



2012
**Formulario
Completo**

(Lista completa de medicamentos cubiertos)

Citrus Plus (HMO SNP)

Contenido

- Niveles de medicamentos y etapas de pago de medicamentos
- Ahorros en medicamentos del nivel 1
- Requisitos y límites
- Lista completa de medicamentos por categoría

Importante: Este documento contiene información sobre los medicamentos que cubre este plan.

Nota para los miembros actuales: Este formulario completo cambió con respecto al del año pasado. Revise este documento para asegurarse de que aún incluya los medicamentos que usted toma.



Acerca de esta lista completa de medicamentos

La presente es una lista **completa** de medicamentos con receta que están cubiertos por el plan Citrus Plus en el 2012, que se llama Formulario Completo.

Para que su medicamento esté cubierto por el plan, debe estar incluido en la lista completa de medicamentos. En la mayoría de los casos, las recetas también se deben surtir en una de nuestras más de 60,000 farmacias de la red. Para averiguar si su medicamento está cubierto:

1. Vea si su medicamento está incluido en esta lista completa de medicamentos.
2. Vaya al sitio de internet del plan: www.CitrusHC.com. La información se actualiza con frecuencia.
3. Llame al Servicio al Cliente al **1-877-624-8787**, TTY **711**, 15/10 – 1/3 de 8:00 am a 8:00 pm hora local, los 7 días de la semana; 2/3 – 14/10 de 8:00 am a 8:00 pm hora local, Lunes - Viernes. El Servicio al Cliente puede buscar los medicamentos e informarle si están cubiertos.

Para obtener más información

Revise detenidamente su Comprobante de Cobertura y cualquier otro documento del plan 2012 que haya recibido. Esta documentación le brinda información más detallada acerca de su cobertura de medicamentos en el plan.

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

¿Tiene preguntas?

Si tiene preguntas, estamos aquí para ayudarle. Llame al Servicio al Cliente:



Llame al **1-877-624-8787**,
TTY **711**,

15/10 – 1/3 de 8:00 am a 8:00 pm
hora local, los 7 días de la semana;
2/3 – 14/10 de 8:00 am a 8:00 pm
hora local, Lunes - Viernes



Visítenos en: **www.CitrusHC.com**

Si es miembro de un plan patrocinado por un grupo (recibe su cobertura a través de un empleador anterior, sindicato o fideicomiso), llame al número de Servicio al Cliente que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación de membresía.

Este formulario (lista de medicamentos) completo entra en vigencia el 1 de abril de 2012. No se ha modificado desde abril de 2012. Es posible que se hayan realizado modificaciones a la lista posteriores a la impresión. Para consultar la información actualizada, visite el sitio de internet de nuestro plan o llame al Servicio al Cliente al número de arriba.

Lista completa de medicamentos 2012

El plan Citrus Plus está diseñado para ayudarle a administrar los costos de sus medicamentos con receta. Una parte importante de esto es que le ofrece alternativas para que usted y su médico puedan elegir el mejor tratamiento para usted.

Un formulario es una lista de los medicamentos cubiertos por un plan para medicamentos con receta Medicare Advantage en consulta con un equipo de proveedores de cuidado de la salud, que representa los tratamientos con medicamentos con receta que se consideran una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. El plan generalmente cubrirá los medicamentos del formulario siempre que sean médicamente necesarios, la receta se surta en una farmacia de la red del plan y se sigan otras reglas del plan. Para obtener más información sobre cómo surtirse de sus medicamentos recetados, consulte su Comprobante de Cobertura.

Este documento es el formulario completo o la lista completa de medicamentos que cubre el plan. Para obtener información sobre el formulario actualizado, visite www.CitrusHC.com o llame al **1-877-624-8787**, TTY **711**, 15/10 – 1/3 de 8:00 am a 8:00 pm hora local, los 7 días de la semana; 2/3 – 14/10 de 8:00 am a 8:00 pm hora local, Lunes - Viernes.

Con la ayuda de su médico, usted puede usar esta lista de medicamentos como herramienta para elegir los medicamentos que sean más adecuados para usted y encontrar medicamentos de menor costo, si es necesario.

Guía rápida

Las siguientes son algunas de las principales categorías de medicamentos, junto con su correspondiente ubicación en la lista de medicamentos.

Antidepresivos	página 18-19
Asma/Pulmón.	página 55-57
Tensión Arterial	página 34-37
Control del Colesterol.	página 36-37
Diabetes	página 30-31
Osteoporosis	página 52
Úlcera y Acidez Estomacal	página 41
Vacunas	página 51

Uso de la lista de medicamentos

Hay dos formas de encontrar sus medicamentos con receta en esta lista completa de medicamentos:

1. Puede buscar un medicamento en el índice alfabético, que comienza en la página 81. Este índice es una **lista alfabética** de todos los medicamentos incluidos en este documento. Vaya a la página que se indica en el índice para encontrar su medicamento.
2. La lista de medicamentos comienza en la página 10. Busque un medicamento según su **condición de salud**. Por ejemplo, si desea encontrar los medicamentos que se utilizan para tratar el colesterol alto, vaya a la categoría de Agentes Cardiovasculares y busque debajo del título “Medicamentos para el Control del Colesterol”.

¿Es un medicamento genérico o de marca?

En la lista, los medicamentos de marca aparecen en **negrita** (por ejemplo, **Crestor**) y los medicamentos genéricos están en texto normal (por ejemplo, Simvastatin).

Más información acerca de su medicamento

Algunos medicamentos tienen requisitos o límites. Consulte la página 6 para obtener más información acerca de los requisitos o límites que su medicamento pueda tener.

Si su medicamento no está incluido en esta lista de medicamentos, debe comunicarse con el Servicio al Cliente al **1-877-624-8787**, TTY **711**, 15/10 – 1/3 de 8:00 am a 8:00 pm hora local, los 7 días de la semana; 2/3 – 14/10 de 8:00 am a 8:00 pm hora local, Lunes - Viernes y preguntar si está cubierto. Si le informan que el plan no cubre su medicamento, usted tiene dos opciones:

- Puede solicitar al Servicio al Cliente una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por el plan. Cuando reciba la lista, muéstrasela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por el plan.
- Puede solicitar al plan que haga una excepción y cubra su medicamento. Consulte la página 7 para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

Niveles de medicamentos y etapas de pago de medicamentos

El monto que paga por un medicamento cubierto dependerá de:

- **Su etapa de pago de medicamentos.** El plan Citrus Plus tiene diferentes etapas de cobertura. Cuando se surte de un medicamento recetado, la cantidad que paga depende de la etapa en la que se encuentre.
- **El nivel al que pertenece su medicamento.** Cada medicamento cubierto se encuentra en uno de cinco niveles de medicamentos. Cada nivel tiene un copago o coaseguro diferente. El siguiente cuadro muestra las diferencias entre los niveles.

Para obtener más información sobre las etapas de pago de medicamentos y los montos de copago y coaseguro de cada nivel, consulte el Comprobante de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) del plan.

Si califica para la ayuda adicional

Si califica para recibir ayuda adicional para pagar sus medicamentos con receta, es posible que sus copagos y coaseguro sean más bajos. Los miembros que califican para la ayuda adicional recibirán la “Cláusula Adicional del Comprobante de Cobertura para Quienes Reciben Ayuda Adicional para Pagar los Medicamentos con Receta” (Cláusula Adicional LIS). Léala para saber cuáles son sus costos. También puede comunicarse con el Servicio al Cliente.

Nivel de Medicamento Copago o Coaseguro	Incluye	Consejos Útiles
Nivel 1: Genéricos preferidos Copago más bajo	Medicamentos genéricos de uso frecuente y de menor costo.	Utilice medicamentos del Nivel 1 para que sus costos de desembolso personal sean los más bajos.
Nivel 2: Genéricos no preferidos Copago bajo	La mayoría de los medicamentos genéricos.	Utilice medicamentos del Nivel 2, en lugar del Nivel 3 o 4 para reducir sus costos de desembolso personal.
Nivel 3: De marca preferidos Copago medio	Muchos medicamentos de marca comunes, llamados medicamentos de marca preferidos, y algunos medicamentos genéricos de mayor costo.	Muchos medicamentos de Nivel 3 tienen alternativas de menor costo en el Nivel 1 o 2. Pregúntele a su médico si podrían ser adecuados para usted.
Nivel 4: De marca no preferidos Copago más alto	Medicamentos genéricos no preferidos y de marca no preferidos.	Muchos medicamentos de Nivel 4 tienen alternativas de menor costo en el Nivel 1, 2 o 3. Pregúntele a su médico si puede cambiar por uno de estos medicamentos para reducir sus costos de desembolso personal.
Nivel 5: Especializados Coaseguro	Medicamentos únicos y/o de costo muy alto.	Usted paga un porcentaje del costo total del medicamento, denominado coaseguro.

Ahorros en medicamentos del Nivel 1

Ahorre dinero con los medicamentos del Nivel 1

En el 2012, el plan ofrecerá algunos de los medicamentos de uso más frecuente al copago más bajo del Nivel 1. Estos medicamentos, que se detallan a continuación, tratan padecimientos como la diabetes, la presión arterial alta y el colesterol alto. Si tiene alguno de estos padecimientos y está tomando un medicamento diferente o necesita comenzar a tomar un medicamento, pregúntele a su médico si podría usar alguno de esta lista. Lleve la lista completa de medicamentos del Nivel 1 a su próxima cita médica.

Medicamento del Nivel 1	Padecimiento Tratado Comúnmente
Amlodipine Besylate	Presión arterial alta
Atenolol	Presión arterial alta
Benazepril HCl	Presión arterial alta
Carvedilol	Presión arterial alta
Citalopram Hydrobromide (Comprimido)	Depresión
Glipizide	Diabetes
Glyburide	Diabetes
Glyburide Micronized	Diabetes
Lisinopril	Presión arterial alta
Losartan Potassium	Presión arterial alta
Losartan Potassium/Hydrochlorothiazide	Presión arterial alta
Meloxicam (Comprimido)	Dolor
Metformin HCl	Diabetes
Metoprolol Tartrate (Comprimido)	Presión arterial alta
Pravastatin Sodium	Colesterol alto
Sertraline HCl (Comprimido)	Depresión
Simvastatin	Colesterol alto

Es posible que algunos de los medicamentos detallados se utilicen para tratar más de un padecimiento. Hable con su médico para ver si alguno de estos medicamentos podría ser adecuado para usted.

Medicamentos genéricos

El plan Citrus Plus cubre tanto los medicamentos de marca como los genéricos. La Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) exige que un medicamento genérico tenga el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Si usa medicamentos genéricos, ya sea preferidos o no preferidos, tal vez pueda ahorrar dinero en sus copagos o coaseguro y mantenerse fuera de la etapa de interrupción en la cobertura, si tiene una.

- Para desembolsar menos dinero, hable con su médico para ver si alguno de los medicamentos de marca que toma tiene versiones genéricas. Si bien la mayoría de los medicamentos genéricos se pueden encontrar en el Nivel 2 de la lista de medicamentos, algunos genéricos se pueden encontrar en el Nivel 1.
- En el 2012, el plan ofrecerá algunos de los medicamentos de uso más frecuente a copagos incluso más bajos en el Nivel 1. Puede encontrar una lista completa de estos medicamentos y los padecimientos que tratan en la página anterior.
- Aunque los medicamentos genéricos normalmente cuestan menos que los medicamentos de marca, los genéricos de reciente aparición en el mercado pueden ser costosos y quizás se encuentren en el Nivel 2, 3 o 4 de la lista de medicamentos.

Medicamentos de acceso limitado

Los medicamentos se consideran de “acceso limitado” si:

- La FDA establece que el medicamento solamente puede ser suministrado en ciertas instalaciones o por ciertos médicos.
- Para distribuir este medicamento, se debe contar con un manejo adicional, una mayor coordinación de proveedores o educación del paciente, nada de lo cual puede hacerse en una farmacia de la red.

Los medicamentos de acceso limitado de la lista de medicamentos de Citrus Plus son:

- **Revlimid**
- **Xyrem**
- **Tracleer**
- **Tysabri**

Para obtener más información acerca de los medicamentos de acceso limitado, llame al Servicio al Cliente al **1-877-624-8787**, TTY **711**, 15/10 – 1/3 de 8:00 am a 8:00 pm hora local, los 7 días de la semana; 2/3 – 14/10 de 8:00 am a 8:00 pm hora local, Lunes - Viernes.

Vacunas

El plan Citrus Plus cubre las vacunas contra la meningitis, el herpes zóster, la difteria y el tétano, entre otras. Es posible que algunas vacunas, como las de la gripe y la pulmonía, estén cubiertas por la Parte B de Medicare (cuidado médico y cuidado de la salud como paciente ambulatorio).

El costo de las vacunas depende de dónde las reciba. El Comprobante de Cobertura contiene información acerca de las vacunas y su forma de pago.

Para obtener la mejor cobertura, Citrus Plus recomienda vacunarse en las farmacias de la red, si el estado lo permite. El cargo de administración (el costo del servicio que cobra el profesional de cuidado de la salud por administrar la vacuna) probablemente será menor si usted recibe la vacuna en una farmacia de la red en vez del consultorio de su médico, de manera que ahorrará dinero. Si el cargo de administración es inferior a \$20, todo lo que tendrá que pagar es su copago o coaseguro. Además, no tendrá que rellenar un formulario para que le devuelvan el dinero (reembolso). Consulte el Directorio de Farmacias para buscar las farmacias de la red cercanas en la lista.

Hay varias formas de vacunarse:

Dónde y Cómo	Qué Paga Usted
<p>En una farmacia de venta al por menor de su red. (Muchos estados permiten que los farmacéuticos administren vacunas en la farmacia.)</p>	<p>El copago o coaseguro por la vacuna. La farmacia factura automáticamente el cargo de administración a su plan. Si el cargo de administración es mayor que \$20, usted paga la cantidad adicional. Todo cargo de administración se incluirá como parte de sus costos de desembolso personal.</p>
<p>En el consultorio de su médico.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Su médico extiende una receta y administra la vacuna.<ul style="list-style-type: none">○2. Su médico le extiende una receta. Usted compra la vacuna en la farmacia y la lleva al consultorio.<ul style="list-style-type: none">○3. Su médico pide la vacuna a una farmacia especializada. Se la envían al consultorio del médico.	<p>El copago o coaseguro por la vacuna, más un cargo de administración que puede ser mayor que en una farmacia de venta al por menor.</p> <p>Es posible que deba presentar un formulario de reembolso ante su plan por el cargo de administración. El plan pagará hasta \$20. Usted paga la diferencia. Todo cargo de administración se incluirá como parte de sus costos de desembolso personal.</p>

Para asegurarse de que una vacuna recomendada esté cubierta, llame al Servicio al Cliente al **1-877-624-8787**, TTY **711**, 15/10 – 1/3 de 8:00 am a 8:00 pm hora local, los 7 días de la semana; 2/3 – 14/10 de 8:00 am a 8:00 pm hora local, Lunes - Viernes. O visite www.CitrusHC.com.

Requisitos y límites

El plan tiene requisitos o límites para algunos de los medicamentos que cubre, con el fin de asegurar un uso seguro, eficaz y a un costo razonable. Estos requisitos y límites se aplican a las recetas surtidas en farmacias de venta al por menor y con servicio de medicamentos por correo. Consulte la lista de medicamentos que comienza en la página 10 para ver si su medicamento tiene requisitos o límites. Si es así, habrá uno o más códigos en la columna de “Requisitos y Límites”. Los códigos y sus significados se muestran a continuación.

Usted y su médico pueden solicitar al plan que haga una excepción al requisito y/o al límite que tiene su medicamento. Consulte la sección “Decisiones de Cobertura” en la página siguiente o el Comprobante de Cobertura para obtener más información acerca de cómo solicitar una excepción.

Si no obtiene la aprobación del plan antes de usar un medicamento con algún requisito o límite, es posible que deba pagar el costo total del medicamento.

PA = Autorización previa

El plan le exige a usted o a su médico que obtenga autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que necesitará obtener la aprobación del plan antes de que le surtan sus medicamentos con receta. Si no obtiene aprobación, es posible que el plan no cubra el medicamento.

B/D = Parte B o D de Medicare

Dependiendo del uso del medicamento, será cubierto por la Parte B de Medicare (cuidado médico y cuidado de la salud como paciente ambulatorio) o la Parte D de Medicare (medicamentos con receta). Es posible que su médico deba proporcionar al plan más información acerca de cómo se utilizará este medicamento para que el plan se asegure de que el medicamento esté correctamente cubierto por Medicare.

QL = Límites de cantidad

El plan cubrirá sólo una cierta cantidad de este medicamento por un copago/coaseguro o durante una cierta cantidad de días. Estos límites pueden aplicarse para asegurar el uso seguro y eficaz del medicamento. Si su médico receta una cantidad mayor que ésta o piensa que el límite no es adecuado para su situación, usted y su médico pueden solicitar que el plan cubra la cantidad adicional.

Consulte las páginas 61–80 para obtener más información acerca de los medicamentos con límites de cantidad.

ST = Terapia escalonada

Hay medicamentos eficaces de menor costo que tratan el mismo padecimiento médico que este medicamento. Quizás le pidan probar primero con uno o más de estos otros medicamentos, antes de que el plan cubra su medicamento. Si usted ya probó otros medicamentos o su médico piensa que no son adecuados para usted, usted y su médico pueden solicitar que el plan cubra este medicamento.

Decisiones de cobertura

A veces, es posible que deba solicitar la cobertura de un medicamento que normalmente el plan no proporciona. En este caso, el plan considerará su solicitud y responderá con una decisión de cobertura (determinación de cobertura).

Algunos ejemplos de decisiones de cobertura que usted puede solicitar son:

- Pedir que el plan le devuelva el costo de un medicamento que usted compró en una farmacia fuera de la red.
- Pedir una excepción a las reglas de cobertura del plan.

Cómo solicitar una excepción

Puede solicitar al plan que haga una excepción a las reglas de cobertura. Hay varios tipos de excepciones que puede solicitar al plan.

- Puede pedirle al plan que cubra su medicamento aunque no esté en el formulario.
- Puede pedirle al plan que anule las restricciones de cobertura o los límites de su medicamento. Por ejemplo, para algunos medicamentos, el plan limita la cantidad que cubrirá. Si el medicamento tiene un límite de cantidad, puede pedirle al plan que anule el límite y cubra más.
- Puede pedirle al plan que brinde un mayor nivel de cobertura para su medicamento. Si el medicamento está incluido en el Nivel 4, puede pedir que, en cambio, se cubra al monto de costo compartido que se aplica a los medicamentos del Nivel 3. Esto reduciría el monto que debe pagar por el medicamento.

Tenga en cuenta que si el plan accede a su solicitud de cubrir un medicamento que no está en el formulario, no puede solicitar al plan que proporcione un mayor nivel de cobertura para el medicamento. Además, no podrá solicitar al plan que proporcione un mayor nivel de cobertura para medicamentos que están en el Nivel 5.

Por lo general, el plan sólo aprobará su solicitud de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan, el medicamento del nivel más bajo o las restricciones adicionales de utilización no serían tan eficaces para tratar su padecimiento y/o le provocarían efectos médicos adversos.

Cómo solicitar una decisión de cobertura

Usted (o su representante autorizado) y su médico pueden solicitar una decisión inicial de cobertura llamando al Servicio al Cliente al **1-877-624-8787**, TTY **711**, 15/10 – 1/3 de 8:00 am a 8:00 pm hora local, los 7 días de la semana; 2/3 – 14/10 de 8:00 am a 8:00 pm hora local, Lunes - Viernes.

Cuando solicite una excepción al formulario, nivel o restricción de utilización, su médico o profesional que receta debe presentar una declaración que respalde su solicitud.

Consulte su Comprobante de Cobertura para obtener más información.

Recibir una decisión de cobertura

Por lo general, el plan tomará una decisión de cobertura en un plazo de 72 horas después de recibir el informe del médico que receta. Usted puede solicitar una decisión rápida si usted o su médico cree que su salud correrá un grave peligro si se esperan 72 horas por una decisión. Si el plan aprueba una decisión rápida, usted recibirá una decisión dentro de las 24 horas después de que el plan reciba el informe de respaldo del médico o del profesional que receta.

Cambios en la lista de medicamentos

El plan Citrus Plus reconoce que la estabilidad de la lista de medicamentos es muy importante para usted. Es importante hacer la menor cantidad de cambios posible en la lista de medicamentos durante el año del plan. De vez en cuando, es posible que sea necesario hacer cambios en la lista de medicamentos por seguridad o por otras razones.

La lista de medicamentos puede cambiar durante el año si el plan:

- Agrega un nuevo medicamento.
- Elimina un medicamento.
- Cambia los requisitos o límites de un medicamento.
- Pasa un medicamento a un nivel de menor costo.
- Pasa un medicamento a un nivel de mayor costo.

Si la FDA declara que un medicamento no es seguro o el fabricante retira el medicamento del mercado, el plan eliminará automáticamente el medicamento de la lista e informará a los miembros afectados. Si un medicamento pasa a un nivel de mayor costo o sufre alguna otra modificación, el plan informará a los miembros afectados al menos 60 días antes del cambio o en el momento en que el miembro solicite un resurtido del medicamento, momento en el cual el miembro recibirá un suministro de 60 días del medicamento.

Por lo general, si está tomando un medicamento que figura en la lista de medicamentos 2012 que estaba cubierto a principios del año, el plan no eliminará el medicamento de la lista ni lo pasará a un nivel más alto durante el año de cobertura 2012, excepto cuando salga al mercado un equivalente genérico de menor costo (por ejemplo, el medicamento de marca pasa a un nivel más alto y el medicamento de menor precio ocupa el nivel más bajo), o cuando se publica nueva información acerca de la seguridad o eficacia de un medicamento.

Otros tipos de cambios en el formulario, como la eliminación de un medicamento del formulario, no afectarán a los miembros que estén tomando el medicamento en ese momento. Durante el resto del año de cobertura, seguirá estando disponible al mismo costo compartido para los miembros que lo estén tomando. Es importante que, durante el resto del año de cobertura, tenga acceso continuo a los medicamentos del formulario que estaban disponibles cuando eligió el plan, excepto en los casos en que pueda ahorrar más dinero o el plan pueda proteger su seguridad.

Si se producen cambios en la lista de medicamentos, como actualizaciones periódicas o necesarias, los miembros podrán enterarse a través de la información del reporte de Explicación de Beneficios, los boletines de noticias para miembros u otra correspondencia para miembros. Si se producen cambios en la lista de medicamentos fuera de las actualizaciones periódicas o necesarias, posiblemente los miembros recibirán una correspondencia especial.

Proceso de suministro de transición

Miembros nuevos o que continúan con la cobertura

Como miembro nuevo o que continúa en el plan, es posible que esté tomando medicamentos que no están en el formulario. O quizás esté tomando un medicamento que está en el formulario pero sus posibilidades de obtenerlo son limitadas. Por ejemplo, tal vez necesite una autorización previa antes de que le surtan la receta. Debe hablar con su médico para decidir si debe cambiarlo por un medicamento adecuado que el plan cubra, o solicitar una excepción al formulario para que el plan cubra el medicamento que toma. Mientras usted habla con su médico para decidir cuál es la opción correcta para usted, es posible que el plan cubra su medicamento en ciertos casos durante los primeros 90 días de su membresía en el plan.

Para cada uno de los medicamentos que no estén en el formulario, o si sus posibilidades de obtener sus medicamentos son limitadas, el plan cubrirá un suministro temporal de 31 días (a menos que usted tenga una receta por menos días) cuando vaya a una farmacia de la red. Después de su primer suministro de 31 días, el plan no pagará estos medicamentos, aunque usted haya sido miembro del plan durante menos de 90 días.

Residentes de instalaciones de cuidado a largo plazo

Si es residente de una instalación de cuidado a largo plazo, el plan le permitirá volver a surtir de sus medicamentos recetados hasta que le hayamos proporcionado un suministro de transición de 91 y hasta un máximo de 98 días de su medicamento conforme con el incremento del suministro (a menos que su receta sea por menos días). El plan también cubrirá uno o más medicamentos vueltos a surtir durante los primeros 90 días de su membresía. Si necesita un medicamento que no está en la lista de medicamentos o si sus posibilidades de obtener los medicamentos son limitadas pero ya pasaron los primeros 90 días de su membresía en el plan, el plan cubrirá un suministro de emergencia de 31 días del medicamento (a menos que su receta sea por menos días) mientras usted solicita una excepción al formulario.

Otras transiciones

Es posible que tenga una transición no planeada, como un alta del hospital o un cambio en su nivel de cuidado, después de los primeros 90 días de su membresía en el plan. Si esto sucede y su médico le receta un medicamento que no está en la lista de medicamentos, o si le resulta difícil obtener sus medicamentos, deberá usar el proceso de excepción del plan.

Usted puede pedir un suministro de emergencia por única vez de hasta 31 días, que le dará tiempo de hablar con su médico acerca de otras opciones de tratamiento o intentar obtener una excepción al formulario.

Para obtener más información

Para obtener información más detallada sobre la cobertura de medicamentos con receta del plan Citrus Plus, consulte su Comprobante de Cobertura y otros documentos del plan. Si tiene preguntas, llame al Servicio al Cliente al:



1-877-624-8787, TTY 711

15/10 – 1/3 de 8:00 am a 8:00 pm hora local, los 7 días de la semana;

2/3 – 14/10 de 8:00 am a 8:00 pm hora local, Lunes - Viernes



O visite: **www.CitrusHC.com**

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

Medicamentos cubiertos por categoría

El formulario (lista de medicamentos) completo a continuación proporciona información de cobertura sobre los medicamentos cubiertos por el plan. Si tiene dificultad para encontrar su medicamento en la lista, vuelva al Índice alfabético que comienza en la página 81.

La primera columna del cuadro detalla el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están en **negrita** (por ejemplo, **Crestor**) y los medicamentos genéricos están en texto normal (por ejemplo, Simvastatin).

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites	Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Analgésicos: Medicamentos para Tratar el Dolor, la Inflamación y las Condiciones Musculares y Articulares			Ketoprofen♦	T1	
Analgésicos, Otros: Analgésicos Varios			Ketoprofen ER	T3	
Savella [†]	T3	QL	Ketorolac Tromethamine (Injection) [†]	T3	PA,QL
Savella Titration Pack [†]	T3	QL	Ketorolac Tromethamine (Tablet) [†]	T3	QL
Medicamentos Antiinflamatorios No Esteroideos: Analgésicos y Antiinflamatorios			Meclofenamate Sodium	T3	
Arthrotec	T4		Mefenamic Acid	T3	
Celebrex [†]	T3	QL	Meloxicam♦	T1	
Diclofenac Potassium♦	T1		Nabumetone	T3	
Diclofenac Sodium DR♦	T1		Naproxen (250mg Tablet, 275mg Tablet, 375mg Tablet, 550mg Tablet, Oral Suspension)♦	T1	
Diclofenac Sodium XR♦	T1		Naproxen (500mg Tablet)	T2	
Diflunisal	T2		Naproxen DR♦	T1	
Etodolac♦	T1		Oxaprozin♦	T1	
Etodolac ER♦	T1		Pennsaid	T3	
Fenoprofen Calcium	T2		Piroxicam♦	T1	
Flurbiprofen♦	T1		Sulindac♦	T1	
Ibuprofen♦	T1		Tolmetin Sodium	T2	
Indomethacin♦	T1		Vimovo [†]	T3	QL
Indomethacin ER	T3				

Letra en negrita = Medicamento de marca **PA** = Autorización previa **B/D** = Parte B o D de Medicare
LA = Medicamento de acceso limitado **QL** = Límites de cantidad **ST** = Terapia escalonada
[†]Para conocer el límite de cantidad específico de este medicamento, consulte las páginas 61–80.
♦Medicamento del Nivel 1: Este medicamento con receta está cubierto durante la etapa de interrupción en la cobertura. Para obtener más información, consulte el Comprobante de Cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Voltaren (Gel)	T3	
Analgésicos Opioides: Calmantes Opioides		
Acetaminophen/ Caffeine/ Dihydrocodeine Bitartrate [†]	T3	QL
Acetaminophen/ Codeine [†] ◆	T1	QL
Actiq[†]	T5	PA,QL
Ascomp/Codeine [†]	T3	QL
Astramorph	T3	
Avinza[†]	T3	QL
Buprenorphine HCl (Injection)	T3	
Buprenorphine HCl (Sublingual Tablet) [†]	T3	QL
Butalbital/ Acetaminophen/ Caffeine/Codeine [†] ◆	T1	QL
Butorphanol Tartrate (Injection)	T3	
Butorphanol Tartrate (Nasal Spray) [†]	T3	QL
Codeine Sulfate	T2	
Co-Gesic [†]	T2	QL
Dilaudid (1mg/ml Injection, 2mg/ml Injection, 4mg/ml Injection)	T4	
Duramorph	T3	
Endocet [†]	T2	QL
Endodan [†]	T3	QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Exalgo[†]	T3	QL
Fentanyl (Patch) [†]	T3	QL
Fentanyl Citrate (Injection)	T3	
Fentanyl Citrate Oral Transmucosal [†]	T5	PA,QL
Fentora[†]	T5	PA,QL
Hydrocodone/ Acetaminophen [†] ◆	T1	QL
Hydrocodone/ Ibuprofen [†] ◆	T1	QL
Hydromorphone HCl (Injection)	T3	
Hydromorphone HCl (Tablet)	T2	
Infumorph	T4	
Kadian (100mg 24- Hour Capsule, 10mg 24-Hour Capsule, 20mg 24-Hour Capsule, 30mg 24- Hour Capsule, 50mg 24-Hour Capsule, 60mg 24-Hour Capsule, 80mg 24- Hour Capsule)[†]	T3	QL
Kadian (200mg 24- Hour Capsule)[†]	T5	QL
Levorphanol Tartrate	T3	
Margesic-H [†]	T2	QL
Methadone HCl (Concentrate, Oral Solution, Tablet)◆	T1	
Methadone HCl (Injection)	T4	

Letra en negrita = Medicamento de marca **PA** = Autorización previa **B/D** = Parte B o D de Medicare
LA = Medicamento de acceso limitado **QL** = Límites de cantidad **ST** = Terapia escalonada
[†]Para conocer el límite de cantidad específico de este medicamento, consulte las páginas 61–80.
◆Medicamento del Nivel 1: Este medicamento con receta está cubierto durante la etapa de interrupción en la cobertura. Para obtener más información, consulte el Comprobante de Cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Methadose	T2	
Morphine Sulfate	T3	
Morphine Sulfate ER [†]	T3	QL
Nalbuphine HCl	T3	
Onsolis[†]	T5	PA,QL
Opana ER[†]	T3	QL
Oxycodone HCl (Capsule, Concentrate)	T2	
Oxycodone HCl (Tablet)♦	T1	
Oxycodone/Acetaminophen♦	T1	QL
Oxycodone/Aspirin (4.5mg-0.38mg-325mg Tablet) [†]	T3	QL
Oxycodone/Aspirin (4.8355-325mg Tablet) [†]	T2	QL
Oxycodone/Ibuprofen [†]	T3	QL
Oxycontin[†]	T3	QL
Oxymorphone HCl [†]	T3	QL
Oxymorphone HCl ER [†]	T3	QL
Roxicet (Oral Solution)[†]	T4	QL
Roxicet (Tablet) [†] ♦	T1	QL
Stagesic [†]	T2	QL
Synalgos-DC[†]	T4	QL
Tramadol HCl [†] ♦	T1	QL
Tramadol HCl ER [†]	T4	QL
Tramadol HCl/Acetaminophen [†] ♦	T1	QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Zerlor [†]	T3	QL
Anestésicos: Medicamentos para Adormecer		
Anestésicos Locales		
Lidocaine♦	T1	B/D
Lidocaine HCl (Gel, Topical Solution)♦	T1	
Lidocaine HCl (Injection)	T3	B/D
Lidocaine Viscous	T2	
Lidocaine/Prilocaine♦	T1	B/D
Lidoderm[†]	T3	QL
Antibacterianos: Medicamentos para Tratar las Infecciones Bacterianas		
Aminoglucósidos: Antibióticos		
AK-Tob	T2	
Amikacin Sulfate	T3	
Gentak♦	T1	
Gentamicin Sulfate (Cream, Ointment)♦	T1	
Gentamicin Sulfate (Injection)	T3	
Gentamicin Sulfate (Ophthalmic Solution)♦	T1	
Gentamicin Sulfate/NaCl (100mg Injection, 60mg Injection, 80mg Injection)	T3	
Gentamicin Sulfate/NaCl (70mg Injection, 90mg Injection)	T3	

Letra en negrita = Medicamento de marca PA = Autorización previa B/D = Parte B o D de Medicare
LA = Medicamento de acceso limitado QL = Límites de cantidad ST = Terapia escalonada
[†]Para conocer el límite de cantidad específico de este medicamento, consulte las páginas 61–80.
♦Medicamento del Nivel 1: Este medicamento con receta está cubierto durante la etapa de interrupción en la cobertura. Para obtener más información, consulte el Comprobante de Cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Gentazol	T2	
Isotonic Gentamicin	T3	
Kanamycin Sulfate	T3	
Neomycin Sulfate♦	T1	
Paromomycin Sulfate	T3	
Streptomycin Sulfate	T4	
Tobi	T5	B/D
Tobramycin Sulfate (0.3% Ophthalmic Solution)♦	T1	
Tobramycin Sulfate (Injection)	T3	
Tobramycin Sulfate/ NaCl	T3	
Tobrasol	T2	
Tobrex (Ophthalmic Ointment)	T3	
Tobrex (Ophthalmic Solution)	T4	
Antibacterianos, Otros: Antibióticos		
Altabax	T4	
BACiiM	T3	
Bacitracin (Injection)	T3	
Bacitracin (Ophthalmic Ointment)	T2	
Bacitracin/Neomycin/ Polymyxin♦	T1	
Bacitracin/Polymyxin B♦	T1	
Bactroban (Cream)	T4	
Chloramphenicol Sodium Succinate	T3	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Cleocin (75mg Capsule)	T4	
Cleocin Galaxy	T4	
Cleocin in D5W	T4	
Cleocin Pediatric Granules	T4	
Cleocin Phosphate	T4	
Clindagel	T4	
Clindamycin HCl♦	T1	
Clindamycin Phosphate♦	T1	
Clindamycin Phosphate Add-Vantage	T3	
Clindesse	T4	
Colistimethate Sodium	T4	
Coly-Mycin M	T4	ST
Cortisporin	T4	
Cubicin	T5	B/D
Flagyl ER	T4	
Lincocin	T4	
Methenamine Hippurate	T3	
Metrogel	T4	
Metronidazole♦	T1	
Metronidazole in NaCl 0.79%	T3	
Metronidazole Vaginal♦	T1	
Mupirocin♦	T1	
Neomycin/Polymyxin B Sulfates	T3	

Letra en negrita = Medicamento de marca PA = Autorización previa B/D = Parte B o D de Medicare
LA = Medicamento de acceso limitado QL = Límites de cantidad ST = Terapia escalonada
†Para conocer el límite de cantidad específico de este medicamento, consulte las páginas 61–80.
♦Medicamento del Nivel 1: Este medicamento con receta está cubierto durante la etapa de interrupción en la cobertura. Para obtener más información, consulte el Comprobante de Cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Neomycin/Polymyxin/ Gramicidin♦	T1	
Nitrofurantoin	T3	
Nitrofurantoin Macrocrystalline	T3	
Nitrofurantoin Monohydrate	T3	
Noritrate	T4	
Polymyxin B Sulfate	T3	
Primsol	T4	
Silver Sulfadiazine♦	T1	
SSD♦	T1	
Sulfamylon	T4	
Synercid	T5	
Thermazene♦	T1	
Trimethoprim	T2	
Tygacil	T4	
Vancocin HCl	T5	PA
Vancomycin HCl	T3	B/D
Vandazole♦	T1	
Vibativ	T4	
Xifaxan (200mg Tablet)	T4	
Xifaxan (550mg Tablet)	T5	
Zyvox	T5	PA
Beta-Lactámicos, Cefalosporinas: Antibióticos		
Cedax	T4	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Cefaclor♦	T1	
Cefaclor ER♦	T1	
Cefadroxil♦	T1	
Cefazolin Sodium	T3	
Cefdinir♦	T1	
Cefepime	T3	
Cefotaxime Sodium	T3	
Cefotetan	T4	
Cefoxitin Sodium/ Dextrose	T3	
Cefoxitin Sodium	T3	
Cefpodoxime Proxetil	T3	
Cefprozil♦	T1	
Ceftazidime	T3	
Ceftazidime/Dextrose	T3	
Ceftriaxone Sodium	T3	
Cefuroxime Axetil♦	T1	
Cefuroxime Sodium	T3	
Cephalexin♦	T1	
Claforan	T4	
Fortaz	T4	
Keflex (750mg Capsule)	T4	
Suprax	T3	
Tazicef	T3	
Zinacef	T4	

Letra en negrita = Medicamento de marca **PA** = Autorización previa **B/D** = Parte B o D de Medicare
LA = Medicamento de acceso limitado **QL** = Límites de cantidad **ST** = Terapia escalonada
†Para conocer el límite de cantidad específico de este medicamento, consulte las páginas 61–80.
♦Medicamento del Nivel 1: Este medicamento con receta está cubierto durante la etapa de interrupción en la cobertura. Para obtener más información, consulte el Comprobante de Cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Zinacef in Iso-Osmotic Dextrose	T4	
Zinacef in Iso-Osmotic Diluent	T4	
Beta-Lactámicos, Otros: Antibióticos		
Azactam in Iso-Osmotic Dextrose	T4	
Aztreonam	T3	
Cayston	T5	PA
Doribax	T4	
Imipenem/Cilastatin	T3	
Invanz	T4	
Meropenem	T3	
Primaxin	T4	
Beta-Lactámicos, Penicilinas: Antibióticos		
Amoxicillin♦	T1	
Amoxicillin/Potassium Clavulanate♦	T1	
Amoxicillin/Potassium Clavulanate ER♦	T1	
Ampicillin♦	T1	
Ampicillin Sodium	T3	
Ampicillin-Sulbactam	T3	
Bactocill in Dextrose (1gm Injection)	T4	
Bactocill in Dextrose (2gm Injection)	T5	
Bicillin C-R	T4	
Bicillin L-A	T4	
Dicloxacillin Sodium♦	T1	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Nafcillin Sodium	T3	
Nallpen/Dextrose	T4	
Oxacillin Sodium	T4	
Penicillin G Potassium	T3	
Penicillin G Potassium in Iso-Osmotic Dextrose	T3	
Penicillin G Procaine	T4	
Penicillin G Sodium	T3	
Penicillin V Potassium (Solution for Reconstitution)	T2	
Penicillin V Potassium (Tablet)♦	T1	
Pfizerpen-G	T4	
Piperacillin Sodium	T4	
Piperacillin Sodium/Tazobactam Sodium	T3	
Timentin	T4	
Unasyn (3gm Injection)	T4	
Zosyn	T4	
Macrólidos: Antibióticos		
Akne-Mycin	T4	
Azasite	T3	
Azithromycin (Injection)	T3	
Azithromycin (Oral Suspension, Tablet)♦	T1	
Clarithromycin♦	T1	
Clarithromycin ER	T2	

Letra en negrita = Medicamento de marca PA = Autorización previa B/D = Parte B o D de Medicare
LA = Medicamento de acceso limitado QL = Límites de cantidad ST = Terapia escalonada
†Para conocer el límite de cantidad específico de este medicamento, consulte las páginas 61–80.
♦Medicamento del Nivel 1: Este medicamento con receta está cubierto durante la etapa de interrupción en la cobertura. Para obtener más información, consulte el Comprobante de Cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Dificid	T5	PA
E.E.S. 400	T2	
E.E.S. Granules	T3	
Ery	T3	
Eryped	T3	
Ery-Tab	T3	
Erythrocin Lactobionate	T4	
Erythrocin Stearate	T4	
Erythromycin♦	T1	
Erythromycin Base	T2	
Erythromycin Ethylsuccinate	T2	
Erythromycin/ Sulfisoxazole	T2	
Ketek	T4	PA
PCE	T4	
Romycin	T2	
Zmax	T4	
Quinolonas: Antibióticos		
Avelox (Injection)	T4	
Avelox (Tablet)	T3	
Avelox ABC Pack	T3	
Besivance	T3	
Ciloxan (Ophthalmic Ointment)	T4	
Cipro (Oral Suspension)	T4	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Cipro IV	T4	
Ciprofloxacin	T2	
Ciprofloxacin ER	T3	
Ciprofloxacin HCl♦	T1	
Factive	T4	
Levaquin	T4	
Levofloxacin (Injection, Oral Solution)	T3	
Levofloxacin (Ophthalmic Solution, Tablet)	T2	
Levofloxacin in D5W	T3	
Moxeza	T3	
Noroxin	T4	
Ofloxacin (Ophthalmic Solution, Otic Solution)♦	T1	
Ofloxacin (Tablet)	T3	
Vigamox	T3	
Zymar	T3	
Zymaxid	T3	
Sulfonamidas: Antibióticos		
Sulfacetamide Sodium (Ophthalmic Solution)♦	T1	
Sulfadiazine	T3	
Sulfamethoxazole/ Trimethoprim (Injection)	T3	
Sulfamethoxazole/ Trimethoprim (Oral Suspension, Tablet)♦	T1	

Letra en negrita = Medicamento de marca **PA** = Autorización previa **B/D** = Parte B o D de Medicare
LA = Medicamento de acceso limitado **QL** = Límites de cantidad **ST** = Terapia escalonada
†Para conocer el límite de cantidad específico de este medicamento, consulte las páginas 61–80.
♦Medicamento del Nivel 1: Este medicamento con receta está cubierto durante la etapa de interrupción en la cobertura. Para obtener más información, consulte el Comprobante de Cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Trimethoprim Sulfate/ Polymyxin B Sulfate♦	T1	
Tetraciclinas: Antibióticos		
Demeclocycline HCl	T3	
Doryx	T4	
Doxycycline	T3	
Doxycycline Hyclate (Capsule, Delayed Release Tablet, Extended Release Capsule, Tablet)♦	T1	
Doxycycline Hyclate (Injection)	T3	
Doxycycline Monohydrate♦	T1	
Minocycline HCl♦	T1	
Minocycline HCl ER	T4	
Tetracycline HCl♦	T1	
Vibramycin (Oral Suspension, Syrup)	T4	
Antiepilépticos: Medicamentos para Tratar Convulsiones		
Antiepilépticos, Otros: Medicamentos para Controlar Convulsiones		
Banzel[†]	T4	QL
Kepra (Injection)	T5	
Levetiracetam (Injection)	T3	
Levetiracetam (Oral Solution, Tablet)♦	T1	
Levetiracetam ER [†]	T3	QL
Vimpat (Injection)[†]	T4	PA,QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Vimpat (Oral Solution, Tablet)[†]	T4	QL
Modificadores del Canal de Calcio: Medicamentos para Controlar Convulsiones		
Celontin	T4	
Ethosuximide	T3	
Lyrica[†]	T3	QL
Zonisamide♦	T1	
Agentes Intensificadores del Ácido Gamma-Aminobutírico (GABA): Medicamentos para Controlar Convulsiones		
Divalproex Sodium♦	T1	
Divalproex Sodium DR♦	T1	
Divalproex Sodium ER♦	T1	
Gabapentin♦	T1	
Gabitril[†]	T4	QL
Primidone♦	T1	
Sabril[†]	T5	PA,QL
Stavzor	T4	
Valproate Sodium	T3	
Valproic Acid♦	T1	
Agentes Reductores del Glutamato: Medicamentos para Controlar Convulsiones		
Felbamate (Oral Suspension)	T5	
Felbamate (Tablet)	T4	
Felbatol (Oral Suspension)	T5	
Felbatol (Tablet)	T4	

Letra en negrita = Medicamento de marca PA = Autorización previa B/D = Parte B o D de Medicare
LA = Medicamento de acceso limitado QL = Límites de cantidad ST = Terapia escalonada
[†]Para conocer el límite de cantidad específico de este medicamento, consulte las páginas 61–80.
♦Medicamento del Nivel 1: Este medicamento con receta está cubierto durante la etapa de interrupción en la cobertura. Para obtener más información, consulte el Comprobante de Cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Lamictal ODT [†]	T4	QL
Lamictal Starter Kit	T4	
Lamotrigine♦	T1	
Topiramate♦	T1	
Inhibidores del Canal de Sodio: Medicamentos para Controlar Convulsiones		
Carbamazepine♦	T1	
Carbamazepine ER	T3	
Carbatrol	T3	
Dilantin	T3	
Dilantin Infatabs	T3	
Epitol♦	T1	
Fosphenytoin Sodium	T3	
Oxcarbazepine	T3	
Peganone	T4	
Phenytek	T2	
Phenytoin♦	T1	
Phenytoin Sodium	T2	
Phenytoin Sodium Extended♦	T1	
Tegretol	T3	
Tegretol-XR	T3	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Agentes Antidemenciales: Medicamentos para Tratar la Enfermedad de Alzheimer y la Demencia		
Inhibidores de la Colinesterasa: Medicamentos para la Enfermedad de Alzheimer y la Demencia		
Aricept (23mg Tablet)[†]	T3	QL
Donepezil HCl [†]	T2	QL
Exelon (24-Hour Patch)[†]	T4	QL,ST
Exelon (Oral Solution)[†]	T4	QL
Galantamine Hydrobromide [†]	T3	QL
Rivastigmine Tartrate [†]	T3	QL
Modificadores del Trayecto del Glutamato: Medicamentos para la Enfermedad de Alzheimer y la Demencia		
Namenda[†]	T3	QL
Namenda Titration Pak[†]	T3	QL
Antidepresivos: Medicamentos para Tratar la Depresión		
Antidepresivos, Otros: Antidepresivos		
Budeprion SR [†]	T2	QL
Budeprion XL [†]	T3	QL
Bupropion HCl [†] ♦	T1	QL
Bupropion HCl SR [†] ♦	T1	QL
Maprotiline HCl	T2	
Mirtazapine [†] ♦	T1	QL

Letra en negrita = Medicamento de marca **PA** = Autorización previa **B/D** = Parte B o D de Medicare
LA = Medicamento de acceso limitado **QL** = Límites de cantidad **ST** = Terapia escalonada
[†]Para conocer el límite de cantidad específico de este medicamento, consulte las páginas 61–80.
♦Medicamento del Nivel 1: Este medicamento con receta está cubierto durante la etapa de interrupción en la cobertura. Para obtener más información, consulte el Comprobante de Cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Mirtazapine ODT [†]	T2	QL
Nefazodone HCl	T2	
Trazodone HCl♦	T1	
Inhibidores de la Monoaminoxidasa: Antidepresivos		
Emsam[†]	T4	QL,ST
Marplan	T4	
Nardil	T3	
Phenelzine Sulfate	T2	
Tranylcypromine Sulfate	T3	
Inhibidores para la Reabsorción de la Serotonina/Noradrenalina: Antidepresivos		
Citalopram Hydrobromide♦	T1	
Cymbalta[†]	T3	QL
Fluoxetine DR [†]	T4	QL
Fluoxetine HCl♦	T1	
Fluvoxamine Maleate♦	T1	
Lexapro[†]	T4	QL
Paroxetine HCl♦	T1	
Paroxetine HCl ER [†]	T4	QL
Pexeva	T4	
Pristiq[†]	T4	PA,QL
Selfemra	T4	ST
Sertraline HCl♦	T1	
Venlafaxine HCl [†]	T3	QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Venlafaxine HCl ER (150mg 24-Hour Tablet, 37.5mg 24-Hour Tablet, 75mg 24-Hour Tablet) [†]	T4	QL
Venlafaxine HCl ER (225mg 24-Hour Tablet)[†]	T4	QL
Venlafaxine HCl ER (24-Hour Capsule) [†]	T2	QL
Viibryd[†]	T4	QL,ST
Tricíclicos: Antidepresivos		
Amitriptyline HCl♦	T1	
Amoxapine	T2	
Clomipramine HCl♦	T1	
Desipramine HCl	T3	
Doxepin HCl♦	T1	
Imipramine HCl♦	T1	
Imipramine Pamoate	T3	
Nortriptyline HCl♦	T1	
Pamelor	T5	ST
Protriptyline HCl	T3	
Surmontil	T4	
Agentes Antídotos, Disuasivos y Toxicológicos: Medicamentos para Sobredosis o Disuasivos		
Antídotos: Antídotos/Protectores		
Antizol	T5	ST
Chemet	T4	
Cuprimine	T4	

Letra en negrita = Medicamento de marca PA = Autorización previa B/D = Parte B o D de Medicare
LA = Medicamento de acceso limitado QL = Límites de cantidad ST = Terapia escalonada
[†]Para conocer el límite de cantidad específico de este medicamento, consulte las páginas 61–80.
♦Medicamento del Nivel 1: Este medicamento con receta está cubierto durante la etapa de interrupción en la cobertura. Para obtener más información, consulte el Comprobante de Cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Exjade (125mg Soluble Tablet)	T4	
Exjade (250mg Soluble Tablet, 500mg Soluble Tablet)	T5	
Ferriprox	T5	PA
Fomepizole	T5	
Kionex	T3	
Sodium Polystyrene Sulfonate	T3	
Syprine	T4	
Disuasivos: Antídotos/Protectores		
Antabuse	T3	
Buproban [♦]	T1	QL
Campral	T4	
Chantix [†]	T4	QL
Disulfiram	T3	
Nicotrol Inhaler [†]	T4	QL
Nicotrol NS [†]	T4	QL
Agentes Toxicológicos: Antídotos/Protectores		
Depade	T3	
Naloxone HCl (0.4mg/ml Injection)	T3	
Naloxone HCl (1mg/ml Injection)	T3	
Naltrexone HCl	T3	
Suboxone [†]	T4	QL
Vivitrol	T5	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Antieméticos: Medicamentos para Tratar las Náuseas y los Vómitos		
Aloxi	T4	
Anzemet (100mg Tablet) [†]	T5	B/D,QL
Anzemet (50mg Tablet) [†]	T4	B/D,QL
Cesamet [†]	T5	B/D,PA,QL
Compro [♦]	T1	
Dronabinol (10mg Capsule) [†]	T5	B/D,PA,QL
Dronabinol (2.5mg Capsule, 5mg Capsule) [†]	T3	B/D,PA,QL
Emend [†]	T3	B/D,PA,QL
Granisetron HCl (Injection)	T3	
Granisetron HCl (Tablet) [†]	T3	B/D,QL
Granisol [†]	T3	B/D,QL
Hydroxyzine Pamoate (100mg Capsule) [♦]	T1	
Hydroxyzine Pamoate (25mg Capsule, 50mg Capsule)	T2	
Meclizine HCl [♦]	T1	
Metoclopramide HCl (Injection)	T3	
Metoclopramide HCl (Oral Solution, Tablet) [♦]	T1	
Ondansetron HCl (Injection)	T3	
Ondansetron HCl (Oral Solution, Tablet) ^{†♦}	T1	B/D,QL
Ondansetron ODT ^{†♦}	T1	B/D,QL

Letra en negrita = Medicamento de marca **PA** = Autorización previa **B/D** = Parte B o D de Medicare
LA = Medicamento de acceso limitado **QL** = Límites de cantidad **ST** = Terapia escalonada
[†]Para conocer el límite de cantidad específico de este medicamento, consulte las páginas 61–80.
[♦]Medicamento del Nivel 1: Este medicamento con receta está cubierto durante la etapa de interrupción en la cobertura. Para obtener más información, consulte el Comprobante de Cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Prochlorperazine	T2	
Sancuso[†]	T5	QL
Transderm-Scop	T4	
Zofran (Injection)	T5	ST
Zofran (Oral Solution, Tablet)[†]	T5	B/D,PA,QL
Zofran ODT[†]	T5	B/D,PA,QL
Antimicóticos: Medicamentos para Tratar las Infecciones Fúngicas		
Antimicóticos: Medicamentos para Infecciones Fúngicas		
Abelcet	T5	B/D
Ambisome	T5	B/D
Amphotec (50mg Injection)	T4	B/D
Amphotericin B	T3	B/D
Ancobon	T5	
Cancidas	T5	
Ciclopirox (Gel, Shampoo)	T3	
Ciclopirox (Suspension)	T2	
Ciclopirox Nail Lacquer	T3	
Ciclopirox Olamine	T2	
Clotrimazole (Cream, Topical Solution)♦	T1	
Clotrimazole (Troche)	T2	
Clotrimazole/ Betamethasone Dipropionate♦	T1	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Diflucan in NaCl	T4	
Econazole Nitrate♦	T1	
Eraxis	T5	
Ertaczo	T4	
Exelderm	T4	
Fluconazole♦	T1	
Fluconazole in Dextrose	T3	
Flucytosine	T5	
Grifulvin V	T3	
Griseofulvin Microsize	T3	
Gris-Peg	T4	
Gynazole-1	T4	
Itraconazole [†]	T3	PA,QL
Ketoconazole♦	T1	
Lamisil (Pack)	T4	
Mentax	T4	
Miconazole 3	T2	
Mycamine	T5	
Naftin	T4	
Natacyn	T3	
Noxafil	T5	
Nyamyc	T2	
Nystatin♦	T1	
Nystatin/Triamcinolone♦	T1	
Nystop♦	T1	

Letra en negrita = Medicamento de marca **PA** = Autorización previa **B/D** = Parte B o D de Medicare
LA = Medicamento de acceso limitado **QL** = Límites de cantidad **ST** = Terapia escalonada
[†]Para conocer el límite de cantidad específico de este medicamento, consulte las páginas 61–80.
♦Medicamento del Nivel 1: Este medicamento con receta está cubierto durante la etapa de interrupción en la cobertura. Para obtener más información, consulte el Comprobante de Cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Oravig[†]	T4	QL
Oxistat	T4	
Pedi-Dri	T2	
Sporanox (Capsule)[†]	T5	PA,QL
Sporanox (Oral Solution)[†]	T4	PA,QL
Terbinafine HCl♦	T1	
Terconazole♦	T1	
Vfend (Injection)	T4	
Vfend (Oral Suspension, Tablet)	T5	
Voriconazole	T5	
Zazole	T2	
Agentes Antigotosos: Medicamentos para Tratar la Gota		
Antigotosos: Medicamentos para la Gota		
Allopurinol (Tablet)♦	T1	
Allopurinol Sodium (Injection)	T3	
Colcrys[†]	T3	QL
Probenecid♦	T1	
Probenecid/Colchicine♦	T1	
Uloric[†]	T3	QL,ST
Agentes Antimigrañosos: Medicamentos para Tratar la Migraña		
Abortivos: Medicamentos para la Migraña		
Dihydroergotamine Mesylate	T3	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Ergotamine Tartrate/ Caffeine [†] ♦	T1	QL
Maxalt[†]	T3	QL
Maxalt-MLT[†]	T3	QL
Migergot [†]	T3	QL
Naratriptan HCl [†]	T2	QL
Sumatriptan Succinate (Injection) [†]	T3	QL
Sumatriptan Succinate (Tablet) [†] ♦	T1	QL
Agentes Antimiasténicos: Medicamentos para Tratar la Miastenia Grave		
Parasimpaticomiméticos: Medicamentos para la Miastenia Grave		
Guanidine HCl	T4	
Mestinon (Syrup)	T4	
Mestinon Timespan	T4	
Mytelase	T4	
Pyridostigmine Bromide♦	T1	
Regonol	T2	
Antimicobacterianos: Medicamentos para Tratar Infecciones		
Antimicobacterianos, Otros: Antiinfecciosos Varios		
Dapsone	T3	
Mycobutin	T4	

Letra en negrita = Medicamento de marca PA = Autorización previa B/D = Parte B o D de Medicare
LA = Medicamento de acceso limitado QL = Límites de cantidad ST = Terapia escalonada
[†]Para conocer el límite de cantidad específico de este medicamento, consulte las páginas 61–80.
♦Medicamento del Nivel 1: Este medicamento con receta está cubierto durante la etapa de interrupción en la cobertura. Para obtener más información, consulte el Comprobante de Cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Antituberculosos: Medicamentos para la Tuberculosis		
Capastat Sulfate	T4	
Ethambutol HCl	T3	
Isonarif	T3	
Isoniazid (Injection)	T3	
Isoniazid (Syrup, Tablet)♦	T1	
Paser	T4	
Priftin	T4	
Pyrazinamide	T3	
Rifampin (Capsule)	T2	
Rifampin (Injection)	T5	
Rifater	T4	
Seromycin	T4	
Trecator	T4	
Antineoplásicos: Medicamentos para Tratar el Cáncer		
Agentes Alquilantes: Medicamentos para Quimioterapia		
Alkeran	T5	
BiCNU	T4	
Busulfex	T5	
CeeNU	T4	
Cyclophosphamide	T3	B/D
Dacarbazine	T3	
Hexalen	T5	PA

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Ifosfamide	T3	
Ifosfamide/Mesna	T5	
Leukeran	T3	
Matulane	T5	
Melphalan HCl	T5	
Mustargen	T5	
Thiotepa	T4	
Treanda	T5	PA
Zanosar	T5	
Agentes Alquilantes: Medicamentos para Quimioterapia		
Caprelsa	T5	PA
Revlimid	T5	PA,LA
Thalomid	T5	PA
Vandetanib	T5	PA
Votrient	T5	PA
Antiestrógenos/Modificadores: Medicamentos para Quimioterapia		
Emcyt	T4	PA
Fareston	T4	
Faslodex	T5	
Tamoxifen Citrate♦	T1	
Antimetabólicos: Medicamentos para Quimioterapia		
Cladribine	T5	B/D
Clolar	T5	

Letra en negrita = Medicamento de marca **PA** = Autorización previa **B/D** = Parte B o D de Medicare
LA = Medicamento de acceso limitado **QL** = Límites de cantidad **ST** = Terapia escalonada
†Para conocer el límite de cantidad específico de este medicamento, consulte las páginas 61–80.
♦Medicamento del Nivel 1: Este medicamento con receta está cubierto durante la etapa de interrupción en la cobertura. Para obtener más información, consulte el Comprobante de Cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Cytarabine	T2	B/D
Cytarabine Aqueous	T2	B/D
Droxia	T4	
Elitek	T5	
Fluorouracil (Injection)	T2	B/D
Foloty	T5	PA
Gemcitabine	T5	
Gemcitabine HCl	T5	
Gemzar	T5	
Hydroxyurea♦	T1	
Mercaptopurine	T3	
Nipent	T5	ST
Pentostatin	T5	
Tabloid	T4	PA
Antineoplásicos, Otros: Medicamentos para Quimioterapia		
Abraxane	T5	
Adriamycin	T3	B/D
Alimta	T5	PA
Amifostine	T5	
Arranon	T5	
Bleomycin Sulfate	T3	B/D
Camptosar	T4	ST
Carboplatin	T3	
Cerubidine	T4	
Cisplatin	T3	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Cosmegen	T4	
Dacogen	T5	
Daunorubicin HCl	T2	
Daunoxome	T4	
Dexrazoxane	T5	
Docefrez	T5	
Docetaxel	T5	
Doxil	T5	B/D
Doxorubicin HCl	T3	B/D
Ellence	T5	ST
Eloxatin	T5	
Elspar	T4	
Epirubicin HCl	T3	
Ethyol	T5	ST
Etopophos	T5	
Etoposide	T3	
Firmagon (120mg Injection)†	T5	PA,QL
Firmagon (80mg Injection)†	T4	PA,QL
Fludara	T5	
Fludarabine Phosphate	T5	
Halaven	T5	PA
Hycamtin	T5	
Idamycin PFS	T5	ST
Idarubicin HCl	T5	

Letra en negrita = Medicamento de marca **PA** = Autorización previa **B/D** = Parte B o D de Medicare
LA = Medicamento de acceso limitado **QL** = Límites de cantidad **ST** = Terapia escalonada
†Para conocer el límite de cantidad específico de este medicamento, consulte las páginas 61–80.
♦Medicamento del Nivel 1: Este medicamento con receta está cubierto durante la etapa de interrupción en la cobertura. Para obtener más información, consulte el Comprobante de Cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Irinotecan	T3	
Istodax	T5	PA
Ixempra Kit	T5	
Jakafi [†]	T5	PA,QL
Jevtana	T5	PA
Mesna	T3	
Mesnex (Tablet)	T4	
Mitomycin	T3	
Mitoxantrone HCl	T3	
Novantrone	T5	ST
Ontak	T5	PA
Oxaliplatin	T5	
Paclitaxel	T3	
Proleukin	T5	PA
Sylatron	T5	PA
Taxotere	T5	
Toposar	T3	
Topotecan HCl	T5	
Torisel	T5	
Trisenox	T4	PA
Velcade	T5	PA
Vidaza	T5	PA
Vinblastine Sulfate	T3	B/D
Vincasar PFS	T3	B/D
Vincristine Sulfate	T3	B/D

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Vinorelbine Tartrate	T3	
Zelboraf	T5	PA
Zinecard	T5	
Zolinza	T5	PA
Zytiga	T5	PA
Inhibidores de la Aromatasa, 3.a Generación: Medicamentos para Quimioterapia		
Anastrozole♦	T1	
Aromasin	T4	
Exemestane	T3	
Letrozole	T2	
Inhibidores de la Diana Molecular: Medicamentos para Quimioterapia		
Afinitor	T5	PA
Gleevec	T5	PA
Iressa	T5	
Nexavar	T5	PA
Sprycel	T5	PA
Sutent	T5	PA
Tarceva	T5	PA
Tasigna	T5	PA
Tykerb	T5	PA
Xalkori	T5	PA
Anticuerpos Monoclonales: Medicamentos para Quimioterapia		
Arzerra	T5	PA

Letra en negrita = Medicamento de marca PA = Autorización previa B/D = Parte B o D de Medicare

LA = Medicamento de acceso limitado QL = Límites de cantidad ST = Terapia escalonada

[†]Para conocer el límite de cantidad específico de este medicamento, consulte las páginas 61–80.

♦Medicamento del Nivel 1: Este medicamento con receta está cubierto durante la etapa de interrupción en la cobertura. Para obtener más información, consulte el Comprobante de Cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Avastin	T5	PA
Campath	T5	PA
Erbix	T5	PA
Herceptin	T5	
Rituxan	T5	PA
Vectibix	T5	PA
Yervoy	T5	PA
Retinoides: Medicamentos para Quimioterapia		
Panretin	T5	PA
Targretin	T5	PA
Tretinoin (Capsule)	T5	
Antiparasitarios: Medicamentos para Tratar las Infecciones Parasitarias		
Antihelmínticos: Medicamentos para Infestaciones por Parásitos		
Albenza	T3	
Biltricide	T3	
Mebendazole	T2	
Stromectol	T3	
Antiprotozoarios: Medicamentos para Infestaciones Protozoarias		
Alinia	T4	
Atovaquone/Proguanil HCl	T3	
Chloroquine Phosphate♦	T1	
Daraprim	T3	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Hydroxychloroquine Sulfate♦	T1	
Malarone	T4	
Mefloquine HCl♦	T1	
Mepron	T5	
Nebupent	T4	B/D
Pentam 300	T4	
Primaquine Phosphate	T4	
Qualaquin	T4	PA
Pediculicidas/Escabicidas: Medicamentos para la Sarna y los Piojos		
Acticin♦	T1	
Eurax	T4	
Lindane	T3	
Malathion	T3	
Permethrin♦	T1	
Ulesfia	T4	
Agentes Antiparkinsonianos: Medicamentos para Tratar la Enfermedad de Parkinson		
Agentes Antiparkinsonianos: Medicamentos para la Enfermedad de Parkinson		
Apokyn [†]	T5	QL
Azilect	T3	
Benzotropine Mesylate♦	T1	
Bromocriptine Mesylate	T3	
Carbidopa/Levodopa♦	T1	

Letra en negrita = Medicamento de marca **PA** = Autorización previa **B/D** = Parte B o D de Medicare
LA = Medicamento de acceso limitado **QL** = Límites de cantidad **ST** = Terapia escalonada
[†]Para conocer el límite de cantidad específico de este medicamento, consulte las páginas 61–80.
♦Medicamento del Nivel 1: Este medicamento con receta está cubierto durante la etapa de interrupción en la cobertura. Para obtener más información, consulte el Comprobante de Cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Carbidopa/Levodopa CR♦	T1	
Carbidopa/Levodopa ODT	T2	
Cogentin	T4	
Comtan	T3	
Lodosyn	T4	
Parcopa	T4	
Pramipexole Dihydrochloride	T3	
Ropinirole HCl♦	T1	
Selegiline HCl	T3	
Stalevo	T3	
Tasmar [†]	T5	QL
Trihexyphenidyl HCl♦	T1	
Zelapar	T4	
Antipsicóticos: Medicamentos para Tratar los Trastornos del Estado de Ánimo		
Atípicos: Medicamentos para los Trastornos del Estado de Ánimo		
Abilify	T4	
Abilify Discmelt	T4	
Clozapine♦	T1	
Fanapt [†]	T4	QL,ST
Fanapt Titration Pack [†]	T4	QL,ST
Fazaclo	T3	
Geodon	T4	
Invega	T4	ST

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Invega Sustenna (117mg/0.75ml Injection, 156mg/1ml Injection, 234mg/1.5ml Injection) [†]	T5	QL
Invega Sustenna (39mg/0.25ml Injection, 78mg/0.5ml Injection) [†]	T4	QL
Latuda [†]	T4	QL
Olanzapine	T3	
Olanzapine ODT	T3	
Risperdal Consta (12.5mg Injection, 25mg Injection) [†]	T4	QL
Risperdal Consta (37.5mg Injection, 50mg Injection) [†]	T5	QL
Risperidone♦	T1	
Risperidone ODT	T3	
Zyprexa	T3	
Zyprexa Zydys	T3	
Convencionales: Medicamentos para los Trastornos del Estado de Ánimo		
Chlorpromazine HCl (Injection)	T3	
Chlorpromazine HCl (Tablet)♦	T1	
Fluphenazine Decanoate	T3	
Fluphenazine HCl (Concentrate, Elixir, Tablet)♦	T1	

Letra en negrita = Medicamento de marca PA = Autorización previa B/D = Parte B o D de Medicare
LA = Medicamento de acceso limitado QL = Límites de cantidad ST = Terapia escalonada
[†]Para conocer el límite de cantidad específico de este medicamento, consulte las páginas 61–80.
♦Medicamento del Nivel 1: Este medicamento con receta está cubierto durante la etapa de interrupción en la cobertura. Para obtener más información, consulte el Comprobante de Cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Fluphenazine HCl (Injection)	T3	
Haloperidol♦	T1	
Haloperidol Decanoate	T3	
Haloperidol Lactate♦	T1	
Loxapine Succinate♦	T1	
Orap	T3	
Perphenazine	T2	
Perphenazine/ Amitriptyline	T2	
Prochlorperazine Edisylate	T3	
Prochlorperazine Maleate♦	T1	
Thioridazine HCl	T3	
Thiothixene♦	T1	
Trifluoperazine HCl♦	T1	
Agentes Antiespasmódicos: Medicamentos para Tratar los Espasmos		
Agentes Antiespasmódicos: Medicamentos para Espasmos Musculares		
Baclofen♦	T1	
Dantrolene Sodium	T3	
Gablofen (40,000mcg/20ml Solution)	T5	B/D,PA
Gablofen (50mcg/ml Solution)	T3	B/D,PA
Lioresal Intrathecal (0.05mg/ml Solution)	T3	B/D,PA

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Lioresal Intrathecal (10mg/5ml Solution)	T5	B/D,PA
Tizanidine HCl♦	T1	
Antivíricos: Medicamentos para Tratar las Infecciones Víricas		
Agentes Anticitomegalovirus (CMV): Medicamentos Antivíricos Varios		
Cytovene	T4	B/D
Foscarnet Sodium	T3	B/D
Ganciclovir (250mg Capsule)	T4	
Ganciclovir (500mg Capsule)	T5	
Ganciclovir (Injection)	T3	B/D
Valcyte	T5	
Vistide	T5	
Agentes de Antihepatitis: Medicamentos para la Hepatitis		
Baraclude (Oral Solution)	T4	
Baraclude (Tablet)	T5	
Copegus	T5	PA
Hepsera	T5	
Incivek[†]	T5	PA,QL
Rebetol (Capsule)	T5	PA
Rebetol (Oral Solution)	T4	PA
Ribapak	T5	PA
Ribasphere (200mg Tablet, Capsule)	T3	PA

Letra en negrita = Medicamento de marca **PA** = Autorización previa **B/D** = Parte B o D de Medicare
LA = Medicamento de acceso limitado **QL** = Límites de cantidad **ST** = Terapia escalonada
[†]Para conocer el límite de cantidad específico de este medicamento, consulte las páginas 61–80.
♦Medicamento del Nivel 1: Este medicamento con receta está cubierto durante la etapa de interrupción en la cobertura. Para obtener más información, consulte el Comprobante de Cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Ribasphere (400mg Tablet, 600mg Tablet)	T5	PA
Ribavirin	T3	PA
Virazole	T5	
Agentes Antiherpéticos: Medicamentos para Herpes		
Acyclovir♦	T1	
Acyclovir Sodium	T3	B/D
Denavir	T4	
Famciclovir	T3	
Trifluridine	T3	
Valacyclovir HCl	T3	
Zovirax (Cream, Ointment)	T4	
Agentes Antirretrovíricos, Inhibidores No Nucleósidos de la Transcriptasa Reversa: Medicamentos para el VIH		
Atripla	T5	
Complera	T5	
Edurant	T5	
Intelence	T5	
Rescriptor	T4	
Sustiva	T4	
Viramune (Oral Suspension)	T4	
Viramune (Tablet)	T3	
Viramune XR	T3	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Agentes Antirretrovíricos, Inhibidores Nucleósidos y Nucleótidos de la Transcriptasa Reversa: Medicamentos para el VIH		
Combivir	T5	
Didanosine	T3	
Emtriva	T4	
Epivir	T3	
Epivir HBV	T3	
Epzicom	T5	
Lamivudine	T3	
Lamivudine/Zidovudine	T5	
Retrovir IV Infusion	T4	
Stavudine	T3	
Trizivir	T5	
Truvada	T5	
Tyzeka	T5	
Videx Pediatric	T4	
Viread	T5	
Ziagen	T4	
Zidovudine	T3	
Agentes Antirretrovíricos, Otros: Medicamentos para el VIH		
Fuzeon	T5	
Isentress	T5	
Selzentry	T5	

Letra en negrita = Medicamento de marca **PA** = Autorización previa **B/D** = Parte B o D de Medicare
LA = Medicamento de acceso limitado **QL** = Límites de cantidad **ST** = Terapia escalonada
†Para conocer el límite de cantidad específico de este medicamento, consulte las páginas 61–80.
♦Medicamento del Nivel 1: Este medicamento con receta está cubierto durante la etapa de interrupción en la cobertura. Para obtener más información, consulte el Comprobante de Cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Agentes Antirretrovíricos, Inhibidores de la Proteinasas: Medicamentos para el VIH		
Aptivus	T5	
Crixivan	T3	
Invirase (Capsule)	T4	
Invirase (Tablet)	T5	
Kaletra (100-25mg Tablet)	T4	
Kaletra (200-50mg Tablet, Oral Solution)	T5	
Lexiva (Oral Suspension)	T4	
Lexiva (Tablet)	T5	
Norvir	T4	
Prezista (150mg Tablet, 75mg Tablet) [†]	T4	QL
Prezista (400mg Tablet, 600mg Tablet) [†]	T5	QL
Reyataz (100mg Capsule)	T3	
Reyataz (150mg Capsule, 200mg Capsule, 300mg Capsule)	T5	
Victrelis [†]	T5	PA,QL
Viracept (Powder)	T4	
Viracept (Tablet)	T5	
Agentes Antigripales: Medicamentos para la Gripe		
Amantadine HCl♦	T1	
Relenza Diskhaler [†]	T4	QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Rimantadine HCl	T2	
Tamiflu [†]	T3	QL
Ansiolíticos: Medicamentos para Tratar la Ansiedad		
Ansiolíticos, Otros: Medicamentos para la Ansiedad		
Buspirone HCl♦	T1	
Chlordiazepoxide/ Amitriptyline	T2	
Agentes Bipolares: Medicamentos para Tratar los Trastornos del Estado de Ánimo		
Agentes Bipolares: Medicamentos para los Trastornos del Estado de Ánimo		
Equetro	T4	
Lithium Carbonate♦	T1	
Lithium Carbonate ER♦	T1	
Lithium Citrate	T2	
Lithobid	T3	
Saphris [†]	T3	QL
Seroquel	T4	
Seroquel XR	T3	
Symbyax	T4	
Reguladores de la Glucemia: Medicamentos para Regular la Glucosa en Sangre		
Agentes Antidiabéticos: Medicamentos para la Diabetes		
Acarbose [†] ♦	T1	QL

Letra en negrita = Medicamento de marca PA = Autorización previa B/D = Parte B o D de Medicare
LA = Medicamento de acceso limitado QL = Límites de cantidad ST = Terapia escalonada
[†]Para conocer el límite de cantidad específico de este medicamento, consulte las páginas 61–80.
♦Medicamento del Nivel 1: Este medicamento con receta está cubierto durante la etapa de interrupción en la cobertura. Para obtener más información, consulte el Comprobante de Cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Actoplus Met[†]	T3	QL
Actos[†]	T3	QL
Avandamet[†]	T4	PA,QL
Avandaryl[†]	T4	PA,QL
Avandia[†]	T4	PA,QL
Byetta[†]	T3	QL
Duetact[†]	T3	QL
Glimepiride ^{†♦}	T1	QL
Glipizide ^{†♦}	T1	QL
Glipizide ER ^{†♦}	T1	QL
Glipizide/Metformin HCl [†]	T2	QL
Glyburide ^{†♦}	T1	QL
Glyburide Micronized ^{†♦}	T1	QL
Glyburide/Metformin HCl ^{†♦}	T1	QL
Glycron (1.5mg Tablet, 3mg Tablet, 6mg Tablet) [†]	T2	QL
Glyset[†]	T4	QL
Janumet[†]	T3	QL
Januvia[†]	T3	QL
Kombiglyze XR[†]	T3	QL
Metformin HCl ^{†♦}	T1	QL
Metformin HCl ER ^{†♦}	T1	QL
Nateglinide [†]	T3	QL
Onglyza[†]	T3	QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Prandimet[†]	T4	QL
Prandin[†]	T4	QL
Riomet[†]	T4	QL
Symlyn[†]	T4	PA,QL
SymlynPen 120[†]	T4	PA,QL
SymlynPen 60[†]	T4	PA,QL
Tolazamide [†]	T2	QL
Tolbutamide [†]	T2	QL
Victoza[†]	T3	QL
Agentes de Glucemia: Medicamentos para la Diabetes		
Glucagen Hypokit	T2	
Glucagon Emergency Kit	T2	
Proglycem	T4	
Insulina: Medicamentos para la Diabetes		
Apidra	T3	
Humalog	T2	
Humulin	T2	
Lantus	T2	
Levemir	T2	
Novolin	T2	
Novolog	T2	

Letra en negrita = Medicamento de marca **PA** = Autorización previa **B/D** = Parte B o D de Medicare
LA = Medicamento de acceso limitado **QL** = Límites de cantidad **ST** = Terapia escalonada
[†]Para conocer el límite de cantidad específico de este medicamento, consulte las páginas 61–80.
[♦]Medicamento del Nivel 1: Este medicamento con receta está cubierto durante la etapa de interrupción en la cobertura. Para obtener más información, consulte el Comprobante de Cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Hemoderivados/Modificadores/ Expansores del Volumen de la Sangre: Medicamentos para Tratar Trastornos Sanguíneos		
Anticoagulantes		
Argatroban (100mg/ml Injection)	T5	
Argatroban (125mg/125ml Injection)	T5	
Arixtra (10mg/0.8ml Injection, 5.0mg/0.4ml Injection, 7.5mg/0.6ml Injection)[†]	T5	QL
Arixtra (2.5mg/0.5ml Injection)[†]	T4	QL
Coumadin (Injection)	T4	
Coumadin (Tablet)	T3	
Enoxaparin Sodium (100mg/1ml Injection, 120mg/0.8ml Injection, 150mg/1ml Injection) [†]	T5	QL
Enoxaparin Sodium (30mg/0.3ml Injection, 40mg/0.4ml Injection, 60mg/0.6ml Injection, 80mg/0.8ml Injection) [†]	T4	QL
Fondaparinux Sodium (10mg/0.8ml Injection, 5mg/0.4ml Injection, 7.5mg/0.6ml Injection) [†]	T5	QL
Fondaparinux Sodium (2.5mg/0.5ml Injection) [†]	T4	QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Fragmin (10,000units/1ml Injection, 12,500units/0.5ml Injection, 15,000units/0.6ml Injection, 18,000units/0.72ml Injection, 7,500units/0.3ml Injection)[†]	T5	QL
Fragmin (2,500units/0.2ml Injection, 25,000units/1ml Injection, 5,000units/0.2ml Injection)[†]	T4	QL
Heparin Sodium (1,000units/ml Injection, 10,000units/ml Injection, 20,000units/ml Injection, 5,000units/ml Injection)	T3	
Heparin Sodium (2,000units/ml Injection)	T3	
Heparin Sodium/D5W	T3	
Heparin Sodium/NaCl	T3	
Heparin Sodium/NaCl 0.9% Premix	T3	
Jantoven♦	T1	
Lovenox (300mg/3ml Injection)[†]	T4	QL
Pradaxa[†]	T3	PA,QL
Warfarin Sodium♦	T1	

Letra en negrita = Medicamento de marca **PA** = Autorización previa **B/D** = Parte B o D de Medicare
LA = Medicamento de acceso limitado **QL** = Límites de cantidad **ST** = Terapia escalonada
[†]Para conocer el límite de cantidad específico de este medicamento, consulte las páginas 61–80.
♦Medicamento del Nivel 1: Este medicamento con receta está cubierto durante la etapa de interrupción en la cobertura. Para obtener más información, consulte el Comprobante de Cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Xarelto	T3	PA
Productos Hematopoyéticos: Medicamentos para la Formación de la Sangre		
Aranesp Albumin Free (100mcg/0.5ml Injection, 100mcg/1ml Injection, 25mcg/0.42ml Injection, 25mcg/1ml Injection, 40mcg/0.4ml Injection, 40mcg/1ml Injection, 60mcg/0.3ml Injection, 60mcg/1ml Injection) [†]	T4	B/D,PA,QL
Aranesp Albumin Free (150mcg/0.3ml Injection, 200mcg/0.4ml Injection, 200mcg/1ml Injection, 300mcg/0.6ml Injection, 300mcg/1ml Injection, 500mcg/1ml Injection) [†]	T5	B/D,PA,QL
Epogen [†]	T4	B/D,PA,QL
Leukine	T5	PA
Neulasta	T5	PA
Neumega	T3	PA
Neupogen	T5	PA

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Procrit (10,000units/ml Injection, 2,000units/ml Injection, 3,000units/ml Injection, 4,000units/ml Injection) [†]	T4	B/D,PA,QL
Procrit (20,000units/ml Injection) [†]	T5	B/D,PA,QL
Procrit (40,000units/ml Injection)	T5	B/D,PA
Hemoderivados, Modificadores/ Expansores del Volumen de la Sangre		
Cinryze	T5	PA
Mozobil	T5	PA
Pentopak	T2	
Pentoxifylline ER [◆]	T1	
Promacta (12.5mg Tablet, 25mg Tablet, 50mg Tablet) [†]	T5	PA,QL
Promacta (75mg Tablet)	T5	PA
Coagulantes: Medicamentos Coagulantes		
Cyklokapron	T3	
Tranexamic Acid	T3	
Inhibidores de Agregación Plaquetaria: Anticoagulantes		
Aggrenox [†]	T3	QL
Brilinta [†]	T4	PA,QL
Cilostazol [◆]	T1	
Dipyridamole [◆]	T1	PA

Letra en negrita = Medicamento de marca PA = Autorización previa B/D = Parte B o D de Medicare
LA = Medicamento de acceso limitado QL = Límites de cantidad ST = Terapia escalonada
[†]Para conocer el límite de cantidad específico de este medicamento, consulte las páginas 61–80.
[◆]Medicamento del Nivel 1: Este medicamento con receta está cubierto durante la etapa de interrupción en la cobertura. Para obtener más información, consulte el Comprobante de Cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Effient [†]	T3	QL
Plavix [†]	T2	QL
Ticlopidine HCl [♦]	T1	QL
Agentes Cardiovasculares: Medicamentos para Tratar Condiciones del Corazón y la Circulación		
Agonistas Alfa Adrenérgicos: Medicamentos para la Presión Arterial		
Catapres-TTS [†]	T4	QL
Clonidine HCl (Tablet) [♦]	T1	
Clonidine HCl (Weekly Patch) [†]	T3	QL
Clorpres	T4	
Guanabenz Acetate	T3	
Guanfacine HCl [♦]	T1	
Methyldopa [♦]	T1	
Methyldopa/ Hydrochlorothiazide [♦]	T1	
Methyldopate HCl	T3	
Midodrine HCl	T3	
Agentes Bloqueantes Alfa Adrenérgicos: Medicamentos para la Presión Arterial		
Dibenzyline	T4	
Prazosin HCl [♦]	T1	
Reserpine	T2	
Antiarrítmicos: Medicamentos para Regular el Corazón		
Amiodarone HCl (Injection)	T3	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Amiodarone HCl (Tablet) [♦]	T1	
Disopyramide Phosphate [♦]	T1	
Flecainide Acetate [♦]	T1	
Mexiletine HCl	T2	
Multaq	T3	
Pacerone (100mg Tablet)	T4	
Pacerone (200mg Tablet) [♦]	T1	
Procainamide HCl (100mg/ml Injection)	T2	
Procainamide HCl (500mg/ml Injection)	T3	
Propafenone HCl [♦]	T1	
Propafenone HCl ER	T3	
Quinidine Gluconate	T4	
Quinidine Gluconate ER [♦]	T1	
Quinidine Sulfate [♦]	T1	
Quinidine Sulfate ER [♦]	T1	
Rythmol SR	T4	
Sorine	T2	
Sotalol HCl (Injection)	T3	
Sotalol HCl (Tablet) [♦]	T1	
Tikosyn	T4	
Agentes Bloqueantes Beta Adrenérgicos: Medicamentos para la Presión Arterial		
Acebutolol HCl [♦]	T1	

Letra en negrita = Medicamento de marca PA = Autorización previa B/D = Parte B o D de Medicare
LA = Medicamento de acceso limitado QL = Límites de cantidad ST = Terapia escalonada
[†]Para conocer el límite de cantidad específico de este medicamento, consulte las páginas 61–80.
[♦]Medicamento del Nivel 1: Este medicamento con receta está cubierto durante la etapa de interrupción en la cobertura. Para obtener más información, consulte el Comprobante de Cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Atenolol♦	T1	
Atenolol/ Chlorthalidone♦	T1	
Betaxolol HCl (Tablet)♦	T1	
Bisoprolol Fumarate♦	T1	
Bisoprolol Fumarate/ Hydrochlorothiazide♦	T1	
Bystolic [†]	T3	QL
Carvedilol♦	T1	
Innopran XL	T4	
Labetalol HCl (Injection)	T2	
Labetalol HCl (Tablet)♦	T1	
Metoprolol Succinate ER♦	T1	
Metoprolol Tartrate♦	T1	
Metoprolol/ Hydrochlorothiazide♦	T1	
Nadolol♦	T1	
Nadolol/ Bendroflumethiazide	T3	
Pindolol♦	T1	
Propranolol HCl♦	T1	
Propranolol HCl ER♦	T1	
Propranolol/ Hydrochlorothiazide♦	T1	
Timolol Maleate♦	T1	
Toprol XL	T4	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Agentes Bloqueantes del Canal de Calcio: Medicamentos para la Presión Arterial		
Afeditab CR♦	T1	
Amlodipine Besylate♦	T1	
Amlodipine Besylate/ Benazepril HCl [†]	T4	QL
Azor [†]	T3	QL
Cartia XT♦	T1	
Dilt-CD♦	T1	
Diltiazem CD♦	T1	
Diltiazem HCl♦	T1	
Diltiazem HCl ER♦	T1	
Dilt-XR♦	T1	
Diltzac♦	T1	
Exforge [†]	T3	QL
Exforge HCT [†]	T3	QL
Felodipine ER	T3	
Isradipine	T3	
Matzim LA [†]	T3	QL
Nicardipine HCl♦	T1	
Nifediac CC♦	T1	
Nifedical XL♦	T1	
Nifedipine♦	T1	
Nifedipine ER♦	T1	
Nimodipine	T5	
Nisoldipine [†]	T3	QL

Letra en negrita = Medicamento de marca PA = Autorización previa B/D = Parte B o D de Medicare
LA = Medicamento de acceso limitado QL = Límites de cantidad ST = Terapia escalonada
[†]Para conocer el límite de cantidad específico de este medicamento, consulte las páginas 61–80.
♦Medicamento del Nivel 1: Este medicamento con receta está cubierto durante la etapa de interrupción en la cobertura. Para obtener más información, consulte el Comprobante de Cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Nisoldipine ER [†]	T3	QL
Taztia XT♦	T1	
Tribenzor[†]	T3	QL
Twynsta[†]	T4	QL
Verapamil HCl (Injection)	T3	
Verapamil HCl (Tablet)♦	T1	
Verapamil HCl ER♦	T1	
Agentes Cardiovasculares, Otros: Medicamentos Cardíacos Varios		
Demser	T5	
Digoxin (Injection)	T3	
Digoxin (Oral Solution, Tablet)♦	T1	
Lanoxin (0.1mg/ml Injection)	T4	
Lanoxin (Tablet)	T3	
Ranexa	T3	ST
Diuréticos: Medicamentos para la Presión Arterial		
Acetazolamide Sodium	T3	
Amiloride HCl♦	T1	
Amiloride/ Hydrochlorothiazide♦	T1	
Bumetanide (Injection)	T3	
Bumetanide (Tablet)♦	T1	
Chlorothiazide	T2	
Chlorothiazide Sodium	T3	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Chlorthalidone♦	T1	
Diuril	T4	
Dyrenium	T4	
Edecrin	T4	
Eplerenone	T3	
Furosemide (Injection)	T3	
Furosemide (Oral Solution, Tablet)♦	T1	
Hydrochlorothiazide♦	T1	
Indapamide♦	T1	
Methyclothiazide	T2	
Metolazone♦	T1	
Samsca[†]	T5	PA,QL
Spirolactone♦	T1	
Spirolactone/ Hydrochlorothiazide♦	T1	
Toremide (Injection)	T3	
Toremide (Tablet)♦	T1	
Triamterene/ Hydrochlorothiazide♦	T1	
Dislipidémicos: Medicamentos para el Control del Colesterol		
Antara	T3	
Atorvastatin Calcium [†]	T2	QL
Cholestyramine♦	T1	
Colestipol HCl♦	T1	
Crestor[†]	T2	QL

Letra en negrita = Medicamento de marca PA = Autorización previa B/D = Parte B o D de Medicare
LA = Medicamento de acceso limitado QL = Límites de cantidad ST = Terapia escalonada
[†]Para conocer el límite de cantidad específico de este medicamento, consulte las páginas 61–80.
♦Medicamento del Nivel 1: Este medicamento con receta está cubierto durante la etapa de interrupción en la cobertura. Para obtener más información, consulte el Comprobante de Cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Fenofibrate♦	T1	
Fenofibrate Micronized♦	T1	
Gemfibrozil♦	T1	
Lipitor [†]	T2	QL
Livalo [†]	T4	QL
Lovastatin♦	T1	
Lovaza	T4	
Niacor♦	T1	
Niaspan	T2	
Pravastatin Sodium♦	T1	
Prevalite	T2	
Simvastatin♦	T1	
Tricor	T3	
Trilipix	T3	
Vytorin [†]	T4	QL
Welchol (Pack) [†]	T3	QL
Welchol (Tablet)	T3	
Zetia [†]	T3	QL
Inhibidores del Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona: Medicamentos para la Presión Arterial		
Benazepril HCl♦	T1	
Benazepril HCl/ Hydrochlorothiazide♦	T1	
Benicar [†]	T2	QL
Benicar HCT [†]	T2	QL
Captopril♦	T1	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Captopril/ Hydrochlorothiazide♦	T1	
Diovan [†]	T2	QL
Diovan HCT [†]	T2	QL
Enalapril Maleate♦	T1	
Enalapril Maleate/ Hydrochlorothiazide♦	T1	
Fosinopril Sodium♦	T1	
Fosinopril Sodium/ Hydrochlorothiazide♦	T1	
Lisinopril♦	T1	
Lisinopril/ Hydrochlorothiazide♦	T1	
Losartan Potassium♦	T1	
Losartan Potassium/ Hydrochlorothiazide♦	T1	
Micardis [†]	T4	QL
Micardis HCT [†]	T4	QL
Moexipril HCl♦	T1	
Moexipril/ Hydrochlorothiazide♦	T1	
Perindopril Erbumine	T2	
Quinapril HCl♦	T1	
Quinapril/ Hydrochlorothiazide♦	T1	
Ramipril♦	T1	
Tekturna [†]	T3	QL,ST
Tekturna HCT [†]	T3	QL,ST
Trandolapril♦	T1	

Letra en negrita = Medicamento de marca PA = Autorización previa B/D = Parte B o D de Medicare
LA = Medicamento de acceso limitado QL = Límites de cantidad ST = Terapia escalonada
[†]Para conocer el límite de cantidad específico de este medicamento, consulte las páginas 61–80.
♦Medicamento del Nivel 1: Este medicamento con receta está cubierto durante la etapa de interrupción en la cobertura. Para obtener más información, consulte el Comprobante de Cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Vasodilatadores: Medicamentos para el Dolor de Pecho		
BiDil	T3	
Dilatrate SR	T4	
Hydralazine HCl (Injection)	T2	
Hydralazine HCl (Tablet)♦	T1	
Isochron	T2	
Isordil Titradoso (40mg Tablet)	T4	
Isosorbide Dinitrate♦	T1	
Isosorbide Dinitrate ER♦	T1	
Isosorbide Mononitrate♦	T1	
Isosorbide Mononitrate ER♦	T1	
Minoxidil (Tablet)♦	T1	
Nitro-Bid	T4	
Nitro-Dur (0.3mg/hr 24-Hour Patch, 0.8mg/hr 24-Hour Patch)	T4	
Nitroglycerin (24-Hour Patch)♦	T1	
Nitroglycerin (Injection)	T3	
Nitrolingual Pumpspray	T4	
Nitromist	T4	
Nitrostat	T2	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Agentes del Sistema Nervioso Central: Medicamentos para Tratar las Condiciones Nerviosas		
Anfetaminas, ADHD: Medicamentos para el ADHD		
Amphetamine/ Dextroamphetamine [†]	T3	QL
Dextroamphetamine Sulfate [†]	T3	QL
Dextroamphetamine Sulfate ER [†]	T3	QL
Methamphetamine HCl [†]	T3	QL
Vyvanse[†]	T4	QL
Non-Anfetaminas, ADHD: Medicamentos para el ADHD		
Dexmethylphenidate HCl [†]	T3	QL
Metadate ER [†]	T4	QL
Methylin (Tablet) [†]	T2	QL
Methylin ER [†]	T3	QL
Methylphenidate HCl [†] ♦	T1	QL
Methylphenidate HCl ER [†]	T3	QL
Methylphenidate HCl SR [†]	T3	QL
Strattera[†]	T4	QL,ST
No-Anfetaminas, Otros: Medicamentos Varios para el Sistema Nervioso		
Ampyra[†]	T5	PA,QL
Botox	T4	PA
Provigil[†]	T4	PA,QL

Letra en negrita = Medicamento de marca PA = Autorización previa B/D = Parte B o D de Medicare
LA = Medicamento de acceso limitado QL = Límites de cantidad ST = Terapia escalonada
[†]Para conocer el límite de cantidad específico de este medicamento, consulte las páginas 61–80.
♦Medicamento del Nivel 1: Este medicamento con receta está cubierto durante la etapa de interrupción en la cobertura. Para obtener más información, consulte el Comprobante de Cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Rilutek	T5	
Xyrem [†]	T3	PA,QL,LA
Agentes Dentales y Bucales: Medicamentos para Tratar las Condiciones de la Boca y la Garganta		
Agentes Dentales y Bucales		
Chlorhexidine Gluconate Oral Rinse♦	T1	
Kepivance	T5	
Periogard	T2	
Pilocarpine HCl	T3	
Triamcinolone in Orabase	T2	
Agentes Dermatológicos: Medicamentos para Tratar las Condiciones de la Piel		
Agentes Dermatológicos: Medicamentos para la Piel		
8-Mop	T5	
Adapalene	T3	
Aldara	T4	
Amevive	T5	PA
Ammonium Lactate♦	T1	
Amnesteem	T3	
Avita	T3	PA
Calcipotriene	T3	
Carac	T4	
Claravis	T3	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Clindamycin/Benzoyl Peroxide	T3	
Dovonex	T4	
Elidel	T4	ST
Erythromycin/Benzoyl Peroxide♦	T1	
Finacea	T3	
Fluorouracil (Cream, Topical Solution)	T3	
Imiquimod	T3	
Laclotion♦	T1	
Oxsoralen	T4	PA
Oxsoralen Ultra	T5	PA
Podofilox	T3	
Protopic	T4	ST
Regranex[†]	T5	PA,QL
Retin-A Micro	T4	PA
Santyl	T4	
Selenium Sulfide	T2	
Solaraze	T4	PA
Soriatane	T5	
Sotret	T3	
Stelara	T5	PA
Sulfacetamide Sodium (Suspension)	T3	
Tazorac	T4	PA
Tretinoin (Cream)♦	T1	PA
Tretinoin (Gel)	T3	PA

Letra en negrita = Medicamento de marca **PA** = Autorización previa **B/D** = Parte B o D de Medicare
LA = Medicamento de acceso limitado **QL** = Límites de cantidad **ST** = Terapia escalonada
[†]Para conocer el límite de cantidad específico de este medicamento, consulte las páginas 61–80.
♦Medicamento del Nivel 1: Este medicamento con receta está cubierto durante la etapa de interrupción en la cobertura. Para obtener más información, consulte el Comprobante de Cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Tretin-X	T4	PA
Uvadex	T4	
Vectical	T4	
Veltin	T4	PA
Ziana	T4	PA
Zyclara	T3	
Reemplazo/Modificadores de Enzimas: Medicamentos para Tratar Deficiencias Enzimáticas		
Reemplazo/Modificadores de Enzimas: Medicamentos para Deficiencias Enzimáticas		
Adagen	T5	
Aldurazyme	T5	
Buphenyl	T5	
Carbaglu	T5	
Ceredase	T5	PA
Cerezyme	T5	PA
Creon	T3	
Cystadane	T5	
Cystagon	T4	
Elaprased	T5	
Fabrazyme	T5	
Kuvan	T5	
Lumizyme	T5	
Myozyme	T5	
Naglazyme	T5	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Orfadin	T5	
Sucraid	T5	
Vpriv	T5	PA
Zavesca	T5	
Zenpep	T3	
Agentes Gastrointestinales: Medicamentos para Tratar Condiciones Gastrointestinales y Estomacales		
Antiespasmódicos, Gastrointestinales: Medicamentos para el Tratamiento Intestinal		
Atropine Sulfate	T2	PA
Cuvposa	T4	
Dicyclomine HCl (Capsule, Oral Solution, Tablet)♦	T1	PA
Dicyclomine HCl (Injection)	T3	PA
Glycopyrrolate	T3	
Methscopolamine Bromide	T3	
Propantheline Bromide	T2	
Agentes Gastrointestinales, Otros: Medicamentos Gastrointestinales Varios		
Amitiza [†]	T3	QL,ST
Constulose♦	T1	
Cromolyn Sodium (Concentrate)	T3	
Diphenoxylate/Atropine♦	T1	PA
Enulose♦	T1	

Letra en negrita = Medicamento de marca **PA** = Autorización previa **B/D** = Parte B o D de Medicare
LA = Medicamento de acceso limitado **QL** = Límites de cantidad **ST** = Terapia escalonada
[†]Para conocer el límite de cantidad específico de este medicamento, consulte las páginas 61–80.
♦Medicamento del Nivel 1: Este medicamento con receta está cubierto durante la etapa de interrupción en la cobertura. Para obtener más información, consulte el Comprobante de Cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Gastrocrom	T4	
Gavilyte-C [†] ◆	T1	QL
Gavilyte-G [†] ◆	T1	QL
Gavilyte-N/Flavor Pack [†] ◆	T1	QL
Halflytely Bowel Prep/ Flavor Packs[†]	T3	QL
Kristalose	T4	
Lactulose◆	T1	
Loperamide HCl◆	T1	
Moviprep	T4	
Nulytely/Flavor Packs[†]	T3	QL
Osmoprep	T4	
Polyethylene Glycol 3350	T2	
Relistor	T4	PA
Suprep Bowel Prep[†]	T4	QL
Trilyte [†] ◆	T1	QL
Ursodiol (Capsule)	T2	
Ursodiol (Tablet)	T3	
Visicol	T4	
Agentes Bloqueadores de la Histamina2 (H2): Medicamentos para la Úlcera y el Ácido Gástrico		
Cimetidine◆	T1	
Cimetidine HCl (Injection)	T3	
Cimetidine HCl (Oral Solution)	T2	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Famotidine (Injection)	T3	
Famotidine (Oral Suspension, Tablet)◆	T1	
Nizatidine◆	T1	
Ranitidine HCl (Capsule, Syrup, Tablet)◆	T1	
Ranitidine HCl (Injection)	T3	
Zantac (50mg/50ml Injection)	T4	
Agentes para el Síndrome del Colon Irritable: Medicamentos para el Tratamiento Intestinal		
Lotronex[†]	T5	PA,QL
Protectores: Medicamentos para la Úlcera y el Ácido Gástrico		
Carafate (Oral Suspension)	T4	
Misoprostol◆	T1	
Sucralfate◆	T1	
Inhibidores de la Bomba de Protones: Medicamentos para la Úlcera y el Ácido Gástrico		
Dexilant[†]	T4	QL
Lansoprazole [†]	T3	QL
Nexium[†]	T3	QL
Nexium I.V.	T4	
Omeprazole [†] ◆	T1	QL
Pantoprazole Sodium [†] ◆	T1	QL
Protonix (Injection)	T4	

Letra en negrita = Medicamento de marca PA = Autorización previa B/D = Parte B o D de Medicare
LA = Medicamento de acceso limitado QL = Límites de cantidad ST = Terapia escalonada
[†]Para conocer el límite de cantidad específico de este medicamento, consulte las páginas 61–80.
◆Medicamento del Nivel 1: Este medicamento con receta está cubierto durante la etapa de interrupción en la cobertura. Para obtener más información, consulte el Comprobante de Cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
------------------------	-------	----------------------

Agentes Genitourinarios: Medicamentos para Tratar Condiciones Vesicales, Genitales y Renales

Antiespasmódicos, Urinarios: Medicamentos para la Incontinencia Urinaria

Enablex[†]	T3	QL
Flavoxate HCl	T3	
Gelnique[†]	T3	QL
Oxybutynin Chloride♦	T1	
Oxybutynin Chloride ER [†]	T3	QL
Oxytrol[†]	T3	QL
Sanctura XR[†]	T4	QL
Tropium Chloride [†]	T3	QL
Vesicare[†]	T3	QL

Agentes para la Hipertrofia Prostática Benigna: Medicamentos para el Agrandamiento de la Próstata

Alfuzosin HCl ER [†]	T2	QL
Avodart[†]	T3	QL
Doxazosin Mesylate♦	T1	
Finasteride (5mg Tablet) [†] ♦	T1	QL
Rapaflo[†]	T3	QL
Tamsulosin HCl [†] ♦	T1	QL
Terazosin HCl♦	T1	
Uroxatral[†]	T3	QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
------------------------	-------	----------------------

Agentes Genitourinarios, Otros: Medicamentos Varios para Tratar Condiciones Vesicales, Genitales y Renales

Bethanechol Chloride♦	T1	
Elmiron	T4	

Aglutinantes de Fosfato: Agentes Quelantes de Fosfato

Calcium Acetate (Capsule)	T3	
Calcium Acetate (Tablet)	T4	
Eliphos	T4	
Fosrenol	T5	
Phoslo	T3	
Phoslyra	T4	ST
Renagel	T3	ST
Renvela	T3	

Agentes Hormonales, Estimulantes/de Reemplazo/Modificadores (Suprarrenales): Medicamentos para Regular las Hormonas

Glucocorticoides/Mineralocorticoides: Medicamentos Antiinflamatorios

A-Hydrocort	T3	
Ala Scalp	T4	
Ala-Cort	T2	
Alclometasone Dipropionate♦	T1	
Amcinonide♦	T1	
A-Methapred	T3	

Letra en negrita = Medicamento de marca **PA** = Autorización previa **B/D** = Parte B o D de Medicare
LA = Medicamento de acceso limitado **QL** = Límites de cantidad **ST** = Terapia escalonada
[†]Para conocer el límite de cantidad específico de este medicamento, consulte las páginas 61–80.
♦Medicamento del Nivel 1: Este medicamento con receta está cubierto durante la etapa de interrupción en la cobertura. Para obtener más información, consulte el Comprobante de Cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Augmented Betamethasone Dipropionate (Cream)	T2	
Augmented Betamethasone Dipropionate (Lotion, Ointment)	T3	
Betamethasone Dipropionate♦	T1	
Betamethasone Valerate♦	T1	
Capex	T4	
Clobetasol Propionate (Foam)	T3	
Clobetasol Propionate (Gel, Lotion, Ointment, Shampoo, Topical Solution)♦	T1	
Clobetasol Propionate E♦	T1	
Clobex	T4	
Cloderm	T4	
Cordran	T4	
Cordran SP	T4	
Cordran Tape	T4	
Cortef	T4	
Cortisone Acetate♦	T1	
Cutivate (Lotion)	T4	
Depo-Medrol (20mg/ml Injection)	T4	
Derma-Smoothe/FS	T4	
Desonate	T4	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Desonide♦	T1	
Desowen	T4	
Desowen/Cetaphil	T4	
Desoximetasone	T3	
Dexamethasone♦	T1	
Dexamethasone Intensol♦	T1	
Dexamethasone Sodium Phosphate (Injection)	T3	
Diflorasone Diacetate♦	T1	
Fludrocortisone Acetate♦	T1	
Fluocinolone Acetonide	T2	
Fluocinolone Acetonide Body	T2	
Fluocinonide♦	T1	
Fluocinonide-E♦	T1	
Fluticasone Propionate♦	T1	
Halobetasol Propionate♦	T1	
Halog	T4	
Hydrocortisone (10mg Tablet, 20mg Tablet, Cream, Lotion, Ointment)♦	T1	
Hydrocortisone (5mg Tablet)	T2	
Hydrocortisone Butyrate♦	T1	
Hydrocortisone Valerate♦	T1	
Kenalog	T4	

Letra en negrita = Medicamento de marca **PA** = Autorización previa **B/D** = Parte B o D de Medicare
LA = Medicamento de acceso limitado **QL** = Límites de cantidad **ST** = Terapia escalonada
†Para conocer el límite de cantidad específico de este medicamento, consulte las páginas 61–80.
♦Medicamento del Nivel 1: Este medicamento con receta está cubierto durante la etapa de interrupción en la cobertura. Para obtener más información, consulte el Comprobante de Cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Locoid	T4	
Locoid Lipocream	T4	
Lokara	T2	
Luxiq	T4	
Methylprednisolone♦	T1	
Methylprednisolone Acetate	T3	
Methylprednisolone Sodium Succinate	T3	
Millipred	T4	
Mometasone Furoate♦	T1	
Olux-E	T4	
Pandel	T4	
Prednicarbate	T2	
Prednisolone Sodium Phosphate (Oral Solution)♦	T1	
Prednisone♦	T1	
Prednisone Intensol♦	T1	
Proctocream HC	T2	
Procto-Pak	T2	
Proctosol HC♦	T1	
Proctozone-HC♦	T1	
Solu-Cortef	T4	
Solu-Medrol	T4	
Triamcinolone Acetonide (Cream, Lotion, Ointment)♦	T1	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Triamcinolone Acetonide in Absorbase	T2	
Triderm	T2	
U-Cort	T2	
Vanos	T4	
Agentes Hormonales, Estimulantes/de Reemplazo/Modificadores (Suprarrenales): Medicamentos para Regular las Hormonas		
Agentes Hormonales, Estimulantes/de Reemplazo/Modificadores (Suprarrenales): Medicamentos para Regular las Hormonas		
Chorionic Gonadotropin	T3	PA
DDAVP (Injection)	T5	ST
Desmopressin Acetate	T3	
Egrifta[†]	T5	PA,QL
Genotropin	T5	PA
Genotropin Miniquick (0.2mg Injection)[†]	T4	PA,QL
Genotropin Miniquick (0.4mg Injection, 0.6mg Injection, 0.8mg Injection, 1.2mg Injection, 1.4mg Injection, 1.6mg Injection, 1.8mg Injection, 1mg Injection, 2mg Injection)[†]	T5	PA,QL
Humatrope	T5	PA
Increlex	T5	PA
Norditropin	T5	PA

Letra en negrita = Medicamento de marca **PA** = Autorización previa **B/D** = Parte B o D de Medicare
LA = Medicamento de acceso limitado **QL** = Límites de cantidad **ST** = Terapia escalonada
[†]Para conocer el límite de cantidad específico de este medicamento, consulte las páginas 61–80.
♦Medicamento del Nivel 1: Este medicamento con receta está cubierto durante la etapa de interrupción en la cobertura. Para obtener más información, consulte el Comprobante de Cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Norditropin Flexpro	T5	PA
Novarel	T3	PA
Nutropin	T5	PA
Nutropin AQ	T5	PA
Omnitrope (10mg/1.5ml Injection)	T4	PA
Omnitrope (5.8mg Injection, 5mg/1.5ml Injection)	T5	PA
Pregnyl w/Diluent Benzyl Alcohol/NaCl	T3	PA
Saizen	T5	PA
Serostim	T5	PA
Stimate	T4	
Tev-Tropin	T4	PA
Zorbtive	T5	PA
Agentes Hormonales, Estimulantes/de Reemplazo/Modificadores (Hormonas/Modificadores Sexuales): Medicamentos para Regular las Hormonas		
Anabólicos Esteroides: Medicamentos para Reemplazo/Modificación Hormonal		
Anadrol-50	T5	PA
Oxandrin[†]	T5	PA,QL
Oxandrolone (10mg Tablet) [†]	T5	PA,QL
Oxandrolone (2.5mg Tablet) [†]	T3	PA,QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Andrógenos: Medicamentos para Reemplazo/Modificación Hormonal		
Androderm	T3	
Androgel	T3	
Androgel Pump	T3	
Androxy	T3	
Danazol	T3	
Testosterone Cypionate	T3	
Testosterone Enanthate	T3	
Estrógenos: Medicamentos para Reemplazo/Modificación Hormonal		
Activella	T4	
Alora	T4	
Amethia	T2	
Amethyst	T2	
Apri♦	T1	
Aranelle	T2	
Aviane	T2	
Balziva	T2	
Briellyn	T2	
Cenestin	T4	
Cesia	T2	
Climara Pro	T4	
Combipatch	T4	
Cryselle	T2	
Cyclafem 1/35	T2	

Letra en negrita = Medicamento de marca **PA** = Autorización previa **B/D** = Parte B o D de Medicare
LA = Medicamento de acceso limitado **QL** = Límites de cantidad **ST** = Terapia escalonada
[†]Para conocer el límite de cantidad específico de este medicamento, consulte las páginas 61–80.
♦Medicamento del Nivel 1: Este medicamento con receta está cubierto durante la etapa de interrupción en la cobertura. Para obtener más información, consulte el Comprobante de Cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Cyclafem 7/7/7	T2	
Cyclessa	T4	
Depo-Estradiol	T4	
Desogen	T4	
Divigel[†]	T4	QL
Emoquette	T2	
Enjuvia	T3	
Enpresse	T2	
Estrace (Cream)	T4	
Estraderm	T3	
Estradiol♦	T1	
Estradiol Valerate	T3	
Estradiol/Norethindrone Acetate	T2	
Estring[†]	T4	QL
Estropipate♦	T1	
Estrostep Fe	T4	
Femhrt Low Dose	T4	
Femring[†]	T4	QL
Femtrace	T4	
Gianvi	T2	
Introvale	T2	
Jinteli	T2	
Junel♦	T1	
Junel Fe♦	T1	
Kariva♦	T1	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Kelnor	T2	
Leena	T2	
Lessina	T2	
Levora♦	T1	
Lo/Ovral	T4	
Loestrin	T4	
Loestrin Fe	T4	
Loseasonique	T4	
Low-Ogestrel	T2	
Lutera♦	T1	
Menest	T3	
Microgestin♦	T1	
Microgestin Fe♦	T1	
MonoNessa♦	T1	
Necon♦	T1	
Nortrel♦	T1	
NuvaRing	T3	
Ocella	T2	
Ogestrel	T2	
Orsythia	T2	
Ortho Evra	T4	
Ortho Tri-Cyclen Lo	T4	
Ortho-Cept	T4	
Ortho-Cyclen	T4	
Ortho-Est	T2	

Letra en negrita = Medicamento de marca PA = Autorización previa B/D = Parte B o D de Medicare
LA = Medicamento de acceso limitado QL = Límites de cantidad ST = Terapia escalonada
[†]Para conocer el límite de cantidad específico de este medicamento, consulte las páginas 61–80.
♦Medicamento del Nivel 1: Este medicamento con receta está cubierto durante la etapa de interrupción en la cobertura. Para obtener más información, consulte el Comprobante de Cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Ortho-Novum 7/7/7	T4	
Ovcon	T4	
Portia♦	T1	
Prefest	T4	
Premarin (Cream, Tablet)	T3	
Premphase	T3	
Prempro	T3	
Previfem	T2	
Quasense♦	T1	
Reclipsen♦	T1	
Seasonale	T4	
Seasonique	T4	
Solia	T2	
Sprintec♦	T1	
Sronyx	T2	
Tri-Legest Fe	T2	
TriNessa♦	T1	
Tri-Previfem♦	T1	
Tri-Sprintec♦	T1	
Trivora♦	T1	
Vagifem	T4	
Velivet	T2	
Vestura♦	T1	
Vivelle-Dot	T3	
Yasmin	T4	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Zeosa	T2	
Zovia♦	T1	
Progestinas: Medicamentos para Reemplazo/Modificación Hormonal		
Camila	T2	
Crinone	T4	
Depo-Provera (400mg/ml Injection)	T4	
Ella	T4	
Errin	T2	
Jolivette♦	T1	
Medroxyprogesterone Acetate (Injection)	T3	
Medroxyprogesterone Acetate (Tablet)♦	T1	
Megace ES	T4	
Megestrol Acetate♦	T1	
Next Choice	T2	
Nora-BE♦	T1	
Norethindrone Acetate♦	T1	
Ortho Micronor	T4	
Prometrium	T4	
Agentes Modificadores del Receptor de Estrógenos Selectivo: Medicamentos para Reemplazo/Modificación Hormonal		
Evista[†]	T3	QL

Letra en negrita = Medicamento de marca PA = Autorización previa B/D = Parte B o D de Medicare
LA = Medicamento de acceso limitado QL = Límites de cantidad ST = Terapia escalonada
[†]Para conocer el límite de cantidad específico de este medicamento, consulte las páginas 61–80.
♦Medicamento del Nivel 1: Este medicamento con receta está cubierto durante la etapa de interrupción en la cobertura. Para obtener más información, consulte el Comprobante de Cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Agentes Hormonales, Estimulantes/de Reemplazo/Modificadores (Tiroides): Medicamentos para Reemplazar las Hormonas Tiroideas		
Agentes Hormonales, Estimulantes/de Reemplazo/Modificadores (Tiroides): Medicamentos de Reemplazo de la Tiroides		
Levothroid	T3	
Levothyroxine Sodium♦	T1	
Levoxyl♦	T1	
Liothyronine Sodium (Injection)	T3	
Liothyronine Sodium (Tablet)♦	T1	
Synthroid	T3	
Thyrolar	T3	
Unithroid♦	T1	
Agentes Hormonales, Supresores (Suprarrenales): Medicamentos para Regular las Hormonas		
Agentes Hormonales, Supresores (Suprarrenales): Supresores Hormonales		
Lysodren	T3	
Agentes Hormonales, Supresores (Paratiroides): Medicamentos para Regular las Hormonas		
Agentes Hormonales, Supresores (Paratiroides): Supresores Hormonales		
Sensipar (30mg Tablet) [†]	T3	QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Sensipar (60mg Tablet, 90mg Tablet) [†]	T5	QL
Agentes Hormonales, Supresores (Pituitaria): Medicamentos para Regular las Hormonas		
Agentes Hormonales, Supresores (Pituitaria): Supresores Hormonales		
Cabergoline	T3	
Eligard [†]	T4	QL
Leuprolide Acetate	T3	
Lupron Depot (11.25mg Injection, 3.75mg Injection) [†]	T4	QL
Lupron Depot (22.5mg Injection, 30mg Injection, 45mg Injection, 7.5mg Injection) [†]	T5	QL
Lupron Depot-PED	T5	
Octreotide Acetate (1,000mcg/ml Injection)	T5	PA
Octreotide Acetate (100mcg/ml Injection, 50mcg/ml Injection) [†]	T4	PA,QL
Octreotide Acetate (200mcg/ml Injection, 500mcg/ml Injection) [†]	T5	PA,QL
Sandostatin (1,000mcg/ml Injection)	T5	PA
Sandostatin (100mcg/ml Injection, 200mcg/ml Injection, 500mcg/ml Injection, 50mcg/ml Injection) [†]	T5	PA,QL

Letra en negrita = Medicamento de marca **PA** = Autorización previa **B/D** = Parte B o D de Medicare
LA = Medicamento de acceso limitado **QL** = Límites de cantidad **ST** = Terapia escalonada
[†]Para conocer el límite de cantidad específico de este medicamento, consulte las páginas 61–80.
♦Medicamento del Nivel 1: Este medicamento con receta está cubierto durante la etapa de interrupción en la cobertura. Para obtener más información, consulte el Comprobante de Cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Sandostatin LAR Depot	T5	PA
Somatuline Depot	T5	PA
Somavert	T5	PA
Synarel	T5	PA
Trelstar Depot	T5	
Trelstar LA	T5	
Trelstar Mixject	T5	
Agentes Hormonales, Supresores (Hormonas/Modificadores Sexuales): Medicamentos para Regular las Hormonas		
Antiandrógenos: Supresores Hormonales		
Bicalutamide♦	T1	
Flutamide	T3	
Nilandron	T4	
Agentes Hormonales, Supresores (Tiroides): Medicamentos para Suprimir las Hormonas Tiroideas		
Agentes Antitiroideos: Medicamentos de Supresión de la Tiroides		
Methimazole♦	T1	
Propylthiouracil	T2	
Agentes Inmunológicos: Medicamentos para Estimular o Suprimir el Sistema Inmunológico		
Supresores Inmunológicos: Medicamentos para el Sistema Inmunológico		
Actemra	T5	PA

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Azasan	T4	
Azathioprine♦	T1	
Azathioprine Sodium	T3	
Benlysta	T5	PA
Cellcept (Capsule)	T4	B/D,PA
Cellcept (Oral Suspension, Tablet)	T5	B/D,PA
Cellcept Intravenous	T4	B/D,PA
Cimzia	T5	PA
Cyclosporine	T3	B/D
Cyclosporine Modified	T3	B/D
Enbrel†	T5	PA,QL
Gengraf (Capsule)	T3	B/D
Gengraf (Oral Solution)	T4	B/D
Humira†	T5	PA,QL
Humira Starter Kit†	T5	PA,QL
Methotrexate (Tablet)♦	T1	
Methotrexate Sodium (1gm Injection)	T3	
Methotrexate Sodium (25mg/ml Injection)	T3	
Mycophenolate Mofetil	T3	B/D,PA
Myfortic (180mg Delayed Release Tablet)	T4	B/D
Myfortic (360mg Delayed Release Tablet)	T5	B/D
Nulojix	T5	B/D,PA

Letra en negrita = Medicamento de marca PA = Autorización previa B/D = Parte B o D de Medicare
LA = Medicamento de acceso limitado QL = Límites de cantidad ST = Terapia escalonada
 †Para conocer el límite de cantidad específico de este medicamento, consulte las páginas 61–80.
 ♦Medicamento del Nivel 1: Este medicamento con receta está cubierto durante la etapa de interrupción en la cobertura. Para obtener más información, consulte el Comprobante de Cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Orencia [†]	T5	PA,QL
Prograf (Injection)	T4	B/D,PA
Rapamune (0.5mg Tablet) [†]	T4	B/D,QL
Rapamune (1mg Tablet, 2mg Tablet, Oral Solution)	T5	B/D
Remicade	T5	PA
Sandimmune (Capsule, Oral Solution)	T4	B/D
Simponi [†]	T5	PA,QL
Tacrolimus (0.5mg Capsule, 1mg Capsule) [†]	T3	B/D,PA,QL
Tacrolimus (5mg Capsule)	T5	B/D,PA
Trexall	T4	
Zortress (0.25mg Tablet) [†]	T4	B/D,PA,QL
Zortress (0.5mg Tablet, 0.75mg Tablet)	T5	B/D,PA
Agentes de Inmunización, Pasivos: Medicamentos para el Sistema Inmunológico		
Atgam	T5	B/D
Carimune Nanofiltered	T5	B/D,PA
Gamastan S/D	T3	PA
Gammagard Liquid	T5	B/D,PA
Gammaplex	T5	B/D,PA
Gamunex	T5	B/D,PA
Hizentra [†]	T5	B/D,PA,QL
Privigen	T5	B/D,PA

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Thymoglobulin	T5	B/D
Vivaglobin	T5	B/D,PA
Inmunomoduladores: Medicamentos para el Sistema Inmunológico		
Actimmune	T5	
Arcalyst	T5	PA
Avonex [†]	T5	PA,QL
Betaseron [†]	T5	PA,QL
Copaxone [†]	T5	PA,QL
Gilenya [†]	T5	PA,QL
Ilaris	T5	PA
Infergen	T5	PA
Intron-A (10mu Injection, 10mu Pen Injection, 5mu Pen Injection)	T5	PA
Intron-A (3mu Pen Injection) [†]	T4	PA,QL
Intron-A (6mu Pen Injection)	T4	PA
Kineret [†]	T5	PA,QL
Leflunomide♦	T1	
Orthoclone OKT3	T5	B/D
Pegasys	T5	PA
Pegasys Proclick	T5	PA
Peg-Intron	T5	PA
Rebif [†]	T5	PA,QL
Rebif Titration Pack [†]	T5	PA,QL

Letra en negrita = Medicamento de marca PA = Autorización previa B/D = Parte B o D de Medicare
LA = Medicamento de acceso limitado QL = Límites de cantidad ST = Terapia escalonada
[†]Para conocer el límite de cantidad específico de este medicamento, consulte las páginas 61–80.
♦Medicamento del Nivel 1: Este medicamento con receta está cubierto durante la etapa de interrupción en la cobertura. Para obtener más información, consulte el Comprobante de Cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Ridaura	T4	
Simulect	T5	B/D
Synagis	T5	
Tysabri	T5	PA,LA
Vacunas		
Acthib	T3	
Adacel	T3	
Boostrix	T3	
Cervarix	T4	
Comvax	T3	
Daptacel	T3	
Decavac	T3	
Diphtheria/Tetanus Toxoid Pediatric	T3	
Engerix-B	T3	B/D
Gardasil	T3	
Havrix	T3	
Imovax Rabies (H.D.C.V.)	T3	B/D
Infanrix	T3	
Ipol Inactivated IPV	T3	
Ixiaro	T3	
Je-Vax	T3	
Menactra	T3	
Menomune-A/C/Y/W-135	T3	
Menveo	T3	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
M-M-R II	T3	
Pedvax HIB	T3	
ProQuad	T3	
Rabavert	T3	
Recombivax HB	T3	B/D
RotaTaq	T3	
Tetanus Toxoid Adsorbed	T3	
Tetanus/Diphtheria Toxoids-Adsorbed Adult	T3	
Tripedia	T3	
Twinrix	T3	
Typhim Vi	T3	
Vaqta	T3	
Varivax	T3	
YF-Vax	T3	
Zostavax	T4	
Agentes para la Enfermedad Inflamatoria Intestinal: Medicamentos para Tratar la Enfermedad Inflamatoria Intestinal		
Glucocorticoides: Medicamentos para la Enfermedad Inflamatoria Intestinal		
Budesonide (24-Hour Capsule)	T4	
Colocort	T3	
Cortifoam	T4	
Entocort EC	T4	
Hydrocortisone (Enema)	T3	

Letra en negrita = Medicamento de marca PA = Autorización previa B/D = Parte B o D de Medicare
LA = Medicamento de acceso limitado QL = Límites de cantidad ST = Terapia escalonada
†Para conocer el límite de cantidad específico de este medicamento, consulte las páginas 61–80.
♦Medicamento del Nivel 1: Este medicamento con receta está cubierto durante la etapa de interrupción en la cobertura. Para obtener más información, consulte el Comprobante de Cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Millipred	T4	
Salicilatos: Medicamentos para la Enfermedad Inflamatoria Intestinal		
Apriso [†]	T3	QL
Asacol	T3	
Balsalazide Disodium	T3	
Canasa	T3	
Mesalamine	T3	
Pentasa	T4	
Rowasa	T5	
Sulfonamidas: Medicamentos para la Enfermedad Inflamatoria Intestinal		
Sulfasalazine♦	T1	
Sulfazine EC♦	T1	
Agentes para la Osteopatía Metabólica: Medicamentos para Tratar las Condiciones de los Huesos		
Agentes para la Osteopatía Metabólica: Medicamentos para la Osteoporosis (Pérdida de Densidad Ósea)		
Actonel [†]	T3	QL
Alendronate Sodium♦	T1	
Aredia (30mg Injection)	T4	B/D,ST
Aredia (90mg Injection)	T5	ST
Atelvia [†]	T3	QL
Boniva (Injection) [†]	T4	B/D,QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Calcitonin-Salmon (Nasal Spray) [†]	T3	QL
Calcitriol (Capsule, Oral Solution)♦	T1	B/D
Calcitriol (Injection)	T3	B/D
Etidronate Disodium	T3	
Forteo	T4	B/D,PA
Fortical[†]	T3	QL
Fosamax (Oral Solution)[†]	T4	QL,ST
Hectorol	T3	B/D
Miacalcin (Injection)	T4	B/D,PA
Pamidronate Disodium	T3	
Prolia[†]	T4	PA,QL
Reclast	T4	PA
Xgeva[†]	T5	PA,QL
Zemplar	T3	B/D
Zometa	T5	
Agentes Terapéuticos Varios		
Agrylin	T4	
Alcohol Preps♦	T1	
Anagrelide HCl♦	T1	
Dextrose 10%	T3	
Dextrose 5%	T3	
Firazyr	T5	PA
Gauze Pads♦	T1	
Insulin Syringes, Needles	T2	

Letra en negrita = Medicamento de marca **PA** = Autorización previa **B/D** = Parte B o D de Medicare
LA = Medicamento de acceso limitado **QL** = Límites de cantidad **ST** = Terapia escalonada
[†]Para conocer el límite de cantidad específico de este medicamento, consulte las páginas 61–80.
♦Medicamento del Nivel 1: Este medicamento con receta está cubierto durante la etapa de interrupción en la cobertura. Para obtener más información, consulte el Comprobante de Cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Intralipid (20% Injection)	T4	B/D
Intralipid (30% Injection)	T4	B/D
Leucovorin Calcium (Injection)	T3	
Leucovorin Calcium (Tablet)	T2	
Levocarnitine	T3	B/D
Liposyn II	T4	B/D
Liposyn III (10% Injection, 20% Injection)	T4	B/D
Liposyn III (30% Injection)	T4	B/D
Methergine	T3	
Methylergonovine Maleate	T2	
Sterile Water Irrigation	T3	
Xenazine	T5	PA
Agentes Oftálmicos: Medicamentos para Tratar las Condiciones de los Ojos		
Agentes Oftálmicos, Otros: Medicamentos Varios para los Ojos		
AK-Con	T2	
Alcaine	T4	
Lacrisert	T4	
Parcaine	T2	
Proparacaine HCl	T2	
Restasis[†]	T3	QL
Tropicamide	T2	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Agentes Antialérgicos Oftálmicos: Medicamentos para Alergias, Infecciones e Inflamaciones		
Alamast	T4	
Alocril	T4	
Alomide	T4	
Azelastine HCl (Ophthalmic Solution)	T3	
Bepreve[†]	T4	QL
Cromolyn Sodium (Ophthalmic Solution)♦	T1	
Epinastine HCl	T3	
Lastacaft	T3	
Pataday	T3	
Patanol	T3	
Agentes Antiglaucoma Oftálmicos: Medicamentos para el Glaucoma		
Acetazolamide♦	T1	
Acetazolamide ER♦	T1	
Alphagan P (0.1% Ophthalmic Solution)	T3	
Apraclonidine	T3	
Azopt	T3	
Betaxolol HCl (Ophthalmic Solution)	T2	
Betimol	T4	
Betoptic-S	T4	
Brimonidine Tartrate (0.2% Ophthalmic Solution)♦	T1	

Letra en negrita = Medicamento de marca PA = Autorización previa B/D = Parte B o D de Medicare
LA = Medicamento de acceso limitado QL = Límites de cantidad ST = Terapia escalonada
[†]Para conocer el límite de cantidad específico de este medicamento, consulte las páginas 61–80.
♦Medicamento del Nivel 1: Este medicamento con receta está cubierto durante la etapa de interrupción en la cobertura. Para obtener más información, consulte el Comprobante de Cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Carteolol HCl♦	T1	
Combigan	T3	
Dorzolamide HCl†♦	T1	QL
Dorzolamide HCl/ Timolol Maleate†	T3	QL
Iopidine (1% Ophthalmic Solution)	T4	
Istalol	T4	
Levobunolol HCl♦	T1	
Methazolamide♦	T1	
Metipranolol	T2	
Optipranolol	T4	
Phospholine Iodide	T3	
Pilopine HS	T3	
Timolol Maleate♦	T1	
Agentes Antiglaucoma Oftálmicos: Medicamentos para el Glaucoma		
Alrex	T3	
Blephamide	T3	
Blephamide S.O.P.	T3	
Bromday	T4	
Bromfenac	T3	
Cortisporin	T4	
Dexamethasone Sodium Phosphate (Ophthalmic Solution)	T2	
Diclofenac Sodium♦	T1	
Durezol	T3	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Flarex	T3	
Fluorometholone♦	T1	
Flurbiprofen Sodium♦	T1	
FML	T3	
FML Forte	T3	
Ketorolac Tromethamine (Ophthalmic Solution)	T2	
Lotemax	T3	
Neomycin/Polymyxin/ Bacitracin/ Hydrocortisone♦	T1	
Neomycin/Polymyxin/ Dexamethasone♦	T1	
Neomycin/Polymyxin/ Hydrocortisone (Ophthalmic Suspension)♦	T1	
Nevanac	T3	
Poly-Dex	T2	
Poly-Pred	T4	
Pred Mild	T3	
Pred-G	T3	
Pred-G S.O.P.	T3	
Prednisolone Acetate♦	T1	
Prednisolone Sodium Phosphate (Ophthalmic Solution)	T2	
Sulfacetamide Sodium/ Prednisolone Sodium Phosphate	T2	
Tobradex (Ophthalmic Ointment)	T3	

Letra en negrita = Medicamento de marca PA = Autorización previa B/D = Parte B o D de Medicare
LA = Medicamento de acceso limitado QL = Límites de cantidad ST = Terapia escalonada
†Para conocer el límite de cantidad específico de este medicamento, consulte las páginas 61–80.
♦Medicamento del Nivel 1: Este medicamento con receta está cubierto durante la etapa de interrupción en la cobertura. Para obtener más información, consulte el Comprobante de Cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Tobradex (Ophthalmic Suspension)	T4	
Tobramycin/ Dexamethasone	T3	
Vexol	T4	
Zylet	T3	
Análogos de la Prostaglandina y Prostaglandina Oftálmica: Medicamentos para el Glaucoma		
Latanoprost [†]	T2	QL
Lumigan[†]	T3	QL
Travatan Z[†]	T3	QL
Agentes Óticos: Medicamentos para Tratar las Condiciones de los Oídos		
Agentes Óticos: Medicamentos para el Oído		
Acetasol HC	T3	
Acetic Acid [◆]	T1	
Cipro HC	T4	
Ciprodex	T3	
Coly-Mycin S	T4	
Cortisporin	T4	
Cortisporin-TC	T4	
Cortomycin	T2	
Dermotic	T3	
Fluocinolone Acetonide	T2	
Hydrocortisone/Acetic Acid	T3	
Neomycin/Polymyxin/ Hydrocortisone (Solution, Suspension) [◆]	T1	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Agentes del Tracto Respiratorio: Medicamentos para Tratar Alergias, Tos, Resfríos y Condiciones del Pulmón		
Antihistaminas: Medicamentos para Alergias		
Astepro[†]	T3	QL
Azelastine HCl (Nasal Spray) [†]	T3	QL
Carbinoxamine Maleate [◆]	T1	
Cetirizine HCl [†]	T2	QL
Clemastine Fumarate [◆]	T1	
Hydroxyzine HCl (Injection)	T2	
Hydroxyzine HCl (Syrup, Tablet) [◆]	T1	
Patanase[†]	T3	QL
Phenadoz	T3	
Promethazine HCl	T3	
Promethegan	T3	
Antiinflamatorios, Corticosteroides Inhalables: Medicamentos para el Asma/los Pulmones		
Advair Diskus[†]	T2	QL
Advair HFA[†]	T2	QL
Asmanex[†]	T4	QL
Budesonide (Nebulizer Suspension)	T3	B/D
Dulera[†]	T4	QL
Flovent Diskus[†]	T2	QL
Flovent HFA[†]	T2	QL

Letra en negrita = Medicamento de marca PA = Autorización previa B/D = Parte B o D de Medicare
LA = Medicamento de acceso limitado QL = Límites de cantidad ST = Terapia escalonada
[†]Para conocer el límite de cantidad específico de este medicamento, consulte las páginas 61–80.
[◆]Medicamento del Nivel 1: Este medicamento con receta está cubierto durante la etapa de interrupción en la cobertura. Para obtener más información, consulte el Comprobante de Cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Flunisolide♦	T1	
Fluticasone Propionate♦	T1	
Nasonex †	T3	QL
Omnaris †	T4	QL
Pulmicort (Nebulizer Suspension)	T4	B/D
Pulmicort Flexhaler †	T2	QL
QVAR †	T2	QL
Symbicort †	T2	QL
Triamcinolone Acetonide (Inhaler)†	T3	QL
Antileucotrienos: Medicamentos para el Asma/los Pulmones		
Singulair †	T3	QL
Zafirlukast†	T2	QL
Broncodilatadores, Anticolinérgicos: Medicamentos para el Asma/los Pulmones		
Atrovent HFA †	T4	QL
Combivent †	T2	QL
Ipratropium Bromide (Nasal Spray)♦	T1	
Ipratropium Bromide (Nebulizer Solution)♦	T1	B/D
Ipratropium Bromide/ Albuterol Sulfate (Nebulizer Solution)♦	T1	B/D
Spiriva Handihaler †	T2	QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Broncodilatadores, Inhibidores de la Fosfodiesterasa (Xantines): Medicamentos para el Asma/los Pulmones		
Aminophylline (Injection)	T3	
Aminophylline (Tablet)	T2	
Elixophyllin	T3	
Theo-24	T3	
Theochron	T2	
Theophylline ER♦	T1	
Broncodilatadores, Simpaticomiméticos: Medicamentos para el Asma/los Pulmones		
Albuterol Sulfate (Nebulizer Solution)♦	T1	B/D
Albuterol Sulfate (Syrup, Tablet)♦	T1	
Albuterol Sulfate ER♦	T1	
Brovana	T4	B/D
Epinephrine HCl	T3	
Epipen †	T3	QL
Foradil Aerolizer †	T3	QL,ST
Levalbuterol (Nebulizer Solution)	T4	B/D,ST
Metaproterenol Sulfate	T2	
Perforomist	T4	B/D
Proair HFA	T2	
Serevent Diskus †	T3	QL,ST
Terbutaline Sulfate (Injection)	T3	

Letra en negrita = Medicamento de marca **PA** = Autorización previa **B/D** = Parte B o D de Medicare
LA = Medicamento de acceso limitado **QL** = Límites de cantidad **ST** = Terapia escalonada
†Para conocer el límite de cantidad específico de este medicamento, consulte las páginas 61–80.
♦Medicamento del Nivel 1: Este medicamento con receta está cubierto durante la etapa de interrupción en la cobertura. Para obtener más información, consulte el Comprobante de Cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Terbutaline Sulfate (Tablet)♦	T1	
Twinject†	T4	QL
Estabilizadores de Mastocitos: Medicamentos para el Asma/los Pulmones		
Cromolyn Sodium (Nebulizer Solution)	T3	B/D
Antihipertensivos Pulmonares: Medicamentos para el Asma/los Pulmones		
Adcirca†	T5	PA,QL
Letairis†	T5	QL
Remodulin	T5	B/D,PA
Revatio (Injection)	T5	PA
Revatio (Tablet)†	T5	PA,QL
Tracleer†	T5	QL,LA
Ventavis	T5	B/D,PA
Agentes del Tracto Respiratorio, Otros: Medicamentos para el Asma/los Pulmones		
Acetylcysteine	T2	B/D
Aralast NP	T5	PA
Glassia	T5	PA
Prolastin	T5	PA
Prolastin-C	T5	PA
Pulmozyme	T5	B/D
Tyzine	T3	
Xolair	T5	PA
Zemaira	T5	PA

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Sedantes/Hipnóticos: Medicamentos Sedantes y para Dormir		
Sedantes/Hipnóticos: Medicamentos Sedantes y para Dormir		
Lunesta†	T3	QL
Rozerem†	T4	QL
Zaleplon♦	T1	QL
Zolpidem Tartrate (10mg Tablet)♦	T1	
Zolpidem Tartrate (5mg Tablet)†♦	T1	QL
Relajantes de los Músculos Esqueléticos: Medicamentos para Tratar el Dolor, la Inflamación y las Condiciones Musculares y Articulares		
Relajantes de los Músculos Esqueléticos: Medicamentos para el Control del Dolor/la Inflamación		
Carisoprodol (350mg Tablet)†	T3	QL
Chlorzoxazone†	T3	QL
Cyclobenzaprine HCl (10mg Tablet, 5mg Tablet)†	T3	QL
Metaxalone†	T3	QL
Methocarbamol†	T3	QL
Orphenadrine Citrate ER†	T3	QL
Orphenadrine/Aspirin/Caffeine†	T3	QL

Letra en negrita = Medicamento de marca PA = Autorización previa B/D = Parte B o D de Medicare

LA = Medicamento de acceso limitado QL = Límites de cantidad ST = Terapia escalonada

†Para conocer el límite de cantidad específico de este medicamento, consulte las páginas 61–80.

♦Medicamento del Nivel 1: Este medicamento con receta está cubierto durante la etapa de interrupción en la cobertura. Para obtener más información, consulte el Comprobante de Cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Nutrientes/Minerales/Electrolitos		
Terapéuticos: Medicamentos para Tratar las Deficiencias de Vitaminas, Minerales y Líquidos Corporales		
Electrolitos/Minerales: Electrolitos y Minerales		
Aminosyn	T4	B/D
Aminosyn 8.5%/ Electrolytes	T3	B/D
Aminosyn II	T4	B/D
Aminosyn II 3.5%/ Dextrose 25%	T4	B/D
Aminosyn II 3.5%/ Dextrose 5%	T4	B/D
Aminosyn II 4.25%/ Dextrose 10%	T4	B/D
Aminosyn II 4.25%/ Dextrose 20%	T4	B/D
Aminosyn II 4.25%/ Dextrose 25%	T4	B/D
Aminosyn II 5%/ Dextrose 25%	T4	B/D
Aminosyn II 8.5%/ Electrolytes	T3	B/D
Aminosyn II M 3.5%/ Dextrose 5%	T4	B/D
Aminosyn M	T4	B/D
Aminosyn-HBC	T4	B/D
Aminosyn-HF	T3	B/D
Aminosyn-PF	T4	B/D
Ammonium Chloride	T4	
Clinimix E 2.75%/ Dextrose 10%	T4	B/D

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Clinimix E 2.75%/ Dextrose 5%	T4	B/D
Clinimix E 4.25%/ Dextrose 25%	T4	B/D
Clinimix E 4.25%/ Dextrose 5%	T4	B/D
Clinimix E 5%/ Dextrose 15%	T4	B/D
Clinimix E 5%/ Dextrose 20%	T4	B/D
Clinimix E 5%/ Dextrose 25%	T4	B/D
Clinimix/Dextrose (2.75%/D5W Injection, 4.25%/D5W Injection, 5%/D15W Injection, 5%/D20W Injection, 5%/D25W Injection)	T4	B/D
Clinimix/Dextrose (4.25%/D10W Injection, 4.25%/D20W Injection, 4.25%/D25W Injection)	T4	B/D
Clinisol SF 15%	T3	B/D
Dextrose 10%/NaCl 0.2%	T3	
Dextrose 10%/NaCl 0.45%	T3	
Dextrose 2.5%/NaCl 0.45%	T3	
Dextrose 5%/ Electrolyte #48	T4	
Dextrose 5%/KCl 0.075%	T3	
Dextrose 5%/NaCl 0.2%	T3	
Dextrose 5%/NaCl 0.225%	T3	

Letra en negrita = Medicamento de marca PA = Autorización previa B/D = Parte B o D de Medicare
LA = Medicamento de acceso limitado QL = Límites de cantidad ST = Terapia escalonada
 †Para conocer el límite de cantidad específico de este medicamento, consulte las páginas 61–80.
 ♦Medicamento del Nivel 1: Este medicamento con receta está cubierto durante la etapa de interrupción en la cobertura. Para obtener más información, consulte el Comprobante de Cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Dextrose 5%/NaCl 0.33%	T3	
Dextrose 5%/NaCl 0.45%	T3	
Dextrose 5%/NaCl 0.9%	T3	
ED K+10	T2	
Freamine III (3% Injection)	T4	B/D
Freamine III (8.5% Injection)	T4	B/D
Hepatamine	T3	B/D
Hepatasol	T4	B/D
Ionosol-B/Dextrose 5%	T4	
Ionosol-MB/Dextrose 5%	T4	
Ionosol-T/Dextrose 5%	T4	
Isolyte-H/Dextrose 5%	T4	
Isolyte-M/Dextrose 5%	T3	
Isolyte-P/Dextrose 5%	T4	
Isolyte-S	T4	
Isolyte-S/Dextrose 5%	T4	
KCl (0.4meq/1ml Injection, 10meq/100ml Injection, 2meq/1ml Injection, 30meq/100ml Injection)	T3	
KCl (10meq/50ml Injection)	T3	
KCl 0.075%/D5W/NaCl 0.225%	T3	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
KCl 0.075%/D5W/NaCl 0.45%	T3	
KCl 0.15%/D10W/NaCl 0.2%	T3	
KCl 0.15%/D5W	T3	
KCl 0.15%/D5W/LR	T3	
KCl 0.15%/D5W/NaCl 0.2%	T3	
KCl 0.15%/D5W/NaCl 0.225%	T3	
KCl 0.15%/D5W/NaCl 0.33%	T3	
KCl 0.15%/D5W/NaCl 0.45% Viaflex	T3	
KCl 0.15%/D5W/NaCl 0.9%	T3	
KCl 0.15%/NaCl 0.45% Viaflex	T3	
KCl 0.15%/NaCl 0.9%	T3	
KCl 0.22%/D5W/NaCl 0.45%	T3	
KCl 0.224%/D5W	T3	
KCl 0.224%/D5W/NaCl 0.33%	T3	
KCl 0.3%/D5W	T3	
KCl 0.3%/D5W/LR IV LAC Ring	T3	
KCl 0.3%/D5W/NaCl 0.2%	T3	
KCl 0.3%/D5W/NaCl 0.45%	T3	
KCl 0.3%/D5W/NaCl 0.9%	T3	
KCl 0.3%/NaCl 0.9%	T3	

Letra en negrita = Medicamento de marca PA = Autorización previa B/D = Parte B o D de Medicare
LA = Medicamento de acceso limitado QL = Límites de cantidad ST = Terapia escalonada
†Para conocer el límite de cantidad específico de este medicamento, consulte las páginas 61–80.
♦Medicamento del Nivel 1: Este medicamento con receta está cubierto durante la etapa de interrupción en la cobertura. Para obtener más información, consulte el Comprobante de Cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Klor-Con 10♦	T1	
Klor-Con 8♦	T1	
Klor-Con M15♦	T1	
Klor-Con M20♦	T1	
Lactated Ringer's	T3	
Lactated Ringer's Irrigation	T3	
Magnesium Sulfate (40mg/ml Injection, 80mg/ml Injection)	T3	
Magnesium Sulfate (50% Injection)	T2	
Magnesium Sulfate in D5W	T3	
Nephramine	T4	B/D
Normosol-M in D5W	T3	
Normosol-R	T4	
Normosol-R in D5W	T3	
Physiolyte	T4	
Physiosol Irrigation	T4	
Plasma-Lyte	T4	
Plasma-Lyte/D5W	T4	
Plasma-Lyte-R	T3	
Potassium Chloride ER♦	T1	
Potassium Citrate ER	T3	
Premasol (10% Injection)	T4	B/D
Premasol (6% Injection)	T4	B/D
Procalamine	T4	B/D

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos y Límites
Prosol	T4	B/D
Ringer's Injection	T3	
Ringer's Irrigation	T3	
Sodium Bicarbonate	T2	
Sodium Chloride♦	T1	
Sodium Chloride 0.45% Viaflex♦	T1	
Sodium Chloride 0.9%♦	T1	
Sodium Fluoride (Tablet)	T2	
Sodium Lactate	T3	
Tis-U-Sol	T3	
TPN Electrolytes	T3	
Travasol	T4	B/D
Trophamine	T4	B/D
Nutrientes/Minerales/Electrolitos Terapéuticos - Electrolitos, Minerales y Nutrientes		
Fusilev	T5	
Vitaminas		
Prenatal Vitaminas	T2	

Letra en negrita = Medicamento de marca **PA** = Autorización previa **B/D** = Parte B o D de Medicare
LA = Medicamento de acceso limitado **QL** = Límites de cantidad **ST** = Terapia escalonada
†Para conocer el límite de cantidad específico de este medicamento, consulte las páginas 61–80.
♦Medicamento del Nivel 1: Este medicamento con receta está cubierto durante la etapa de interrupción en la cobertura. Para obtener más información, consulte el Comprobante de Cobertura.

Medicamentos con límite de cantidad

Esta lista muestra los medicamentos que tienen un límite de cantidad. El plan cubrirá sólo una cierta cantidad (días de suministro o cantidad proporcionada) de estos medicamentos por un copago/coaseguro o durante un cierto número de días. Estos límites pueden establecerse para asegurar el uso seguro y eficaz de un medicamento.

Los medicamentos están ordenados alfabéticamente por nombre en el cuadro a continuación. Algunos medicamentos se presentan en muchas concentraciones y cada concentración puede tener un límite de cantidad diferente. Si los límites de cantidad varían por concentración, las diferentes concentraciones están en renglones separados. Para obtener más información acerca de los límites de cantidad, hable con su médico o farmacéutico. También puede llamar al Servicio al Cliente al **1-877-624-8787**, TTY **711**, 15/10 – 1/3 de 8:00 am a 8:00 pm hora local, los 7 días de la semana; 2/3 – 14/10 de 8:00 am a 8:00 pm hora local, Lunes - Viernes.

Nombre del Medicamento	Límite de Cantidad
Acarbose (100mg Tablet)	Máximo de 3 comprimidos por día
Acarbose (25mg Tablet)	Máximo de 12 comprimidos por día
Acarbose (50mg Tablet)	Máximo de 6 comprimidos por día
Acetaminophen/Caffeine/ Dihydrocodeine Bitartrate	Máximo de 5 comprimidos por día
Acetaminophen/Codeine (300-15mg Tablet)	Máximo de 13 comprimidos por día
Acetaminophen/Codeine (300-30mg Tablet)	Máximo de 12 comprimidos por día
Acetaminophen/Codeine (300-60mg Tablet)	Máximo de 6 comprimidos por día
Acetaminophen/Codeine (Oral Solution)	Máximo de 150 ml por día
Actiq	Máximo de 4 pastillas por día
Actonel (150mg Tablet)	Máximo de 1 comprimido cada 28 días
Actonel (30mg Tablet, 5mg Tablet)	Máximo de 1 comprimido por día
Actonel (35mg Tablet)	Máximo de 4 comprimidos cada 28 días
Actoplus Met	Máximo de 3 comprimidos por día
Actos (15mg Tablet)	Máximo de 3 comprimidos por día
Actos (30mg Tablet, 45mg Tablet)	Máximo de 1 comprimido por día
Adcirca	Máximo de 2 comprimidos por día
Advair Diskus	Máximo de 2 blísteres por día
Advair HFA	Máximo de 1 inhalador cada 30 días
Aggrenox	Máximo de 2 cápsulas por día
Alfuzosin HCl ER	Máximo de 1 comprimido por día

Letra en negrita = Medicamento de marca

Nombre del Medicamento	Límite de Cantidad
Amitiza	Máximo de 2 cápsulas por día
Amlodipine Besylate/Benazepril HCl	Máximo de 1 cápsula por día
Amphetamine/Dextroamphetamine (10mg Tablet)	Máximo de 6 comprimidos por día
Amphetamine/Dextroamphetamine (12.5mg Tablet)	Máximo de 5 comprimidos por día
Amphetamine/Dextroamphetamine (15mg Tablet)	Máximo de 4 comprimidos por día
Amphetamine/Dextroamphetamine (20mg Tablet)	Máximo de 3 comprimidos por día
Amphetamine/Dextroamphetamine (30mg Tablet)	Máximo de 2 comprimidos por día
Amphetamine/Dextroamphetamine (5mg Tablet)	Máximo de 12 comprimidos por día
Amphetamine/Dextroamphetamine (7.5mg Tablet)	Máximo de 8 comprimidos por día
Ampyra	Máximo de 2 comprimidos por día
Anzemet (100mg Tablet)	Máximo de 3 comprimidos por receta o suministro de 3 días
Anzemet (50mg Tablet)	Máximo de 6 comprimidos por receta o suministro de 3 días
Apokyn	Máximo de 60 ml cada 31 días
Apriso	Máximo de 4 cápsulas por día
Aranesp Albumin Free (25mcg/0.42ml Injection, 40mcg/0.4ml Injection, 60mcg/0.3ml Injection, 100mcg/0.5ml Injection, 150mcg/0.3ml Injection, 200mcg/0.4ml Injection, 300mcg/0.6ml Injection)	Máximo de 4 jeringas cada 28 días
Aranesp Albumin Free (25mcg/1ml Injection, 40mcg/1ml Injection, 60mcg/1ml Injection, 100mcg/1ml Injection, 200mcg/1ml Injection, 300mcg/1ml Injection)	Máximo de 4 viales cada 28 días
Aranesp Albumin Free (500mcg/1ml Injection)	Máximo de 1 jeringa cada 21 días
Aricept (23mg Tablet)	Máximo de 1 comprimido por día
Arixtra	Máximo de 1 jeringa por día
Ascomp/Codeine	Máximo de 6 cápsulas por día

Letra en negrita = Medicamento de marca

Nombre del Medicamento	Límite de Cantidad
Asmanex	Máximo de 1 inhalador cada 30 días
Astepro	Máximo de 2 frascos cada 31 días
Atelvia	Máximo de 4 comprimidos cada 28 días
Atorvastatin Calcium	Máximo de 1 comprimido por día
Atrovent HFA	Máximo de 2 inhaladores cada 31 días
Avandamet (2-1,000mg Tablet, 4-1,000mg Tablet, 4-500mg Tablet)	Máximo de 2 comprimidos por día
Avandamet (2-500mg Tablet)	Máximo de 4 comprimidos por día
Avandaryl	Máximo de 1 comprimido por día
Avandia (2mg Tablet)	Máximo de 4 comprimidos por día
Avandia (4mg Tablet)	Máximo de 2 comprimidos por día
Avandia (8mg Tablet)	Máximo de 1 comprimido por día
Avinza (120mg 24-Hour Capsule)	Máximo de 6 cápsulas por día
Avinza (30mg 24-Hour Capsule, 45mg 24-Hour Capsule, 60mg 24-Hour Capsule, 75mg 24-Hour Capsule, 90mg 24-Hour Capsule)	Máximo de 4 cápsulas por día
Avodart	Máximo de 1 cápsula por día
Avonex	Máximo de 1 kit cada 28 días
Azelastine HCl (Nasal Spray)	Máximo de 2 frascos cada 31 días
Azor	Máximo de 1 comprimido por día
Banzel (Oral Suspension)	Máximo de 80 ml por día
Banzel (Tablet)	Máximo de 8 comprimidos por día
Benicar	Máximo de 1 comprimido por día
Benicar HCT	Máximo de 1 comprimido por día
Bepreve	Máximo de 1 frasco cada 30 días
Betaseron	Máximo de 14 viales cada 28 días
Boniva (Injection)	Máximo de 1 jeringa cada 90 días
Brilinta	Máximo de 2 comprimidos por día
Budeprion SR (100mg 12-Hour Tablet)	Máximo de 4 comprimidos por día
Budeprion SR (150mg 12-Hour Tablet)	Máximo de 2 comprimidos por día

Letra en negrita = Medicamento de marca

Nombre del Medicamento	Límite de Cantidad
Budeprion XL (150mg 24-Hour Tablet)	Máximo de 3 comprimidos por día
Budeprion XL (300mg 24-Hour Tablet)	Máximo de 1 comprimido por día
Buprenorphine HCl (2mg Sublingual Tablet)	Máximo de 16 comprimidos por receta
Buprenorphine HCl (8mg Sublingual Tablet)	Máximo de 8 comprimidos por receta
Buproban	Máximo de 2 comprimidos por día
Bupropion HCl (100mg Tablet)	Máximo de 4 comprimidos por día
Bupropion HCl (75mg Tablet)	Máximo de 3 comprimidos por día
Bupropion HCl SR (100mg 12-Hour Tablet)	Máximo de 4 comprimidos por día
Bupropion HCl SR (150mg 12-Hour Tablet, 200mg 12-Hour Tablet)	Máximo de 2 comprimidos por día
Butalbital/Acetaminophen/Caffeine/Codeine	Máximo de 6 cápsulas por día
Butorphanol Tartrate (Nasal Spray)	Máximo de 2 frascos por receta
Byetta	Máximo de 1 pluma cada 30 días
Bystolic (10mg Tablet, 5mg Tablet)	Máximo de 3 comprimidos por día
Bystolic (2.5mg Tablet)	Máximo de 1 comprimido por día
Bystolic (20mg Tablet)	Máximo de 2 comprimidos por día
Calcitonin-Salmon (Nasal Spray)	Máximo de 1 frasco cada 31 días
Carisoprodol (350mg Tablet)	Máximo de 4 comprimidos por día
Catapres-TTS (0.1mg/24hr Weekly Patch)	Máximo de 1 parche cada 7 días
Catapres-TTS (0.2mg/24hr Weekly Patch, 0.3mg/24hr Weekly Patch)	Máximo de 2 parches cada 7 días
Celebrex	Máximo de 2 cápsulas por día
Cesamet	Máximo de 20 cápsulas por receta o suministro de 3 días
Cetirizine HCl	Máximo de 10 ml por día
Chantix (0.5mg Tablet, 1mg Tablet)	Máximo de 2 comprimidos por día
Chantix Pak	Máximo de 1 paquete por receta
Chlorzoxazone	Máximo de 6 comprimidos por día
Clonidine HCl (0.1mg/24hr Weekly Patch)	Máximo de 1 parche cada 7 días

Letra en negrita = Medicamento de marca

Nombre del Medicamento	Límite de Cantidad
Clonidine HCl (0.2mg/24hr Weekly Patch, 0.3mg/24hr Weekly Patch)	Máximo de 2 parches cada 7 días
Co-Gesic	Máximo de 8 comprimidos por día
Colcrys	Máximo de 2 comprimidos por día
Combivent	Máximo de 2 inhaladores cada 31 días
Copaxone	Máximo de 1 kit cada 30 días
Crestor	Máximo de 1 comprimido por día
Cyclobenzaprine HCl (10mg Tablet, 5mg Tablet)	Máximo de 3 comprimidos por día
Cymbalta	Máximo de 2 cápsulas por día
Dexilant	Máximo de 2 cápsulas por día
Dexmethylphenidate HCl (10mg Tablet)	Máximo de 2 comprimidos por día
Dexmethylphenidate HCl (2.5mg Tablet)	Máximo de 8 comprimidos por día
Dexmethylphenidate HCl (5mg Tablet)	Máximo de 4 comprimidos por día
Dextroamphetamine Sulfate (10mg Tablet)	Máximo de 6 comprimidos por día
Dextroamphetamine Sulfate (5mg Tablet)	Máximo de 12 comprimidos por día
Dextroamphetamine Sulfate ER (10mg 24-Hour Capsule)	Máximo de 5 cápsulas por día
Dextroamphetamine Sulfate ER (15mg 24-Hour Capsule)	Máximo de 4 cápsulas por día
Dextroamphetamine Sulfate ER (5mg 24-Hour Capsule)	Máximo de 2 cápsulas por día
Diovan (160mg Tablet, 40mg Tablet, 80mg Tablet)	Máximo de 2 comprimidos por día
Diovan (320mg Tablet)	Máximo de 1 comprimido por día
Diovan HCT (160mg-12.5mg Tablet, 160mg-25mg Tablet, 80mg-12.5mg Tablet)	Máximo de 2 comprimidos por día
Diovan HCT (320mg-12.5mg Tablet, 320mg-25mg Tablet)	Máximo de 1 comprimido por día
Divigel	Máximo de 60 paquetes cada 31 días
Donepezil HCl (10mg Dispersible Tablet, 10mg Tablet)	Máximo de 2 comprimidos por día
Donepezil HCl (5mg Dispersible Tablet, 5mg Tablet)	Máximo de 1 comprimido por día

Letra en negrita = Medicamento de marca

Nombre del Medicamento	Límite de Cantidad
Dorzolamide HCl	Máximo de 10 ml cada 31 días
Dorzolamide HCl/Timolol Maleate	Máximo de 10 ml cada 31 días
Dronabinol (10mg Capsule)	Máximo de 2 cápsulas por día
Dronabinol (2.5mg Capsule, 5mg Capsule)	Máximo de 6 cápsulas por día
Duetact	Máximo de 1 comprimido por día
Dulera	Máximo de 1 inhalador cada 30 días
Effient	Máximo de 1 comprimido por día
Egrifta	Máximo de 60 viales cada 30 días
Eligard (22.5mg Injection)	Máximo de 1 kit cada 84 días
Eligard (30mg Injection)	Máximo de 1 kit cada 112 días
Eligard (45mg Injection)	Máximo de 1 kit cada 168 días
Eligard (7.5mg Injection)	Máximo de 1 kit cada 28 días
Emend (125mg Capsule)	Máximo de 2 cápsulas por receta
Emend (40mg Capsule)	Máximo de 1 cápsula por receta
Emend (80mg Capsule)	Máximo de 4 cápsulas por receta
Emend Pak	Máximo de 6 cápsulas por receta
Emsam	Máximo de 1 parche por día
Enablex	Máximo de 1 comprimido por día
Enbrel	Máximo de 8 jeringas cada 28 días
Endocet (10-325mg Tablet, 5-325mg Tablet, 7.5-325mg Tablet)	Máximo de 12 comprimidos por día
Endocet (10-650mg Tablet)	Máximo de 6 comprimidos por día
Endocet (7.5-500mg Tablet)	Máximo de 8 comprimidos por día
Endodan	Máximo de 12 comprimidos por día
Enoxaparin Sodium	Máximo de 2 jeringas por día
Epipen	Máximo de 2 jeringas por receta
Epogen (10,000units/ml Injection, 20,000units/ml Injection)	Máximo de 12 ml cada 28 días
Epogen (2,000units/ml Injection)	Máximo de 15 ml cada 31 días

Letra en negrita = Medicamento de marca

Nombre del Medicamento	Límite de Cantidad
Epogen (3,000units/ml Injection, 4,000units/ml Injection)	Máximo de 30 ml cada 31 días
Ergotamine Tartrate/Caffeine	Máximo de 6 comprimidos por día
Estring	Máximo de 1 aro cada 90 días
Evista	Máximo de 1 comprimido por día
Exalgo	Máximo de 6 comprimidos por día
Exelon (24-Hour Patch)	Máximo de 1 parche por día
Exelon (Oral Solution)	Máximo de 6 ml por día
Exforge	Máximo de 1 comprimido por día
Exforge HCT	Máximo de 1 comprimido por día
Fanapt	Máximo de 2 comprimidos por día
Fanapt Titration Pack	Máximo de 1 paquete por receta
Femring	Máximo de 1 aro cada 90 días
Fentanyl (100mcg/hr 72-Hour Patch, 75mcg/hr 72-Hour Patch)	Máximo de 31 parches cada 31 días
Fentanyl (12mcg/hr 72-Hour Patch, 25mcg/hr 72-Hour Patch, 50mcg/hr 72-Hour Patch)	Máximo de 15 parches cada 31 días
Fentanyl Citrate Oral Transmucosal	Máximo de 4 pastillas por día
Fentora	Máximo de 4 comprimidos por día
Finasteride (5mg Tablet)	Máximo de 1 comprimido por día
Firmagon (120mg Injection)	Máximo de 2 viales cada 365 días
Firmagon (80mg Injection)	Máximo de 1 vial cada 28 días
Flovent Diskus	Máximo de 2 inhaladores cada 30 días
Flovent HFA	Máximo de 2 inhaladores cada 30 días
Fluoxetine DR	Máximo de 1 cápsula cada 7 días
Fondaparinux Sodium	Máximo de 1 jeringa por día
Foradil Aerolizer	Máximo de 2 cápsulas por día
Fortical	Máximo de 1 frasco cada 31 días
Fosamax (Oral Solution)	Máximo de 5 frascos cada 31 días

Letra en negrita = Medicamento de marca

Nombre del Medicamento	Límite de Cantidad
Fragmin (10,000units/1ml Injection, 12,500units/0.5ml Injection, 15,000units/0.6ml Injection, 18,000units/0.72ml Injection, 7,500units/0.3ml Injection)	Máximo de 1 jeringa por día
Fragmin (2,500units/0.2ml Injection, 5,000units/0.2ml Injection)	Máximo de 2 jeringas por día
Fragmin (25,000units/1ml Injection)	Máximo de 1 vial por día
Gabitril (12mg Tablet, 2mg Tablet, 4mg Tablet)	Máximo de 4 comprimidos por día
Gabitril (16mg Tablet)	Máximo de 3 comprimidos por día
Galantamine Hydrobromide (24-Hour Capsule)	Máximo de 1 cápsula por día
Galantamine Hydrobromide (Oral Solution)	Máximo de 8 ml por día
Galantamine Hydrobromide (Tablet)	Máximo de 2 comprimidos por día
Gavilyte-C	Máximo de 1 frasco por receta
Gavilyte-G	Máximo de 1 frasco por receta
Gavilyte-N/Flavor Pack	Máximo de 1 frasco por receta
Gelnique	Máximo de 1 paquete por día
Genotropin Miniquick	Máximo de 1 cartucho por día
Gilenya	Máximo de 1 cápsula por día
Glimepiride (1mg Tablet)	Máximo de 8 comprimidos por día
Glimepiride (2mg Tablet)	Máximo de 4 comprimidos por día
Glimepiride (4mg Tablet)	Máximo de 2 comprimidos por día
Glipizide (10mg Tablet)	Máximo de 4 comprimidos por día
Glipizide (5mg Tablet)	Máximo de 8 comprimidos por día
Glipizide ER (10mg 24-Hour Tablet)	Máximo de 2 comprimidos por día
Glipizide ER (2.5mg 24-Hour Tablet)	Máximo de 8 comprimidos por día
Glipizide ER (5mg 24-Hour Tablet)	Máximo de 4 comprimidos por día
Glipizide/Metformin HCl (2.5mg-250mg Tablet)	Máximo de 8 comprimidos por día
Glipizide/Metformin HCl (2.5mg-500mg Tablet, 5mg-500mg Tablet)	Máximo de 4 comprimidos por día

Letra en negrita = Medicamento de marca

Nombre del Medicamento	Límite de Cantidad
Glyburide (1.25mg Tablet)	Máximo de 16 comprimidos por día
Glyburide (2.5mg Tablet)	Máximo de 8 comprimidos por día
Glyburide (5mg Tablet)	Máximo de 4 comprimidos por día
Glyburide Micronized (1.5mg Tablet)	Máximo de 8 comprimidos por día
Glyburide Micronized (3mg Tablet)	Máximo de 4 comprimidos por día
Glyburide Micronized (6mg Tablet)	Máximo de 2 comprimidos por día
Glyburide/Metformin HCl (1.25mg-250mg Tablet)	Máximo de 8 comprimidos por día
Glyburide/Metformin HCl (2.5mg-500mg Tablet, 5mg-500mg Tablet)	Máximo de 4 comprimidos por día
Glycron (1.5mg Tablet)	Máximo de 8 comprimidos por día
Glycron (3mg Tablet)	Máximo de 4 comprimidos por día
Glycron (6mg Tablet)	Máximo de 2 comprimidos por día
Glyset (100mg Tablet)	Máximo de 3 comprimidos por día
Glyset (25mg Tablet)	Máximo de 12 comprimidos por día
Glyset (50mg Tablet)	Máximo de 6 comprimidos por día
Granisetron HCl (Tablet)	Máximo de 6 comprimidos por receta o suministro de 3 días
Granisol	Máximo de 30 ml por receta o suministro de 3 días
Halflytely Bowel Prep/Flavor Packs	Máximo de 1 frasco por receta
Hizentra	Máximo de 4 viales cada 28 días
Humira (20mg/0.4ml Injection)	Máximo de 1 kit cada 28 días
Humira (40mg/0.8ml Injection)	Máximo de 2 kits cada 28 días
Humira Starter Kit	Máximo de 1 kit cada 365 días
Hydrocodone/Acetaminophen (10-300mg Tablet, 5-300mg Tablet, 7.5-300mg Tablet)	Máximo de 13 comprimidos por día
Hydrocodone/Acetaminophen (10-325mg Tablet, 5-325mg Tablet, 7.5-325mg Tablet)	Máximo de 12 comprimidos por día
Hydrocodone/Acetaminophen (10-500mg Tablet, 2.5-500mg Tablet, 5-500mg Tablet, 7.5-500mg Tablet)	Máximo de 8 comprimidos por día

Letra en negrita = Medicamento de marca

Nombre del Medicamento	Límite de Cantidad
Hydrocodone/Acetaminophen (10-650mg Tablet, 10-660mg Tablet, 7.5-650mg Tablet)	Máximo de 6 comprimidos por día
Hydrocodone/Acetaminophen (10-750mg Tablet, 7.5-750mg Tablet)	Máximo de 5 comprimidos por día
Hydrocodone/Acetaminophen (7.5-325mg/15ml Oral Solution)	Máximo de 185 ml por día
Hydrocodone/Acetaminophen (7.5-500mg/15ml Oral Solution)	Máximo de 120 ml por día
Hydrocodone/Ibuprofen	Máximo de 5 comprimidos por día
Incivek	Máximo de 6 comprimidos por día
Intron-A (3mu Pen Injection)	Máximo de 4 jeringas cada 28 días
Invega Sustenna	Máximo de 1 jeringa cada 28 días
Itraconazole	Máximo de 130 cápsulas cada 31 días
Jakafi	Máximo de 2 comprimidos por día
Janumet	Máximo de 2 comprimidos por día
Januvia	Máximo de 1 comprimido por día
Kadian (100mg 24-Hour Capsule, 200mg 24-Hour Capsule)	Máximo de 6 cápsulas por día
Kadian (10mg 24-Hour Capsule, 20mg 24-Hour Capsule, 30mg 24-Hour Capsule, 50mg 24-Hour Capsule, 60mg 24-Hour Capsule, 80mg 24-Hour Capsule)	Máximo de 4 cápsulas por día
Ketorolac Tromethamine (15mg/ml Injection)	Máximo de 40 ml cada 31 días
Ketorolac Tromethamine (30mg/ml Injection)	Máximo de 20 ml cada 31 días
Ketorolac Tromethamine (Tablet)	Máximo de 4 comprimidos por día hasta 5 días
Kineret	Máximo de 1 jeringa por día
Kombiglyze XR (2.5-100mg 24-Hour Tablet)	Máximo de 2 comprimidos por día
Kombiglyze XR (5-1,000mg 24-Hour Tablet, 5-500mg 24-Hour Tablet)	Máximo de 1 comprimido por día
Lamictal ODT (100mg Dispersible Tablet, 200mg Dispersible Tablet)	Máximo de 3 comprimidos por día
Lamictal ODT (25mg Dispersible Tablet, 50mg Dispersible Tablet)	Máximo de 1 comprimido por día

Letra en negrita = Medicamento de marca

Nombre del Medicamento	Límite de Cantidad
Lansoprazole	Máximo de 2 cápsulas por día
Latanoprost	Máximo de 5 ml cada 31 días
Latuda	Máximo de 1 comprimido por día
Letairis	Máximo de 1 comprimido por día
Levetiracetam ER (500mg 24-Hour Tablet)	Máximo de 6 comprimidos por día
Levetiracetam ER (750mg 24-Hour Tablet)	Máximo de 4 comprimidos por día
Lexapro (Oral Solution)	Máximo de 40 ml por día
Lexapro (Tablet)	Máximo de 2 comprimidos por día
Lidoderm	Máximo de 3 parches por día
Lipitor	Máximo de 1 comprimido por día
Livalo	Máximo de 1 comprimido por día
Lotronex	Máximo de 2 comprimidos por día
Lovenox (300mg/3ml Injection)	Máximo de 1 vial por día
Lumigan	Máximo de 5 ml cada 31 días
Lunesta	Máximo de 1 comprimido por día
Lupron Depot (11.25mg Injection, 22.5mg Injection)	Máximo de 1 kit cada 84 días
Lupron Depot (3.75mg Injection, 7.5mg Injection)	Máximo de 1 kit cada 28 días
Lupron Depot (30mg Injection)	Máximo de 1 kit cada 112 días
Lupron Depot (45mg Injection)	Máximo de 1 kit cada 168 días
Lyrica (100mg Capsule, 150mg Capsule, 200mg Capsule, 25mg Capsule, 50mg Capsule, 75mg Capsule)	Máximo de 3 cápsulas por día
Lyrica (225mg Capsule, 300mg Capsule)	Máximo de 2 cápsulas por día
Margesic-H	Máximo de 8 cápsulas por día
Matzim LA	Máximo de 1 comprimido por día
Maxalt	Máximo de 12 comprimidos cada 30 días
Maxalt-MLT	Máximo de 12 comprimidos cada 30 días

Letra en negrita = Medicamento de marca

Nombre del Medicamento	Límite de Cantidad
Metadate ER	Máximo de 3 comprimidos por día
Metaxalone	Máximo de 4 comprimidos por día
Metformin HCl (1,000mg Tablet)	Máximo de 2.5 comprimidos por día
Metformin HCl (500mg Tablet)	Máximo de 5 comprimidos por día
Metformin HCl (850mg Tablet)	Máximo de 3 comprimidos por día
Metformin HCl ER (500mg 24-Hour Tablet)	Máximo de 4 comprimidos por día
Metformin HCl ER (750mg 24-Hour Tablet)	Máximo de 2 comprimidos por día
Methamphetamine HCl	Máximo de 5 comprimidos por día
Methocarbamol (500mg Tablet)	Máximo de 9 comprimidos por día
Methocarbamol (750mg Tablet)	Máximo de 6 comprimidos por día
Methylin (10mg Tablet)	Máximo de 6 comprimidos por día
Methylin (20mg Tablet)	Máximo de 3 comprimidos por día
Methylin (5mg Tablet)	Máximo de 12 comprimidos por día
Methylin ER	Máximo de 3 comprimidos por día
Methylphenidate HCl (10mg Tablet)	Máximo de 6 comprimidos por día
Methylphenidate HCl (10mg/5ml Oral Solution)	Máximo de 30 ml por día
Methylphenidate HCl (20mg Tablet)	Máximo de 3 comprimidos por día
Methylphenidate HCl (5mg Tablet)	Máximo de 12 comprimidos por día
Methylphenidate HCl (5mg/5ml Oral Solution)	Máximo de 60 ml por día
Methylphenidate HCl ER (20mg 24-Hour Capsule)	Máximo de 3 cápsulas por día
Methylphenidate HCl ER (30mg 24-Hour Capsule)	Máximo de 2 cápsulas por día
Methylphenidate HCl ER (40mg 24-Hour Capsule)	Máximo de 1 cápsula por día
Methylphenidate HCl SR	Máximo de 3 comprimidos por día
Micardis	Máximo de 1 comprimido por día
Micardis HCT	Máximo de 1 comprimido por día
Migergot	Máximo de 2 supositorios por día

Letra en negrita = Medicamento de marca

Nombre del Medicamento	Límite de Cantidad
Mirtazapine	Máximo de 2 comprimidos por día
Mirtazapine ODT	Máximo de 2 comprimidos por día
Morphine Sulfate ER (100mg 12-Hour Tablet, 200mg 12-Hour Tablet)	Máximo de 6 comprimidos por día
Morphine Sulfate ER (100mg 24-Hour Capsule)	Máximo de 6 cápsulas por día
Morphine Sulfate ER (15mg 12-Hour Tablet, 30mg 12-Hour Tablet, 60mg 12-Hour Tablet)	Máximo de 4 comprimidos por día
Morphine Sulfate ER (20mg 24-Hour Capsule, 30mg 24-Hour Capsule, 50mg 24-Hour Capsule, 60mg 24-Hour Capsule, 80mg 24-Hour Capsule)	Máximo de 4 cápsulas por día
Namenda (Oral Solution)	Máximo de 10 ml por día
Namenda (Tablet)	Máximo de 2 comprimidos por día
Namenda Titration Pak	Máximo de 1 paquete cada 28 días
Naratriptan HCl	Máximo de 9 comprimidos cada 30 días
Nasonex	Máximo de 2 frascos cada 30 días
Nateglinide (120mg Tablet)	Máximo de 3 comprimidos por día
Nateglinide (60mg Tablet)	Máximo de 6 comprimidos por día
Nexium (Delayed Release Capsule)	Máximo de 2 cápsulas por día
Nexium (Pack)	Máximo de 2 paquetes por día
Nicotrol Inhaler	Máximo de 18 inhaladores cada 180 días
Nicotrol NS	Máximo de 720 ml por cada 180 días
Nisoldipine	Máximo de 1 comprimido por día
Nisoldipine ER	Máximo de 1 comprimido por día
Nulytely/Flavor Packs	Máximo de 1 frasco por receta
Octreotide Acetate (100mcg/ml Injection, 200mcg/ml Injection, 50mcg/ml Injection)	Máximo de 4 ml por día
Octreotide Acetate (500mcg/ml Injection)	Máximo de 3 ml por día
Omeprazole	Máximo de 2 cápsulas por día
Omnaris	Máximo de 1 frasco cada 31 días

Letra en negrita = Medicamento de marca

Nombre del Medicamento	Límite de Cantidad
Ondansetron HCl (24mg Tablet)	Máximo de 3 comprimidos por receta o suministro de 3 días
Ondansetron HCl (4mg Tablet, 8mg Tablet)	Máximo de 30 comprimidos por receta
Ondansetron HCl (Oral Solution)	Máximo de 100 ml por receta o suministro de 3 días
Ondansetron ODT	Máximo de 30 comprimidos por receta
Onglyza	Máximo de 1 comprimido por día
Onsolis	Máximo de 4 películas para la mejilla por día
Opana ER	Máximo de 4 comprimidos por día
Oravig	Máximo de 14 días de suministro por receta
Orencia	Máximo de 4 viales cada 28 días
Orphenadrine Citrate ER	Máximo de 2 comprimidos por día
Orphenadrine/Aspirin/Caffeine (25-385-30mg Tablet)	Máximo de 8 comprimidos por día
Orphenadrine/Aspirin/Caffeine (50-770-60mg Tablet)	Máximo de 4 comprimidos por día
Oxandrin	Máximo de 4 comprimidos por día
Oxandrolone (10mg Tablet)	Máximo de 2 comprimidos por día
Oxandrolone (2.5mg Tablet)	Máximo de 4 comprimidos por día
Oxybutynin Chloride ER (10mg 24-Hour Tablet, 15mg 24-Hour Tablet)	Máximo de 2 comprimidos por día
Oxybutynin Chloride ER (5mg 24-Hour Tablet)	Máximo de 1 comprimido por día
Oxycodone/Acetaminophen (10-325mg Tablet, 2.5-325mg Tablet, 5-325mg Tablet, 7.5-325mg Tablet)	Máximo de 12 comprimidos por día
Oxycodone/Acetaminophen (10-650mg Tablet)	Máximo de 6 comprimidos por día
Oxycodone/Acetaminophen (7.5-500mg Tablet)	Máximo de 8 comprimidos por día
Oxycodone/Acetaminophen (Capsule)	Máximo de 8 cápsulas por día
Oxycodone/Aspirin	Máximo de 12 comprimidos por día
Oxycodone/Ibuprofen	Máximo de 4 comprimidos por día

Letra en negrita = Medicamento de marca

Nombre del Medicamento	Límite de Cantidad
Oxycontin (10mg 12-Hour Tablet, 15mg 12-Hour Tablet, 20mg 12-Hour Tablet, 30mg 12-Hour Tablet, 40mg 12-Hour Tablet, 60mg 12-Hour Tablet)	Máximo de 4 comprimidos por día
Oxycontin (80mg 12-Hour Tablet)	Máximo de 6 comprimidos por día
Oxymorphone HCl	Máximo de 6 comprimidos por día
Oxymorphone HCl ER	Máximo de 4 comprimidos por día
Oxytrol	Máximo de 2 parches cada 7 días
Pantoprazole Sodium	Máximo de 2 comprimidos por día
Paroxetine HCl ER (12.5mg 24-Hour Tablet)	Máximo de 6 comprimidos por día
Paroxetine HCl ER (25mg 24-Hour Tablet)	Máximo de 3 comprimidos por día
Paroxetine HCl ER (37.5mg 24-Hour Tablet)	Máximo de 2 comprimidos por día
Patanase	Máximo de 1 frasco cada 31 días
Plavix (300mg Tablet)	Máximo de 3 comprimidos por receta
Plavix (75mg Tablet)	Máximo de 1 comprimido por día
Pradaxa	Máximo de 2 cápsulas por día
Prandimet	Máximo de 5 comprimidos por día
Prandin (0.5mg Tablet)	Máximo de 32 comprimidos por día
Prandin (1mg Tablet)	Máximo de 16 comprimidos por día
Prandin (2mg Tablet)	Máximo de 8 comprimidos por día
Prezista (150mg Tablet)	Máximo de 6 comprimidos por día
Prezista (400mg Tablet, 600mg Tablet, 75mg Tablet)	Máximo de 2 comprimidos por día
Pristiq	Máximo de 1 comprimido por día
Procrit (10,000units/ml Injection, 20,000units/ml Injection)	Máximo de 12 ml cada 28 días
Procrit (2,000units/ml Injection)	Máximo de 15 ml cada 31 días
Procrit (3,000units/ml Injection, 4,000units/ml Injection)	Máximo de 30 ml cada 31 días
Prolia	Máximo de 1 jeringa cada 180 días
Promacta (12.5mg Tablet)	Máximo de 2 comprimidos por día

Letra en negrita = Medicamento de marca

Nombre del Medicamento	Límite de Cantidad
Promacta (25mg Tablet)	Máximo de 3 comprimidos por día
Promacta (50mg Tablet)	Máximo de 1 comprimido por día
Provigil (100mg Tablet)	Máximo de 1 comprimido por día
Provigil (200mg Tablet)	Máximo de 2 comprimidos por día
Pulmicort Flexhaler	Máximo de 2 inhaladores cada 30 días
QVAR (40mcg/act Aerosol Solution)	Máximo de 2 inhaladores cada 30 días
QVAR (80mcg/act Aerosol Solution)	Máximo de 3 inhaladores cada 30 días
Rapaflo	Máximo de 1 cápsula por día
Rapamune (0.5mg Tablet)	Máximo de 1 comprimido por día
Rebif	Máximo de 12 jeringas cada 28 días
Rebif Titration Pack	Máximo de 1 paquete por receta
Regranex	Máximo de 2 tubos cada 31 días
Relenza Diskhaler	Máximo de 62 blísteres cada 31 días
Restasis	Máximo de 60 viales cada 30 días
Revatio (Tablet)	Máximo de 3 comprimidos por día
Riomet	Máximo de 25.5 ml por día
Risperdal Consta	Máximo de 2 viales cada 28 días
Rivastigmine Tartrate	Máximo de 2 cápsulas por día
Roxicet (5-325mg Tablet)	Máximo de 12 comprimidos por día
Roxicet (5-500mg Tablet)	Máximo de 8 comprimidos por día
Roxicet (Oral Solution)	Máximo de 62 ml por día
Rozerem	Máximo de 1 comprimido por día
Sabril (Pack)	Máximo de 6 paquetes por día
Sabril (Tablet)	Máximo de 6 comprimidos por día
Samsca (15mg Tablet)	Máximo de 1 comprimido por día
Samsca (30mg Tablet)	Máximo de 2 comprimidos por día
Sanctura XR	Máximo de 1 cápsula por día
Sancuso	Máximo de 2 parches cada 28 días

Letra en negrita = Medicamento de marca

Nombre del Medicamento	Límite de Cantidad
Sandostatin (100mcg/ml Injection, 200mcg/ml Injection, 50mcg/ml Injection)	Máximo de 4 ml por día
Sandostatin (500mcg/ml Injection)	Máximo de 3 ml por día
Saphris	Máximo de 2 comprimidos por día
Savella	Máximo de 2 comprimidos por día
Savella Titration Pack	Máximo de 1 paquete por receta
Sensipar (30mg Tablet, 60mg Tablet)	Máximo de 2 comprimidos por día
Sensipar (90mg Tablet)	Máximo de 4 comprimidos por día
Serevent Diskus	Máximo de 2 blísteres por día
Simponi	Máximo de 1 jeringa cada 28 días
Singulair (Chewable Tablet, Tablet)	Máximo de 1 comprimido por día
Singulair (Pack)	Máximo de 1 paquete por día
Spiriva Handihaler	Máximo de 1 cápsula por día
Sporanox (Capsule)	Máximo de 130 cápsulas cada 31 días
Sporanox (Oral Solution)	Máximo de 40 ml por día
Stagesic	Máximo de 8 cápsulas por día
Strattera (100mg Capsule, 40mg Capsule, 60mg Capsule, 80mg Capsule)	Máximo de 1 cápsula por día
Strattera (10mg Capsule, 18mg Capsule, 25mg Capsule)	Máximo de 2 cápsulas por día
Suboxone (Film)	Máximo de 3 películas por día
Suboxone (Sublingual Tablet)	Máximo de 3 comprimidos por día
Sumatriptan Succinate (4mg/0.5ml Injection)	Máximo de 8 dosis cada 31 días
Sumatriptan Succinate (6mg/0.5ml Injection)	Máximo de 8 dosis cada 30 días
Sumatriptan Succinate (Tablet)	Máximo de 9 comprimidos cada 30 días
Suprep Bowel Prep	Máximo de 2 frascos por receta
Symbicort	Máximo de 1 inhalador cada 30 días
Symlin	Máximo de 4 viales cada 31 días
SymlinPen 120	Máximo de 4 plumas cada 30 días

Letra en negrita = Medicamento de marca

Nombre del Medicamento	Límite de Cantidad
SymlinPen 60	Máximo de 4 plumas cada 31 días
Synalgos-DC	Máximo de 12 cápsulas por día
Tacrolimus (0.5mg Capsule)	Máximo de 2 cápsulas por día
Tacrolimus (1mg Capsule)	Máximo de 8 cápsulas por día
Tamiflu (12mg/ml Oral Suspension)	Máximo de 194 ml cada 31 días
Tamiflu (30mg Capsule)	Máximo de 62 cápsulas cada 31 días
Tamiflu (45mg Capsule, 75mg Capsule)	Máximo de 31 cápsulas cada 31 días
Tamiflu (6mg/ml Oral Suspension)	Máximo de 388 ml cada 31 días
Tamsulosin HCl	Máximo de 2 cápsulas por día
Tasmar	Máximo de 6 comprimidos por día
Tekturna	Máximo de 1 comprimido por día
Tekturna HCT	Máximo de 1 comprimido por día
Ticlopidine HCl	Máximo de 2 comprimidos por día
Tolazamide (250mg Tablet)	Máximo de 4 comprimidos por día
Tolazamide (500mg Tablet)	Máximo de 2 comprimidos por día
Tolbutamide	Máximo de 6 comprimidos por día
Tracleer	Máximo de 2 comprimidos por día
Tramadol HCl	Máximo de 8 comprimidos por día
Tramadol HCl ER	Máximo de 1 comprimido por día
Tramadol HCl/Acetaminophen	Máximo de 8 comprimidos por día
Travatan Z	Máximo de 5 ml cada 31 días
Triamcinolone Acetonide (Inhaler)	Máximo de 1 frasco cada 30 días
Tribenzor	Máximo de 1 comprimido por día
Trilyte	Máximo de 1 frasco por receta
Tropium Chloride	Máximo de 2 comprimidos por día
Twinject	Máximo de 2 jeringas por receta
Twynsta	Máximo de 1 comprimido por día
Uloric	Máximo de 1 comprimido por día

Letra en negrita = Medicamento de marca

Nombre del Medicamento	Límite de Cantidad
Uroxatral	Máximo de 1 comprimido por día
Venlafaxine HCl (100mg Tablet, 25mg Tablet, 37.5mg Tablet, 75mg Tablet)	Máximo de 3 comprimidos por día
Venlafaxine HCl (50mg Tablet)	Máximo de 7 comprimidos por día
Venlafaxine HCl ER (150mg 24-Hour Capsule)	Máximo de 2 cápsulas por día
Venlafaxine HCl ER (150mg 24-Hour Tablet)	Máximo de 2 comprimidos por día
Venlafaxine HCl ER (225mg 24-Hour Tablet)	Máximo de 1 comprimido por día
Venlafaxine HCl ER (37.5mg 24-Hour Capsule, 75mg 24-Hour Capsule)	Máximo de 3 cápsulas por día
Venlafaxine HCl ER (37.5mg 24-Hour Tablet, 75mg 24-Hour Tablet)	Máximo de 3 comprimidos por día
Vesicare	Máximo de 1 comprimido por día
Victoza	Máximo de 3 plumas cada 30 días
Victrelis	Máximo de 12 cápsulas por día
Viibryd	Máximo de 1 comprimido por día
Vimovo	Máximo de 2 comprimidos por día
Vimpat (Injection, Oral Solution)	Máximo de 40 ml por día
Vimpat (Tablet)	Máximo de 2 comprimidos por día
Vytorin	Máximo de 1 comprimido por día
Vyvanse	Máximo de 1 cápsula por día
Welchol (Pack)	Máximo de 1 paquete por día
Xgeva	Máximo de 1.7 ml cada 28 días
Xyrem	Máximo de 3 frascos cada 30 días
Zafirlukast	Máximo de 2 comprimidos por día
Zaleplon (10mg Capsule)	Máximo de 2 cápsulas por día
Zaleplon (5mg Capsule)	Máximo de 1 cápsula por día
Zerlor	Máximo de 5 comprimidos por día
Zetia	Máximo de 1 comprimido por día
Zofran (Oral Solution)	Máximo de 100 ml por receta o suministro de 3 días
Zofran (Tablet)	Máximo de 30 comprimidos por receta

Letra en negrita = Medicamento de marca

Nombre del Medicamento	Límite de Cantidad
Zofran ODT	Máximo de 30 comprimidos por receta
Zolpidem Tartrate (5mg Tablet)	Máximo de 1 comprimido por día
Zortress (0.25mg Tablet)	Máximo de 2 comprimidos por día

Letra en negrita = Medicamento de marca

Índice alfabético de medicamentos cubiertos

Symbols

8-Mop39

A

Abelcet21

Abilify27

Abilify Discmelt27

Abraxane24

Acarbose30

Acebutolol HCl34

Acetaminophen/Caffeine/
Dihydrocodeine Bitartrate 11

Acetaminophen/Codeine..... 11

Acetasol HC55

Acetazolamide53

Acetazolamide ER.....53

Acetazolamide Sodium.....36

Acetic Acid.....55

Acetylcysteine.....57

Actemra.....49

Acthib51

Acticin.....26

Actimmune.....50

Actiq.....11

Activella45

Actonel52

Actoplus Met.....31

Actos31

Acyclovir29

Acyclovir Sodium29

Adacel.....51

Adagen40

Adapalene.....39

Adcirca57

Adriamycin.....24

Advair Diskus.....55

Advair HFA55

Afeditab CR35

Afinitor25

Aggrenox33

Agrylin52

A-Hydrocort.....42

AK-Con53

Akne-Mycin15

AK-Tob.....12

Ala-Cort.....42

Alamast53

Ala Scalp42

Albenza26

Albuterol Sulfate ER.....56

Albuterol Sulfate (Nebulizer
Solution)56

Albuterol Sulfate (Syrup, Tablet)56

Alcaine53

Alclometasone Dipropionate42

Alcohol Preps52

Aldara.....39

Aldurazyme40

Alendronate Sodium52

Alfuzosin HCl ER42

Alimta24

Alinia26

Alkeran.....23

Allopurinol Sodium (Injection).22

Allopurinol (Tablet).....22

Alocril53

Alomide.....53

Alora.....45

Aloxi.....20

Alphagan P (0.1% Ophthalmic
Solution)53

Alrex.....54

Altabax13

Amantadine HCl.....30

Ambisome21

Amcinonide42

A-Methapred.....42

Amethia.....45

Amethyst.....45

Amevive39

Amifostine.....24

Amikacin Sulfate.....12

Amiloride HCl.....36

Amiloride/Hydrochlorothiazide 36

Aminophylline (Injection)56

Aminophylline (Tablet)56

Aminosyn58

Aminosyn 8.5%/Electrolytes58

Aminosyn-HBC.....58

Aminosyn-HF.....58

Aminosyn II.....58

Aminosyn II 3.5%/Dextrose 5%58

Aminosyn II 3.5%/Dextrose 25% .
58

Aminosyn II 4.25%/Dextrose 10%
58

Aminosyn II 4.25%/Dextrose 20%
58

Aminosyn II 4.25%/Dextrose 25%
58

Aminosyn II 5%/Dextrose 25% 58

Aminosyn II 8.5%/Electrolytes .58

Aminosyn II M 3.5%/Dextrose 5%
58

Aminosyn M58

Aminosyn-PF58

Amiodarone HCl (Injection).....34

Amiodarone HCl (Tablet)	34	Apokyn.....	26	Asmanex.....	55
Amitiza.....	40	Apraclonidine	53	Astepro	55
Amitriptyline HCl	19	Apri	45	Astramorph	11
Amlodipine Besylate	35	Apriso	52	Atelvia	52
Amlodipine Besylate/Benazepril HCl	35	Aptivus	30	Atenolol.....	35
Ammonium Chloride.....	58	Aralast NP	57	Atenolol/Chlorthalidone	35
Ammonium Lactate	39	Aranelle.....	45	Atgam.....	50
Amnesteem	39	Aranesp Albumin Free (100mcg/0.5ml Injection, 100mcg/1ml Injection, 25mcg/0.42ml Injection, 25mcg/1ml Injection, 40mcg/0.4ml Injection, 40mcg/1ml Injection, 60mcg/0.3ml Injection, 60mcg/1ml Injection)	33	Atorvastatin Calcium	36
Amoxapine	19	Aranesp Albumin Free (150mcg/0.3ml Injection, 200mcg/0.4ml Injection, 200mcg/1ml Injection, 300mcg/0.6ml Injection, 300mcg/1ml Injection, 500mcg/1ml Injection)	33	Atovaquone/Proguanil HCl	26
Amoxicillin.....	15	Arcalyst	50	Atripla	29
Amoxicillin/Potassium Clavulanate.....	15	Aredia (30mg Injection)	52	Atropine Sulfate	40
Amoxicillin/Potassium Clavulanate ER	15	Aredia (90mg Injection)	52	Atrovent HFA	56
Amphetamine/ Dextroamphetamine.....	38	Argatroban (100mg/ml Injection).. 32		Augmented Betamethasone Dipropionate (Cream).....	43
Amphotec (50mg Injection).....	21	Argatroban (125mg/125ml Injection)	32	Augmented Betamethasone Dipropionate (Lotion, Ointment) 43	
Amphotericin B.....	21	Aricept (23mg Tablet)	18	Avandamet	31
Ampicillin	15	Arixtra (2.5mg/0.5ml Injection).....	32	Avandaryl	31
Ampicillin Sodium.....	15	Arixtra (10mg/0.8ml Injection, 5.0mg/0.4ml Injection, 7.5mg/0.6ml Injection)	32	Avandia	31
Ampicillin-Sulbactam	15	Aromasin.....	25	Avastin	26
Ampyra.....	38	Arranon	24	Avelox ABC Pack.....	16
Anadrol-50	45	Arthrotec.....	10	Avelox (Injection)	16
Anagrelide HCl.....	52	Arzerra	25	Avelox (Tablet)	16
Anastrozole	25	Asacol.....	52	Aviane	45
Ancobon.....	21	Ascomp/Codeine.....	11	Avinza	11
Androderm.....	45			Avita	39
Androgel.....	45			Avodart.....	42
Androgel Pump.....	45			Avonex.....	50
Androxy.....	45			Azactam in Iso-Osmotic Dextrose 15	
Antabuse.....	20			Azasan.....	49
Antara	36			Azasite.....	15
Antizol	19			Azathioprine.....	49
Anzemet (50mg Tablet).....	20			Azathioprine Sodium	49
Anzemet (100mg Tablet).....	20			Azelastine HCl (Nasal Spray) ...	55
Apidra	31			Azelastine HCl (Ophthalmic Solution)	53

Azilect	26	Betaxolol HCl (Ophthalmic Solution)	53	Buprenorphine HCl (Injection) .	11
Azithromycin (Injection)	15	Betaxolol HCl (Tablet)	35	Buprenorphine HCl (Sublingual Tablet).....	11
Azithromycin (Oral Suspension, Tablet).....	15	Bethanechol Chloride.....	42	Buproban	20
Azopt.....	53	Betimol.....	53	Bupropion HCl.....	18
Azor	35	Betoptic-S.....	53	Bupropion HCl SR.....	18
Aztreonam.....	15	Bicalutamide.....	49	Buspirone HCl	30
B		Bicillin C-R.....	15	Busulfex.....	23
BACiiM	13	Bicillin L-A	15	Butalbital/Acetaminophen/ Caffeine/Codeine	11
Bacitracin (Injection)	13	BiCNU	23	Butorphanol Tartrate (Injection)	11
Bacitracin/Neomycin/Polymyxin ..	13	BiDil.....	38	Butorphanol Tartrate (Nasal Spray)	11
Bacitracin (Ophthalmic Ointment)	13	Biltricide.....	26	Byetta	31
Bacitracin/Polymyxin B	13	Bisoprolol Fumarate	35	Bystolic	35
Baclofen.....	28	Bisoprolol Fumarate/ Hydrochlorothiazide.....	35	C	
Bactocill in Dextrose (1gm Injection)	15	Bleomycin Sulfate.....	24	Cabergoline	48
Bactocill in Dextrose (2gm Injection)	15	Blephamide.....	54	Calcipotriene	39
Bactroban (Cream)	13	Blephamide S.O.P.....	54	Calcitonin-Salmon (Nasal Spray) ..	52
Balsalazide Disodium	52	Boniva (Injection)	52	Calcitriol (Capsule, Oral Solution)	52
Balziva.....	45	Boostrix.....	51	Calcitriol (Injection)	52
Banzel.....	17	Botox	38	Calcium Acetate (Capsule)	42
Baraclude (Oral Solution)	28	Briellyn.....	45	Calcium Acetate (Tablet).....	42
Baraclude (Tablet).....	28	Brilinta	33	Camila.....	47
Benazepril HCl	37	Brimonidine Tartrate (0.2% Ophthalmic Solution).....	53	Campath.....	26
Benazepril HCl/ Hydrochlorothiazide.....	37	Bromday	54	Campral.....	20
Benicar	37	Bromfenac	54	Camptosar	24
Benicar HCT	37	Bromocriptine Mesylate	26	Canasa	52
Benlysta.....	49	Brovana.....	56	Cancidas	21
Benzotropine Mesylate	26	Budeprion SR.....	18	Capastat Sulfate.....	23
Bepreve.....	53	Budeprion XL	18	Capex.....	43
Besivance	16	Budesonide (24-Hour Capsule) .	51	Caprelsa	23
Betamethasone Dipropionate	43	Budesonide (Nebulizer Suspension).....	55	Captopril	37
Betamethasone Valerate.....	43	Bumetanide (Injection).....	36	Captopril/Hydrochlorothiazide.	37
Betaseron.....	50	Bumetanide (Tablet).....	36	Carac	39
		Buphenyl.....	40		

Carafate (Oral Suspension).....	41	Celebrex.....	10	Cimetidine.....	41
Carbaglu.....	40	Cellcept (Capsule)	49	Cimetidine HCl (Injection).....	41
Carbamazepine.....	18	Cellcept Intravenous.....	49	Cimetidine HCl (Oral Solution)	41
Carbamazepine ER	18	Cellcept (Oral Suspension, Tablet)	49	Cimzia	49
Carbatrol	18	49		Cinryze.....	33
Carbidopa/Levodopa.....	26	Celontin.....	17	Ciprodex.....	55
Carbidopa/Levodopa CR	27	Cenestin	45	Ciprofloxacin	16
Carbidopa/Levodopa ODT.....	27	Cephalexin	14	Ciprofloxacin ER.....	16
Carbinoxamine Maleate	55	Ceredase	40	Ciprofloxacin HCl.....	16
Carboplatin.....	24	Cerezyme	40	Cipro HC	55
Carimune Nanofiltered.....	50	Cerubidine.....	24	Cipro IV	16
Carisoprodol (350mg Tablet)	57	Cervarix.....	51	Cipro (Oral Suspension)	16
Carteolol HCl.....	54	Cesamet.....	20	Cisplatin	24
Cartia XT	35	Cesia.....	45	Citalopram Hydrobromide	19
Carvedilol.....	35	Cetirizine HCl	55	Cladribine.....	23
Catapres-TTS.....	34	Chantix.....	20	Claforan.....	14
Cayston.....	15	Chemet.....	19	Claravis.....	39
Cedax	14	Chloramphenicol Sodium		Clarithromycin	15
CeeNU	23	Succinate.....	13	Clarithromycin ER.....	15
Cefaclor	14	Chlordiazepoxide/Amitriptyline	30	Clemastine Fumarate.....	55
Cefaclor ER.....	14	Chlorhexidine Gluconate Oral		Cleocin (75mg Capsule)	13
Cefadroxil.....	14	Rinse	39	Cleocin Galaxy.....	13
Cefazolin Sodium.....	14	Chloroquine Phosphate	26	Cleocin in D5W.....	13
Cefdinir	14	Chlorothiazide.....	36	Cleocin Pediatric Granules.....	13
Cefepime	14	Chlorothiazide Sodium	36	Cleocin Phosphate.....	13
Cefotaxime Sodium.....	14	Chlorpromazine HCl (Injection)	27	Climara Pro	45
Cefotetan.....	14	Chlorpromazine HCl (Tablet)...	27	Clindagel	13
Cefoxitin Sodium	14	Chlorthalidone	36	Clindamycin/Benzoyl Peroxide	39
Cefoxitin Sodium/Dextrose	14	Chlorzoxazone.....	57	Clindamycin HCl.....	13
Cefpodoxime Proxetil.....	14	Cholestyramine	36	Clindamycin Phosphate.....	13
Cefprozil.....	14	Chorionic Gonadotropin	44	Clindamycin Phosphate Add-	
Ceftazidime.....	14	Ciclopirox (Gel, Shampoo).....	21	Vantage.....	13
Ceftazidime/Dextrose	14	Ciclopirox Nail Lacquer	21	Clindesse	13
Ceftriaxone Sodium	14	Ciclopirox Olamine	21	Clinimix/Dextrose (2.75%/D5W	
Cefuroxime Axetil.....	14	Ciclopirox (Suspension)	21	Injection, 4.25%/D5W Injection,	
Cefuroxime Sodium	14	Cilostazol.....	33	5%/D15W Injection, 5%/D20W	
		Ciloxan (Ophthalmic Ointment)	16	Injection, 5%/D25W Injection)..	

Clinimix/Dextrose (4.25%/D10W Injection, 4.25%/D20W Injection, 4.25%/D25W Injection)	58	Coly-Mycin M	13	Cutivate (Lotion).....	43
Clinimix E 2.75%/Dextrose 5%	58	Coly-Mycin S	55	Cuvposa.....	40
Clinimix E 2.75%/Dextrose 10%	58	Combigan.....	54	Cyclafem 1/35	45
Clinimix E 4.25%/Dextrose 5%	58	Combipatch.....	45	Cyclafem 7/7/7	46
Clinimix E 4.25%/Dextrose 25%	58	Combivent	56	Cyclessa	46
Clinimix E 5%/Dextrose 15%	58	Combivir	29	Cyclobenzaprine HCl (10mg Tablet, 5mg Tablet).....	57
Clinimix E 5%/Dextrose 20%	58	Complera.....	29	Cyclophosphamide	23
Clinimix E 5%/Dextrose 25%	58	Compro	20	Cyclosporine.....	49
Clinisol SF 15%.....	58	Comtan.....	27	Cyclosporine Modified.....	49
Clobetasol Propionate E	43	Comvax	51	Cyklokapron	33
Clobetasol Propionate (Foam)	43	Constulose.....	40	Cymbalta	19
Clobetasol Propionate (Gel, Lotion, Ointment, Shampoo, Topical Solution).....	43	Copaxone.....	50	Cystadane	40
Clobex	43	Copegus.....	28	Cystagon.....	40
Cloderm	43	Cordran	43	Cytarabine	24
Clolar.....	23	Cordran SP.....	43	Cytarabine Aqueous	24
Clomipramine HCl	19	Cordran Tape	43	Cytovene.....	28
Clonidine HCl (Tablet)	34	Cortef	43	D	
Clonidine HCl (Weekly Patch)	34	Cortifoam.....	51	Dacarbazine.....	23
Clorpres	34	Cortisone Acetate	43	Dacogen	24
Clotrimazole/Betamethasone Dipropionate.....	21	Cortisporin	13, 54, 55	Danazol	45
Clotrimazole (Cream, Topical Solution)	21	Cortisporin-TC	55	Dantrolene Sodium	28
Clotrimazole (Troche)	21	Cortomycin	55	Dapsone.....	22
Clozapine.....	27	Cosmegen.....	24	Daptacel.....	51
Codeine Sulfate	11	Coumadin (Injection).....	32	Daraprim	26
Cogentin.....	27	Coumadin (Tablet)	32	Daunorubicin HCl	24
Co-Gesic	11	Creon.....	40	Daunoxome	24
Colcrys	22	Crestor	36	DDAVP (Injection)	44
Colestipol HCl	36	Crinone.....	47	Decavac	51
Colistimethate Sodium.....	13	Crixivan.....	30	Demeclocycline HCl	17
Colocort.....	51	Cromolyn Sodium (Concentrate).....	40	Demser	36
		Cromolyn Sodium (Nebulizer Solution)	57	Denavir.....	29
		Cromolyn Sodium (Ophthalmic Solution)	53	Depade	20
		Cryselle.....	45	Depo-Estradiol.....	46
		Cubicin	13	Depo-Medrol (20mg/ml Injection)	43
		Cuprimine	19		

Depo-Provera (400mg/ml Injection)	47	Diclofenac Sodium	54	Divalproex Sodium DR.....	17
Derma-Smoothe/FS.....	43	Diclofenac Sodium DR	10	Divalproex Sodium ER	17
Dermotic	55	Diclofenac Sodium XR.....	10	Divigel.....	46
Desipramine HCl.....	19	Dicloxacillin Sodium.....	15	Docefrez	24
Desmopressin Acetate	44	Dicyclomine HCl (Capsule, Oral Solution, Tablet)	40	Docetaxel.....	24
Desogen.....	46	Dicyclomine HCl (Injection).....	40	Donepezil HCl.....	18
Desonate.....	43	Didanosine	29	Doribax	15
Desonide	43	Difacid	16	Doryx	17
Desowen.....	43	Diflorasone Diacetate	43	Dorzolamide HCl	54
Desowen/Cetaphil.....	43	Diflucan in NaCl.....	21	Dorzolamide HCl/Timolol Maleate.....	54
Desoximetasone.....	43	Diflunisal.....	10	Dovonex	39
Dexamethasone	43	Digoxin (Injection)	36	Doxazosin Mesylate	42
Dexamethasone Intensol	43	Digoxin (Oral Solution, Tablet).....	36	Doxepin HCl.....	19
Dexamethasone Sodium Phosphate (Injection).....	43	Dihydroergotamine Mesylate	22	Doxil	24
Dexamethasone Sodium Phosphate (Ophthalmic Solution).....	54	Dilantin	18	Doxorubicin HCl	24
Dexilant.....	41	Dilantin Infatabs	18	Doxycycline.....	17
Dexmethylphenidate HCl	38	Dilatrate SR.....	38	Doxycycline Hyclate (Capsule, Delayed Release Tablet, Extended Release Capsule, Tablet).....	17
Dexrazoxane.....	24	Dilaudid (1mg/ml Injection, 2mg/ml Injection, 4mg/ml Injection)..	11	Doxycycline Hyclate (Injection).....	17
Dextroamphetamine Sulfate.....	38	Dilt-CD.....	35	Doxycycline Monohydrate.....	17
Dextroamphetamine Sulfate ER38		Diltiazem CD.....	35	Dronabinol (2.5mg Capsule, 5mg Capsule).....	20
Dextrose 2.5%/NaCl 0.45%	58	Diltiazem HCl	35	Dronabinol (10mg Capsule).....	20
Dextrose 5%	52	Diltiazem HCl ER.....	35	Droxia.....	24
Dextrose 5%/Electrolyte #48.....	58	Dilt-XR	35	Duetact.....	31
Dextrose 5%/KCl 0.075%.....	58	Diltzac	35	Dulera.....	55
Dextrose 5%/NaCl 0.2%	58	Diovan.....	37	Duramorph.....	11
Dextrose 5%/NaCl 0.9%	59	Diovan HCT.....	37	Durezol	54
Dextrose 5%/NaCl 0.33%	59	Diphenoxylate/Atropine	40	Dyrenium	36
Dextrose 5%/NaCl 0.45%	59	Diphtheria/Tetanus Toxoid Pediatric.....	51	E	
Dextrose 5%/NaCl 0.225%	58	Dipyridamole.....	33	Econazole Nitrate	21
Dextrose 10%	52	Disopyramide Phosphate.....	34	Edecrin.....	36
Dextrose 10%/NaCl 0.2%	58	Disulfiram	20	ED K+10.....	59
Dextrose 10%/NaCl 0.45%	58	Diuril.....	36	Edurant	29
Dibenzylamine	34	Divalproex Sodium.....	17		
Diclofenac Potassium.....	10				

E.E.S. 400.....	16	Entocort EC	51	Estrostep Fe.....	46
E.E.S. Granules	16	Enulose.....	40	Ethambutol HCl	23
Effient.....	34	Epinastine HCl	53	Ethosuximide	17
Egrifta.....	44	Epinephrine HCl.....	56	Ethyol.....	24
Elaprase	40	Epipen	56	Etidronate Disodium.....	52
Elidel.....	39	Epirubicin HCl	24	Etodolac	10
Eligard.....	48	Epitol.....	18	Etodolac ER.....	10
Eliphos	42	Epivir.....	29	Etopophos	24
Elitek.....	24	Epivir HBV	29	Etoposide.....	24
Elixophyllin.....	56	Eplerenone.....	36	Eurax.....	26
Ella.....	47	Epogen	33	Evista.....	47
Ellence.....	24	Epzicom	29	Exalgo	11
Elmiron	42	Equetro.....	30	Exelderm	21
Eloxatin	24	Eraxis	21	Exelon (24-Hour Patch)	18
Elspar	24	Erbitux	26	Exelon (Oral Solution).....	18
Emcyt.....	23	Ergotamine Tartrate/Caffeine ...	22	Exemestane.....	25
Emend.....	20	Errin.....	47	Exforge.....	35
Emoquette.....	46	Ertaczo	21	Exforge HCT.....	35
Emsam	19	Ery.....	16	Exjade (125mg Soluble Tablet) ..	20
Emtriva.....	29	Eryped.....	16	Exjade (250mg Soluble Tablet, 500mg Soluble Tablet).....	20
Enablex.....	42	Ery-Tab.....	16		
Enalapril Maleate	37	Erythrocin Lactobionate	16	F	
Enalapril Maleate/ Hydrochlorothiazide.....	37	Erythrocin Stearate	16	Fabrazyme	40
Enbrel.....	49	Erythromycin	16	Factive	16
Endocet	11	Erythromycin Base.....	16	Famciclovir	29
Endodan.....	11	Erythromycin/Benzoyl Peroxide	39	Famotidine (Injection).....	41
Engerix-B	51	Erythromycin Ethylsuccinate	16	Famotidine (Oral Suspension, Tablet).....	41
Enjuvia	46	Erythromycin/Sulfisoxazole	16	Fanapt.....	27
Enoxaparin Sodium (30mg/0.3ml Injection, 40mg/0.4ml Injection, 60mg/0.6ml Injection, 80mg/0.8ml Injection).....	32	Estrace (Cream).....	46	Fanapt Titration Pack.....	27
Enoxaparin Sodium (100mg/1ml Injection, 120mg/0.8ml Injection, 150mg/1ml Injection). 32		Estraderm.....	46	Fareston	23
Enpresse	46	Estradiol	46	Faslodex.....	23
		Estradiol/Norethindrone Acetate.. 46		Fazaclo.....	27
		Estradiol Valerate	46	Felbamate (Oral Suspension).....	17
		Estring.....	46	Felbamate (Tablet).....	17
		Estropipate	46	Felbatol (Oral Suspension).....	17

Felbatol (Tablet).....	17	Fluorometholone	54	Fragmin (2,500units/0.2ml Injection, 25,000units/1ml Injection, 5,000units/0.2ml Injection)	32
Felodipine ER	35	Fluorouracil (Cream, Topical Solution)	39	Fragmin (10,000units/1ml Injection, 12,500units/0.5ml Injection, 15,000units/0.6ml Injection, 18,000units/0.72ml Injection, 7,500units/0.3ml Injection)	32
Femhrt Low Dose	46	Fluorouracil (Injection).....	24	Freamine III (3% Injection).....	59
Femring	46	Fluoxetine DR.....	19	Freamine III (8.5% Injection)....	59
Femtrace	46	Fluoxetine HCl.....	19	Furosemide (Injection)	36
Fenofibrate.....	37	Fluphenazine Decanoate	27	Furosemide (Oral Solution, Tablet) 36	
Fenofibrate Micronized	37	Fluphenazine HCl (Concentrate, Elixir, Tablet)	27	Fusilev	60
Fenoprofen Calcium	10	Fluphenazine HCl (Injection) ...	28	Fuzeon.....	29
Fentanyl Citrate (Injection)	11	Flurbiprofen.....	10	G	
Fentanyl Citrate Oral Transmucosal.....	11	Flurbiprofen Sodium	54	Gabapentin.....	17
Fentanyl (Patch).....	11	Flutamide	49	Gabitril.....	17
Fentora.....	11	Fluticasone Propionate	43, 56	Gablofen (40,000mcg/20ml Solution)	28
Ferriprox.....	20	Fluvoxamine Maleate	19	Gablofen (50mcg/ml Solution) ..	28
Finacea	39	FML.....	54	Galantamine Hydrobromide	18
Finasteride (5mg Tablet).....	42	FML Forte	54	Gamastan S/D	50
Firazyr	52	Folotylin	24	Gammagard Liquid.....	50
Firmagon (80mg Injection)	24	Fomepizole	20	Gamunex.....	50
Firmagon (120mg Injection).....	24	Fondaparinux Sodium (2.5mg/0.5ml Injection).....	32	Ganciclovir (250mg Capsule)	28
Flagyl ER	13	Fondaparinux Sodium (10mg/0.8ml Injection, 5mg/0.4ml Injection, 7.5mg/0.6ml Injection)	32	Ganciclovir (500mg Capsule)	28
Flarex.....	54	Foradil Aerolizer	56	Ganciclovir (Injection)	28
Flavoxate HCl	42	Fortaz	14	Gardasil.....	51
Flecainide Acetate	34	Forteo	52	Gastrocrom.....	41
Flovent Diskus.....	55	Fortical	52	Gauze Pads.....	52
Flovent HFA	55	Fosamax (Oral Solution).....	52	Gavilyte-C	41
Fluconazole.....	21	Foscarnet Sodium.....	28	Gavilyte-G	41
Fluconazole in Dextrose	21	Fosinopril Sodium.....	37	Gavilyte-N/Flavor Pack	41
Flucytosine	21	Fosinopril Sodium/ Hydrochlorothiazide.....	37	Gelnique.....	42
Fludara	24	Fosphenytoin Sodium.....	18	Gemcitabine	24
Fludarabine Phosphate	24	Fosrenol	42		
Fludrocortisone Acetate.....	43				
Flunisolide.....	56				
Fluocinolone Acetonide.....	43, 55				
Fluocinolone Acetonide Body....	43				
Fluocinonide.....	43				
Fluocinonide-E.....	43				

Gemcitabine HCl.....	24	Glyburide Micronized.....	31	Hepatasol.....	59
Gemfibrozil.....	37	Glycopyrrolate.....	40	Hepsera.....	28
Gemzar.....	24	Glycron (1.5mg Tablet, 3mg Tablet, 6mg Tablet).....	31	Herceptin.....	26
Gengraf (Capsule).....	49	Glyset.....	31	Hexalen.....	23
Gengraf (Oral Solution).....	49	Granisetron HCl (Injection).....	20	Hizentra.....	50
Genotropin.....	44	Granisetron HCl (Tablet).....	20	Humalog.....	31
Genotropin Miniquick (0.2mg Injection).....	44	Granisol.....	20	Humatrope.....	44
Genotropin Miniquick (0.4mg Injection, 0.6mg Injection, 0.8mg Injection, 1.2mg Injection, 1.4mg Injection, 1.6mg Injection, 1.8mg Injection, 1mg Injection, 2mg Injection).....	44	Grifulvin V.....	21	Humira.....	49
Gentak.....	12	Griseofulvin Microsize.....	21	Humira Starter Kit.....	49
Gentamicin Sulfate (Cream, Ointment).....	12	Gris-Peg.....	21	Humulin.....	31
Gentamicin Sulfate (Injection) ..	12	Guanabenz Acetate.....	34	Hycamtin.....	24
Gentamicin Sulfate/NaCl (70mg Injection, 90mg Injection).....	12	Guanfacine HCl.....	34	Hydralazine HCl (Injection).....	38
Gentamicin Sulfate/NaCl (100mg Injection, 60mg Injection, 80mg Injection).....	12	Guanidine HCl.....	22	Hydralazine HCl (Tablet).....	38
Gentamicin Sulfate (Ophthalmic Solution).....	12	Gynazole-1.....	21	Hydrochlorothiazide.....	36
Gentasol.....	13	H		Hydrocodone/Acetaminophen... 11	
Geodon.....	27	Halaven.....	24	Hydrocodone/Ibuprofen.....	11
Gianvi.....	46	Halflytely Bowel Prep/Flavor Packs.....	41	Hydrocortisone (5mg Tablet).....	43
Gilenya.....	50	Halobetasol Propionate.....	43	Hydrocortisone (10mg Tablet, 20mg Tablet, Cream, Lotion, Ointment).....	43
Glassia.....	57	Halog.....	43	Hydrocortisone/Acetic Acid.....	55
Gleevec.....	25	Haloperidol.....	28	Hydrocortisone Butyrate.....	43
Glimepiride.....	31	Haloperidol Decanoate.....	28	Hydrocortisone (Enema).....	51
Glipizide.....	31	Haloperidol Lactate.....	28	Hydrocortisone Valerate.....	43
Glipizide ER.....	31	Havrix.....	51	Hydromorphone HCl (Injection)11	
Glipizide/Metformin HCl.....	31	Hectorol.....	52	Hydromorphone HCl (Tablet)... 11	
Glucagen Hypokit.....	31	Heparin Sodium (1,000units/ ml Injection, 10,000units/ ml Injection, 20,000units/ ml Injection, 5,000units/ml Injection).....	32	Hydroxychloroquine Sulfate.....	26
Glucagon Emergency Kit.....	31	Heparin Sodium (2,000units/ml Injection).....	32	Hydroxyurea.....	24
Glyburide.....	31	Heparin Sodium/D5W.....	32	Hydroxyzine HCl (Injection).....	55
Glyburide/Metformin HCl.....	31	Heparin Sodium/NaCl.....	32	Hydroxyzine HCl (Syrup, Tablet) . 55	
		Heparin Sodium/NaCl 0.9% Premix.....	32	Hydroxyzine Pamoate (25mg Capsule, 50mg Capsule).....	20
		Hepatamine.....	59	Hydroxyzine Pamoate (100mg Capsule).....	20
				I	
				Ibuprofen.....	10

Idamycin PFS.....	24	Invirase (Tablet).....	30	J	
Idarubicin HCl.....	24	Ionosol-B/Dextrose 5%	59	Jakafi.....	25
Ifosfamide.....	23	Ionosol-MB/Dextrose 5%	59	Jantoven	32
Ifosfamide/Mesna.....	23	Ionosol-T/Dextrose 5%.....	59	Janumet	31
Ilaris	50	Iopidine (1% Ophthalmic Solution) 54		Januvia	31
Imipenem/Cilastatin	15	Ipol Inactivated IPV	51	Je-Vax	51
Imipramine HCl.....	19	Ipratropium Bromide/Albuterol Sulfate (Nebulizer Solution) ...	56	Jevtana.....	25
Imipramine Pamoate	19	Ipratropium Bromide (Nasal Spray) 56		Jinteli	46
Imiquimod.....	39	Ipratropium Bromide (Nebulizer Solution)	56	Jolivette.....	47
Imovax Rabies (H.D.C.V.).....	51	Iressa.....	25	Junel.....	46
Incivek.....	28	Irinotecan	25	Junel Fe.....	46
Increlex.....	44	Isentress	29	K	
Indapamide.....	36	Isochron.....	38	Kadian (100mg 24-Hour Capsule, 10mg 24-Hour Capsule, 20mg 24-Hour Capsule, 30mg 24- Hour Capsule, 50mg 24-Hour Capsule, 60mg 24-Hour Capsule, 80mg 24-Hour Capsule).....	11
Indomethacin	10	Isolyte-H/Dextrose 5%	59	Kadian (200mg 24-Hour Capsule) 11	
Indomethacin ER.....	10	Isolyte-M/Dextrose 5%.....	59	Kaletra (100-25mg Tablet).....	30
Infanrix.....	51	Isolyte-P/Dextrose 5%.....	59	Kaletra (200-50mg Tablet, Oral Solution)	30
Infergen	50	Isolyte-S	59	Kanamycin Sulfate	13
Infumorph.....	11	Isolyte-S/Dextrose 5%.....	59	Kariva	46
Innopran XL	35	Isonarif	23	KCl 0.3%/D5W	59
Insulin Syringes, Needles	52	Isoniazid (Injection).....	23	KCl 0.3%/D5W/LR IV LAC Ring.....	59
Intelence	29	Isoniazid (Syrup, Tablet).....	23	KCl 0.3%/D5W/NaCl 0.2%	59
Intralipid (20% Injection)	53	Isordil Titrados (40mg Tablet) .	38	KCl 0.3%/D5W/NaCl 0.9%	59
Intralipid (30% Injection)	53	Isosorbide Dinitrate.....	38	KCl 0.3%/D5W/NaCl 0.45%.....	59
Intron-A (3mu Pen Injection) ...	50	Isosorbide Dinitrate ER.....	38	KCl 0.3%/NaCl 0.9%	59
Intron-A (6mu Pen Injection) ...	50	Isosorbide Mononitrate.....	38	KCl (0.4meq/1ml Injection, 10meq/100ml Injection, 2meq/1ml Injection, 30meq/100ml Injection)	59
Intron-A (10mu Injection, 10mu Pen Injection, 5mu Pen Injection)	50	Isosorbide Mononitrate ER.....	38	KCl 0.15%/D5W	59
Introvale	46	Isotonic Gentamicin	13	KCl 0.15%/D5W/LR.....	59
Invanz.....	15	Isradipine.....	35		
Invega	27	Istalol.....	54		
Invega Sustenna (39mg/0.25ml Injection, 78mg/0.5ml Injection) 27		Istodax.....	25		
Invega Sustenna (117mg/0.75ml Injection, 156mg/1ml Injection, 234mg/1.5ml Injection)	27	Itraconazole	21		
Invirase (Capsule).....	30	Ixempra Kit	25		
		Ixiaro	51		

KCl 0.15%/D5W/NaCl 0.2%....	59	Kristalose.....	41	Levemir	31
KCl 0.15%/D5W/NaCl 0.9%....	59	Kuvan	40	Levetiracetam ER.....	17
KCl 0.15%/D5W/NaCl 0.33%..	59	L		Levetiracetam (Injection)	17
KCl 0.15%/D5W/NaCl 0.45%		Labetalol HCl (Injection)	35	Levetiracetam (Oral Solution, Tablet).....	17
Viaflex	59	Labetalol HCl (Tablet)	35	Levobunolol HCl.....	54
KCl 0.15%/D5W/NaCl 0.225%	59	Laclotion	39	Levocarnitine.....	53
KCl 0.15%/D10W/NaCl 0.2%..	59	Lacrisert	53	Levofloxacin in D5W.....	16
KCl 0.15%/NaCl 0.9%	59	Lactated Ringer's.....	60	Levofloxacin (Injection, Oral Solution)	16
KCl 0.15%/NaCl 0.45% Viaflex	59	Lactated Ringer's Irrigation.....	60	Levofloxacin (Ophthalmic Solution, Tablet)	16
KCl 0.22%/D5W/NaCl 0.45%..	59	Lactulose	41	Levora.....	46
KCl 0.075%/D5W/NaCl 0.45%	59	Lamictal ODT	18	Levorphanol Tartrate.....	11
KCl 0.075%/D5W/NaCl 0.225%..	59	Lamictal Starter Kit	18	Levothroid.....	48
KCl 0.224%/D5W	59	Lamisil (Pack)	21	Levothyroxine Sodium	48
KCl 0.224%/D5W/NaCl 0.33%	59	Lamivudine	29	Levoxyl.....	48
KCl (10meq/50ml Injection).....	59	Lamivudine/Zidovudine	29	Lexapro.....	19
Keflex (750mg Capsule).....	14	Lamotrigine.....	18	Lexiva (Oral Suspension).....	30
Kelnor.....	46	Lanoxin (0.1mg/ml Injection)....	36	Lexiva (Tablet).....	30
Kenalog	43	Lanoxin (Tablet).....	36	Lidocaine.....	12
Kepivance	39	Lansoprazole	41	Lidocaine HCl (Gel, Topical Solution)	12
Keppra (Injection)	17	Lantus	31	Lidocaine HCl (Injection)	12
Ketek	16	Lastacaft.....	53	Lidocaine/Pilocaine	12
Ketoconazole	21	Latanoprost	55	Lidocaine Viscous.....	12
Ketoprofen.....	10	Latuda	27	Lidoderm.....	12
Ketoprofen ER	10	Leena.....	46	Lincocin	13
Ketorolac Tromethamine (Injection).....	10	Leflunomide	50	Lindane	26
Ketorolac Tromethamine (Ophthalmic Solution).....	54	Lessina.....	46	Lioresal Intrathecal (0.05mg/ml Solution)	28
Ketorolac Tromethamine (Tablet) . 10		Letairis	57	Lioresal Intrathecal (10mg/5ml Solution)	28
Kineret.....	50	Letrozole	25	Liothyronine Sodium (Injection)48	
Kionex	20	Leucovorin Calcium (Injection).53		Liothyronine Sodium (Tablet)...48	
Klor-Con 8.....	60	Leucovorin Calcium (Tablet).....	53	Lipitor.....	37
Klor-Con 10	60	Leukeran	23	Liposyn II.....	53
Klor-Con M15	60	Leukine	33		
Klor-Con M20	60	Leuprolide Acetate	48		
Kombiglyze XR.....	31	Levalbuterol (Nebulizer Solution) . 56			
		Levaquin.....	16		

Liposyn III (10% Injection, 20% Injection)	53	Lutera	46	Mepron.....	26
Liposyn III (30% Injection).....	53	Luxiq	44	Mercaptopurine	24
Lisinopril.....	37	Lyrica	17	Meropenem	15
Lisinopril/Hydrochlorothiazide	37	Lysodren.....	48	Mesalamine	52
Lithium Carbonate.....	30	M		Mesna.....	25
Lithium Carbonate ER	30	Magnesium Sulfate (40mg/ml Injection, 80mg/ml Injection).	60	Mesnex (Tablet).....	25
Lithium Citrate	30	Magnesium Sulfate (50% Injection)	60	Mestinon (Syrup).....	22
Lithobid.....	30	Magnesium Sulfate in D5W	60	Mestinon Timespan	22
Livalo	37	Malarone	26	Metadate ER	38
Locoid	44	Malathion.....	26	Metaproterenol Sulfate	56
Locoid Lipocream	44	Maprotiline HCl	18	Metaxalone.....	57
Lodosyn.....	27	Margesic-H	11	Metformin HCl.....	31
Loestrin.....	46	Marplan.....	19	Metformin HCl ER	31
Loestrin Fe	46	Matulane	23	Methadone HCl (Concentrate, Oral Solution, Tablet).....	11
Lokara	44	Matzim LA	35	Methadone HCl (Injection).....	11
Lo/Ovral	46	Maxalt	22	Methadose.....	12
Loperamide HCl.....	41	Maxalt-MLT.....	22	Methamphetamine HCl.....	38
Losartan Potassium	37	Mebendazole	26	Methazolamide.....	54
Losartan Potassium/ Hydrochlorothiazide.....	37	Meclizine HCl.....	20	Methenamine Hippurate.....	13
Loseasonique	46	Meclofenamate Sodium.....	10	Methergine	53
Lotemax	54	Medroxyprogesterone Acetate (Injection)	47	Methimazole	49
Lotronex.....	41	Medroxyprogesterone Acetate (Tablet)	47	Methocarbamol	57
Lovastatin.....	37	Mefenamic Acid	10	Methotrexate Sodium (1gm Injection)	49
Lovaza	37	Mefloquine HCl.....	26	Methotrexate Sodium (25mg/ml Injection)	49
Lovenox (300mg/3ml Injection)	32	Megace ES	47	Methotrexate (Tablet).....	49
Low-Ogestrel	46	Megestrol Acetate.....	47	Methscopolamine Bromide	40
Loxapine Succinate.....	28	Meloxicam.....	10	Methyclothiazide.....	36
Lumigan.....	55	Melphalan HCl	23	Methyldopa	34
Lumizyme	40	Menactra	51	Methyldopa/Hydrochlorothiazide. 34	
Lunesta.....	57	Menest.....	46	Methyldopate HCl	34
Lupron Depot (11.25mg Injection, 3.75mg Injection).....	48	Menomune-A/C/Y/W-135	51	Methylergonovine Maleate.....	53
Lupron Depot (22.5mg Injection, 30mg Injection, 45mg Injection, 7.5mg Injection).....	48	Mentax	21	Methylin ER	38
Lupron Depot-PED	48	Menveo.....	51	Methylin (Tablet)	38

Methylphenidate HCl	38	M-M-R II	51	Namenda Titration Pak.....	18
Methylphenidate HCl ER.....	38	Moexipril HCl.....	37	Naproxen (250mg Tablet, 275mg Tablet, 375mg Tablet, 550mg Tablet, Oral Suspension)	10
Methylphenidate HCl SR.....	38	Moexipril/Hydrochlorothiazide	37	Naproxen (500mg Tablet).....	10
Methylprednisolone	44	Mometasone Furoate	44	Naproxen DR	10
Methylprednisolone Acetate	44	MonoNessa.....	46	Naratriptan HCl.....	22
Methylprednisolone Sodium Succinate.....	44	Morphine Sulfate	12	Nardil	19
Metipranolol.....	54	Morphine Sulfate ER.....	12	Nasonex	56
Metoclopramide HCl (Injection)	20	Moviprep	41	Natacyn	21
Metoclopramide HCl (Oral Solution, Tablet)	20	Moxeza	16	Nateglinide	31
Metolazone.....	36	Mozobil.....	33	Nebupent.....	26
Metoprolol/Hydrochlorothiazide	35	Multaq.....	34	Necon	46
Metoprolol Succinate ER	35	Mupirocin.....	13	Nefazodone HCl	19
Metoprolol Tartrate	35	Mustargen	23	Neomycin/Polymyxin/Bacitracin/ Hydrocortisone	54
Metrogel.....	13	Mycamine.....	21	Neomycin/Polymyxin B Sulfates	13
Metronidazole	13	Mycobutin	22	Neomycin/Polymyxin/ Dexamethasone	54
Metronidazole in NaCl 0.79%...	13	Mycophenolate Mofetil	49	Neomycin/Polymyxin/Gramicidin 14	
Metronidazole Vaginal	13	Myfortic (180mg Delayed Release Tablet).....	49	Neomycin/Polymyxin/ Hydrocortisone (Ophthalmic Suspension).....	54
Mexiletine HCl	34	Myfortic (360mg Delayed Release Tablet).....	49	Neomycin/Polymyxin/ Hydrocortisone (Solution, Suspension).....	55
Miacalcin (Injection)	52	Myozyme.....	40	Neomycin Sulfate	13
Micardis	37	Mytelase	22	Nephramine.....	60
Micardis HCT	37	N		Neulasta.....	33
Miconazole 3	21	Nabumetone	10	Neumega	33
Microgestin	46	Nadolol	35	Neupogen	33
Microgestin Fe	46	Nadolol/Bendroflumethiazide ...	35	Nevanac.....	54
Midodrine HCl.....	34	Nafacillin Sodium.....	15	Nexavar	25
Migergot.....	22	Naftin.....	21	Nexium.....	41
Millipred	44, 52	Naflazyme.....	40	Nexium I.V.	41
Minocycline HCl	17	Nalbuphine HCl.....	12	Next Choice.....	47
Minocycline HCl ER.....	17	Nallpen/Dextrose.....	15	Niacor	37
Minoxidil (Tablet)	38	Naloxone HCl (0.4mg/ml Injection)	20	Niaspan.....	37
Mirtazapine	18	Naloxone HCl (1mg/ml Injection). 20			
Mirtazapine ODT	19	Naltrexone HCl.....	20		
Misoprostol.....	41	Namenda	18		
Mitomycin.....	25				
Mitoxantrone HCl.....	25				

Nicardipine HCl.....	35	Novantrone.....	25	Ondansetron HCl (Oral Solution, Tablet).....	20
Nicotrol Inhaler.....	20	Novarel.....	45	Ondansetron ODT.....	20
Nicotrol NS.....	20	Novolin.....	31	Onglyza.....	31
Nifediac CC.....	35	Novolog.....	31	Onsolis.....	12
Nifedical XL.....	35	Noxafil.....	21	Ontak.....	25
Nifedipine.....	35	Nulojix.....	49	Opana ER.....	12
Nifedipine ER.....	35	Nulytely/Flavor Packs.....	41	Optipranolol.....	54
Nilandron.....	49	Nutropin.....	45	Orap.....	28
Nimodipine.....	35	Nutropin AQ.....	45	Oravig.....	22
Nipent.....	24	NuvaRing.....	46	Orencia.....	50
Nisoldipine.....	35	Nyamyc.....	21	Orfadin.....	40
Nisoldipine ER.....	36	Nystatin.....	21	Orphenadrine/Aspirin/Caffeine	57
Nitro-Bid.....	38	Nystatin/Triamcinolone.....	21	Orphenadrine Citrate ER.....	57
Nitro-Dur (0.3mg/hr 24-Hour Patch, 0.8mg/hr 24-Hour Patch) 38		Nystop.....	21	Orsythia.....	46
Nitrofurantoin.....	14	O		Ortho-Cept.....	46
Nitrofurantoin Macrocrystalline	14	Ocella.....	46	Orthoclone OKT3.....	50
Nitrofurantoin Monohydrate.....	14	Octreotide Acetate (1,000mcg/ml Injection).....	48	Ortho-Cyclen.....	46
Nitroglycerin (24-Hour Patch) ..	38	Octreotide Acetate (100mcg/ml Injection, 50mcg/ml Injection)	48	Ortho-Est.....	46
Nitroglycerin (Injection).....	38	Octreotide Acetate (200mcg/ml Injection, 500mcg/ml Injection) .	48	Ortho Evra.....	46
Nitrolingual Pumpspray.....	38	Ofloxacin (Ophthalmic Solution, Otic Solution).....	16	Ortho Micronor.....	47
Nitromist.....	38	Ofloxacin (Tablet).....	16	Ortho-Novum 7/7/7.....	47
Nitrostat.....	38	Ogestrel.....	46	Ortho Tri-Cyclen Lo.....	46
Nizatidine.....	41	Olanzapine.....	27	Osmoprep.....	41
Nora-BE.....	47	Olanzapine ODT.....	27	Ovcon.....	47
Norditropin.....	44	Olux-E.....	44	Oxacillin Sodium.....	15
Norditropin Flexpro.....	45	Omeprazole.....	41	Oxaliplatin.....	25
Norethindrone Acetate.....	47	Omnaris.....	56	Oxandrin.....	45
Noritate.....	14	Omnitrope (5.8mg Injection, 5mg/1.5ml Injection).....	45	Oxandrolone (2.5mg Tablet).....	45
Normosol-M in D5W.....	60	Omnitrope (10mg/1.5ml Injection) 45		Oxandrolone (10mg Tablet).....	45
Normosol-R.....	60	Ondansetron HCl (Injection)....	20	Oxaprozin.....	10
Normosol-R in D5W.....	60			Oxcarbazepine.....	18
Noroxin.....	16			Oxistat.....	22
Nortrel.....	46			Oxsoralen.....	39
Nortriptyline HCl.....	19			Oxsoralen Ultra.....	39
Norvir.....	30			Oxybutynin Chloride.....	42

Oxybutynin Chloride ER.....	42	Pegasys Proclick	50	Pindolol	35
Oxycodone/Acetaminophen	12	Peg-Intron	50	Piperacillin Sodium.....	15
Oxycodone/Aspirin (4.5mg- 0.38mg-325mg Tablet).....	12	Penicillin G Potassium	15	Piperacillin Sodium/Tazobactam Sodium	15
Oxycodone/Aspirin (4.8355-325mg Tablet).....	12	Penicillin G Potassium in Iso- Osmotic Dextrose.....	15	Piroxicam	10
Oxycodone HCl (Capsule, Concentrate)	12	Penicillin G Procaine	15	Plasma-Lyte.....	60
Oxycodone HCl (Tablet).....	12	Penicillin G Sodium.....	15	Plasma-Lyte/D5W.....	60
Oxycodone/Ibuprofen	12	Penicillin V Potassium (Solution for Reconstitution).....	15	Plasma-Lyte-R	60
Oxycontin.....	12	Penicillin V Potassium (Tablet) .	15	Plavix.....	34
Oxymorphone HCl	12	Pennsaid	10	Podoflox.....	39
Oxymorphone HCl ER.....	12	Pentam 300	26	Poly-Dex.....	54
Oxytrol.....	42	Pentasa.....	52	Polyethylene Glycol 3350.....	41
P		Pentopak.....	33	Polymyxin B Sulfate	14
Pacerone (100mg Tablet)	34	Pentostatin.....	24	Poly-Pred.....	54
Pacerone (200mg Tablet).....	34	Pentoxifylline ER	33	Portia	47
Paclitaxel	25	Perforomist	56	Potassium Chloride ER.....	60
Pamelor.....	19	Perindopril Erbumine.....	37	Potassium Citrate ER.....	60
Pamidronate Disodium	52	Periogard	39	Pradaxa.....	32
Pandel.....	44	Permethrin	26	Pramipexole Dihydrochloride....	27
Panretin.....	26	Perphenazine	28	Prandimet.....	31
Pantoprazole Sodium.....	41	Perphenazine/Amitriptyline	28	Prandin.....	31
Parcaine	53	Pexeva.....	19	Pravastatin Sodium.....	37
Parcopa	27	Pfizerpen-G.....	15	Prazosin HCl.....	34
Paromomycin Sulfate.....	13	Phenadoz.....	55	Pred-G	54
Paroxetine HCl.....	19	Phenelzine Sulfate	19	Pred-G S.O.P.	54
Paroxetine HCl ER	19	Phenytek.....	18	Pred Mild	54
Paser	23	Phenytoin	18	Prednicarbate.....	44
Pataday	53	Phenytoin Sodium.....	18	Prednisolone Acetate	54
Patanase.....	55	Phenytoin Sodium Extended....	18	Prednisolone Sodium Phosphate (Ophthalmic Solution).....	54
Patanol.....	53	Phoslo	42	Prednisolone Sodium Phosphate (Oral Solution).....	44
PCE.....	16	Phoslyra.....	42	Prednisone	44
Pedi-Dri	22	Phospholine Iodide.....	54	Prednisone Intensol	44
Pedvax HIB.....	51	Physiolyte	60	Prefest.....	47
Peganone	18	Physiosol Irrigation	60	Pregnyl w/Diluent Benzyl Alcohol/NaCl.....	45
Pegasys	50	Pilocarpine HCl	39		
		Pilopine HS.....	54		

Premarin (Cream, Tablet).....	47	Procto-Pak.....	44	Q	
Premasol (6% Injection).....	60	Proctosol HC.....	44	Quaaluin.....	26
Premasol (10% Injection).....	60	Proctozone-HC.....	44	Quasense.....	47
Premphase.....	47	Proglycem.....	31	Quinapril HCl.....	37
Prempro.....	47	Prograf (Injection).....	50	Quinapril/Hydrochlorothiazide	37
Prenatal Vitamins.....	60	Prolastin.....	57	Quinidine Gluconate.....	34
Prevalite.....	37	Prolastin-C.....	57	Quinidine Gluconate ER.....	34
Previfem.....	47	Proleukin.....	25	Quinidine Sulfate.....	34
Prezista (150mg Tablet, 75mg Tablet).....	30	Prolia.....	52	Quinidine Sulfate ER.....	34
Prezista (400mg Tablet, 600mg Tablet).....	30	Promacta (12.5mg Tablet, 25mg Tablet, 50mg Tablet).....	33	QVAR.....	56
Priftin.....	23	Promacta (75mg Tablet).....	33	R	
Primaquine Phosphate.....	26	Promethazine HCl.....	55	Rabavert.....	51
Primaxin.....	15	Promethegan.....	55	Ramipril.....	37
Primidone.....	17	Prometrium.....	47	Ranexa.....	36
Primsol.....	14	Propafenone HCl.....	34	Ranitidine HCl (Capsule, Syrup, Tablet).....	41
Pristiq.....	19	Propafenone HCl ER.....	34	Ranitidine HCl (Injection).....	41
Privigen.....	50	Propantheline Bromide.....	40	Rapaflo.....	42
Proair HFA.....	56	Proparacaine HCl.....	53	Rapamune (0.5mg Tablet).....	50
Probenecid.....	22	Propranolol HCl.....	35	Rapamune (1mg Tablet, 2mg Tablet, Oral Solution).....	50
Probenecid/Colchicine.....	22	Propranolol HCl ER.....	35	Rebetol (Capsule).....	28
Procainamide HCl (100mg/ml Injection).....	34	Propranolol/Hydrochlorothiazide . 35		Rebetol (Oral Solution).....	28
Procainamide HCl (500mg/ml Injection).....	34	Propylthiouracil.....	49	Rebif.....	50
Procalamine.....	60	ProQuad.....	51	Rebif Titration Pack.....	50
Prochlorperazine.....	21	Prosol.....	60	Reclast.....	52
Prochlorperazine Edisylate.....	28	Protonix (Injection).....	41	Reclipsen.....	47
Prochlorperazine Maleate.....	28	Protopic.....	39	Recombivax HB.....	51
Procrit (10,000units/ml Injection, 2,000units/ml Injection, 3,000units/ml Injection, 4,000units/ml Injection).....	33	Protriptyline HCl.....	19	Regonol.....	22
Procrit (20,000units/ml Injection). 33		Provigil.....	38	Regranex.....	39
Procrit (40,000units/ml Injection). 33		Pulmicort Flexhaler.....	56	Relenza Diskhaler.....	30
Proctocream HC.....	44	Pulmicort (Nebulizer Suspension). 56		Relistor.....	41
		Pulmozyme.....	57	Remicade.....	50
		Pyrazinamide.....	23	Remodulin.....	57
		Pyridostigmine Bromide.....	22	Renagel.....	42
				Renvela.....	42

Rescriptor	29	Roxicet (Oral Solution).....	12	Silver Sulfadiazine	14
Reserpine.....	34	Roxicet (Tablet)	12	Simponi	50
Restasis.....	53	Rozerem	57	Simulect.....	51
Retin-A Micro.....	39	Rythmol SR.....	34	Simvastatin	37
Retrovir IV Infusion.....	29	S		Singulair	56
Revatio (Injection).....	57	Sabril	17	Sodium Bicarbonate	60
Revatio (Tablet)	57	Saizen	45	Sodium Chloride	60
Revlimid.....	23	Samsca.....	36	Sodium Chloride 0.9%	60
Reyataz (100mg Capsule)	30	Sanctura XR.....	42	Sodium Chloride 0.45% Viaflex 60	
Reyataz (150mg Capsule, 200mg Capsule, 300mg Capsule)	30	Sancuso.....	21	Sodium Fluoride (Tablet)	60
Ribapak	28	Sandimmune (Capsule, Oral Solution)	50	Sodium Lactate	60
Ribasphere (200mg Tablet, Capsule).....	28	Sandostatin (1,000mcg/ml Injection)	48	Sodium Polystyrene Sulfonate...20	
Ribasphere (400mg Tablet, 600mg Tablet).....	29	Sandostatin (100mcg/ml Injection, 200mcg/ml Injection, 500mcg/ ml Injection, 50mcg/ml Injection)	48	Solaraze	39
Ribavirin.....	29	Sandostatin LAR Depot	49	Solia.....	47
Ridaura.....	51	Santyl	39	Solu-Cortef.....	44
Rifampin (Capsule)	23	Saphris.....	30	Solu-Medrol	44
Rifampin (Injection).....	23	Savella.....	10	Somatuline Depot	49
Rifater.....	23	Savella Titration Pack.....	10	Somavert.....	49
Rilutek.....	39	Seasonale	47	Soriatane.....	39
Rimantadine HCl.....	30	Seasonique	47	Sorine	34
Ringer's Injection.....	60	Selegiline HCl.....	27	Sotalol HCl (Injection).....	34
Ringer's Irrigation	60	Selenium Sulfide.....	39	Sotalol HCl (Tablet).....	34
Riomet.....	31	Selfemra.....	19	Sotret.....	39
Risperdal Consta (12.5mg Injection, 25mg Injection)	27	Selzentry.....	29	Spiriva Handihaler	56
Risperdal Consta (37.5mg Injection, 50mg Injection)	27	Sensipar (30mg Tablet)	48	Spirolactone	36
Risperidone	27	Sensipar (60mg Tablet, 90mg Tablet).....	48	Spirolactone/ Hydrochlorothiazide.....	36
Risperidone ODT	27	Serevent Diskus	56	Sporanox (Capsule).....	22
Rituxan.....	26	Seromycin.....	23	Sporanox (Oral Solution).....	22
Rivastigmine Tartrate.....	18	Seroquel.....	30	Sprintec	47
Romycin	16	Seroquel XR	30	Sprycel.....	25
Ropinirole HCl.....	27	Serostim	45	Sronyx.....	47
RotaTeq.....	51	Sertraline HCl.....	19	SSD	14
Rowasa	52			Stagesic.....	12
				Stalevo	27
				Stavudine.....	29

Stavzor.....	17	SymlinPen 60	31	Tetanus/Diphtheria Toxoids- Adsorbed Adult	51
Stelara.....	39	SymlinPen 120	31	Tetanus Toxoid Adsorbed.....	51
Sterile Water Irrigation	53	Synagis	51	Tetracycline HCl.....	17
Stimate	45	Synalgos-DC	12	Tev-Tropin.....	45
Strattera.....	38	Synarel.....	49	Thalomid	23
Streptomycin Sulfate	13	Synercid.....	14	Theo-24	56
Stromectol	26	Synthroid.....	48	Theochron.....	56
Suboxone	20	Syprine	20	Theophylline ER.....	56
Sucraid.....	40	T		Thermazene	14
Sucralfate.....	41	Tabloid.....	24	Thioridazine HCl	28
Sulfacetamide Sodium (Ophthalmic Solution).....	16	Tacrolimus (0.5mg Capsule, 1mg Capsule).....	50	Thiotepa.....	23
Sulfacetamide Sodium/ Prednisolone Sodium Phosphate 54		Tacrolimus (5mg Capsule).....	50	Thiothixene.....	28
Sulfacetamide Sodium (Suspension).....	39	Tamiflu	30	Thymoglobulin	50
Sulfadiazine	16	Tamoxifen Citrate	23	Thyrolar	48
Sulfamethoxazole/Trimethoprim (Injection).....	16	Tamsulosin HCl.....	42	Ticlopidine HCl.....	34
Sulfamethoxazole/Trimethoprim (Oral Suspension, Tablet)	16	Tarceva	25	Tikosyn	34
Sulfamylon	14	Targretin.....	26	Timentin	15
Sulfasalazine.....	52	Tasigna	25	Timolol Maleate.....	35, 54
Sulfazine EC	52	Tasmar.....	27	Tis-U-Sol	60
Sulindac.....	10	Taxotere.....	25	Tizanidine HCl.....	28
Sumatriptan Succinate (Injection) . 22		Tazicef	14	Tobi	13
Sumatriptan Succinate (Tablet) .22		Tazorac	39	Tobradex (Ophthalmic Ointment). 54	
Suprax.....	14	Taztia XT	36	Tobradex (Ophthalmic Suspension) 55	
Suprep Bowel Prep	41	Tegretol	18	Tobramycin/Dexamethasone.....	55
Surmontil	19	Tegretol-XR.....	18	Tobramycin Sulfate (0.3% Ophthalmic Solution).....	13
Sustiva	29	Tekturna.....	37	Tobramycin Sulfate (Injection) ..	13
Sutent	25	Tekturna HCT.....	37	Tobramycin Sulfate/NaCl	13
Sylatron	25	Terazosin HCl.....	42	Tobrasol.....	13
Symbicort	56	Terbinafine HCl	22	Tobrex (Ophthalmic Ointment) 13	
Symbyax	30	Terbutaline Sulfate (Injection)...	56	Tobrex (Ophthalmic Solution)...	13
Symlin	31	Terbutaline Sulfate (Tablet).....	57	Tolazamide	31
		Terconazole.....	22	Tolbutamide.....	31
		Testosterone Cypionate.....	45	Tolmetin Sodium.....	10
		Testosterone Enanthate	45		

Topiramate	18	Triamterene/Hydrochlorothiazide. 36	Ulesfia.....	26	
Toposar.....	25	Tribenzor.....	36	Uloric.....	22
Topotecan HCl.....	25	Tricor.....	37	Unasyn (3gm Injection)	15
Toprol XL.....	35	Triderm	44	Unithroid.....	48
Torisel.....	25	Trifluoperazine HCl.....	28	Uroxatral.....	42
Torsemide (Injection)	36	Trifluridine	29	Ursodiol (Capsule)	41
Torsemide (Tablet).....	36	Trihexyphenidyl HCl	27	Ursodiol (Tablet).....	41
TPN Electrolytes.....	60	Tri-Legest Fe.....	47	Uvadex.....	40
Tracleer.....	57	Trilipix.....	37	V	
Tramadol HCl.....	12	Trilyte.....	41	Vagifem	47
Tramadol HCl/Acetaminophen.12		Trimethoprim.....	14	Valacyclovir HCl	29
Tramadol HCl ER.....	12	Trimethoprim Sulfate/Polymyxin B Sulfate.....	17	Valcyte.....	28
Trandolapril.....	37	TriNessa	47	Valproate Sodium	17
Tranexamic Acid	33	Tripedia	51	Valproic Acid.....	17
Transderm-Scop	21	Tri-Previfem	47	Vancocin HCl.....	14
Tranylcypromine Sulfate	19	Trisenox.....	25	Vancomycin HCl.....	14
Travasol	60	Tri-Sprintec	47	Vandazole	14
Travatan Z.....	55	Trivora	47	Vandetanib.....	23
Trazodone HCl	19	Trizivir.....	29	Vanos	44
Treanda.....	23	Trophamine	60	Vaqta.....	51
Trecator	23	Tropicamide.....	53	Varivax.....	51
Trelstar Depot	49	Trospium Chloride	42	Vectibix.....	26
Trelstar LA.....	49	Truvada	29	Vectical.....	40
Trelstar Mixject.....	49	Twinject.....	57	Velcade	25
Tretinoin (Capsule).....	26	Twynsta	36	Velivet.....	47
Tretinoin (Cream).....	39	Tygacil	14	Veltin	40
Tretinoin (Gel)	39	Tykerb.....	25	Venlafaxine HCl.....	19
Tretin-X.....	40	Typhim Vi	51	Venlafaxine HCl ER (24-Hour Capsule).....	19
Trexall	50	Tysabri	51	Venlafaxine HCl ER (150mg 24- Hour Tablet, 37.5mg 24-Hour Tablet, 75mg 24-Hour Tablet) 19	
Triamcinolone Acetonide (Cream, Lotion, Ointment).....	44	Tyzeka	29	Venlafaxine HCl ER (225mg 24- Hour Tablet).....	19
Triamcinolone Acetonide in Absorbase	44	Tyzine	57	Ventavis	57
Triamcinolone Acetonide (Inhaler) 56		U		Verapamil HCl ER.....	36
Triamcinolone in Orabase	39	U-Cort.....	44	Verapamil HCl (Injection).....	36

Verapamil HCl (Tablet).....	36	Votrient.....	23	Zetia.....	37
Vesicare.....	42	Vpriv.....	40	Ziagen.....	29
Vestura.....	47	Vytorin.....	37	Ziana.....	40
Vexol.....	55	Vyvanse.....	38	Zidovudine.....	29
Vfend (Injection).....	22	W		Zinacef.....	14
Vfend (Oral Suspension, Tablet)	22	Warfarin Sodium.....	32	Zinacef in Iso-Osmotic Dextrose..	15
Vibativ.....	14	Welchol (Pack).....	37	Zinacef in Iso-Osmotic Diluent	15
Vibramycin (Oral Suspension, Syrup).....	17	Welchol (Tablet).....	37	Zinocard.....	25
Victoza.....	31	X		Zmax.....	16
Victrelis.....	30	Xalkori.....	25	Zofran (Injection).....	21
Vidaza.....	25	Xarelto.....	33	Zofran ODT.....	21
Videx Pediatric.....	29	Xenazine.....	53	Zofran (Oral Solution, Tablet)...	21
Vigamox.....	16	Xgeva.....	52	Zolinza.....	25
Viibryd.....	19	Xifaxan (200mg Tablet).....	14	Zolpidem Tartrate (5mg Tablet)	57
Vimovo.....	10	Xifaxan (550mg Tablet).....	14	Zolpidem Tartrate (10mg Tablet)	57
Vimpat (Injection).....	17	Xolair.....	57	Zometa.....	52
Vimpat (Oral Solution, Tablet)..	17	Xyrem.....	39	Zonisamide.....	17
Vinblastine Sulfate.....	25	Y		Zorbtive.....	45
Vincasar PFS.....	25	Yasmin.....	47	Zortress (0.5mg Tablet, 0.75mg Tablet).....	50
Vincristine Sulfate.....	25	Yervoy.....	26	Zortress (0.25mg Tablet).....	50
Vinorelbine Tartrate.....	25	YF-Vax.....	51	Zostavax.....	51
Viracept (Powder).....	30	Z		Zosyn.....	15
Viracept (Tablet).....	30	Zafirlukast.....	56	Zovia.....	47
Viramune (Oral Suspension).....	29	Zaleplon.....	57	Zovirax (Cream, Ointment).....	29
Viramune (Tablet).....	29	Zanosar.....	23	Zyclara.....	40
Viramune XR.....	29	Zantac (50mg/50ml Injection)...	41	Zylet.....	55
Virazole.....	29	Zavesca.....	40	Zymar.....	16
Viread.....	29	Zazole.....	22	Zymaxid.....	16
Visicol.....	41	Zelapar.....	27	Zyprexa.....	27
Vistide.....	28	Zelboraf.....	25	Zyprexa Zydis.....	27
Vivaglobin.....	50	Zemaira.....	57	Zytiga.....	25
Vivelle-Dot.....	47	Zemplar.....	52	Zyvox.....	14
Vivitrol.....	20	Zenpep.....	40		
Voltaren (Gel).....	11	Zeosa.....	47		
Voriconazole.....	22	Zerlor.....	12		



Para obtener información sobre el formulario actualizado, visite:

www.CitrusHC.com



O llame al Servicio al Cliente al:

1-877-624-8787, TTY 711

15/10 – 1/3 de 8:00 am a 8:00 pm hora local, los 7 días de la semana; 2/3 – 14/10 de 8:00 am a 8:00 pm hora local, Lunes - Viernes

Este documento incluye el formulario completo del plan Citrus Plus a partir del 1 de abril de 2012.

Si es miembro de un plan patrocinado por un grupo (recibe su cobertura a través de un empleador anterior, sindicato o fideicomiso), llame al número de Servicio al Cliente que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación de membresía.

Esta información está disponible sin costo en otros idiomas. Comuníquese con nuestro Servicio al Cliente al número **1-877-624-8787**, TTY: **711**, 15/10 – 1/3 de 8:00 am a 8:00 pm hora local, los 7 días de la semana; 2/3 – 14/10 de 8:00 am a 8:00 pm hora local, Lunes - Viernes, para obtener más información.

Los beneficiarios deben usar las farmacias de la red para tener acceso a su beneficio de medicamentos con receta. Es posible que los beneficios, el formulario, la red de farmacias, la prima y/o los copagos/coaseguro se modifiquen el 1 de enero de 2013.

El plan está asegurado o cubierto por UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus afiliadas, una organización Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare.