>	2	
<i>mometasone furoate, por vía nasal</i>	4	
PULMICORT FLEXHALER	3	QL (2 de EA por 30 días)
QVAR REDHALER	3	QL (21.2 GM por 30 días)
Fármacos antileucotrienos		
<i>montelukast sodium, por vía oral</i>	2	
<i>zafirlukast</i>	2	
<i>zileuton, de liberación prolongada</i>	5	QL (120 de EA por 30 días)
Broncodilatadores, anticolinérgicos		
ATROVENT HFA	3	
INCRUSE ELLIPTA, POLVO DE AEROSOL ACTIVADO CON EL ALIENTO DE 62.5 MCG/ACT, POR INHALACIÓN	3	QL (30 de EA por 30 días)
<i>ipratropium bromide, por inhalación</i>	2	B/D
<i>ipratropium bromide, por vía nasal</i>	2	
SPIRIVA HANDIHALER	3	QL (30 de EA por 30 días)
SPIRIVA RESPIMAT	3	QL (4 GM por 30 días)
Broncodilatadores, simpaticomiméticos		
<i>albuterol sulfate hfa, solución en aerosol de 108 (90 como base) mcg/act, por inhalación</i>	2	QL (17 GM por 30 días)
<i>albuterol sulfate hfa, solución en aerosol de 108 (90 como base) mcg/act (nda020503), por inhalación</i>	2	QL (13.4 GM por 30 días)
<i>albuterol sulfate hfa, solución en aerosol de 108 (90 como base) mcg/act (nda020983), por inhalación</i>	2	QL (36 GM por 30 días)
<i>albuterol sulfate, solución para nebulizador de (2.5 mg/3ml) 0.083 %, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml, 2.5 mg/0.5 ml, por inhalación</i>	2	B/D
<i>albuterol sulfate, en jarabe, por vía oral</i>	2	
<i>albuterol sulfate, comprimidos, por vía oral</i>	4	
<i>arformoterol tartrate</i>	4	B/D

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad **B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** 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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 7.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
BREO ELLIPTA, POLVO DE AEROSOL ACTIVADO CON EL ALIENTO, DE 100-25 MCG/ACT, 200-25 MCG/ACT, POR INHALACIÓN	3	QL (60 de EA por 30 días)
DULERA	3	QL (13 GM por 30 días)
<i>epinephrine, solución inyectable de 0.3 mg/0.3ml</i>	2	QL (4 de EA por 30 días)
<i>epinephrine, solución en pluma autoinyectora de 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml, por vía inyectable</i>	2	QL (4 de EA por 30 días)
<i>fluticasone-salmeterol, polvo de aerosol activado con el aliento de 113-14 mcg/act, 232-14 mcg/act, 55-14 mcg/act, por inhalación</i>	2	QL (1 de EA por 30 días)
<i>levalbuterol hcl, por inhalación</i>	2	B/D
<i>levalbuterol tartrate</i>	4	QL (30 GM por 30 días)
SEREVENT DISKUS, POLVO DE AEROSOL ACTIVADO CON EL ALIENTO DE 50 MCG/ACT, POR INHALACIÓN	4	QL (60 de EA por 30 días)
STRIVERDI RESPIMAT	3	QL (4 GM por 30 días)
SYMJEPI	3	QL (4 de EA por 30 días)
<i>terbutaline sulfate, por vía oral</i>	2	
VENTOLIN HFA	3	QL (36 GM por 30 días)
Fármacos para tratar la fibrosis quística		
CAYSTON	5	PA; LA
KALYDECO	5	PA; QL (56 de EA por 28 días)
ORKAMBI, CAJA, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (60 de EA por 30 días)
ORKAMBI, COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (120 de EA por 30 días)
PULMOZYME, SOLUCIÓN PARA INHALACIÓN, DE 2.5 MG/2.5 ML	5	B/D
SYMDEKO	5	PA; QL (60 de EA por 30 días)
<i>tobramycin, solución para nebulizador de 300 mg/5 ml, por inhalación</i>	5	B/D
TRIKAFTA, COMPRIMIDOS, TRATAMIENTO EN CAJA, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (84 de EA por 28 días)
<i>trikafta, tratamiento en caja, por vía oral</i>	5	PA; QL (56 de EA por 28 días)
Inhibidores de la fosfodiesterasa, enfermedad de las vías respiratorias		
<i>roflumilast</i>	4	PA; QL (30 de EA por 30 días)
<i>theophylline, comprimidos de 300 mg de liberación prolongada hasta 12 horas, por vía oral</i>	2	
<i>theophylline, comprimidos de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>	2	

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad **B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** 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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 7.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
Fármacos antihipertensores pulmonares		
ADEMPAS	5	PA; LA; QL (90 de EA por 30 días)
<i>ambrisentan</i>	5	PA; LA; QL (30 de EA por 30 días)
<i>bosentan</i>	5	PA; QL (60 de EA por 30 días)
OPSUMIT	5	PA; LA; QL (30 de EA por 30 días)
ORENITRAM, 1 MES	5	PA; QL (168 de EA por 28 días)
ORENITRAM, 2 MESES	5	PA; QL (336 de EA por 28 días)
ORENITRAM, 3 MESES	5	PA; QL (252 de EA por 28 días)
ORENITRAM, COMPRIMIDOS DE 0.125 MG DE LIBERACIÓN PROLONGADA, POR VÍA ORAL	4	PA
ORENITRAM, COMPRIMIDOS DE 0.25 MG, 1 MG, 2.5 MG, 5 MG DE LIBERACIÓN PROLONGADA, POR VÍA ORAL	5	PA
<i>sildenafil citrate, comprimidos de 20 mg, por vía oral</i>	3	PA; QL (90 de EA por 30 días)
<i>tadalafil (pah)</i>	5	PA; QL (60 de EA por 30 días)
TRACLEER, COMPRIMIDOS SOLUBLES, POR VÍA ORAL	5	LA; QL (112 de EA por 28 días)
TYVASO	5	PA
TYVASO DPI, KIT DE MANTENIMIENTO	5	PA
TYVASO DPI, KIT DE VALORACIÓN	5	PA
TYVASO, SURTIDO	5	PA
TYVASO, TRATAMIENTO INICIAL	5	PA
UPTRAVI, POR VÍA INTRAVENOSA	5	PA; QL (60 de EA por 30 días)
UPTRAVI, COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (60 de EA por 30 días)
UPTRAVI, COMPRIMIDOS, TRATAMIENTO EN CAJA, POR VÍA ORAL	5	PA; QL (200 de EA por 30 días)
VENTAVIS, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA DE 10 MCG/ML	5	PA; QL (150 ML por 30 días)
VENTAVIS, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA DE 20 MCG/ML	5	PA; QL (90 ML por 30 días)
Fármacos para tratar la fibrosis pulmonar		
OFEV	5	PA; LA; QL (60 de EA por 30 días)
<i>pirfenidone, cápsulas, por vía oral</i>	5	PA; QL (270 de EA por 30 días)
<i>pirfenidone, comprimidos de 267 mg, por vía oral</i>	5	PA; QL (270 de EA por 30 días)
<i>pirfenidone, comprimidos de 801 mg, por vía oral</i>	5	PA; QL (90 de EA por 30 días)
Fármacos para tratar problemas del aparato respiratorio, otros		
<i>acetylcysteine, por inhalación</i>	2	B/D
ADVAIR HFA	3	QL (12 GM por 30 días)

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad **B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** 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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 7.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
ANORO ELLIPTA, POLVO DE AEROSOL ACTIVADO CON EL ALIENTO DE 62.5-25 MCG/ACT, POR INHALACIÓN	3	QL (60 de EA por 30 días)
BEVESPI AEROSPHERE	3	QL (10.7 GM por 30 días)
BREZTRI AEROSPHERE	3	QL (10.7 GM por 30 días)
COMBIVENT RESPIMAT	3	QL (4 GM por 20 días)
<i>cromolyn sodium, por inhalación</i>	2	B/D
FASENRA	5	PA; QL (1 ML por 30 días)
FASENRA, PLUMA	5	PA; QL (1 ML por 30 días)
<i>fluticasone-salmeterol, polvo de aerosol activado con el aliento de 100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act, por inhalación</i>	3	QL (60 de EA por 30 días)
<i>ipratropium-albuterol</i>	2	B/D
NUCALA, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA, AUTOINYECTOR	5	PA; QL (3 ML por 30 días)
NUCALA, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA DE 100 MG/ML, JERINGA PRECARGADA	5	PA; QL (3 ML por 30 días)
NUCALA, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA DE 40 MG/0.4 ML, JERINGA PRECARGADA	5	PA; QL (0.4 ML por 30 días)
NUCALA, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA, RECONSTITUIDA	5	PA; QL (3 de EA por 30 días)
STIOLTO RESPIMAT	3	QL (4 GM por 30 días)
TEZSPIRE	5	PA; QL (1.91 ML por 28 días)
TRELEGY ELLIPTA, POLVO DE AEROSOL ACTIVADO CON EL ALIENTO DE 100-62.5-25 MCG/ACT, POR INHALACIÓN	3	QL (60 de EA por 30 días)
<i>trelegy ellipta, polvo de aerosol activado con el aliento de 200-62.5-25 mcg/act, por inhalación</i>	3	QL (60 de EA por 30 días)
<i>wixela inhub, polvo de aerosol activado con el aliento, de 100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act</i>	3	QL (60 de EA por 30 días)
Relajantes para los dolores musculoesqueléticos		
Relajantes para los dolores musculoesqueléticos		
<i>cyclobenzaprine hcl, comprimidos de 10 mg, 5 mg, por vía oral</i>	4	
<i>methocarbamol, comprimidos de 500 mg, 750 mg, por vía oral</i>	4	
Fármacos para tratar los trastornos del sueño		
Fármacos inductores al sueño		
<i>eszopiclone</i>	4	QL (30 de EA por 30 días)
<i>ramelteon</i>	3	

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad **B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA:** cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** 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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 7.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>tasimelteon</i>	5	PA; QL (30 de EA por 30 días)
<i>temazepam, cápsulas de 15 mg, 30 mg, por vía oral</i>	2	QL (30 de EA por 30 días)
<i>temazepam, cápsulas de 7.5 mg, por vía oral</i>	4	QL (30 de EA por 30 días)
<i>triazolam</i>	4	QL (10 de EA por 30 días)
<i>zaleplon</i>	4	QL (30 de EA por 30 días)
<i>zolpidem tartrate, de liberación prolongada</i>	4	QL (30 de EA por 30 días)
<i>zolpidem tartrate, comprimidos, por vía oral</i>	4	QL (30 de EA por 30 días)
Fármacos para tratar el insomnio		
<i>armodafinil</i>	2	PA; QL (30 de EA por 30 días)
<i>modafinil</i>	4	PA; QL (60 de EA por 30 días)
SODIUM OXYBATE	5	PA; LA; QL (540 ML por 30 días)

T1: genérico preferido; **T2:** genérico; **T3:** de marca preferido; **T4:** medicamento no preferido; **T5:** de especialidad **B/D:** Parte B vs. Parte D; **EA-**cada uno/a; **HI:** infusión en el hogar; **LA:** 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. Los medicamentos correspondientes al Nivel 5 vienen en suministros para 30 días solamente. Encontrará el significado de las abreviaturas en la página 7.

Índice

<i>abacavir sulfate</i>	37	<i>amiloride hcl</i>	49	ASSURE ID, JERINGA DE	
<i>abacavir sulfate-lamivudine</i>	37	<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>	48	INSULINA CON AGUJA DE	
<i>abacavir-lamivudine-zidovudine</i> .	37	<i>amiodarone hcl</i>	46	SEGURIDAD INCORPORADA.....	42
ABELCET.....	23	<i>amitriptyline hcl</i>	22	ASTAGRAF XL.....	72
<i>abilify asimtifii</i>	33	<i>amlodipine besy-benazepril hcl</i> ...	48	<i>atazanavir sulfate</i>	38
ABILIFY MANTENA.....	33	<i>amlodipine besylate</i>	47	<i>atenolol</i>	47
<i>abiraterone acetate</i>	26	<i>amlodipine besylate-valsartan</i>	48	<i>atenolol-chlorthalidone</i>	48
ABRYSVO.....	73	<i>amlodipine-atorvastatin</i>	48	<i>atomoxetine hcl</i>	52
<i>acamprosate calcium</i>	12	<i>amlodipine-olmesartan</i>	48	<i>atorvastatin calcium</i>	50
<i>acarbose</i>	40	<i>amlodipine-valsartan-hctz</i>	48	<i>atovaquone</i>	31
<i>acebutolol hcl</i>	47	<i>ammonium lactate</i>	55	<i>atovaquone-proguanil hcl</i>	31
<i>acetaminophen-codeine</i>	11	<i>amnestem</i>	55	<i>atropine sulfate</i>	77
<i>acetaminophen-codeine #3</i>	11	<i>amoxapine</i>	22	ATROVENT HFA.....	80
<i>acetazolamide</i>	48	<i>amoxicill-clarithro-lansopraz</i>	60	AURYXIA.....	59
<i>acetazolamide de liberación</i>		<i>amoxicillin</i>	15	AUSTEDO.....	53
<i>prolongada</i>	79	<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>	15	AUSTEDO XR.....	53
<i>acetic acid</i>	79	<i>amoxicillin-pot clavulanate de</i>		AUSTEDO XR, VALORACIÓN DEL	
<i>acetylcysteine</i>	82	<i>liberación prolongada</i>	15	PACIENTE.....	53
<i>acitretin</i>	55	<i>amphetamine-dextroamphet de</i>		AUVELITY.....	21
ACTEMRA.....	72	<i>liberación prolongada</i>	51	AVEED.....	65
ACTEMRA ACTPEN.....	72	<i>amphetamine-</i>		AVIANE.....	65
ACTHAR.....	63	<i>dextroamphetamine</i>	51	AVONEX, PLUMA.....	53
ACTHIB.....	73	<i>amphotericin b</i>	23	AVONEX, JERINGA PRECARGADA	
ACTIMMUNE.....	71	<i>ampicillin</i>	15	.....	53
<i>acyclovir</i>	36, 57	<i>ampicillin sodium</i>	15	AYVAKIT.....	28
<i>acyclovir sodium</i>	36	<i>ampicillin-sulbactam sodium</i> ...	15	AZASITE.....	77
ADACEL.....	74	AMVUTTRA.....	61	<i>azathioprine</i>	72
<i>adapalene</i>	55	<i>anagrelide hcl</i>	44	<i>azelaic acid</i>	55
<i>adefovir dipivoxil</i>	36	<i>anastrozole</i>	27	<i>azelastine hcl</i>	77, 79
ADEMPAS.....	82	ANORO ELLIPTA.....	83	<i>azithromycin</i>	16
ADVAIR HFA.....	82	<i>apraclonidine hcl</i>	79	<i>aztreonam</i>	13
AIMOVIG.....	24	<i>aprepitant</i>	22	<i>bacitracin</i>	77
AJOVY.....	24	APRETUDE.....	36	<i>bacitracin-polymyxin b</i>	78
<i>albendazole</i>	31	APRI.....	65	<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc</i>	
<i>albuterol sulfate</i>	80	APTIOM.....	20	.....	77
<i>albuterol sulfate hfa</i>	80	APTIVUS.....	38	<i>baclofen</i>	35
<i>alclometasone dipropionate</i>	55	ARALAST NP.....	61	<i>balsalazide disodium</i>	75
ALECENSA.....	27	ARANELLE.....	65	BALVERSA.....	28
<i>alendronate sodium</i>	76	ARCALYST.....	70	BALZIVA.....	65
<i>alfuzosin hcl de liberación</i>		AREXVY.....	74	BAQSIMI, UNA CAJA.....	42
<i>prolongada</i>	63	<i>arformoterol tartrate</i>	80	BAQSIMI, DOS CAJAS.....	42
<i>aliskiren fumarate</i>	48	ARIKAYCE.....	13	BARACLUDE.....	36
<i>allopurinol</i>	24	<i>aripiprazole</i>	33	<i>vacuna BCG</i>	74
<i>alose tron hcl</i>	60	ARISTADA.....	33	<i>benazepril hcl</i>	46
ALPHAGAN P.....	79	<i>aristada initio</i>	33	<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	
<i>alprazolam</i>	39	<i>armodafinil</i>	84	.....	48
ALTAVERA.....	65	ARMOUR THYROID.....	68	BENLYSTA.....	72
ALUNBRIG.....	27, 28	ARNUITY ELLIPTA.....	80	<i>benztropine mesylate</i>	31
<i>alyacen 1/35</i>	65	<i>asenapine maleate</i>	33	BESREMI.....	71
<i>amabelz</i>	65	<i>aspirin-dipyridamole de</i>		<i>betaine</i>	61
<i>amantadine hcl</i>	31, 32	<i>liberación prolongada</i>	45	<i>betamethasone dipropionate</i>	
<i>ambrisentan</i>	82			.....	55, 63
AMETHIA.....	65			<i>betamethasone dipropionate</i>	
<i>amikacin sulfate</i>	13			<i>aug</i>	55, 63
				<i>betamethasone valerate</i>	55

BETASERON.....	53	<i>calcitriol</i>	57, 76	CILOXAN.....	78
<i>betaxolol hcl</i>	47, 78	<i>calcium acetate</i>	59	CIMDUO.....	37
<i>bethanechol chloride</i>	63	<i>calcium acetate, quelante de</i>		<i>cimetidine</i>	61
BEVESPI AEROSPHERE.....	83	<i>fósforo</i>	59	<i>cimetidine hcl</i>	61
<i>bexarotene</i>	31	CALQUENCE.....	28	<i>cinacalcet hcl</i>	76
BEXSERO.....	74	CAMILA.....	68	CIPRO HC.....	79
<i>bicalutamide</i>	26	CAMRESE LO.....	65	<i>ciprofloxacin hcl</i>	17, 78, 79
BICILLIN C-R.....	15	<i>candesartan cilexetil</i>	46	<i>ciprofloxacin en dextrosa al 5 %</i>	17
BICILLIN C-R 900/300.....	15	<i>candesartan cilexetil-hctz</i>	48	<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	79
BICILLIN L-A.....	15	CAPLYTA.....	33	<i>citalopram hydrobromide</i>	21
BIKTARVY.....	36	CAPRELSA.....	28	CLARAVIS.....	55
<i>bimatoprost</i>	76	<i>captopril</i>	46	<i>clarithromycin</i>	16
<i>bisoprolol fumarate</i>	47	<i>carbamazepine</i>	20	<i>clarithromycin de liberación</i>	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	48	<i>carbamazepine de liberación</i>		<i>prolongada</i>	16
BLISOVI 24 FE.....	65	<i>prolongada</i>	20, 40	CLEOCIN.....	13
BOOSTRIX.....	74	<i>carbidopa</i>	32	<i>clindamycin hcl</i>	13
<i>bosentan</i>	82	<i>carbidopa-levodopa</i>	32	<i>clindamycin palmitate hcl</i>	13
BOSULIF.....	28	<i>carbidopa-levodopa de</i>		<i>clindamycin phos-benzoyl perox</i>	
BRAFTOVI.....	28	<i>liberación prolongada</i>	32	.....	55
BREO ELLIPTA.....	81	<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>		<i>clindamycin phosphate</i>	13, 57
BREZTRI AEROSPHERE.....	83	.....	32	<i>clindamycin phosphate en</i>	
BRILINTA.....	45	<i>carglumic acid</i>	58	<i>dextrosa al 5 %</i>	13
<i>brimonidine tartrate</i>	79	<i>carteolol hcl</i>	79	CLINIMIX E/DEXTROSE (2.75/5)	
<i>brinzolamide</i>	79	<i>cartia xt</i>	47	.....	59
BRIVIACT.....	18	<i>carvedilol</i>	47	CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/10)	
<i>bromfenac sodium (una vez por</i>		<i>carvedilol phosphate de</i>		.....	59
<i>día)</i>	78	<i>liberación prolongada</i>	47	CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/5)	
<i>bromocriptine mesylate</i>	32	<i>casprofungin acetate</i>	23	.....	59
BRUKINSA.....	28	CAYSTON.....	81	CLINIMIX E/DEXTROSE (5/15).....	59
<i>budesonide</i>	75, 80	<i>cefaclor</i>	14	CLINIMIX E/DEXTROSE (5/20).....	59
<i>budesonide de liberación</i>		<i>cefadroxil</i>	14	CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10).....	59
<i>prolongada</i>	75	<i>cefazolin sodium</i>	14	CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5).....	59
<i>bumetanide</i>	49	<i>cefdinir</i>	14	CLINIMIX E/DEXTROSE (5/15).....	59
<i>buprenorphine</i>	10	<i>cefepime hcl</i>	14	CLINIMIX E/DEXTROSE (5/20).....	59
<i>buprenorphine hcl</i>	12	<i>cefixime</i>	14	<i>clobazam</i>	19
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i>		<i>cefoxitin sodium</i>	14	<i>clobetasol prop, base emoliente</i>	
.....	12	<i>cefpodoxime proxetil</i>	14	.....	55
<i>bupropion hcl</i>	21	<i>cefprozil</i>	14	<i>clobetasol propionate</i>	55
<i>bupropion hcl de liberación</i>		<i>ceftazidime</i>	14, 15	<i>clobetasol propionate e</i>	55
<i>prolongada, disuasivo para</i>		<i>ceftriaxone sodium</i>	15	<i>clomiphene citrate</i>	68
<i>fumadores</i>	12	<i>cefuroxime axetil</i>	15	<i>clomipramine hcl</i>	22
<i>bupropion hcl de liberación</i>		<i>cefuroxime sodium</i>	15	<i>clonazepam</i>	39
<i>prolongada (sr)</i>	21	<i>celecoxib</i>	10	<i>clonidine</i>	45
<i>bupropion hcl de liberación</i>		<i>cephalexin</i>	15	<i>clonidine hcl</i>	45
<i>prolongada (xl)</i>	21	CERDELGA.....	61	<i>clonidine hcl de liberación</i>	
<i>buspironone hcl</i>	39	<i>cevimeline hcl</i>	54	<i>prolongada</i>	52
<i>butorphanol tartrate</i>	11	<i>chlordiazepoxide hcl</i>	39	<i>clopidogrel bisulfate</i>	45
BYDUREON BCISE.....	40	<i>chlorhexidine gluconate</i>	54	<i>clorazepate dipotassium</i>	39
BYETTA, PLUMA DE 10 MCG.....	40	<i>chloroquine phosphate</i>	31	<i>clotrimazole</i>	23
BYETTA, PLUMA DE 5 MCG.....	40	<i>chlorthalidone</i>	49	<i>clotrimazole-betamethasone</i>	57
<i>cabergoline</i>	69	CHOLBAM.....	61	<i>clozapine</i>	35
CABOMETYX.....	28	<i>cholestyramine</i>	50	COARTEM.....	31
<i>calcipotriene</i>	57	<i>cholestyramine light</i>	50	<i>codeine sulfate</i>	11
<i>calcipotriene-betameth diprop</i>		<i>ciclopirox</i>	57	<i>colchicine</i>	24
.....	55	<i>ciclopirox olamine</i>	23	<i>colchicine-probenecid</i>	24
<i>calcitonin (salmon)</i>	76	<i>cilostazol</i>	45	<i>colesevelam hcl</i>	50
				<i>colestipol hcl</i>	50

<i>colistimethate sodium (cba)</i>	13	DEPO-SUBQ PROVERA 104.....	68	<i>prolongada</i>	40
COMBIGAN.....	79	DESCOVY.....	37	<i>dofetilide</i>	46
COMBIVENT RESPIMAT.....	83	<i>desipramine hcl</i>	22	DOJOLVI.....	58
COMETRIQ,		<i>desloratadine</i>	79	<i>donepezil hcl</i>	20
DOSIS DIARIA DE 100 MG.....	28	<i>desmopressin acetate</i>	64	<i>dorzolamide hcl</i>	79
COMETRIQ,		<i>desmopressin acetate, aerosol</i>	64	<i>dorzolamide hcl-timolol mal</i>	77
DOSIS DIARIA DE 140 MG.....	28	<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	65	<i>dorzolamide hcl-timolol mal pf</i>	77
COMETRIQ,		<i>desonide</i>	56	<i>dotti</i>	65
DOSIS DIARIA DE 60 MG.....	28	<i>desoximetasone</i>	56	DOVATO.....	36
COMFORT ASSIST, JERINGA DE		<i>desvenlafaxine succinate de</i>		<i>doxazosin mesylate</i>	45
INSULINA.....	42	<i>liberación prolongada</i>	21	<i>doxepin hcl</i>	22, 56
COMPLERA.....	37	<i>dexamethasone</i>	63	<i>doxercalciferol</i>	76
<i>constulose</i>	60	<i>dexamethasone intensol</i>	63	DOXY 100.....	17
COPIKTRA.....	28	<i>dexamethasone sodium</i>		<i>doxycycline hyclate</i>	17
CORLANOR.....	48	<i>phosphate</i>	64, 78	<i>doxycycline monohydrate</i>	18
CORTROPHIN.....	63	<i>dexmethylphenidate hcl</i>	52	<i>dronabinol</i>	23
COSENTYX.....	70	<i>dexmethylphenidate hcl de</i>		DROXIA.....	26
COSENTYX, DOSIS DE 300 MG ..	70	<i>liberación prolongada</i>	52	<i>droxidopa</i>	45
COSENTYX SENSOREADY		<i>dextroamphetamine sulfate</i>	52	DULERA.....	81
DOSIS DE 300 MG.....	70	<i>dextroamphetamine sulfate de</i>		<i>duloxetine hcl</i>	53
COTELLIC.....	28	<i>liberación prolongada</i>	52	DUPIXENT.....	70
CREON.....	61	<i>dextrose</i>	59	<i>dutasteride</i>	63
CRESEMBA.....	23	<i>dextrose-nacl</i>	59	<i>dutasteride-tamsulosin hcl</i>	63
CRINONE.....	68	DIACOMIT.....	18	<i>econazole nitrate</i>	23
<i>cromolyn sodium</i>	61, 77, 83	<i>diazepam</i>	19, 39, 40	EDURANT.....	37
CRYSSELLE-28.....	65	<i>diazepam intensol</i>	39	<i>efavirenz</i>	37
<i>cvs, apósitos de gasa estéril</i>	42	<i>diazoxide</i>	42	<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df</i>	37
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	83	<i>dichlorphenamide</i>	62	<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir</i>	37
<i>cyclophosphamide</i>	25	<i>diclofenac epolamine</i>	10	<i>eletriptan hydrobromide</i>	24
CYCLOPHOSPHAMIDE.....	25	<i>diclofenac potassium</i>	10	ELIGARD.....	69
CYCLOSET.....	40	<i>diclofenac sodium</i>	10, 78	ELIQUIS.....	44
<i>cyclosporine</i>	72	<i>diclofenac sodium de liberación</i>		ELIQUIS DVT/PE, TRATAMIENTO	
<i>cyclosporine, modificado</i>	72	<i>prolongada</i>	10	INICIAL, CAJA.....	44
<i>cyproheptadine hcl</i>	79	<i>diclofenac-misoprostol</i>	10	ELMIRON.....	63
CYSTADROPS.....	77	<i>dicloxacillin sodium</i>	15	ELURYNG.....	65
CYSTAGON.....	62	<i>dicyclomine hcl</i>	60	EMCYT.....	26
CYSTARAN.....	77	DIFICID.....	16	EMGALITY.....	24
<i>dabigatran etexilate mesylate</i>		<i>diflunisal</i>	10	EMGALITY, DOSIS DE 300 MG ..	24
.....	43	<i>difluprednate</i>	78	EMSAM.....	21
<i>dalfampridine de liberación</i>		<i>digoxin</i>	48	<i>emtricitabine</i>	37
<i>prolongada</i>	53	<i>diltiazem hcl</i>	48	<i>emtricitabine-tenofovir df</i>	37, 38
<i>danazol</i>	65	<i>diltiazem hcl de liberación</i>		EMTRIVA.....	38
<i>dantrolene sodium</i>	35	<i>prolongada</i>	47	<i>enalapril maleate</i>	46
<i>dapsone</i>	25	<i>diltiazem hcl de liberación</i>		<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	48
DAPTACEL.....	74	<i>prolongada, perlas</i>	47	ENBREL.....	72
<i>daptomycin</i>	13	<i>diltiazem hcl de liberación</i>		ENBREL MINI.....	72
<i>darifenacin hydrobromide de</i>		<i>prolongada, perlas recubiertas</i>	47	ENBREL SURECLICK.....	72
<i>liberación prolongada</i>	62	<i>dilt-xr</i>	48	ENDARI.....	62
<i>darunavir</i>	38	<i>dimethyl fumarate</i>	54	ENDOCET.....	11
DAURISMO.....	28	<i>dimethyl fumarate, tratamiento</i>		ENGERIX-B.....	74
DAYBUE.....	53	<i>inicial, caja</i>	54	<i>enoxaparin sodium</i>	44
<i>deferasirox</i>	59	<i>diphenoxylate-atropine</i>	60	ENSKYCE.....	65
DELSTRIGO.....	37	<i>diphtheria-tetanus toxoids dt</i>	74	ENSPRYNG.....	72
<i>demeclocycline hcl</i>	17	<i>disopyramide phosphate</i>	46	ENSTILAR.....	56
DENGVAXIA.....	74	<i>disulfiram</i>	12	<i>entacapone</i>	32
<i>denta 5000 plus</i>	54	<i>divalproex sodium</i>	40	ENTADFI.....	63
DEPO-ESTRADIOL.....	65	<i>divalproex sodium de liberación</i>		<i>entecavir</i>	36

ENTRESTO	48	FASENRA.....	83	<i>fosinopril sodium</i>	46
<i>enulose</i>	60	FASENRA, PLUMA.....	83	<i>fosinopril sodium-hctz</i>	48
EPCLUSA	36	<i>febuxostat</i>	24	FOTIVDA	28
EPIDIOLEX.....	18	<i>felbamate</i>	18	FRAGMIN.....	44
<i>epinastine hcl</i>	77	<i>felodipine de liberación</i>		<i>furosemide</i>	49
<i>epinephrine</i>	81	<i>prolongada</i>	47	FUZEON	38
<i>epitol</i>	20	<i>fenofibrate</i>	50	FYAVOLV	66
<i>eplerenone</i>	49	<i>fenofibrate micronized</i>	50	FYCOMPA.....	18
EPRONTIA.....	18	<i>fenofibric acid</i>	50	<i>gabapentin</i>	19
ERAXIS.....	23	<i>fenoprofen calcium</i>	10	GALAFOLD	62
<i>ergoloid mesylates</i>	20	<i>fentanyl</i>	10	<i>galantamine hydrobromide</i>	20
<i>ergotamine-caffeine</i>	24	<i>fentanyl citrate</i>	11	<i>galantamine hydrobromide de</i>	
ERIVEDGE	28	<i>fesoterodine fumarate de</i>		<i>liberación prolongada</i>	20
ERLEADA.....	26	<i>liberación prolongada</i>	62	GAMMAGARD.....	70
<i>erlotinib hcl</i>	28	FETZIMA	21	GAMMAGARD S/D MENOS IGA.	70
ERRIN.....	68	FETZIMA TITRATION	21	GAMUNEX-C.....	70
<i>ertapenem sodium</i>	16	<i>filspari</i>	48	GARDASIL 9	74
<i>ery</i>	57	<i>finasteride</i>	63	<i>gatifloxacin</i>	78
ERY-TAB.....	16	<i> fingolimod hcl</i>	54	GATTEX	60
ERYTHROCIN LACTOBIONATE...17		FINTEPLA.....	18	<i>gavilyte-c</i>	60
ERYTHROCIN STEARATE.....17		FIRDAPSE	53	<i>gavilyte-g</i>	60
<i>erythromycin</i>	17, 57, 58, 78	FIRMAGON.....	69	GAVRETO	26
<i>erythromycin, base</i>	17	FIRMAGON (DOSIS DE 240 MG)	69	<i>gefitinib</i>	28
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	17	FIRVANQ	13	<i>gemfibrozil</i>	50
<i>escitalopram oxalate</i>	21	FLAREX.....	78	<i>generlac</i>	60
<i>esomeprazole magnesium</i>	61	<i>flavoxate hcl</i>	62	GENGRAF	72
<i>estarylla</i>	66	<i>flecainide acetate</i>	46	<i>gentamicin, en solución salina</i> ..13	
<i>estradiol</i>	66	<i>fluconazole</i>	23	<i>gentamicin sulfate</i>	13, 78
<i>estradiol valerate</i>	66	<i>fluconazole in sodium chloride</i> 23		GENVOYA.....	36
<i>estradiol-norethindrone acet</i> ...66		<i>flucytosine</i>	23	GILOTRIF.....	28
ESTRING	66	<i>fludrocortisone acetate</i>	64	<i>glatiramer acetate</i>	54
<i>eszopiclone</i>	83	<i>flunisolide</i>	80	GLATOPA.....	54
<i>ethacrynic acid</i>	49	<i>fluocinolone acetonide</i>	56, 79	GLEOSTINE.....	25
<i>ethambutol hcl</i>	25	<i>fluocinolone acetonide, para el</i>		<i>glimepiride</i>	40
<i>ethosuximide</i>	19	<i>cuero cabelludo</i>	56	<i>glipizide</i>	40
<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i> ...66		<i>fluocinonide</i>	56	<i>glipizide de liberación</i>	
<i>etodolac</i>	10	<i>fluocinonide, base emulsificada</i>		<i>prolongada</i>	40
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i> ...66		.....	56	<i>glipizide-metformin hcl</i>	40
<i>etravirine</i>	37	<i>fluorometholone</i>	78	<i>preparación global en alcohol</i> ..57	
<i>euthyrox</i>	68	<i>fluorouracil</i>	57	GLUCAGEN HYPOKIT	42
EVENITY.....	76	<i>fluoxetine hcl</i>	21	<i>kit de glucagón para</i>	
<i>everolimus</i>	28, 72	<i>fluphenazine decanoate</i>	32	<i>emergencias</i>	42
EVOTAZ.....	38	<i>fluphenazine hcl</i>	32	<i>glycopyrrolate</i>	60
EVRYSDI.....	53	<i>flurbiprofen</i>	10	GLYXAMBI.....	40
EXEL COMFORT POINT, AGUJA		<i>flurbiprofen sodium</i>	78	<i>granisetron hcl</i>	23
PARA PLUMA.....	42	<i>flutamide</i>	26	<i>griseofulvin microsize</i>	23
<i>exemestane</i>	27	<i>fluticasone propionate</i>	56, 80	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	23
EXKIVITY.....	28	<i>fluticasone-salmeterol</i>	81, 83	<i>guanfacine hcl</i>	45
<i>ezetimibe</i>	50	<i>fluvastatin sodium</i>	50	<i>guanfacine hcl de liberación</i>	
<i>ezetimibe-rosuvastatin</i>	50	<i>fluvastatin sodium de liberación</i>		<i>prolongada</i>	52
<i>ezetimibe-simvastatin</i>	50	<i>prolongada</i>	50	<i>guanidine hcl</i>	25
FALMINA.....	66	<i>fluvoxamine maleate</i>	21	GVOKE HYPOPEN, CAJA DE 2...40	
<i>famciclovir</i>	36	<i>fluvoxamine maleate de</i>		GVOKE, KIT	40
<i>famotidine</i>	61	<i>liberación prolongada</i>	21	GVOKE PFS	40
FANAPT	33	<i>fondaparinux sodium</i>	44	HAILEY 24 FE	66
FANAPT TITRATION, CAJA.....	33	<i>fosamprenavir calcium</i>	38	<i>halobetasol propionate</i>	56
FARXIGA.....	40	<i>fosfomycin tromethamine</i>	13	<i>haloperidol</i>	32

<i>haloperidol decanoate</i>	32	<i>ibandronate sodium</i>	76	<i>ivermectin</i>	31, 57
<i>haloperidol lactate</i>	32	IBRANCE	28	IXIARO	74
HAVRIX.....	74	<i>ibu</i>	10	JAKAFI.....	29
HEMADY	64	<i>ibuprofen</i>	10	<i>jantoven</i>	44
<i>heparin sodium (porcino)</i>	44	<i>icatibant acetate</i>	70	JANUMET	40
HEPLISAV-B.....	74	ICLUSIG	28	JANUMET XR.....	41
HIBERIX	74	<i>icosapent ethyl</i>	51	JANUVIA.....	41
HUMALOG	42, 43	IDHIFA.....	27	JARDIANCE.....	41
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN..	42	<i>imatinib mesylate</i>	28	JAYPIRCA	29
HUMALOG KWIKPEN	42	IMBRUVICA.....	28, 29	JENTADUETO	41
HUMALOG MIX 50/50	42	<i>imipenem-cilastatin</i>	16	JENTADUETO XR.....	41
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	42	<i>imipramine hcl</i>	22	JINTELI	66
.....	42	<i>imipramine pamoate</i>	22	JOENJA.....	70
HUMALOG MIX 75/25.....	42	<i>imiquimod</i>	57	JULUCA	38
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN....	43	IMOVAX RABIES	74	JUNEL 1.5/30	66
.....	43	INCRELEX	64	JUNEL 1/20.....	66
HUMIRA.....	73	INCRUSE ELLIPTA	80	JUNEL FE 1.5/30	66
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS,	72	<i>indapamide</i>	49	JUNEL FE 1/20.....	66
TRATAMIENTO INICIAL.....	72	INFANRIX	74	JUNEL FE 24.....	66
HUMIRA PEN	72	INGREZZA.....	53	JYNNEOS.....	74
HUMIRA PEN-CD/UC/HS,	72	INLYTA	29	KALYDECO	81
TRATAMIENTO INICIAL.....	72	INQOVI.....	26	KARIVA.....	66
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC,	73	INREBIC	29	<i>kcl en dextrosa-nacl</i>	58
TRATAMIENTO PEDIÁTRICO	73	<i>insulin asp prot y asp flexpen</i>	43	<i>kcl-lactated ringers, en dextrosa</i>	58
INICIAL	73	<i>insulin aspart</i>	43	<i>al 5 %</i>	58
HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL	73	<i>insulin aspart flexpen</i>	43	KELNOR 1/35.....	66
HS, TRATAMIENTO INICIAL.....	73	<i>insulin aspart penfill</i>	43	<i>kelnor 1/50</i>	66
HUMIRA PEN-PSOR/UEVIT,	73	<i>insulin aspart prot y aspart</i>	43	KERENDIA	49
TRATAMIENTO INICIAL.....	73	<i>insulin lispro</i>	43	<i>ketoconazole</i>	23
HUMULIN 70/30	43	INTELENCE	37	<i>ketorolac tromethamine</i>	78
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	43	INTRALIPID	59	KEVEYIS.....	62
HUMULIN N	43	INTRON A.....	71	KINRIX	74
HUMULIN N KWIKPEN	43	INVEGA HAFYERA.....	33	KISQALI, DOSIS DE 200 MG.....	29
HUMULIN R.....	43	INVEGA SUSTENNA.....	33, 34	KISQALI, DOSIS DE 400 MG	29
HUMULIN R U-500,	43	INVEGA TRINZA.....	34	KISQALI, DOSIS DE 600 MG	29
CONCENTRADO.....	43	INVOKAMET	40	KISQALI FEMARA,	27
HUMULIN R U-500 KWIKPEN ...	43	INVOKAMET XR.....	40	DOSIS DE 200 MG.....	27
<i>hydralazine hcl</i>	51	INVOKANA	40	KISQALI FEMARA,	27
<i>hydrochlorothiazide</i>	49	IOPIDINE	79	DOSIS DE 400 MG	27
<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	11	IPOL.....	74	KISQALI FEMARA,	27
<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	11	<i>ipratropium bromide</i>	80	DOSIS DE 600 MG	27
<i>hydrocortisone</i>	56, 64, 75	<i>ipratropium-albuterol</i>	83	KLISYRI.....	57
<i>hydrocortisone (perianal)</i>	56	<i>irbesartan</i>	46	KLOR-CON.....	58
<i>hydrocortisone butyr lipo, base</i>	56	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	48	<i>klor-con</i>	59
.....	56	ISENTRESS	36, 37	KLOR-CON 10.....	58
<i>hydrocortisone butyrate</i>	56	ISENTRESS HD.....	36	KLOR-CON M10	58
<i>hydrocortisone valerate</i>	56	ISIBLOOM	66	KLOR-CON M15.....	58
<i>hydrocortisone-acetic acid</i>	79	ISONIAZID.....	25	KLOR-CON M20	58
<i>hydromorphone hcl</i>	11	<i>isosorbide dinitrate</i>	51	KLOR-CON/EF	58
<i>hydromorphone hcl de liberación</i>	10	<i>isosorbide mononitrate</i>	51	KOMBIGLYZE XR	41
<i>prolongada</i>	10	<i>isosorbide mononitrate de</i>	51	KORLYM.....	42
<i>hydromorphone hcl pf</i>	11	<i>liberación prolongada</i>	51	KOSELUGO.....	29
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	31	<i>isotretinoin</i>	55	<i>krazati</i>	27
<i>hydroxyurea</i>	26	<i>isradipine</i>	47	KRINTAFEL.....	31
<i>hydroxyzine hcl</i>	79	ISTURISA.....	63, 64	KURVELO	66
<i>hydroxyzine pamoate</i>	39	<i>itraconazole</i>	23	<i>labetalol hcl</i>	47
HYFTOR	56			<i>lacosamide</i>	20

LACRISERT.....	77	<i>levofloxacin</i>	17, 78	LUPRON DEPOT-PED, DOSIS	
<i>lactulose</i>	60	<i>levofloxacin en dextrosa al 5 %</i> ..	17	PARA 6 MESES.....	69
<i>lamivudine</i>	36	<i>levonorgest-eth est y eth est</i>	66	<i>lurasidone hcl</i>	34
<i>lamivudine-zidovudine</i>	38	<i>levonorgest-eth estrad,</i>		LUTERA.....	67
<i>lamotrigine</i>	18	<i>tratamiento para 91 días</i>	66	<i>lyllana</i>	67
<i>lamotrigine de liberación</i>		<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>	66	LYNPARZA.....	27
<i>prolongada</i>	18	LEVORA 0.15/30 (28).....	66	LYSODREN	69
<i>lamotrigine, para tratamiento</i>		<i>levothyroxine sodium</i>	68	LYTGOBI,	
<i>inicial (caja azul)</i>	18	<i>levoxyl</i>	69	DOSIS DIARIA DE 12 MG	29
<i>lamotrigine, para tratamiento</i>		LEXIVA.....	38	LYTGOBI,	
<i>inicial (caja verde)</i>	18	<i>lidocaine</i>	12	DOSIS DIARIA DE 16 MG	29
<i>lamotrigine, para tratamiento</i>		<i>lidocaine hcl</i>	12	LYTGOBI,	
<i>inicial (caja naranja)</i>	18	<i>lidocaine hcl, por vía</i>		DOSIS DIARIA DE 20 MG.....	29
<i>lansoprazole</i>	61	<i>uretral/membranas mucosas</i>	12	LYUMJEV.....	43
<i>lanthanum carbonate</i>	60	<i>lidocaine viscous hcl</i>	12	LYUMJEV KWIKPEN.....	43
LANTUS.....	43	<i>lidocaine-prilocaine</i>	12	<i>magnesium sulfate</i>	58
LANTUS SOLOSTAR.....	43	<i>linezolid</i>	13	<i>maraviroc</i>	38
<i>lapatinib ditosylate</i>	29	LINZESS.....	60	<i>marlissa</i>	67
LARIN FE 1.5/30.....	66	<i>liothyronine sodium</i>	69	MARPLAN	21
LARIN FE 1/20.....	66	<i>lisinopril</i>	46	MATULANE.....	26
<i>latanoprost</i>	76	<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i> ...48		MAVYRET.....	36
<i>ledipasvir-sofosbuvir</i>	36	<i>lithium carbonate</i>	40	<i>meclizine hcl</i>	22
LEENA.....	66	<i>lithium carbonate de liberación</i>		<i>medroxyprogesterone acetate</i>	
<i>leflunomide</i>	70	<i>prolongada</i>	40	.....	68
<i>lenalidomide</i>	26	LIVTENCITY.....	36	<i>mefenamic acid</i>	10
LENVIMA,		LOKELMA.....	60	<i>mefloquine hcl</i>	31
DOSIS DIARIA DE 10 MG.....	29	LONSURF.....	27	<i>megestrol acetate</i>	68
LENVIMA,		<i>loperamide hcl</i>	60	<i>mekinist</i>	29
DOSIS DIARIA DE 12 MG.....	29	<i>lopinavir-ritonavir</i>	39	MEKINIST.....	29
LENVIMA,		<i>lorazepam</i>	40	MEKTOVI.....	29
DOSIS DIARIA DE 14 MG.....	29	LORAZEPAM INTENSOL.....	40	<i>meloxicam</i>	10
LENVIMA,		LORBRENA.....	29	<i>melphalan</i>	26
DOSIS DIARIA DE 18 MG.....	29	LORYNA.....	66	<i>memantine hcl</i>	20, 21
LENVIMA,		<i>losartan potassium</i>	46	<i>memantine hcl de liberación</i>	
DOSIS DIARIA DE 20 MG.....	29	<i>losartan potassium-hctz</i>	48	<i>prolongada</i>	20
LENVIMA,		LOTEMAX.....	78	MENACTRA.....	74
DOSIS DIARIA DE 24 MG.....	29	<i>loteprednol etabonate</i>	78	MENEST.....	67
LENVIMA,		<i>lovastatin</i>	50	MENQUADFI.....	74
DOSIS DIARIA DE 4 MG.....	29	LOW-OGESTREL.....	67	MENVEO.....	74
LENVIMA,		<i>loxapine succinate</i>	32	<i>mercaptopurine</i>	73
DOSIS DIARIA DE 8 MG.....	29	<i>lubiprostone</i>	60	<i>meropenem</i>	16
LEQVIO.....	51	LUMAKRAS.....	27	<i>mesalamine</i>	75
LESSINA.....	66	LUMIGAN.....	76	<i>mesalamine de liberación</i>	
<i>letrozole</i>	27	LUMIZYME.....	62	<i>prolongada</i>	75
<i>leucovorin calcium</i>	31	LUPRON DEPOT,		MESNEX.....	31
LEUKERAN.....	25	DOSIS PARA 1 MES.....	69	<i>metformin hcl</i>	41
LEUKINE.....	45	LUPRON DEPOT,		<i>metformin hcl de liberación</i>	
<i>leuprolide acetate</i>	64, 69	DOSIS PARA 3 MESES.....	69	<i>prolongada</i>	41
<i>leuprolide acetate (3 meses)</i>	64	LUPRON DEPOT-PED,		<i>methadone hcl</i>	10, 11
<i>levabuterol hcl</i>	81	DOSIS PARA 1 MES.....	69	<i>methazolamide</i>	79
<i>levabuterol tartrate</i>	81	<i>lupron depot-ped</i>		<i>methenamine hippurate</i>	14
<i>levetiracetam</i>	18	<i>(dosis para 1 mes)</i>	69	<i>methimazole</i>	70
<i>levetiracetam de liberación</i>		<i>lupron depot-ped</i>		<i>methocarbamol</i>	83
<i>prolongada</i>	18	<i>(dosis para 3 meses)</i>	69	<i>methotrexate</i>	73
<i>levobunolol hcl</i>	79	LUPRON DEPOT-PED, DOSIS		<i>methotrexate sodium</i>	73
<i>levocarnitine</i>	59	PARA 3 MESES.....	69	<i>methotrexate sodium (pf)</i>	73
<i>levocetirizine dihydrochloride</i>....79				<i>methoxsalen, de acción rápida</i> 57	

<i>methscopolamine bromide</i>	60	<i>mycophenolate mofetil</i>	73	<i>norethindrone</i>	68
<i>methsuximide</i>	19	<i>mycophenolate sodium</i>	73	<i>norethindrone acetate</i>	68
<i>methylergonovine maleate</i>	63	MYRBETRIQ.....	62	<i>norethindrone acet-ethinyl est</i>	67
<i>methylphenidate hcl</i>	52	<i>nabumetone</i>	10	<i>norethindrone-eth estradiol</i>	67
<i>methylphenidate hcl de liberación prolongada</i>	52	<i>nadolol</i>	47	<i>norethindron-ethinyl estrad-fe</i>	67
<i>methylphenidate hcl de liberación prolongada (cd)</i>	52	<i>nafcillin sodium</i>	16	<i>norethin-eth estradiol-fe</i>	67
<i>methylphenidate hcl de liberación prolongada (la)</i>	52	<i>naloxone hcl</i>	12	<i>norgestimate-eth estradiol</i>	67
<i>methylphenidate hcl de liberación prolongada (osm)</i>	52	<i>naltrexone hcl</i>	12	<i>norgestim-eth estrad triphasic</i>	67
<i>methylprednisolone</i>	64	<i>naproxen</i>	10	NORMOSOL-M, EN DEXTROSA AL 5 %.....	58
<i>methyltestosterone</i>	65	<i>naproxen sodium</i>	10	NORMOSOL-R.....	58
<i>metoclopramide hcl</i>	60, 61	<i>naratriptan hcl</i>	24	NORTREL 0.5/35 (28)	67
<i>metolazone</i>	49	NATACYN	78	NORTREL 1/35 (21).....	67
<i>metoprolol succinate de liberación prolongada</i>	47	<i>nateglinide</i>	41	NORTREL 1/35 (28)	67
<i>metoprolol tartrate</i>	47	NATPARA	76	NORTREL 7/7/7	67
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i>	48	NAYZILAM	19	<i>nortriptyline hcl</i>	22
<i>metronidazole</i>	14	<i>nebivolol hcl</i>	47	NORVIR.....	39
<i>metyrosine</i>	48	NECON 0.5/35 (28)	67	NOXAFIL	24
<i>mexiletine hcl</i>	46	<i>nefazodone hcl</i>	21	NUBEQA	26
<i>miconazole 3</i>	23	<i>neomycin sulfate</i>	13	NUCALA	83
MICROGESTIN 1.5/30	67	<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx</i>	78	NUDEXTA	53
MICROGESTIN 1/20.....	67	<i>neomycin-polymyxin-dexameth</i>	77	NULIBRY	62
MICROGESTIN 24 FE.....	67	<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i> .	77	NUPLAZID.....	34
MICROGESTIN FE 1.5/30	67	<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	77, 79	NYAMYC.....	24
MICROGESTIN FE 1/20.....	67	<i>neo-polycin</i>	77	<i>nylia 1/35</i>	67
<i>midodrine hcl</i>	45	<i>neo-polycin hc</i>	77	<i>nymyo</i>	67
<i>miglitol</i>	41	NERLYNX.....	29	<i>nystatin</i>	24
<i>miglustat</i>	62	NEUPRO	32	<i>nystatin-triamcinolone</i>	57
MIMVEY	67	<i>nevirapine</i>	37	NYSTOP	24
<i>minocycline hcl</i>	18	<i>nevirapine de liberación prolongada</i>	37	NYVEPRIA.....	45
<i>minoxidil</i>	51	NEXLETOL	48	OCALIVA	61
<i>mirtazapine</i>	21	NEXLIZET	49	OCELLA	67
<i>misoprostol</i>	61	<i>niacin er (antihiperlipidémico)</i> ..	51	<i>octreotide acetate</i>	69
M-M-R II.....	74	<i>nicardipine hcl</i>	47	ODEFSEY.....	38
<i>modafinil</i>	84	NICOTROL	12	ODOMZO.....	29
<i>moexipril hcl</i>	46	NICOTROL NS	13	OFEV	82
<i>molindone hcl</i>	32	<i>nifedipine de liberación prolongada</i>	47	<i>ofloxacin</i>	17, 78, 79
<i>mometasone furoate</i>	56, 80	<i>nifedipine de liberación osmótica prolongada</i>	47	<i>olanzapine</i>	34
<i>montelukast sodium</i>	80	<i>nilutamide</i>	26	<i>olmesartan medoxomil</i>	46
<i>morphine sulfate</i>	11	<i>nimodipine</i>	47	<i>olmesartan medoxomil-hctz</i>	49
<i>morphine sulfate (concentrado)</i>	11	NINLARO	27	<i>olmesartan-amlodipine-hctz</i> ...	49
<i>morphine sulfate (concentrado)</i>	11	<i>nitazoxanide</i>	31	<i>olopatadine hcl</i>	77, 80
MOUNJARO	41	<i>nitisinone</i>	62	<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	51
MOVANTIK.....	60	NITRO-BID.....	51	<i>omeprazole</i>	61
<i>moxifloxacin hcl</i>	17, 78	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	14	<i>omeprazole magnesium</i>	61
<i>moxifloxacin hcl en nacl</i>	17	<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>	14	OMNITROPE.....	64
MULTAQ.....	46	<i>nitroglycerin</i>	51	<i>ondansetron</i>	23
<i>mupirocin</i>	58	NIVESTYM.....	45	<i>ondansetron hcl</i>	23
<i>mupirocin calcium</i>	58	<i>nizatidine</i>	61	ONGENTYS	32
MYALEPT	61	NORA-BE.....	68	ONGLYZA	41
		NORDITROPIN FLEXPRO	64	ONUREG	26
				OPSUMIT	82
				ORENCIA	71
				ORENCIA CLICKJECT	71
				ORENITRAM	82
				ORENITRAM, DOSIS PARA 1 MES	82

ORENITRAM, DOSIS PARA 2 MESES	82	<i>phenobarbital</i>	19	<i>pregabalin</i>	53
ORENITRAM, DOSIS PARA 3 MESES	82	<i>phenytoin</i>	20	PREHEVBRIO.....	74
ORGOVYX.....	27	<i>phenytoin sodium, de acción prolongada</i>	20	PREMARIN.....	67
ORKAMBI.....	81	PIFELTRO.....	37	PREMASOL.....	59
ORLADEYO.....	49	<i>pilocarpine hcl</i>	54, 79	PRETOMANID.....	25
ORSERDU.....	26	<i>pimecrolimus</i>	56	<i>prevalite</i>	51
<i>oseltamivir phosphate</i>	39	<i>pimozide</i>	32	PREVYMIS.....	36
OTEZLA.....	57, 73	<i>pindolol</i>	47	PREZCOBIX.....	39
<i>oxacillin sodium</i>	16	<i>pioglitazone hcl</i>	41	PREZISTA.....	39
<i>oxacillin sodium, en dextrosa</i>	16	<i>pioglitazone hcl-glimepiride</i>	41	PRIFTIN.....	25
<i>oxaprozin</i>	10	<i>pioglitazone hcl-metformin hcl</i>	41	<i>primaquine phosphate</i>	31
<i>oxcarbazepine</i>	20	<i>piperacillin sod-tazobactam so</i> 16		<i>primidone</i>	19
OXERVATE.....	77	PIQRAY, DOSIS DIARIA DE 200 MG	29	PRIORIX.....	75
<i>oxybutynin chloride</i>	62	PIQRAY, DOSIS DIARIA DE 250 MG.....	29	<i>probenecid</i>	24
<i>oxybutynin chloride de liberación prolongada</i>	62	PIQRAY, DOSIS DIARA DE 300 MG.....	29	<i>prochlorperazine</i>	22
<i>oxycodone hcl</i>	11	<i>pirfenidone</i>	82	<i>prochlorperazine maleate</i>	22
<i>oxycodone-acetaminophen</i>	12	<i>piroxicam</i>	10	PROCRIT	45
<i>oxymorphone hcl</i>	12	PLEGRIDY.....	54	<i>procto-med hc</i>	56
<i>oxymorphone hcl de liberación prolongada</i>	11	PLEGRIDY, TRATAMIENTO INICIAL.....	54	<i>proctosol hc</i>	56
OZEMPIC, DOSIS DE 0.25 O 0.5 MG.....	41	<i>podofilox</i>	57	PROCTOZONE-HC.....	56
OZEMPIC, DOSIS DE 1 MG	41	<i>polycin</i>	78	<i>progesterone</i>	68
OZEMPIC, DOSIS DE 2 MG	41	<i>polymyxin b-trimethoprim</i>	77	PROGRAF	73
<i>pacerone</i>	46	POMALYST.....	26	PROLASTIN-C	62
<i>paliperidone de liberación prolongada</i>	34	PORTIA-28.....	67	PROLIA.....	76
PANRETIN	57	<i>posaconazole</i>	24	PROMACTA.....	45
<i>pantoprazole sodium</i>	61	<i>potassium chloride</i>	58	<i>promethazine hcl</i>	22
<i>paricalcitol</i>	76	<i>potassium chloride crys de liberación prolongada</i>	58, 59	<i>promethegan</i>	22
<i>paromomycin sulfate</i>	13	<i>potassium chloride de liberación prolongada</i>	58	<i>propafenone hcl</i>	46
<i>paroxetine hcl</i>	21	<i>potassium chloride en nacl</i>	58	<i>propafenone hcl de liberación prolongada</i>	46
<i>paroxetine mesylate</i>	21	<i>potassium citrate de liberación prolongada</i>	58	<i>propranolol hcl</i>	47
PEDIARIX.....	74	<i>potassium chloride en dextrosa al 5 %</i>	58	<i>propranolol hcl de liberación prolongada</i>	47
PEDVAX HIB.....	74	PRADAXA.....	44	<i>propylthiouracil</i>	70
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl</i>	60	<i>pramipexole dihydrochloride</i>	32	PROQUAD	75
<i>peg-3350/electrolytes</i>	60	<i>pramipexole dihydrochloride de liberación prolongada</i>	32	<i>protriptyline hcl</i>	22
PEGASYS.....	72	<i>prasugrel hcl</i>	45	PULMICORT FLEXHALER.....	80
PEMAZYRE	29	<i>pravastatin sodium</i>	50	PULMOZYME	81
<i>penicillamine</i>	63	<i>praziquantel</i>	31	PURIXAN.....	26
<i>penicillin g pot, en dextrosa</i>	16	<i>prazosin hcl</i>	46	<i>pyrazinamide</i>	25
<i>penicillin g potassium</i>	16	<i>prednisolone</i>	64	<i>pyridostigmine bromide</i>	25
<i>penicillin g procaine</i>	16	<i>prednisolone acetate</i>	78	<i>pyridostigmine bromide de liberación prolongada</i>	25
<i>penicillin g sodium</i>	16	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	64, 78	<i>pyrimethamine</i>	31
<i>penicillin v potassium</i>	16	<i>prednisone</i>	64	PYRUKYND.....	45
PENTACEL	74	<i>prednisone intensol</i>	64	PYRUKYND TAPER, CAJA	45
<i>pentamidine isethionate</i>	31	<i>preferred plus, jeringa para insulina</i>	43	QELBREE.....	52
<i>pentoxifylline de liberación prolongada</i>	49			QINLOCK	29
<i>perindopril erbumine</i>	46			QUADRACEL	75
<i>permethrin</i>	57			<i>quetiapine fumarate</i>	34
<i>perphenazine</i>	32			<i>quetiapine fumarate de liberación prolongada</i>	34
PERSERIS	34			<i>quinapril hcl</i>	46
<i>phenelzine sulfate</i>	21			<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i> ..	49

<i>quinine sulfate</i>	31	<i>ropinirole hcl</i>	32	<i>sotalol hcl</i>	47
QVAR REDIHALER.....	80	<i>ropinirole hcl de liberación</i>		<i>sotalol hcl (af)</i>	46
RABAVERT.....	75	<i>prolongada</i>	32	SPEVIGO.....	73
<i>rabeprazole sodium</i>	61	<i>rosuvastatin calcium</i>	50	SPIRIVA HANDIHALER.....	80
RADICAVA ORS.....	53	ROTARIX.....	75	SPIRIVA RESPIMAT.....	80
RADICAVA ORS, KIT DE		ROTATEQ.....	75	<i>spironolactone</i>	49
TRATAMIENTO INICIAL.....	53	ROZLYTREK.....	29, 30	<i>spironolactone-hctz</i>	49
<i>raloxifene hcl</i>	26	RUBRACA.....	30	SPRINTEC 28.....	67
<i>ramelteon</i>	83	<i>rufinamide</i>	20	SPRITAM.....	18
<i>ramipril</i>	46	RUKOBIA.....	38	SPRYCEL.....	30
<i>ranolazine de liberación</i>		RYDAPT.....	30	SPS.....	60
<i>prolongada</i>	49	SAJAZIR.....	70	SRONYX.....	67
<i>rasagiline mesylate</i>	32	<i>salsalate</i>	10	<i>ssd</i>	57
RAYALDEE.....	76	SANCUSO.....	23	SSD (PLATA SULFADIAZINA).....	57
REBIF.....	54	SANDIMMUNE.....	73	STELARA.....	71
REBIF REBIDOSE.....	54	SANDOSTATIN LAR DEPOT.....	69	STIOLTO RESPIMAT.....	83
REBIF REBIDOSE TITRATION,		SANTYL.....	57	STIVARGA.....	30
CAJA.....	54	<i>sapropterin dihydrochloride</i>	62	<i>streptomycin sulfate</i>	13
REBIF TITRATION, CAJA.....	54	SCEMBLIX.....	30	STRIBILD.....	37
RECLIPSEN.....	67	<i>scopolamine</i>	22	STRIVERDI RESPIMAT.....	81
RECOMBIVAX HB.....	75	SECUADO.....	35	SUCRAID.....	62
RECTIV.....	51	<i>selegiline hcl</i>	32	<i>sucrafate</i>	61
RELENZA DISKHALER.....	39	<i>selenium sulfide</i>	56	<i>sulfacetamide sodium</i>	78
RELI-ON, JERINGA DE INSULINA		SELZENTRY.....	38	<i>sulfacetamide sodium, para</i>	
.....	43	SEREVENT DISKUS.....	81	<i>tratar el acné</i>	17
RELISTOR.....	60	SEROSTIM.....	64	<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	77
RELYVRIO.....	53	<i>sertraline hcl</i>	21, 22	<i>sulfadiazine</i>	17
<i>repaglinide</i>	41	<i>sevelamer carbonate</i>	60	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	
REPATHA.....	51	<i>sf</i>	54	.....	17
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM		<i>sf 5000 plus</i>	54	SULFAMYLLON.....	58
.....	51	SHINGRIX.....	75	<i>sulfasalazine</i>	75
REPATHA SURECLICK.....	51	SIGNIFOR.....	69	<i>sulindac</i>	10
RESTASIS.....	77	<i>sildenafil citrate</i>	82	<i>sumatriptan</i>	25
RESTASIS MULTIDOSE.....	77	<i>silodosin</i>	63	<i>sumatriptan succinate</i>	25
RETACRIT.....	45	<i>silver sulfadiazine</i>	57	<i>sumatriptan succinate, surtido</i>	25
RETEVMO.....	27	SIMBRINZA.....	79	<i>sunitinib malate</i>	30
REVCIVI.....	71	<i>simvastatin</i>	50	SUNLENCA.....	38
REXULTI.....	34	<i>sirolimus</i>	73	SUPRAX.....	15
REYATAZ.....	39	SIRTURO.....	25	SUPREP, KIT DE PREPARACIÓN	
REZLIDHIA.....	29	SIVEXTRO.....	14	INTESTINAL.....	59
REZUROCK.....	73	SKYCLARYS.....	53	<i>syeda</i>	67
RHOPRESSA.....	76	SKYRIZI.....	71	SYMDEKO.....	81
<i>ribavirin</i>	36	SKYRIZI PEN.....	71	SYMJEPI.....	81
<i>rifabutin</i>	25	<i>sodium chloride</i>	59	SYMLINPEN 120.....	41
<i>rifampin</i>	25	<i>sodium fluoride</i>	54	SYMLINPEN 60.....	41
<i>riluzole</i>	53	<i>sodium fluoride 5000 plus</i>	54	SYMPAZAN.....	19
<i>rimantadine hcl</i>	39	<i>sodium fluoride 5000 ppm</i>	54	SYMTUZA.....	37
RINVOQ.....	71	SODIUM OXYBATE.....	84	SYNAREL.....	69
<i>risedronate sodium</i>	76	<i>sodium phenylbutyrate</i>	62	SYNJARDY.....	41
RISPERDAL CONSTA.....	35	<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	60	SYNJARDY XR.....	41
<i>risperidone</i>	35	<i>solifenacin succinate</i>	63	SYNRIBO.....	27
RITONAVIR.....	39	SOLQUA.....	43	SYNTHROID.....	69
<i>rivastigmine</i>	20	SOLTAMOX.....	26	TABLOID.....	26
<i>rivastigmine tartrate</i>	20	SOMATULINE DEPOT.....	69	TABRECTA.....	30
<i>rizatriptan benzoate</i>	24	SOMAVERT.....	69	<i>tacrolimus</i>	56, 73
ROCKLATAN.....	77	<i>sorafenib tosylate</i>	30	<i>tadalafil</i>	63
<i>roflumilast</i>	81	SORINE.....	46	<i>tadalafil (pah)</i>	82

TAFINLAR.....	30	<i>tolterodine tartrate de liberación prolongada</i>	63	TRUDHESA.....	24
<i>tafinlar</i>	30	<i>tolvaptan</i>	59	TRULICITY.....	42
TAGRISSO.....	30	<i>topiramate</i>	18	TRUMENBA.....	75
TAKHZYRO.....	70	<i>toremifene citrate</i>	26	TUKYSA.....	27
TALZENNA.....	30	<i>torseמידe</i>	49	TURALIO.....	30
<i>tamoxifen citrate</i>	26	TOUJEO MAX SOLOSTAR.....	43	TWINRIX.....	75
<i>tamsulosin hcl</i>	63	TOUJEO SOLOSTAR.....	43	TYBOST.....	38
TARINA 24 FE.....	67	TRACLEER.....	82	TYMLOS.....	76
TASIGNA.....	30	TRADJENTA.....	41	TYPHIM VI.....	75
<i>tasimelton</i>	84	<i>tramadol hcl</i>	12	TYVASO.....	82
TAVNEOS.....	71	<i>tramadol hcl de liberación prolongada</i>	11	TYVASO DPI, KIT DE MANTENIMIENTO.....	82
<i>tazarotene</i>	55	<i>tramadol-acetaminophen</i>	12	TYVASO DPI, KIT DE VALORACIÓN.....	82
<i>taztia xt</i>	48	<i>trandolapril</i>	46	TYVASO, SURTIDO.....	82
TAZVERIK.....	30	<i>trandolapril-verapamil hcl de liberación prolongada</i>	49	TYVASO, TRATAMIENTO INICIAL.....	82
TDVAX.....	75	<i>tranexamic acid</i>	45	UBRELVY.....	24
TEFLARO.....	15	<i>tranylcypromine sulfate</i>	21	<i>unithroid</i>	69
TEGSEDI.....	62	<i>travoprost (sin bak)</i>	76	UPTRAVI.....	82
<i>telmisartan</i>	46	<i>trazodone hcl</i>	22	<i>ursodiol</i>	61
<i>telmisartan-amlodipine</i>	49	TRECTOR.....	25	<i>uzedy</i>	35
<i>telmisartan-hctz</i>	46, 49	TRELEGY ELLIPTA.....	83	<i>valacyclovir hcl</i>	36
<i>temazepam</i>	84	<i>trelegy ellipta</i>	83	VALCHLOR.....	26
TENIVAC.....	75	TRELSTAR MIXJECT.....	69	<i>valganciclovir hcl</i>	36
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	38	<i>tretinoin</i>	31, 55	<i>valproic acid</i>	19
TEPMETKO.....	30	<i>triamcinolone acetonide</i>	54, 56, 57	<i>valsartan</i>	46
<i>terazosin hcl</i>	46	<i>triamterene</i>	49	<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	49
<i>terbinafine hcl</i>	24	<i>triamterene-hctz</i>	49	VALTOCO, DOSIS DE 10 MG.....	19
<i>terbutaline sulfate</i>	81	<i>triazolam</i>	84	VALTOCO, DOSIS DE 15 MG.....	19
<i>terconazole</i>	24	TRIDERM.....	57	VALTOCO, DOSIS DE 20 MG.....	19
<i>teriflunomide</i>	54	<i>trientine hcl</i>	59	VALTOCO, DOSIS DE 5 MG.....	19
TERIPARATIDE (RECOMBINANTE).....	76	<i>tri-estarylla</i>	67	<i>vancomycin hcl</i>	14
<i>testosterone</i>	65	<i>trifluoperazine hcl</i>	33	VANCOMYCIN HCL.....	14
<i>testosterone cypionate</i>	65	<i>trifluridine</i>	78	VAQTA.....	75
<i>testosterone enanthate</i>	65	<i>trihexyphenidyl hcl</i>	31	<i>varenicline tartrate</i>	13
<i>tetrabenazine</i>	53	TRIJARDY XR.....	42	VARIVAX.....	75
<i>tetracycline hcl</i>	18	TRIKAFTA.....	81	VECAMYL.....	49
TEZSPIRE.....	83	<i>trikafta</i>	81	VELIVET.....	68
THALOMID.....	26	TRI-LEGEST FE.....	68	VEMLIDY.....	36
<i>theophylline de liberación prolongada</i>	81	TRI-LO-ESTARYLLA.....	68	VENCLEXTA.....	30
<i>thioridazine hcl</i>	32	TRI-LO-SPRINTEC.....	68	VENCLEXTA, TRATAMIENTO INICIAL, CAJA.....	30
<i>thiothixene</i>	33	<i>trimethoprim</i>	14	<i>venlafaxine hcl</i>	22
<i>tiagabine hcl</i>	19	<i>trimipramine maleate</i>	22	<i>venlafaxine hcl de liberación prolongada</i>	22
TIBSOVO.....	30	TRINTELLIX.....	22	VENTAVIS.....	82
TICOVAC.....	75	<i>tri-nymyo</i>	68	VENTOLIN HFA.....	81
<i>tigecycline</i>	14	TRI-SPRINTEC.....	68	<i>verapamil hcl</i>	48
<i>timolol maleate</i>	47, 79	TRIUMEQ.....	38	<i>verapamil hcl de liberación prolongada</i>	48
TIVICAY.....	37	TRIUMEQ PD.....	38	VERQUVO.....	49
TIVICAY PD.....	37	TRIVORA (28).....	68	VERSACLOZ.....	35
<i>tizanidine hcl</i>	36	<i>tri-vylibra</i>	68	VERZENIO.....	30
TOBRADEX.....	77	TRIZIVIR.....	38	V-GO 20.....	43
<i>tobramycin</i>	78, 81	TROPHAMINE.....	59	V-GO 30.....	43
<i>tobramycin sulfate</i>	13	<i>trospium chloride</i>	63		
<i>tobramycin-dexamethasone</i>	77	<i>trospium chloride de liberación prolongada</i>	63		
TOBREX.....	78				
<i>tolterodine tartrate</i>	63				

V-GO 40.....	43	XCOPRI,		<i>zafirlukast</i>	80
VICTOZA.....	42	DOSIS DIARIA DE 350 MG.....	19	<i>zaleplon</i>	84
<i>vigabatrin</i>	19	XELJANZ.....	71	ZEJULA.....	30
<i>vigadrone</i>	19	XELJANZ XR.....	71, 73	ZELBORAF.....	30
VIGADRONE.....	19	XERMELO.....	60	ZEMAIRA.....	62
VIJOICE.....	62	XGEVA.....	76	ZENPEP.....	62
<i>vilazodone hcl</i>	22	XIFAXAN.....	14	ZEPATIER.....	36
VIRACEPT.....	39	XIGDUO XR.....	42	ZERBAXA.....	15
VIREAD.....	38	XOFLUZA, DOSIS DE 40 MG.....	39	<i>zidovudine</i>	38
VITRAKVI.....	30	XOFLUZA, DOSIS DE 80 MG.....	39	<i>zileuton de liberación</i>	
VIZIMPRO.....	30	XOLAIR.....	71	<i>prolongada</i>	80
VONJO.....	30	XOSPATA.....	30	ZIMHI.....	12
<i>voriconazole</i>	24	XPOVIO, 100 MG		<i>ziprasidone hcl</i>	35
VOTRIENT.....	30	UNA VEZ POR SEMANA.....	27	<i>ziprasidone mesylate</i>	35
VOXZOGO.....	76	XPOVIO, 40 MG		ZIRGAN.....	78
VRAYLAR.....	35	UNA VEZ POR SEMANA.....	27	<i>zoledronic acid</i>	76
<i>vylibra</i>	68	XPOVIO, 40 MG		ZOLINZA.....	27
VYNDAMAX.....	64	DOS VECES POR SEMANA.....	27	<i>zolmitriptan</i>	25
VYNDAQEL.....	62	XPOVIO, 60 MG		<i>zolpidem tartrate</i>	84
<i>warfarin sodium</i>	44	UNA VEZ POR SEMANA.....	27	<i>zolpidem tartrate de liberación</i>	
WELIREG.....	27	XPOVIO, 60 MG		<i>prolongada</i>	84
<i>wixela inhub</i>	83	DOS VECES POR SEMANA.....	27	ZONISADE.....	19
XALKORI.....	30	XPOVIO, 80 MG		<i>zonisamide</i>	20
XARELTO.....	44	UNA VEZ POR SEMANA.....	27	ZORBTIVE.....	64
XARELTO,		XPOVIO, 80 MG		ZOVIA 1/35 (28).....	68
TRATAMIENTO INICIAL, CAJA	44	DOS VECES POR SEMANA.....	27	ZTALMY.....	20
XATMEP.....	73	XTANDI.....	26	ZYDELIG.....	31
XCOPRI.....	19	XULANE.....	68	ZYKADIA.....	31
XCOPRI,		XULTOPHY.....	42	ZYPREXA.....	35
DOSIS DIARIA DE 250 MG.....	19	YF-VAX.....	75	ZYPREXA RELPREVV.....	35
		YUVAFEM.....	68		

Texto multilingüe

Servicios de interpretación multilingüe

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Árabe: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية 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 किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-888-389-6648 पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता 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 nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

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

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

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

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



Este formulario se aprobó el 08/25/2023. Para obtener información actualizada o si tiene alguna pregunta, comuníquese con Priority Health Medicare a la línea telefónica gratuita 888.389.6648 (los usuarios TTY deben llamar al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana, o visite prioritymedicare.com. El formulario puede cambiar en cualquier momento; recibirá un aviso cuando sea necesario.

De igual manera, la red de farmacias o la red de proveedores puede sufrir cambios en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario. La red de farmacias de Priority Health Medicare ofrece acceso limitado a las farmacias que dispongan de una distribución de costos preferida en Michigan. Es posible que dichos costos más bajos anunciados en los documentos del plan para estas farmacias no estén disponibles en la farmacia que utiliza. Para obtener información actualizada sobre nuestras farmacias de la red, incluidas las farmacias con distribución de costos preferidas, llame al 888.389.6648 o consulte el directorio de farmacias en línea disponible en prioritymedicare.com. Los usuarios TTY deben llamar al 711.

ID 24468, versión 6