Clover Health

Formulario de medicamentos 2027

Lista de medicamentos cubiertos

Georgia
Clover Health LiveHealthy PPO (plan 026)
Clover Health LiveHealthy Premier PPO (plan 045)
Clover Health LiveHealthy Giveback PPO (plan 063)

New Jersey
Clover Health Classic HMO (plan 002)
Clover Health Value HMO (plan 003)
Clover Health Choice PPO (plan 004)
Clover Health Choice Value PPO (plan 007)
Clover Health Choice PPO (plan 032)
Clover Health Choice Value PPO (plan 042)
Clover Health Choice Giveback PPO (plan 054)

Pennsylvania
Clover Health Choice PPO (plan 038)

South Carolina
Clover Health LiveHealthy PPO (plan 036)
Clover Health LiveHealthy Giveback PPO (plan 063)

Texas
Clover Health Choice PPO (plan 025)

LEA ATENTAMENTE: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTOS PLANES.

Este *Formulario de medicamentos* se actualizó el 01/01/2027**.** Para obtener información más reciente o hacer otras preguntas, comuníquese con Servicios al Miembro de Clover al **1-888-778-1478 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m.**, hora local, los 7 días de la semana*, o visite **cloverhealth.com/formulary**.

Y0129_26MX081_00027110_Version 11_C

Nota para los miembros actuales: Este *Formulario de medicamentos* ha cambiado desde el año pasado. Revise este documento para asegurarse de que todavía incluye los medicamentos que toma.

Cuando esta *Lista de medicamentos* (*Formulario de medicamentos*) se refiere a «nosotros», «a nosotros» o «nuestro», significa Clover Health. Cuando se refiere a «plan» o «nuestro plan», significa Clover Health.

Este documento incluye una *Lista de medicamentos* (*Formulario de medicamentos*) para nuestro plan que es válida a partir del 01/01/2027. Para obtener una *Lista de medicamentos* (*Formulario de medicamentos*) actualizada, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización de la *Lista de medicamentos* (*Formulario de medicamentos*), figura en las cubiertas delantera y trasera.

Por lo general, debe utilizar las farmacias de la red para usar el beneficio de medicamentos con receta. Los beneficios, el *Formulario de medicamentos*, la red de farmacias o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2027 y ocasionalmente durante el año.

¿Qué es el *Formulario de medicamentos* de Clover Health?
En este documento, utilizamos los términos *Lista de medicamentos* y *Formulario de medicamentos* para referirnos a lo mismo. Un *Formulario de medicamentos* es una lista de los medicamentos cubiertos seleccionados por Clover Health en consulta con un equipo de proveedores de atención médica, que representa las terapias recetadas que se consideran parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Por lo general, Clover Health cubrirá los medicamentos que figuran en nuestro *Formulario de medicamentos* siempre que el medicamento sea médicamente necesario, la receta se surta en una farmacia de la red de Clover Health y se cumplan otras reglas del plan. Para obtener más información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta, consulte la *Evidencia de cobertura*.

¿Puede cambiar el *Formulario de medicamentos*?
La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se producen el 1 de enero, pero podemos agregar o eliminar medicamentos del *Formulario de medicamentos* durante el año, pasarlos a diferentes niveles de costo compartido o agregar nuevas restricciones. Debemos seguir las reglas de Medicare al realizar estos cambios. Las actualizaciones del *Formulario de medicamentos* se publican mensualmente en nuestro sitio web aquí: **cloverhealth.com/formulary**.

Cambios que pueden afectarle este año*:* En los siguientes casos, se verá afectado por los cambios de cobertura durante el año:

- **Reemplazos inmediatos de ciertas nuevas versiones de medicamentos de marca y productos biológicos originales.** Es posible que eliminemos inmediatamente un medicamento de nuestro *Formulario de medicamentos* si lo reemplazamos por una cierta versión nueva de ese medicamento que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido, o en uno inferior, y con las mismas restricciones o menos. Cuando añadimos una nueva versión de un medicamento a nuestro *Formulario de medicamentos*, podemos decidir mantener el medicamento

de marca o el producto biológico original en nuestro *Formulario de medicamentos*, pero trasladarlo inmediatamente a un nivel de costo compartido diferente o añadir nuevas restricciones.

- Podemos realizar estos cambios inmediatos solo si añadimos una nueva versión genérica de un medicamento de marca, o añadimos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original, que ya estaba en el *Formulario de medicamentos* (por ejemplo, añadir un biosimilar intercambiable que pueda sustituir a un producto biológico original en una farmacia sin una nueva receta).
- Si actualmente está tomando el medicamento de marca o el producto biológico original, es posible que no se lo comuniquemos de antemano antes de realizar un cambio inmediato, pero más adelante le brindaremos información sobre los cambios específicos que hemos realizado.

- Si realizamos dicho cambio, usted o la persona que emite la receta pueden solicitarnos que hagamos una excepción y continuemos con la cobertura del medicamento que se cambia. Para obtener más información, consulte la sección a continuación titulada «¿Cómo solicito una excepción al *Formulario de medicamentos* de Clover Health?»
- Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para obtener más información, consulte la sección a continuación titulada «¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?»
    - **Medicamentos retirados del mercado.** Si el fabricante o la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) retiran un medicamento de la venta por motivos de seguridad o eficacia, podemos eliminarlo inmediatamente de nuestro *Formulario de medicamentos* y, a continuación, notificarlo a los miembros que lo necesitan.
    - **Otros cambios.** Podemos realizar otros cambios que afecten a los miembros que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podemos eliminar un medicamento de marca del *Formulario de medicamentos* al añadir un equivalente genérico o eliminar un producto biológico original al añadir un biosimilar. También podemos aplicar nuevas restricciones al medicamento de marca o al producto biológico original, o moverlo a un nivel de costo compartido diferente, o ambos. Podemos realizar cambios basados en nuevas pautas clínicas. Si eliminamos medicamentos de nuestro *Formulario de medicamentos*, añadimos autorización previa, límites de cantidad o restricciones de terapia escalonada a un medicamento, o trasladamos un medicamento a un nivel de costo compartido superior, debemos notificar el cambio a los miembros afectados al menos 30 días antes de que el cambio entre en vigencia. Alternativamente, cuando un miembro solicita una renovación del medicamento, puede recibir un suministro para 30 días del medicamento y un aviso del cambio.
- Si hacemos estos otros cambios, usted o la persona que emite la receta pueden solicitarnos que hagamos una excepción y continuemos con la cobertura del

medicamento que ha estado tomando. El aviso que le brindamos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y usted también puede buscar información en la sección a continuación titulada «¿Cómo solicito una excepción al *Formulario de medicamentos* de Clover Health?»

Cambios que no lo afectarán si actualmente está tomando el medicamento. Por lo general, si está tomando un medicamento de nuestro *Formulario de medicamentos* 2027 que estaba cubierto a principios de año, no suspenderemos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2027, excepto en los casos descritos anteriormente. Esto significa que estos medicamentos seguirán estando disponibles con el mismo costo compartido y sin nuevas restricciones para aquellos miembros que los tomen durante el resto del año de cobertura. Este año no recibirá un aviso directo sobre los cambios que no lo afectan. Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, estos cambios lo afectarán y es importante que verifique el *Formulario de medicamentos* del nuevo año de beneficios para verificar si hay cambios en los medicamentos.

El *Formulario de medicamentos* adjunto es válido a partir del 01/01/2027. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por Clover Health, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto figura en las cubiertas delantera y trasera. *En caso de que se produzcan cambios en el Formulario de medicamentos que no sean de mantenimiento a mitad de año, la herramienta de búsqueda del Formulario de medicamentos publicada en nuestro sitio web cloverhealth.com/formulary se actualizará mensualmente y los Formularios de medicamentos impresos se actualizarán trimestralmente.*

¿Cómo puedo utilizar el *Formulario de medicamentos*?

Hay dos maneras de buscar su medicamento dentro del *Formulario de medicamentos*:

Afección médica

El *Formulario de medicamentos* comienza en la página 11. Los medicamentos de este *Formulario de medicamentos* están agrupados en categorías según el tipo de afecciones médicas para las que se utilizan. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar una afección cardíaca figuran en la categoría CARDIOVASCULAR. Si sabe para qué se utiliza su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página 11. A continuación, busque su medicamento en el nombre de la categoría.

Listado alfabético

Si no está seguro en qué categoría consultar, debe localizar su medicamento en el índice que comienza en la página 92. índice ofrece una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. Los medicamentos de marca y genéricos figuran en el índice. Busque en el índice y encuentre su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de página donde puede encontrar información sobre la cobertura. Vaya a la página indicada en el índice y busque el nombre del medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

Clover Health cubre tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la FDA por tener la misma droga activa que el

medicamento de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos tienen el mismo efecto y usualmente cuestan menos que los medicamentos de marca. Existen sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca. Los medicamentos genéricos, por lo general, pueden sustituir al medicamento de marca en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, según las leyes estatales.

¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?
Cuando nos referimos a medicamentos en el *Formulario de medicamentos*, puede tratarse de un medicamento o de un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas que se llaman biosimilares. Por lo general, los biosimilares tienen el mismo efecto que el producto biológico original y pueden costar menos. Existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según las leyes estatales, pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir a los medicamentos de marca.

Para consultar los tipos de medicamentos, consulte la *Evidencia de Cobertura*, sección 3.1 del capítulo 5, «La "*Lista de medicamentos*" indica los medicamentos de la Parte D que están cubiertos».

¿Hay alguna restricción en mi cobertura?
Algunos medicamentos cubiertos pueden tener requisitos o límites adicionales de cobertura. Estos requisitos y límites pueden incluir:

- **Autorización previa:** Clover Health exige que usted [o la persona que emite la receta] obtenga una autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que deberá obtener nuestra aprobación, basada en criterios específicos, antes de surtir sus recetas. Si no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos el medicamento.
- **Límites de cantidad:** Para ciertos medicamentos, Clover Health limita la cantidad del medicamento que cubriremos. Por ejemplo, Clover Health ofrece un comprimido por día por receta de dapagliflozina. Esto puede añadirse a un suministro estándar para un mes o tres meses.
- **Terapia escalonada:** En algunos casos, Clover Health requiere que primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de cubrir otro medicamento para esa afección. Por ejemplo, si tanto el medicamento A como el B tratan su afección médica, es posible que no cubramos el medicamento B a menos que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no funciona para usted, entonces cubriremos el medicamento B.

Puede consultar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales en el *Formulario de medicamentos* que comienza en la página 11. También puede obtener más información sobre las restricciones aplicadas a determinados medicamentos cubiertos visitando nuestro sitio web. Publicamos documentos en línea que explican nuestras restricciones de

autorización previa y terapia escalonada. También puede pedirnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del *Formulario de medicamentos*, figura en las cubiertas delantera y trasera.

Puede pedirnos que hagamos una excepción a estas restricciones o a estos límites, o solicitar una lista de otros medicamentos similares que puedan tratar su afección de salud. Consulte la sección «¿Cómo solicito una excepción al *Formulario de medicamentos* de *Clover Health*?» abajo para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Qué sucede si mi medicamento no está en el *Formulario de medicamentos*?
Si su medicamento no está incluido en este *Formulario de medicamentos* (*Lista de medicamentos* cubiertos), primero debe comunicarse con Servicios al Miembro y preguntar si su medicamento está cubierto. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del *Formulario de medicamentos*, figura en las cubiertas delantera y trasera.

Si comprueba que Clover Health no cubre su medicamento, tiene dos opciones:

- Puede solicitar a Servicios al Miembro una *Lista de medicamentos* similares que están cubiertos por Clover Health. Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por nuestro plan.
- Puede pedirnos que hagamos una excepción y cubramos su medicamento. A continuación encontrará información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo solicito una excepción al *Formulario de medicamentos* de Clover Health?
Puede solicitarnos que hagamos una excepción a nuestras reglas de cobertura. Hay varios tipos de excepciones que puede solicitarnos.

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento aunque no esté en nuestro *Formulario de medicamentos*. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto a un nivel de costo compartido predeterminado, y usted no podrá pedirnos que le brindemos el medicamento a un nivel de costo compartido inferior.
- Puede solicitarnos que renunciemos a una restricción de cobertura que incluya la autorización previa, la terapia escalonada o un límite de cantidad para su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, el plan limita el monto del medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede pedirnos que no lo apliquemos y cubramos una cantidad mayor.
- Puede solicitarnos que cubramos un medicamento del *Formulario de medicamentos* a un nivel de costo compartido inferior, a menos que el medicamento se encuentre en el nivel de medicamento especializado. Si se aprueba, esto reduciría el monto que debe pagar por su medicamento.

Por lo general, solo aprobaremos su solicitud de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el *Formulario de medicamentos* del plan, el medicamento de menor costo compartido o la aplicación de la restricción no fueran tan eficaces para usted o le causaran efectos adversos.

Usted o la persona que emite la receta deben comunicarse con nosotros para solicitar una excepción de nivel o al *Formulario de medicamentos*, incluida una excepción a una restricción de cobertura. ***Cuando solicite una excepción, la persona que emite la receta deberá explicar los motivos médicos por los que necesita la excepción*.** Por lo general, debemos tomar nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la declaración acreditativa de la persona que emite la receta. Puede solicitar una decisión acelerada (rápida) si considera, y estamos de acuerdo, que su salud podría verse seriamente afectada si espera hasta 72 horas para recibir una decisión. Si aceptamos, o si la persona que emite la receta solicita una decisión rápida, debemos tomar una decisión a más tardar 24 horas después de que recibamos la declaración acreditativa de la persona que emite la receta.

Puede llamar a Servicios al Miembro de Clover Health para solicitar una excepción. Nuestra información de contacto figura en las cubiertas delantera y trasera.

También puede presentar una determinación de cobertura en Internet haciendo clic en el enlace «Autorización previa» en la sección «Beneficios de farmacia» del portal para miembros de medicamentos con receta de Optum Rx. Para que podamos procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, la información de contacto y la información que identifique el medicamento que se solicita.

O bien, descargue, complete y envíe por fax un formulario de determinación de cobertura de medicamentos con receta que también está disponible en nuestro sitio web en **cloverhealth.com/part-d.**

¿Qué puedo hacer si mi medicamento no está en el *Formulario de medicamentos* o tiene una restricción?

Como miembro nuevo o que continúa en nuestro plan, puede estar tomando medicamentos que no están en nuestro *Formulario de medicamentos*. O bien, puede estar tomando un medicamento que se encuentra en nuestro *Formulario de medicamentos*, pero que tiene una restricción de cobertura, como la autorización previa. Debe hablar con la persona que emite la receta para solicitar una decisión de cobertura que demuestre que cumple con los criterios de aprobación, cambiar a un medicamento alternativo que cubrimos o solicitar una excepción al *Formulario de medicamentos* para que cubramos el medicamento que toma. Mientras usted y su médico determinan el curso de acción correcto para usted, podemos cubrir su medicamento en ciertos casos durante los primeros 108 días que sea miembro de nuestro plan.

Para cada uno de sus medicamentos que no esté en nuestro *Formulario de medicamentos* o tenga una restricción de cobertura, cubriremos un suministro temporal para 30 días. Si su receta se emitió para menos días, permitiremos renovaciones de un suministro máximo de medicación para *30* días. Si no se aprueba la cobertura, después de su primer suministro para 30 días, no pagaremos estos medicamentos, incluso si ha sido miembro del plan durante menos de 108 días.

Si usted es residente de un centro de atención a largo plazo y necesita un medicamento que no está en nuestro *Formulario de medicamentos* o si su capacidad para obtener sus medicamentos es limitada, pero ya ha pasado los primeros 108 días de membresía en

nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia para *31* días de ese medicamento mientras solicita una excepción al *Formulario de medicamentos*.

Nota: *Si experimenta un cambio en el tratamiento, como ser ingresado a un centro de atención a largo plazo (LTC) o dado de alta de este, se le dará acceso a una renovación en el momento de la admisión o del alta. Clover Health no utilizará modificaciones de renovación temprana para limitar el acceso adecuado y necesario a su beneficio de la Parte D. Se puede brindar un suministro temporal en la farmacia de su red si el reclamo de medicamento con receta presentado muestra que su tratamiento o el nivel de atención ha cambiado. De lo contrario, la farmacia llamará al servicio de asistencia de farmacia para obtener una anulación y presentar una solicitud de suministro temporal de nivel de atención.*

Nuestra política de renovaciones de transición está disponible en el sitio web de Clover Health, cloverhealth.com/en/members/prescription-drug-transition-policy.

Para obtener más información
Para obtener información más detallada sobre la cobertura de medicamentos con receta de Clover Health, consulte la *Evidencia de cobertura* y otros materiales del plan.

Si tiene preguntas sobre Clover Health, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del *Formulario de medicamentos*, figura en las cubiertas delantera y trasera.

Si tiene preguntas generales sobre la cobertura de medicamentos con receta de Medicare, llame a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del días, los 7 días de la semana**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. O visite **medicare.gov.**

Formulario de medicamentos **de Clover Health**
El siguiente *Formulario de medicamentos* brinda información sobre la cobertura de los medicamentos cubiertos por el plan. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, consulte el índice que comienza en la página 92.

La primera columna de la tabla indica el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca se escriben en mayúsculas (p. ej., SYNTHROID) y los medicamentos genéricos se escriben en minúsculas y cursiva (p. ej., *levotiroxina*).

La información de la columna Requisitos/límites le informa si nuestro plan tiene algún requisito especial para la cobertura de su medicamento.

Se utilizan las siguientes abreviaturas:

B/D: este medicamento con receta está sujeto a un requisito de autorización previa administrativa de la Parte B frente a la Parte D. Este medicamento puede estar cubierto por la Parte B o D de Medicare según las circunstancias. Es posible que deba presentarse información que describa el uso y el entorno del medicamento para tomar la determinación.

PA: autorización previa. Nuestro plan requiere que usted o su médico obtengan una autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que deberá obtener nuestra

aprobación antes de surtir sus recetas. Si no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos el medicamento.

PA NSO: autorización previa solo para nuevos tratamientos. La restricción de autorización previa solo se aplica si usted es un nuevo miembro o no ha tomado este medicamento anteriormente.

QL: límite de cantidad. Para ciertos medicamentos, nuestro plan limita el monto del medicamento que cubriremos. Por ejemplo, nuestro plan ofrece 30 comprimidos para 30 días por receta para comprimidos de dapagliflozina de 5 mg. Esto puede añadirse a un suministro estándar para un mes o tres meses.

ST: terapia escalonada. En algunos casos, nuestro plan requiere que usted pruebe primero ciertos medicamentos para tratar su afección médica, antes de cubrir otro medicamento para esa afección. Por ejemplo, si tanto el medicamento A como el B tratan su afección médica, es posible que no cubramos el medicamento B a menos que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no funciona para usted, entonces cubriremos el medicamento B.

ST NSO: terapia escalonada solo para nuevos tratamientos. La restricción de terapia escalonada solo se aplica si usted es un nuevo miembro o no ha tomado este medicamento anteriormente.

Niveles de copago por nivel de medicamentos
El *Formulario de medicamentos* de Clover Health de 2027 cubre la mayoría de los medicamentos identificados por Medicare como medicamentos de la Parte D, y el copago puede variar según el nivel en el que esté el medicamento. Los montos de copago y los porcentajes de coseguro para cada nivel varían según el plan. Consulte el *Resumen de beneficios* o la *Evidencia de cobertura* de su plan para conocer los montos de copagos o coseguros correspondientes.

Puede visitar cloverhealth.com/formulary para utilizar el portal para miembros de medicamentos con receta del plan y consultar la cobertura de medicamentos. Deberá registrar una cuenta a través de nuestro administrador de beneficios de farmacia, Optum Rx, en el portal. Con esta herramienta puede buscar medicamentos en la «*Lista de medicamentos*» para ver una estimación de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la «*Lista de medicamentos*» que podrían tratar la misma afección. El costo que se muestra se proporciona en «tiempo real», lo que significa que el costo que usted ve en la herramienta refleja un momento para proporcionarle una estimación de los costos de desembolso directo que se espera que pague.

Nivel de copago	**Tipo de medicamento**
Nivel 1	Genérico preferido: medicamentos que están disponibles en el nivel de costo compartido más bajo
Nivel 2	Medicamentos genéricos
Nivel 3	Medicamentos de marca preferida y medicamentos genéricos
Nivel 4	Medicamentos de marca no preferida y medicamentos genéricos no preferidos

Nivel 5	Medicamento especializado: incluye medicamentos especializados utilizados para tratar afecciones complejas o crónicas y puede estar sujeto a requisitos de gestión de la utilización.

Clover Health, en algunos casos, combina medicamentos genéricos de mayor costo en niveles de marca. Consulte la *Lista de medicamentos* para determinar el nivel de cobertura de cada medicamento que toma.

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas:
Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D sin costo, incluso si no ha pagado el deducible (si corresponde). Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina:
No pagará más de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido esté, incluso si no ha pagado el deducible (si corresponde).

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes antidemencia		
Agentes antidemencia, otros		
LEQEMBI IQLIK INJECTION 250MG/1.25ML	5	QL(10 ML por 28 días); PA
LEQEMBI IQLIK INJECTION 360MG/1.8ML	5	QL(7.2 ML por 28 días); PA
memantine/donepezil hydrochloride er capsule extended release 24 hour 10mg; 14mg, 10mg; 21mg, 10mg; 28mg	4	
Antagonista receptor de ácido N-metil-D-aspártico (NMDA)		
memantine hcl titration pak tablet 0	2	
memantine hydrochloride er capsule extended release 24 hour 14mg, 21mg, 28mg, 7mg	4	QL(30 EA por 30 días)
memantine hydrochloride tablet 10mg, 5mg	2	
Inhibidores de la colinesterasa		
donepezil hcl tablet disintegrating 10mg, 5mg	2	
donepezil hcl tablet 10mg	1	
donepezil hcl tablet 23mg	4	
donepezil hydrochloride tablet 10mg, 5mg	1	
galantamine hydrobromide er capsule extended release 24 hour 16mg, 24mg, 8mg	4	
galantamine hydrobromide solution 4mg/ml	4	
galantamine hydrobromide tablet 12mg, 4mg, 8mg	4	
rivastigmine tartrate capsule 1.5mg, 3mg, 4.5mg, 6mg	4	
rivastigmine transdermal system patch 24 hour 13.3mg/24hr, 4.6mg/24hr, 9.5mg/24hr	4	
Agentes antiespásticos		
Agentes antiespásticos		
baclofen tablet 10mg, 20mg	2	
baclofen tablet 5mg	3	
dantrolene sodium capsule 100mg, 25mg, 50mg	4	
tizanidine hcl tablet 2mg	2	
tizanidine hydrochloride tablet 4mg	2	
Agentes antijaquecosos		
Agonista de receptores de serotonina (5-HT)		
naratriptan hcl tablet 1mg, 2.5mg	3	QL(9 EA por 30 días)
rizatriptan benzoate odt tablet disintegrating 10mg, 5mg	3	QL(18 EA por 30 días)
rizatriptan benzoate tablet 10mg, 5mg	2	QL(18 EA por 30 días)
sumatriptan succinate injection 6mg/0.5ml	4	QL(5 ML por 30 días)
sumatriptan succinate tablet 100mg, 25mg, 50mg	2	QL(9 EA por 30 días)
sumatriptan solution 20mg/act, 5mg/act	4	QL(12 EA por 30 días)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
zolmitriptan tablet 2.5mg, 5mg	3	QL(12 EA por 30 días)
Alcaloides del cornezuelo		
dihydroergotamine mesylate solution 4mg/ml	4	QL(8 ML por 30 días); PA
ergotamine tartrate/caffeine tablet 100mg; 1mg	3	QL(40 EA por 28 días)
Antagonistas de los receptores del péptido relacionado con el gen de la calcitonina (calcitonin gene		
AIMOVIG INJECTION 140MG/ML	3	QL(1 ML por 28 días); PA
AIMOVIG INJECTION 70MG/ML	3	QL(2 ML por 28 días); PA
EMGALITY INJECTION 120MG/ML	3	QL(2 ML por 28 días); PA
EMGALITY INJECTION 100MG/ML	5	QL(3 ML por 28 días); PA
NURTEC TABLET DISINTEGRATING 75MG	5	QL(18 EA por 30 días); PA
UBRELVY TABLET 100MG, 50MG	5	QL(16 EA por 30 días); PA
Profiláctico		
timolol maleate tablet 10mg, 20mg, 5mg	3	
Agentes antimiasténicos		
Parasimpaticomiméticos		
pyridostigmine bromide tablet 60mg	2	
VYVGART HYTRULO INJECTION 180MG/ML; 2000UNIT/ML	5	PA
Agentes antiparkinsonianos		
Agentes antiparkinsonianos, otros		
carbidopa/levodopa/entacapone tablet 12.5mg; 200mg; 50mg, 18.75mg; 200mg; 75mg, 25mg; 200mg; 100mg, 31.25mg; 200mg; 125mg, 37.5mg; 200mg; 150mg, 50mg; 200mg; 200mg	4	
entacapone tablet 200mg	3	
Agonistas de la dopamina		
bromocriptine mesylate capsule 5mg	4	
bromocriptine mesylate tablet 2.5mg	4	
pramipexole dihydrochloride tablet 0.125mg, 0.25mg, 0.5mg, 0.75mg, 1.5mg, 1mg	2	
ropinirole er tablet extended release 24 hour 12mg, 2mg, 4mg, 6mg, 8mg	4	
ropinirole hcl tablet 0.5mg, 1mg, 2mg, 4mg, 5mg	2	
ropinirole hydrochloride tablet 0.25mg, 3mg	2	
Anticolinérgicos		
benztropine mesylate tablet 0.5mg, 1mg, 2mg	2	

PA: autorización previa; PA NSO: autorización previa solo para nuevos tratamientos; QL: límite de cantidad; ST: terapia escalonada; ST NSO: terapia escalonada solo para nuevos tratamientos; B/D: Cubierto bajo Medicare Parte B o D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
trihexyphenidyl hydrochloride tablet 2mg, 5mg	4	
Inhibidores de la monoaminooxidasa B (MAO-B)		
rasagiline mesylate tablet 0.5mg, 1mg	4	
selegiline hcl capsule 5mg	3	
selegiline hcl tablet 5mg	3	
Inhibidores de precursores de dopamina o decarboxilasa de L-aminoácidos		
carbidopa/levodopa er tablet extended release 25mg; 100mg, 50mg; 200mg	3	
carbidopa/levodopa odt tablet disintegrating 10mg; 100mg, 25mg; 100mg, 25mg; 250mg	4	
carbidopa/levodopa tablet 10mg; 100mg, 25mg; 100mg, 25mg; 250mg	2	
carbidopa tablet 25mg	4	
INBRIJA CAPSULE 42MG	5	PA
Agentes cardiovasculares		
Agentes bloqueantes adrenérgicos alfa		
prazosin hydrochloride capsule 1mg, 2mg, 5mg	2	
Agentes bloqueantes adrenérgicos beta		
acebutolol hydrochloride capsule 200mg, 400mg	2	
atenolol tablet 100mg, 25mg, 50mg	1	
betaxolol hcl tablet 10mg, 20mg	3	
bisoprolol fumarate tablet 10mg, 2.5mg, 5mg	2	
carvedilol tablet 12.5mg, 25mg, 3.125mg, 6.25mg	1	
labetalol hydrochloride tablet 100mg, 200mg, 300mg	2	
metoprolol succinate er tablet extended release 24 hour 100mg, 200mg, 25mg, 50mg	1	
metoprolol tartrate tablet 100mg, 25mg, 37.5mg, 50mg, 75mg	1	
nadolol tablet 20mg, 40mg, 80mg	2	
nebivolol hydrochloride tablet 10mg, 2.5mg, 20mg, 5mg	3	
pindolol tablet 10mg, 5mg	3	
propranolol hcl tablet 40mg	2	
propranolol hydrochloride er capsule extended release 24 hour 120mg, 160mg, 60mg, 80mg	2	
propranolol hydrochloride tablet 10mg, 20mg, 60mg, 80mg	2	
Agentes bloqueantes del canal de calcio, dihidropiridinas		
amlodipine besylate tablet 10mg, 2.5mg, 5mg	1	
felodipine er tablet extended release 24 hour 10mg, 2.5mg, 5mg	2	
nifedipine er tablet extended release 24 hour 30mg, 60mg, 90mg	2	
nimodipine capsule 30mg	4	

PA: autorización previa; PA NSO: autorización previa solo para nuevos tratamientos; QL: límite de cantidad; ST: terapia escalonada; ST NSO: terapia escalonada solo para nuevos tratamientos; B/D: Cubierto bajo Medicare Parte B o D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes bloqueantes del canal de calcio, no dihidropiridinas		
cartia xt capsule extended release 24 hour 120mg, 180mg, 240mg, 300mg	2	
dilt-xr capsule extended release 24 hour 120mg, 180mg, 240mg	2	
diltiazem hcl er capsule extended release 12 hour 120mg, 60mg, 90mg	4	
diltiazem hcl er capsule extended release 24 hour 120mg, 180mg, 240mg, 420mg	2	
diltiazem hcl er tablet extended release 24 hour 420mg	4	
diltiazem hcl tablet 30mg, 60mg	2	
diltiazem hydrochloride er capsule extended release 24 hour 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg	2	
diltiazem hydrochloride er tablet extended release 24 hour 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg	4	
diltiazem hydrochloride tablet 120mg, 90mg	2	
matzim la tablet extended release 24 hour 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	4	
tiadylt er capsule extended release 24 hour 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	2	
verapamil hcl er capsule extended release 24 hour 120mg, 180mg, 240mg	3	
verapamil hcl er tablet extended release 120mg	2	
verapamil hcl sr capsule extended release 24 hour 120mg, 180mg, 240mg, 360mg	3	
verapamil hydrochloride er tablet extended release 180mg, 240mg	2	
verapamil hydrochloride sr capsule extended release 24 hour 240mg, 360mg	3	
verapamil hydrochloride tablet 120mg, 40mg, 80mg	1	
Agentes cardiovasculares, otros		
aliskiren tablet 150mg, 300mg	2	
amiloride/hydrochlorothiazide tablet 5mg; 50mg	2	
amlodipine besylate/atorvastatin calcium tablet 10mg; 10mg, 10mg; 20mg, 10mg; 40mg, 10mg; 80mg, 2.5mg; 10mg, 2.5mg; 20mg, 2.5mg; 40mg, 5mg; 10mg, 5mg; 20mg, 5mg; 40mg, 5mg; 80mg	1	
amlodipine besylate/benazepril hydrochloride capsule 10mg; 20mg, 10mg; 40mg, 2.5mg; 10mg, 5mg; 10mg, 5mg; 20mg, 5mg; 40mg	1	
amlodipine besylate/valsartan tablet 10mg; 160mg, 10mg; 320mg, 5mg; 160mg, 5mg; 320mg	1	

PA: autorización previa; PA NSO: autorización previa solo para nuevos tratamientos; QL: límite de cantidad; ST: terapia escalonada; ST NSO: terapia escalonada solo para nuevos tratamientos; B/D: Cubierto bajo Medicare Parte B o D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
amlodipine/olmesartan medoxomil tablet 10mg; 20mg, 10mg; 40mg, 5mg; 20mg, 5mg; 40mg	1	
atenolol/chlorthalidone tablet 100mg; 25mg, 50mg; 25mg	2	
benazepril hydrochloride/hydrochlorothiazide tablet 10mg; 12.5mg, 20mg; 12.5mg, 20mg; 25mg, 5mg; 6.25mg	1	
bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide tablet 10mg; 6.25mg, 2.5mg; 6.25mg, 5mg; 6.25mg	2	
candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide tablet 16mg; 12.5mg, 32mg; 12.5mg, 32mg; 25mg	1	
captopril/hydrochlorothiazide tablet 25mg; 15mg, 25mg; 25mg, 50mg; 15mg, 50mg; 25mg	2	
enalapril maleate/hydrochlorothiazide tablet 10mg; 25mg, 5mg; 12.5mg	1	
FILSPARI TABLET 200MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
FILSPARI TABLET 400MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
fosinopril sodium/hydrochlorothiazide tablet 10mg; 12.5mg, 20mg; 12.5mg	2	
irbesartan/hydrochlorothiazide tablet 12.5mg; 150mg, 12.5mg; 300mg	1	
isosorbide dinitrate/hydralazine hydrochloride tablet 37.5mg; 20mg	4	
ivabradine hydrochloride tablet 5mg, 7.5mg	4	QL(60 EA por 30 días)
lisinopril/hydrochlorothiazide tablet 12.5mg; 10mg, 12.5mg; 20mg, 25mg; 20mg	1	
losartan potassium/hydrochlorothiazide tablet 12.5mg; 100mg, 12.5mg; 50mg, 25mg; 100mg	1	
metyrosine capsule 250mg	5	PA
olmesartan medoxomil/amlodipine/hydrochlorothiazide tablet 10mg; 12.5mg; 40mg, 10mg; 25mg; 40mg, 5mg; 12.5mg; 20mg, 5mg; 12.5mg; 40mg, 5mg; 25mg; 40mg	1	QL(30 EA por 30 días)
olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide tablet 12.5mg; 20mg, 12.5mg; 40mg, 25mg; 40mg	1	
pentoxifylline er tablet extended release 400mg	2	
quinapril/hydrochlorothiazide tablet 12.5mg; 10mg, 12.5mg; 20mg, 25mg; 20mg	1	
ranolazine er tablet extended release 12 hour 1000mg, 500mg	3	
sacubitril/valsartan tablet 24mg; 26mg	3	QL(180 EA por 30 días)
sacubitril/valsartan tablet 49mg; 51mg, 97mg; 103mg	3	QL(60 EA por 30 días)
spironolactone/hydrochlorothiazide tablet 25mg; 25mg	2	

PA: autorización previa; PA NSO: autorización previa solo para nuevos tratamientos; QL: límite de cantidad; ST: terapia escalonada; ST NSO: terapia escalonada solo para nuevos tratamientos; B/D: Cubierto bajo Medicare Parte B o D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
telmisartan/amlodipine tablet 10mg; 40mg, 10mg; 80mg, 5mg; 40mg, 5mg; 80mg	1	QL(30 EA por 30 días)
telmisartan/hydrochlorothiazide tablet 12.5mg; 40mg, 12.5mg; 80mg, 25mg; 80mg	1	
triamterene/hydrochlorothiazide capsule 25mg; 37.5mg	1	
triamterene/hydrochlorothiazide tablet 25mg; 37.5mg, 50mg; 75mg	1	
valsartan/hydrochlorothiazide tablet 12.5mg; 160mg, 12.5mg; 320mg, 12.5mg; 80mg, 25mg; 160mg, 25mg; 320mg	1	
VYNDAMAX CAPSULE 61MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
Agonistas adrenérgicos alfa		
clonidine hydrochloride tablet 0.05mg, 0.1mg, 0.2mg, 0.3mg	1	
clonidine patch weekly 0.1mg/24hr, 0.2mg/24hr, 0.3mg/24hr	4	
droxidopa capsule 100mg	4	QL(90 EA por 30 días); PA
droxidopa capsule 200mg, 300mg	5	QL(180 EA por 30 días); PA
guanfacine hydrochloride tablet 1mg, 2mg	4	
METHYLDOPA TABLET 250MG, 500MG	4	
midodrine hydrochloride tablet 10mg, 2.5mg, 5mg	2	
Antagonistas de los receptores de la angiotensina II		
azilsartan medoxomil tablet 40mg, 80mg	4	
candesartan cilexetil tablet 16mg, 32mg, 4mg, 8mg	1	
irbesartan tablet 150mg, 300mg, 75mg	1	
losartan potassium tablet 100mg, 25mg, 50mg	1	
olmesartan medoxomil tablet 20mg, 40mg, 5mg	1	
telmisartan tablet 20mg, 40mg, 80mg	1	
valsartan tablet 160mg, 320mg, 40mg, 80mg	1	
Antagonistas de los receptores de mineralocorticoides		
eplerenone tablet 25mg, 50mg	4	
KERENDIA TABLET 10MG, 20MG, 40MG	4	QL(30 EA por 30 días); PA
spironolactone tablet 100mg, 25mg, 50mg	1	
Antiarrítmicos		
amiodarone hydrochloride tablet 200mg	1	
amiodarone hydrochloride tablet 100mg, 400mg	3	
digoxin solution 0.05mg/ml	4	
digoxin tablet 125mcg, 250mcg	2	
digox tablet 125mcg, 250mcg	2	
disopyramide phosphate capsule 100mg, 150mg	3	

PA: autorización previa; PA NSO: autorización previa solo para nuevos tratamientos; QL: límite de cantidad; ST: terapia escalonada; ST NSO: terapia escalonada solo para nuevos tratamientos; B/D: Cubierto bajo Medicare Parte B o D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
dofetilide capsule 125mcg, 250mcg, 500mcg	4	
flecainide acetate tablet 100mg, 150mg, 50mg	2	
mexiletine hydrochloride capsule 150mg	3	
mexiletine hydrochloride capsule 200mg, 250mg	4	
MULTAQ TABLET 400MG	3	
PACERONE TABLET 200MG	2	
PACERONE TABLET 100MG	3	
PACERONE TABLET 400MG	4	
propafenone hcl tablet 150mg, 225mg, 300mg	2	
propafenone hydrochloride er capsule extended release 12 hour 225mg, 325mg, 425mg	4	
propafenone hydrochloride tablet 150mg, 225mg, 300mg	2	
quinidine sulfate tablet 200mg, 300mg	4	
sotalol hcl tablet 120mg, 160mg, 240mg	2	
sotalol hydrochloride (af) tablet 120mg, 160mg, 80mg	2	
sotalol hydrochloride tablet 120mg, 160mg, 80mg	2	
Dislipidémicos, derivados del ácido fíbrico		
fenofibrate micronized capsule 134mg, 200mg, 67mg	2	
fenofibrate tablet 160mg, 54mg	1	
fenofibrate tablet 145mg, 48mg	2	
fenofibric acid dr capsule delayed release 135mg, 45mg	3	
gemfibrozil tablet 600mg	2	
Dislipidémicos, inhibidores de la HMG CoA reductasa		
atorvastatin calcium tablet 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	1	
fluvastatin sodium er tablet extended release 24 hour 80mg	4	
fluvastatin capsule 20mg, 40mg	4	
lovastatin tablet 10mg, 20mg, 40mg	1	
pitavastatin calcium tablet 1mg, 2mg, 4mg	1	
pravastatin sodium tablet 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	1	
rosuvastatin calcium tablet 10mg, 20mg, 40mg, 5mg	1	
simvastatin tablet 10mg, 20mg, 40mg, 5mg, 80mg	1	
Dislipidémicos, otros		
cholestyramine light packet 4gm	4	
cholestyramine light powder 4gm/dose	4	
cholestyramine packet 4gm	3	
cholestyramine powder 4gm/dose	3	
colesevelam hydrochloride tablet 625mg	4	
colestipol hydrochloride tablet 1gm	3	
ezetimibe/simvastatin tablet 10mg; 10mg, 10mg; 20mg, 10mg; 40mg, 10mg; 80mg	1	
ezetimibe tablet 10mg	2	
icosapent ethyl capsule 0.5gm, 1gm	3	

PA: autorización previa; PA NSO: autorización previa solo para nuevos tratamientos; QL: límite de cantidad; ST: terapia escalonada; ST NSO: terapia escalonada solo para nuevos tratamientos; B/D: Cubierto bajo Medicare Parte B o D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
NEXLETOL TABLET 180MG	4	QL(30 EA por 30 días); PA
NEXLIZET TABLET 180MG; 10MG	4	QL(30 EA por 30 días); PA
niacin er tablet extended release 1000mg, 500mg, 750mg	3	
omega-3-acid ethyl esters capsule 375mg; 465mg; 1gm	3	
PRALUENT INJECTION 150MG/ML, 75MG/ML	3	QL(2 ML por 28 días); PA
prevalite packet 4gm	4	
prevalite powder 4gm/dose	4	
REPATHA SURECLICK INJECTION 140MG/ML	3	QL(3 ML por 28 días); PA
REPATHA INJECTION 140MG/ML	3	QL(3 ML por 28 días); PA
TRYNGOLZA INJECTION 50MG/0.8ML, 80MG/0.8ML	5	QL(0.8 ML por 28 días); PA
Diuréticos, ahorrador de potasio		
amiloride hcl tablet 5mg	1	
triamterene capsule 100mg, 50mg	4	
Diuréticos, evacuación		
bumetanide injection 0.25mg/ml	2	
bumetanide tablet 0.5mg, 1mg, 2mg	2	
furosemide injection 10mg/ml	2	
furosemide oral solution 10mg/ml, 40mg/5ml	1	
furosemide tablet 20mg, 40mg, 80mg	1	
torsemide tablet 100mg, 10mg, 20mg, 5mg	1	
Diuréticos, tiazida		
chlorthalidone tablet 25mg, 50mg	2	
hydrochlorothiazide capsule 12.5mg	1	
hydrochlorothiazide tablet 12.5mg, 25mg, 50mg	1	
indapamide tablet 1.25mg, 2.5mg	1	
metolazone tablet 10mg, 2.5mg, 5mg	2	
Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ACE)		
benazepril hydrochloride tablet 10mg, 20mg, 40mg, 5mg	1	
captopril tablet 100mg, 12.5mg, 25mg, 50mg	2	
enalapril maleate tablet 10mg, 2.5mg, 20mg, 5mg	1	
fosinopril sodium tablet 10mg, 20mg, 40mg	1	
lisinopril tablet 10mg, 2.5mg, 20mg, 30mg, 40mg, 5mg	1	
moexipril hydrochloride tablet 15mg, 7.5mg	2	
perindopril erbumine tablet 2mg, 4mg, 8mg	2	
quinapril hydrochloride tablet 10mg, 20mg, 40mg, 5mg	1	
ramipril capsule 1.25mg, 10mg, 2.5mg, 5mg	1	

PA: autorización previa; PA NSO: autorización previa solo para nuevos tratamientos; QL: límite de cantidad; ST: terapia escalonada; ST NSO: terapia escalonada solo para nuevos tratamientos; B/D: Cubierto bajo Medicare Parte B o D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
trandolapril tablet 1mg, 2mg, 4mg	1	
Inhibidores del cotransportador 2 de sodio-glucosa (sodium-glucose co-transporter 2 inhibitors, SGLT		
dapagliflozin tablet 10mg, 5mg	1	QL(30 EA por 30 días)
FARXIGA TABLET 10MG, 5MG	3	QL(30 EA por 30 días); ST
JARDIANCE TABLET 10MG, 25MG	3	QL(30 EA por 30 días)
Vasodilatadores, acción directa a nivel arterial/venoso		
isosorbide dinitrate tablet 10mg, 20mg, 30mg, 5mg	2	
isosorbide mononitrate er tablet extended release 24 hour 120mg, 30mg, 60mg	1	
isosorbide mononitrate tablet 10mg, 20mg	2	
NITRO-BID OINTMENT 2%	4	
nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1mg/hr, 0.2mg/hr, 0.4mg/hr, 0.6mg/hr	2	
nitroglycerin transdermal ointment 2%	4	
nitroglycerin solution 0.4mg/spray	4	
nitroglycerin tablet sublingual 0.3mg, 0.4mg, 0.6mg	2	
VERQUVO TABLET 10MG, 2.5MG, 5MG	3	QL(30 EA por 30 días); PA
Vasodilatadores, acción directa a nivel arterial		
hydralazine hydrochloride tablet 100mg, 10mg, 25mg, 50mg	1	
minoxidil tablet 10mg, 2.5mg	2	
Agentes de antigout		
Agentes de antigout		
allopurinol tablet 100mg, 300mg	1	
colchicine tablet 0.6mg	2	
febuxostat tablet 40mg, 80mg	2	
probenecid/colchicine tablet 0.5mg; 500mg	2	
probenecid tablet 500mg	2	
Agentes de la enfermedad inflamatoria intestinal		
Aminosalicilatos		
balsalazide disodium capsule 750mg	4	
mesalamine dr tablet delayed release 1.2gm	4	QL(120 EA por 30 días)
mesalamine er capsule extended release 24 hour 0.375gm	4	QL(120 EA por 30 días)
mesalamine er capsule extended release 500mg	4	QL(240 EA por 30 días)
mesalamine enema 4gm	4	QL(1800 ML por 30 días)
mesalamine kit 4gm	5	
mesalamine suppository 1000mg	4	QL(30 EA por 30 días)
SFROWASA ENEMA 4GM/60ML	5	
sulfasalazine tablet delayed release 500mg	2	

PA: autorización previa; PA NSO: autorización previa solo para nuevos tratamientos; QL: límite de cantidad; ST: terapia escalonada; ST NSO: terapia escalonada solo para nuevos tratamientos; B/D: Cubierto bajo Medicare Parte B o D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
sulfasalazine tablet 500mg	2	
Glucocorticoides		
budesonide er tablet extended release 24 hour 9mg	5	
budesonide capsule delayed release particles 3mg	4	
hydrocortisone cream 2.5%	2	QL(300 GM por 30 días)
hydrocortisone enema 100mg/60ml	4	
procto-med hc cream 2.5%	2	QL(300 GM por 30 días)
TARPEYO CAPSULE DELAYED RELEASE 4MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA
Agentes de las enfermedades óseas metabólicas		
Agentes de las enfermedades óseas metabólicas		
alendronate sodium tablet 10mg, 35mg	1	
alendronate sodium tablet 70mg	1	QL(4 EA por 28 días)
BONSITY INJECTION 560MCG/2.24ML	5	QL(2.24 ML por 28 días); PA
calcitonin-salmon solution 200unit/act	3	QL(3.7 ML por 30 días)
calcitriol capsule 0.25mcg, 0.5mcg	2	
cinacalcet hydrochloride tablet 30mg, 60mg, 90mg	4	
ibandronate sodium tablet 150mg	2	QL(1 EA por 28 días)
JUBBONTI INJECTION 60MG/ML	4	QL(2 ML por 365 días)
OSENVELT INJECTION 120MG/1.7ML	5	PA
paricalcitol capsule 1mcg, 2mcg, 4mcg	4	
RAYALDEE CAPSULE EXTENDED RELEASE 30MCG	5	QL(60 EA por 30 días)
risedronate sodium tablet 5mg	4	
risedronate sodium tablet 150mg	4	QL(1 EA por 28 días)
risedronate sodium tablet 35mg	4	QL(4 EA por 28 días)
stoboclo injection 60mg/ml	4	QL(2 ML por 365 días)
teriparatide injection 560mcg/2.24ml	5	QL(2.24 ML por 28 días); PA
TYMLOS INJECTION 3120MCG/1.56ML	5	QL(1.56 ML por 30 días); PA
WYOST INJECTION 120MG/1.7ML	5	PA
Agentes del sistema nervioso central		
Agentes de esclerosis múltiple		
AVONEX PEN INJECTION 30MCG/0.5ML	5	QL(4 EA por 28 días); PA
AVONEX INJECTION 30MCG/0.5ML	5	QL(4 EA por 28 días); PA
BETASERON INJECTION 0.3MG	5	QL(15 EA por 30 días); PA
dalfampridine er tablet extended release 12 hour 10mg	3	QL(60 EA por 30 días); PA

PA: autorización previa; PA NSO: autorización previa solo para nuevos tratamientos; QL: límite de cantidad; ST: terapia escalonada; ST NSO: terapia escalonada solo para nuevos tratamientos; B/D: Cubierto bajo Medicare Parte B o D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
dimethyl fumarate starterpack capsule delayed release therapy pack 0	4	QL(120 EA por 365 días); PA
dimethyl fumarate capsule delayed release 120mg, 240mg	4	QL(60 EA por 30 días); PA
fingolimod hydrochloride capsule 0.5mg	5	QL(30 EA por 30 días); PA
glatiramer acetate injection 40mg/ml	5	QL(12 ML por 28 días); PA
glatiramer acetate injection 20mg/ml	5	QL(30 ML por 30 días); PA
KESIMPTA INJECTION 20MG/0.4ML	5	QL(0.4 ML por 28 días); PA
MAYZENT STARTER PACK TABLET THERAPY PACK 0.25MG X 7 TABLETS	4	QL(14 EA por 365 días); PA; (7 tablet Starter Pack)
MAYZENT STARTER PACK TABLET THERAPY PACK 0.25MG X 12 TABLETS	4	QL(24 EA por 365 días); PA; (12 tablet Starter Pack)
MAYZENT TABLET 0.25MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA
MAYZENT TABLET 1MG, 2MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
VUMERITY CAPSULE DELAYED RELEASE 231MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA
ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK CAPSULE THERAPY PACK 0	5	QL(14 EA por 365 días); PA
ZEPOSIA STARTER KIT CAPSULE THERAPY PACK 0	5	QL(56 EA por 365 días); PA
ZEPOSIA CAPSULE 0.92MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
Agentes de fibromialgia		
milnacipran hydrochloride titration pack miscellaneous 0	3	QL(110 EA por 365 días)
milnacipran hydrochloride tablet 100mg, 12.5mg, 25mg, 50mg	3	QL(60 EA por 30 días)
SAVELLA TITRATION PACK MISCELLANEOUS 0	3	QL(110 EA por 365 días)
SAVELLA TABLET 100MG, 12.5MG, 25MG, 50MG	3	QL(60 EA por 30 días)
Agentes para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, anfetaminas		
amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 2.5mg; 2.5mg; 2.5mg; 2.5mg	3	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 10mg

PA: autorización previa; PA NSO: autorización previa solo para nuevos tratamientos; QL: límite de cantidad; ST: terapia escalonada; ST NSO: terapia escalonada solo para nuevos tratamientos; B/D: Cubierto bajo Medicare Parte B o D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 3.75mg; 3.75mg; 3.75mg; 3.75mg	3	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 15mg
amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 5mg; 5mg; 5mg; 5mg	3	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 20mg
amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 6.25mg; 6.25mg; 6.25mg; 6.25mg	3	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 25mg
amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 7.5mg; 7.5mg; 7.5mg; 7.5mg	3	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 30mg
amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 1.25mg; 1.25mg; 1.25mg; 1.25mg	3	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 5mg
amphetamine/dextroamphetamine tablet 1.25mg; 1.25mg; 1.25mg; 1.25mg, 1.875mg; 1.875mg; 1.875mg; 1.875mg, 2.5mg; 2.5mg; 2.5mg; 2.5mg, 3.125mg; 3.125mg; 3.125mg; 3.125mg, 3.75mg; 3.75mg; 3.75mg; 3.75mg, 5mg; 5mg; 5mg; 5mg, 7.5mg; 7.5mg; 7.5mg; 7.5mg	3	QL(90 EA por 30 días)
dextroamphetamine sulfate tablet 10mg	4	QL(180 EA por 30 días)
dextroamphetamine sulfate tablet 5mg	4	QL(90 EA por 30 días)
Agentes para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, no anfetaminas		
atomoxetine hydrochloride capsule 25mg	4	QL(30 EA por 30 días)
atomoxetine hydrochloride capsule 10mg	4	QL(60 EA por 30 días)
atomoxetine capsule 100mg, 18mg, 25mg, 40mg, 60mg, 80mg	4	QL(30 EA por 30 días)
atomoxetine capsule 10mg	4	QL(60 EA por 30 días)
dexmethylphenidate hcl tablet 10mg, 5mg	3	QL(60 EA por 30 días)
dexmethylphenidate hydrochloride tablet 2.5mg	3	QL(60 EA por 30 días)
guanfacine hydrochloride er tablet extended release 24 hour 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	3	
methylphenidate hydrochloride er (dif) tablet extended release 27mg, 54mg	4	QL(30 EA por 30 días)
methylphenidate hydrochloride er (dif) tablet extended release 36mg	4	QL(60 EA por 30 días)
methylphenidate hydrochloride er (osm) tablet extended release 18mg, 27mg, 54mg	4	QL(30 EA por 30 días)
methylphenidate hydrochloride er (osm) tablet extended release 36mg	4	QL(60 EA por 30 días)
methylphenidate hydrochloride er tablet extended release 24 hour 27mg, 54mg	4	QL(30 EA por 30 días)

PA: autorización previa; PA NSO: autorización previa solo para nuevos tratamientos; QL: límite de cantidad; ST: terapia escalonada; ST NSO: terapia escalonada solo para nuevos tratamientos; B/D: Cubierto bajo Medicare Parte B o D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
methylphenidate hydrochloride er tablet extended release 24 hour 36mg	4	QL(60 EA por 30 días)
methylphenidate hydrochloride solution 5mg/5ml	4	
methylphenidate hydrochloride tablet 10mg, 20mg, 5mg	2	QL(90 EA por 30 días)
Sistema nervioso central, otros		
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION KIT TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 0	5	QL(56 EA por 365 días); PA; (12mg & 18mg & 24mg & 30mg Pack)
AUSTEDO XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12MG, 18MG, 24MG, 30MG, 36MG, 42MG, 48MG, 6MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
AUSTEDO TABLET 12MG, 6MG, 9MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA
butalbital/acetaminophen/caffeine tablet 325mg; 50mg; 40mg	3	
COBENFY STARTER PACK CAPSULE THERAPY PACK 20MG; 0	5	QL(112 EA por 365 días); PA NSO
COBENFY CAPSULE 20MG; 100MG, 20MG; 50MG, 30MG; 125MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
dextromethorphan hydrobromide/quinidine sulfate capsule 20mg; 10mg	5	QL(60 EA por 30 días); PA
INGREZZA CAPSULE SPRINKLE 60MG, 80MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
INGREZZA CAPSULE SPRINKLE 40MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
INGREZZA CAPSULE THERAPY PACK 0	5	QL(56 EA por 365 días); PA
INGREZZA CAPSULE 60MG, 80MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
INGREZZA CAPSULE 40MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
riluzole tablet 50mg	4	
tetrabenazine tablet 12.5mg	4	QL(90 EA por 30 días); PA
tetrabenazine tablet 25mg	5	QL(120 EA por 30 días); PA
VEOZAH TABLET 45MG	4	QL(30 EA por 30 días); PA
Agentes del trastorno del sueño		
Agentes estimulantes de insomnio		
armodafinil tablet 150mg, 200mg, 250mg	4	QL(30 EA por 30 días); PA

PA: autorización previa; PA NSO: autorización previa solo para nuevos tratamientos; QL: límite de cantidad; ST: terapia escalonada; ST NSO: terapia escalonada solo para nuevos tratamientos; B/D: Cubierto bajo Medicare Parte B o D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
armodafinil tablet 50mg	4	QL(60 EA por 30 días); PA
modafinil tablet 100mg, 200mg	3	QL(30 EA por 30 días); PA
sodium oxybate solution 500mg/ml	5	QL(540 ML por 30 días); PA
Agentes somníferos		
BELSOMRA TABLET 10MG, 15MG, 20MG, 5MG	3	QL(30 EA por 30 días)
eszopiclone tablet 1mg, 2mg, 3mg	4	QL(30 EA por 30 días)
ramelteon tablet 8mg	4	QL(30 EA por 30 días)
temazepam capsule 15mg, 30mg	3	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; PA se aplica a pacientes de 65 años o más
zaleplon capsule 5mg	4	QL(30 EA por 30 días)
zaleplon capsule 10mg	4	QL(60 EA por 30 días)
zolpidem tartrate er tablet extended release 12.5mg, 6.25mg	4	QL(30 EA por 30 días)
zolpidem tartrate tablet 10mg, 5mg	2	QL(30 EA por 30 días)
Agentes dentales y orales		
Agentes dentales y orales		
chlorhexidine gluconate solution 0.12%	1	
doxycycline hyclate tablet 20mg	3	
lidocaine hydrochloride viscous solution 2%	2	
lidocaine viscous solution 2%	2	
periogard solution 0.12%	1	
pilocarpine hydrochloride tablet 5mg, 7.5mg	4	
triamcinolone acetonide dental paste paste 0.1%	3	
Agentes dermatológicos		
Agentes dermatológicos, otros		
calcipotriene cream 0.005%	4	QL(120 GM por 30 días)
calcipotriene ointment 0.005%	4	QL(120 GM por 30 días)
calcipotriene solution 0.005%	3	QL(60 ML por 30 días)
clotrimazole/betamethasone dipropionate cream 0.05%; 1%	2	QL(90 GM por 30 días)
diclofenac sodium gel 3%	4	QL(300 GM por 30 días); ST
fluorouracil cream 5%	2	QL(40 GM por 30 días)
fluorouracil solution 2%, 5%	3	
imiquimod cream 5%	3	QL(48 EA por 30 días)
nystatin/triamcinolone acetonide cream 100000unit/gm; 1mg/gm	2	

PA: autorización previa; PA NSO: autorización previa solo para nuevos tratamientos; QL: límite de cantidad; ST: terapia escalonada; ST NSO: terapia escalonada solo para nuevos tratamientos; B/D: Cubierto bajo Medicare Parte B o D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
nystatin/triamcinolone acetonide ointment 100000unit/gm; 0.1%	2	
nystatin/triamcinolone cream 100000unit/gm; 1mg/gm	2	
nystatin/triamcinolone ointment 100000unit/gm; 0.1%	2	
OTEZLA XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 75MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
OTEZLA TABLET 20MG, 30MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
podofilox solution 0.5%	3	
SANTYL OINTMENT 250UNIT/GM	4	QL(180 GM por 30 días)
silver sulfadiazine cream 1%	2	
ssd cream 1%	2	
urea lotion 40%	4	
Agentes desencadenantes de acné y rosácea		
acitretin capsule 10mg, 17.5mg, 25mg	4	
amnesteem capsule 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	4	
azelaic acid gel 15%	4	QL(100 GM por 30 días)
claravis capsule 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	4	
clindamycin phosphate/benzoyl peroxide gel 5%; 1.2%	2	
erythromycin/benzoyl peroxide gel 5%; 3%	4	
FINACEA FOAM 15%	3	QL(50 GM por 30 días)
isotretinoin capsule 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	4	
metronidazole cream 0.75%	2	
metronidazole gel 0.75%	3	
metronidazole gel 1%	4	
tazarotene cream 0.1%	4	QL(60 GM por 30 días)
tretinoin cream 0.025%	3	PA; PA se aplica a pacientes de 26 años o más
tretinoin cream 0.05%	4	PA; PA se aplica a pacientes de 26 años o más
zenatane capsule 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	4	
Agentes desencadenantes de dermatitis y prurito		
ADBRY INJECTION 150MG/ML	5	QL(6 ML por 28 días); PA
ADBRY INJECTION 300MG/2ML	5	QL(8 ML por 28 días); PA
ala-cort cream 1%	2	
alclometasone dipropionate cream 0.05%	2	
alclometasone dipropionate ointment 0.05%	2	
ammonium lactate cream 12%	2	

PA: autorización previa; PA NSO: autorización previa solo para nuevos tratamientos; QL: límite de cantidad; ST: terapia escalonada; ST NSO: terapia escalonada solo para nuevos tratamientos; B/D: Cubierto bajo Medicare Parte B o D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ammonium lactate lotion 12%	2	
betamethasone dipropionate augmented cream 0.05%	2	
betamethasone dipropionate augmented gel 0.05%	4	
betamethasone dipropionate augmented lotion 0.05%	2	
betamethasone dipropionate augmented ointment 0.05%	3	
betamethasone dipropionate cream 0.05%	3	
betamethasone dipropionate lotion 0.05%	3	
betamethasone dipropionate ointment 0.05%	4	
betamethasone valerate cream 0.1%	3	
betamethasone valerate lotion 0.1%	3	
betamethasone valerate ointment 0.1%	2	
clobetasol propionate emollient base cream 0.05%	2	QL(120 GM por 30 días)
clobetasol propionate cream 0.05%	2	
clobetasol propionate foam 0.05%	2	
clobetasol propionate gel 0.05%	3	
clobetasol propionate ointment 0.05%	2	QL(120 GM por 30 días)
clobetasol propionate shampoo 0.05%	4	
clobetasol propionate solution 0.05%	3	
desonide cream 0.05%	3	
desonide ointment 0.05%	2	QL(120 GM por 30 días)
desoximetasone cream 0.25%	3	QL(100 GM por 30 días)
desoximetasone ointment 0.25%	3	
EBGLYSS AUTO-INJECT SOLUTION FOR INJECTION 250MG/2ML	5	PA
EUCRISA OINTMENT 2%	4	PA
fluocinolone acetonide cream 0.01%, 0.025%	3	QL(120 GM por 30 días)
fluocinolone acetonide ointment 0.025%	3	QL(120 GM por 30 días)
fluocinolone acetonide solution 0.01%	3	QL(60 ML por 30 días)
fluocinonide cream 0.1%	2	QL(120 GM por 30 días)
fluocinonide cream 0.05%	2	QL(60 GM por 30 días)
fluocinonide gel 0.05%	2	QL(60 GM por 30 días)
fluocinonide ointment 0.05%	2	QL(60 GM por 30 días)
fluocinonide solution 0.05%	2	QL(60 ML por 30 días)
fluticasone propionate cream 0.05%	2	
fluticasone propionate ointment 0.005%	2	
halobetasol propionate cream 0.05%	3	

PA: autorización previa; PA NSO: autorización previa solo para nuevos tratamientos; QL: límite de cantidad; ST: terapia escalonada; ST NSO: terapia escalonada solo para nuevos tratamientos; B/D: Cubierto bajo Medicare Parte B o D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
halobetasol propionate ointment 0.05%	4	
hydrocortisone valerate cream 0.2%	3	QL(60 GM por 30 días)
hydrocortisone cream 1%, 2.5%	2	
hydrocortisone lotion 2.5%	2	
hydrocortisone ointment 2.5%	2	
hydrocortisone ointment 1%	2	QL(100 GM por 30 días)
mometasone furoate cream 0.1%	2	
mometasone furoate ointment 0.1%	2	
mometasone furoate solution 0.1%	2	
pimecrolimus cream 1%	4	QL(100 GM por 30 días)
selenium sulfide lotion 2.5%	2	
SPEVIGO INJECTION 150MG/ML, 300MG/2ML	5	QL(4 ML por 28 días); PA
tacrolimus ointment 0.03%, 0.1%	4	QL(100 GM por 30 días)
triamcinolone acetonide cream 0.025%, 0.1%, 0.5%	1	
triamcinolone acetonide lotion 0.1%	2	
triamcinolone acetonide lotion 0.025%	3	
triamcinolone acetonide ointment 0.025%, 0.1%	1	
triamcinolone acetonide ointment 0.5%	2	
triderm cream 0.5%	2	
Antiinfecciosos tópicos		
acyclovir ointment 5%	4	QL(60 GM por 30 días)
ciclodan solution 8%	2	QL(13.2 ML por 30 días); PA
ciclopirox nail lacquer solution 8%	2	QL(13.2 ML por 30 días); PA
ciclopirox olamine cream 0.77%	2	QL(90 GM por 30 días)
ciclopirox gel 0.77%	2	QL(100 GM por 30 días)
ciclopirox shampoo 1%	3	QL(120 ML por 30 días)
ciclopirox suspension 0.77%	3	QL(120 ML por 30 días)
clindamycin phosphate lotion 1%	4	QL(75 ML por 30 días)
clindamycin phosphate topical solution 1%	2	QL(60 ML por 30 días)
ery pad 2%	3	QL(60 EA por 30 días)
erythromycin gel 2%	3	QL(60 GM por 30 días)
erythromycin solution 2%	2	QL(60 ML por 30 días)
mupirocin cream 2%	4	
mupirocin ointment 2%	2	QL(110 GM por 30 días)
Pediculicidas/escabicidas		
malathion lotion 0.5%	4	QL(59 ML por 30 días)

PA: autorización previa; PA NSO: autorización previa solo para nuevos tratamientos; QL: límite de cantidad; ST: terapia escalonada; ST NSO: terapia escalonada solo para nuevos tratamientos; B/D: Cubierto bajo Medicare Parte B o D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
permethrin cream 5%	3	QL(60 GM por 30 días)
Agentes gastrointestinales		
Agentes antidiarreicos		
alosetron hydrochloride tablet 0.5mg	4	QL(120 EA por 30 días); PA
alosetron hydrochloride tablet 1mg	5	QL(60 EA por 30 días); PA
diphenoxylate hydrochloride/atropine sulfate tablet 0.025mg; 2.5mg	3	
loperamide hydrochloride capsule 2mg	2	
XERMELO TABLET 250MG	5	QL(90 EA por 30 días); PA
Agentes antiestreñimiento		
constulose solution 10gm/15ml	2	
enulose solution 10gm/15ml	2	
generlac solution 10gm/15ml	2	
lactulose solution 10gm/15ml	2	
LINZESS CAPSULE 145MCG, 290MCG, 72MCG	3	QL(30 EA por 30 días)
lubiprostone capsule 24mcg, 8mcg	3	QL(60 EA por 30 días)
movantik tablet 12.5mg, 25mg	3	QL(30 EA por 30 días)
Agentes gastrointestinales, otros		
bismuth subcitrate pot/metronidazole/tetracycline hydrochlo capsule 140mg; 125mg; 125mg	4	
BYLVAY (PELLETS) CAPSULE SPRINKLE 200MCG, 600MCG	5	PA
BYLVAY CAPSULE 1200MCG, 400MCG	5	PA
CLENPIQ SOLUTION 12GM/175ML; 3.5GM/175ML; 10MG/175ML	3	
CTEXLI TABLET 250MG	5	PA
gavilyte-c solution reconstituted 240gm; 2.98gm; 6.72gm; 5.84gm; 22.72gm	2	
gavilyte-g solution reconstituted 236gm; 2.97gm; 6.74gm; 5.86gm; 22.74gm	2	
gavilyte-n/flavor pack solution reconstituted 420gm; 1.48gm; 5.72gm; 11.2gm	2	
metoclopramide hcl solution 5mg/5ml	2	
metoclopramide hydrochloride tablet 10mg, 5mg	1	
nitroglycerin rectal ointment 0.4%	4	QL(30 GM por 30 días)
peg-3350/electrolytes solution reconstituted 236gm; 2.97gm; 6.74gm; 5.86gm; 22.74gm	2	
peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl solution reconstituted 420gm; 1.48gm; 5.72gm; 11.2gm	2	
sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium sulfate solution 1.6gm/177ml; 3.13gm/177ml; 17.5gm/177ml	3	

PA: autorización previa; PA NSO: autorización previa solo para nuevos tratamientos; QL: límite de cantidad; ST: terapia escalonada; ST NSO: terapia escalonada solo para nuevos tratamientos; B/D: Cubierto bajo Medicare Parte B o D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
SUTAB TABLET 225MG; 188MG; 1479MG	3	
TALICIA CAPSULE DELAYED RELEASE 250MG; 10MG; 12.5MG	4	
ursodiol capsule 300mg	4	
ursodiol tablet 250mg, 500mg	3	
VOWST CAPSULE 0	5	QL(12 EA por 3 días); PA
XIFAXAN TABLET 200MG, 550MG	3	QL(90 EA por 30 días); PA
Antagonistas de los receptores de la histamina2 (H2)		
famotidine suspension reconstituted 40mg/5ml	4	
famotidine tablet 20mg, 40mg	1	
nizatidine capsule 150mg, 300mg	4	
Antiespasmódicos, gastrointestinal		
dicyclomine hydrochloride capsule 10mg	2	
dicyclomine hydrochloride tablet 20mg	2	
glycopyrrolate tablet 1mg, 2mg	3	PA
Inhibidores de la bomba de protones		
esomeprazole magnesium capsule delayed release 20mg, 40mg	2	QL(60 EA por 30 días)
lansoprazole capsule delayed release 15mg, 30mg	2	QL(60 EA por 30 días)
omeprazole dr capsule delayed release 10mg	1	QL(60 EA por 30 días)
omeprazole capsule delayed release 20mg, 40mg	1	QL(60 EA por 30 días)
pantoprazole sodium tablet delayed release 20mg, 40mg	1	QL(60 EA por 30 días)
rabeprazole sodium tablet delayed release 20mg	3	QL(60 EA por 30 días)
Protectores		
misoprostol tablet 100mcg, 200mcg	3	
sucralfate tablet 1gm	2	
Agentes genitourinarios		
Agentes de hiperplasia benigna de próstata		
alfuzosin hcl er tablet extended release 24 hour 10mg	2	QL(30 EA por 30 días)
doxazosin mesylate tablet 1mg, 2mg, 4mg, 8mg	2	
dutasteride capsule 0.5mg	2	
finasteride tablet 5mg	1	
silodosin capsule 4mg, 8mg	4	QL(30 EA por 30 días)
tadalafil tablet 2.5mg, 5mg	3	QL(30 EA por 30 días); PA
tamsulosin hydrochloride capsule 0.4mg	1	QL(60 EA por 30 días)
terazosin hcl capsule 10mg, 1mg, 5mg	1	
terazosin hydrochloride capsule 2mg	1	
Agentes genitourinarios, otros		
acetic acid 0.25% solution 0.25%	1	
bethanechol chloride tablet 10mg, 25mg, 50mg, 5mg	2	

PA: autorización previa; PA NSO: autorización previa solo para nuevos tratamientos; QL: límite de cantidad; ST: terapia escalonada; ST NSO: terapia escalonada solo para nuevos tratamientos; B/D: Cubierto bajo Medicare Parte B o D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ELMIRON CAPSULE 100MG	4	QL(90 EA por 30 días)
Antiespasmódicos, urinario		
fesoterodine fumarate er tablet extended release 24 hour 4mg, 8mg	4	
GEMTESA TABLET 75MG	4	QL(30 EA por 30 días)
MYRBETRIQ SUSPENSION RECONSTITUTED ER 8MG/ML	3	QL(300 ML por 30 días)
MYRBETRIQ TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25MG, 50MG	3	QL(30 EA por 30 días)
oxybutynin chloride er tablet extended release 24 hour 10mg, 15mg, 5mg	2	
oxybutynin chloride solution 5mg/5ml	2	
oxybutynin chloride tablet 5mg	2	
solifenacin succinate tablet 10mg, 5mg	2	
tolterodine tartrate er capsule extended release 24 hour 2mg, 4mg	3	
tolterodine tartrate tablet 1mg, 2mg	3	
trospium chloride er capsule extended release 24 hour 60mg	4	
trospium chloride tablet 20mg	3	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis)		
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis)		
desmopressin acetate solution 0.01%	4	
desmopressin acetate tablet 0.1mg, 0.2mg	3	
GENOTROPIN MINIQUICK INJECTION 0.2MG	4	PA
GENOTROPIN MINIQUICK INJECTION 0.4MG, 0.6MG, 0.8MG, 1.2MG, 1.4MG, 1.6MG, 1.8MG, 1MG, 2MG	5	PA
GENOTROPIN INJECTION 12MG, 5MG	5	PA
INCRELEX INJECTION 40MG/4ML	5	PA
ISTURISA TABLET 1MG	5	QL(240 EA por 30 días); PA
ISTURISA TABLET 5MG	5	QL(360 EA por 30 días); PA
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hormonas sexuales/modificadores)		
Agentes de modificación selectiva de los receptores estrogénicos		
OSPHENA TABLET 60MG	3	QL(30 EA por 30 días); PA
raloxifene hydrochloride tablet 60mg	2	
Andrógenos		
danazol capsule 100mg, 200mg, 50mg	4	

PA: autorización previa; PA NSO: autorización previa solo para nuevos tratamientos; QL: límite de cantidad; ST: terapia escalonada; ST NSO: terapia escalonada solo para nuevos tratamientos; B/D: Cubierto bajo Medicare Parte B o D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
testosterone cypionate injection 100mg/ml, 200mg/ml	2	QL(10 ML por 28 días); PA
testosterone enanthate injection 200mg/ml	3	QL(5 ML por 28 días); PA
testosterone pump gel 20.25mg/act	3	QL(150 GM por 30 días); PA
testosterone pump gel 12.5mg/act	4	QL(300 GM por 30 días); PA
testosterone gel 20.25mg/1.25gm, 40.5mg/2.5gm	3	QL(150 GM por 30 días); PA
testosterone gel 25mg/2.5gm, 50mg/5gm	4	QL(300 GM por 30 días); PA
Estrógenos		
abigale lo tablet 0.5mg; 0.1mg	4	
abigale tablet 1mg; 0.5mg	4	
afirmelle tablet 20mcg; 0.1mg	3	
altavera tablet 30mcg; 0.15mg	3	
alyacen 1/35 tablet 35mcg; 1mg	3	
alyacen 7/7/7 tablet 35mcg; 0	3	
amethyst tablet 20mcg; 90mcg	3	
ashlyna tablet 0; 0	4	QL(91 EA por 91 días)
aubra eq tablet 20mcg; 0.1mg	3	
aurovela 1.5/30 tablet 30mcg; 1.5mg	3	
aurovela 1/20 tablet 20mcg; 1mg	3	
aurovela fe 1.5/30 tablet 30mcg; 75mg; 1.5mg	3	
aurovela fe 1/20 tablet 20mcg; 75mg; 1mg	3	
aviane tablet 20mcg; 0.1mg	3	
ayuna tablet 0.03mg; 0.15mg	3	
azurette tablet 0; 0	3	
balziva tablet 35mcg; 0.4mg	3	
blisovi fe 1.5/30 tablet 30mcg; 75mg; 1.5mg	3	
blisovi fe 1/20 tablet 20mcg; 75mg; 1mg	3	
briellyn tablet 35mcg; 0.4mg	3	
camrese lo tablet 0; 0	4	QL(91 EA por 91 días)
camrese tablet 0; 0	4	QL(91 EA por 91 días)
chateal eq tablet 30mcg; 0.15mg	3	
climara pro patch weekly 0.045mg/day; 0.015mg/day	4	QL(4 EA por 28 días)
conjugated estrogens tablet 0.3mg, 0.45mg, 0.625mg, 0.9mg, 1.25mg	4	QL(30 EA por 30 días)
cryselle-28 tablet 30mcg; 0.3mg	3	
cryselle tablet 30mcg; 0.3mg	3	
dasetta 1/35 tablet 35mcg; 1mg	3	
dasetta 7/7/7 tablet 35mcg; 0	3	
daysee tablet 0; 0	4	QL(91 EA por 91 días)

PA: autorización previa; PA NSO: autorización previa solo para nuevos tratamientos; QL: límite de cantidad; ST: terapia escalonada; ST NSO: terapia escalonada solo para nuevos tratamientos; B/D: Cubierto bajo Medicare Parte B o D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
delyla tablet 20mcg; 0.1mg	3	
desogestrel/ethinyl estradiol tablet 0; 0	3	
dolishale tablet 20mcg; 90mcg	3	
DOTTI PATCH TWICE WEEKLY 0.025MG/24HR, 0.0375MG/24HR, 0.05MG/24HR, 0.075MG/24HR, 0.1MG/24HR	4	QL(8 EA por 28 días)
elinest tablet 30mcg; 0.3mg	3	
eluryng ring 0.015mg/24hr; 0.12mg/24hr	4	QL(1 EA por 28 días)
enilloring ring 0.015mg/24hr; 0.12mg/24hr	4	QL(1 EA por 28 días)
enpresse-28 tablet 0; 0	3	
estarylla tablet 35mcg; 0.25mg	3	
estradiol/norethindrone acetate tablet 0.5mg; 0.1mg, 1mg; 0.5mg	4	
estradiol cream 0.1mg/gm	2	
estradiol gel 0.06%, 0.25mg/0.25gm, 0.5mg/0.5gm, 0.75mg/0.75gm, 1.25mg/1.25gm, 1mg/gm	4	
estradiol patch twice weekly 0.025mg/24hr, 0.0375mg/24hr, 0.05mg/24hr, 0.075mg/24hr, 0.1mg/24hr	4	QL(8 EA por 28 días)
estradiol patch weekly 0.025mg/24hr, 0.05mg/24hr, 0.06mg/24hr, 0.075mg/24hr, 0.1mg/24hr, 37.5mcg/24hr	3	QL(4 EA por 28 días)
estradiol oral tablet 0.5mg, 1mg, 2mg	2	
estradiol vaginal tablet 10mcg	4	
ESTRING RING 7.5MCG/24HR	4	QL(1 EA por 90 días)
ethynodiol diacetate/ethinyl estradiol tablet 35mcg; 1mg, 50mcg; 1mg	3	
etonogestrel/ethinyl estradiol ring 0.015mg/24hr; 0.12mg/24hr	3	QL(1 EA por 28 días)
falmina tablet 20mcg; 0.1mg	3	
feirza 1.5/30 tablet 30mcg; 75mg; 1.5mg	3	
feirza 1/20 tablet 20mcg; 75mg; 1mg	3	
FYAVOLV TABLET 2.5MCG; 0.5MG, 5MCG; 1MG	4	
hailey 1.5/30 tablet 30mcg; 1.5mg	3	
hailey fe 1.5/30 tablet 30mcg; 75mg; 1.5mg	3	
hailey fe 1/20 tablet 20mcg; 75mg; 1mg	3	
iclevia tablet 0.03mg; 0.15mg	4	QL(91 EA por 91 días)
introvale tablet 0.03mg; 0.15mg	4	QL(91 EA por 91 días)
jaimiess tablet 0; 0	4	QL(91 EA por 91 días)
jinteli tablet 5mcg; 1mg	4	
jolessa tablet 0.03mg; 0.15mg	4	QL(91 EA por 91 días)
junel 1.5/30 tablet 30mcg; 1.5mg	3	
junel 1/20 tablet 20mcg; 1mg	3	
junel fe 1.5/30 tablet 30mcg; 75mg; 1.5mg	3	
junel fe 1/20 tablet 20mcg; 75mg; 1mg	3	

PA: autorización previa; PA NSO: autorización previa solo para nuevos tratamientos; QL: límite de cantidad; ST: terapia escalonada; ST NSO: terapia escalonada solo para nuevos tratamientos; B/D: Cubierto bajo Medicare Parte B o D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
kariva tablet 0; 0	3	
kelnor 1/35 tablet 35mcg; 1mg	3	
kurvelo tablet 0.03mg; 0.15mg	3	
larin 1.5/30 tablet 30mcg; 1.5mg	3	
larin 1/20 tablet 20mcg; 1mg	3	
larin fe 1.5/30 tablet 30mcg; 75mg; 1.5mg	3	
larin fe 1/20 tablet 20mcg; 75mg; 1mg	3	
lessina tablet 20mcg; 0.1mg	3	
levonest tablet 0; 0	3	
levonorgestrel and ethinyl estradiol tablet 20mcg; 90mcg	3	
levonorgestrel and ethinyl estradiol tablet 0; 0	4	QL(91 EA por 91 días)
levonorgestrel/ethinyl estradiol/ferrous bisglycinate tablet 0.02mg; 36.5mg; 0.1mg	3	
levonorgestrel/ethinyl estradiol tablet 0.03mg; 0.15mg, 0; 0, 20mcg; 0.1mg	3	
levonorgestrel/ethinyl estradiol tablet 0.03mg; 0.15mg, 0; 0	4	QL(91 EA por 91 días)
levora 0.15/30-28 tablet 0.03mg; 0.15mg	3	
lojaimiess tablet 0; 0	4	QL(91 EA por 91 días)
low-ogestrel tablet 30mcg; 0.3mg	3	
luizza 1.5/30 tablet 30mcg; 1.5mg	3	
luizza 1/20 tablet 20mcg; 1mg	3	
lutera tablet 20mcg; 0.1mg	3	
lyllana patch twice weekly 0.025mg/24hr, 0.0375mg/24hr, 0.05mg/24hr, 0.075mg/24hr, 0.1mg/24hr	4	QL(8 EA por 28 días)
marlissa tablet 0.03mg; 0.15mg	3	
microgestin 1.5/30 tablet 30mcg; 1.5mg	3	
microgestin 1/20 tablet 20mcg; 1mg	3	
microgestin fe 1.5/30 tablet 30mcg; 75mg; 1.5mg	3	
microgestin fe 1/20 tablet 20mcg; 75mg; 1mg	3	
mili tablet 35mcg; 0.25mg	3	
mimvey tablet 1mg; 0.5mg	4	
mono-linyah tablet 35mcg; 0.25mg	3	
necon 0.5/35-28 tablet 35mcg; 0.5mg	3	
norelgestromin/ethinyl estradiol patch weekly 35mcg/24hr; 150mcg/24hr	4	
norethindrone acetate/ethinyl estradiol/ferrous fumarate tablet 30mcg; 75mg; 1.5mg	3	
norethindrone acetate/ethinyl estradiol tablet 20mcg; 1mg, 30mcg; 1.5mg	3	
norethindrone acetate/ethinyl estradiol tablet 2.5mcg; 0.5mg, 5mcg; 1mg	4	
norgestimate/ethinyl estradiol tablet 0; 0, 35mcg; 0.25mg	3	

PA: autorización previa; PA NSO: autorización previa solo para nuevos tratamientos; QL: límite de cantidad; ST: terapia escalonada; ST NSO: terapia escalonada solo para nuevos tratamientos; B/D: Cubierto bajo Medicare Parte B o D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
nortrel 0.5/35 (28) tablet 35mcg; 0.5mg	3	
nortrel 1/35 tablet 35mcg; 1mg	3	
nortrel 7/7/7 tablet 35mcg; 0	3	
nylia 1/35 tablet 35mcg; 1mg	3	
nylia 7/7/7 tablet 35mcg; 0	3	
philith tablet 35mcg; 0.4mg	3	
pimtrea tablet 0; 0	3	
portia-28 tablet 0.03mg; 0.15mg	3	
PREMARIN CREAM 0.625MG/GM	4	
PREMPHASE TABLET 0.625MG; 5MG	4	QL(28 EA por 28 días)
PREMPRO TABLET 0.3MG; 1.5MG, 0.45MG; 1.5MG, 0.625MG; 2.5MG, 0.625MG; 5MG	4	QL(28 EA por 28 días)
setlakin tablet 0.03mg; 0.15mg	4	QL(91 EA por 91 días)
simliya tablet 0; 0	3	
simpesse tablet 0; 0	4	QL(91 EA por 91 días)
sprintec 28 tablet 35mcg; 0.25mg	3	
sronyx tablet 20mcg; 0.1mg	3	
tarina fe 1/20 eq tablet 20mcg; 75mg; 1mg	3	
tri-estarylla tablet 0; 0	3	
tri-linyah tablet 0; 0	3	
tri-mili tablet 0; 0	3	
tri-sprintec tablet 0; 0	3	
tri-vylibra tablet 0; 0	3	
turqoz tablet 30mcg; 0.3mg	3	
VALTYA 1/35 TABLET 35MCG; 1MG	3	
valtya 1/50 tablet 50mcg; 1mg	3	
vienva tablet 20mcg; 0.1mg	3	
viorele tablet 0; 0	3	
volnea tablet 0; 0	3	
vyfemla tablet 35mcg; 0.4mg	3	
vylibra tablet 35mcg; 0.25mg	3	
wera tablet 35mcg; 0.5mg	3	
xulane patch weekly 35mcg/24hr; 150mcg/24hr	3	
yuvafem tablet 10mcg	4	
zafemy patch weekly 35mcg/24hr; 150mcg/24hr	4	
zovia 1/35 tablet 35mcg; 1mg	3	
Progestinas		
camila tablet 0.35mg	2	
deblitane tablet 0.35mg	2	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 INJECTION 104MG/0.65ML	3	QL(0.65 ML por 90 días)
emzahh tablet 0.35mg	2	
errin tablet 0.35mg	2	
gallifrey tablet 5mg	2	

PA: autorización previa; PA NSO: autorización previa solo para nuevos tratamientos; QL: límite de cantidad; ST: terapia escalonada; ST NSO: terapia escalonada solo para nuevos tratamientos; B/D: Cubierto bajo Medicare Parte B o D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
heather tablet 0.35mg	2	
incassia tablet 0.35mg	2	
jencycla tablet 0.35mg	2	
LILETTA INTRAUTERINE DEVICE 20.1MCG/DAY	3	
lyleq tablet 0.35mg	2	
lyza tablet 0.35mg	2	
medroxyprogesterone acetate injection 150mg/ml	2	QL(1 ML por 90 días)
medroxyprogesterone acetate tablet 10mg, 2.5mg, 5mg	1	
megestrol acetate suspension 40mg/ml	3	
megestrol acetate suspension 625mg/5ml	4	
megestrol acetate tablet 20mg, 40mg	2	
meleya tablet 0.35mg	2	
NEXPLANON INJECTION 68MG	3	
nora-be tablet 0.35mg	2	
norethindrone acetate tablet 5mg	2	
norethindrone tablet 0.35mg	2	
norlyroc tablet 0.35mg	2	
orquidea tablet 0.35mg	2	
progesterone capsule 100mg, 200mg	2	
sharobel tablet 0.35mg	2	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal)		
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal)		
cortisone acetate tablet 25mg	5	
dexamethasone elixir 0.5mg/5ml	3	
dexamethasone solution 0.5mg/5ml	2	
dexamethasone tablet 0.5mg, 0.75mg, 1.5mg, 1mg, 2mg, 4mg, 6mg	2	
fludrocortisone acetate tablet 0.1mg	2	
hydrocortisone tablet 10mg, 20mg, 5mg	2	
methylprednisolone dose pack tablet therapy pack 4mg	2	
methylprednisolone tablet 16mg, 32mg, 4mg, 8mg	2	
prednisolone sodium phosphate solution 15mg/5ml	2	
prednisolone sodium phosphate solution 25mg/5ml, 5mg/5ml	4	
prednisolone solution 15mg/5ml	3	
prednisone tablet therapy pack 10mg, 5mg	2	
prednisone tablet 10mg, 1mg, 2.5mg, 20mg, 50mg, 5mg	1	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroides)		
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroides)		

PA: autorización previa; PA NSO: autorización previa solo para nuevos tratamientos; QL: límite de cantidad; ST: terapia escalonada; ST NSO: terapia escalonada solo para nuevos tratamientos; B/D: Cubierto bajo Medicare Parte B o D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
LEVO-T TABLET 100MCG, 112MCG, 125MCG, 137MCG, 150MCG, 175MCG, 200MCG, 25MCG, 300MCG, 50MCG, 75MCG, 88MCG	3	
levothyroxine sodium tablet 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 25mcg, 300mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg	1	
LEVOXYL TABLET 100MCG, 112MCG, 125MCG, 137MCG, 150MCG, 175MCG, 200MCG, 25MCG, 50MCG, 75MCG, 88MCG	2	
liomny tablet 25mcg, 50mcg, 5mcg	2	
liothyronine sodium tablet 25mcg, 50mcg, 5mcg	2	
REZDIFFRA TABLET 100MG, 60MG, 80MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
SYNTHROID TABLET 100MCG, 112MCG, 125MCG, 137MCG, 150MCG, 175MCG, 200MCG, 25MCG, 300MCG, 50MCG, 75MCG, 88MCG	3	
UNITHROID TABLET 100MCG, 112MCG, 125MCG, 137MCG, 150MCG, 175MCG, 200MCG, 25MCG, 300MCG, 50MCG, 75MCG, 88MCG	2	
Agentes hormonales, inhibidor (tiroides)		
Agentes antitiroideos		
methimazole tablet 10mg, 5mg	2	
propylthiouracil tablet 50mg	2	
Agentes hormonales, supresores (suprarrenales o pituitaria)		
Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal or Pituitary)		
cabergoline tablet 0.5mg	3	
FIRMAGON INJECTION 80MG	4	QL(1 EA por 28 días); PA NSO
FIRMAGON INJECTION 120MG/VIAL	5	QL(4 EA por 365 días); PA NSO
leuprolide acetate injection 1mg/0.2ml	4	PA NSO
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INJECTION 3.75MG, 7.5MG	5	QL(1 EA por 28 días); PA NSO
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INJECTION 11.25MG, 22.5MG	5	QL(1 EA por 84 días); PA NSO
LUPRON DEPOT (4-MONTH) INJECTION 30MG	5	QL(1 EA por 112 días); PA NSO
LUPRON DEPOT (6-MONTH) INJECTION 45MG	5	QL(1 EA por 168 días); PA NSO
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) INJECTION 11.25MG, 15MG, 7.5MG	5	QL(1 EA por 28 días); PA
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) INJECTION 11.25MG, 30MG	5	QL(1 EA por 84 días); PA
mifepristone tablet 200mg	4	

PA: autorización previa; PA NSO: autorización previa solo para nuevos tratamientos; QL: límite de cantidad; ST: terapia escalonada; ST NSO: terapia escalonada solo para nuevos tratamientos; B/D: Cubierto bajo Medicare Parte B o D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
mifepristone tablet 300mg	5	QL(120 EA por 30 días); PA
octreotide acetate injection 100mcg/ml, 200mcg/ml, 50mcg/ml	4	PA
octreotide acetate injection 1000mcg/ml, 500mcg/ml	5	PA
ORGOVYX TABLET 120MG	5	PA NSO
SIGNIFOR INJECTION 0.3MG/ML, 0.6MG/ML, 0.9MG/ML	5	QL(60 ML por 30 días); PA
SOMAVERT INJECTION 10MG, 15MG, 20MG, 25MG, 30MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
TRELSTAR MIXJECT INJECTION 11.25MG	4	QL(1 EA por 84 días); PA NSO
TRELSTAR MIXJECT INJECTION 22.5MG	5	QL(1 EA por 168 días); PA NSO
Agentes inmunológicos		
Agentes inmunológicos, otros		
AVTOZMA INJECTION 200MG/10ML, 400MG/20ML, 80MG/4ML	5	PA
AVTOZMA INJECTION 162MG/0.9ML	5	QL(3.6 ML por 28 días); PA
BENLYSTA INJECTION 200MG/ML	5	PA
COSENTYX SENSOREADY PEN INJECTION 150MG/ML	5	QL(10 ML por 28 días); PA
COSENTYX UNOREADY INJECTION 300MG/2ML	5	QL(10 ML por 28 días); PA
COSENTYX INJECTION 125MG/5ML	5	PA
COSENTYX INJECTION 150MG/ML, 75MG/0.5ML	5	QL(10 ML por 28 días); PA
DUPIXENT INJECTION 200MG/1.14ML	5	QL(4.56 ML por 28 días); PA
DUPIXENT INJECTION 300MG/2ML	5	QL(8 ML por 28 días); PA
EBGLYSS PREFILLED SYRINGE SOLUTION FOR INJECTION 250MG/2ML	5	PA
EMPAVELI INJECTION 1080MG/20ML	5	PA
ENTYVIO PEN INJECTION 108MG/0.68ML	5	QL(1.36 ML por 28 días); PA
KINERET INJECTION 100MG/0.67ML	5	PA
ORENCIA CLICKJECT INJECTION 125MG/ML	5	QL(4 ML por 28 días); PA
ORENCIA INJECTION 50MG/0.4ML	5	QL(1.6 ML por 28 días); PA
ORENCIA INJECTION 87.5MG/0.7ML	5	QL(2.8 ML por 28 días); PA

PA: autorización previa; PA NSO: autorización previa solo para nuevos tratamientos; QL: límite de cantidad; ST: terapia escalonada; ST NSO: terapia escalonada solo para nuevos tratamientos; B/D: Cubierto bajo Medicare Parte B o D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ORENCIA INJECTION 125MG/ML	5	QL(4 ML por 28 días); PA
OTEZLA/OTEZLA XR 28 DAY TREATMENT INITIATION PACK TABLET THERAPY PACK 0	5	QL(82 EA por 365 días); PA
OTEZLA TABLET THERAPY PACK 0	5	QL(110 EA por 365 días); PA
RINVOQ LQ SOLUTION 1MG/ML	5	QL(360 ML por 30 días); PA
RINVOQ TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 15MG, 30MG, 45MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
SKYRIZI PEN INJECTION 150MG/ML	5	QL(1 ML por 28 días); PA
SKYRIZI INJECTION 55MG/0.37ML	5	QL(0.37 ML por 28 días); PA
SKYRIZI INJECTION 150MG/ML	5	QL(1 ML por 28 días); PA
SKYRIZI INJECTION 180MG/1.2ML	5	QL(1.2 ML por 56 días); PA
SKYRIZI INJECTION 360MG/2.4ML	5	QL(2.4 ML por 56 días); PA
SKYRIZI INJECTION 600MG/10ML	5	QL(60 ML por 365 días); PA
STARJEMZA INJECTION 45MG/0.5ML, 90MG/ML	3	QL(3 ML por 84 días); PA
STARJEMZA INJECTION 130MG/26ML	4	QL(104 ML por 365 días); PA
STEQEYMA INJECTION 45MG/0.5ML, 90MG/ML	3	QL(3 ML por 84 días); PA
STEQEYMA INJECTION 130MG/26ML	4	QL(104 ML por 365 días); PA
TAVNEOS CAPSULE 10MG	5	QL(180 EA por 30 días); PA
tofacitinib citrate er tablet extended release 24 hour 11mg, 22mg	5	QL(30 EA por 30 días); PA
tofacitinib citrate solution 1mg/ml	5	QL(300 ML por 30 días); PA
tofacitinib citrate tablet 10mg, 5mg	5	QL(60 EA por 30 días); PA
TREMFYA INDUCTION PACK FOR CROHNS DISEASE/ULCERATIVE COLITIS INJECTION 200MG/2ML	5	QL(4 ML por 28 días); PA
TREMFYA PEN INJECTION 100MG/ML	5	QL(2 ML por 56 días); PA
TREMFYA INJECTION 200MG/20ML	5	PA

PA: autorización previa; PA NSO: autorización previa solo para nuevos tratamientos; QL: límite de cantidad; ST: terapia escalonada; ST NSO: terapia escalonada solo para nuevos tratamientos; B/D: Cubierto bajo Medicare Parte B o D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
TREMFYA INJECTION 100MG/ML	5	QL(2 ML por 56 días); PA
TREMFYA INJECTION 200MG/2ML	5	QL(4 ML por 28 días); PA
TYENNE INJECTION 162MG/0.9ML	5	QL(3.6 ML por 28 días); PA
VEOPOZ INJECTION 400MG/2ML	5	PA
VYVGART HYTRULO INJECTION 1000MG/5ML; 10000UNIT/5ML	5	QL(20 ML por 28 días); PA
XOLAIR INJECTION 75MG/0.5ML	5	QL(1 ML por 28 días); PA
XOLAIR INJECTION 150MG	5	QL(8 EA por 28 días); PA
XOLAIR INJECTION 150MG/ML, 300MG/2ML	5	QL(8 ML por 28 días); PA
YESINTEK INJECTION 45MG/0.5ML, 90MG/ML	3	QL(3 ML por 84 días); PA
YESINTEK INJECTION 130MG/26ML	4	QL(104 ML por 365 días); PA
Agentes para angioedema		
CINRYZE INJECTION 500UNIT	5	PA
icatibant acetate injection 30mg/3ml	5	QL(36 ML por 30 días); PA
Inmunoestimulantes		
ACTIMMUNE INJECTION 100MCG/0.5ML	5	PA NSO
BESREMI PEN INJECTION 500MCG/0.5ML	5	PA NSO
BESREMI INJECTION 500MCG/ML	5	PA NSO
PEGASYS INJECTION 180MCG/ML	5	QL(4 ML por 28 días); PA
Inmunoglobulinas		
BIVIGAM INJECTION 10%, 5GM/50ML	5	PA
GAMASTAN INJECTION 0	3	PA
HIZENTRA INJECTION 10GM/50ML, 1GM/5ML, 2GM/10ML, 4GM/20ML	5	PA
HYPERHEP B INJECTION 110UNIT/0.5ML	4	B/D
PRIVIGEN INJECTION 10GM/100ML, 20GM/200ML, 40GM/400ML, 5GM/50ML	5	PA
Inmunosupresores		
ADALIMUMAB-AATY 1-PEN KIT INJECTION 80MG/0.8ML	5	QL(3 EA por 28 días); PA
ADALIMUMAB-AATY 1-PEN KIT INJECTION 40MG/0.4ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA
ADALIMUMAB-AATY 2-PEN KIT INJECTION 40MG/0.4ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA

PA: autorización previa; PA NSO: autorización previa solo para nuevos tratamientos; QL: límite de cantidad; ST: terapia escalonada; ST NSO: terapia escalonada solo para nuevos tratamientos; B/D: Cubierto bajo Medicare Parte B o D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ADALIMUMAB-AATY 2-SYRINGE INJECTION 20MG/0.2ML	5	QL(2 EA por 28 días); PA
ADALIMUMAB-AATY 2-SYRINGE INJECTION 40MG/0.4ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA
adalimumab-aaty cd/uc/hs starter injection 80mg/0.8ml	5	QL(3 EA por 28 días); PA
ADALIMUMAB-ADBM INJECTION 10MG/0.2ML, 20MG/0.4ML	5	QL(2 EA por 28 días); PA; Boehringer Ingelheim labeled products only
ADALIMUMAB-ADBM INJECTION 40MG/0.4ML, 40MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA; Boehringer Ingelheim labeled products only
adalimumab-fkjp injection 20mg/0.4ml	5	QL(2 EA por 28 días); PA
adalimumab-fkjp injection 40mg/0.8ml	5	QL(6 EA por 28 días); PA
azathioprine tablet 50mg	2	B/D
cyclosporine modified capsule 100mg, 25mg, 50mg	4	B/D
cyclosporine modified solution 100mg/ml	4	B/D
cyclosporine capsule 100mg, 25mg	4	B/D
ENBREL MINI INJECTION 50MG/ML	5	QL(8 ML por 28 días); PA
ENBREL SURECLICK INJECTION 50MG/ML	5	QL(8 ML por 28 días); PA
ENBREL INJECTION 25MG/0.5ML	5	QL(4 ML por 28 días); PA
ENBREL INJECTION 50MG/ML	5	QL(8 ML por 28 días); PA
ENVARSUS XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.75MG, 1MG	4	B/D
ENVARSUS XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 4MG	5	B/D
everolimus tablet 0.25mg, 0.5mg, 0.75mg	4	B/D
everolimus tablet 1mg	5	B/D
gengraf capsule 100mg, 25mg	4	B/D
INFLIXIMAB INJECTION 100MG	5	PA
JYLAMVO SOLUTION 2MG/ML	4	PA NSO
leflunomide tablet 10mg, 20mg	2	
methotrexate sodium injection 1gm/40ml, 1gm, 250mg/10ml, 50mg/2ml	2	
methotrexate sodium tablet 2.5mg	2	
methotrexate injection 50mg/2ml	2	

PA: autorización previa; PA NSO: autorización previa solo para nuevos tratamientos; QL: límite de cantidad; ST: terapia escalonada; ST NSO: terapia escalonada solo para nuevos tratamientos; B/D: Cubierto bajo Medicare Parte B o D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
mycophenolate mofetil capsule 250mg	3	B/D
mycophenolate mofetil suspension reconstituted 200mg/ml	5	B/D
mycophenolate mofetil tablet 500mg	3	B/D
mycophenolic acid dr tablet delayed release 180mg, 360mg	4	B/D
ORENCIA INJECTION 250MG	5	PA
PEGASYS INJECTION 180MCG/0.5ML	5	QL(2 ML por 28 días); PA
PROGRAF PACKET 0.2MG, 1MG	4	B/D
REZUROCK TABLET 200MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
sirolimus solution 1mg/ml	4	B/D
sirolimus tablet 0.5mg, 1mg, 2mg	4	B/D
tacrolimus er capsule extended release 24 hour 0.5mg, 1mg, 5mg	4	B/D
tacrolimus capsule 0.5mg, 1mg, 5mg	3	B/D
XATMEP SOLUTION 2.5MG/ML	4	PA NSO
ZYMFENTRA 2-PEN INJECTION 120MG/ML	5	QL(2 EA por 28 días); PA
ZYMFENTRA 2-SYRINGE INJECTION 120MG/ML	5	QL(2 EA por 28 días); PA
Vacunas		
ABRYSVO INJECTION 120MCG/0.5ML	1	QL(1 EA por 252 días)
ACTHIB INJECTION 0	1	
ADACEL INJECTION 2LF/0.5ML; 15.5MCG/0.5ML; 5LF/0.5ML	1	
AREXVY INJECTION 120MCG/0.5ML	1	QL(1 EA por 999 días)
bcg vaccine injection 50mg	1	
BEXSERO INJECTION 0.5ML	1	
BOOSTRIX INJECTION 2.5LF/0.5ML; 18.5MCG/0.5ML; 5LF/0.5ML	1	
DAPTACEL INJECTION 15LF/0.5ML; 23MCG/0.5ML; 5LF/0.5ML	3	
DENGVAXIA INJECTION 0	3	
ENGERIX-B INJECTION 10MCG/0.5ML, 20MCG/ML	1	B/D
GARDASIL 9 INJECTION 0.5ML	1	
HAVRIX INJECTION 1440UNIT/ML	1	
HAVRIX INJECTION 720ELU/0.5ML	3	
HEPLISAV-B INJECTION 20MCG/0.5ML	1	B/D
HIBERIX INJECTION 10MCG	1	
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.) INJECTION 2.5UNIT/ML	1	B/D
INFANRIX INJECTION 25LFU/0.5ML; 58MCG/0.5ML; 10LFU/0.5ML	3	

PA: autorización previa; PA NSO: autorización previa solo para nuevos tratamientos; QL: límite de cantidad; ST: terapia escalonada; ST NSO: terapia escalonada solo para nuevos tratamientos; B/D: Cubierto bajo Medicare Parte B o D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
IPOL INACTIVATED IPV INJECTION 0	1	
IXIARO INJECTION 0	1	
JYNNEOS INJECTION 0.5ML	1	
KINRIX INJECTION 25LFU/0.5ML; 58MCG/0.5ML; 0; 10LFU/0.5ML	3	
M-M-R II INJECTION 0; 0; 0	1	
MENQUADFI INJECTION 0.5ML	1	
MENVEO INJECTION 0	1	
MRESVIA INJECTION 50MCG/0.5ML	1	QL(0.5 ML por 999 días)
PEDIARIX INJECTION 25LFU/0.5ML; 10MCG/0.5ML; 58MCG/0.5ML; 0; 10LFU/0.5ML	3	
PEDVAXHIB INJECTION 7.5MCG/0.5ML	3	
PENBRAYA INJECTION 0; 0	1	
PENMENVY INJECTION 0; 0	1	
PENTACEL INJECTION 15LFU/0.5ML; 0; 48MCG/0.5ML; 0; 5LFU/0.5ML	3	
PRIORIX INJECTION 0; 0; 0	1	
PROQUAD INJECTION 0; 0; 0; 0	3	
QUADRACEL PREFILLED SYRINGE SUSPENSION FOR INJECTION 15LFU/0.5ML; 48MCG/0.5ML; 0; 5LFU/0.5ML	3	Pre-Filled Syringe
QUADRACEL SUSPENSION FOR INJECTION 15LFU/0.5ML; 48MCG/0.5ML; 0; 5LFU/0.5ML	3	Single-dose vial
RABAVERT INJECTION 0	1	B/D
RECOMBIVAX HB INJECTION 10MCG/ML, 40MCG/ML, 5MCG/0.5ML	1	B/D
ROTARIX SUSPENSION 0	3	
ROTATEQ SOLUTION 0	3	
SHINGRIX RECONSTITUTED SUSPENSION FOR INJECTION 50MCG/0.5ML	1	QL(2 EA por 999 días)
shingrix prefilled syringe suspension for injection 50mcg/0.5ml	1	
TENIVAC INJECTION 2LFU; 5LFU	1	
TICOVAC INJECTION 2.4MCG/0.5ML	1	
TICOVAC INJECTION 1.2MCG/0.25ML	3	
TRUMENBA INJECTION 0.5ML	1	
TWINRIX INJECTION 720ELU/ML; 20MCG/ML	1	
TYPHIM VI INJECTION 25MCG/0.5ML	1	
VAQTA INJECTION 50UNIT/ML	1	
VAQTA INJECTION 25UNIT/0.5ML	3	
VARIVAX INJECTION 1350PFU/0.5ML	1	
VAXCHORA SUSPENSION RECONSTITUTED 0	1	
VAXELIS INJECTION 0; 0; 0; 0; 0; 0	3	

PA: autorización previa; PA NSO: autorización previa solo para nuevos tratamientos; QL: límite de cantidad; ST: terapia escalonada; ST NSO: terapia escalonada solo para nuevos tratamientos; B/D: Cubierto bajo Medicare Parte B o D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
VIMKUNYA INJECTION 40MCG/0.8ML	1	
VIVOTIF CAPSULE DELAYED RELEASE 0	1	QL(4 EA por 999 días)
YF-VAX INJECTION 0	1	
Agentes oftálmicos		
Agentes oftálmicos antialérgicos		
azelastine hcl solution 0.05%	2	
cromolyn sodium solution 4%	2	
olopatadine hydrochloride solution 0.2%	3	
Agentes oftálmicos bloqueantes beta adrenérgicos		
betaxolol hcl solution 0.5%	3	
carteolol hcl solution 1%	2	
levobunolol hcl solution 0.5%	2	
timolol maleate solution 0.25%, 0.5%	1	
Agentes oftálmicos para la disminución de la presión intraocular, otros		
acetazolamide er capsule extended release 12 hour 500mg	3	
acetazolamide tablet 125mg, 250mg	3	
BRIMONIDINE TARTRATE SOLUTION 0.1%	3	
brimonidine tartrate solution 0.2%	2	
brinzolamide suspension 1%	4	
dorzolamide hydrochloride solution 2%	2	
pilocarpine hydrochloride solution 1%, 2%, 4%	3	
RHOPRESSA SOLUTION 0.02%	3	QL(2.5 ML por 25 días)
Agentes oftálmicos, otros		
atropine sulfate solution 1%	2	
bacitracin/polymyxin b ointment 500unit/gm; 10000unit/gm	2	
brimonidine tartrate/timolol maleate solution 0.2%; 0.5%	3	
COMBIGAN SOLUTION 0.2%; 0.5%	3	
cyclosporine emulsion 0.05%	3	QL(60 EA por 30 días)
CYSTARAN SOLUTION 0.44%	5	QL(60 ML por 28 días)
dorzolamide hcl/timolol maleate solution 20mg/ml; 5mg/ml	2	
dorzolamide hydrochloride/timolol maleate pf solution 2%; 0.5%	2	
loteprednol etabonate/tobramycin suspension 0.5%; 0.3%	4	
miebo solution 1.338gm/ml	4	QL(12 ML por 30 días)
neomycin/polymyxin/bacitracin zinc ointment 400unit/gm; 3.5mg/gm; 10000unit/gm	3	
neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone ointment 400unit/gm; 1%; 0.5%; 10000unit/gm	3	

PA: autorización previa; PA NSO: autorización previa solo para nuevos tratamientos; QL: límite de cantidad; ST: terapia escalonada; ST NSO: terapia escalonada solo para nuevos tratamientos; B/D: Cubierto bajo Medicare Parte B o D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
neomycin/polymyxin/bacitracin ointment 400unit/gm; 5mg/gm; 10000unit/gm	3	
neomycin/polymyxin/dexamethasone ointment 0.1%; 3.5mg/gm; 10000unit/gm	2	
neomycin/polymyxin/dexamethasone suspension 0.1%; 3.5mg/ml; 10000unit/ml	2	
neomycin/polymyxin/gramicidin solution 0.025mg/ml; 1.75mg/ml; 10000unit/ml	3	
polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate solution 10000unit/ml; 0.1%	1	
RESTASIS MULTIDOSE EMULSION 0.05%	3	QL(5.5 ML por 25 días)
RESTASIS EMULSION 0.05%	3	QL(60 EA por 30 días)
ROCKLATAN SOLUTION 0.005%; 0.02%	3	QL(2.5 ML por 25 días)
SIMBRINZA SUSPENSION 0.2%; 1%	3	
sulfacetamide sodium/prednisolone sodium phosphate solution 0.23%; 10%	2	
TOBRADEX OINTMENT 0.1%; 0.3%	4	
tobramycin/dexamethasone suspension 0.1%; 0.3%	4	
XIIDRA SOLUTION 5%	4	QL(60 EA por 30 días)
Antiinfecciosos oftálmicos		
bacitracin ointment 500unit/gm	4	QL(7 GM por 28 días)
BESIVANCE SUSPENSION 0.6%	4	
ciprofloxacin hydrochloride solution 0.3%	2	
erythromycin ointment 5mg/gm	2	
gatifloxacin solution 0.5%	4	
gentamicin sulfate ophthalmic solution 0.3%	2	
LEVOFLOXACIN OPHTHALMIC SOLUTION 0.5%	3	
levofloxacin ophthalmic solution 1.5%	3	
moxifloxacin hydrochloride solution 0.5%	2	
NATACYN SUSPENSION 5%	4	
ofloxacin ophthalmic solution 0.3%	2	
sulfacetamide sodium solution 10%	2	
tobramycin solution 0.3%	1	
trifluridine solution 1%	4	
XDEMVY SOLUTION 0.25%	5	QL(10 ML por 42 días)
ZIRGAN GEL 0.15%	4	
Antiinflamatorios oftálmicos		
bromfenac sodium solution 0.07%	4	QL(12 ML por 365 días)
dexamethasone sodium phosphate solution 0.1%	3	
diclofenac sodium ophthalmic solution 0.1%	2	
FLAREX SUSPENSION 0.1%	3	
fluorometholone suspension 0.1%	3	
flurbiprofen sodium solution 0.03%	2	
ILEVRO SUSPENSION 0.3%	3	QL(4 ML por 30 días)

PA: autorización previa; PA NSO: autorización previa solo para nuevos tratamientos; QL: límite de cantidad; ST: terapia escalonada; ST NSO: terapia escalonada solo para nuevos tratamientos; B/D: Cubierto bajo Medicare Parte B o D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.5%	2	
ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.4%	3	
loteprednol etabonate gel 0.5%	4	QL(20 GM por 365 días)
prednisolone acetate suspension 1%	3	
Análogos oftálmicos de prostaglandinas y prostamidas		
latanoprost solution 0.005%	1	
LUMIGAN SOLUTION 0.01%	3	QL(2.5 ML por 25 días)
travoprost solution 0.004%	4	QL(2.5 ML por 25 días)
VYZULTA SOLUTION 0.024%	4	QL(5 ML por 25 días)
Agentes para la bipolaridad		
Agentes para la bipolaridad, otros		
IGALMI FILM 120MCG, 180MCG	4	PA NSO
Estabilizadores del estado de ánimo		
lithium carbonate er tablet extended release 300mg, 450mg	2	
lithium carbonate capsule 150mg, 300mg, 600mg	1	
lithium carbonate tablet 300mg	1	
lithium solution 8meq/5ml	3	
Agentes para tratamientos antiadicción/contra la drogadicción		
Agentes para dejar de fumar		
bupropion hydrochloride er (sr) tablet extended release 12 hour 150mg	2	QL(60 EA por 30 días)
NICOTROL NS SOLUTION 10MG/ML	4	QL(360 ML por 365 días)
TYRVAYA SOLUTION 0.03MG/ACT	4	QL(8.4 ML por 30 días)
varenicline starting month tablet therapy pack 0	4	QL(504 EA por 365 días)
varenicline tartrate continuing month tablet 1mg	4	QL(504 EA por 365 días)
varenicline tartrate tablet 0.5mg, 1mg	4	QL(504 EA por 365 días)
Agentes que revierten los opioides		
KLOXXADO LIQUID 8MG/0.1ML	4	
naloxone hcl injection 4mg/10ml	2	
naloxone hydrochloride injection 0.4mg/ml	2	
naloxone hydrochloride injection 2mg/2ml	3	
OPVEE SOLUTION 2.7MG/0.1ML	3	
REXTOVY LIQUID 4MG/0.25ML	4	
Dependencia de opioides		
buprenorphine hcl/naloxone hcl tablet sublingual 2mg; 0.5mg, 8mg; 2mg	2	
buprenorphine hcl tablet sublingual 2mg, 8mg	2	

PA: autorización previa; PA NSO: autorización previa solo para nuevos tratamientos; QL: límite de cantidad; ST: terapia escalonada; ST NSO: terapia escalonada solo para nuevos tratamientos; B/D: Cubierto bajo Medicare Parte B o D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride film 12mg; 3mg, 2mg; 0.5mg, 4mg; 1mg, 8mg; 2mg	3	
Disuasivos del alcohol/disminución del deseo		
acamprosate calcium dr tablet delayed release 333mg	4	
disulfiram tablet 250mg, 500mg	3	
naltrexone hydrochloride tablet 50mg	2	
VIVITROL INJECTION 380MG	5	
Agentes para vías respiratorias/pulmonares		
Agentes del tracto respiratorio, otros		
ADVAIR HFA AEROSOL 115MCG/ACT; 21MCG/ACT, 230MCG/ACT; 21MCG/ACT, 45MCG/ACT; 21MCG/ACT	3	QL(24 GM por 30 días)
AIRSUPRA AEROSOL 90MCG/ACT; 80MCG/ACT	3	QL(32.1 GM por 30 días)
ANORO ELLIPTA AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5MCG/ACT; 25MCG/ACT	3	QL(60 EA por 30 días)
BREO ELLIPTA AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100MCG/ACT; 25MCG/ACT, 200MCG/INH; 25MCG/INH, 50MCG/INH; 25MCG/INH	3	QL(60 EA por 30 días)
breyna aerosol 160mcg/act; 4.5mcg/act, 80mcg/act; 4.5mcg/act	4	QL(10.3 GM por 30 días)
BREZTRI AEROSPHERE AEROSOL 160MCG/ACT; 4.8MCG/ACT; 18MCG/ACT	3	QL(10.7 GM por 30 días)
BREZTRI AEROSPHERE AEROSOL 160MCG/ACT; 4.8MCG/ACT; 9MCG/ACT	3	QL(23.6 GM por 28 días)
budesonide/formoterol fumarate dihydrate aerosol 160mcg/act; 4.5mcg/act, 80mcg/act; 4.5mcg/act	4	QL(10.3 GM por 30 días)
COMBIVENT RESPIMAT AEROSOL SOLUTION 100MCG/ACT; 20MCG/ACT	3	QL(8 GM por 30 días)
DULERA AEROSOL 5MCG/ACT; 50MCG/ACT	4	QL(13 GM por 30 días); PA
DULERA AEROSOL 5MCG/ACT; 100MCG/ACT, 5MCG/ACT; 200MCG/ACT	4	QL(17.6 GM por 30 días); PA
FASENRA PEN INJECTION 30MG/ML	5	QL(1 ML por 28 días); PA
FASENRA INJECTION 10MG/0.5ML	4	QL(0.5 ML por 28 días); PA
FASENRA INJECTION 30MG/ML	5	QL(1 ML por 28 días); PA
FLUTICASONE FUROATE/VILANTEROL ELLIPTA AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100MCG/INH; 25MCG/INH, 200MCG/INH; 25MCG/INH	3	QL(60 EA por 30 días)
fluticasone propionate/salmeterol diskus aerosol powder breath activated 100mcg/act; 50mcg/act, 250mcg/act; 50mcg/act, 500mcg/act; 50mcg/act	2	QL(60 EA por 30 días)

PA: autorización previa; PA NSO: autorización previa solo para nuevos tratamientos; QL: límite de cantidad; ST: terapia escalonada; ST NSO: terapia escalonada solo para nuevos tratamientos; B/D: Cubierto bajo Medicare Parte B o D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
fluticasone propionate/salmeterol aerosol powder breath activated 500mcg/act; 50mcg/act	2	QL(60 EA por 30 días)
ipratropium bromide/albuterol sulfate solution 2.5mg/3ml; 0.5mg/3ml	2	QL(540 ML por 30 días); B/D
NUCALA INJECTION 40MG/0.4ML	5	QL(0.4 ML por 28 días); PA
NUCALA INJECTION 100MG	5	QL(3 EA por 28 días); PA
NUCALA INJECTION 100MG/ML	5	QL(3 ML por 28 días); PA
STIOLTO RESPIMAT AEROSOL SOLUTION 2.5MCG/ACT; 2.5MCG/ACT	3	QL(24 GM por 30 días)
TRELEGY ELLIPTA AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100MCG/ACT; 62.5MCG/ACT; 25MCG/ACT, 200MCG/INH; 62.5MCG/INH; 25MCG/INH	3	QL(60 EA por 30 días)
wixela inhub aerosol powder breath activated 100mcg/act; 50mcg/act, 250mcg/act; 50mcg/act, 500mcg/act; 50mcg/act	2	QL(60 EA por 30 días)
Agentes para fibrosis pulmonar		
nintedanib esylate capsule 100mg, 150mg	5	QL(60 EA por 30 días); PA
OFEV CAPSULE 100MG, 150MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
pirfenidone capsule 267mg	5	QL(270 EA por 30 días); PA
pirfenidone tablet 534mg	5	PA
pirfenidone tablet 267mg	5	QL(270 EA por 30 días); PA
pirfenidone tablet 801mg	5	QL(90 EA por 30 días); PA
Agentes para fibrosis quística		
CAYSTON SOLUTION RECONSTITUTED 75MG	5	QL(84 ML por 28 días); PA
KALYDECO PACKET 13.4MG, 25MG, 5.8MG, 50MG, 75MG	5	QL(56 EA por 28 días); PA
KALYDECO TABLET 150MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
ORKAMBI TABLET 125MG; 100MG, 125MG; 200MG	5	QL(112 EA por 28 días); PA
PULMOZYME SOLUTION 2.5MG/2.5ML	5	PA
TOBI PODHALER CAPSULE 28MG	5	QL(224 EA por 56 días)
tobramycin nebulization solution 300mg/5ml	5	QL(280 ML por 28 días); B/D

PA: autorización previa; PA NSO: autorización previa solo para nuevos tratamientos; QL: límite de cantidad; ST: terapia escalonada; ST NSO: terapia escalonada solo para nuevos tratamientos; B/D: Cubierto bajo Medicare Parte B o D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
TRIKAFTA TABLET THERAPY PACK 100MG; 0; 50MG, 50MG; 0; 25MG	5	QL(84 EA por 28 días); PA
Antihipertensivos pulmonares		
ADEMPAS TABLET 0.5MG, 1.5MG, 1MG, 2.5MG, 2MG	5	QL(90 EA por 30 días); PA
alyq tablet 20mg	4	QL(60 EA por 30 días); PA
ambrisentan tablet 10mg, 5mg	5	QL(30 EA por 30 días); PA
macitentan tablet 10mg	5	QL(30 EA por 30 días); PA
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 1 TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 0	5	QL(336 EA por 365 días); PA
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 2 TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 0	5	QL(672 EA por 365 días); PA
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 3 TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 0	5	QL(504 EA por 365 días); PA
ORENITRAM TABLET EXTENDED RELEASE 0.125MG	4	PA
ORENITRAM TABLET EXTENDED RELEASE 0.25MG, 1MG, 2.5MG, 5MG	5	PA
riociguat tablet 0.5mg, 1.5mg, 1mg, 2.5mg, 2mg	5	QL(90 EA por 30 días); PA
sildenafil citrate tablet 20mg	3	QL(90 EA por 30 días); PA; (20mg)
tadalafil tablet 20mg	4	QL(60 EA por 30 días); PA
UPTRAVI TABLET 100MCG, 150MCG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
WINREVAIR INJECTION 45MG, 60MG	5	QL(1 EA por 21 días); PA
Antihistamínicos		
azelastine hydrochloride solution 0.1%	2	QL(60 ML por 30 días)
cetirizine hydrochloride solution 5mg/5ml	2	
cyproheptadine hydrochloride tablet 4mg	4	
diphenhydramine hydrochloride injection 50mg/ml	4	
hydroxyzine hcl tablet 50mg	3	PA; PA se aplica a pacientes de 65 años o más
hydroxyzine hydrochloride syrup 10mg/5ml	4	PA; PA se aplica a pacientes de 65 años o más
hydroxyzine hydrochloride tablet 10mg, 25mg	3	PA; PA se aplica a pacientes de 65 años o más

PA: autorización previa; PA NSO: autorización previa solo para nuevos tratamientos; QL: límite de cantidad; ST: terapia escalonada; ST NSO: terapia escalonada solo para nuevos tratamientos; B/D: Cubierto bajo Medicare Parte B o D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
hydroxyzine pamoate capsule 100mg, 25mg, 50mg	4	PA; PA se aplica a pacientes de 65 años o más
levocetirizine dihydrochloride tablet 5mg	2	QL(30 EA por 30 días)
Antiinflamatorios, corticosteroides inhalados		
ARNUITY ELLIPTA AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100MCG/ACT, 200MCG/ACT, 50MCG/ACT	3	QL(30 EA por 30 días)
ASMANEX HFA AEROSOL 100MCG/ACT, 200MCG/ACT, 50MCG/ACT	4	QL(13 GM por 30 días)
ASMANEX TWISTHALER 120 METERED DOSES AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 220MCG/INH	4	QL(1 EA por 30 días)
ASMANEX TWISTHALER 14 METERED DOSES AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 220MCG/INH	4	QL(1 EA por 30 días)
ASMANEX TWISTHALER 30 METERED DOSES AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 110MCG/INH, 220MCG/INH	4	QL(1 EA por 30 días)
ASMANEX TWISTHALER 60 METERED DOSES AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 220MCG/INH	4	QL(1 EA por 30 días)
budesonide suspension 0.25mg/2ml, 0.5mg/2ml, 1mg/2ml	4	QL(120 ML por 30 días); B/D
flunisolide solution 0.025%	4	QL(50 ML por 30 días)
fluticasone propionate suspension 50mcg/act	1	QL(16 GM por 30 días)
mometasone furoate suspension 50mcg/act	4	QL(34 GM por 30 días)
QVAR REDIHALER AEROSOL BREATH ACTIVATED 40MCG/ACT, 80MCG/ACT	3	QL(21.2 GM por 30 días)
Antileucotrienos		
montelukast sodium packet 4mg	2	
montelukast sodium tablet chewable 4mg, 5mg	2	QL(30 EA por 30 días)
montelukast sodium tablet 10mg	1	QL(30 EA por 30 días)
zafirlukast tablet 10mg, 20mg	4	QL(60 EA por 30 días)
Broncodilatadores, anticolinérgicos		
INCRUSE ELLIPTA AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5MCG/INH	3	QL(30 EA por 30 días)
ipratropium bromide hfa aerosol solution 17mcg/act	4	QL(25.8 GM por 30 días)
ipratropium bromide nasal solution 0.03%	2	QL(30 ML por 28 días)
ipratropium bromide inhalation solution 0.02%	2	QL(312.5 ML por 30 días); B/D
ipratropium bromide nasal solution 0.06%	2	QL(45 ML por 30 días)

PA: autorización previa; PA NSO: autorización previa solo para nuevos tratamientos; QL: límite de cantidad; ST: terapia escalonada; ST NSO: terapia escalonada solo para nuevos tratamientos; B/D: Cubierto bajo Medicare Parte B o D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
SPIRIVA RESPIMAT AEROSOL SOLUTION 1.25MCG/ACT, 2.5MCG/ACT	3	QL(4 GM por 30 días)
tiotropium bromide capsule 18mcg	4	QL(30 EA por 30 días)
YUPELRI NEBULIZATION SOLUTION 175MCG/3ML	5	QL(90 ML por 30 días); B/D
Broncodilatadores, simpaticomimético		
albuterol sulfate hfa aerosol solution 108mcg/act	2	QL(13.4 GM por 30 días); (6.7 GM Pack Size) (generic of Proventil HFA)
albuterol sulfate hfa aerosol solution 108mcg/act	2	QL(17 GM por 30 días); (8.5 GM Pack Size) (generic of Proair HFA)
albuterol sulfate hfa aerosol solution 108mcg/act	2	QL(48 GM por 30 días); (18 GM Pack Size) (generic of Ventolin HFA)
albuterol sulfate nebulization solution 2.5mg/0.5ml	2	QL(100 EA por 30 días); B/D
albuterol sulfate nebulization solution 0.083%	2	QL(525 ML por 30 días); B/D
albuterol sulfate nebulization solution 0.63mg/3ml, 1.25mg/3ml	4	QL(375 ML por 30 días); B/D
arformoterol tartrate nebulization solution 15mcg/2ml	4	QL(120 ML por 30 días); PA
epinephrine injection 0.15mg/0.15ml, 0.15mg/0.3ml, 0.3mg/0.3ml	3	QL(4 EA por 30 días)
levalbuterol hcl nebulization solution 0.63mg/3ml	4	QL(540 ML por 30 días); B/D
levalbuterol hydrochloride nebulization solution 0.63mg/3ml	4	QL(540 ML por 30 días); B/D
levalbuterol tartrate hfa aerosol 45mcg/act	3	QL(30 GM por 30 días)
PROAIR RESPICLICK AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 108MCG/ACT	3	QL(2 EA por 30 días)
SEREVENT DISKUS AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50MCG/DOSE	3	QL(60 EA por 30 días)
Estabilizadores de mastocitos		
cromolyn sodium nebulization solution 20mg/2ml	3	B/D
Inhibidores de la fosfodiesterasa, enfermedad de las vías respiratorias		
roflumilast tablet 500mcg	4	QL(30 EA por 30 días); PA
roflumilast tablet 250mcg	4	QL(56 EA por 365 días); PA

PA: autorización previa; PA NSO: autorización previa solo para nuevos tratamientos; QL: límite de cantidad; ST: terapia escalonada; ST NSO: terapia escalonada solo para nuevos tratamientos; B/D: Cubierto bajo Medicare Parte B o D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
theophylline er tablet extended release 12 hour 300mg, 450mg	4	
theophylline er tablet extended release 24 hour 400mg, 600mg	2	
Agentes Terapéuticos, Misceláneos		
Agentes Terapéuticos, Misceláneos		
ALCOHOL PREP PADS PAD 70%	3	PA
CURITY GAUZE PADS 2"X2" 12 PLY PAD	3	PA
ELLA TABLET 30MG	3	
INSULIN SYRINGES, NEEDLES MISCELLANEOUS	2	QL(200 EA por 30 días); PA
KYGEVVI PACKET 2GM; 2GM	5	PA
levocarnitine solution 1gm/10ml	4	
levocarnitine tablet 330mg	4	
NUTRILIPID INJECTION 20GM/100ML	4	B/D
OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 INTRO KIT (GEN 5) KIT	3	QL(1 EA por 365 días)
OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 PODS (GEN 5) MISCELLANEOUS	3	QL(30 EA por 30 días)
OMNIPOD 5 LIBRE INTRO KIT KIT	3	QL(1 EA por 365 días)
OMNIPOD 5 LIBRE PODS MISCELLANEOUS	3	QL(30 EA por 30 días)
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) KIT	3	QL(1 EA por 365 días)
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4) KIT	3	QL(1 EA por 365 días)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) MISCELLANEOUS	3	QL(30 EA por 30 días)
RIVFLOZA INJECTION 128MG/0.8ML	5	QL(0.8 ML por 28 días); PA
RIVFLOZA INJECTION 160MG/ML, 80MG/0.5ML	5	QL(1 ML por 28 días); PA
SKYCLARYS CAPSULE 50MG	5	QL(90 EA por 30 días); PA
sodium chloride 0.9% solution 0.9%	2	
V-GO 20 KIT	3	
V-GO 30 KIT	3	
V-GO 40 KIT	3	
WEGOVY INJECTION 0.25MG/0.5ML, 0.5MG/0.5ML, 1MG/0.5ML	3	QL(2 ML por 28 días); PA
WEGOVY INJECTION 1.7MG/0.75ML, 2.4MG/0.75ML	3	QL(3 ML por 28 días); PA
WEGOVY TABLET 25MG, 4MG, 9MG	3	QL(30 EA por 30 días); PA
WEGOVY TABLET 1.5MG	3	QL(60 EA por 365 días); PA
ZOKINVY CAPSULE 50MG, 75MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA
Agentes óticos		

PA: autorización previa; PA NSO: autorización previa solo para nuevos tratamientos; QL: límite de cantidad; ST: terapia escalonada; ST NSO: terapia escalonada solo para nuevos tratamientos; B/D: Cubierto bajo Medicare Parte B o D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes óticos		
acetic acid solution 2%	2	
ciprofloxacin/dexamethasone suspension 0.3%; 0.1%	4	
hydrocortisone/acetic acid solution 2%; 1%	4	
neomycin/polymyxin/hc solution 1%; 3.5mg/ml; 10000unit/ml	3	
neomycin/polymyxin/hydrocortisone suspension 1%; 3.5mg/ml; 10000unit/ml	3	
ofloxacin otic solution 0.3%	2	
Analgésicos		
Analgésicos opioides, de acción prolongada		
buprenorphine patch weekly 10mcg/hr, 15mcg/hr, 20mcg/hr, 5mcg/hr, 7.5mcg/hr	4	QL(4 EA por 28 días)
fentanyl patch 72 hour 100mcg/hr, 12mcg/hr, 25mcg/hr, 50mcg/hr, 75mcg/hr	4	
methadone hcl solution 5mg/5ml	3	
methadone hcl tablet 10mg, 5mg	2	
methadone hydrochloride intensol concentrate 10mg/ml	3	
methadone hydrochloride concentrate 10mg/ml	3	
methadone hydrochloride solution 10mg/5ml	3	
morphine sulfate er tablet extended release 100mg, 15mg, 200mg, 30mg, 60mg	3	
XTAMPZA ER CAPSULE ER 12 HOUR ABUSE-DETERRENT 13.5MG, 18MG, 27MG, 36MG, 9MG	3	
Analgésicos opioides, de acción rápida		
acetaminophen/codeine solution 120mg/5ml; 12mg/5ml	3	
acetaminophen/codeine tablet 300mg; 15mg, 300mg; 30mg, 300mg; 60mg	2	
endocet tablet 325mg; 5mg	2	
endocet tablet 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 7.5mg	3	
hydrocodone bitartrate/acetaminophen solution 325mg/15ml; 7.5mg/15ml	3	
hydrocodone bitartrate/acetaminophen tablet 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 5mg	2	
hydrocodone/acetaminophen tablet 325mg; 7.5mg	2	
hydromorphone hcl injection 10mg/ml, 4mg/ml	4	
hydromorphone hcl tablet 2mg, 4mg	2	
hydromorphone hcl tablet 8mg	4	
hydromorphone hydrochloride injection 1mg/ml, 2mg/ml, 4mg/ml, 50mg/5ml	4	
morphine sulfate injection 10mg/ml, 4mg/ml	2	
morphine sulfate oral solution 100mg/5ml, 10mg/5ml, 20mg/5ml	3	

PA: autorización previa; PA NSO: autorización previa solo para nuevos tratamientos; QL: límite de cantidad; ST: terapia escalonada; ST NSO: terapia escalonada solo para nuevos tratamientos; B/D: Cubierto bajo Medicare Parte B o D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
morphine sulfate tablet 15mg, 30mg	3	
oxycodone hydrochloride solution 5mg/5ml	3	
oxycodone hydrochloride tablet 10mg, 15mg, 5mg	2	
oxycodone hydrochloride tablet 20mg, 30mg	3	
oxycodone/acetaminophen tablet 325mg; 5mg	2	
oxycodone/acetaminophen tablet 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 7.5mg	3	
tramadol hydrochloride/acetaminophen tablet 325mg; 37.5mg	2	
tramadol hydrochloride tablet 50mg	1	
Analgésicos		
JOURNAVX TABLET 50MG	4	QL(30 EA por 90 días)
Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos		
celecoxib capsule 100mg, 200mg, 400mg, 50mg	2	QL(60 EA por 30 días)
diclofenac potassium tablet 50mg	3	
diclofenac sodium dr tablet delayed release 25mg, 50mg, 75mg	2	
diclofenac sodium er tablet extended release 24 hour 100mg	3	
diclofenac sodium topical solution 1.5%	4	QL(300 ML por 30 días); PA
ec-naproxen tablet delayed release 500mg	4	
etodolac capsule 200mg, 300mg	3	
etodolac tablet 400mg, 500mg	3	
flurbiprofen tablet 100mg, 50mg	2	
ibuprofen suspension 100mg/5ml	2	
ibuprofen tablet 400mg, 600mg, 800mg	1	
ibu tablet 400mg, 600mg, 800mg	1	
indomethacin er capsule extended release 75mg	3	
indomethacin capsule 25mg, 50mg	2	
ketorolac tromethamine +rfid injection 30mg/ml	4	
ketorolac tromethamine injection 15mg/ml, 30mg/ml, 60mg/2ml	4	
ketorolac tromethamine tablet 10mg	4	QL(20 EA por 30 días)
meloxicam tablet 15mg, 7.5mg	1	
nabumetone tablet 500mg, 750mg	2	
naproxen dr tablet delayed release 375mg	2	
naproxen dr tablet delayed release 500mg	4	
naproxen sodium tablet 275mg, 550mg	3	
naproxen tablet 250mg, 375mg, 500mg	1	
oxaprozin tablet 600mg	3	
piroxicam capsule 10mg, 20mg	3	
sulindac tablet 150mg, 200mg	2	
Anestésicos		

PA: autorización previa; PA NSO: autorización previa solo para nuevos tratamientos; QL: límite de cantidad; ST: terapia escalonada; ST NSO: terapia escalonada solo para nuevos tratamientos; B/D: Cubierto bajo Medicare Parte B o D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Anestésicos locales		
lidocaine/prilocaine cream 2.5%; 2.5%	2	QL(30 GM por 30 días); PA
lidocaine ointment 5%	3	QL(150 GM por 30 días); PA
lidocaine patch 5%	4	QL(90 EA por 30 días); PA
Ansiolíticos		
Ansiolíticos, otros		
buspirone hcl tablet 15mg	1	
buspirone hydrochloride tablet 10mg, 30mg, 5mg, 7.5mg	1	
Benzodiazepinas		
alprazolam tablet 0.25mg, 0.5mg, 1mg	2	QL(120 EA por 30 días)
alprazolam tablet 2mg	2	QL(150 EA por 30 días)
clorazepate dipotassium tablet 15mg	4	QL(180 EA por 30 días); PA NSO; PA se aplica a pacientes de 65 años o más
clorazepate dipotassium tablet 7.5mg	4	QL(360 EA por 30 días); PA NSO; PA se aplica a pacientes de 65 años o más
clorazepate dipotassium tablet 3.75mg	4	QL(720 EA por 30 días); PA NSO; PA se aplica a pacientes de 65 años o más
diazepam intensol concentrate 5mg/ml	2	PA NSO; PA se aplica a pacientes de 65 años o más
diazepam concentrate 5mg/ml	2	PA NSO; PA se aplica a pacientes de 65 años o más
diazepam solution 5mg/5ml	2	QL(1200 ML por 30 días); PA NSO; PA se aplica a pacientes de 65 años o más
diazepam tablet 10mg	2	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; PA se aplica a pacientes de 65 años o más
diazepam tablet 5mg	2	QL(240 EA por 30 días); PA NSO; PA se aplica a pacientes de 65 años o más

PA: autorización previa; PA NSO: autorización previa solo para nuevos tratamientos; QL: límite de cantidad; ST: terapia escalonada; ST NSO: terapia escalonada solo para nuevos tratamientos; B/D: Cubierto bajo Medicare Parte B o D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
diazepam tablet 2mg	2	QL(300 EA por 30 días); PA NSO; PA se aplica a pacientes de 65 años o más
lorazepam intensol concentrate 2mg/ml	3	QL(150 ML por 30 días)
lorazepam tablet 2mg	2	QL(150 EA por 30 días)
lorazepam tablet 0.5mg, 1mg	2	QL(90 EA por 30 días)
Antibacterianos		
Aminoglicósidos		
amikacin sulfate injection 1gm/4ml, 500mg/2ml	4	
ARIKAYCE SUSPENSION 590MG/8.4ML	5	QL(235.2 ML por 28 días); PA
gentamicin sulfate pediatric injection 10mg/ml	3	
gentamicin sulfate cream 0.1%	3	
gentamicin sulfate injection 40mg/ml	3	
gentamicin sulfate ointment 0.1%	3	
HUMATIN CAPSULE 250MG	5	
neomycin sulfate tablet 500mg	2	
streptomycin sulfate injection 1gm	5	QL(60 EA por 30 días)
tobramycin sulfate injection 1.2gm/30ml, 1.2gm, 10mg/ml, 80mg/2ml	4	
Antibacterianos, otros		
aztreonam injection 1gm, 2gm	4	
clindacin etz pledgets swab 1%	3	QL(69 EA por 30 días)
clindamycin hcl capsule 300mg	2	
clindamycin hydrochloride capsule 150mg, 75mg	2	
clindamycin palmitate hydrochloride solution reconstituted 75mg/5ml	4	
clindamycin phosphate cream 2%	4	
clindamycin phosphate injection 300mg/2ml, 600mg/4ml, 900mg/6ml	3	
clindamycin phosphate swab 1%	3	QL(69 EA por 30 días)
colistimethate sodium injection 150mg	4	
DAPTOMYCIN/SODIUM CHLORIDE INJECTION 1000MG/100ML; 0.9%, 350MG/50ML; 0.9%, 500MG/50ML; 0.9%, 700MG/100ML; 0.9%	4	
daptomycin injection 350mg, 500mg	4	
fosfomycin tromethamine packet 3gm	4	
IMPAVIDO CAPSULE 50MG	5	
linezolid injection 600mg/300ml	4	
linezolid suspension reconstituted 100mg/5ml	5	QL(1800 ML por 28 días)
linezolid tablet 600mg	4	QL(56 EA por 28 días)
methenamine hippurate tablet 1gm	4	

PA: autorización previa; PA NSO: autorización previa solo para nuevos tratamientos; QL: límite de cantidad; ST: terapia escalonada; ST NSO: terapia escalonada solo para nuevos tratamientos; B/D: Cubierto bajo Medicare Parte B o D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
metronidazole vaginal gel 0.75%	3	
metronidazole injection 500mg/100ml	2	
metronidazole tablet 250mg, 500mg	1	
nitrofurantoin macrocrystals capsule 100mg, 50mg	3	
nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals capsule 100mg	2	
nitrofurantoin monohydrate capsule 100mg	2	
SIVEXTRO INJECTION 200MG	5	QL(6 EA por 30 días)
SIVEXTRO TABLET 200MG	5	QL(6 EA por 30 días)
tigecycline injection 50mg	4	
tinidazole tablet 250mg, 500mg	4	
trimethoprim tablet 100mg	2	
vancomycin hcl injection 10gm	3	
vancomycin hydrochloride capsule 125mg	4	QL(120 EA por 30 días)
vancomycin hydrochloride capsule 250mg	4	QL(240 EA por 30 días)
VANCOMYCIN HYDROCHLORIDE INJECTION 1.75GM, 2GM	3	
vancomycin hydrochloride injection 1gm, 500mg, 750mg	3	
Betalactámico, cefalosporinas		
cefaclor capsule 250mg, 500mg	2	
cefaclor suspension reconstituted 250mg/5ml	4	
cefadroxil capsule 500mg	2	
cefadroxil suspension reconstituted 250mg/5ml, 500mg/5ml	2	
cefazolin sodium injection 10gm, 1gm, 500mg	4	
cefazolin injection 2gm, 3gm	4	
cefdinir capsule 300mg	2	
cefdinir suspension reconstituted 125mg/5ml, 250mg/5ml	2	
cefepime hydrochloride injection 100gm, 2gm	4	
CEFEPIME/DEXTROSE INJECTION 2GM/50ML; 5%	4	
cefepime/dextrose injection 1gm/50ml; 5%	4	
cefepime injection 1gm/50ml, 1gm, 2gm/100ml, 2gm	4	
cefixime capsule 400mg	4	
cefotaxime sodium injection 1gm, 2gm	2	
cefotetan injection 1gm, 2gm	4	
cefoxitin sodium injection 10gm, 1gm, 2gm	3	
cefpodoxime proxetil suspension reconstituted 100mg/5ml, 50mg/5ml	3	
cefpodoxime proxetil tablet 100mg, 200mg	4	
cefprozil suspension reconstituted 125mg/5ml, 250mg/5ml	3	
cefprozil tablet 250mg, 500mg	2	
ceftaroline fosamil injection 400mg, 600mg	5	

PA: autorización previa; PA NSO: autorización previa solo para nuevos tratamientos; QL: límite de cantidad; ST: terapia escalonada; ST NSO: terapia escalonada solo para nuevos tratamientos; B/D: Cubierto bajo Medicare Parte B o D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ceftazidime injection 1gm, 2gm, 6gm	3	
ceftriaxone sodium injection 10gm, 1gm, 250mg, 2gm, 500mg	3	
cefuroxime axetil tablet 250mg, 500mg	2	
cefuroxime sodium injection 1.5gm, 750mg	3	
cephalexin capsule 250mg, 500mg	2	
cephalexin suspension reconstituted 125mg/5ml, 250mg/5ml	2	
TAZICEF INJECTION 6GM	3	
tazicef injection 1gm, 2gm	3	
Betalactámico, penicilinas		
amoxicillin/clavulanate potassium er tablet extended release 12 hour 1000mg; 62.5mg	4	
amoxicillin/clavulanate potassium suspension reconstituted 200mg/5ml; 28.5mg/5ml, 400mg/5ml; 57mg/5ml, 600mg/5ml; 42.9mg/5ml	2	
amoxicillin/clavulanate potassium suspension reconstituted 250mg/5ml; 62.5mg/5ml	4	
amoxicillin/clavulanate potassium tablet 500mg; 125mg, 875mg; 125mg	2	
amoxicillin/clavulanate potassium tablet 250mg; 125mg	4	
amoxicillin/potassium clavulanate tablet chewable 200mg; 28.5mg, 400mg; 57mg	2	
amoxicillin capsule 250mg, 500mg	1	
amoxicillin suspension reconstituted 125mg/5ml, 200mg/5ml, 250mg/5ml, 400mg/5ml	1	
amoxicillin tablet chewable 125mg, 250mg	2	
amoxicillin tablet 500mg, 875mg	1	
ampicillin sodium injection 10gm, 1gm, 250mg, 2gm, 500mg	3	
ampicillin-sulbactam injection 10gm; 5gm, 1gm; 0.5gm, 2gm; 1gm	3	
ampicillin/sulbactam injection 1gm; 0.5gm, 2gm; 1gm	3	
ampicillin capsule 500mg	2	
AUGMENTIN SUSPENSION RECONSTITUTED 125MG/5ML; 31.25MG/5ML	4	
BICILLIN L-A INJECTION 1200000UNIT/2ML, 2400000UNIT/4ML, 600000UNIT/ML	4	
dicloxacillin sodium capsule 250mg, 500mg	3	
nafcillin sodium injection 10gm, 1gm, 2gm	4	
penicillin g sodium injection 5000000unit	5	
penicillin v potassium solution reconstituted 125mg/5ml, 250mg/5ml	2	
penicillin v potassium tablet 250mg, 500mg	2	

PA: autorización previa; PA NSO: autorización previa solo para nuevos tratamientos; QL: límite de cantidad; ST: terapia escalonada; ST NSO: terapia escalonada solo para nuevos tratamientos; B/D: Cubierto bajo Medicare Parte B o D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
piperacillin sodium/tazobactam sodium injection 2gm; 0.25gm, 36gm; 4.5gm, 3gm; 0.375gm, 4gm; 0.5gm	4	
Carbapenemas		
ertapenem sodium injection 1gm	4	
imipenem/cilastatin injection 250mg; 250mg, 500mg; 500mg	3	
meropenem injection 1gm, 2gm, 500mg	3	
Macrólidos		
azithromycin injection 500mg	3	
azithromycin suspension reconstituted 100mg/5ml, 200mg/5ml	2	
azithromycin tablet 250mg, 500mg, 600mg	1	
clarithromycin er tablet extended release 24 hour 500mg	4	
clarithromycin suspension reconstituted 125mg/5ml, 250mg/5ml	4	
clarithromycin tablet 250mg, 500mg	2	
erythromycin dr tablet delayed release 250mg, 333mg, 500mg	4	
erythromycin ethylsuccinate suspension reconstituted 200mg/5ml	4	
fidaxomicin tablet 200mg	5	QL(20 EA por 10 días)
Quinolonas		
ciprofloxacin hcl tablet 750mg	1	
ciprofloxacin hydrochloride tablet 250mg, 500mg, 750mg	1	
ciprofloxacin i.v.-in d5w injection 200mg/100ml; 5%, 400mg/200ml; 5%	3	
levofloxacin in d5w injection 5%; 250mg/50ml, 5%; 500mg/100ml, 5%; 750mg/150ml	4	
levofloxacin injection 25mg/ml	4	
levofloxacin oral solution 25mg/ml	4	
levofloxacin tablet 250mg, 500mg, 750mg	2	
moxifloxacin hydrochloride/sodium hydrochloride injection 400mg/250ml; 0.8%	4	
moxifloxacin hydrochloride tablet 400mg	3	
Sulfonamidas		
sulfadiazine tablet 500mg	5	
sulfamethoxazole/trimethoprim ds tablet 800mg; 160mg	1	
sulfamethoxazole/trimethoprim suspension 200mg/5ml; 40mg/5ml	3	
sulfamethoxazole/trimethoprim tablet 400mg; 80mg	1	
Tetraciclinas		
demeclocycline hcl tablet 150mg, 300mg	4	
doxycycline hyclate capsule 100mg, 50mg	2	
doxycycline hyclate injection 100mg	4	

PA: autorización previa; PA NSO: autorización previa solo para nuevos tratamientos; QL: límite de cantidad; ST: terapia escalonada; ST NSO: terapia escalonada solo para nuevos tratamientos; B/D: Cubierto bajo Medicare Parte B o D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
doxycycline hyclate tablet 100mg	2	
doxycycline monohydrate capsule 100mg, 50mg	2	
doxycycline monohydrate tablet 100mg, 50mg	2	
doxycycline monohydrate tablet 150mg, 75mg	3	
doxycycline suspension reconstituted 25mg/5ml	4	
minocycline hcl capsule 75mg	3	
minocycline hydrochloride capsule 100mg, 50mg	3	
tetracycline hydrochloride capsule 250mg, 500mg	3	
Anticonvulsivos		
Agentes de modificación de los canales de calcio		
ethosuximide capsule 250mg	3	
ethosuximide solution 250mg/5ml	3	
methsuximide capsule 300mg	4	
Agentes moduladores del ácido gamma-aminobutírico (gamma-aminobutyric acid, GABA)		
clobazam suspension 2.5mg/ml	4	QL(480 ML por 30 días)
clobazam tablet 10mg, 20mg	4	QL(60 EA por 30 días)
clonazepam odt tablet disintegrating 2mg	4	QL(300 EA por 30 días)
clonazepam odt tablet disintegrating 0.125mg, 0.25mg, 0.5mg, 1mg	4	QL(90 EA por 30 días)
clonazepam tablet 2mg	1	QL(300 EA por 30 días)
clonazepam tablet 0.25mg, 0.5mg, 1mg	1	QL(90 EA por 30 días)
DIACOMIT CAPSULE 250MG, 500MG	5	PA NSO
DIACOMIT PACKET 250MG, 500MG	5	PA NSO
diazepam gel 2.5mg, 20mg	4	
diazepam gel 10mg	4	QL(5 EA por 30 días)
divalproex sodium dr capsule delayed release sprinkle 125mg	2	
divalproex sodium dr tablet delayed release 125mg, 250mg, 500mg	2	
divalproex sodium er tablet extended release 24 hour 250mg, 500mg	2	
gabapentin capsule 400mg	1	QL(270 EA por 30 días)
gabapentin capsule 100mg, 300mg	1	QL(360 EA por 30 días)
gabapentin capsule 200mg	5	PA NSO
gabapentin solution 250mg/5ml	4	QL(2160 ML por 30 días)
gabapentin tablet 800mg	2	QL(150 EA por 30 días)
gabapentin tablet 600mg	2	QL(180 EA por 30 días)
phenobarbital elixir 20mg/5ml	4	
phenobarbital tablet 100mg, 15mg, 16.2mg, 30mg, 32.4mg, 60mg, 64.8mg, 97.2mg	4	
pregabalin capsule 300mg	2	QL(60 EA por 30 días)

PA: autorización previa; PA NSO: autorización previa solo para nuevos tratamientos; QL: límite de cantidad; ST: terapia escalonada; ST NSO: terapia escalonada solo para nuevos tratamientos; B/D: Cubierto bajo Medicare Parte B o D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
pregabalin capsule 100mg, 150mg, 200mg, 225mg, 25mg, 50mg, 75mg	2	QL(90 EA por 30 días)
pregabalin solution 20mg/ml	4	QL(900 ML por 30 días)
primidone tablet 125mg, 250mg, 50mg	2	
SYMPAZAN FILM 5MG	4	QL(60 EA por 30 días)
SYMPAZAN FILM 10MG, 20MG	5	
tiagabine hydrochloride tablet 12mg, 16mg, 2mg, 4mg	4	
VALTOCO 10 MG DOSE LIQUID 10MG/0.1ML	5	QL(10 EA por 30 días)
VALTOCO 15 MG DOSE LIQUID THERAPY PACK 7.5MG/0.1ML	5	QL(10 EA por 30 días)
VALTOCO 20 MG DOSE LIQUID THERAPY PACK 10MG/0.1ML	5	QL(10 EA por 30 días)
VALTOCO 5 MG DOSE LIQUID 5MG/0.1ML	5	QL(10 EA por 30 días)
vigabatrin packet 500mg	5	PA NSO
vigabatrin tablet 500mg	5	QL(180 EA por 30 días); PA NSO
vigadrone packet 500mg	5	PA NSO
vigadrone tablet 500mg	5	QL(180 EA por 30 días); PA NSO
VIGAFYDE SOLUTION 100MG/ML	5	PA NSO
ZTALMY SUSPENSION 50MG/ML	5	PA NSO
Agentes para los canales de sodio		
carbamazepine er capsule extended release 12 hour 100mg, 200mg, 300mg	4	
carbamazepine er tablet extended release 12 hour 100mg, 200mg, 400mg	3	
carbamazepine suspension 100mg/5ml	3	
carbamazepine tablet chewable 100mg, 200mg	2	
carbamazepine tablet 200mg	3	
DILANTIN CAPSULE 30MG	4	
eslicarbazepine acetate tablet 400mg	4	
eslicarbazepine acetate tablet 200mg	4	QL(30 EA por 30 días)
eslicarbazepine acetate tablet 600mg, 800mg	4	QL(60 EA por 30 días)
lacosamide solution 10mg/ml	4	
lacosamide tablet 100mg, 150mg, 200mg, 50mg	4	
oxcarbazepine suspension 300mg/5ml	4	
oxcarbazepine tablet 150mg, 300mg, 600mg	2	
PHENYTEK CAPSULE 200MG, 300MG	2	
phenytoin infatabs tablet chewable 50mg	2	
phenytoin sodium extended capsule 100mg, 200mg, 300mg	2	
phenytoin suspension 125mg/5ml	2	
phenytoin tablet chewable 50mg	2	
rufinamide suspension 40mg/ml	5	

PA: autorización previa; PA NSO: autorización previa solo para nuevos tratamientos; QL: límite de cantidad; ST: terapia escalonada; ST NSO: terapia escalonada solo para nuevos tratamientos; B/D: Cubierto bajo Medicare Parte B o D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
rufinamide tablet 200mg	4	
rufinamide tablet 400mg	5	
XCOPRI TABLET THERAPY PACK 12.5MG (14-COUNT) & 25MG (14-COUNT)	4	QL(56 EA por 365 días); PA NSO; (14 X 12.5 MG & 14 X 25 MG)
XCOPRI TABLET THERAPY PACK 150 MG (28-COUNT) & 200 MG (28-COUNT) TABS	5	PA NSO; 150 MG & 200 MG TABS (350 MG DAILY DOSE)
XCOPRI TABLET THERAPY PACK 150 MG (14-COUNT) & 200 MG (14-COUNT) TABS	5	QL(56 EA por 28 días); PA NSO; (14 X 150 MG & 14 X 200 MG)
XCOPRI TABLET THERAPY PACK 100 MG (28-COUNT) & 150 MG TABS (28-COUNT)	5	QL(56 EA por 28 días); PA NSO; 100 MG & 150 MG TABS (250 MG DAILY DOSE)
XCOPRI TABLET THERAPY PACK 50MG (14-COUNT) & 100MG (14-COUNT)	5	QL(56 EA por 365 días); PA NSO; (14 X 50 MG & 14 X 100 MG)
XCOPRI TABLET 100MG, 25MG, 50MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
XCOPRI TABLET 150MG, 200MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
ZONISADE SUSPENSION 100MG/5ML	4	ST NSO
zonisamide capsule 100mg, 25mg, 50mg	2	
Anticonvulsivos, otros		
brivaracetam solution 10mg/ml	4	QL(600 ML por 30 días); PA NSO
brivaracetam tablet 10mg	4	PA NSO
brivaracetam tablet 100mg, 25mg, 50mg, 75mg	4	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
EPIDIOLEX SOLUTION 100MG/ML	5	PA NSO
felbamate suspension 600mg/5ml	4	
felbamate tablet 400mg, 600mg	4	
FINTEPLA SOLUTION 2.2MG/ML	5	QL(360 ML por 30 días); PA NSO
lamotrigine er tablet extended release 24 hour 100mg, 200mg, 250mg, 25mg, 300mg, 50mg	4	
lamotrigine starter kit/blue kit 25mg	4	
lamotrigine starter kit/green kit 0	4	
lamotrigine starter kit/orange kit 0	4	
lamotrigine tablet chewable 25mg, 5mg	2	
lamotrigine tablet 100mg, 150mg, 200mg, 25mg	1	
levetiracetam er tablet extended release 24 hour 500mg, 750mg	3	

PA: autorización previa; PA NSO: autorización previa solo para nuevos tratamientos; QL: límite de cantidad; ST: terapia escalonada; ST NSO: terapia escalonada solo para nuevos tratamientos; B/D: Cubierto bajo Medicare Parte B o D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
levetiracetam solution 100mg/ml	2	
levetiracetam tablet disintegrating soluble 250mg	4	
levetiracetam tablet disintegrating soluble 500mg	4	QL(60 EA por 30 días)
levetiracetam tablet 1000mg, 250mg, 500mg, 750mg	2	
NAYZILAM SOLUTION 5MG/0.1ML	4	QL(10 EA por 30 días)
perampanel suspension 0.5mg/ml	5	
perampanel tablet 10mg, 12mg, 2mg, 4mg, 6mg, 8mg	4	QL(30 EA por 30 días)
roweepra tablet 500mg	2	
SPRITAM TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 250MG	4	
SPRITAM TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 500MG	4	QL(60 EA por 30 días)
subvenite starter kit/blue kit 25mg	4	
subvenite starter kit/green kit 0	4	
subvenite starter kit/orange kit 0	4	
SUBVENITE SUSPENSION 10MG/ML	4	
subvenite tablet 100mg, 150mg, 200mg, 25mg	1	
topiramate capsule sprinkle 15mg, 25mg, 50mg	3	
topiramate solution 25mg/ml	4	
topiramate tablet 100mg, 200mg, 25mg, 50mg	1	
valproic acid capsule 250mg	2	
valproic acid solution 250mg/5ml	2	
Antidepresivos		
Antidepresivos, otros		
AUVELITY TITRATION PACK TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 0; 0	4	QL(102 EA por 365 días)
AUVELITY TABLET EXTENDED RELEASE 105MG; 45MG	4	QL(60 EA por 30 días)
bupropion hydrochloride er (sr) tablet extended release 12 hour 150mg, 200mg	2	QL(60 EA por 30 días)
bupropion hydrochloride er (sr) tablet extended release 12 hour 100mg	2	QL(90 EA por 30 días)
bupropion hydrochloride er (xl) tablet extended release 24 hour 300mg	2	QL(30 EA por 30 días)
bupropion hydrochloride er (xl) tablet extended release 24 hour 150mg	2	QL(90 EA por 30 días)
bupropion hydrochloride tablet 100mg	2	QL(120 EA por 30 días)
bupropion hydrochloride tablet 75mg	2	QL(180 EA por 30 días)
EXXUA TITRATION PACK TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 18.2MG	5	QL(30 EA por 30 días); ST NSO
EXXUA TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 18.2MG, 36.3MG, 54.5MG, 72.6MG	5	QL(30 EA por 30 días); ST NSO
mirtazapine odt tablet disintegrating 15mg, 30mg, 45mg	3	
mirtazapine tablet 15mg, 30mg, 45mg, 7.5mg	2	

PA: autorización previa; PA NSO: autorización previa solo para nuevos tratamientos; QL: límite de cantidad; ST: terapia escalonada; ST NSO: terapia escalonada solo para nuevos tratamientos; B/D: Cubierto bajo Medicare Parte B o D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
SPRAVATO 56MG DOSE SOLUTION THERAPY PACK 28MG/DEVICE	5	PA NSO
SPRAVATO 84MG DOSE SOLUTION THERAPY PACK 28MG/DEVICE	5	PA NSO
ZURZUVAE CAPSULE 30MG	5	QL(14 EA por 14 días); PA NSO
ZURZUVAE CAPSULE 20MG, 25MG	5	QL(28 EA por 14 días); PA NSO
Inhibidores de la monoaminooxidasa		
EMSAM PATCH 24 HOUR 12MG/24HR, 6MG/24HR, 9MG/24HR	5	QL(30 EA por 30 días); ST NSO
MARPLAN TABLET 10MG	4	
phenelzine sulfate tablet 15mg	3	
tranylcypromine sulfate tablet 10mg	4	
Tricíclicos		
amitriptyline hcl tablet 100mg, 150mg, 25mg, 75mg	3	
amitriptyline hydrochloride tablet 100mg, 10mg, 150mg, 25mg, 50mg, 75mg	3	
amoxapine tablet 100mg, 150mg, 25mg, 50mg	4	
clomipramine hydrochloride capsule 25mg, 50mg, 75mg	4	
desipramine hydrochloride tablet 100mg, 10mg, 150mg, 25mg, 50mg, 75mg	4	
doxepin hcl capsule 75mg	3	
doxepin hcl concentrate 10mg/ml	4	
doxepin hydrochloride capsule 100mg, 10mg, 150mg, 25mg, 50mg	3	
imipramine hcl tablet 25mg, 50mg	4	
imipramine hydrochloride tablet 10mg	4	
nortriptyline hcl capsule 25mg, 75mg	2	
nortriptyline hcl solution 10mg/5ml	4	
nortriptyline hydrochloride capsule 10mg, 50mg	2	
protriptyline hcl tablet 10mg, 5mg	4	
trimipramine maleate capsule 100mg, 25mg, 50mg	4	
Antidepressants		
SSRIs/SNRIs (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors/Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibitor		
citalopram hydrobromide solution 10mg/5ml	4	QL(600 ML por 30 días)
citalopram hydrobromide tablet 10mg, 20mg, 40mg	1	QL(30 EA por 30 días)
desvenlafaxine er tablet extended release 24 hour 100mg	2	QL(120 EA por 30 días)
desvenlafaxine er tablet extended release 24 hour 25mg, 50mg	2	QL(30 EA por 30 días)
DRIZALMA SPRINKLE CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 20MG, 60MG	4	QL(60 EA por 30 días)

PA: autorización previa; PA NSO: autorización previa solo para nuevos tratamientos; QL: límite de cantidad; ST: terapia escalonada; ST NSO: terapia escalonada solo para nuevos tratamientos; B/D: Cubierto bajo Medicare Parte B o D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
DRIZALMA SPRINKLE CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 30MG, 40MG	4	QL(90 EA por 30 días)
duloxetine hydrochloride dr capsule delayed release particles 120mg, 80mg, 90mg	2	QL(30 EA por 30 días)
duloxetine hydrochloride dr capsule delayed release particles 20mg, 60mg	2	QL(60 EA por 30 días)
duloxetine hydrochloride dr capsule delayed release particles 30mg	2	QL(90 EA por 30 días)
escitalopram oxalate solution 5mg/5ml	3	
escitalopram oxalate tablet 10mg, 20mg, 5mg	1	
FETZIMA TITRATION PACK CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 0	4	QL(56 EA por 365 días); ST NSO
FETZIMA CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120MG, 20MG, 40MG, 80MG	4	QL(30 EA por 30 días); ST NSO
fluoxetine hydrochloride capsule 10mg, 20mg, 40mg	1	
fluoxetine hydrochloride solution 20mg/5ml	4	
fluvoxamine maleate tablet 100mg, 25mg, 50mg	2	
nefazodone hydrochloride tablet 100mg, 150mg, 200mg, 250mg, 50mg	4	
paroxetine hcl tablet 30mg, 40mg	2	
paroxetine hydrochloride suspension 10mg/5ml	4	
paroxetine hydrochloride tablet 10mg, 20mg	2	
RALDESY SOLUTION 10MG/ML	4	
sertraline hcl concentrate 20mg/ml	3	
sertraline hcl tablet 50mg	1	
sertraline hydrochloride tablet 100mg, 25mg	1	
trazodone hydrochloride tablet 100mg, 150mg, 25mg, 50mg, 75mg	1	
TRINTELLIX TABLET 10MG, 20MG, 5MG	4	QL(30 EA por 30 días)
venlafaxine hydrochloride er capsule extended release 24 hour 150mg, 37.5mg, 75mg	2	
venlafaxine hydrochloride tablet 100mg, 25mg, 37.5mg, 50mg, 75mg	2	
vilazodone hydrochloride tablet 10mg, 20mg, 40mg	4	QL(30 EA por 30 días)
Antieméticos		
Adyuvantes para terapia emetogénica		
aprepitant capsule therapy pack 0	4	QL(6 EA por 30 días); B/D; (THERAPY PACK 80 & 125 MG)
aprepitant capsule 40mg	4	QL(1 EA por 30 días); B/D
aprepitant capsule 80mg	4	QL(8 EA por 30 días); B/D

PA: autorización previa; PA NSO: autorización previa solo para nuevos tratamientos; QL: límite de cantidad; ST: terapia escalonada; ST NSO: terapia escalonada solo para nuevos tratamientos; B/D: Cubierto bajo Medicare Parte B o D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
aprepitant capsule 125mg	5	QL(2 EA por 30 días); B/D
dronabinol capsule 10mg, 2.5mg, 5mg	4	QL(60 EA por 30 días); PA
ondansetron hcl solution 4mg/5ml	4	QL(450 ML por 30 días); B/D
ondansetron hydrochloride tablet 4mg, 8mg	1	B/D
ondansetron odt tablet disintegrating 4mg, 8mg	2	B/D
Antieméticos, otros		
compro suppository 25mg	4	
meclizine hcl tablet 12.5mg, 25mg	4	
meclizine hydrochloride tablet 25mg	4	
prochlorperazine maleate tablet 10mg, 5mg	2	
prochlorperazine suppository 25mg	4	
promethazine hcl suppository 12.5mg	4	PA; PA se aplica a pacientes de 65 años o más
promethazine hydrochloride solution 6.25mg/5ml	3	PA; PA se aplica a pacientes de 65 años o más
promethazine hydrochloride suppository 25mg	4	PA; PA se aplica a pacientes de 65 años o más
promethazine hydrochloride tablet 12.5mg, 25mg, 50mg	2	PA; PA se aplica a pacientes de 65 años o más
promethegan suppository 12.5mg, 25mg	4	PA; PA se aplica a pacientes de 65 años o más
scopolamine patch 72 hour 1mg/3days	4	
Antimicobacterianos		
Antimicobacterianos, otros		
dapsone tablet 100mg, 25mg	3	
PRETOMANID TABLET 200MG	4	
rifabutin capsule 150mg	4	
Antituberculosos		
cycloserine capsule 250mg	5	
ethambutol hydrochloride tablet 100mg, 400mg	2	
ISONIAZID INJECTION 100MG/ML	4	
isoniazid syrup 50mg/5ml	4	
isoniazid tablet 100mg, 300mg	1	
pyrazinamide tablet 500mg	3	
rifampin capsule 150mg, 300mg	3	
rifampin injection 600mg	4	

PA: autorización previa; PA NSO: autorización previa solo para nuevos tratamientos; QL: límite de cantidad; ST: terapia escalonada; ST NSO: terapia escalonada solo para nuevos tratamientos; B/D: Cubierto bajo Medicare Parte B o D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
rifapentine tablet 150mg	4	
SIRTURO TABLET 100MG, 20MG	5	
Antimicóticos		
Antimicóticos		
amphotericin b liposome injection 50mg	5	B/D
amphotericin b injection 50mg	4	B/D
caspofungin acetate injection 50mg, 70mg	4	
clotrimazole cream 1%	2	QL(90 GM por 30 días)
clotrimazole solution 1%	2	QL(60 ML por 30 días)
clotrimazole troche 10mg	3	
CRESEMBA CAPSULE 74.5MG	5	QL(175 EA por 30 días); PA
CRESEMBA CAPSULE 186MG	5	QL(70 EA por 30 días); PA
econazole nitrate cream 1%	2	QL(85 GM por 30 días)
fluconazole in sodium chloride injection 200mg/100ml; 0.9%, 400mg/200ml; 0.9%	3	
fluconazole suspension reconstituted 10mg/ml, 40mg/ml	3	
fluconazole tablet 100mg, 150mg, 200mg, 50mg	2	
flucytosine capsule 250mg, 500mg	5	
griseofulvin microsize suspension 125mg/5ml	4	
griseofulvin microsize tablet 500mg	4	
griseofulvin ultramicrosize tablet 125mg, 250mg	4	
itraconazole capsule 100mg	4	PA
JUBLIA SOLUTION 10%	5	
ketoconazole cream 2%	2	QL(90 GM por 30 días)
ketoconazole shampoo 2%	2	QL(120 ML por 30 días)
ketoconazole tablet 200mg	2	
klayesta powder 100000unit/gm	2	QL(120 GM por 30 días)
micafungin injection 100mg, 50mg	4	
nyamyc powder 100000unit/gm	2	QL(120 GM por 30 días)
nystatin cream 100000unit/gm	2	QL(60 GM por 30 días)
nystatin ointment 100000unit/gm	2	QL(60 GM por 30 días)
nystatin powder 100000unit/gm	2	QL(120 GM por 30 días)
nystatin suspension 100000unit/ml	2	
nystatin tablet 500000unit	3	
nystop powder 100000unit/gm	2	QL(120 GM por 30 días)
posaconazole dr tablet delayed release 100mg	5	QL(93 EA por 30 días); PA

PA: autorización previa; PA NSO: autorización previa solo para nuevos tratamientos; QL: límite de cantidad; ST: terapia escalonada; ST NSO: terapia escalonada solo para nuevos tratamientos; B/D: Cubierto bajo Medicare Parte B o D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
posaconazole suspension 40mg/ml	5	QL(600 ML por 30 días); PA
terbinafine hcl tablet 250mg	2	QL(84 EA por 180 días)
terconazole cream 0.4%, 0.8%	3	
voriconazole injection 200mg	4	PA
voriconazole suspension reconstituted 40mg/ml	5	QL(600 ML por 30 días)
voriconazole tablet 200mg	4	QL(120 EA por 30 días)
voriconazole tablet 50mg	4	QL(480 EA por 30 días)
Antineoplásicos		
Agentes alquilantes		
cisplatin injection 100mg/100ml	4	
cyclophosphamide capsule 25mg, 50mg	3	B/D
LEUKERAN TABLET 2MG	5	
lomustine capsule 100mg, 10mg, 40mg	4	
MATULANE CAPSULE 50MG	5	
VALCHLOR GEL 0.016%	5	QL(60 GM por 30 días); PA NSO
Agentes antiangiogénicos		
lenalidomide capsule 10mg, 15mg, 2.5mg, 20mg, 25mg, 5mg	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
pomalidomide capsule 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
POMALYST CAPSULE 1MG, 2MG, 3MG, 4MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
THALOMID CAPSULE 50MG	5	PA NSO
THALOMID CAPSULE 100MG	5	QL(112 EA por 28 días); PA NSO
Antiandrogénicos		
abiraterone acetate tablet 250mg	4	PA NSO
abiraterone acetate tablet 500mg	5	PA NSO
abirtega tablet 250mg	4	PA NSO
bicalutamide tablet 50mg	2	
ERLEADA TABLET 240MG, 60MG	5	PA NSO
EULEXIN CAPSULE 125MG	4	
nilutamide tablet 150mg	5	
NUBEQA TABLET 300MG	5	PA NSO
XTANDI CAPSULE 40MG	5	PA NSO
XTANDI TABLET 40MG, 80MG	5	PA NSO
yonsa tablet 125mg	5	PA NSO
Anticuerpos monoclonales/conjugados anticuerpo-fármaco		
KEYTRUDA QLEX INJECTION 4800UNIT/2.4ML; 395MG/2.4ML	5	QL(2.4 ML por 21 días); PA NSO

PA: autorización previa; PA NSO: autorización previa solo para nuevos tratamientos; QL: límite de cantidad; ST: terapia escalonada; ST NSO: terapia escalonada solo para nuevos tratamientos; B/D: Cubierto bajo Medicare Parte B o D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
KEYTRUDA QLEX INJECTION 9600UNIT/4.8ML; 790MG/4.8ML	5	QL(4.8 ML por 42 días); PA NSO
TEVIMBRA INJECTION 100MG/10ML, 150MG/15ML	5	PA NSO
Antiestrógenos/modificadores		
ETCAMAH TABLET 75MG	5	PA NSO
INLURIYO TABLET 200MG	5	PA NSO
ORSERDU TABLET 345MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
ORSERDU TABLET 86MG	5	QL(90 EA por 30 días); PA NSO
SOLTAMOX SOLUTION 10MG/5ML	5	
tamoxifen citrate tablet 10mg, 20mg	2	
toremifene citrate tablet 60mg	4	
VEPPANU TABLET 200MG	5	PA NSO
VEPPANU TABLET 100MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
Antimetabolitos		
DROXIA CAPSULE 200MG, 300MG, 400MG	3	
hydroxyurea capsule 500mg	2	
mercaptopurine suspension 2000mg/100ml	5	
mercaptopurine tablet 50mg	3	
TABLOID TABLET 40MG	5	
Antineoplásicos, otros		
AKEEGA TABLET 500MG; 100MG, 500MG; 50MG	5	PA NSO
IBRANCE TABLET 100MG, 125MG, 75MG	5	PA NSO
INREBIC CAPSULE 100MG	5	PA NSO
ITOVEBI TABLET 9MG	5	PA NSO
ITOVEBI TABLET 3MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
IWILFIN TABLET 192MG	5	PA NSO
KISQALI FEMARA 400 DOSE TABLET THERAPY PACK 2.5MG; 200MG	5	PA NSO
KISQALI FEMARA 600 DOSE TABLET THERAPY PACK 2.5MG; 200MG	5	PA NSO
KOMZIFTI CAPSULE 200MG	5	PA NSO
LAZCLUZE TABLET 240MG	5	PA NSO
LAZCLUZE TABLET 80MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
leucovorin calcium tablet 10mg, 15mg, 25mg, 5mg	3	
LONSURF TABLET 6.14MG; 15MG, 8.19MG; 20MG	5	PA NSO
LYSODREN TABLET 500MG	5	
MODEYSO CAPSULE 125MG	5	PA NSO
OGSIVEO TABLET 100MG, 50MG	5	PA NSO

PA: autorización previa; PA NSO: autorización previa solo para nuevos tratamientos; QL: límite de cantidad; ST: terapia escalonada; ST NSO: terapia escalonada solo para nuevos tratamientos; B/D: Cubierto bajo Medicare Parte B o D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
OGSIVEO TABLET 150MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
OJEMDA SUSPENSION RECONSTITUTED 25MG/ML	5	PA NSO
OJEMDA TABLET 100MG	5	PA NSO
ONUREG TABLET 200MG, 300MG	5	PA NSO
PHESGO INJECTION 2000UNIT/ML; 60MG/ML; 60MG/ML, 2000UNIT/ML; 80MG/ML; 40MG/ML	5	PA NSO
REVUFORJ TABLET 110MG, 160MG, 25MG	5	PA NSO
VONJO CAPSULE 100MG	5	PA NSO
ZENBEXUS CAPSULE 0.75MG, 1MG	5	PA NSO
ZOLINZA CAPSULE 100MG	5	PA NSO
Complementos del tratamiento		
MESNA TABLET 400MG	3	
VORANIGO TABLET 40MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
VORANIGO TABLET 10MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
Inhibidores de enzimas		
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK THERAPY PACK 0.8MG; 200MG	5	PA NSO
topotecan hcl injection 4mg	5	
topotecan hydrochloride injection 4mg/4ml	5	
Inhibidores de la aromatasa, tercera generación		
anastrozole tablet 1mg	1	
exemestane tablet 25mg	4	
letrozole tablet 2.5mg	2	
Inhibidores moleculares dirigidos		
ALECENSA CAPSULE 150MG	5	PA NSO
ALUNBRIG TABLET THERAPY PACK 0	5	QL(60 EA por 365 días); PA NSO
ALUNBRIG TABLET 30MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA NSO
ALUNBRIG TABLET 180MG, 90MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
AUGTYRO CAPSULE 160MG, 40MG	5	PA NSO
AYVAKIT TABLET 100MG, 200MG, 25MG, 300MG, 50MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
BALVERSA TABLET 3MG, 4MG, 5MG	5	PA NSO
BEQALZI STARTER PACK TABLET THERAPY PACK 0	5	QL(88 EA por 365 días); PA NSO
BEQALZI TABLET 80MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA NSO
BEQALZI TABLET 20MG	5	QL(28 EA por 28 días); PA NSO

PA: autorización previa; PA NSO: autorización previa solo para nuevos tratamientos; QL: límite de cantidad; ST: terapia escalonada; ST NSO: terapia escalonada solo para nuevos tratamientos; B/D: Cubierto bajo Medicare Parte B o D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
BEQALZI TABLET 1MG, 5MG	5	QL(44 EA por 365 días); PA NSO
BOSULIF CAPSULE 100MG, 50MG	5	PA NSO
BOSULIF TABLET 100MG, 500MG	5	PA NSO
bosutinib tablet 100mg, 400mg, 500mg	5	PA NSO
BRAFTOVI CAPSULE 75MG	5	PA NSO
BRUKINSA CAPSULE 80MG	5	PA NSO
BRUKINSA TABLET 160MG	5	PA NSO
CABOMETYX TABLET 20MG, 60MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
CABOMETYX TABLET 40MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
CALQUENCE TABLET 100MG	5	PA NSO
CAPRELSA TABLET 300MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
CAPRELSA TABLET 100MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
CAVHANZA TABLET DISINTEGRATING 60MG, 80MG	5	PA NSO
COMETRIQ KIT 0, 20MG	5	PA NSO
COPIKTRA CAPSULE 15MG, 25MG	5	PA NSO
COTELLIC TABLET 20MG	5	PA NSO
DANZITEN TABLET 71MG, 95MG	5	PA NSO
dasatinib tablet 100mg, 140mg, 70mg	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
dasatinib tablet 80mg	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
dasatinib tablet 20mg, 50mg	5	QL(90 EA por 30 días); PA NSO
DAURISMO TABLET 100MG, 25MG	5	PA NSO
ENSACOVE CAPSULE 100MG, 25MG	5	PA NSO
ERIVEDGE CAPSULE 150MG	5	PA NSO
erlotinib hydrochloride tablet 100mg, 150mg, 25mg	4	PA NSO
everolimus tablet soluble 2mg, 3mg, 5mg	5	PA NSO
everolimus tablet 10mg, 2.5mg, 5mg, 7.5mg	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
FOTIVDA CAPSULE 0.89MG, 1.34MG	5	PA NSO
FRUZAQLA CAPSULE 5MG	5	QL(21 EA por 28 días); PA NSO
FRUZAQLA CAPSULE 1MG	5	QL(84 EA por 28 días); PA NSO
GAVRETO CAPSULE 100MG	5	PA NSO
gefitinib tablet 250mg	5	PA NSO
GILOTRIF TABLET 20MG, 30MG, 40MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO

PA: autorización previa; PA NSO: autorización previa solo para nuevos tratamientos; QL: límite de cantidad; ST: terapia escalonada; ST NSO: terapia escalonada solo para nuevos tratamientos; B/D: Cubierto bajo Medicare Parte B o D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
GOMEKLI CAPSULE 1MG, 2MG	5	PA NSO
GOMEKLI TABLET SOLUBLE 1MG	5	PA NSO
HERNEXEOS TABLET 60MG	5	PA NSO
HYRNUO TABLET 10MG	5	PA NSO
IBRANCE CAPSULE 100MG, 125MG, 75MG	5	PA NSO
IBTROZI CAPSULE 200MG	5	PA NSO
ICLUSIG TABLET 10MG, 15MG, 30MG, 45MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
IDHIFA TABLET 100MG, 50MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
imatinib mesylate tablet 100mg	3	PA NSO
imatinib mesylate tablet 400mg	4	PA NSO
IMBRUVICA CAPSULE 140MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA NSO
IMBRUVICA CAPSULE 70MG	5	QL(28 EA por 28 días); PA NSO
IMBRUVICA SUSPENSION 70MG/ML	5	QL(240 ML por 30 días); PA NSO
IMBRUVICA TABLET 140MG, 280MG, 420MG	5	QL(28 EA por 28 días); PA NSO
IMKELDI SOLUTION 80MG/ML	5	PA NSO
INLYTA TABLET 5MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA NSO
INLYTA TABLET 1MG	5	QL(180 EA por 30 días); PA NSO
INQOVI TABLET 100MG; 35MG	5	PA NSO
JAKAFI XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 11MG, 22MG, 33MG, 44MG, 55MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
JAKAFI TABLET 10MG, 15MG, 20MG, 25MG, 5MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
JAYPIRCA TABLET 50MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
JAYPIRCA TABLET 100MG	5	QL(90 EA por 30 días); PA NSO
JIDEYTRO TABLET 100MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
JIDEYTRO TABLET 25MG	5	QL(90 EA por 30 días); PA NSO
KISQALI TABLET THERAPY PACK 200MG	5	QL(21 EA por 21 días); PA NSO
KISQALI TABLET THERAPY PACK 400 MG DAILY DOSE (200 MG TAB)	5	QL(42 EA por 21 días); PA NSO
KISQALI TABLET THERAPY PACK 600 MG DAILY DOSE (200 MG TAB)	5	QL(63 EA por 21 días); PA NSO

PA: autorización previa; PA NSO: autorización previa solo para nuevos tratamientos; QL: límite de cantidad; ST: terapia escalonada; ST NSO: terapia escalonada solo para nuevos tratamientos; B/D: Cubierto bajo Medicare Parte B o D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
KOSELUGO CAPSULE SPRINKLE 5MG, 7.5MG	5	PA NSO
KOSELUGO CAPSULE 10MG, 25MG	5	PA NSO
KRAZATI TABLET 200MG	5	PA NSO
lapatinib ditosylate tablet 250mg	5	PA NSO
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE CAPSULE THERAPY PACK 10MG	5	PA NSO
LENVIMA 12MG DAILY DOSE CAPSULE THERAPY PACK 4MG	5	PA NSO
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE CAPSULE THERAPY PACK 0	5	PA NSO
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE CAPSULE THERAPY PACK 0	5	PA NSO
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE CAPSULE THERAPY PACK 10MG	5	PA NSO
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE CAPSULE THERAPY PACK 0	5	PA NSO
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE CAPSULE THERAPY PACK 4MG	5	PA NSO
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE CAPSULE THERAPY PACK 4MG	5	PA NSO
LIFYORLI CAPSULE THERAPY PACK 0	5	PA NSO
LORBRENA TABLET 100MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
LORBRENA TABLET 25MG	5	QL(90 EA por 30 días); PA NSO
LUMAKRAS TABLET 120MG, 240MG, 320MG	5	PA NSO
LYNPARZA TABLET 100MG, 150MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA NSO
LYTGOBI TABLET THERAPY PACK 4 MG (12 MG DAILY DOSE)	5	PA NSO; 12 MG DAILY DOSE
LYTGOBI TABLET THERAPY PACK 4 MG (16 MG DAILY DOSE)	5	PA NSO; 16 MG DAILY DOSE
LYTGOBI TABLET THERAPY PACK 4 MG (20 MG DAILY DOSE)	5	PA NSO; 20 MG DAILY DOSE
MEKINIST SOLUTION RECONSTITUTED 0.05MG/ML	5	PA NSO
MEKINIST TABLET 2MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
MEKINIST TABLET 0.5MG	5	QL(90 EA por 30 días); PA NSO
MEKTOVI TABLET 15MG	5	PA NSO
NERLYNX TABLET 40MG	5	QL(180 EA por 30 días); PA NSO
nilotinib hydrochloride capsule 200mg	5	QL(112 EA por 28 días); PA NSO

PA: autorización previa; PA NSO: autorización previa solo para nuevos tratamientos; QL: límite de cantidad; ST: terapia escalonada; ST NSO: terapia escalonada solo para nuevos tratamientos; B/D: Cubierto bajo Medicare Parte B o D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
nilotinib hydrochloride capsule 150mg	5	QL(140 EA por 28 días); PA NSO
nilotinib hydrochloride capsule 50mg	5	QL(420 EA por 30 días); PA NSO
NINLARO CAPSULE 2.3MG, 3MG, 4MG	5	PA NSO
ODOMZO CAPSULE 200MG	5	PA NSO
OJJAARA TABLET 100MG, 150MG, 200MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
pazopanib hydrochloride tablet 200mg, 400mg	5	PA NSO
PEMAZYRE TABLET 13.5MG, 4.5MG, 9MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
PIQRAY 200MG DAILY DOSE TABLET THERAPY PACK 200MG	5	PA NSO
PIQRAY 250MG DAILY DOSE TABLET THERAPY PACK 0	5	PA NSO
PIQRAY 300MG DAILY DOSE TABLET THERAPY PACK 150MG	5	PA NSO
QINLOCK TABLET 50MG	5	PA NSO
RASONQUE TABLET 100MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA NSO
RASONQUE TABLET 150MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
RETEVMO TABLET 120MG, 160MG, 80MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
RETEVMO TABLET 40MG	5	QL(90 EA por 30 días); PA NSO
REZLIDHIA CAPSULE 150MG	5	PA NSO
ROMVIMZA CAPSULE 14MG, 20MG, 30MG	5	PA NSO
ROZLYTREK CAPSULE 100MG	5	QL(150 EA por 30 días); PA NSO
ROZLYTREK CAPSULE 200MG	5	QL(90 EA por 30 días); PA NSO
ROZLYTREK PACKET 50MG	5	PA NSO
RUBRACA TABLET 250MG, 300MG	5	PA NSO
RUBRACA TABLET 200MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA NSO
RYDAPT CAPSULE 25MG	5	PA NSO
SCEMBLIX TABLET 100MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA NSO
SCEMBLIX TABLET 40MG	5	QL(240 EA por 30 días); PA NSO
SCEMBLIX TABLET 20MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
sorafenib tosylate tablet 200mg	5	PA NSO

PA: autorización previa; PA NSO: autorización previa solo para nuevos tratamientos; QL: límite de cantidad; ST: terapia escalonada; ST NSO: terapia escalonada solo para nuevos tratamientos; B/D: Cubierto bajo Medicare Parte B o D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
sorafenib tablet 200mg	5	PA NSO
STIVARGA TABLET 40MG	5	PA NSO
sunitinib malate capsule 12.5mg, 25mg, 50mg	5	QL(28 EA por 28 días); PA NSO
sunitinib malate capsule 37.5mg	5	QL(56 EA por 28 días); PA NSO
TABRECTA TABLET 150MG, 200MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA NSO
TAFINLAR CAPSULE 50MG, 75MG	5	PA NSO
TAFINLAR TABLET SOLUBLE 10MG	5	PA NSO
TAGRISSO TABLET 80MG	5	PA NSO
TAGRISSO TABLET 40MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
TALZENNA CAPSULE 0.1MG, 1MG	5	PA NSO
TALZENNA CAPSULE 0.35MG, 0.5MG, 0.75MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
TALZENNA CAPSULE 0.25MG	5	QL(90 EA por 30 días); PA NSO
TAZVERIK TABLET 200MG	5	PA NSO
TEPMETKO TABLET 225MG	5	PA NSO
TIBSOVO TABLET 250MG	5	PA NSO
TRUQAP TABLET THERAPY PACK 160MG, 200MG	5	PA NSO
TRUQAP TABLET 160MG, 200MG	5	PA NSO
TUKYSA TABLET 150MG, 50MG	5	PA NSO
TURALIO CAPSULE 125MG	5	PA NSO
VANFLYTA TABLET 17.7MG, 26.5MG	5	PA NSO
VENCLEXTA STARTING PACK TABLET THERAPY PACK 0	5	QL(84 EA por 365 días); PA NSO
VENCLEXTA TABLET 10MG	4	PA NSO
VENCLEXTA TABLET 100MG, 50MG	5	PA NSO
VERZENIO TABLET 100MG, 150MG, 200MG, 50MG	5	QL(56 EA por 28 días); PA NSO
VITRAKVI CAPSULE 100MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA NSO
VITRAKVI CAPSULE 25MG	5	QL(180 EA por 30 días); PA NSO
VITRAKVI SOLUTION 20MG/ML	5	QL(600 ML por 30 días); PA NSO
VIZIMPRO TABLET 15MG, 30MG, 45MG	5	PA NSO
XALKORI CAPSULE SPRINKLE 150MG, 20MG, 50MG	5	PA NSO
XALKORI CAPSULE 200MG, 250MG	5	PA NSO
XOSPATA TABLET 40MG	5	PA NSO
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY TABLET THERAPY PACK 20MG	5	PA NSO

PA: autorización previa; PA NSO: autorización previa solo para nuevos tratamientos; QL: límite de cantidad; ST: terapia escalonada; ST NSO: terapia escalonada solo para nuevos tratamientos; B/D: Cubierto bajo Medicare Parte B o D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY TABLET THERAPY PACK 20MG	5	PA NSO
XPOVIO TABLET THERAPY PACK 10MG, 40MG, 50MG, 60MG, 80MG	5	PA NSO
yulithira tablet 10mg, 2.5mg, 5mg, 7.5mg	4	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
ZEGFROVY TABLET 150MG, 200MG	5	PA NSO
ZEJULA TABLET 100MG, 200MG, 300MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
ZELBORAF TABLET 240MG	5	PA NSO
ZYDELIG TABLET 100MG, 150MG	5	PA NSO
ZYKADIA TABLET 150MG	5	PA NSO
Retinoides		
bexarotene capsule 75mg	5	PA NSO
bexarotene gel 1%	5	QL(60 GM por 30 días); PA NSO
PANRETIN GEL 0.1%	5	QL(120 GM por 30 días)
tretinoin capsule 10mg	5	
Antiparasitarios		
Antihelmínticos		
albendazole tablet 200mg	4	
ivermectin tablet 3mg, 6mg	3	PA
praziquantel tablet 600mg	4	
Antiprotozoico		
atovaquone/proguanil hcl tablet 62.5mg; 25mg	4	
atovaquone/proguanil hydrochloride tablet 250mg; 100mg	4	
atovaquone suspension 750mg/5ml	4	QL(300 ML por 30 días)
benznidazole tablet 100mg, 12.5mg	3	
chloroquine phosphate tablet 250mg, 500mg	3	
COARTEM TABLET 20MG; 120MG	4	
hydroxychloroquine sulfate tablet 100mg, 200mg	2	
mefloquine hydrochloride tablet 250mg	2	
nitazoxanide tablet 500mg	5	QL(60 EA por 30 días)
pentamidine isethionate injection 300mg	3	
pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted 300mg	3	B/D
primaquine phosphate tablet 26.3mg	3	
pyrimethamine tablet 25mg	5	PA
quinine sulfate capsule 324mg	3	PA
Antipsicóticos		
Primera generación/típico		

PA: autorización previa; PA NSO: autorización previa solo para nuevos tratamientos; QL: límite de cantidad; ST: terapia escalonada; ST NSO: terapia escalonada solo para nuevos tratamientos; B/D: Cubierto bajo Medicare Parte B o D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
chlorpromazine hydrochloride concentrate 100mg/ml, 30mg/ml	4	
chlorpromazine hydrochloride tablet 100mg, 10mg, 200mg, 25mg, 50mg	4	
fluphenazine decanoate injection 25mg/ml	4	
fluphenazine hcl concentrate 5mg/ml	4	
fluphenazine hydrochloride elixir 2.5mg/5ml	4	
fluphenazine hydrochloride injection 2.5mg/ml	4	
fluphenazine hydrochloride tablet 10mg, 1mg, 2.5mg, 5mg	4	
haloperidol decanoate injection 100mg/ml, 50mg/ml	3	
haloperidol lactate injection 5mg/ml	2	
haloperidol concentrate 2mg/ml	2	
haloperidol tablet 0.5mg, 10mg, 1mg, 2mg, 5mg	2	
haloperidol tablet 20mg	3	
loxapine capsule 10mg, 25mg, 50mg, 5mg	2	
molindone hydrochloride tablet 10mg, 25mg, 5mg	4	
perphenazine tablet 16mg, 2mg, 4mg, 8mg	3	
pimozide tablet 1mg, 2mg	4	
thioridazine hydrochloride tablet 100mg, 10mg, 25mg, 50mg	3	
thiothixene capsule 10mg, 1mg, 2mg, 5mg	4	
trifluoperazine hcl tablet 10mg, 2mg, 5mg	3	
trifluoperazine hydrochloride tablet 1mg	3	
Resistente al tratamiento		
clozapine odt tablet disintegrating 200mg	4	QL(120 EA por 30 días)
clozapine odt tablet disintegrating 150mg	4	QL(180 EA por 30 días)
clozapine odt tablet disintegrating 100mg, 25mg	4	QL(270 EA por 30 días)
clozapine odt tablet disintegrating 12.5mg	4	QL(90 EA por 30 días)
clozapine tablet 50mg	3	QL(180 EA por 30 días)
clozapine tablet 25mg	3	QL(270 EA por 30 días)
clozapine tablet 200mg	4	QL(120 EA por 30 días)
clozapine tablet 100mg	4	QL(270 EA por 30 días)
VERSACLOZ SUSPENSION 50MG/ML	5	QL(540 ML por 30 días)
Segunda generación/atípico		
ABILIFY MAINTENA INJECTION 300MG, 400MG	5	QL(1 EA por 30 días)
aripiprazole odt tablet disintegrating 10mg, 15mg	4	QL(60 EA por 30 días)
aripiprazole solution 1mg/ml	4	QL(750 ML por 30 días)
aripiprazole tablet 10mg, 15mg, 20mg, 2mg, 30mg, 5mg	2	QL(30 EA por 30 días)
ARISTADA INITIO INJECTION 675MG/2.4ML	5	
ARISTADA INJECTION 441MG/1.6ML	5	QL(1.6 ML por 30 días)
ARISTADA INJECTION 662MG/2.4ML	5	QL(2.4 ML por 30 días)
ARISTADA INJECTION 882MG/3.2ML	5	QL(3.2 ML por 30 días)
ARISTADA INJECTION 1064MG/3.9ML	5	QL(3.9 ML por 60 días)

PA: autorización previa; PA NSO: autorización previa solo para nuevos tratamientos; QL: límite de cantidad; ST: terapia escalonada; ST NSO: terapia escalonada solo para nuevos tratamientos; B/D: Cubierto bajo Medicare Parte B o D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
asenapine maleate sl tablet sublingual 10mg, 2.5mg, 5mg	4	QL(60 EA por 30 días)
BYSANTI TITRATION PACK A TABLET THERAPY PACK 0	4	QL(16 EA por 365 días); ST NSO
BYSANTI TITRATION PACK B TABLET THERAPY PACK 0	4	QL(24 EA por 365 días); ST NSO
BYSANTI TITRATION PACK C TABLET THERAPY PACK 0	4	QL(16 EA por 365 días); ST NSO
BYSANTI TABLET 1MG	5	QL(180 EA por 30 días); ST NSO
BYSANTI TABLET 10MG, 12MG, 2MG, 4MG, 6MG, 8MG	5	QL(60 EA por 30 días); ST NSO
CAPLYTA CAPSULE 10.5MG, 21MG, 42MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
FANAPT TITRATION PACK A TABLET 0	4	QL(16 EA por 365 días); ST NSO
FANAPT TITRATION PACK B TABLET 0	4	QL(24 EA por 365 días); ST NSO
FANAPT TITRATION PACK C TABLET 0	4	QL(16 EA por 365 días); ST NSO
FANAPT TABLET 2MG	4	QL(60 EA por 30 días); ST NSO
FANAPT TABLET 10MG, 12MG, 1MG, 4MG, 6MG, 8MG	5	QL(60 EA por 30 días); ST NSO
INVEGA HAFYERA INJECTION 1560MG/5ML	5	QL(5 ML por 180 días); ST NSO
INVEGA HAFYERA INJECTION 1092MG/3.5ML	5	ST NSO
INVEGA SUSTENNA INJECTION 39MG/0.25ML	4	QL(0.25 ML por 30 días)
INVEGA SUSTENNA INJECTION 78MG/0.5ML	5	QL(0.5 ML por 30 días)
INVEGA SUSTENNA INJECTION 117MG/0.75ML	5	QL(0.75 ML por 30 días)
INVEGA SUSTENNA INJECTION 156MG/ML	5	QL(1 ML por 30 días)
INVEGA SUSTENNA INJECTION 234MG/1.5ML	5	QL(1.5 ML por 30 días)
INVEGA TRINZA INJECTION 273MG/0.88ML	5	QL(0.88 ML por 84 días)
INVEGA TRINZA INJECTION 410MG/1.32ML	5	QL(1.32 ML por 84 días)
INVEGA TRINZA INJECTION 546MG/1.75ML	5	QL(1.75 ML por 84 días)
INVEGA TRINZA INJECTION 819MG/2.63ML	5	QL(2.63 ML por 84 días)
lurasidone hydrochloride tablet 120mg, 20mg, 40mg, 60mg	4	QL(30 EA por 30 días)

PA: autorización previa; PA NSO: autorización previa solo para nuevos tratamientos; QL: límite de cantidad; ST: terapia escalonada; ST NSO: terapia escalonada solo para nuevos tratamientos; B/D: Cubierto bajo Medicare Parte B o D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
lurasidone hydrochloride tablet 80mg	4	QL(60 EA por 30 días)
LYBALVI TABLET 10MG; 10MG, 15MG; 10MG, 20MG; 10MG, 5MG; 10MG	5	QL(30 EA por 30 días); ST NSO
NUPLAZID CAPSULE 34MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
NUPLAZID TABLET 10MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
olanzapine odt tablet disintegrating 10mg, 15mg, 20mg, 5mg	3	QL(30 EA por 30 días)
olanzapine injection 10mg	4	
olanzapine tablet 10mg, 15mg, 2.5mg, 20mg, 5mg, 7.5mg	2	QL(30 EA por 30 días)
OPIPZA FILM 2MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
OPIPZA FILM 10MG, 5MG	5	QL(90 EA por 30 días); PA NSO
paliperidone er tablet extended release 24 hour 1.5mg, 3mg, 9mg	4	QL(30 EA por 30 días)
paliperidone er tablet extended release 24 hour 6mg	4	QL(60 EA por 30 días)
PERSERIS INJECTION 90MG	5	
PERSERIS INJECTION 120MG	5	QL(1 EA por 30 días)
quetiapine fumarate er tablet extended release 24 hour 150mg, 300mg, 400mg, 50mg	2	QL(60 EA por 30 días)
quetiapine fumarate er tablet extended release 24 hour 200mg	2	QL(90 EA por 30 días)
quetiapine fumarate tablet 300mg, 400mg	2	QL(60 EA por 30 días)
quetiapine fumarate tablet 100mg, 150mg, 200mg, 25mg, 50mg	2	QL(90 EA por 30 días)
REXULTI TABLET 0.25MG, 0.5MG, 1MG, 2MG, 3MG, 4MG	5	QL(30 EA por 30 días)
risperidone er injection 37.5mg	4	
risperidone er injection 12.5mg, 25mg	4	QL(2 EA por 28 días)
risperidone er injection 50mg	5	QL(2 EA por 28 días)
risperidone odt tablet disintegrating 0.25mg, 0.5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	4	QL(60 EA por 30 días)
risperidone solution 1mg/ml	2	QL(240 ML por 30 días)
risperidone tablet 0.25mg, 0.5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	1	QL(60 EA por 30 días)
SECUADO PATCH 24 HOUR 3.8MG/24HR, 5.7MG/24HR, 7.6MG/24HR	5	QL(30 EA por 30 días); ST NSO
UZEDY INJECTION 200MG/0.56ML, 250MG/0.7ML, 75MG/0.21ML	5	
UZEDY INJECTION 50MG/0.14ML	5	QL(0.14 ML por 30 días)

PA: autorización previa; PA NSO: autorización previa solo para nuevos tratamientos; QL: límite de cantidad; ST: terapia escalonada; ST NSO: terapia escalonada solo para nuevos tratamientos; B/D: Cubierto bajo Medicare Parte B o D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
UZEDY INJECTION 100MG/0.28ML	5	QL(0.28 ML por 30 días)
UZEDY INJECTION 125MG/0.35ML	5	QL(0.35 ML por 30 días)
UZEDY INJECTION 150MG/0.42ML	5	QL(0.42 ML por 60 días)
VRAYLAR CAPSULE 0.5MG, 0.75MG, 1.5MG, 3MG, 4.5MG, 6MG	3	QL(30 EA por 30 días)
WELTRUZA INJECTION 318MG, 425MG, 531MG	5	QL(1 EA por 28 días); ST NSO
ziprasidone hcl capsule 20mg, 40mg, 60mg, 80mg	3	QL(60 EA por 30 días)
ziprasidone mesylate injection 20mg	4	QL(60 EA por 30 días)
ZYPREXA RELPREVV INJECTION 210MG	4	
ZYPREXA RELPREVV INJECTION 300MG, 405MG	5	
Antivírico		
Agentes anti-VIH, inhibidores de la proteasa (IP)		
APTIVUS CAPSULE 250MG	5	QL(120 EA por 30 días)
atazanavir sulfate capsule 300mg	4	QL(30 EA por 30 días)
atazanavir capsule 150mg	4	
atazanavir capsule 200mg	4	QL(60 EA por 30 días)
darunavir tablet 800mg	4	QL(30 EA por 30 días)
darunavir tablet 600mg	4	QL(60 EA por 30 días)
EVOTAZ TABLET 300MG; 150MG	5	QL(30 EA por 30 días)
fosamprenavir calcium tablet 700mg	5	QL(120 EA por 30 días)
KALETRA SOLUTION 400MG/5ML; 100MG/5ML	4	QL(480 ML por 30 días)
lopinavir/ritonavir tablet 200mg; 50mg	4	QL(120 EA por 30 días)
lopinavir/ritonavir tablet 100mg; 25mg	4	QL(240 EA por 30 días)
NORVIR PACKET 100MG	4	QL(360 EA por 30 días)
PREZCOBIX PED TABLET SOLUBLE 90MG; 600MG	5	QL(30 EA por 30 días)
PREZCOBIX TABLET 150MG; 675MG, 150MG; 800MG	5	QL(30 EA por 30 días)
PREZISTA SUSPENSION 100MG/ML	5	QL(400 ML por 30 días)
PREZISTA TABLET 75MG	4	QL(300 EA por 30 días)
PREZISTA TABLET 150MG	5	QL(180 EA por 30 días)
REYATAZ PACKET 50MG	5	QL(180 EA por 30 días)
ritonavir tablet 100mg	3	QL(360 EA por 30 días)
SYMTUZA TABLET 150MG; 800MG; 200MG; 10MG	5	QL(30 EA por 30 días)
VIRACEPT TABLET 625MG	5	QL(120 EA por 30 días)
VIRACEPT TABLET 250MG	5	QL(300 EA por 30 días)
Agentes anti-VIH, otros		
maraviroc tablet 300mg	5	QL(120 EA por 30 días)
maraviroc tablet 150mg	5	QL(60 EA por 30 días)
RUKOBIA TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 600MG	5	QL(60 EA por 30 días)
SELZENTRY SOLUTION 20MG/ML	5	

PA: autorización previa; PA NSO: autorización previa solo para nuevos tratamientos; QL: límite de cantidad; ST: terapia escalonada; ST NSO: terapia escalonada solo para nuevos tratamientos; B/D: Cubierto bajo Medicare Parte B o D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
SUNLENCA INJECTION 463.5MG/1.5ML	5	
SUNLENCA TABLET THERAPY PACK 300MG X 5 TABLETS	5	QL(10 EA por 365 días); (5 X 300 MG Pack)
SUNLENCA TABLET THERAPY PACK 300MG X 4 TABLETS	5	QL(8 EA por 365 días); (4 X 300 MG Pack)
SUNLENCA TABLET 300MG	5	QL(24 EA por 168 días)
TYBOST TABLET 150MG	3	QL(30 EA por 30 días)
Agentes anticitomegalovirus (CMV)		
ganciclovir injection 500mg/10ml, 500mg	2	B/D
LIVTENCITY TABLET 200MG	5	QL(360 EA por 30 días)
PREVYMIS PACKET 120MG, 20MG	5	QL(120 EA por 30 días)
PREVYMIS TABLET 240MG, 480MG	5	QL(28 EA por 28 días)
valganciclovir hydrochloride solution reconstituted 50mg/ml	5	QL(1080 ML por 30 días)
valganciclovir tablet 450mg	3	QL(120 EA por 30 días)
Agentes antigripales		
amantadine hcl capsule 100mg	2	
amantadine hcl solution 50mg/5ml	2	
oseltamivir phosphate capsule 75mg	2	QL(110 EA por 365 días)
oseltamivir phosphate capsule 30mg	2	QL(168 EA por 365 días)
oseltamivir phosphate capsule 45mg	2	QL(84 EA por 365 días)
oseltamivir phosphate suspension reconstituted 6mg/ml	3	QL(1080 ML por 365 días)
XOFLUZA TABLET THERAPY PACK 40MG, 80MG	3	QL(1 EA por 30 días)
Agentes antihepatitis C (VHC)		
MAVYRET PACKET 50MG; 20MG	5	QL(560 EA por 365 días); PA
MAVYRET TABLET 100MG; 40MG	5	QL(336 EA por 365 días); PA
ribavirin tablet 200mg	3	
sofosbuvir/velpatasvir tablet 400mg; 100mg	5	QL(84 EA por 365 días); PA
VOSEVI TABLET 400MG; 100MG; 100MG	5	QL(84 EA por 365 días); PA
Agentes antiherpéticos		
acyclovir sodium injection 50mg/ml	4	B/D
acyclovir capsule 200mg	2	
acyclovir suspension 200mg/5ml	4	
acyclovir tablet 400mg, 800mg	2	
famciclovir tablet 125mg, 250mg	3	QL(60 EA por 30 días)
famciclovir tablet 500mg	3	QL(90 EA por 30 días)

PA: autorización previa; PA NSO: autorización previa solo para nuevos tratamientos; QL: límite de cantidad; ST: terapia escalonada; ST NSO: terapia escalonada solo para nuevos tratamientos; B/D: Cubierto bajo Medicare Parte B o D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
valacyclovir hydrochloride tablet 1gm, 500mg	3	QL(120 EA por 30 días)
VYJUVEK GEL 0	5	PA
Agentes contra el VIH, inhibidores de la integrasa (II)		
BIKTARVY TABLET 30MG; 120MG; 15MG, 50MG; 200MG; 25MG	5	QL(30 EA por 30 días)
BIXLENVO/SUNLENCA STARTER PACK TABLET THERAPY PACK 75MG; 0	5	QL(68 EA por 365 días)
BIXLENVO TABLET 75MG; 50MG	5	QL(30 EA por 30 días)
CABENUVA INJECTION 400MG/2ML; 600MG/2ML, 600MG/3ML; 900MG/3ML	5	
DOVATO TABLET 50MG; 300MG	5	QL(30 EA por 30 días)
GENVOYA TABLET 150MG; 150MG; 200MG; 10MG	5	QL(30 EA por 30 días)
ISENTRESS HD TABLET 600MG	5	QL(60 EA por 30 días)
ISENTRESS PACKET 100MG	5	QL(60 EA por 30 días)
ISENTRESS TABLET CHEWABLE 25MG	3	QL(180 EA por 30 días)
ISENTRESS TABLET CHEWABLE 100MG	5	QL(180 EA por 30 días)
ISENTRESS TABLET 400MG	5	QL(120 EA por 30 días)
JULUCA TABLET 50MG; 25MG	5	QL(30 EA por 30 días)
raltegravir potassium tablet 400mg	5	QL(120 EA por 30 días)
STRIBILD TABLET 150MG; 150MG; 200MG; 300MG	5	QL(30 EA por 30 días)
TIVICAY PD TABLET SOLUBLE 5MG	4	QL(180 EA por 30 días)
TIVICAY TABLET 50MG	5	QL(60 EA por 30 días)
VOCABRIA TABLET 30MG	5	
Agentes contra el VIH, inhibidores de la transcriptasa inversa no nucleósidos (ITINN)		
DELSTRIGO TABLET 100MG; 300MG; 300MG	5	QL(30 EA por 30 días)
EDURANT PED TABLET SOLUBLE 2.5MG	5	QL(180 EA por 30 días)
efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tablet 600mg; 200mg; 300mg	3	QL(30 EA por 30 días)
efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate tablet 400mg; 300mg; 300mg, 600mg; 300mg; 300mg	5	QL(30 EA por 30 días)
efavirenz tablet 600mg	4	QL(30 EA por 30 días)
emtricitabine/rilpivirine/tenofovir disoproxil fumarate tablet 200mg; 25mg; 300mg	5	QL(30 EA por 30 días)
etravirine tablet 100mg	4	QL(60 EA por 30 días)
etravirine tablet 200mg	5	QL(60 EA por 30 días)
IDVYNSO TABLET 100MG; 0.25MG	5	QL(30 EA por 30 días)
INTELENCE TABLET 25MG	4	QL(120 EA por 30 días)
nevirapine er tablet extended release 24 hour 400mg	4	QL(30 EA por 30 días)
nevirapine suspension 50mg/5ml	3	QL(1200 ML por 30 días)
nevirapine tablet 200mg	2	QL(60 EA por 30 días)
PIFELTRO TABLET 100MG	5	QL(30 EA por 30 días)
rilpivirine hydrochloride tablet 25mg	5	QL(30 EA por 30 días)

PA: autorización previa; PA NSO: autorización previa solo para nuevos tratamientos; QL: límite de cantidad; ST: terapia escalonada; ST NSO: terapia escalonada solo para nuevos tratamientos; B/D: Cubierto bajo Medicare Parte B o D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes contra el VIH, inhibidores de la transcriptasa inversa nucleósidos y nucleótidos (ITIN)		
abacavir sulfate/lamivudine tablet 600mg; 300mg	4	QL(30 EA por 30 días)
abacavir solution 20mg/ml	4	QL(960 ML por 30 días)
abacavir tablet 300mg	3	QL(60 EA por 30 días)
CIMDUO TABLET 300MG; 300MG	5	QL(30 EA por 30 días)
DESCOVY TABLET 120MG; 15MG, 200MG; 25MG	5	QL(30 EA por 30 días)
emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tablet 200mg; 300mg	2	QL(30 EA por 30 días)
emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tablet 100mg; 150mg	4	QL(30 EA por 30 días)
emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tablet 133mg; 200mg	5	QL(30 EA por 30 días)
emtricitabine/tenofovir disoproxil tablet 167mg; 250mg	4	QL(30 EA por 30 días)
emtricitabine capsule 200mg	4	QL(30 EA por 30 días)
EMTRIVA SOLUTION 10MG/ML	4	QL(850 ML por 30 días)
lamivudine/zidovudine tablet 150mg; 300mg	3	QL(60 EA por 30 días)
lamivudine solution 10mg/ml	3	QL(960 ML por 30 días)
lamivudine tablet 150mg	2	QL(60 EA por 30 días)
lamivudine tablet 300mg	3	QL(30 EA por 30 días)
ODEFSEY TABLET 200MG; 25MG; 25MG	5	QL(30 EA por 30 días)
tenofovir disoproxil fumarate tablet 300mg	4	QL(30 EA por 30 días)
TRIUMEQ PD TABLET SOLUBLE 60MG; 5MG; 30MG	5	QL(180 EA por 30 días)
TRIUMEQ TABLET 600MG; 50MG; 300MG	5	QL(30 EA por 30 días)
VIREAD POWDER 40MG/GM	5	QL(240 GM por 30 días)
VIREAD TABLET 150MG, 200MG, 250MG	5	QL(30 EA por 30 días)
zidovudine capsule 100mg	3	QL(180 EA por 30 días)
zidovudine syrup 50mg/5ml	3	QL(1920 ML por 30 días)
zidovudine tablet 300mg	3	QL(60 EA por 30 días)
Agentes contra el virus de la hepatitis B (VHB)		
adefovir dipivoxil tablet 10mg	4	QL(30 EA por 30 días)
BARACLUDE SOLUTION 0.05MG/ML	5	QL(600 ML por 30 días)
entecavir tablet 0.5mg, 1mg	4	QL(30 EA por 30 días)
lamivudine tablet 100mg	3	QL(30 EA por 30 días)
Antivirales, agentes de coronavirus		
PAXLOVID TABLET THERAPY PACK (300MG-100MG DAY 1; 150MG-100MG DAYS 2-5)	3	QL(11 EA por 5 días); (300mg-100mg Day 1; 150mg-100mg Days 2-5 Pak)
PAXLOVID TABLET THERAPY PACK (150MG-100MG)	3	QL(20 EA por 5 días); (150mg-100mg Pak)

PA: autorización previa; PA NSO: autorización previa solo para nuevos tratamientos; QL: límite de cantidad; ST: terapia escalonada; ST NSO: terapia escalonada solo para nuevos tratamientos; B/D: Cubierto bajo Medicare Parte B o D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
PAXLOVID TABLET THERAPY PACK (300MG-100MG)	3	QL(30 EA por 5 días); (300mg-100mg Pak)
XOCOVA TABLET 125MG	3	QL(7 EA por 5 días)
Electrolitos/minerales/metales/vitaminas		
Aglutinantes de potasio		
kionex suspension 15gm/60ml	3	
LOKELMA PACKET 10GM, 5GM	4	QL(90 EA por 30 días)
sodium polystyrene sulfonate powder 0	3	
sodium polystyrene sulfonate suspension 15gm/60ml	3	
SPS SUSPENSION 15GM/60ML	3	
VELTASSA PACKET 1GM	4	QL(120 EA por 30 días)
VELTASSA PACKET 16.8GM, 25.2GM, 8.4GM	4	QL(30 EA por 30 días)
Modificadores de electrolitos/minerales/metales		
CHEMET CAPSULE 100MG	5	
deferasirox packet 180mg, 360mg, 90mg	5	PA
deferasirox tablet soluble 125mg, 250mg	4	PA
deferasirox tablet soluble 500mg	5	PA
deferasirox tablet 90mg	3	PA
deferasirox tablet 180mg, 360mg	4	PA
penicillamine tablet 250mg	5	
tolvaptan tablet 15mg, 30mg	5	QL(120 EA por 30 días); PA; (Generic for Jynarque)
trientine hydrochloride capsule 250mg, 500mg	5	PA
Quelantes de fosfato		
calcium acetate capsule 667mg	4	
calcium acetate tablet 667mg	3	
sevelamer hydrochloride tablet 400mg, 800mg	4	
VELPHORO TABLET CHEWABLE 500MG	5	
Reemplazo de electrolitos/minerales		
AMINOSYN II INJECTION 993MG/100ML; 1018MG/100ML; 700MG/100ML; 738MG/100ML; 500MG/100ML; 300MG/100ML; 660MG/100ML; 1000MG/100ML; 1050MG/100ML; 172MG/100ML; 270MG/100ML; 298MG/100ML; 722MG/100ML; 530MG/100ML; 400MG/100ML; 200MG/100ML; 500MG/100ML	4	B/D
aminosyn ii injection 107.6meq/l; 1490mg/100ml; 1527mg/100ml; 1050mg/100ml; 1107mg/100ml; 750mg/100ml; 450mg/100ml; 990mg/100ml; 1500mg/100ml; 1575mg/100ml; 258mg/100ml; 405mg/100ml; 447mg/100ml; 1083mg/100ml; 795mg/100ml; 50meq/l; 600mg/100ml; 300mg/100ml; 750mg/100ml	4	B/D

PA: autorización previa; PA NSO: autorización previa solo para nuevos tratamientos; QL: límite de cantidad; ST: terapia escalonada; ST NSO: terapia escalonada solo para nuevos tratamientos; B/D: Cubierto bajo Medicare Parte B o D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
AMINOSYN-PF INJECTION 46MEQ/L; 698MG/100ML; 1227MG/100ML; 527MG/100ML; 820MG/100ML; 385MG/100ML; 312MG/100ML; 760MG/100ML; 1200MG/100ML; 677MG/100ML; 180MG/100ML; 427MG/100ML; 812MG/100ML; 495MG/100ML; 70MG/100ML; 512MG/100ML; 180MG/100ML; 44MG/100ML; 673MG/100ML	4	B/D
carglumic acid tablet soluble 200mg	5	
dextrose 5%/sodium chloride 0.45% injection 5%; 0.45%	4	
dextrose 5%/sodium chloride 0.9% injection 5%; 0.9%	4	
dextrose 5% injection 5%	2	
effer-k tablet effervescent 25meq	2	
klor-con 10 tablet extended release 10meq	2	
klor-con 8 tablet extended release 8meq	2	
klor-con m10 tablet extended release 10meq	2	
klor-con m15 tablet extended release 15meq	2	
klor-con m20 tablet extended release 20meq	2	
klor-con packet 20meq	4	
magnesium sulfate injection 50%	3	
PLENAMINE INJECTION 147.4MEQ/L; 2.17GM/100ML; 1.47GM/100ML; 434MG/100ML; 749MG/100ML; 1.04GM/100ML; 894MG/100ML; 749MG/100ML; 1.04GM/100ML; 1.18GM/100ML; 749MG/100ML; 1.04GM/100ML; 894MG/100ML; 592MG/100ML; 749MG/100ML; 250MG/100ML; 39MG/100ML; 960MG/100ML	4	B/D
potassium chloride er capsule extended release 10meq, 8meq	2	
potassium chloride er tablet extended release 10meq, 15meq, 20meq, 8meq	2	
potassium chloride injection 10meq/100ml, 20meq/100ml, 40meq/100ml	2	
potassium chloride packet 20meq	4	
potassium chloride oral solution 10%, 20%	4	
potassium citrate er tablet extended release 1080mg, 15meq, 540mg	4	
sodium chloride 0.45% injection 0.45%	3	
sodium chloride injection 0.45%, 0.9%	3	
Vitaminas		
prenatal tablet 120mg; 0; 200mg; 10mcg; 2mg; 12mcg; 27mg; 1mg; 20mg; 10mg; 1200mcg; 3mg; 1.84mg; 10mg; 25mg	2	
Productos y modificadores sanguíneos		
Agentes homeostáticos		

PA: autorización previa; PA NSO: autorización previa solo para nuevos tratamientos; QL: límite de cantidad; ST: terapia escalonada; ST NSO: terapia escalonada solo para nuevos tratamientos; B/D: Cubierto bajo Medicare Parte B o D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
tranexamic acid tablet 650mg	3	
Agentes modificadores de plaquetas		
aspirin/dipyridamole er capsule extended release 12 hour 25mg; 200mg	4	
aspirin/dipyridamole capsule extended release 12 hour 25mg; 200mg	4	
CABLIVI INJECTION 11MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
cilostazol tablet 100mg, 50mg	2	
clopidogrel tablet 75mg	1	
clopidogrel tablet 300mg	2	
DOPTELET TABLET 20MG	5	QL(90 EA por 30 días); PA
prasugrel hydrochloride tablet 10mg, 5mg	2	
ticagrelor tablet 60mg, 90mg	3	
Anticoagulantes		
dabigatran etexilate capsule 110mg, 150mg, 75mg	4	QL(60 EA por 30 días)
ELIQUIS STARTER PACK TABLET THERAPY PACK 5MG	3	QL(148 EA por 365 días)
ELIQUIS CAPSULE SPRINKLE 0.15MG	3	QL(84 EA por 28 días)
ELIQUIS TABLET SOLUBLE 0.5MG	3	QL(140 EA por 28 días)
ELIQUIS TABLET SOLUBLE PACK 3 X 0.5 MG (1.5 MG)	3	QL(420 EA por 28 días); PACK 3 X 0.5 MG (1.5 MG)
ELIQUIS TABLET SOLUBLE PACK 4 X 0.5 MG (2 MG)	3	QL(560 EA por 28 días); PACK 4 X 0.5 MG (2 MG)
ELIQUIS TABLET 5MG	3	
ELIQUIS TABLET 2.5MG	3	QL(60 EA por 30 días)
enoxaparin sodium injection 300mg/3ml	4	
enoxaparin sodium injection 30mg/0.3ml	4	QL(18 ML por 30 días)
enoxaparin sodium injection 40mg/0.4ml	4	QL(24 ML por 30 días)
enoxaparin sodium injection 60mg/0.6ml	4	QL(36 ML por 30 días)
enoxaparin sodium injection 120mg/0.8ml, 80mg/0.8ml	4	QL(48 ML por 30 días)
enoxaparin sodium injection 100mg/ml, 150mg/ml	4	QL(60 ML por 30 días)
fondaparinux sodium injection 5mg/0.4ml	4	
fondaparinux sodium injection 2.5mg/0.5ml	4	QL(15 ML por 30 días)
fondaparinux sodium injection 7.5mg/0.6ml	4	QL(18 ML por 30 días)
fondaparinux sodium injection 10mg/0.8ml	5	QL(24 ML por 30 días)
FRAGMIN INJECTION 2500UNIT/0.2ML	4	
FRAGMIN INJECTION 10000UNIT/ML, 12500UNIT/0.5ML, 15000UNIT/0.6ML, 18000UNT/0.72ML, 5000UNIT/0.2ML, 7500UNIT/0.3ML, 95000UNIT/3.8ML	5	

PA: autorización previa; PA NSO: autorización previa solo para nuevos tratamientos; QL: límite de cantidad; ST: terapia escalonada; ST NSO: terapia escalonada solo para nuevos tratamientos; B/D: Cubierto bajo Medicare Parte B o D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
heparin sodium injection 5000unit/ml	3	
jantoven tablet 10mg, 1mg, 2.5mg, 2mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg	1	
rivaroxaban suspension reconstituted 1mg/ml	4	QL(600 ML por 30 días)
rivaroxaban tablet 2.5mg	4	QL(360 EA por 30 días)
warfarin sodium tablet 10mg, 1mg, 2.5mg, 2mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg	1	
XARELTO TABLET 10MG, 20MG	3	QL(30 EA por 30 días)
XARELTO TABLET 15MG	3	QL(60 EA por 30 días)
Productos y modificadores sanguíneos, otros		
anagrelide hydrochloride capsule 0.5mg, 1mg	3	
eltrombopag olamine packet 12.5mg, 25mg	5	QL(180 EA por 30 días); PA
eltrombopag olamine tablet 12.5mg, 25mg	5	QL(30 EA por 30 días); PA
eltrombopag olamine tablet 50mg, 75mg	5	QL(60 EA por 30 días); PA
LEUKINE INJECTION 250MCG	5	PA
MIMRYLO INJECTION 19MG, 28MG, 9.5MG	5	QL(4 EA por 28 días); PA NSO
MIMRYLO INJECTION 41MG, 54MG	5	QL(8 EA por 28 días); PA NSO
NEULASTA ONPRO KIT INJECTION 6MG/0.6ML	5	PA
NEULASTA INJECTION 4MG/0.4ML	5	PA
NEULASTA INJECTION 6MG/0.6ML	5	QL(1.2 ML por 28 días); PA
PROCRIT INJECTION 10000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	4	PA
PROCRIT INJECTION 20000UNIT/ML, 40000UNIT/ML	5	PA
RETACRIT INJECTION 10000UNIT/ML, 20000UNIT/2ML, 20000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	4	PA
RETACRIT INJECTION 40000UNIT/ML	5	PA
UDENYCA ONBODY INJECTION 6MG/0.6ML	5	PA
UDENYCA INJECTION 6MG/0.6ML	5	QL(1.2 ML por 28 días); PA
XOLREMDI CAPSULE 100MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA
ZARXIO INJECTION 300MCG/0.5ML, 480MCG/0.8ML	5	
Reguladores de la glucemia		
Agentes antidiabéticos		
acarbose tablet 100mg, 25mg, 50mg	2	

PA: autorización previa; PA NSO: autorización previa solo para nuevos tratamientos; QL: límite de cantidad; ST: terapia escalonada; ST NSO: terapia escalonada solo para nuevos tratamientos; B/D: Cubierto bajo Medicare Parte B o D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
dapagliflozin/metformin hydrochloride er tablet extended release 24 hour 10mg; 1000mg, 10mg; 500mg, 5mg; 500mg	1	QL(30 EA por 30 días)
dapagliflozin/metformin hydrochloride er tablet extended release 24 hour 5mg; 1000mg	1	QL(60 EA por 30 días)
glimepiride tablet 1mg, 2mg, 4mg	1	
glipizide er tablet extended release 24 hour 10mg, 2.5mg, 5mg	1	
glipizide xl tablet extended release 24 hour 10mg, 2.5mg, 5mg	1	
glipizide/metformin hydrochloride tablet 2.5mg; 250mg, 2.5mg; 500mg, 5mg; 500mg	1	
glipizide tablet 10mg, 2.5mg, 5mg	1	
glyburide/metformin hydrochloride tablet 1.25mg; 250mg, 2.5mg; 500mg, 5mg; 500mg	1	
glyburide tablet 1.25mg, 2.5mg, 5mg	1	
GLYXAMBI TABLET 10MG; 5MG, 25MG; 5MG	3	QL(30 EA por 30 días)
JANUMET XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 1000MG; 100MG, 1000MG; 50MG, 500MG; 50MG	3	
JANUMET TABLET 1000MG; 50MG, 500MG; 50MG	3	
JANUVIA TABLET 100MG, 25MG, 50MG	3	QL(30 EA por 30 días)
JENTADUETO XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5MG; 1000MG, 5MG; 1000MG	3	
JENTADUETO TABLET 2.5MG; 1000MG, 2.5MG; 500MG, 2.5MG; 850MG	3	
metformin hydrochloride er tablet extended release 24 hour 500mg, 750mg	1	(generic of Glucophage XR)
metformin hydrochloride er tablet extended release 24 hour 1000mg, 500mg	2	(generic of Fortamet)
metformin hydrochloride tablet 1000mg, 500mg, 850mg	1	
MOUNJARO INJECTION 10MG/0.5ML, 12.5MG/0.5ML, 15MG/0.5ML, 2.5MG/0.5ML, 5MG/0.5ML, 7.5MG/0.5ML	3	QL(2 ML por 28 días); PA
nateglinide tablet 120mg, 60mg	1	
OZEMPIC INJECTION 2MG/3ML, 4MG/3ML, 8MG/3ML	3	QL(3 ML por 28 días); PA
OZEMPIC TABLET 4MG, 9MG	3	QL(30 EA por 30 días); PA
OZEMPIC TABLET 1.5MG	3	QL(60 EA por 365 días); PA
pioglitazone hcl/metformin hcl tablet 500mg; 15mg, 850mg; 15mg	1	
pioglitazone hcl tablet 45mg	1	
pioglitazone hydrochloride tablet 15mg, 30mg	1	

PA: autorización previa; PA NSO: autorización previa solo para nuevos tratamientos; QL: límite de cantidad; ST: terapia escalonada; ST NSO: terapia escalonada solo para nuevos tratamientos; B/D: Cubierto bajo Medicare Parte B o D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
repaglinide tablet 0.5mg, 1mg, 2mg	1	
RYBELSUS TABLET 14MG, 7MG	3	QL(30 EA por 30 días); PA
RYBELSUS TABLET 3MG	3	QL(60 EA por 365 días); PA
sitagliptin phosphate/metformin hydrochloride er tablet extended release 24 hour 1000mg; 100mg, 1000mg; 50mg, 500mg; 50mg	1	
sitagliptin phosphate/metformin hydrochloride tablet 1000mg; 50mg, 500mg; 50mg	1	
sitagliptin phosphate tablet 100mg, 25mg, 50mg	1	QL(30 EA por 30 días)
SOLIQUA 100/33 INJECTION 100UNIT/ML; 33MCG/ML	3	QL(15 ML por 24 días)
SYNJARDY XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25MG; 1000MG	3	QL(30 EA por 30 días)
SYNJARDY XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10MG; 1000MG, 12.5MG; 1000MG, 5MG; 1000MG	3	QL(60 EA por 30 días)
SYNJARDY TABLET 12.5MG; 1000MG, 5MG; 500MG	3	
SYNJARDY TABLET 12.5MG; 500MG, 5MG; 1000MG	3	QL(60 EA por 30 días)
TRADJENTA TABLET 5MG	3	QL(30 EA por 30 días)
TRIJARDY XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10MG; 5MG; 1000MG, 25MG; 5MG; 1000MG	3	QL(30 EA por 30 días)
TRIJARDY XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12.5MG; 2.5MG; 1000MG, 5MG; 2.5MG; 1000MG	3	QL(60 EA por 30 días)
TRULICITY INJECTION 0.75MG/0.5ML, 1.5MG/0.5ML, 3MG/0.5ML, 4.5MG/0.5ML	3	QL(2 ML por 28 días); PA
XIGDUO XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10MG; 1000MG, 10MG; 500MG, 5MG; 500MG	3	QL(30 EA por 30 días)
XIGDUO XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5MG; 1000MG, 5MG; 1000MG	3	QL(60 EA por 30 días)
Agentes antiglucémicos		
BAQSIMI ONE PACK POWDER 3MG/DOSE	3	
BAQSIMI TWO PACK POWDER 3MG/DOSE	3	
diazoxide suspension 50mg/ml	5	
glucagon emergency kit for low blood sugar injection 1mg	3	
GVOKE HYPOPEN 1-PACK INJECTION 0.5MG/0.1ML, 1MG/0.2ML	3	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK INJECTION 0.5MG/0.1ML, 1MG/0.2ML	3	
GVOKE KIT INJECTION 1MG/0.2ML	3	
GVOKE PFS INJECTION 1MG/0.2ML	3	
Insulinas		

PA: autorización previa; PA NSO: autorización previa solo para nuevos tratamientos; QL: límite de cantidad; ST: terapia escalonada; ST NSO: terapia escalonada solo para nuevos tratamientos; B/D: Cubierto bajo Medicare Parte B o D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN INJECTION 100UNIT/ML	3	
HUMALOG KWIKPEN INJECTION 100UNIT/ML, 200UNIT/ML	3	
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN INJECTION 50UNIT/ML; 50UNIT/ML	3	
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN INJECTION 25UNIT/ML; 75UNIT/ML	3	
HUMALOG MIX 75/25 INJECTION 25UNIT/ML; 75UNIT/ML	3	
HUMALOG INJECTION 100UNIT/ML	3	
HUMULIN 70/30 KWIKPEN INJECTION 30UNIT/ML; 70UNIT/ML	3	
HUMULIN 70/30 INJECTION 30UNIT/ML; 70UNIT/ML	3	
HUMULIN N KWIKPEN INJECTION 100UNIT/ML	3	
HUMULIN N INJECTION 100UNIT/ML	3	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) INJECTION 500UNIT/ML	3	
HUMULIN R U-500 KWIKPEN INJECTION 500UNIT/ML	3	
HUMULIN R INJECTION 100UNIT/ML	3	
insulin lispro injection 100unit/ml	3	
LANTUS SOLOSTAR INJECTION 100UNIT/ML	3	
LANTUS INJECTION 100UNIT/ML	3	
LYUMJEV KWIKPEN INJECTION 100UNIT/ML, 200UNIT/ML	3	
LYUMJEV INJECTION 100UNIT/ML	3	
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN RELION INJECTION 30UNIT/ML; 70UNIT/ML	3	
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN INJECTION 30UNIT/ML; 70UNIT/ML	3	
NOVOLIN 70/30 RELION INJECTION 30UNIT/ML; 70UNIT/ML	3	
NOVOLIN 70/30 INJECTION 30UNIT/ML; 70UNIT/ML	3	
NOVOLIN N FLEXPEN RELION INJECTION 100UNIT/ML	3	
NOVOLIN N FLEXPEN INJECTION 100UNIT/ML	3	
NOVOLIN N RELION INJECTION 100UNIT/ML	3	
NOVOLIN N INJECTION 100UNIT/ML	3	
NOVOLIN R FLEXPEN RELION INJECTION 100UNIT/ML	3	
NOVOLIN R FLEXPEN INJECTION 100UNIT/ML	3	
NOVOLIN R RELION INJECTION 100UNIT/ML	3	
NOVOLIN R INJECTION 100UNIT/ML	3	

PA: autorización previa; PA NSO: autorización previa solo para nuevos tratamientos; QL: límite de cantidad; ST: terapia escalonada; ST NSO: terapia escalonada solo para nuevos tratamientos; B/D: Cubierto bajo Medicare Parte B o D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
NOVOLOG FLEXPEN RELION INJECTION 100UNIT/ML	3	
NOVOLOG FLEXPEN INJECTION 100UNIT/ML	3	
NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED FLEXPEN RELION INJECTION 30UNIT/ML; 70UNIT/ML	3	
NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED FLEXPEN INJECTION 30UNIT/ML; 70UNIT/ML	3	
NOVOLOG MIX 70/30 RELION INJECTION 30UNIT/ML; 70UNIT/ML	3	
NOVOLOG MIX 70/30 INJECTION 30UNIT/ML; 70UNIT/ML	3	
NOVOLOG PENFILL INJECTION 100UNIT/ML	3	
NOVOLOG RELION INJECTION 100UNIT/ML	3	
NOVOLOG INJECTION 100UNIT/ML	3	
TOUJEO MAX SOLOSTAR INJECTION 300UNIT/ML	3	
TOUJEO SOLOSTAR INJECTION 300UNIT/ML	3	
TRESIBA FLEXTOUCH INJECTION 100UNIT/ML, 200UNIT/ML	3	
TRESIBA INJECTION 100UNIT/ML	3	
Relajantes musculares esqueléticos		
Relajantes musculares esqueléticos		
cyclobenzaprine hydrochloride tablet 10mg, 5mg	3	QL(90 EA por 30 días); PA; PA se aplica a pacientes de 65 años o más
methocarbamol tablet 500mg, 750mg	2	
orphenadrine citrate er tablet extended release 12 hour 100mg	3	
Trastorno genético, enzimático o proteico: Reemplazo, modificadores, tratamiento		
Trastorno genético, enzimático o proteico: Reemplazo, modificadores, tratamiento		
betaine anhydrous powder 0	5	
CHOLBAM CAPSULE 250MG, 50MG	5	PA
CREON CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 120000UNIT; 24000UNIT; 76000UNIT, 15000UNIT; 3000UNIT; 9500UNIT, 180000UNIT; 36000UNIT; 114000UNIT, 30000UNIT; 6000UNIT; 19000UNIT, 60000UNIT; 12000UNIT; 38000UNIT	3	
cromolyn sodium concentrate 100mg/5ml	4	
CYSTAGON CAPSULE 150MG, 50MG	4	
EVRYSDI SOLUTION RECONSTITUTED 0.75MG/ML	5	QL(240 ML por 30 días); PA
FABRAZYME INJECTION 35MG, 5MG	5	PA

PA: autorización previa; PA NSO: autorización previa solo para nuevos tratamientos; QL: límite de cantidad; ST: terapia escalonada; ST NSO: terapia escalonada solo para nuevos tratamientos; B/D: Cubierto bajo Medicare Parte B o D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
l-glutamine packet 5gm	5	PA
miglustat capsule 100mg	5	QL(90 EA por 30 días); PA
nitisinone capsule 10mg, 20mg, 2mg, 5mg	5	
ONPATTRO INJECTION 10MG/5ML	5	PA
PROLASTIN-C INJECTION 1000MG/20ML, 4000MG/80ML	5	PA
PYRUKYND TAPER PACK TABLET THERAPY PACK 0, 5MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
PYRUKYND TABLET 50MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA
PYRUKYND TABLET 20MG, 5MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
REVCOVI INJECTION 2.4MG/1.5ML	5	PA
sapropterin dihydrochloride packet 100mg, 500mg	5	PA
sapropterin dihydrochloride tablet 100mg	5	PA
sodium phenylbutyrate powder 3gm/tsp	5	
STRENSIQ INJECTION 18MG/0.45ML, 28MG/0.7ML, 40MG/ML, 80MG/0.8ML	5	PA
SUCRAID SOLUTION 8500UNIT/ML	5	PA
WELIREG TABLET 40MG	5	PA NSO
yargesa capsule 100mg	5	QL(90 EA por 30 días); PA
ZELVYSIA PACKET 100MG	5	PA
zelvysia packet 500mg	5	PA
ZENPEP CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 105000UNIT; 25000UNIT; 79000UNIT, 14000UNIT; 3000UNIT; 10000UNIT, 168000UNIT; 40000UNIT; 126000UNIT, 24000UNIT; 5000UNIT; 17000UNIT, 252600UNIT; 60000UNIT; 189600UNIT, 42000UNIT; 10000UNIT; 32000UNIT, 63000UNIT; 15000UNIT; 47000UNIT, 84000UNIT; 20000UNIT; 63000UNIT	3	

PA: autorización previa; PA NSO: autorización previa solo para nuevos tratamientos; QL: límite de cantidad; ST: terapia escalonada; ST NSO: terapia escalonada solo para nuevos tratamientos; B/D: Cubierto bajo Medicare Parte B o D.

Índice de Drogas

Nombre del medicamento	Página
abacavir	82
abacavir sulfate/lamivudine	82
abigale	31
abigale lo	31
ABILIFY MAINTENA	76
abiraterone acetate	67
abirtega	67
ABRYSVO	41
acamprosate calcium dr	46
acarbose	86
acebutolol hydrochloride	13
acetaminophen/codeine	52
acetazolamide	43
acetazolamide er	43
acetic acid	52
acetic acid 0.25%	29
acitretin	25
ACTHIB	41
ACTIMMUNE	39
acyclovir	27
acyclovir	80
acyclovir sodium	80
ADACEL	41
ADALIMUMAB-AATY 1-PEN KIT	39
ADALIMUMAB-AATY 2-PEN KIT	39
ADALIMUMAB-AATY 2-SYRINGE	40
adalimumab-aaty cd/uc/hs starter	40
ADALIMUMAB-ADBM	40
adalimumab-fkjp	40
ADBRY	25
adefovir dipivoxil	82
ADEMPAS	48
ADVAIR HFA	46
afirmelle	31
AIMOVIG	12
AIRSUPRA	46
AKEEGA	68
ala-cort	25
albendazole	75
albuterol sulfate	50
albuterol sulfate hfa	50
alclometasone dipropionate	25
ALCOHOL PREP PADS	51
ALECENSA	69
alendronate sodium	20
alfuzosin hcl er	29
aliskiren	14
allopurinol	19
alosetron hydrochloride	28
alprazolam	54
altavera	31
ALUNBRIG	69
alyacen 1/35	31
alyacen 7/7/7	31
alyq	48
amantadine hcl	80
ambrisentan	48
amethyst	31
amikacin sulfate	55
amiloride hcl	18
amiloride/hydrochlorothiazide	14
AMINOSYN II	83
AMINOSYN-PF	84
amiodarone hydrochloride	16
amitriptyline hcl	63
amitriptyline hydrochloride	63
amlodipine besylate	13
amlodipine besylate/atorvastatin calcium	14
amlodipine besylate/benazepril hydrochloride	14
amlodipine besylate/valsartan	14
amlodipine/olmesartan medoxomil	15
ammonium lactate	25
amnesteem	25
amoxapine	63
amoxicillin	57
amoxicillin/clavulanate potassium	57
amoxicillin/clavulanate potassium er	57
amoxicillin/potassium clavulanate	57
amphetamine/dextroamphetamine	21
amphotericin b	66
amphotericin b liposome	66
ampicillin	57
ampicillin sodium	57
ampicillin/sulbactam	57
ampicillin-sulbactam	57
anagrelide hydrochloride	86
anastrozole	69
ANORO ELLIPTA	46
aprepitant	64
APTIVUS	79
AREXVY	41

Nombre del medicamento	Página
arformoterol tartrate	50
ARIKAYCE	55
aripiprazole	76
aripiprazole odt	76
ARISTADA	76
ARISTADA INITIO	76
armodafinil	23
ARNUITY ELLIPTA	49
asenapine maleate sl	77
ashlyna	31
ASMANEX HFA	49
ASMANEX TWISTHALER 120 METERED DOSES	49
ASMANEX TWISTHALER 14 METERED DOSES	49
ASMANEX TWISTHALER 30 METERED DOSES	49
ASMANEX TWISTHALER 60 METERED DOSES	49
aspirin/dipyridamole	85
aspirin/dipyridamole er	85
atazanavir	79
atazanavir sulfate	79
atenolol	13
atenolol/chlorthalidone	15
atomoxetine	22
atomoxetine hydrochloride	22
atorvastatin calcium	17
atovaquone	75
atovaquone/proguanil hcl	75
atovaquone/proguanil hydrochloride	75
atropine sulfate	43
aubra eq	31
AUGMENTIN	57
AUGTYRO	69
aurovela 1.5/30	31
aurovela 1/20	31
aurovela fe 1.5/30	31
aurovela fe 1/20	31
AUSTEDO	23
AUSTEDO XR	23
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION KIT	23
AUVELITY	62
AUVELITY TITRATION PACK	62
aviane	31
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK	69
AVONEX	20
AVONEX PEN	20
AVTOZMA	37
ayuna	31
AYVAKIT	69
azathioprine	40
azelaic acid	25
azelastine hcl	43
azelastine hydrochloride	48
azilsartan medoxomil	16
azithromycin	58
aztreonam	55
azurette	31
bacitracin	44
bacitracin/polymyxin b	43
baclofen	11
balsalazide disodium	19
BALVERSA	69
balziva	31
BAQSIMI ONE PACK	88
BAQSIMI TWO PACK	88
BARACLUDE	82
bcg vaccine	41
BELSOMRA	24
benazepril hydrochloride	18
benazepril hydrochloride/hydrochlorothiazide	15
BENLYSTA	37
benznidazole	75
benztropine mesylate	12
BEQALZI	69
BEQALZI STARTER PACK	69
BESIVANCE	44
BESREMI	39
BESREMI PEN	39
betaine anhydrous	90
betamethasone dipropionate	26
betamethasone dipropionate augmented	26
betamethasone valerate	26
BETASERON	20
betaxolol hcl	13
betaxolol hcl	43
bethanechol chloride	29
bexarotene	75
BEXSERO	41
bicalutamide	67
BICILLIN L-A	57
BIKTARVY	81
bismuth subcitrate pot/metronidazole/tetracycline hydrochlo	28

Nombre del medicamento	Página
bisoprolol fumarate	13
bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide	15
BIVIGAM	39
BIXLENVO	81
BIXLENVO/SUNLENCA STARTER PACK	81
blisovi fe 1.5/30	31
blisovi fe 1/20	31
BONSITY	20
BOOSTRIX	41
BOSULIF	70
bosutinib	70
BRAFTOVI	70
BREO ELLIPTA	46
breyna	46
BREZTRI AEROSPHERE	46
briellyn	31
BRIMONIDINE TARTRATE	43
brimonidine tartrate/timolol maleate	43
brinzolamide	43
brivaracetam	61
bromfenac sodium	44
bromocriptine mesylate	12
BRUKINSA	70
budesonide	20
budesonide	49
budesonide er	20
budesonide/formoterol fumarate dihydrate	46
bumetanide	18
buprenorphine	52
buprenorphine hcl	45
buprenorphine hcl/naloxone hcl	45
buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride	46
bupropion hydrochloride	62
bupropion hydrochloride er (sr)	45
bupropion hydrochloride er (sr)	62
bupropion hydrochloride er (xl)	62
buspirone hcl	54
buspirone hydrochloride	54
butalbital/acetaminophen/caffeine	23
BYLVAY	28
BYLVAY (PELLETS)	28
BYSANTI	77
BYSANTI TITRATION PACK A	77
BYSANTI TITRATION PACK B	77
BYSANTI TITRATION PACK C	77
CABENUVA	81
cabergoline	36
CABLIVI	85
CABOMETYX	70
calcipotriene	24
calcitonin-salmon	20
calcitriol	20
calcium acetate	83
CALQUENCE	70
camila	34
camrese	31
camrese lo	31
candesartan cilexetil	16
candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide	15
CAPLYTA	77
CAPRELSA	70
captopril	18
captopril/hydrochlorothiazide	15
carbamazepine	60
carbamazepine er	60
carbidopa	13
carbidopa/levodopa	13
carbidopa/levodopa er	13
carbidopa/levodopa odt	13
carbidopa/levodopa/entacapone	12
carglumic acid	84
carteolol hcl	43
cartia xt	14
carvedilol	13
caspofungin acetate	66
CAVHANZA	70
CAYSTON	47
cefaclor	56
cefadroxil	56
cefazolin	56
cefazolin sodium	56
cefdinir	56
cefepime	56
cefepime hydrochloride	56
CEFEPIME/DEXTROSE	56
cefixime	56
cefotaxime sodium	56
cefotetan	56
cefoxitin sodium	56
cefpodoxime proxetil	56
cefprozil	56
ceftaroline fosamil	56
ceftazidime	57
ceftriaxone sodium	57
cefuroxime axetil	57

Nombre del medicamento	Página
cefuroxime sodium	57
celecoxib	53
cephalexin	57
cetirizine hydrochloride	48
chateal eq	31
CHEMET	83
chlorhexidine gluconate	24
chloroquine phosphate	75
chlorpromazine hydrochloride	76
chlorthalidone	18
CHOLBAM	90
cholestyramine	17
cholestyramine light	17
ciclodan	27
ciclopirox	27
ciclopirox nail lacquer	27
ciclopirox olamine	27
cilostazol	85
CIMDUO	82
cinacalcet hydrochloride	20
CINRYZE	39
ciprofloxacin hcl	58
ciprofloxacin hydrochloride	44
ciprofloxacin hydrochloride	58
ciprofloxacin i.v.-in d5w	58
ciprofloxacin/dexamethasone	52
cisplatin	67
citalopram hydrobromide	63
claravis	25
clarithromycin	58
clarithromycin er	58
CLENPIQ	28
climara pro	31
clindacin etz pledgets	55
clindamycin hcl	55
clindamycin hydrochloride	55
clindamycin palmitate hydrochloride	55
clindamycin phosphate	27
clindamycin phosphate	55
clindamycin phosphate/benzoyl peroxide	25
clobazam	59
clobetasol propionate	26
clobetasol propionate emollient base	26
clomipramine hydrochloride	63
clonazepam	59
clonazepam odt	59
clonidine	16
clonidine hydrochloride	16
clopidogrel	85
clorazepate dipotassium	54
clotrimazole	66
clotrimazole/betamethasone dipropionate	24
clozapine	76
clozapine odt	76
COARTEM	75
COBENFY	23
COBENFY STARTER PACK	23
colchicine	19
colesevelam hydrochloride	17
colestipol hydrochloride	17
colistimethate sodium	55
COMBIGAN	43
COMBIVENT RESPIMAT	46
COMETRIQ	70
compro	65
conjugated estrogens	31
constulose	28
COPIKTRA	70
cortisone acetate	35
COSENTYX	37
COSENTYX SENSOREADY PEN	37
COSENTYX UNOREADY	37
COTELLIC	70
CREON	90
CRESEMBA	66
cromolyn sodium	43
cromolyn sodium	50
cromolyn sodium	90
cryselle	31
cryselle-28	31
CTEXLI	28
CURITY GAUZE PADS 2"X2" 12 PLY	51
cyclobenzaprine hydrochloride	90
cyclophosphamide	67
cycloserine	65
cyclosporine	40
cyclosporine	43
cyclosporine modified	40
cyproheptadine hydrochloride	48
CYSTAGON	90
CYSTARAN	43
dabigatran etexilate	85
dalfampridine er	20
danazol	30
dantrolene sodium	11
DANZITEN	70

Nombre del medicamento	Página
dapagliflozin	19
dapagliflozin/metformin hydrochloride er	87
dapsone	65
DAPTACEL	41
daptomycin	55
DAPTOMYCIN/SODIUM CHLORIDE	55
darunavir	79
dasatinib	70
dasetta 1/35	31
dasetta 7/7/7	31
DAURISMO	70
daysee	31
deblitane	34
deferasirox	83
DELSTRIGO	81
delyla	32
demeclocycline hcl	58
DENGVAXIA	41
DEPO-SUBQ PROVERA 104	34
DESCOVY	82
desipramine hydrochloride	63
desmopressin acetate	30
desogestrel/ethinyl estradiol	32
desonide	26
desoximetasone	26
desvenlafaxine er	63
dexamethasone	35
dexamethasone sodium phosphate	44
dexmethylphenidate hcl	22
dexmethylphenidate hydrochloride	22
dextroamphetamine sulfate	22
dextromethorphan hydrobromide/quinidine sulfate	23
dextrose 5%	84
dextrose 5%/sodium chloride 0.45%	84
dextrose 5%/sodium chloride 0.9%	84
DIACOMIT	59
diazepam	54
diazepam	59
diazepam intensol	54
diazoxide	88
diclofenac potassium	53
diclofenac sodium	24
diclofenac sodium	44
diclofenac sodium	53
diclofenac sodium dr	53
diclofenac sodium er	53
dicloxacillin sodium	57
dicyclomine hydrochloride	29
digox	16
digoxin	16
dihydroergotamine mesylate	12
DILANTIN	60
diltiazem hcl	14
diltiazem hcl er	14
diltiazem hydrochloride	14
diltiazem hydrochloride er	14
dilt-xr	14
dimethyl fumarate	21
dimethyl fumarate starterpack	21
diphenhydramine hydrochloride	48
diphenoxylate hydrochloride/atropine sulfate	28
disopyramide phosphate	16
disulfiram	46
divalproex sodium dr	59
divalproex sodium er	59
dofetilide	17
dolishale	32
donepezil hcl	11
donepezil hydrochloride	11
DOPTELET	85
dorzolamide hcl/timolol maleate	43
dorzolamide hydrochloride	43
dorzolamide hydrochloride/timolol maleate pf	43
DOTTI	32
DOVATO	81
doxazosin mesylate	29
doxepin hcl	63
doxepin hydrochloride	63
doxycycline	59
doxycycline hyclate	24
doxycycline hyclate	58
doxycycline monohydrate	59
DRIZALMA SPRINKLE	63
dronabinol	65
DROXIA	68
droxidopa	16
DULERA	46
duloxetine hydrochloride dr	64
DUPIXENT	37
dutasteride	29
EBGLYSS AUTO-INJECT SOLUTION FOR	26

Nombre del medicamento	Página
EBGLYSS PREFILLED SYRINGE SOLUTION FOR	37
ec-naproxen	53
econazole nitrate	66
EDURANT PED	81
efavirenz	81
efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate	81
efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate	81
effer-k	84
elinest	32
ELIQUIS	85
ELIQUIS STARTER PACK	85
ELLA	51
ELMIRON	30
eltrombopag olamine	86
eluryng	32
EMGALITY	12
EMPAVELI	37
EMSAM	63
emtricitabine	82
emtricitabine/rilpivirine/tenofovir disoproxil fumarate	81
emtricitabine/tenofovir disoproxil	82
emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate	82
EMTRIVA	82
emzahh	34
enalapril maleate	18
enalapril maleate/hydrochlorothiazide	15
ENBREL	40
ENBREL MINI	40
ENBREL SURECLICK	40
endocet	52
ENGERIX-B	41
enilloring	32
enoxaparin sodium	85
enpresse-28	32
ENSACOVE	70
entacapone	12
entecavir	82
ENTYVIO PEN	37
enulose	28
ENVARSUS XR	40
EPIDIOLEX	61
epinephrine	50
eplerenone	16
ergotamine tartrate/caffeine	12
ERIVEDGE	70
ERLEADA	67
erlotinib hydrochloride	70
errin	34
ertapenem sodium	58
ery	27
erythromycin	27
erythromycin	44
erythromycin dr	58
erythromycin ethylsuccinate	58
erythromycin/benzoyl peroxide	25
escitalopram oxalate	64
eslicarbazepine acetate	60
esomeprazole magnesium	29
estarylla	32
estradiol	32
estradiol/norethindrone acetate	32
ESTRING	32
eszopiclone	24
ETCAMAH	68
ethambutol hydrochloride	65
ethosuximide	59
ethynodiol diacetate/ethinyl estradiol	32
etodolac	53
etonogestrel/ethinyl estradiol	32
etravirine	81
EUCRISA	26
EULEXIN	67
everolimus	40
everolimus	70
EVOTAZ	79
EVRYSDI	90
exemestane	69
EXXUA	62
EXXUA TITRATION PACK	62
ezetimibe	17
ezetimibe/simvastatin	17
FABRAZYME	90
falmina	32
famciclovir	80
famotidine	29
FANAPT	77
FANAPT TITRATION PACK A	77
FANAPT TITRATION PACK B	77
FANAPT TITRATION PACK C	77
FARXIGA	19
FASENRA	46
FASENRA PEN	46

Nombre del medicamento	Página
febuxostat	19
feirza 1.5/30	32
feirza 1/20	32
felbamate	61
felodipine er	13
fenofibrate	17
fenofibrate micronized	17
fenofibric acid dr	17
fentanyl	52
fesoterodine fumarate er	30
FETZIMA	64
FETZIMA TITRATION PACK	64
fidaxomicin	58
FILSPARI	15
FINACEA	25
finasteride	29
fingolimod hydrochloride	21
FINTEPLA	61
FIRMAGON	36
FLAREX	44
flecainide acetate	17
fluconazole	66
fluconazole in sodium chloride	66
flucytosine	66
fludrocortisone acetate	35
flunisolide	49
fluocinolone acetonide	26
fluocinonide	26
fluorometholone	44
fluorouracil	24
fluoxetine hydrochloride	64
fluphenazine decanoate	76
fluphenazine hcl	76
fluphenazine hydrochloride	76
flurbiprofen	53
flurbiprofen sodium	44
FLUTICASONE FUROATE/VILANTEROL ELLIPTA	46
fluticasone propionate	26
fluticasone propionate	49
fluticasone propionate/salmeterol	47
fluticasone propionate/salmeterol diskus	46
fluvastatin	17
fluvastatin sodium er	17
fluvoxamine maleate	64
fondaparinux sodium	85
fosamprenavir calcium	79
fosfomycin tromethamine	55
fosinopril sodium	18
fosinopril sodium/hydrochlorothiazide	15
FOTIVDA	70
FRAGMIN	85
FRUZAQLA	70
furosemide	18
FYAVOLV	32
gabapentin	59
galantamine hydrobromide	11
galantamine hydrobromide er	11
gallifrey	34
GAMASTAN	39
ganciclovir	80
GARDASIL 9	41
gatifloxacin	44
gavilyte-c	28
gavilyte-g	28
gavilyte-n/flavor pack	28
GAVRETO	70
gefitinib	70
gemfibrozil	17
GEMTESA	30
generlac	28
gengraf	40
GENOTROPIN	30
GENOTROPIN MINIQUICK	30
gentamicin sulfate	44
gentamicin sulfate	55
gentamicin sulfate pediatric	55
GENVOYA	81
GILOTRIF	70
glatiramer acetate	21
glimepiride	87
glipizide	87
glipizide er	87
glipizide xl	87
glipizide/metformin hydrochloride	87
glucagon emergency kit for low blood sugar	88
glyburide	87
glyburide/metformin hydrochloride	87
glycopyrrolate	29
GLYXAMBI	87
GOMEKLI	71
griseofulvin microsize	66
griseofulvin ultramicrosize	66
guanfacine hydrochloride	16
guanfacine hydrochloride er	22

Nombre del medicamento	Página
GVOKE HYPOPEN 1-PACK	88
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	88
GVOKE KIT	88
GVOKE PFS	88
hailey 1.5/30	32
hailey fe 1.5/30	32
hailey fe 1/20	32
halobetasol propionate	26
haloperidol	76
haloperidol decanoate	76
haloperidol lactate	76
HAVRIX	41
heather	35
heparin sodium	86
HEPLISAV-B	41
HERNEXEOS	71
HIBERIX	41
HIZENTRA	39
HUMALOG	89
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	89
HUMALOG KWIKPEN	89
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	89
HUMALOG MIX 75/25	89
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	89
HUMATIN	55
HUMULIN 70/30	89
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	89
HUMULIN N	89
HUMULIN N KWIKPEN	89
HUMULIN R	89
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	89
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	89
hydralazine hydrochloride	19
hydrochlorothiazide	18
hydrocodone bitartrate/acetaminophen	52
hydrocodone/acetaminophen	52
hydrocortisone	20
hydrocortisone	27
hydrocortisone	35
hydrocortisone valerate	27
hydrocortisone/acetic acid	52
hydromorphone hcl	52
hydromorphone hydrochloride	52
hydroxychloroquine sulfate	75
hydroxyurea	68
hydroxyzine hcl	48
hydroxyzine hydrochloride	48
hydroxyzine pamoate	49

Nombre del medicamento	Página
HYPERHEP B	39
HYRNUO	71
ibandronate sodium	20
IBRANCE	68
IBRANCE	71
IBTROZI	71
ibu	53
ibuprofen	53
icatibant acetate	39
iclevia	32
ICLUSIG	71
icosapent ethyl	17
IDHIFA	71
IDVYNSO	81
IGALMI	45
ILEVRO	44
imatinib mesylate	71
IMBRUVICA	71
imipenem/cilastatin	58
imipramine hcl	63
imipramine hydrochloride	63
imiquimod	24
IMKELDI	71
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	41
IMPAVIDO	55
INBRIJA	13
incassia	35
INCRELEX	30
INCRUSE ELLIPTA	49
indapamide	18
indomethacin	53
indomethacin er	53
INFANRIX	41
INFLIXIMAB	40
INGREZZA	23
INLURIYO	68
INLYTA	71
INQOVI	71
INREBIC	68
insulin lispro	89
INSULIN SYRINGES, NEEDLES	51
INTELENCE	81
introvale	32
INVEGA HAFYERA	77
INVEGA SUSTENNA	77
INVEGA TRINZA	77
IPOL INACTIVATED IPV	42
ipratropium bromide	49

Nombre del medicamento	Página
ipratropium bromide hfa	49
ipratropium bromide/albuterol sulfate	47
irbesartan	16
irbesartan/hydrochlorothiazide	15
ISENTRESS	81
ISENTRESS HD	81
ISONIAZID	65
isosorbide dinitrate	19
isosorbide dinitrate/hydralazine hydrochloride	15
isosorbide mononitrate	19
isosorbide mononitrate er	19
isotretinoin	25
ISTURISA	30
ITOVEBI	68
itraconazole	66
ivabradine hydrochloride	15
ivermectin	75
IWILFIN	68
IXIARO	42
jaimiess	32
JAKAFI	71
JAKAFI XR	71
jantoven	86
JANUMET	87
JANUMET XR	87
JANUVIA	87
JARDIANCE	19
JAYPIRCA	71
jencycla	35
JENTADUETO	87
JENTADUETO XR	87
JIDEYTRO	71
jinteli	32
jolessa	32
JOURNAVX	53
JUBBONTI	20
JUBLIA	66
JULUCA	81
junel 1.5/30	32
junel 1/20	32
junel fe 1.5/30	32
junel fe 1/20	32
JYLAMVO	40
JYNNEOS	42
KALETRA	79
KALYDECO	47
kariva	33
kelnor 1/35	33
KERENDIA	16
KESIMPTA	21
ketoconazole	66
ketorolac tromethamine	45
ketorolac tromethamine	53
ketorolac tromethamine +rfid	53
KEYTRUDA QLEX	67
KINERET	37
KINRIX	42
kionex	83
KISQALI	71
KISQALI FEMARA 400 DOSE	68
KISQALI FEMARA 600 DOSE	68
klayesta	66
klor-con	84
klor-con 10	84
klor-con 8	84
klor-con m10	84
klor-con m15	84
klor-con m20	84
KLOXXADO	45
KOMZIFTI	68
KOSELUGO	72
KRAZATI	72
kurvelo	33
KYGEVVI	51
labetalol hydrochloride	13
lacosamide	60
lactulose	28
lamivudine	82
lamivudine	82
lamivudine/zidovudine	82
lamotrigine	61
lamotrigine er	61
lamotrigine starter kit/blue	61
lamotrigine starter kit/green	61
lamotrigine starter kit/orange	61
lansoprazole	29
LANTUS	89
LANTUS SOLOSTAR	89
lapatinib ditosylate	72
larin 1.5/30	33
larin 1/20	33
larin fe 1.5/30	33
larin fe 1/20	33
latanoprost	45
LAZCLUZE	68

Nombre del medicamento	Página
leflunomide	40
lenalidomide	67
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	72
LENVIMA 12MG DAILY DOSE	72
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	72
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	72
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	72
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	72
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	72
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	72
LEQEMBI IQLIK	11
lessina	33
letrozole	69
leucovorin calcium	68
LEUKERAN	67
LEUKINE	86
leuprolide acetate	36
levalbuterol hcl	50
levalbuterol hydrochloride	50
levalbuterol tartrate hfa	50
levetiracetam	62
levetiracetam er	61
levobunolol hcl	43
levocarnitine	51
levocetirizine dihydrochloride	49
LEVOFLOXACIN	44
levofloxacin	58
levofloxacin in d5w	58
levonest	33
levonorgestrel and ethinyl estradiol	33
levonorgestrel/ethinyl estradiol	33
levonorgestrel/ethinyl estradiol/ferrous bisglycinate	33
levora 0.15/30-28	33
LEVO-T	36
levothyroxine sodium	36
LEVOXYL	36
l-glutamine	91
lidocaine	54
lidocaine hydrochloride viscous	24
lidocaine viscous	24
lidocaine/prilocaine	54
LIFYORLI	72
LILETTA	35
linezolid	55
LINZESS	28
liomny	36
liothyronine sodium	36
lisinopril	18
lisinopril/hydrochlorothiazide	15
lithium	45
lithium carbonate	45
lithium carbonate er	45
LIVTENCITY	80
lojaimiess	33
LOKELMA	83
lomustine	67
LONSURF	68
loperamide hydrochloride	28
lopinavir/ritonavir	79
lorazepam	55
lorazepam intensol	55
LORBRENA	72
losartan potassium	16
losartan potassium/hydrochlorothiazide	15
loteprednol etabonate	45
loteprednol etabonate/tobramycin	43
lovastatin	17
low-ogestrel	33
loxapine	76
lubiprostone	28
luizza 1.5/30	33
luizza 1/20	33
LUMAKRAS	72
LUMIGAN	45
LUPRON DEPOT (1-MONTH)	36
LUPRON DEPOT (3-MONTH)	36
LUPRON DEPOT (4-MONTH)	36
LUPRON DEPOT (6-MONTH)	36
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)	36
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)	36
lurasidone hydrochloride	77
lutera	33
LYBALVI	78
lyleq	35
lyllana	33
LYNPARZA	72
LYSODREN	68
LYTGOBI	72
LYUMJEV	89
LYUMJEV KWIKPEN	89
lyza	35
macitentan	48
magnesium sulfate	84
malathion	27
maraviroc	79

Nombre del medicamento	Página
marlissa	33
MARPLAN	63
MATULANE	67
matzim la	14
MAVYRET	80
MAYZENT	21
MAYZENT STARTER PACK	21
meclizine hcl	65
meclizine hydrochloride	65
medroxyprogesterone acetate	35
mefloquine hydrochloride	75
megestrol acetate	35
MEKINIST	72
MEKTOVI	72
meleya	35
meloxicam	53
memantine hcl titration pak	11
memantine hydrochloride	11
memantine hydrochloride er	11
memantine/donepezil hydrochloride er	11
MENQUADFI	42
MENVEO	42
mercaptopurine	68
meropenem	58
mesalamine	19
mesalamine dr	19
mesalamine er	19
MESNA	69
metformin hydrochloride	87
metformin hydrochloride er	87
methadone hcl	52
methadone hydrochloride	52
methadone hydrochloride intensol	52
methenamine hippurate	55
methimazole	36
methocarbamol	90
methotrexate	40
methotrexate sodium	40
methsuximide	59
METHYLDOPA	16
methylphenidate hydrochloride	23
methylphenidate hydrochloride er	22
methylphenidate hydrochloride er (dif)	22
methylphenidate hydrochloride er (osm)	22
methylprednisolone	35
methylprednisolone dose pack	35
metoclopramide hcl	28
metoclopramide hydrochloride	28
metolazone	18
metoprolol succinate er	13
metoprolol tartrate	13
metronidazole	25
metronidazole	56
metronidazole vaginal	56
metyrosine	15
mexiletine hydrochloride	17
micafungin	66
microgestin 1.5/30	33
microgestin 1/20	33
microgestin fe 1.5/30	33
microgestin fe 1/20	33
midodrine hydrochloride	16
miebo	43
mifepristone	36
miglustat	91
mili	33
milnacipran hydrochloride	21
milnacipran hydrochloride titration pack	21
MIMRYLO	86
mimvey	33
minocycline hcl	59
minocycline hydrochloride	59
minoxidil	19
mirtazapine	62
mirtazapine odt	62
misoprostol	29
M-M-R II	42
modafinil	24
MODEYSO	68
moexipril hydrochloride	18
molindone hydrochloride	76
mometasone furoate	27
mometasone furoate	49
mono-linyah	33
montelukast sodium	49
morphine sulfate	52
morphine sulfate er	52
MOUNJARO	87
movantik	28
moxifloxacin hydrochloride/sodium hydrochloride	58
moxifloxacin hydrochloride	44
moxifloxacin hydrochloride	58
MRESVIA	42
MULTAQ	17
mupirocin	27

Nombre del medicamento	Página
mycophenolate mofetil	41
mycophenolic acid dr	41
MYRBETRIQ	30
nabumetone	53
nadolol	13
nafcillin sodium	57
naloxone hcl	45
naloxone hydrochloride	45
naltrexone hydrochloride	46
naproxen	53
naproxen dr	53
naproxen sodium	53
naratriptan hcl	11
NATACYN	44
nateglinide	87
NAYZILAM	62
nebivolol hydrochloride	13
necon 0.5/35-28	33
nefazodone hydrochloride	64
neomycin sulfate	55
neomycin/polymyxin/bacitracin	44
neomycin/polymyxin/bacitracin zinc	43
neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone	43
neomycin/polymyxin/dexamethasone	44
neomycin/polymyxin/gramicidin	44
neomycin/polymyxin/hc	52
neomycin/polymyxin/hydrocortisone	52
NERLYNX	72
NEULASTA	86
NEULASTA ONPRO KIT	86
nevirapine	81
nevirapine er	81
NEXLETOL	18
NEXLIZET	18
NEXPLANON	35
niacin er	18
NICOTROL NS	45
nifedipine er	13
nilotinib hydrochloride	72
nilutamide	67
nimodipine	13
NINLARO	73
nintedanib esylate	47
nitazoxanide	75
nitisinone	91
NITRO-BID	19
nitrofurantoin macrocrystals	56
nitrofurantoin monohydrate	56
nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals	56
nitroglycerin	19
nitroglycerin	28
nitroglycerin transdermal	19
nizatidine	29
nora-be	35
norelgestromin/ethinyl estradiol	33
norethindrone	35
norethindrone acetate	35
norethindrone acetate/ethinyl estradiol	33
norethindrone acetate/ethinyl estradiol/ferrous fumarate	33
norgestimate/ethinyl estradiol	33
norlyroc	35
nortrel 0.5/35 (28)	34
nortrel 1/35	34
nortrel 7/7/7	34
nortriptyline hcl	63
nortriptyline hydrochloride	63
NORVIR	79
NOVOLIN 70/30	89
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN	89
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN RELION	89
NOVOLIN 70/30 RELION	89
NOVOLIN N	89
NOVOLIN N FLEXPEN	89
NOVOLIN N FLEXPEN RELION	89
NOVOLIN N RELION	89
NOVOLIN R	89
NOVOLIN R FLEXPEN	89
NOVOLIN R FLEXPEN RELION	89
NOVOLIN R RELION	89
NOVOLOG	90
NOVOLOG FLEXPEN	90
NOVOLOG FLEXPEN RELION	90
NOVOLOG MIX 70/30	90
NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED FLEXPEN	90
NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED FLEXPEN RELION	90
NOVOLOG MIX 70/30 RELION	90
NOVOLOG PENFILL	90
NOVOLOG RELION	90
NUBEQA	67
NUCALA	47
NUPLAZID	78
NURTEC	12

Nombre del medicamento	Página
NUTRILIPID	51
nyamyc	66
nylia 1/35	34
nylia 7/7/7	34
nystatin	66
nystatin/triamcinolone	25
nystatin/triamcinolone acetonide	24
nystop	66
octreotide acetate	37
ODEFSEY	82
ODOMZO	73
OFEV	47
ofloxacin	44
ofloxacin	52
OGSIVEO	68
OJEMDA	69
OJJAARA	73
olanzapine	78
olanzapine odt	78
olmesartan medoxomil	16
olmesartan medoxomil/amlodipine/hydrochlorothiazide	15
olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide	15
olopatadine hydrochloride	43
omega-3-acid ethyl esters	18
omeprazole	29
omeprazole dr	29
OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 INTRO KIT (GEN 5)	51
OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 PODS (GEN 5)	51
OMNIPOD 5 LIBRE INTRO KIT	51
OMNIPOD 5 LIBRE PODS	51
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	51
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	51
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	51
ondansetron hcl	65
ondansetron hydrochloride	65
ondansetron odt	65
ONPATTRO	91
ONUREG	69
OPIPZA	78
OPVEE	45
ORENCIA	37
ORENCIA	41
ORENCIA CLICKJECT	37
ORENITRAM	48
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 1	48
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 2	48
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 3	48
ORGOVYX	37
ORKAMBI	47
orphenadrine citrate er	90
orquidea	35
ORSERDU	68
oseltamivir phosphate	80
OSENVELT	20
OSPHENA	30
OTEZLA	25
OTEZLA	38
OTEZLA XR	25
OTEZLA/OTEZLA XR 28 DAY TREATMENT INITIATION PACK	38
oxaprozin	53
oxcarbazepine	60
oxybutynin chloride	30
oxybutynin chloride er	30
oxycodone hydrochloride	53
oxycodone/acetaminophen	53
OZEMPIC	87
PACERONE	17
paliperidone er	78
PANRETIN	75
pantoprazole sodium	29
paricalcitol	20
paroxetine hcl	64
paroxetine hydrochloride	64
PAXLOVID	82
pazopanib hydrochloride	73
PEDIARIX	42
PEDVAXHIB	42
peg-3350/electrolytes	28
peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl	28
PEGASYS	39
PEGASYS	41
PEMAZYRE	73
PENBRAYA	42
penicillamine	83
penicillin g sodium	57
penicillin v potassium	57
PENMENVY	42
PENTACEL	42
pentamidine isethionate	75
pentoxifylline er	15

Nombre del medicamento	Página
perampanel	62
perindopril erbumine	18
periogard	24
permethrin	28
perphenazine	76
PERSERIS	78
phenelzine sulfate	63
phenobarbital	59
PHENYTEK	60
phenytoin	60
phenytoin infatabs	60
phenytoin sodium extended	60
PHESGO	69
philith	34
PIFELTRO	81
pilocarpine hydrochloride	24
pilocarpine hydrochloride	43
pimecrolimus	27
pimozide	76
pimtrea	34
pindolol	13
pioglitazone hcl	87
pioglitazone hcl/metformin hcl	87
pioglitazone hydrochloride	87
piperacillin sodium/tazobactam sodium	58
PIQRAY 200MG DAILY DOSE	73
PIQRAY 250MG DAILY DOSE	73
PIQRAY 300MG DAILY DOSE	73
pirfenidone	47
piroxicam	53
pitavastatin calcium	17
PLENAMINE	84
podofilox	25
polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate	44
pomalidomide	67
POMALYST	67
portia-28	34
posaconazole	67
posaconazole dr	66
potassium chloride	84
potassium chloride er	84
potassium citrate er	84
PRALUENT	18
pramipexole dihydrochloride	12
prasugrel hydrochloride	85
pravastatin sodium	17
praziquantel	75
prazosin hydrochloride	13
prednisolone	35
prednisolone acetate	45
prednisolone sodium phosphate	35
prednisone	35
pregabalin	59
PREMARIN	34
PREMPHASE	34
PREMPRO	34
prenatal	84
PRETOMANID	65
prevalite	18
PREVYMIS	80
PREZCOBIX	79
PREZCOBIX PED	79
PREZISTA	79
primaquine phosphate	75
primidone	60
PRIORIX	42
PRIVIGEN	39
PROAIR RESPICLICK	50
probenecid	19
probenecid/colchicine	19
prochlorperazine	65
prochlorperazine maleate	65
PROCRIT	86
procto-med hc	20
progesterone	35
PROGRAF	41
PROLASTIN-C	91
promethazine hcl	65
promethazine hydrochloride	65
promethegan	65
propafenone hcl	17
propafenone hydrochloride	17
propafenone hydrochloride er	17
propranolol hcl	13
propranolol hydrochloride	13
propranolol hydrochloride er	13
propylthiouracil	36
PROQUAD	42
protriptyline hcl	63
PULMOZYME	47
pyrazinamide	65
pyridostigmine bromide	12
pyrimethamine	75
PYRUKYND	91
PYRUKYND TAPER PACK	91
QINLOCK	73

Nombre del medicamento	Página
QUADRACEL PREFILLED SYRINGE SUSPENSION FOR	42
quetiapine fumarate	78
quetiapine fumarate er	78
quinapril hydrochloride	18
quinapril/hydrochlorothiazide	15
quinidine sulfate	17
quinine sulfate	75
QVAR REDIHALER	49
RABAVERT	42
rabeprazole sodium	29
RALDESY	64
raloxifene hydrochloride	30
raltegravir potassium	81
ramelteon	24
ramipril	18
ranolazine er	15
rasagiline mesylate	13
RASONQUE	73
RAYALDEE	20
RECOMBIVAX HB	42
repaglinide	88
REPATHA	18
REPATHA SURECLICK	18
RESTASIS	44
RESTASIS MULTIDOSE	44
RETACRIT	86
RETEVMO	73
REVCOVI	91
REVUFORJ	69
REXTOVY	45
REXULTI	78
REYATAZ	79
REZDIFFRA	36
REZLIDHIA	73
REZUROCK	41
RHOPRESSA	43
ribavirin	80
rifabutin	65
rifampin	65
rifapentine	66
rilpivirine hydrochloride	81
riluzole	23
RINVOQ	38
RINVOQ LQ	38
riociguat	48
risedronate sodium	20
risperidone	78
risperidone er	78
risperidone odt	78
ritonavir	79
rivaroxaban	86
rivastigmine tartrate	11
rivastigmine transdermal system	11
RIVFLOZA	51
rizatriptan benzoate	11
rizatriptan benzoate odt	11
ROCKLATAN	44
roflumilast	50
ROMVIMZA	73
ropinirole er	12
ropinirole hcl	12
ropinirole hydrochloride	12
rosuvastatin calcium	17
ROTARIX	42
ROTATEQ	42
roweepra	62
ROZLYTREK	73
RUBRACA	73
rufinamide	60
RUKOBIA	79
RYBELSUS	88
RYDAPT	73
sacubitril/valsartan	15
SANTYL	25
sapropterin dihydrochloride	91
SAVELLA	21
SAVELLA TITRATION PACK	21
SCEMBLIX	73
scopolamine	65
SECUADO	78
selegiline hcl	13
selenium sulfide	27
SELZENTRY	79
SEREVENT DISKUS	50
sertraline hcl	64
sertraline hydrochloride	64
setlakin	34
sevelamer hydrochloride	83
SFROWASA	19
sharobel	35
SHINGRIX RECONSTITUTED SUSPENSION FOR	42
SIGNIFOR	37
sildenafil citrate	48
silodosin	29

Nombre del medicamento	Página
silver sulfadiazine	25
SIMBRINZA	44
simliya	34
simpesse	34
simvastatin	17
sirolimus	41
SIRTURO	66
sitagliptin phosphate	88
sitagliptin phosphate/metformin hydrochloride	88
sitagliptin phosphate/metformin hydrochloride er	88
SIVEXTRO	56
SKYCLARYS	51
SKYRIZI	38
SKYRIZI PEN	38
sodium chloride	84
sodium chloride 0.45%	84
sodium chloride 0.9%	51
sodium oxybate	24
sodium phenylbutyrate	91
sodium polystyrene sulfonate	83
sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium sulfate	28
sofosbuvir/velpatasvir	80
solifenacin succinate	30
SOLIQUA 100/33	88
SOLTAMOX	68
SOMAVERT	37
sorafenib	74
sorafenib tosylate	73
sotalol hcl	17
sotalol hydrochloride	17
sotalol hydrochloride (af)	17
SPEVIGO	27
SPIRIVA RESPIMAT	50
spironolactone	16
spironolactone/hydrochlorothiazide	15
SPRAVATO 56MG DOSE	63
SPRAVATO 84MG DOSE	63
sprintec 28	34
SPRITAM	62
SPS	83
sronyx	34
ssd	25
STARJEMZA	38
STEQEYMA	38
STIOLTO RESPIMAT	47
STIVARGA	74
stoboclo	20
STRENSIQ	91
streptomycin sulfate	55
STRIBILD	81
SUBVENITE	62
subvenite starter kit/blue	62
subvenite starter kit/green	62
subvenite starter kit/orange	62
SUCRAID	91
sucralfate	29
sulfacetamide sodium	44
sulfacetamide sodium/prednisolone sodium phosphate	44
sulfadiazine	58
sulfamethoxazole/trimethoprim	58
sulfamethoxazole/trimethoprim ds	58
sulfasalazine	19
sulindac	53
sumatriptan	11
sumatriptan succinate	11
sunitinib malate	74
SUNLENCA	80
SUTAB	29
SYMPAZAN	60
SYMTUZA	79
SYNJARDY	88
SYNJARDY XR	88
SYNTHROID	36
TABLOID	68
TABRECTA	74
tacrolimus	27
tacrolimus	41
tacrolimus er	41
tadalafil	29
tadalafil	48
TAFINLAR	74
TAGRISSO	74
TALICIA	29
TALZENNA	74
tamoxifen citrate	68
tamsulosin hydrochloride	29
tarina fe 1/20 eq	34
TARPEYO	20
TAVNEOS	38
tazarotene	25
TAZICEF	57
TAZVERIK	74

Nombre del medicamento	Página
telmisartan	16
telmisartan/amlodipine	16
telmisartan/hydrochlorothiazide	16
temazepam	24
TENIVAC	42
tenofovir disoproxil fumarate	82
TEPMETKO	74
terazosin hcl	29
terazosin hydrochloride	29
terbinafine hcl	67
terconazole	67
teriparatide	20
testosterone	31
testosterone cypionate	31
testosterone enanthate	31
testosterone pump	31
tetrabenazine	23
tetracycline hydrochloride	59
TEVIMBRA	68
THALOMID	67
theophylline er	51
thioridazine hydrochloride	76
thiothixene	76
tiadylt er	14
tiagabine hydrochloride	60
TIBSOVO	74
ticagrelor	85
TICOVAC	42
tigecycline	56
timolol maleate	12
timolol maleate	43
tinidazole	56
tiotropium bromide	50
TIVICAY	81
TIVICAY PD	81
tizanidine hcl	11
tizanidine hydrochloride	11
TOBI PODHALER	47
TOBRADEX	44
tobramycin	44
tobramycin	47
tobramycin sulfate	55
tobramycin/dexamethasone	44
tofacitinib citrate	38
tofacitinib citrate er	38
tolterodine tartrate	30
tolterodine tartrate er	30
tolvaptan	83

Nombre del medicamento	Página
topiramate	62
topotecan hcl	69
topotecan hydrochloride	69
toremifene citrate	68
torsemide	18
TOUJEO MAX SOLOSTAR	90
TOUJEO SOLOSTAR	90
TRADJENTA	88
tramadol hydrochloride	53
tramadol hydrochloride/acetaminophen	53
trandolapril	19
tranexamic acid	85
tranylcypromine sulfate	63
travoprost	45
trazodone hydrochloride	64
TRELEGY ELLIPTA	47
TRELSTAR MIXJECT	37
TREMFYA	38
TREMFYA INDUCTION PACK FOR CROHNS DISEASE/ULCERATIVE COLITIS	38
TREMFYA PEN	38
TRESIBA	90
TRESIBA FLEXTOUCH	90
tretinoin	25
tretinoin	75
triamcinolone acetonide	27
triamcinolone acetonide dental paste	24
triamterene	18
triamterene/hydrochlorothiazide	16
triderm	27
trientine hydrochloride	83
tri-estarylla	34
trifluoperazine hcl	76
trifluoperazine hydrochloride	76
trifluridine	44
trihexyphenidyl hydrochloride	13
TRIJARDY XR	88
TRIKAFTA	48
tri-linyah	34
trimethoprim	56
tri-mili	34
trimipramine maleate	63
TRINTELLIX	64
tri-sprintec	34
TRIUMEQ	82
TRIUMEQ PD	82
tri-vylibra	34

Nombre del medicamento	Página
trospium chloride	30
trospium chloride er	30
TRULICITY	88
TRUMENBA	42
TRUQAP	74
TRYNGOLZA	18
TUKYSA	74
TURALIO	74
turqoz	34
TWINRIX	42
TYBOST	80
TYENNE	39
TYMLOS	20
TYPHIM VI	42
TYRVAYA	45
UBRELVY	12
UDENYCA	86
UDENYCA ONBODY	86
UNITHROID	36
UPTRAVI	48
urea	25
ursodiol	29
UZEDY	78
valacyclovir hydrochloride	81
VALCHLOR	67
valganciclovir	80
valganciclovir hydrochloride	80
valproic acid	62
valsartan	16
valsartan/hydrochlorothiazide	16
VALTOCO 10 MG DOSE	60
VALTOCO 15 MG DOSE	60
VALTOCO 20 MG DOSE	60
VALTOCO 5 MG DOSE	60
VALTYA 1/35	34
valtya 1/50	34
vancomycin hcl	56
vancomycin hydrochloride	56
VANFLYTA	74
VAQTA	42
varenicline starting month	45
varenicline tartrate	45
varenicline tartrate continuing month	45
VARIVAX	42
VAXCHORA	42
VAXELIS	42
VELPHORO	83
VELTASSA	83
VENCLEXTA	74
VENCLEXTA STARTING PACK	74
venlafaxine hydrochloride	64
venlafaxine hydrochloride er	64
VEOPOZ	39
VEOZAH	23
VEPPANU	68
verapamil hcl er	14
verapamil hcl sr	14
verapamil hydrochloride	14
verapamil hydrochloride er	14
verapamil hydrochloride sr	14
VERQUVO	19
VERSACLOZ	76
VERZENIO	74
V-GO 20	51
V-GO 30	51
V-GO 40	51
vienva	34
vigabatrin	60
vigadrone	60
VIGAFYDE	60
vilazodone hydrochloride	64
VIMKUNYA	43
viorele	34
VIRACEPT	79
VIREAD	82
VITRAKVI	74
VIVITROL	46
VIVOTIF	43
VIZIMPRO	74
VOCABRIA	81
volnea	34
VONJO	69
VORANIGO	69
voriconazole	67
VOSEVI	80
VOWST	29
VRAYLAR	79
VUMERITY	21
vyfemla	34
VYJUVEK	81
vylibra	34
VYNDAMAX	16
VYVGART HYTRULO	12
VYVGART HYTRULO	39
VYZULTA	45
warfarin sodium	86

Nombre del medicamento	Página
WEGOVY	51
WELIREG	91
WELTRUZA	79
wera	34
WINREVAIR	48
wixela inhub	47
WYOST	20
XALKORI	74
XARELTO	86
XATMEP	41
XCOPRI	61
XDEMVY	44
XERMELO	28
XIFAXAN	29
XIGDUO XR	88
XIIDRA	44
XOCOVA	83
XOFLUZA	80
XOLAIR	39
XOLREMDI	86
XOSPATA	74
XPOVIO	75
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	74
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	75
XTAMPZA ER	52
XTANDI	67
xulane	34
yargesa	91
YESINTEK	39
YF-VAX	43
yonsa	67
yulithira	75
YUPELRI	50
yuvafem	34
zafemy	34
zafirlukast	49
zaleplon	24
ZARXIO	86
ZEGFROVY	75
ZEJULA	75
ZELBORAF	75
ZELVYSIA	91
zenatane	25
ZENBEXUS	69
ZENPEP	91
ZEPOSIA	21
ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK	21
ZEPOSIA STARTER KIT	21
zidovudine	82
ziprasidone hcl	79
ziprasidone mesylate	79
ZIRGAN	44
ZOKINVY	51
ZOLINZA	69
zolmitriptan	12
zolpidem tartrate	24
zolpidem tartrate er	24
ZONISADE	61
zonisamide	61
zovia 1/35	34
ZTALMY	60
ZURZUVAE	63
ZYDELIG	75
ZYKADIA	75
ZYMFENTRA 2-PEN	41
ZYMFENTRA 2-SYRINGE	41
ZYPREXA RELPREVV	79

Notice of availability of language assistance services and auxiliary aids and services

Notice of Availability

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at **1-888-778-1478 (TTY 711) 8 am–8 pm**, 7 days a week. From April 1 through September 30, alternate technologies (for example, voicemail) will be used on the weekends and holidays. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: 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, por favor llame al **1-888-778-1478**. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我┌提供免┌的翻┌服┌，┌助┌解答┌于健康或┌物保┌的任何疑┌。如果┌需要此翻┌服┌，┌致┌**1-888-778-1478**。我┌的中文工作人┌很┌意┌助┌。┌是一┌免┌服┌。

Chinese Cantonese: 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 **1-888-778-1478**。我們講中文的人員將樂意┌提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa **1-888-778-1478**. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: 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 **1-888-778-1478**. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: 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 quí vị cần thông dịch viên xin gọi **1-888-778-1478** sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quí vị. Đây là dịch vụ miễn phí .

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter **1-888-778-1478**. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 **1-888-778-1478** 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: 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 **1-888-778-1478**. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لديك. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على **8741-877-888-1**. سيقوم شخص ما يتحدث

الطبية 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 सेवाएं उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-888-778-1478 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero **1-888-778-1478**. 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 **1-888-778-1478**. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan **1-888-778-1478**. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: 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 **1-888-778-1478**. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: ┌社の健康 健康保┌と┌品 ┌方┌プランに┌するご質問にお答えするために、無料の通┌サ┌ビスがありますございます。通┌をご用命になるには、**1-888-778-1478** 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┌ビスです。

Este *Formulario de medicamentos* se actualizó el 01/01/2027. Para obtener información más reciente o hacer otras preguntas, comuníquese con Servicios al Miembro de Clover al **1-888-778-1478 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora local**, los 7 días de la semana, o visite **cloverhealth.com/formulary**. *Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, buzón de voz) los fines de semana y los días festivos.

Clover Health es una organización PPO y HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en Clover Health depende de la renovación del contrato.

Y0129_26MX081_00027110_Version 11_C