

2012 Formulario Completo

(Lista completa de medicamentos cubiertos)

Erickson Advantage® Guardian (HMO-POS SNP)
Erickson Advantage® Signature with Drugs (HMO-POS)
Erickson Advantage® Champion (HMO-POS 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.



EREX12PO3346376_003

00012259, 9

Y0066_3314075_000S_Final 14.3 CMS Approved 07152011

Acerca de esta lista completa de medicamentos

La presente es una lista **completa** de medicamentos con receta que están cubiertos por el plan Erickson Advantage® 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.EricksonAdvantage.com. La información se actualiza con frecuencia.
3. Llame al Servicio al Cliente al **1-866-314-8188**, TTY **711**, de 8:00 am a 8:00 pm hora local, los 7 días de la semana. 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 **1-866-314-8188**,
TTY **711**,
de 8:00 am a 8:00 pm hora local, los 7 días
de la semana



Visítenos en:
www.EricksonAdvantage.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 mayo de 2012. No se ha modificado desde mayo 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 Erickson Advantage® 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.EricksonAdvantage.com o llame al **1-866-314-8188**, TTY **711**, de 8:00 am a 8:00 pm hora local, los 7 días de la semana.

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 19-20
Asma/Pulmón.	página 57-58
Tensión Arterial	página 34-38
Control del Colesterol.	página 37-38
Diabetes	página 31-32
Osteoporosis	página 53-54
Úlcera y Acidez Estomacal	página 42-43
Vacunas	página 52

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 83. 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 **1-866-314-8188**, TTY **711**, de 8:00 am a 8:00 pm hora local, los 7 días de la semana 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, muéstrselas 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 Erickson Advantage® 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 Erickson Advantage® 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 Erickson Advantage® son:

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

Para obtener más información acerca de los medicamentos de acceso limitado, llame al Servicio al Cliente al **1-866-314-8188**, TTY **711**, de 8:00 am a 8:00 pm hora local, los 7 días de la semana.

Vacunas

El plan Erickson Advantage® 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, Erickson Advantage® 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 **1-866-314-8188**, TTY **711**, de 8:00 am a 8:00 pm hora local, los 7 días de la semana. O visite www.EricksonAdvantage.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 63–82 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 **1-866-314-8188**, TTY **711**, de 8:00 am a 8:00 pm hora local, los 7 días de la semana.

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 Erickson Advantage® 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 Erickson Advantage®, consulte su Comprobante de Cobertura y otros documentos del plan. Si tiene preguntas, llame al Servicio al Cliente al:



1-866-314-8188, TTY 711

de 8:00 am a 8:00 pm hora local, los 7 días de la semana



O visite: **www.EricksonAdvantage.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 83.

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 limitaciones
Analgésicos: Medicamentos para Tratar el Dolor, la Inflamación y las Condiciones Musculares y Articulares		
Analgésicos, Otros: Analgésicos Varios		
Savella [†]	T3	QL
Savella Titration Pack [†]	T3	QL
Medicamentos Antiinflamatorios Noesteroides: Medicamentos Antiinflamatorios/Contra el Dolor		
Arthrotec	T4	
Celebrex [†]	T3	QL
Diclofenac Potassium	T2	
Diclofenac Sodium DR	T2	
Diclofenac Sodium XR	T2	
Diflunisal	T2	
Etodolac	T2	
Etodolac ER	T2	
Fenoprofen Calcium	T2	
Flurbiprofen	T2	
Ibuprofen	T2	
Indomethacin	T2	

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Indomethacin ER	T3	
Ketoprofen	T2	
Ketoprofen ER	T3	
Ketorolac Tromethamine (inyección) [†]	T3	PA,QL
Ketorolac Tromethamine (comprimido) [†]	T3	QL
Meclofenamate Sodium	T3	
Mefenamic Acid	T3	
Meloxicam (suspensión oral)	T3	
Meloxicam (comprimido)	T1	
Nabumetone	T3	
Naproxen	T2	
Naproxen DR	T2	
Oxaprozin	T2	
Pennsaid	T3	
Piroxicam	T2	
Sulindac	T2	
Tolmetin Sodium (cápsula)	T2	
Tolmetin Sodium (comprimido)	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 63–82.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Vimovo [†]	T3	QL
Voltaren (gel)	T3	
Analgésicos Opiáceos: Analgésicos Opiáceos		
Acetaminophen/ Caffeine/ Dihydrocodeine Bitartrate [†]	T3	QL
Acetaminophen/ Codeine [†]	T2	QL
Actiq [†]	T5	PA,QL
Astramorph	T3	
Avinza [†]	T3	QL
Buprenorphine HCl (inyección)	T3	
Buprenorphine HCl (comprimido sublingual) [†]	T3	QL
Butalbital/ Acetaminophen/ Caffeine/Codeine [†]	T2	QL
Butalbital/Aspirin/ Caffeine/Codeine [†]	T3	QL
Butorphanol Tartrate (inyección)	T3	
Butorphanol Tartrate (atomizador nasal) [†]	T3	QL
Codeine Sulfate	T2	
Co-Gesic [†]	T2	QL
Dilaudid (inyección 1mg/ml, inyección 2mg/ml, inyección 4mg/ml)	T4	
Duramorph	T3	

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Endocet [†]	T2	QL
Endodan [†]	T3	QL
Exalgo [†]	T3	QL
Fentanyl (parche) [†]	T3	QL
Fentanyl Citrate (inyección)	T3	
Fentanyl Citrate Oral Transmucosal [†]	T5	PA,QL
Fentora [†]	T5	PA,QL
Hydrocodone/ Acetaminophen [†]	T2	QL
Hydrocodone/ Ibuprofen [†]	T2	QL
Hydromorphone HCl (inyección)	T3	
Hydromorphone HCl (comprimido)	T2	
Infumorph	T4	
Kadian (cápsula 24 horas 100mg, cápsula 24 horas 10mg, cápsula 24 horas 20mg, cápsula 24 horas 30mg, cápsula 24 horas 50mg, cápsula 24 horas 60mg, cápsula 24 horas 80mg)[†]	T3	QL
Kadian (cápsula 24 horas 200mg)[†]	T5	QL
Levorphanol Tartrate	T3	
Margesic-H [†]	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 63–82.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Methadone HCl (concentrado, solución oral, comprimido)	T2	
Methadone HCl (inyección)	T4	
Methadose	T2	
Morphine Sulfate	T3	
Morphine Sulfate ER [†]	T3	QL
Nalbuphine HCl	T3	
Onsolis[†]	T5	PA,QL
Opana ER[†]	T3	QL
Oxycodone HCl	T2	
Oxycodone/Acetaminophen [†]	T2	QL
Oxycodone/Aspirin (comprimido 4.5mg-0.38mg-325mg) [†]	T3	QL
Oxycodone/Aspirin (comprimido 4.8355-325mg) [†]	T2	QL
Oxycodone/Ibuprofen [†]	T3	QL
Oxycontin[†]	T3	QL
Oxymorphone HCl [†]	T3	QL
Oxymorphone HCl ER [†]	T3	QL
Roxicet (solución oral)[†]	T4	QL
Roxicet (comprimido) [†]	T2	QL
Stagesic [†]	T2	QL
Synalgos-DC[†]	T4	QL
Tramadol HCl [†]	T2	QL

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Tramadol HCl ER (comprimido 24 horas 100mg, comprimido 24 horas 200mg) [†]	T4	QL
Tramadol HCl ER (comprimido 24 horas 300mg) [†]	T4	QL,ST
Tramadol HCl/Acetaminophen [†]	T2	QL
Zerlor [†]	T3	QL
Anestesia: Medicamentos para Adormecimiento		
Anestesia Local		
Lidocaine	T2	B/D
Lidocaine HCl (gel, solución tópica)	T2	
Lidocaine HCl (inyección)	T3	B/D
Lidocaine Viscous	T2	
Lidocaine/Prilocaine	T2	B/D
Lidoderm[†]	T3	QL
Antibacteriales: Medicamentos para Tratar Infecciones Bacteriales		
Aminoglicósidos: Antibióticos		
Amikacin Sulfate	T3	
Gentak	T2	
Gentamicin Sulfate (crema, ungüento, solución oftálmica)	T2	
Gentamicin Sulfate (inyección)	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 63–82.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Gentamicin Sulfate/ NaCl (inyección 100mg, inyección 60mg, inyección 80mg)	T3	
Gentamicin Sulfate/ NaCl (inyección 70mg, inyección 90mg)	T3	
Gentasol	T2	
Isotonic Gentamicin	T3	
Kanamycin Sulfate	T3	
Neomycin Sulfate	T2	
Paromomycin Sulfate	T3	
Streptomycin Sulfate	T4	
Tobi	T5	B/D
Tobramycin Sulfate (inyección)	T3	
Tobramycin Sulfate (solución oftálmica)	T2	
Tobramycin Sulfate/ NaCl	T3	
Tobrasol	T2	
Tobrex (ungüento oftálmico)	T3	
Tobrex (solución oftálmica)	T4	
Antibacterianos, Otros: Antibióticos		
Altabax	T4	
BACiiM	T3	
Bacitracin (inyección)	T3	
Bacitracin (ungüento oftálmico)	T2	

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Bacitracin/Neomycin/ Polymyxin	T2	
Bacitracin/Polymyxin B	T2	
Bactroban (crema)	T4	
Chloramphenicol Sodium Succinate	T3	
Cleocin (cápsula 75mg)	T4	
Cleocin Galaxy	T4	
Cleocin in D5W	T4	
Cleocin Pediatric Granules	T4	
Cleocin Phosphate	T4	
Clindagel	T4	
Clindamycin HCl	T2	
Clindamycin Phosphate (crema, gel, loción, hisopo, solución tópica)	T2	
Clindamycin Phosphate (espuma)	T3	
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	

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 63–82.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Methenamine Hippurate	T3	
Metrogel	T4	
Metronidazole (cápsula, loción)	T3	
Metronidazole (crema, gel, comprimido)	T2	
Metronidazole in NaCl 0.79%	T3	
Metronidazole Vaginal	T2	
Mupirocin	T2	
Neomycin/Polymyxin B Sulfates	T3	
Neomycin/Polymyxin/ Gramicidin	T2	
Nitrofurantoin	T3	
Nitrofurantoin Macrocrystalline	T3	
Nitrofurantoin Monohydrate	T3	
Noritrate	T4	
Polymyxin B Sulfate	T3	
Primsol	T4	
Silver Sulfadiazine	T2	
SSD	T2	
Sulfamylon	T4	
Synercid	T5	
Thermazene	T2	
Trimethoprim	T2	
Tygacil	T4	

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Vancocin HCl	T5	PA
Vancomycin HCl	T3	B/D
Vandazole	T2	
Vibativ	T4	
Xifaxan (comprimido 200mg)	T4	
Xifaxan (comprimido 550mg)	T5	
Zyvox	T5	PA
Beta-Lactámicos, Cefalosporinas: Antibióticos		
Cedax	T4	
Cefaclor	T2	
Cefaclor ER	T2	
Cefadroxil (cápsula)	T2	
Cefadroxil (suspensión oral, comprimido)	T3	
Cefazolin Sodium	T3	
Cefdinir (cápsula)	T2	
Cefdinir (suspensión oral)	T3	
Cefepime	T3	
Cefotaxime Sodium	T3	
Cefotetan	T4	
Cefoxitin Sodium	T3	
Cefoxitin Sodium/ Dextrose	T4	
Cefpodoxime Proxetil	T3	
Cefprozil (suspensión oral)	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 63–82.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Cefprozil (comprimido)	T3	
Ceftazidime	T3	
Ceftazidime/Dextrose	T3	
Ceftriaxone Sodium	T3	
Cefuroxime Axetil (suspensión oral)	T3	
Cefuroxime Axetil (comprimido)	T2	
Cefuroxime Sodium	T3	
Cephalexin	T2	
Claforan (inyección 1gm, inyección 2gm)	T4	
Fortaz	T4	
Keflex (cápsula 750mg)	T4	
Suprax	T3	
Tazicef	T3	
Zinacef	T4	
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	

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Invanz	T4	
Meropenem	T3	
Primaxin	T4	
Beta-Lactámicos, Penicilinas: Antibióticos		
Amoxicillin	T2	
Amoxicillin/Potassium Clavulanate	T2	
Amoxicillin/Potassium Clavulanate ER	T3	
Ampicillin	T2	
Ampicillin Sodium	T3	
Ampicillin-Sulbactam	T3	
Bactocill in Dextrose (inyección 1gm)	T4	
Bactocill in Dextrose (inyección 2gm)	T5	
Bicillin C-R	T4	
Bicillin L-A	T4	
Dicloxacillin Sodium	T2	
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	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 63–82.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Pfizerpen-G	T4	
Piperacillin Sodium	T4	
Piperacillin Sodium/ Tazobactam Sodium	T3	
Timentin	T4	
Unasyn (inyección 3gm)	T4	
Zosyn	T4	
Macrólidos: Antibióticos		
Akne-Mycin	T4	
Azasite	T3	
Azithromycin (inyección)	T3	
Azithromycin (suspensión oral, comprimido)	T2	
Clarithromycin (suspensión oral)	T3	
Clarithromycin (comprimido)	T2	
Clarithromycin ER	T2	
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	

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Erythromycin	T2	
Erythromycin Base	T2	
Erythromycin Ethylsuccinate	T2	
Erythromycin/ Sulfisoxazole	T2	
Ketek	T4	PA
PCE	T4	
Romycin	T2	
Zmax	T4	
Quinolonas: Antibióticos		
Avelox (inyección)	T4	
Avelox (comprimido)	T3	
Avelox ABC Pack	T3	
Besivance	T3	
Ciloxan (ungüento oftálmico)	T4	
Cipro (suspensión oral)	T4	
Cipro IV	T4	
Ciprofloxacin	T2	
Ciprofloxacin ER	T3	
Ciprofloxacin HCl	T2	
Factive	T4	
Levaquin	T4	
Levofloxacin (inyección, solución oral)	T3	
Levofloxacin (solución oftálmica, comprimido)	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 63–82.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Levofloxacin in D5W	T3	
Moxeza	T3	
Noroxin	T4	
Ofloxacin (solución oftálmica, solución ótica)	T2	
Ofloxacin (comprimido)	T3	
Vigamox	T3	
Zymar	T3	
Zymaxid	T3	
Sulfamidas: Antibióticos		
Sulfacetamide Sodium (solución oftálmica)	T2	
Sulfadiazine	T3	
Sulfamethoxazole/Trimethoprim (inyección)	T3	
Sulfamethoxazole/Trimethoprim (suspensión oral, comprimido)	T2	
Trimethoprim Sulfate/Polymyxin B Sulfate	T2	
Tetraciclinas: Antibióticos		
Demeclocycline HCl	T3	
Doryx	T4	
Doxycycline	T3	
Doxycycline Hyclate (cápsula)	T2	

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Doxycycline Hyclate (comprimido de liberación retardada, cápsula de liberación prolongada, inyección, comprimido)	T3	
Doxycycline Monohydrate	T4	
Minocycline HCl (cápsula)	T2	
Minocycline HCl (comprimido)	T4	
Minocycline HCl ER	T4	
Tetracycline HCl	T2	
Vibramycin (suspensión oral, jarabe)	T4	
Anticonvulsivos: Medicamentos para Tratar Ataques		
Antiepilépticos, Otros: Medicamentos para Controlar Convulsiones		
Banzel[†]	T4	QL
Keppra (inyección)	T5	
Levetiracetam (inyección, solución oral)	T3	
Levetiracetam (comprimido)	T2	
Levetiracetam ER [†]	T3	QL
Vimpat (inyección)[†]	T4	PA,QL
Vimpat (solución oral, comprimido)[†]	T4	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 63–82.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Agentes Modificadores de Canales de Calcio: Medicamentos para el Control de Ataques		
Celontin	T4	
Ethosuximide	T3	
Lyrical[†]	T3	QL
Zonisamide	T2	
ácido Gamma-Aminobutírico (Gamma-Aminobutyric Acid, GABA) Agentes Adicionales: Medicamentos para el Control de Ataques		
Divalproex Sodium	T2	
Divalproex Sodium DR	T2	
Divalproex Sodium ER	T2	
Gabapentin (cápsula, comprimido)	T2	
Gabapentin (solución oral)	T3	
Gabitril[†]	T4	QL
Primidone	T2	
Sabril[†]	T5	PA,QL
Stavzor	T4	
Valproate Sodium	T3	
Valproic Acid	T2	
Agentes Reductores de Glutamato: Medicamentos para el Control de Ataques		
Felbamate (suspensión oral)	T5	
Felbamate (comprimido)	T4	

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Felbatol (suspensión oral)	T5	
Felbatol (comprimido)	T4	
Lamictal ODT[†]	T4	QL
Lamictal Starter Kit	T4	
Lamotrigine (comprimido masticable)	T3	
Lamotrigine (comprimido)	T2	
Topiramate	T2	
Inhibidores de Canales de Sodio: Medicamentos para el Control de Ataques		
Carbamazepine (comprimido masticable, comprimido)	T2	
Carbamazepine (suspensión oral)	T3	
Carbamazepine ER	T3	
Carbatrol	T3	
Dilantin	T3	
Dilantin Infatabs	T3	
Epitol	T2	
Fosphenytoin Sodium	T3	
Oxcarbazepine	T3	
Peganone	T4	
Phenytek	T2	
Phenytoin	T2	
Phenytoin Sodium	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 63–82.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Phenytoin Sodium Extended	T2	
Tegretol	T3	
Tegretol-XR	T3	
Agentes Antidemencia: Medicamentos para Tratar la Demencia y la Enfermedad de Alzheimer		
Inhibidores de Colinesterasa: Medicamentos para Tratar la Demencia y la Enfermedad de Alzheimer		
Aricept (comprimido 23mg)[†]	T3	QL
Donepezil HCl [†]	T2	QL
Exelon (parche 24 horas)[†]	T4	QL,ST
Exelon (solución oral)[†]	T4	QL
Galantamine Hydrobromide [†]	T3	QL
Rivastigmine Tartrate [†]	T3	QL
Modificadores de la Ruta de Glutamato: Medicamentos para Tratar 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
Bupropion HCl [†]	T2	QL

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Bupropion HCl SR [†]	T2	QL
Bupropion XL [†]	T3	QL
Maprotiline HCl	T2	
Mirtazapine [†]	T2	QL
Mirtazapine ODT [†]	T2	QL
Nefazodone HCl	T2	
Trazodone HCl	T2	
Inhibidores de Monoamino Oxidasa: Antidepresivos		
Emsam[†]	T4	QL,ST
Marplan	T4	
Nardil	T3	
Phenelzine Sulfate	T2	
Tranylcypromine Sulfate	T3	
Inhibidores de Serotonin/Norepinephrine Reuptake: Antidepresivos		
Citalopram Hydrobromide (solución oral)	T3	
Citalopram Hydrobromide (comprimido)	T1	
Cymbalta[†]	T3	QL
Fluoxetine DR [†]	T4	QL
Fluoxetine HCl	T2	
Fluvoxamine Maleate	T2	
Lexapro[†]	T4	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 63–82.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Paroxetine HCl (suspensión oral)	T3	
Paroxetine HCl (comprimido)	T2	
Paroxetine HCl ER [†]	T4	QL
Pexeva	T4	
Pristiq[†]	T4	PA,QL
Selfemra	T4	ST
Sertraline HCl (concentrado)	T3	
Sertraline HCl (comprimido)	T1	
Venlafaxine HCl [†]	T3	QL
Venlafaxine HCl ER (comprimido 24 horas 150mg, comprimido 24 horas 37.5mg, comprimido 24 horas 75mg) [†]	T4	QL
Venlafaxine HCl ER (comprimido 24 horas 225mg)[†]	T4	QL
Venlafaxine HCl ER (cápsula 24 horas) [†]	T2	QL
Viibryd[†]	T4	QL,ST
Tricíclicos: Antidepresivos		
Amitriptyline HCl	T2	
Amoxapine	T2	
Clomipramine HCl	T2	
Desipramine HCl	T3	
Doxepin HCl	T2	

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Imipramine HCl	T2	
Imipramine Pamoate	T3	
Nortriptyline HCl (cápsula)	T2	
Nortriptyline HCl (solución oral)	T3	
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	
Exjade (comprimido soluble 125mg)	T4	
Exjade (comprimido soluble 250mg, comprimido soluble 500mg)	T5	
Ferriprox	T5	PA
Fomepizole	T5	
Kionex	T3	
Sodium Polystyrene Sulfonate	T3	
Syprine	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 63–82.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Agentes para el Tratamiento de Adicciones: Antídotos/Protectores		
Antabuse	T3	
Buproban [†]	T2	QL
Campral	T4	
Chantix[†]	T4	QL
Disulfiram	T3	
Nicotrol Inhaler[†]	T4	QL
Nicotrol NS[†]	T4	QL
Agentes Toxicológicos: Antídotos/Protectores		
Depade	T3	
Naloxone HCl (inyección 0.4mg/ml)	T3	
Naloxone HCl (inyección 1mg/ml)	T3	
Naltrexone HCl	T3	
Suboxone[†]	T4	QL
Vivitrol	T5	
Antieméticos: Medicamentos para Tratar Náuseas y Vómitos		
Aloxi	T4	
Anzemet (comprimido 100mg)[†]	T5	B/D,QL
Anzemet (comprimido 50mg)[†]	T4	B/D,QL
Cesamet[†]	T5	B/D,PA,QL
Compro	T2	
Dronabinol (cápsula 10mg) [†]	T5	B/D,PA,QL

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Dronabinol (cápsula 2.5mg, cápsula 5mg) [†]	T3	B/D,PA,QL
Emend[†]	T3	B/D,PA,QL
Granisetron HCl (inyección)	T3	
Granisetron HCl (comprimido) [†]	T3	B/D,QL
Granisol [†]	T3	B/D,QL
Hydroxyzine Pamoate	T2	
Meclizine HCl	T2	
Metoclopramide HCl (inyección)	T3	
Metoclopramide HCl (solución oral, comprimido)	T2	
Ondansetron HCl (inyección)	T3	
Ondansetron HCl (solución oral) [†]	T3	B/D,QL
Ondansetron HCl (comprimido) [†]	T2	B/D,QL
Ondansetron ODT [†]	T2	B/D,QL
Prochlorperazine	T2	
Sancuso[†]	T5	QL
Transderm-Scop	T4	
Zofran (inyección)	T5	ST
Zofran (solución oral, comprimido)[†]	T5	B/D,PA,QL
Zofran ODT[†]	T5	B/D,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 63–82.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Antifúngicos: Medicamentos para Tratar Infecciones Micóticas		
Antifúngicos: Medicamentos para Tratar Infecciones Micóticas		
Abelcet	T5	B/D
Ambisome	T5	B/D
Amphotec (inyección 50mg)	T4	B/D
Amphotericin B	T3	B/D
Ancobon	T5	
Cancidas	T5	
Ciclopirox (gel, champú)	T3	
Ciclopirox (suspensión)	T2	
Ciclopirox Nail Lacquer	T3	
Ciclopirox Olamine	T2	
Clotrimazole	T2	
Clotrimazole/ Betamethasone Dipropionate	T2	
Diflucan in NaCl	T4	
Econazole Nitrate	T2	
Eraxis	T5	
Ertaczo	T4	
Exelderm	T4	
Fluconazole	T2	
Fluconazole in Dextrose	T3	
Flucytosine	T5	

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Grifulvin V	T3	
Griseofulvin Microsize	T3	
Gris-Peg	T4	
Gynazole-1	T4	
Itraconazole [†]	T3	PA,QL
Ketoconazole	T2	
Lamisil (paquete)	T4	
Mentax	T4	
Miconazole 3	T2	
Mycamine	T5	
Naftin	T4	
Natacyn	T3	
Noxafil	T5	
Nyamyc	T2	
Nystatin	T2	
Nystatin/Triamcinolone	T2	
Nystop	T2	
Oravig[†]	T4	QL
Oxistat	T4	
Pedi-Dri	T2	
Sporanox (cápsula)[†]	T5	PA,QL
Sporanox (solución oral)[†]	T4	PA,QL
Terbinafine HCl	T2	
Terconazole	T2	
Vfend (inyección)	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 63–82.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Vfend (suspensión oral, comprimido)	T5	
Voriconazole	T5	
Zazole	T2	
Agentes Antigota: Medicamentos para Tratar la Gota		
Agentes Antigota: Medicamentos para Tratar la Gota		
Allopurinol (comprimido)	T2	
Allopurinol Sodium (inyección)	T3	
Colcryst[†]	T3	QL
Probenecid	T2	
Probenecid/Colchicine	T2	
Uloric[†]	T3	QL,ST
Agentes Antimigraña: Medicamentos para Tratar Migrañas		
Abortivos - Medicamentos para Migrañas		
Dihydroergotamine Mesylate	T3	
Ergotamine Tartrate/Caffeine [†]	T2	QL
Maxalt[†]	T3	QL
Maxalt-MLT[†]	T3	QL
Migergot [†]	T3	QL
Naratriptan HCl [†]	T2	QL
Sumatriptan Succinate (inyección) [†]	T3	QL

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Sumatriptan Succinate (comprimido) [†]	T2	QL
Agentes Antimiasténicos: Medicamentos para Tratar Miastenia Gravis		
Parasimpaticomimética: Medicamentos para Tratar Miastenia Gravis		
Guanidine HCl	T4	
Mestinon (jarabe)	T4	
Mestinon Timespan	T4	
Mytelase	T4	
Pyridostigmine Bromide	T2	
Regonol	T2	
Antimicobacterianos: Medicamentos para Tratar Infecciones		
Antimicobacterianos, Otros: Antiinfecciosos Varios		
Dapsone	T3	
Mycobutin	T4	
Antituberculosos: Medicamentos para Tratar la Tuberculosis		
Capastat Sulfate	T4	
Ethambutol HCl	T3	
Isonarif	T3	
Isoniazid (inyección, jarabe)	T3	
Isoniazid (comprimido)	T2	
Paser	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 63–82.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Priftin	T4	
Pyrazinamide	T3	
Rifampin (cápsula)	T2	
Rifampin (inyección)	T5	
Rifater	T4	
Seromycin	T4	
Trecator	T4	
Antineoplásticos: Medicamentos para Tratar el Cáncer		
Agentes alquilantes: Agentes para Quimioterapia		
Alkeran	T5	
BiCNU	T4	
Busulfex	T5	
CeeNU	T4	
Cyclophosphamide	T3	B/D
Dacarbazine	T3	
Hexalen	T5	PA
Ifosfamide	T3	
Ifosfamide/Mesna	T5	
Leukeran	T3	
Matulane	T5	
Melphalan HCl	T5	
Mustargen	T5	
Thiotepa	T4	
Treanda	T5	PA

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Zanosar	T5	
Agentes Antiangiogénicos: Agentes para Quimioterapia		
Caprelsa	T5	PA
Revlimid	T5	PA,LA
Thalomid	T5	PA
Vandetanib	T5	PA
Votrient	T5	PA
Antiestrógenos/Modificadores: Agentes para Quimioterapia		
Emcyt	T4	PA
Fareston	T4	
Faslodex	T5	
Tamoxifen Citrate	T2	
Antimetabolitos: Agentes para Quimioterapia		
Cladribine	T5	B/D
Clolar	T5	
Cytarabine	T3	B/D
Cytarabine Aqueous (inyección 100mg/ml)	T3	B/D
Cytarabine Aqueous (inyección 20mg/ml)	T2	B/D
Droxia	T4	
Elitek	T5	
Fluorouracil (inyección)	T2	B/D
Folotyn	T5	PA
Gemcitabine	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 63–82.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Gemcitabine HCl	T5	
Gemzar	T5	
Hydroxyurea	T2	
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	
Cosmegen	T4	
Dacogen	T5	
Daunorubicin HCl	T2	
Daunoxome	T4	
Dexrazoxane	T5	
Docefrez	T5	

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Docetaxel	T5	
Doxil	T5	B/D
Doxorubicin HCl	T3	B/D
Ellence	T5	ST
Eloxatin	T5	
Elspar	T4	
Epirubicin HCl	T3	
Erivedge[†]	T5	PA,QL
Ethylol	T5	ST
Etopophos	T5	
Etoposide	T3	
Firmagon (inyección 120mg)[†]	T5	PA,QL
Firmagon (inyección 80mg)[†]	T4	PA,QL
Fludara	T5	
Fludarabine Phosphate	T5	
Halaven	T5	PA
Hycamtin	T5	
Idamycin PFS	T5	ST
Idarubicin HCl	T5	
Irinotecan	T3	
Istodax	T5	PA
Ixempra Kit	T5	
Jakafi[†]	T5	PA,QL
Jevtana	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 63–82.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Mesna	T3	
Mesnex (comprimido)	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
Vinorelbine Tartrate	T3	
Zelboraf	T5	PA
Zinecard	T5	
Zolinza	T5	PA
Zytiga	T5	PA

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Inhibidores de la Aromatasa, 3.a Generación: Medicamentos para Quimioterapia		
Anastrozole	T2	
Aromasin	T4	
Exemestane	T3	
Letrozole	T2	
Inhibidores de Dianas Moleculares: Agentes para Quimioterapia		
Afinitor	T5	PA
Gleevec	T5	PA
Inlyta[†]	T5	PA,QL
Iressa	T5	
Nexavar	T5	PA
Sprycel	T5	PA
Sutant	T5	PA
Tarceva	T5	PA
Tasigna	T5	PA
Tykerb	T5	PA
Xalkori	T5	PA
Anticuerpos Monoclonales: Agentes para Quimioterapia		
Arzerra	T5	PA
Avastin	T5	PA
Campath	T5	PA
Erbix	T5	PA
Herceptin	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 63–82.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Rituxan	T5	PA
Vectibix	T5	PA
Yervoy	T5	PA
Retinoides: Agentes para Quimioterapia		
Panretin	T5	PA
Targretin	T5	PA
Tretinoin (cápsula)	T5	
Antiparasitarios: Medicamentos para Tratar Infecciones Parasitarias		
Antihelmínticos: Medicamentos para Tratar Infecciones Parasitarias Intestinales		
Albenza	T3	
Biltricide	T3	
Mebendazole	T2	
Stromectol	T3	
Antiprotozoicos: Medicamentos para Tratar Infecciones Protozoicas		
Alinia	T4	
Atovaquone/Proguanil HCl	T3	
Chloroquine Phosphate	T2	
Daraprim	T3	
Hydroxychloroquine Sulfate	T2	
Malarone	T4	
Mefloquine HCl	T2	
Mepron	T5	

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Nebupent	T4	B/D
Pentam 300	T4	
Primaquine Phosphate	T4	
Quaquin	T4	PA
Pediculicidas/Escabicidas: Medicamentos para Tratar Escabiosis y Piojos		
Acticin	T2	
Eurax	T4	
Lindane	T3	
Malathion	T3	
Permethrin	T2	
Ulesfia	T4	
Agentes Antiparkinson: Medicamentos para Tratar la Enfermedad de Parkinson		
Agentes Antiparkinson: Medicamentos para Tratar la Enfermedad de Parkinson		
Apokyn [†]	T5	QL
Azilect	T3	
Benztropine Mesylate (inyección)	T3	
Benztropine Mesylate (comprimido)	T2	
Bromocriptine Mesylate	T3	
Carbidopa/Levodopa	T2	
Carbidopa/Levodopa CR	T2	
Carbidopa/Levodopa ODT	T2	
Cogentin	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 63–82.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Comtan	T3	
Lodosyn	T4	
Parcopa	T4	
Pramipexole Dihydrochloride	T3	
Ropinirole HCl	T2	
Selegiline HCl	T3	
Stalevo	T3	
Tasmar[†]	T5	QL
Trihexyphenidyl HCl	T2	
Zelapar	T4	
Antipsicóticos: Medicamentos para Tratar Trastornos en el Estado de ánimo		
Atípicos: Medicamentos para Tratar Trastornos en el Estado de ánimo		
Abilify	T4	
Abilify Discmelt	T4	
Clozapine	T3	
Fanapt[†]	T4	QL,ST
Fanapt Titration Pack[†]	T4	QL,ST
Fazaclo	T3	
Geodon	T4	
Invega	T4	ST

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Invega Sustenna (inyección 117mg/0.75ml, inyección 156mg/1ml, inyección 234mg/1.5ml)[†]	T5	QL
Invega Sustenna (inyección 39mg/0.25ml, inyección 78mg/0.5ml)[†]	T4	QL
Latuda[†]	T4	QL
Olanzapine	T3	
Olanzapine ODT	T3	
Risperdal Consta (inyección 12.5mg, inyección 25mg)[†]	T4	QL
Risperdal Consta (inyección 37.5mg, inyección 50mg)[†]	T5	QL
Risperidone (solución oral)	T3	
Risperidone (comprimido)	T2	
Risperidone ODT	T3	
Zyprexa	T3	
Zyprexa Zydis	T3	
Convencional: Medicamentos para Tratar Trastornos en el Estado de ánimo		
Chlorpromazine HCl (inyección)	T3	
Chlorpromazine HCl (comprimido)	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 63–82.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Fluphenazine Decanoate	T3	
Fluphenazine HCl (concentrado, tónico, inyección)	T3	
Fluphenazine HCl (comprimido)	T2	
Haloperidol	T2	
Haloperidol Decanoate	T3	
Haloperidol Lactate	T2	
Loxapine Succinate	T2	
Orap	T3	
Perphenazine	T2	
Perphenazine/ Amitriptyline	T2	
Prochlorperazine Edisylate	T3	
Prochlorperazine Maleate	T2	
Thioridazine HCl	T3	
Thiothixene	T2	
Trifluoperazine HCl	T2	
Agentes Antiespásticos: Medicamentos para Tratar Espasmos		
Agentes Antiespásticos: Agentes para Tratar Espasmos Musculares		
Baclofen	T2	
Dantrolene Sodium	T3	
Gablofen (solución 10,000mcg/20ml, solución 50mcg/ml)	T3	B/D,PA

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Gablofen (solución 40,000mcg/20ml)	T5	B/D,PA
Lioresal Intrathecal (solución 0.05mg/ml, solución 10mg/20ml)	T3	B/D,PA
Lioresal Intrathecal (solución 10mg/5ml)	T5	B/D,PA
Tizanidine HCl (comprimido)	T2	
Antivirales: Medicamentos para Tratar Infecciones Virales		
Agentes Anticitomegalovirus (CMV): Medicamentos para Antivirales Varios		
Cytovene	T4	B/D
Foscarnet Sodium	T3	B/D
Ganciclovir (cápsula 250mg)	T4	
Ganciclovir (cápsula 500mg)	T5	
Ganciclovir (inyección)	T3	B/D
Valcyte	T5	
Vistide	T5	
Agentes Antihepatitis: Medicamentos para Tratar la Hepatitis		
Baraclude (solución oral)	T4	
Baraclude (comprimido)	T5	
Copegus	T5	PA
Hepsera	T5	
Incivek[†]	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 63–82.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Rebetol (cápsula)	T5	PA
Rebetol (solución oral)	T4	PA
Ribapak	T5	PA
Ribasphere (comprimido 200mg, cápsula)	T3	PA
Ribasphere (comprimido 400mg, comprimido 600mg)	T5	PA
Ribavirin	T3	PA
Virazole	T5	
Agentes Antiherpéticos: Medicamentos para el Tratamiento de Herpes		
Acyclovir (cápsula, comprimido)	T2	
Acyclovir (suspensión oral)	T3	
Acyclovir Sodium	T3	B/D
Denavir	T4	
Famciclovir	T3	
Trifluridine	T3	
Valacyclovir HCl	T3	
Zovirax (crema, ungüento)	T4	
Agentes Antirretrovíricos, Inhibidores No Nucleósidos de la Transcriptasa Reversa: Medicamentos para el VIH		
Atripla	T5	
Complera	T5	
Edurant	T5	

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Intelence	T5	
Rescriptor	T4	
Sustiva	T4	
Viramune (suspensión oral)	T4	
Viramune (comprimido)	T3	
Viramune XR	T3	
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	

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 63–82.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Zidovudine	T3	
Agentes Antirretrovíricos, Otros: Medicamentos para el VIH		
Fuzeon	T5	
Isentress	T5	
Selzentry	T5	
Agentes Antirretrovíricos, Inhibidores de la Proteinasas: Medicamentos para el VIH		
Aptivus	T5	
Crixivan	T3	
Invirase (cápsula)	T4	
Invirase (comprimido)	T5	
Kaletra (comprimido 100-25mg)	T4	
Kaletra (comprimido 200-50mg, solución oral)	T5	
Lexiva (suspensión oral)	T4	
Lexiva (comprimido)	T5	
Norvir	T4	
Prezista (comprimido 150mg, comprimido 75mg) [†]	T4	QL
Prezista (comprimido 400mg, comprimido 600mg) [†]	T5	QL
Reyataz (cápsula 100mg)	T3	

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Reyataz (cápsula 150mg, cápsula 200mg, cápsula 300mg)	T5	
Victrelis [†]	T5	PA,QL
Viracept (polvo)	T4	
Viracept (comprimido)	T5	
Agentes Contra la Gripe: Medicamentos para Tratar la Gripe		
Amantadine HCl	T2	
Relenza Diskhale [†]	T4	QL
Rimantadine HCl	T2	
Tamiflu [†]	T3	QL
Ansioalíticos: Medicamentos para Tratar la Ansiedad		
Ansioalíticos, Otros: Medicamentos para la Ansiedad		
Buspirone HCl	T2	
Chlordiazepoxide/ Amitriptyline	T2	
Agentes bipolares: Medicamentos para Tratar los Trastornos en el Estado de ánimo		
Agentes bipolares: Medicamentos para Tratar los Trastornos en el Estado de ánimo		
Equetro	T4	
Lithium Carbonate	T2	
Lithium Carbonate ER	T2	
Lithium Citrate	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 63–82.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Lithobid	T3	
Saphris [†]	T3	QL
Seroquel	T4	
Seroquel XR	T3	
Symbyax	T4	
Reguladores de Glucosa en la Sangre: Medicamentos para Regular el Azúcar en Sangre		
Agentes Antidiabéticos: Medicamentos para Tratar la Diabetes		
Acarbose [†]	T2	QL
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 [†]	T2	QL
Glipizide [†]	T1	QL
Glipizide ER [†]	T2	QL
Glipizide/Metformin HCl [†]	T2	QL
Glyburide [†]	T1	QL
Glyburide Micronized [†]	T1	QL
Glyburide/Metformin HCl [†]	T2	QL

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Glycron (comprimido 1.5mg, comprimido 3mg, comprimido 6mg) [†]	T2	QL
Glyset [†]	T4	QL
Janumet [†]	T3	QL
Januvia [†]	T3	QL
Kombiglyze XR [†]	T3	QL
Metformin HCl [†]	T1	QL
Metformin HCl ER [†]	T2	QL
Nateglinide [†]	T3	QL
Onglyza [†]	T3	QL
Prandimet [†]	T4	QL
Prandin [†]	T4	QL
Riomet [†]	T4	QL
Symlin [†]	T4	PA,QL
SymlinPen 120 [†]	T4	PA,QL
SymlinPen 60 [†]	T4	PA,QL
Tolazamide [†]	T2	QL
Tolbutamide [†]	T2	QL
Victoza [†]	T3	QL
Agentes glucémicos: Medicamentos para Tratar la Diabetes		
Glucagen Hypokit	T4	
Glucagon Emergency Kit	T3	
Proglycem	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 63–82.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Insulinas: Medicamentos para Tratar la Diabetes		
Apidra	T3	
Humalog	T3	
Humulin	T3	
Lantus	T3	
Levemir	T3	
Novolin	T3	
Novolog	T3	
Productos/Modificadores/Expansores de Volumen Sanguíneo: Medicamentos para Tratar Trastornos Sanguíneos		
Anticoagulantes: Diluyente de la Sangre		
Argatroban (inyección 100mg/ml)	T5	
Argatroban (inyección 125mg/125ml)	T5	
Arixtra (inyección 10mg/0.8ml, inyección 5.0mg/0.4ml, inyección 7.5mg/0.6ml)[†]	T5	QL
Arixtra (inyección 2.5mg/0.5ml)[†]	T4	QL
Coumadin (inyección)	T4	
Coumadin (comprimido)	T3	
Enoxaparin Sodium (inyección 100mg/1ml, inyección 120mg/0.8ml, inyección 150mg/1ml)[†]	T5	QL

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Enoxaparin Sodium (inyección 30mg/0.3ml, inyección 40mg/0.4ml, inyección 60mg/0.6ml, inyección 80mg/0.8ml)[†]	T4	QL
Fondaparinux Sodium (inyección 10mg/0.8ml, inyección 5mg/0.4ml, inyección 7.5mg/0.6ml)[†]	T5	QL
Fondaparinux Sodium (inyección 2.5mg/0.5ml)[†]	T4	QL
Fragmin (inyección 10,000 unidades/1ml, inyección 12,500 unidades/0.5ml, inyección 15,000 unidades/0.6ml, inyección 18,000 unidades/0.72ml, inyección 7,500 unidades/0.3ml)[†]	T5	QL
Fragmin (inyección 2,500 unidades/0.2ml, inyección 25,000 unidades/1ml, inyección 5,000 unidades/0.2ml)[†]	T4	QL
Heparin Sodium	T3	
Heparin Sodium/D5W	T3	
Heparin Sodium/NaCl	T3	
Heparin Sodium/NaCl 0.9% Premix	T3	
Jantoven	T2	
Lovenox (inyección 300mg/3ml)[†]	T4	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 63–82.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Pradaxa [†]	T3	PA,QL
Warfarin Sodium	T2	
Xarelto	T3	PA
Productos para la Formación de Células Sanguíneas: Medicamentos para la Formación de Células Sanguíneas		
Aranesp Albumin Free (inyección 100mcg/0.5ml, inyección 100mcg/1ml, inyección 25mcg/0.42ml, inyección 25mcg/1ml, inyección 40mcg/0.4ml, inyección 40mcg/1ml, inyección 60mcg/0.3ml, inyección 60mcg/1ml) [†]	T4	B/D,PA,QL
Aranesp Albumin Free (inyección 150mcg/0.3ml, inyección 200mcg/0.4ml, inyección 200mcg/1ml, inyección 300mcg/0.6ml, inyección 300mcg/1ml, inyección 500mcg/1ml) [†]	T5	B/D,PA,QL
Epogen [†]	T4	B/D,PA,QL
Leukine	T5	PA
Neulasta	T5	PA

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Neumega	T3	PA
Neupogen	T5	PA
Procrit (inyección 10,000 unidades/ml, inyección 2,000 unidades/ml, inyección 3,000 unidades/ml, inyección 4,000 unidades/ml) [†]	T4	B/D,PA,QL
Procrit (inyección 20,000 unidades/ml) [†]	T5	B/D,PA,QL
Procrit (inyección 40,000 unidades/ml)	T5	B/D,PA
Hemoderivados, Modificadores/ Expansores del Volumen de la Sangre		
Cinryze	T5	PA
Mozobil	T5	PA
Pentopak	T2	
Pentoxifylline ER	T2	
Promacta (comprimido 12.5mg, comprimido 25mg, comprimido 50mg) [†]	T5	PA,QL
Promacta (comprimido 75mg)	T5	PA
Coagulantes: Medicamentos para la Coagulación de la Sangre		
Cyklokapron	T3	
Tranexamic Acid	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 63–82.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
------------------------	-------	---------------------------

Inhibidores de la Agregación de Plaquetas: Diluyentes de la Sangre		
Aggrenox[†]	T3	QL
Brilinta[†]	T4	PA,QL
Cilostazol	T2	
Dipyridamole	T2	PA
Effient[†]	T3	QL
Plavix[†]	T3	QL
Ticlopidine HCl [†]	T2	QL

Agentes Cardiovasculares: Medicamentos para Tratar Afecciones Circulatorias y Cardíacas

Agonistas de Receptores Alfa-Adrenérgicos: Medicamentos para Tratar la Presión Arterial		
Catapres-TTS[†]	T4	QL
Clonidine HCl (comprimido)	T2	
Clonidine HCl (parche semanal) [†]	T3	QL
Clorpres	T4	
Guanabenz Acetate	T3	
Guanfacine HCl	T2	
Methyldopa	T2	
Methyldopa/ Hydrochlorothiazide	T2	
Methyldopate HCl	T3	
Midodrine HCl	T3	

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
------------------------	-------	---------------------------

Agentes Bloqueadores de Receptores Alfa-Adrenérgicos: Medicamentos para Tratar la Presión Arterial		
Dibenzyline	T4	
Prazosin HCl	T2	
Reserpine	T2	
Antiarrítmicos: Medicamentos para la Regulación Cardíaca		
Amiodarone HCl (inyección)	T3	
Amiodarone HCl (comprimido)	T2	
Disopyramide Phosphate	T2	
Flecainide Acetate	T2	
Mexiletine HCl	T2	
Multaq	T3	
Pacerone (comprimido 100mg)	T4	
Pacerone (comprimido 200mg)	T2	
Procainamide HCl (inyección 100mg/ml)	T2	
Procainamide HCl (inyección 500mg/ml)	T3	
Propafenone HCl	T2	
Propafenone HCl ER	T3	
Quinidine Gluconate	T4	
Quinidine Gluconate ER	T2	
Quinidine Sulfate	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 63–82.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Quinidine Sulfate ER	T2	
Rythmol SR	T4	
Sorine	T2	
Sotalol HCl (inyección)	T3	
Sotalol HCl (comprimido)	T2	
Tikosyn	T4	
Agentes Bloqueadores de Receptores Beta-Adrenérgicos: Medicamentos para Tratar la Presión Arterial		
Acebutolol HCl	T2	
Atenolol	T1	
Atenolol/ Chlorthalidone	T2	
Betaxolol HCl	T2	
Bisoprolol Fumarate	T2	
Bisoprolol Fumarate/ Hydrochlorothiazide	T2	
Bystolic[†]	T3	QL
Carvedilol	T1	
Innopran XL	T4	
Labetalol HCl (inyección)	T3	
Labetalol HCl (comprimido)	T2	
Metoprolol Succinate ER	T3	
Metoprolol Tartrate (inyección)	T3	
Metoprolol Tartrate (comprimido)	T1	

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Metoprolol/ Hydrochlorothiazide	T2	
Nadolol	T2	
Nadolol/ Bendroflumethiazide	T3	
Pindolol	T2	
Propranolol HCl	T2	
Propranolol HCl ER	T2	
Propranolol/ Hydrochlorothiazide	T2	
Timolol Maleate	T2	
Toprol XL	T4	
Agentes Bloqueadores de Canales de Calcio: Medicamentos para Tratar la Presión Arterial		
Afeditab CR	T2	
Amlodipine Besylate	T1	
Amlodipine Besylate/ Benazepril HCl [†]	T4	QL
Azor[†]	T3	QL
Cartia XT	T2	
Dilt-CD	T2	
Diltiazem CD	T2	
Diltiazem HCl (inyección)	T3	
Diltiazem HCl (comprimido)	T2	
Diltiazem HCl ER	T2	
Dilt-XR	T2	
Diltzac	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 63–82.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Exforge[†]	T3	QL
Exforge HCT[†]	T3	QL
Felodipine ER	T3	
Isradipine	T3	
Matzim LA [†]	T3	QL
Nicardipine HCl (cápsula)	T2	
Nicardipine HCl (inyección)	T3	
Nifediac CC	T2	
Nifedical XL	T2	
Nifedipine	T3	
Nifedipine ER	T2	
Nimodipine	T5	
Nisoldipine [†]	T3	QL
Nisoldipine ER [†]	T3	QL
Taztia XT	T2	
Tribenzor[†]	T3	QL
Twynsta[†]	T4	QL
Verapamil HCl (inyección)	T3	
Verapamil HCl (comprimido)	T2	
Verapamil HCl ER	T2	
Agentes Cardiovasculares, Otros: Medicamentos Cardíacos Varios		
Demser	T5	
Digoxin (inyección)	T3	

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Digoxin (solución oral, comprimido)	T2	
Lanoxin (inyección 0.1mg/ml)	T4	
Lanoxin (comprimido)	T3	
Ranexa	T3	ST
Diuréticos: Medicamentos para Tratar la Presión Arterial		
Acetazolamide Sodium	T3	
Amiloride HCl	T2	
Amiloride/ Hydrochlorothiazide	T2	
Bumetanide (inyección)	T3	
Bumetanide (comprimido)	T2	
Chlorothiazide	T2	
Chlorothiazide Sodium	T3	
Chlorthalidone	T2	
Diuril	T4	
Dyrenium	T4	
Edecrin	T4	
Eplerenone	T3	
Furosemide (inyección)	T3	
Furosemide (solución oral, comprimido)	T2	
Hydrochlorothiazide	T2	
Indapamide	T2	
Methyclothiazide	T2	
Metolazone	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 63–82.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Samsca [†]	T5	PA,QL
Spironolactone	T2	
Spironolactone/ Hydrochlorothiazide	T2	
Torsemide (inyección)	T3	
Torsemide (comprimido)	T2	
Triamterene/ Hydrochlorothiazide	T2	
Dislipidémicos: Medicamentos para el Control del Colesterol		
Antara	T3	
Atorvastatin Calcium [†]	T3	QL
Cholestyramine	T2	
Colestipol HCl (gránulos)	T3	
Colestipol HCl (comprimido)	T2	
Crestor [†]	T3	QL
Fenofibrate	T2	
Fenofibrate Micronized	T2	
Gemfibrozil	T2	
Lipitor [†]	T3	QL
Livalo [†]	T4	QL
Lovastatin	T2	
Lovaza	T4	
Niacor	T2	
Niaspan	T3	
Pravastatin Sodium	T1	

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Prevalite	T2	
Simvastatin	T1	
Tricor	T3	
Trilipix	T3	
Vytorin [†]	T4	QL
Welchol (paquete) [†]	T3	QL
Welchol (comprimido)	T3	
Zetia [†]	T3	QL
Inhibidores del Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona: Medicamentos para Tratar la Presión Arterial		
Benazepril HCl	T1	
Benazepril HCl/ Hydrochlorothiazide	T2	
Benicar [†]	T3	QL
Benicar HCT [†]	T3	QL
Captopril	T2	
Captopril/ Hydrochlorothiazide	T2	
Diovan [†]	T3	QL
Diovan HCT [†]	T3	QL
Enalapril Maleate	T2	
Enalapril Maleate/ Hydrochlorothiazide	T2	
Fosinopril Sodium	T2	
Fosinopril Sodium/ Hydrochlorothiazide	T2	
Lisinopril	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 63–82.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Lisinopril/ Hydrochlorothiazide	T2	
Losartan Potassium	T1	
Losartan Potassium/ Hydrochlorothiazide	T1	
Micardis[†]	T4	QL
Micardis HCT[†]	T4	QL
Moexipril HCl	T2	
Moexipril/ Hydrochlorothiazide	T2	
Perindopril Erbumine	T2	
Quinapril HCl	T2	
Quinapril/ Hydrochlorothiazide	T2	
Ramipril	T2	
Tekturna[†]	T3	QL,ST
Tekturna HCT[†]	T3	QL,ST
Trandolapril	T2	
Vasodilatadores: Medicamentos para Tratar el Dolor Torácico		
BiDil	T3	
Dilatrate SR	T4	
Hydralazine HCl (inyección)	T3	
Hydralazine HCl (comprimido)	T2	
Isochron	T2	
Isordil Titradoso (comprimido 40mg)	T4	
Isosorbide Dinitrate	T2	

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Isosorbide Dinitrate ER	T2	
Isosorbide Mononitrate	T2	
Isosorbide Mononitrate ER	T2	
Minitran	T2	
Minoxidil (comprimido)	T2	
Nitro-Bid	T4	
Nitro-Dur (parche 24 horas 0.3mg/ hr, parche 24 horas 0.8mg/hr)	T4	
Nitroglycerin (parche 24 horas)	T2	
Nitroglycerin (inyección)	T3	
Nitrolingual Pumpspray	T4	
Nitromist	T4	
Nitrostat	T3	
Agentes del Sistema Nervioso Central: Medicamentos para Tratar Afecciones 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

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 63–82.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
No-Anfetaminas, ADHD: Medicamentos para el ADHD		
Dexmethylphenidate HCl [†]	T3	QL
Metadate ER [†]	T4	QL
Methylin (comprimido) [†]	T2	QL
Methylin ER [†]	T3	QL
Methylphenidate HCl [†]	T2	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
Rilutek	T5	
Xyrem[†]	T3	PA,QL,LA
Agentes Odontológicos y Bucales: Medicamentos para Tratar Afecciones Bucales y de la Garganta		
Agentes Odontológicos y Bucales		
Chlorhexidine Gluconate Oral Rinse	T2	
Kepivance	T5	
Periogard	T2	
Pilocarpine HCl	T3	

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Triamcinolone in Orabase	T2	
Agentes Dermatológicos: Medicamentos para Tratar Afecciones de la Piel		
Agentes Dermatológicos: Agentes de la Piel		
8-Mop	T5	
Adapalene	T3	
Aldara	T4	
Amevive	T5	PA
Ammonium Lactate	T2	
Amnesteem	T3	
Avita	T3	PA
Calcipotriene	T3	
Carac	T4	
Claravis	T3	
Clindamycin/Benzoyl Peroxide	T3	
Dovonex	T4	
Elidel	T4	ST
Erythromycin/Benzoyl Peroxide	T2	
Finacea	T3	
Fluorouracil (crema, solución tópica)	T3	
Imiquimod	T3	
Laclotion	T2	
Oxsoralen	T4	PA
Oxsoralen Ultra	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 63–82.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Picato	T4	
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 (suspensión)	T3	
Tazorac	T4	PA
Tretinoin (crema)	T2	PA
Tretinoin (gel)	T3	PA
Tretin-X	T4	PA
Uvadex	T4	
Vectical	T4	
Veltin	T4	PA
Ziana	T4	PA
Zyclara	T3	

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Reemplazos/Modificadores Enzimáticos: Medicamentos para Tratar la Falta de Enzimas		
Reemplazos/Modificadores Enzimáticos: Medicamentos para Tratar la Falta de Enzimas		
Adagen	T5	
Aldurazyme	T5	
Buphenyl	T5	
Carbaglu	T5	
Ceredase	T5	PA
Cerezyme	T5	PA
Creon	T3	
Cystadane	T5	
Cystagon	T4	
Elaprase	T5	
Fabrazyme	T5	
Kuvan	T5	
Lumizyme	T5	
Myozyme	T5	
Naglazyme	T5	
Orfadin	T5	
Sucraid	T5	
Vpriv	T5	PA
Zavesca	T5	
Zenpep	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 63–82.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
------------------------	-------	---------------------------

Agentes Gastrointestinales: Medicamentos para Tratar Condiciones Gastrointestinales y Estomacales

Antiespasmódicos, Gastrointestinales: Medicamentos para el Tratamiento Intestinal

Atropine Sulfate (inyección 0.05mg/ml)	T3	PA
Atropine Sulfate (inyección 0.1mg/ml)	T2	PA
Cuvposa	T4	
Dicyclomine HCl (cápsula, solución oral, comprimido)	T2	PA
Dicyclomine HCl (inyección)	T3	PA
Glycopyrrolate	T3	
Methscopolamine Bromide	T3	
Propantheline Bromide	T2	

Agentes Gastrointestinales, Otros: Medicamentos Gastrointestinales Varios

Amitiza[†]	T3	QL,ST
Constulose	T2	
Cromolyn Sodium (concentrado)	T3	
Diphenoxylate/Atropine	T2	PA
Enulose	T2	
Gastrocrom	T4	
Gavilyte-C [†]	T2	QL
Gavilyte-G [†]	T2	QL

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
------------------------	-------	---------------------------

Gavilyte-N/Flavor Pack [†]	T2	QL
Halflytely Bowel Prep/Flavor Packs[†]	T3	QL
Kristalose	T4	
Lactulose	T2	
Loperamide HCl	T2	
Moviprep	T4	
Nulytely/Flavor Packs[†]	T3	QL
Osmoprep	T4	
Polyethylene Glycol 3350	T2	
Relistor	T4	PA
Suprep Bowel Prep[†]	T4	QL
Trilyte [†]	T2	QL
Ursodiol (cápsula)	T2	
Ursodiol (comprimido)	T3	
Visicol	T4	

Agentes Bloqueadores de Histamine2 (H2): Medicamentos para el Tratamiento de úlceras y ácido Estomacal

Cimetidine	T2	
Cimetidine HCl (inyección)	T3	
Cimetidine HCl (solución oral)	T2	
Famotidine (inyección, suspensión oral)	T3	
Famotidine (comprimido)	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 63–82.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Nizatidine (cápsula)	T2	
Nizatidine (solución oral)	T3	
Ranitidine HCl (cápsula, comprimido)	T2	
Ranitidine HCl (inyección, jarabe)	T3	
Zantac (inyección 50mg/50ml)	T4	
Agentes del Síndrome del Intestino Irritable: Medicamentos para Tratamiento Intestinal		
Lotronex[†]	T5	PA,QL
Protectores: Medicamentos para el Tratamiento de úlceras y ácido Estomacal		
Carafate (suspensión oral)	T4	
Misoprostol	T2	
Sucralfate	T2	
Inhibidores de la Bomba de Protón: Medicamentos para el Tratamiento de úlceras y ácido Estomacal		
Dexilant[†]	T4	QL
Lansoprazole [†]	T3	QL
Nexium[†]	T3	QL
Nexium I.V.	T4	
Omeprazole [†]	T2	QL
Pantoprazole Sodium [†]	T2	QL
Protonix (inyección)	T4	

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
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	T2	
Oxybutynin Chloride ER [†]	T3	QL
Oxytrol[†]	T3	QL
Sanctura XR[†]	T4	QL
Trospium Chloride [†]	T3	QL
Vesicare[†]	T3	QL
Agentes de Hipertrofia Prostática Benigna: Medicamentos para el Aumento de la Próstata		
Alfuzosin HCl ER [†]	T2	QL
Avodart[†]	T3	QL
Doxazosin Mesylate	T2	
Finasteride (comprimido 5mg) [†]	T2	QL
Rapaflo[†]	T3	QL
Tamsulosin HCl [†]	T2	QL
Terazosin HCl	T2	
Uroxatral[†]	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 63–82.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Agentes Genitourinarios, Otros: Medicamentos Varios para Tratar Condiciones Vesicales, Genitales y Renales		
Bethanechol Chloride	T2	
Elmiron	T4	
Aglutinantes de fosfato: Agentes para la Eliminación de Fosfato		
Calcium Acetate (cápsula)	T3	
Calcium Acetate (comprimido)	T4	
Eliphos	T4	
Fosrenol	T5	
Phoslo	T3	
Phoslyra	T4	ST
Renagel	T3	ST
Renvela	T3	
Agentes Hormonales, Estimulantes/ de Reemplazo/Modificadores (Adrenal): Medicamentos para Regular las Hormonas		
Glucocorticoides/Mineralocorticoides: Medicamentos Antiinflamatorios		
A-Hydrocort	T3	
Ala Scalp	T4	
Ala-Cort	T2	
Alclometasone Dipropionate	T2	
Amcinonide	T2	
A-Methapred	T3	

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Augmented Betamethasone Dipropionate (crema)	T2	
Augmented Betamethasone Dipropionate (loción, ungüento)	T3	
Betamethasone Dipropionate	T2	
Betamethasone Valerate	T2	
Capex	T4	
Clobetasol Propionate (espuma)	T3	
Clobetasol Propionate (gel, loción, ungüento, champú, solución tópica)	T2	
Clobetasol Propionate E	T2	
Clobex	T4	
Cloderm	T4	
Cordran	T4	
Cordran SP	T4	
Cordran Tape	T4	
Cortef	T4	
Cortisone Acetate	T2	
Cutivate (loción)	T4	
Depo-Medrol (inyección 20mg/ml)	T4	
Derma-Smothe/FS	T4	
Desonate	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 63–82.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Desonide	T2	
Desowen	T4	
Desowen/Cetaphil	T4	
Desoximetasone	T3	
Dexamethasone	T2	
Dexamethasone Intensol	T2	
Dexamethasone Sodium Phosphate (inyección)	T3	
Diflorasone Diacetate	T2	
Fludrocortisone Acetate	T2	
Fluocinolone Acetonide	T2	
Fluocinolone Acetonide Body	T2	
Fluocinonide	T2	
Fluocinonide-E	T2	
Fluticasone Propionate	T2	
Halobetasol Propionate	T2	
Halog	T4	
Hydrocortisone (crema, loción, ungüento, comprimido)	T2	
Hydrocortisone Butyrate	T2	
Hydrocortisone Valerate	T2	
Kenalog	T4	
Locoid	T4	

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Locoid Lipocream	T4	
Lokara	T2	
Luxiq	T4	
Methylprednisolone	T2	
Methylprednisolone Acetate	T3	
Methylprednisolone Dose Pack	T2	
Methylprednisolone Sodium Succinate	T3	
Mometasone Furoate	T2	
Olux-E	T4	
Pandel	T4	
Prednicarbate	T2	
Prednisolone Sodium Phosphate	T2	
Prednisone	T2	
Prednisone Intensol	T2	
Proctocream HC	T2	
Procto-Pak	T2	
Proctosol HC	T2	
Proctozone-HC	T2	
Solu-Cortef	T4	
Solu-Medrol	T4	
Triamcinolone Acetonide (crema, loción, ungüento)	T2	
Triamcinolone Acetonide in Absorbase	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 63–82.

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

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Nutropin	T5	PA
Nutropin AQ	T5	PA
Omnitrope (inyección 10mg/1.5ml)	T4	PA
Omnitrope (inyección 5.8mg, inyección 5mg/1.5ml)	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		
Esteroides Anabólicos: Medicamentos para el Reemplazo/Modificación Hormonal		
Anadrol-50	T5	PA
Oxandrin [†]	T5	PA,QL
Oxandrolone (comprimido 10mg) [†]	T5	PA,QL
Oxandrolone (comprimido 2.5mg) [†]	T3	PA,QL
Andrógenos: Medicamentos para el Reemplazo/Modificación Hormonal		
Androderm	T3	
Androgel	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 63–82.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Androgel Pump	T3	
Androxy	T3	
Danazol	T3	
Testosterone Cypionate	T3	
Testosterone Enanthate	T3	
Estrógenos: Medicamentos para el Reemplazo/Modificación Hormonal		
Activella	T4	
Alora	T4	
Amethia	T2	
Amethyst	T2	
Apri	T2	
Aranelle	T2	
Aviane	T2	
Balziva	T2	
Briellyn	T2	
Cenestin	T4	
Cesia	T2	
Climara Pro	T4	
Combipatch	T4	
Cryselle	T2	
Cyclafem 1/35	T2	
Cyclafem 7/7/7	T2	
Cyclessa	T4	
Depo-Estradiol	T4	

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Desogen	T4	
Divigel[†]	T4	QL
Emoquette	T2	
Enjuvia	T3	
Enpresse	T2	
Estrace (crema)	T4	
Estraderm	T3	
Estradiol	T2	
Estradiol Valerate	T3	
Estradiol/Norethindrone Acetate	T2	
Estring[†]	T4	QL
Estropipate	T2	
Estrostep Fe	T4	
Femhrt Low Dose	T4	
Femring[†]	T4	QL
Femtrace	T4	
Gianvi	T2	
Introvale	T2	
Jinteli	T2	
Junel	T2	
Junel Fe	T2	
Kariva	T2	
Kelnor	T2	
Leena	T2	
Lessina	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 63–82.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Levora	T2	
Lo/Ovral	T4	
Loestrin	T4	
Loestrin Fe	T4	
Loseasonique	T4	
Low-Ogestrel	T2	
Lutera	T2	
Menest	T3	
Microgestin	T2	
Microgestin Fe	T2	
MonoNessa	T2	
Necon	T2	
Nortrel	T2	
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	
Ortho-Novum 7/7/7	T4	
Ovcon	T4	
Portia	T2	

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Prefest	T4	
Premarin (crema, comprimido)	T3	
Premphase	T3	
Prempro	T3	
Previfem	T2	
Quasense	T2	
Reclipsen	T2	
Seasonale	T4	
Seasonique	T4	
Solia	T2	
Sprintec	T2	
Sronyx	T2	
Tri-Legest Fe	T2	
TriNessa	T2	
Tri-Previfem	T2	
Tri-Sprintec	T2	
Trivora	T2	
Vagifem	T4	
Velivet	T2	
Vestura	T2	
Vivelle-Dot	T3	
Yasmin	T4	
Zeosa	T2	
Zovia	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 63–82.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Progestinas: Medicamentos para el Reemplazo/Modificación Hormonal		
Camila	T2	
Crinone	T4	
Depo-Provera (inyección 400mg/ml)	T4	
Ella	T4	
Errin	T2	
Jolivette	T2	
Medroxyprogesterone Acetate (inyección)	T3	
Medroxyprogesterone Acetate (comprimido)	T2	
Megace ES	T4	
Megestrol Acetate	T2	
Next Choice	T2	
Nora-BE	T2	
Norethindrone Acetate	T2	
Ortho Micronor	T4	
Prometrium	T4	
Agentes de Modificación del Receptor de Estrógenos Selectivos: Medicamentos para el Reemplazo/Modificación Hormonal		
Evista[†]	T3	QL

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
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	T2	
Levoxyl	T2	
Liothyronine Sodium (inyección)	T3	
Liothyronine Sodium (comprimido)	T2	
Synthroid	T3	
Thyrolar	T3	
Unithroid	T2	
Agentes Hormonales, Supresores (Adrenal): Medicamentos para Regular las Hormonas		
Agentes Hormonales, Supresores (Adrenal): Supresores Hormonales		
Lysodren	T3	
Agentes Hormonales, Supresores (Paratiroides): Medicamentos para Regular las Hormonas		
Agentes Hormonales, Supresores (Paratiroides): Supresores Hormonales		
Sensipar (comprimido 30mg)[†]	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 63–82.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Sensipar (comprimido 60mg, comprimido 90mg) [†]	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 (inyección 11.25mg, inyección 3.75mg) [†]	T4	QL
Lupron Depot (inyección 22.5mg, inyección 30mg, inyección 45mg, inyección 7.5mg) [†]	T5	QL
Lupron Depot-PED	T5	
Octreotide Acetate (inyección 1,000mcg/ml)	T5	PA
Octreotide Acetate (inyección 100mcg/ml, inyección 50mcg/ml) [†]	T4	PA,QL
Octreotide Acetate (inyección 200mcg/ml, inyección 500mcg/ml) [†]	T5	PA,QL
Sandostatin (inyección 1,000mcg/ml)	T5	PA

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Sandostatin (inyección 100mcg/ml, inyección 200mcg/ml, inyección 500mcg/ml, inyección 50mcg/ml) [†]	T5	PA,QL
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	T2	
Flutamide	T3	
Nilandron	T4	
Agentes Hormonales, Supresores (Tiroides): Medicamentos para Suprimir las Hormonas Tiroideas		
Agentes Antitiroides: Medicamentos para Suprimir las Hormonas Tiroideas		
Methimazole	T2	
Propylthiouracil	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 63–82.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Agentes Inmunológicos: Medicamentos que Estimulan o Suprimen el Sistema Inmunológico		
Supresores Inmunológicos: Medicamentos para el Sistema Inmunológico		
Actemra	T5	PA
Azasan	T4	
Azathioprine	T2	
Azathioprine Sodium	T3	
Benlysta	T5	PA
Cellcept (cápsula)	T4	B/D,PA
Cellcept (suspensión oral, comprimido)	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 (cápsula)	T3	B/D
Gengraf (solución oral)	T4	B/D
Humira[†]	T5	PA,QL
Humira Starter Kit[†]	T5	PA,QL
Methotrexate (comprimido)	T2	
Methotrexate Sodium (inyección)	T3	
Mycophenolate Mofetil	T3	B/D,PA

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Myfortic (comprimido de liberación retardada 180mg)	T4	B/D
Myfortic (comprimido de liberación retardada 360mg)	T5	B/D
Nulojix	T5	B/D,PA
Orencia[†]	T5	PA,QL
Prograf (inyección)	T4	B/D,PA
Rapamune (comprimido 0.5mg)[†]	T4	B/D,QL
Rapamune (comprimido 1mg, comprimido 2mg, solución oral)	T5	B/D
Remicade	T5	PA
Sandimmune (cápsula, solución oral)	T4	B/D
Simponi[†]	T5	PA,QL
Tacrolimus (cápsula 0.5mg, cápsula 1mg) [†]	T3	B/D,PA,QL
Tacrolimus (cápsula 5mg)	T5	B/D,PA
Trexall	T4	
Zortress (comprimido 0.25mg)[†]	T4	B/D,PA,QL
Zortress (comprimido 0.5mg, comprimido 0.75mg)	T5	B/D,PA
Agentes de Inmunización, Pasivos: Medicamentos para el Sistema Inmunológico		
Atgam	T5	B/D

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 63–82.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
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
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 (inyección 10mu, inyección con pluma 10mu, inyección con pluma 5mu)	T5	PA
Intron-A (inyección con pluma 3mu) [†]	T4	PA,QL
Intron-A (inyección con pluma 6mu)	T4	PA

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Kineret [†]	T5	PA,QL
Leflunomide	T2	
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
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	

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 63–82.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
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	
M-M-R II	T3	
Pedvax HIB	T3	
ProQuad	T3	
Rabavert	T3	
Recombivax HB	T3	B/D
RotaTeq	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	

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Agentes para la Enfermedad Inflamatoria del Intestino: Medicamentos para Tratar la Enfermedad Inflamatoria del Intestino		
Glucocorticoides: Medicamentos para la Enfermedad Inflamatoria Intestinal		
Budesonide (cápsula 24 horas)	T4	
Colocort	T3	
Cortifoam	T4	
Entocort EC	T4	
Hydrocortisone (enema)	T3	
Millipred (comprimido)	T4	
Salicilatos: Medicamentos para Tratar la Enfermedad Inflamatoria del Intestino		
Apriso [†]	T3	QL
Asacol	T3	
Balsalazide Disodium	T3	
Canasa	T3	
Mesalamine	T3	
Pentasa	T4	
Rowasa	T5	
Sulfonamides: Medicamentos para Tratar la Enfermedad Inflamatoria del Intestino		
Sulfasalazine	T2	
Sulfazine EC	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 63–82.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Agentes para la Osteopatía Metabólica: Medicamentos para Tratar Afecciones Óseas		
Agentes para la Osteopatía Metabólica: Medicamentos para Tratar la Osteoporosis (Pérdida de Masa Ósea)		
Actonel[†]	T3	QL
Alendronate Sodium	T2	
Aredia (inyección 30mg)	T4	B/D,ST
Aredia (inyección 90mg)	T5	ST
Atelvia[†]	T3	QL
Boniva (inyección)[†]	T4	B/D,QL
Calcitonin-Salmon (atomizador nasal) [†]	T3	QL
Calcitriol (cápsula)	T2	B/D
Calcitriol (inyección, solución oral)	T3	B/D
Etidronate Disodium	T3	
Forteo	T4	B/D,PA
Fortical[†]	T3	QL
Fosamax (solución oral)[†]	T4	QL,ST
Hectorol	T3	B/D
Miacalcin (inyección)	T4	B/D,PA
Pamidronate Disodium (inyección 30mg/10ml, inyección 90mg/10ml)	T3	
Pamidronate Disodium (inyección 6mg/1ml)	T4	

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Prolia[†]	T4	PA,QL
Reclast	T4	PA
Xgeva[†]	T5	PA,QL
Zemplar	T3	B/D
Zometa	T5	
Agentes Terapéuticos Varios		
Agrylin	T4	
Alcohol Preps	T2	
Anagrelide HCl	T2	
Dextrose 10%	T3	
Dextrose 5%	T3	
Firazyr	T5	PA
Gauze Pads	T3	
Insulin Syringes, Needles	T3	
Intralipid (inyección 20%)	T4	B/D
Intralipid (inyección 30%)	T4	B/D
Leucovorin Calcium (inyección)	T3	
Leucovorin Calcium (comprimido)	T2	
Levocarnitine	T3	B/D
Liposyn II	T4	B/D
Liposyn III (inyección 10%, inyección 20%)	T4	B/D
Liposyn III (inyección 30%)	T4	B/D

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 63–82.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Methergine	T3	
Methylergonovine Maleate	T2	
Sterile Water Irrigation	T3	
Xenazine	T5	PA
Agentes Oftálmicos: Medicamentos para Tratar Afecciones 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	
Agentes Antialérgicos Oftálmicos: Medicamentos para Alergias, Infecciones e Inflamaciones		
Alamast	T4	
Alocril	T4	
Alomide	T4	
Azelastine HCl (solución oftálmica)	T3	
Bepreve[†]	T4	QL
Cromolyn Sodium (solución oftálmica)	T2	
Epinastine HCl	T3	

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Lastacaft	T3	
Pataday	T3	
Patanol	T3	
Agentes Antiglaucoma Oftálmicos: Medicamentos para el Glaucoma		
Acetazolamide	T2	
Acetazolamide ER	T3	
Alphagan P (solución oftálmica 0.1%)	T3	
Apraclonidine	T3	
Azopt	T3	
Betaxolol HCl	T2	
Betimol	T4	
Betoptic-S	T4	
Brimonidine Tartrate	T2	
Carteolol HCl	T2	
Combigan	T3	
Dorzolamide HCl [†]	T2	QL
Dorzolamide HCl/ Timolol Maleate [†]	T3	QL
Iopidine (solución oftálmica 1%)	T4	
Istalol	T4	
Levobunolol HCl	T2	
Methazolamide	T2	
Metipranolol	T2	
Optipranolol	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 63–82.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Phospholine Iodide	T3	
Pilopine HS	T3	
Timolol Maleate	T2	
Antiinflamatorios Oftálmicos: Medicamentos para Alergias, Infecciones e Inflamaciones		
Alrex	T3	
Blephamide	T3	
Blephamide S.O.P.	T3	
Bromday	T4	
Bromfenac	T3	
Cortisporin	T4	
Dexamethasone Sodium Phosphate (solución oftálmica)	T2	
Diclofenac Sodium	T2	
Durezol	T3	
Flarex	T3	
Fluorometholone	T2	
Flurbiprofen Sodium	T2	
FML	T3	
FML Forte	T3	
Ketorolac Tromethamine (solución oftálmica)	T2	
Lotemax	T3	
Neomycin/Polymyxin/Bacitracin/Hydrocortisone	T2	
Neomycin/Polymyxin/Dexamethasone	T2	

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Neomycin/Polymyxin/Hydrocortisone (suspensión oftálmica)	T2	
Nevanac	T3	
Poly-Dex	T2	
Poly-Pred	T4	
Pred Mild	T3	
Pred-G	T3	
Pred-G S.O.P.	T3	
Prednisolone Acetate	T2	
Prednisolone Sodium Phosphate	T2	
Sulfacetamide Sodium/Prednisolone Sodium Phosphate	T2	
Tobradex (ungüento oftálmico)	T3	
Tobradex (suspensión oftálmica)	T4	
Tobramycin/Dexamethasone	T3	
Vexol	T4	
Zylet	T3	
Análogos Oftálmicos de Prostaglandina y Prostaglandina: Medicamentos para el Tratamiento de Glaucomas		
Latanoprost [†]	T2	QL
Lumigan [†]	T3	QL
Travatan Z [†]	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 63–82.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Agentes óticos: Medicamentos para Tratar Afecciones de los Oídos		
Agentes óticos: Medicamentos para Tratar los Oídos		
Acetasol HC	T3	
Acetic Acid	T2	
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 (solución, suspensión)	T2	
Agentes del Tracto Respiratorio: Medicamentos para Tratar Alergias, Tos, Resfríos y Condiciones del Pulmón		
Antihistamínicos: Medicamentos para Tratar las Alergias		
Astepro [†]	T3	QL
Azelastine HCl (atomizador nasal) [†]	T3	QL
Carbinoxamine Maleate	T2	

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Cetirizine HCl [†]	T2	QL
Clemastine Fumarate	T2	
Hydroxyzine HCl	T2	
Patanase[†]	T3	QL
Phenadoz	T3	
Promethazine HCl	T3	
Promethegan	T3	
Antiinflamatorios, Corticosteroides Inhalables: Medicamentos para el Asma/los Pulmones		
Advair Diskus[†]	T3	QL
Advair HFA[†]	T3	QL
Asmanex[†]	T4	QL
Budesonide (suspensión para nebulizador)	T3	B/D
Dulera[†]	T4	QL
Flovent Diskus[†]	T3	QL
Flovent HFA[†]	T3	QL
Flunisolide	T2	
Fluticasone Propionate	T2	
Nasonex[†]	T3	QL
Omnaris[†]	T4	QL
Pulmicort (suspensión para nebulizador)	T4	B/D
Pulmicort Flexhaler[†]	T3	QL
QVAR[†]	T3	QL
Symbicort[†]	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 63–82.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Triamcinolone Acetonide (inhalador) [†]	T3	QL
Antileucotrienes: Medicamentos para Tratar el Asma/los Pulmones		
Singulair[†]	T3	QL
Zafirlukast [†]	T2	QL
Broncodilatadores, Anticolinérgicos: Medicamentos para el Asma/los Pulmones		
Atrovent HFA[†]	T4	QL
Combivent[†]	T3	QL
Ipratropium Bromide (atomizador nasal)	T2	
Ipratropium Bromide (solución para nebulizador)	T2	B/D
Ipratropium Bromide/ Albuterol Sulfate (solución para nebulizador)	T2	B/D
Spiriva Handihaler[†]	T3	QL
Broncodilatadores, Inhibidores de la Fosfodiesterasa (Xantines): Medicamentos para el Asma/los Pulmones		
Aminophylline (inyección)	T3	
Aminophylline (comprimido)	T2	
Elixophyllin	T3	
Theo-24	T3	
Theochron	T2	
Theophylline ER	T2	

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Broncodilatadores, Simpaticomiméticos: Medicamentos para el Asma/los Pulmones		
Albuterol Sulfate (solución para nebulizador)	T2	B/D
Albuterol Sulfate (jarabe, comprimido)	T2	
Albuterol Sulfate ER	T2	
Brovana	T4	B/D
Epinephrine HCl	T3	
Epipen[†]	T3	QL
Foradil Aerolizer[†]	T3	QL,ST
Levalbuterol (solución para nebulizador)	T4	B/D,ST
Metaproterenol Sulfate	T2	
Perforomist	T4	B/D
Proair HFA	T3	
Serevent Diskus[†]	T3	QL,ST
Terbutaline Sulfate (inyección)	T3	
Terbutaline Sulfate (comprimido)	T2	
Twinject[†]	T4	QL
Estabilizadores de Mastocitos - Medicamentos para Pulmones/Asma		
Cromolyn Sodium (solución para nebulizador)	T3	B/D
Antihipertensivos Pulmonares: Medicamentos para Tratar el Asma/los Pulmones		
Adcirca[†]	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 63–82.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Letairis [†]	T5	QL
Remodulin	T5	B/D,PA
Revatio (inyección)	T5	PA
Revatio (comprimido) [†]	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
Kalydeco [†]	T5	PA,QL
Prolastin	T5	PA
Prolastin-C	T5	PA
Pulmozyme	T5	B/D
Tyzine	T3	
Xolair	T5	PA
Zemaira	T5	PA
Sedantes/Hipnóticos: Medicamentos Sedantes y Somníferos		
Sedantes/Hipnóticos: Medicamentos Sedantes y Somníferos		
Lunesta [†]	T3	QL
Rozerem [†]	T4	QL
Zaleplon [†]	T2	QL
Zolpidem Tartrate (comprimido 10mg)	T2	

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Zolpidem Tartrate (comprimido 5mg) [†]	T2	QL
Relajantes de los Músculos Esqueléticos: Medicamentos para Tratar el Dolor, la Inflamación y las Condiciones Musculares y Articulares		
Relajantes músculoesqueléticos: Medicamentos para la Administración del Dolor/de la Inflamación		
Carisoprodol (comprimido) [†]	T3	QL
Chlorzoxazone [†]	T3	QL
Cyclobenzaprine HCl (comprimido 10mg, comprimido 5mg) [†]	T3	QL
Metaxalone [†]	T3	QL
Methocarbamol [†]	T3	QL
Orphenadrine Citrate ER [†]	T3	QL
Orphenadrine/Aspirin/Caffeine [†]	T3	QL
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

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 63–82.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
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
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

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Clinimix/Dextrose (inyección 2.75%/D5W, inyección 4.25%/D5W, inyección 5%/D15W, inyección 5%/D20W, inyección 5%/D25W)	T4	B/D
Clinimix/Dextrose (inyección 4.25%/D10W, inyección 4.25%/D20W, inyección 4.25%/D25W)	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	
Dextrose 5%/NaCl 0.33%	T3	
Dextrose 5%/NaCl 0.45%	T3	
Dextrose 5%/NaCl 0.9%	T3	
ED K+10	T2	
Freamine III (inyección 3%)	T4	B/D

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 63–82.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Freamine III (inyección 8.5%)	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 (inyección 0.4meq/1ml, inyección 10meq/100ml, inyección 2meq/1ml, inyección 30meq/100ml)	T3	
KCl (inyección 10meq/50ml)	T3	
KCl 0.075%/D5W/NaCl 0.225%	T3	
KCl 0.075%/D5W/NaCl 0.45%	T3	
KCl 0.15%/D5W/NaCl 0.45% Viaflex	T3	
KCl 0.15%/D10W/NaCl 0.2%	T3	
KCl 0.15%/D5W	T3	

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
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 0.9%	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	
Klor-Con 10	T2	
Klor-Con 8	T2	
Klor-Con M15	T3	
Klor-Con M20	T2	
Lactated Ringer's	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 63–82.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Lactated Ringer's Irrigation	T3	
Magnesium Sulfate (inyección 40mg/ml, inyección 80mg/ml)	T3	
Magnesium Sulfate (inyección 50%)	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	T2	
Potassium Citrate ER	T3	
Premasol (inyección 10%)	T4	B/D
Premasol (inyección 6%)	T4	B/D
Procalamine	T4	B/D
Prosol	T4	B/D
Ringer's Injection	T3	
Ringer's Irrigation	T3	
Sodium Bicarbonate	T2	

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos y limitaciones
Sodium Chloride	T2	
Sodium Chloride 0.45% Viaflex	T2	
Sodium Chloride 0.9%	T2	
Sodium Fluoride (comprimido)	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 63–82.

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 **1-866-314-8188**, TTY 711, de 8:00 am a 8:00 pm hora local, los 7 días de la semana.

Nombre del medicamento	Límites de Cantidad
Acarbose (comprimido 100mg)	Máximo de 3 comprimidos por día
Acarbose (comprimido 25mg)	Máximo de 12 comprimidos por día
Acarbose (comprimido 50mg)	Máximo de 6 comprimidos por día
Acetaminophen/Caffeine/ Dihydrocodeine Bitartrate	Máximo de 5 comprimidos por día
Acetaminophen/Codeine (comprimido 300-15mg)	Máximo de 13 comprimidos por día
Acetaminophen/Codeine (comprimido 300-30mg)	Máximo de 12 comprimidos por día
Acetaminophen/Codeine (comprimido 300-60mg)	Máximo de 6 comprimidos por día
Acetaminophen/Codeine (solución oral)	Máximo de 150 ml por día
Actiq	Máximo de 4 pastillas por día
Actonel (comprimido 150mg)	Máximo de 1 comprimido cada 28 días
Actonel (comprimido 30mg, comprimido 5mg)	Máximo de 1 comprimido por día
Actonel (comprimido 35mg)	Máximo de 4 comprimidos cada 28 días
Actoplus Met	Máximo de 3 comprimidos por día
Actos (comprimido 15mg)	Máximo de 3 comprimidos por día
Actos (comprimido 30mg, comprimido 45mg)	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

Letra en negrita = Medicamento de marca

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

Letra en negrita = Medicamento de marca

Nombre del medicamento	Límites de Cantidad
Arixtra	Máximo de 1 jeringa por día
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 (comprimido 2-1,000mg, comprimido 4-1,000mg, comprimido 4-500mg)	Máximo de 2 comprimidos por día
Avandamet (comprimido 2-500mg)	Máximo de 4 comprimidos por día
Avandaryl	Máximo de 1 comprimido por día
Avandia (comprimido 2mg)	Máximo de 4 comprimidos por día
Avandia (comprimido 4mg)	Máximo de 2 comprimidos por día
Avandia (comprimido 8mg)	Máximo de 1 comprimido por día
Avinza (cápsula 24 horas 120mg)	Máximo de 6 cápsulas por día
Avinza (cápsula 24 horas 30mg, cápsula 24 horas 45mg, cápsula 24 horas 60mg, cápsula 24 horas 75mg, cápsula 24 horas 90mg)	Máximo de 4 cápsulas por día
Avodart	Máximo de 1 cápsula por día
Avonex	Máximo de 1 kit cada 28
Azelastine HCl (atomizador nasal)	Máximo de 2 frascos cada 31 días
Azor	Máximo de 1 comprimido por día
Banzel (suspensión oral)	Máximo de 80 ml por día
Banzel (comprimido)	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 (inyección)	Máximo de 1 jeringa cada 90 días
Brilinta	Máximo de 2 comprimidos por día

Letra en negrita = Medicamento de marca

Nombre del medicamento	Límites de Cantidad
Budeprion SR (comprimido 12 horas 100mg)	Máximo de 4 comprimidos por día
Budeprion SR (comprimido 12 horas 150mg)	Máximo de 2 comprimidos por día
Buprenorphine HCl (comprimido sublingual 2mg)	Máximo de 16 comprimidos por receta
Buprenorphine HCl (comprimido sublingual 8mg)	Máximo de 8 comprimidos por receta
Buproban	Máximo de 2 comprimidos por día
Bupropion HCl (comprimido 100mg)	Máximo de 4 comprimidos por día
Bupropion HCl (comprimido 75mg)	Máximo de 3 comprimidos por día
Bupropion HCl SR (comprimido 12 horas 100mg)	Máximo de 4 comprimidos por día
Bupropion HCl SR (comprimido 12 horas 150mg, comprimido 12 horas 200mg)	Máximo de 2 comprimidos por día
Bupropion XL (comprimido 24 horas 150mg)	Máximo de 3 comprimidos por día
Bupropion XL (comprimido 24 horas 300mg)	Máximo de 1 comprimido por día
Butalbital/Acetaminophen/Caffeine/Codeine	Máximo de 6 cápsulas por día
Butalbital/Aspirin/Caffeine/Codeine	Máximo de 6 cápsulas por día
Butorphanol Tartrate (atomizador nasal)	Máximo de 2 frascos por receta
Byetta	Máximo de 1 pluma cada 30 días
Bystolic (comprimido 10mg, comprimido 5mg)	Máximo de 3 comprimidos por día
Bystolic (comprimido 2.5mg)	Máximo de 1 comprimido por día
Bystolic (comprimido 20mg)	Máximo de 2 comprimidos por día
Calcitonin-Salmon (atomizador nasal)	Máximo de 1 frasco cada 31 días
Carisoprodol (comprimido)	Máximo de 4 comprimidos por día
Catapres-TTS (parche semanal 0.1mg/24 horas)	Máximo de 1 parche cada 7 días
Catapres-TTS (parche semanal 0.2mg/24 horas, parche semanal 0.3mg/24 horas)	Máximo de 2 parches cada 7 días
Celebrex	Máximo de 2 cápsulas por día

Letra en negrita = Medicamento de marca

Nombre del medicamento	Limites de Cantidad
Cesamet	Máximo de 20 cápsulas por receta o suministro de 3 días
Cetirizine HCl	Máximo de 10 ml por día
Chantix (comprimido 0.5, comprimido 0.1mg)	Máximo de 2 comprimidos por día
Chantix Pak	Máximo de 1 paquete por receta
Chlorzoxazone	Máximo de 6 comprimidos por día
Clonidine HCl (parche semanal 0.1mg/24 horas)	Máximo de 1 parche cada 7 días
Clonidine HCl (parche semanal 0.2mg/24 horas, parche semanal 0.3mg/24 horas)	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 (comprimido 10mg, comprimido 5mg)	Máximo de 3 comprimidos por día
Cymbalta	Máximo de 2 cápsulas por día
Dexilant	Máximo de 2 cápsulas por día
Dexmethylphenidate HCl (comprimido 10mg)	Máximo de 2 comprimidos por día
Dexmethylphenidate HCl (comprimido 2.5mg)	Máximo de 8 comprimidos por día
Dexmethylphenidate HCl (comprimido 5mg)	Máximo de 4 comprimidos por día
Dextroamphetamine Sulfate (comprimido 10mg)	Máximo de 6 comprimidos por día
Dextroamphetamine Sulfate (comprimido 5mg)	Máximo de 12 comprimidos por día
Dextroamphetamine Sulfate ER (cápsula 24 horas 10mg)	Máximo de 5 cápsulas por día
Dextroamphetamine Sulfate ER (cápsula 24 horas 15mg)	Máximo de 4 cápsulas por día
Dextroamphetamine Sulfate ER (cápsula 24 horas 5mg)	Máximo de 2 cápsulas por día

Letra en negrita = Medicamento de marca

Nombre del medicamento	Límites de Cantidad
Diovan (comprimido 160mg, comprimido 40mg, comprimido 80mg)	Máximo de 2 comprimidos por día
Diovan (comprimido 320mg)	Máximo de 1 comprimido por día
Diovan HCT (comprimido 160mg-12.5mg, comprimido 160mg-25mg, comprimido 80mg-12.5mg)	Máximo de 2 comprimidos por día
Diovan HCT (comprimido 320mg-12.5mg, comprimido 320mg-25mg)	Máximo de 1 comprimido por día
Divigel	Máximo de 60 paquetes cada 31 días
Donepezil HCl (comprimido dispersable 10mg, comprimido 10mg)	Máximo de 2 comprimidos por día
Donepezil HCl (comprimido dispersable 5mg, comprimido 5mg)	Máximo de 1 comprimido por día
Dorzolamide HCl	Máximo de 10 ml cada 31 días
Dorzolamide HCl/Timolol Maleate	Máximo de 10 ml cada 31 días
Dronabinol (cápsula 10mg)	Máximo de 2 cápsulas por día
Dronabinol (cápsula 2.5mg, cápsula 5mg)	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 (inyección 22.5mg)	Máximo de 1 kit cada 84 días
Eligard (inyección 30mg)	Máximo de 1 kit cada 112 días
Eligard (inyección 45mg)	Máximo de 1 kit cada 168 días
Eligard (inyección 7.5mg)	Máximo de 1 kit cada 28
Emend (cápsula 125mg)	Máximo de 2 cápsulas por receta
Emend (cápsula 40mg)	Máximo de 1 cápsula por receta
Emend (cápsula 80mg)	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

Letra en negrita = Medicamento de marca

Nombre del medicamento	Límites de Cantidad
Enbrel	Máximo de 8 jeringas cada 28 días
Endocet (comprimido 10-325mg, comprimido 5-325mg, comprimido 7.5-325mg)	Máximo de 12 comprimidos por día
Endocet (comprimido 10-650mg)	Máximo de 6 comprimidos por día
Endocet (comprimido 7.5-500mg)	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 (inyección 10,000 unidades/ml, inyección 20,000 unidades/ml)	Máximo de 12 ml cada 28 días
Epogen (inyección 2,000 unidades/ml)	Máximo de 15 ml cada 31 días
Epogen (inyección 3,000 unidades/ml, inyección 4,000 unidades/ml)	Máximo de 30 ml cada 31 días
Ergotamine Tartrate/Caffeine	Máximo de 6 comprimidos por día
Erivedge	Máximo de 1 cápsula 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 (parche 24 horas)	Máximo de 1 parche por día
Exelon (solución oral)	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 (parche 72 horas 100mcg/hr, parche 72 horas 75mcg/hr)	Máximo de 31 parches cada 31 días
Fentanyl (parche 72 horas 12mcg/hr, parche 72 horas 25mcg/hr, parche 72 horas 50mcg/hr)	Máximo de 15 parches cada 31 días
Fentanyl Citrate Oral Transmucosal	Máximo de 4 pastillas por día

Letra en negrita = Medicamento de marca

Nombre del medicamento	Límites de Cantidad
Fentora	Máximo de 4 comprimidos por día
Finasteride (comprimido 5mg)	Máximo de 1 comprimido por día
Firmagon (inyección 120mg)	Máximo de 2 viales cada 365 días
Firmagon (inyección 80mg)	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 (solución oral)	Máximo de 5 frascos cada 31 días
Fragmin (inyección 10,000 unidades/1ml, inyección 12,500 unidades/0.5ml, inyección 15,000 unidades/0.6ml, inyección 18,000 unidades/0.72ml, inyección 7,500 unidades/0.3ml)	Máximo de 1 jeringa por día
Fragmin (inyección 2,500 unidades/0.2ml, inyección 5,000 unidades/0.2ml)	Máximo de 2 jeringas por día
Fragmin (inyección 25,000 unidades/1ml)	Máximo de 1 vial por día
Gabril (comprimido 12mg, comprimido 2mg, comprimido 4mg)	Máximo de 4 comprimidos por día
Gabril (comprimido 16mg)	Máximo de 3 comprimidos por día
Galantamine Hydrobromide (cápsula 24 horas)	Máximo de 1 cápsula por día
Galantamine Hydrobromide (solución oral)	Máximo de 8 ml por día
Galantamine Hydrobromide (comprimido)	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

Letra en negrita = Medicamento de marca

Nombre del medicamento	Límites de Cantidad
Genotropin Miniquick	Máximo de 1 cartucho por día
Gilena	Máximo de 1 cápsula por día
Glimepiride (comprimido 1mg)	Máximo de 8 comprimidos por día
Glimepiride (comprimido 2mg)	Máximo de 4 comprimidos por día
Glimepiride (comprimido 4mg)	Máximo de 2 comprimidos por día
Glipizide (comprimido 10mg)	Máximo de 4 comprimidos por día
Glipizide (comprimido 5mg)	Máximo de 8 comprimidos por día
Glipizide ER (comprimido 24 horas 10mg)	Máximo de 2 comprimidos por día
Glipizide ER (comprimido 24 horas 2.5mg)	Máximo de 8 comprimidos por día
Glipizide ER (comprimido 24 horas 5mg)	Máximo de 4 comprimidos por día
Glipizide/Metformin HCl (comprimido 2.5mg-250mg)	Máximo de 8 comprimidos por día
Glipizide/Metformin HCl (comprimido 2.5mg-500mg, comprimido 5mg-500mg)	Máximo de 4 comprimidos por día
Glyburide (comprimido 1.25mg)	Máximo de 16 comprimidos por día
Glyburide (comprimido 2.5mg)	Máximo de 8 comprimidos por día
Glyburide (comprimido 5mg)	Máximo de 4 comprimidos por día
Glyburide Micronized (comprimido 1.5mg)	Máximo de 8 comprimidos por día
Glyburide Micronized (comprimido 3mg)	Máximo de 4 comprimidos por día
Glyburide Micronized (comprimido 6mg)	Máximo de 2 comprimidos por día
Glyburide/Metformin HCl (comprimido 1.25mg-250mg)	Máximo de 8 comprimidos por día
Glyburide/Metformin HCl (comprimido 2.5mg-500mg, comprimido 5mg-500mg)	Máximo de 4 comprimidos por día
Glycron (comprimido 1.5mg)	Máximo de 8 comprimidos por día
Glycron (comprimido 3mg)	Máximo de 4 comprimidos por día
Glycron (comprimido 6mg)	Máximo de 2 comprimidos por día
Glyset (comprimido 100mg)	Máximo de 3 comprimidos por día
Glyset (comprimido 25mg)	Máximo de 12 comprimidos por día

Letra en negrita = Medicamento de marca

Nombre del medicamento	Límites de Cantidad
Glyset (comprimido 50mg)	Máximo de 6 comprimidos por día
Granisetron HCl (comprimido)	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 (inyección 20mg/0.4ml)	Máximo de 1 kit cada 28
Humira (inyección 40mg/0.8ml)	Máximo de 2 kits cada 28 días
Humira Starter Kit	Máximo de 1 kit cada 365 días
Hydrocodone/Acetaminophen (comprimido 10-300mg, comprimido 5-300mg, comprimido 7.5-300mg)	Máximo de 13 comprimidos por día
Hydrocodone/Acetaminophen (comprimido 10-325mg, comprimido 5-325mg, comprimido 7.5-325mg)	Máximo de 12 comprimidos por día
Hydrocodone/Acetaminophen (comprimido 10-500mg, comprimido 2.5-500mg, comprimido 5-500mg, comprimido 7.5-500mg)	Máximo de 8 comprimidos por día
Hydrocodone/Acetaminophen (comprimido 10-650mg, comprimido 10-660mg, comprimido 7.5-650mg)	Máximo de 6 comprimidos por día
Hydrocodone/Acetaminophen (comprimido 10-750mg, comprimido 7.5-750mg)	Máximo de 5 comprimidos por día
Hydrocodone/Acetaminophen (solución oral 7.5-325mg/15ml)	Máximo de 185 ml por día
Hydrocodone/Acetaminophen (solución oral 7.5-500mg/15ml)	Máximo de 120 ml por día
Hydrocodone/Ibuprofen	Máximo de 5 comprimidos por día
Incivek	Máximo de 6 comprimidos por día
Inlyta (comprimido 1mg)	Máximo de 8 comprimidos por día
Inlyta (comprimido 5mg)	Máximo de 4 comprimidos por día
Intron-A (inyección con pluma 3mu)	Máximo de 4 jeringas cada 28 días
Invega Sustenna	Máximo de 1 jeringa cada 28 días
Itraconazole	Máximo de 130 cápsulas cada 31 días

Letra en negrita = Medicamento de marca

Nombre del medicamento	Limites de Cantidad
Jakafi	Máximo de 2 comprimidos por día
Janumet	Máximo de 2 comprimidos por día
Januvia	Máximo de 1 comprimido por día
Kadian (cápsula 24 horas 100mg , cápsula 24 horas 200mg)	Máximo de 6 cápsulas por día
Kadian (cápsula 24 horas 10mg, cápsula 24 horas 20mg, cápsula 24 horas 30mg, cápsula 24 horas 50mg, cápsula 24 horas 60mg, cápsula 24 horas 80mg)	Máximo de 4 cápsulas por día
Kalydeco	Máximo de 2 comprimidos por día
Ketorolac Tromethamine (inyección 15mg/ml)	Máximo de 40 ml cada 31 días
Ketorolac Tromethamine (inyección 30mg/ml)	Máximo de 20 ml cada 31 días
Ketorolac Tromethamine (comprimido)	Máximo de 4 comprimidos por día hasta 5 días
Kineret	Máximo de 1 jeringa por día
Kombiglyze XR (comprimido 24 horas 2.5-100mg)	Máximo de 2 comprimidos por día
Kombiglyze XR (comprimido 24 horas 5-1,000mg, comprimido 24 horas 5-500mg)	Máximo de 1 comprimido por día
Lamictal ODT (comprimido dispersable 100mg, comprimido dispersable 200mg)	Máximo de 3 comprimidos por día
Lamictal ODT (comprimido dispersable 25mg, comprimido dispersable 50mg)	Máximo de 1 comprimido por día
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 (comprimido 24 horas 500mg)	Máximo de 6 comprimidos por día
Levetiracetam ER (comprimido 24 horas 750mg)	Máximo de 4 comprimidos por día
Lexapro (solución oral)	Máximo de 40 ml por día

Letra en negrita = Medicamento de marca

Nombre del medicamento	Límites de Cantidad
Lexapro (comprimido)	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 (inyección 300mg/3ml)	Máximo de 1 vial por día
Lumigan	Máximo de 5 ml cada 31 días
Lunesta	Máximo de 1 comprimido por día
Lupron Depot (inyección 11.25mg, inyección 22.5mg)	Máximo de 1 kit cada 84 días
Lupron Depot (inyección 3.75mg, inyección 7.5mg)	Máximo de 1 kit cada 28
Lupron Depot (inyección 30mg)	Máximo de 1 kit cada 112 días
Lupron Depot (inyección 45mg)	Máximo de 1 kit cada 168 días
Lyrica (cápsula 100mg, cápsula 150mg, cápsula 200mg, cápsula 25mg , cápsula 50mg, cápsula 75mg)	Máximo de 3 cápsulas por día
Lyrica (cápsula 225mg, cápsula 300mg)	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
Metadate ER	Máximo de 3 comprimidos por día
Metaxalone	Máximo de 4 comprimidos por día
Metformin HCl (comprimido 1,000mg)	Máximo de 2.5 comprimidos por día
Metformin HCl (comprimido 500mg)	Máximo de 5 comprimidos por día
Metformin HCl (comprimido 850mg)	Máximo de 3 comprimidos por día
Metformin HCl ER (comprimido 24 horas 500mg)	Máximo de 4 comprimidos por día
Metformin HCl ER (comprimido 24 horas 750mg)	Máximo de 2 comprimidos por día
Methamphetamine HCl	Máximo de 5 comprimidos por día

Letra en negrita = Medicamento de marca

Nombre del medicamento	Limites de Cantidad
Methocarbamol (comprimido 500mg)	Máximo de 9 comprimidos por día
Methocarbamol (comprimido 750mg)	Máximo de 6 comprimidos por día
Methylin (comprimido 10mg)	Máximo de 6 comprimidos por día
Methylin (comprimido 20mg)	Máximo de 3 comprimidos por día
Methylin (comprimido 5mg)	Máximo de 12 comprimidos por día
Methylin ER	Máximo de 3 comprimidos por día
Methylphenidate HCl (comprimido 10mg)	Máximo de 6 comprimidos por día
Methylphenidate HCl (solución oral 10mg/5ml)	Máximo de 30 ml por día
Methylphenidate HCl (comprimido 20mg)	Máximo de 3 comprimidos por día
Methylphenidate HCl (comprimido 5mg)	Máximo de 12 comprimidos por día
Methylphenidate HCl (solución oral 5mg/5ml)	Máximo de 60 ml por día
Methylphenidate HCl ER (cápsula 24 horas 20mg)	Máximo de 3 cápsulas por día
Methylphenidate HCl ER (cápsula 24 horas 30mg)	Máximo de 2 cápsulas por día
Methylphenidate HCl ER (cápsula 24 horas 40mg)	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
Mirtazapine	Máximo de 2 comprimidos por día
Mirtazapine ODT	Máximo de 2 comprimidos por día
Morphine Sulfate ER (comprimido 12 horas 100mg, comprimido 12 horas 200mg)	Máximo de 6 comprimidos por día
Morphine Sulfate ER (cápsula 24 horas 100mg)	Máximo de 6 cápsulas por día
Morphine Sulfate ER (comprimido 12 horas 15mg, comprimido 12 horas 30mg, comprimido 12 horas 60mg)	Máximo de 4 comprimidos por día

Letra en negrita = Medicamento de marca

Nombre del medicamento	Límites de Cantidad
Morphine Sulfate ER (cápsula 24 horas 20mg, cápsula 24 horas 30mg, cápsula 24 horas 50mg, cápsula 24 horas 60mg, cápsula 24 horas 80mg)	Máximo de 4 cápsulas por día
Namenda (solución oral)	Máximo de 10 ml por día
Namenda (comprimido)	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 (comprimido 120mg)	Máximo de 3 comprimidos por día
Nateglinide (comprimido 60mg)	Máximo de 6 comprimidos por día
Nexium (cápsula de liberación retardada)	Máximo de 2 cápsulas por día
Nexium (paquete)	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 (inyección 100mcg/ml, inyección 200mcg/ml, inyección 50mcg/ml)	Máximo de 4 ml por día
Octreotide Acetate (inyección 500mcg/ml)	Máximo de 3 ml por día
Omeprazole	Máximo de 2 cápsulas por día
Omnaris	Máximo de 1 frasco cada 31 días
Ondansetron HCl (comprimido 24mg)	Máximo de 3 comprimidos por receta o suministro de 3 días
Ondansetron HCl (comprimido 4mg, comprimido 8mg)	Máximo de 30 comprimidos por receta
Ondansetron HCl (solución oral)	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

Letra en negrita = Medicamento de marca

Nombre del medicamento	Límites de Cantidad
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 (comprimido 25-385-30mg)	Máximo de 8 comprimidos por día
Orphenadrine/Aspirin/Caffeine (comprimido 50-770-60mg)	Máximo de 4 comprimidos por día
Oxandrin	Máximo de 4 comprimidos por día
Oxandrolone (comprimido 10mg)	Máximo de 2 comprimidos por día
Oxandrolone (comprimido 2.5mg)	Máximo de 4 comprimidos por día
Oxybutynin Chloride ER (comprimido 24 horas 10mg, comprimido 24 horas 15mg)	Máximo de 2 comprimidos por día
Oxybutynin Chloride ER (comprimido 24 horas 5mg)	Máximo de 1 comprimido por día
Oxycodone/Acetaminophen (comprimido 10-325mg, comprimido 2.5-325mg, comprimido 5-325mg, comprimido 7.5-325mg)	Máximo de 12 comprimidos por día
Oxycodone/Acetaminophen (comprimido 10-650mg)	Máximo de 6 comprimidos por día
Oxycodone/Acetaminophen (comprimido 7.5-500mg)	Máximo de 8 comprimidos por día
Oxycodone/Acetaminophen (cápsula)	Máximo de 8 cápsulas por día
Oxycodone/Aspirin	Máximo de 12 comprimidos por día
Oxycodone/Ibuprofen	Máximo de 4 comprimidos por día
Oxycontin (comprimido 12 horas 10mg, comprimido 12 horas 15mg, comprimido 12 horas 20mg, comprimido 12 horas 30mg, comprimido 12 horas 40mg, comprimido 12 horas 60mg)	Máximo de 4 comprimidos por día
Oxycontin (comprimido 12 horas 80mg)	Máximo de 6 comprimidos por día
Oxymorphone HCl	Máximo de 6 comprimidos por día
Oxymorphone HCl ER	Máximo de 4 comprimidos por día

Letra en negrita = Medicamento de marca

Nombre del medicamento	Límites de Cantidad
Oxytrol	Máximo de 2 parches cada 7 días
Pantoprazole Sodium	Máximo de 2 comprimidos por día
Paroxetine HCl ER (comprimido 24 horas 12.5mg)	Máximo de 6 comprimidos por día
Paroxetine HCl ER (comprimido 24 horas 25mg)	Máximo de 3 comprimidos por día
Paroxetine HCl ER (comprimido 24 horas 37.5mg)	Máximo de 2 comprimidos por día
Patanase	Máximo de 1 frasco cada 31 días
Plavix (comprimido 300mg)	Máximo de 3 comprimidos por receta
Plavix (comprimido 75mg)	Máximo de 1 comprimido por día
Pradaxa	Máximo de 2 cápsulas por día
Prandimet	Máximo de 5 comprimidos por día
Prandin (comprimido 0.5mg)	Máximo de 32 comprimidos por receta
Prandin (comprimido 1mg)	Máximo de 16 comprimidos por día
Prandin (comprimido 2mg)	Máximo de 8 comprimidos por día
Prezista (comprimido 150mg)	Máximo de 6 comprimidos por día
Prezista (comprimido 400mg, comprimido 600mg, comprimido 75mg)	Máximo de 2 comprimidos por día
Pristiq	Máximo de 1 comprimido por día
Procrit (inyección 10,000 unidades/ml, inyección 20,000 unidades/ml)	Máximo de 12 ml cada 28 días
Procrit (inyección 2,000 unidades/ml)	Máximo de 15 ml cada 31 días
Procrit (inyección 3,000 unidades/ml, inyección 4,000 unidades/ml)	Máximo de 30 ml cada 31 días
Prolia	Máximo de 1 jeringa cada 180 días
Promacta (comprimido 12.5mg)	Máximo de 2 comprimidos por día
Promacta (comprimido 25mg)	Máximo de 3 comprimidos por día
Promacta (comprimido 50mg)	Máximo de 1 comprimido por día
Provigil (comprimido 100mg)	Máximo de 1 comprimido por día
Provigil (comprimido 200mg)	Máximo de 2 comprimidos por día
Pulmicort Flexhaler	Máximo de 2 inhaladores cada 30 días

Letra en negrita = Medicamento de marca

Nombre del medicamento	Límites de Cantidad
QVAR (solución en aerosol 40mcg/aspersión)	Máximo de 2 inhaladores cada 30 días
QVAR (solución en aerosol 80mcg/aspersión)	Máximo de 3 inhaladores cada 30 días
Rapaflo	Máximo de 1 cápsula por día
Rapamune (comprimido 0.5mg)	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 (comprimido)	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 (comprimido 5-325mg)	Máximo de 12 comprimidos por día
Roxicet (comprimido 5-500mg)	Máximo de 8 comprimidos por día
Roxicet (solución oral)	Máximo de 62 ml por día
Rozerem	Máximo de 1 comprimido por día
Sabril (paquete)	Máximo de 6 paquetes por día
Sabril (comprimido)	Máximo de 6 comprimidos por día
Samsca (comprimido 15mg)	Máximo de 1 comprimido por día
Samsca (comprimido 30mg)	Máximo de 2 comprimidos por día
Sanctura XR	Máximo de 1 cápsula por día
Sancuso	Máximo de 2 parches cada 28 días
Sandostatin (inyección 100mcg/ml, inyección 200mcg/ml, inyección 50mcg/ml)	Máximo de 4 ml por día
Sandostatin (inyección 500mcg/ml)	Máximo de 3 ml por día
Saphris	Máximo de 2 comprimidos por día
Savella	Máximo de 2 comprimidos por día

Letra en negrita = Medicamento de marca

Nombre del medicamento	Límites de Cantidad
Savella Titration Pack	Máximo de 1 paquete por receta
Sensipar (comprimido 30mg, comprimido 60mg)	Máximo de 2 comprimidos por día
Sensipar (comprimido 90mg)	Máximo de 4 comprimidos por día
Serevent Diskus	Máximo de 2 blísteres por día
Simponi	Máximo de 1 jeringa cada 28 días
Singulair (comprimido masticable, comprimido)	Máximo de 1 comprimido por día
Singulair (paquete)	Máximo de 1 paquete por día
Spiriva Handihaler	Máximo de 1 cápsula por día
Sporanox (cápsula)	Máximo de 130 cápsulas cada 31 días
Sporanox (solución oral)	Máximo de 40 ml por día
Stagesic	Máximo de 8 cápsulas por día
Strattera (cápsula 100mg, cápsula 40mg, cápsula 60mg, cápsula 80mg)	Máximo de 1 cápsula por día
Strattera (cápsula 10mg, cápsula 18mg, cápsula 25mg)	Máximo de 2 cápsulas por día
Suboxone (película)	Máximo de 3 películas por día
Suboxone (comprimido sublingual)	Máximo de 3 comprimidos por día
Sumatriptan Succinate (inyección 4mg/0.5ml)	Máximo de 8 dosis cada 31 días
Sumatriptan Succinate (inyección 6mg/0.5ml)	Máximo de 8 dosis cada 30 días
Sumatriptan Succinate (comprimido)	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
SymlinPen 60	Máximo de 4 plumas cada 31 días
Synalgos-DC	Máximo de 12 cápsulas por día
Tacrolimus (cápsula 0.5mg)	Máximo de 2 cápsulas por día
Tacrolimus (cápsula 1mg)	Máximo de 8 cápsulas por día
Tamiflu (suspensión oral 12mg/ml)	Máximo de 194 ml cada 31 días

Letra en negrita = Medicamento de marca

Nombre del medicamento	Límites de Cantidad
Tamiflu (cápsula 30mg)	Máximo de 62 cápsulas cada 31 días
Tamiflu (cápsula 45mg, cápsula 75mg)	Máximo de 31 cápsulas cada 31 días
Tamiflu (suspensión oral 6mg/ml)	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 (comprimido 250mg)	Máximo de 4 comprimidos por día
Tolazamide (comprimido 500mg)	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 (inhalador)	Máximo de 1 frasco cada 30 días
Tribenzor	Máximo de 1 comprimido por día
Trilyte	Máximo de 1 frasco por receta
Trospium 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
Uroxatral	Máximo de 1 comprimido por día
Venlafaxine HCl (comprimido 100mg, comprimido 25mg, comprimido 37.5mg, comprimido 75mg)	Máximo de 3 comprimidos por día
Venlafaxine HCl (comprimido 50mg)	Máximo de 7 comprimidos por día
Venlafaxine HCl ER (cápsula 24 horas 150mg)	Máximo de 2 cápsulas por día

Letra en negrita = Medicamento de marca

Nombre del medicamento	Límites de Cantidad
Venlafaxine HCl ER (comprimido 24 horas 150mg)	Máximo de 2 comprimidos por día
Venlafaxine HCl ER (comprimido 24 horas 225mg)	Máximo de 1 comprimido por día
Venlafaxine HCl ER (cápsula 24 horas 37.5mg, cápsula 24 horas 75mg)	Máximo de 3 cápsulas por día
Venlafaxine HCl ER (comprimido 24 horas 37.5mg, comprimido 24 horas 75mg)	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 (inyección, solución oral)	Máximo de 40 ml por día
Vimpat (comprimido)	Máximo de 2 comprimidos por día
Vytorin	Máximo de 1 comprimido por día
Vyvanse	Máximo de 1 cápsula por día
Welchol (paquete)	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 (cápsula 10mg)	Máximo de 2 cápsulas por día
Zaleplon (cápsula 5mg)	Máximo de 1 cápsula por día
Zerlor	Máximo de 5 comprimidos por día
Zetia	Máximo de 1 comprimido por día
Zofran (solución oral)	Máximo de 100 ml por receta o suministro de 3 días
Zofran (comprimido)	Máximo de 30 comprimidos por receta
Zofran ODT	Máximo de 30 comprimidos por receta
Zolpidem Tartrate (comprimido 5mg)	Máximo de 1 comprimido por día
Zortress (comprimido 0.25mg)	Máximo de 2 comprimidos por día

Letra en negrita = Medicamento de marca

Índice alfabético de medicamentos cubiertos

Symbols

8-Mop40

A

Abelcet22

Abilify28

Abilify Discmelt28

Abraxane25

Acarbose.....32

Acebutolol HCl36

Acetaminophen/Caffeine/
Dihydrocodeine Bitartrate 11

Acetaminophen/Codeine..... 11

Acetasol HC57

Acetazolamide55

Acetazolamide ER.....55

Acetazolamide Sodium.....37

Acetic Acid.....57

Acetylcysteine.....59

Actemra.....51

Acthib52

Acticin.....27

Actimmune.....52

Actiq.....11

Activella47

Actonel54

Actoplus Met.....32

Actos32

Acyclovir (cápsula, comprimido)30

Acyclovir Sodium30

Acyclovir (suspensión oral)30

Adacel.....52

Adagen41

Adapalene.....40

Adcirca58

Adriamycin.....25

Advair Diskus.....57

Advair HFA57

Afeditab CR.....36

Afinitor.....26

Aggrenox.....35

Agrylin54

A-Hydrocort.....44

AK-Con55

Akne-Mycin16

Ala-Cort.....44

Alamast55

Ala Scalp44

Albenza27

Albuterol Sulfate ER.....58

Albuterol Sulfate (jarabe,
comprimido)58

Albuterol Sulfate (solución para
nebulizador)58

Alcaine55

Alclometasone Dipropionate44

Alcohol Preps54

Aldara.....40

Aldurazyme41

Alendronate Sodium54

Alfuzosin HCl ER43

Alimta25

Alinia27

Alkeran.....24

Allopurinol (comprimido).....23

Allopurinol Sodium (inyección) 23

Alocril55

Alomide.....55

Alora.....47

Aloxi.....21

Alphagan P (solución oftálmica
0.1%).....55

Alrex.....56

Altabax13

Amantadine HCl.....31

Ambisome22

Amcinonide.....44

A-Methapred.....44

Amethia.....47

Amethyst.....47

Amevive40

Amifostine.....25

Amikacin Sulfate.....12

Amiloride HCl.....37

Amiloride/Hydrochlorothiazide 37

Aminophylline (comprimido)58

Aminophylline (inyección)58

Aminosyn.....59

Aminosyn 8.5%/Electrolytes59

Aminosyn-HBC.....60

Aminosyn-HF60

Aminosyn II.....59

Aminosyn II 3.5%/Dextrose 5%60

Aminosyn II 3.5%/Dextrose 25% .
59

Aminosyn II 4.25%/Dextrose 10%
60

Aminosyn II 4.25%/Dextrose 20%
60

Aminosyn II 4.25%/Dextrose 25%
60

Aminosyn II 5%/Dextrose 25% 60

Aminosyn II 8.5%/Electrolytes .60

Aminosyn II M 3.5%/Dextrose 5%
60

Aminosyn M60

Aminosyn-PF60

Amiodarone HCl (comprimido) 35

Amiodarone HCl (inyección)	35	Apokyn.....	27	Astepro	57
Amitiza.....	42	Apraclonidine	55	Astramorph	11
Amitriptyline HCl	20	Apri	47	Atelvia	54
Amlodipine Besylate	36	Apriso	53	Atenolol.....	36
Amlodipine Besylate/Benazepril HCl	36	Aptivus	31	Atenolol/Chlorthalidone	36
Ammonium Chloride.....	60	Aralast NP	59	Atgam.....	51
Ammonium Lactate	40	Aranelle.....	47	Atorvastatin Calcium	38
Amnesteem	40	Aranesp Albumin Free (inyección 100mcg/0.5ml, inyección 100mcg/1ml, inyección 25mcg/0.42ml, inyección 25mcg/1ml, inyección 40mcg/0.4ml, inyección 40mcg/1ml, inyección 60mcg/0.3ml, inyección 60mcg/1ml)	34	Atovaquone/Proguanil HCl.....	27
Amoxapine	20	Aranesp Albumin Free (inyección 150mcg/0.3ml, inyección 200mcg/0.4ml, inyección 200mcg/1ml, inyección 300mcg/0.6ml, inyección 300mcg/1ml, inyección 500mcg/1ml)	34	Atripla	30
Amoxicillin.....	15	Arcalyst	52	Atropine Sulfate (inyección 0.1mg/ ml)	42
Amoxicillin/Potassium Clavulanate.....	15	Aredia (inyección 30mg)	54	Atropine Sulfate (inyección 0.05mg/ml)	42
Amoxicillin/Potassium Clavulanate ER	15	Aredia (inyección 90mg)	54	Atrovent HFA	58
Amphetamine/ Dextroamphetamine.....	39	Argatroban (inyección 100mg/ml). 33		Augmented Betamethasone Dipropionate (crema)	44
Amphotec (inyección 50mg).....	22	Argatroban (inyección 125mg/125ml)	33	Augmented Betamethasone Dipropionate (loción, ungüento). 44	
Amphotericin B.....	22	Aricept (comprimido 23mg)	19	Avandamet	32
Ampicillin	15	Arixtra (inyección 2.5mg/0.5ml).....	33	Avandaryl	32
Ampicillin Sodium.....	15	Arixtra (inyección 10mg/0.8ml, inyección 5.0mg/0.4ml, inyección 7.5mg/0.6ml)	33	Avandia	32
Ampicillin-Sulbactam	15	Aromasin.....	26	Avastin	26
Ampyra.....	40	Arranon	25	Avelox ABC Pack.....	16
Anadrol-50	46	Arthrotec.....	10	Avelox (comprimido)	16
Anagrelide HCl.....	54	Arzerra	26	Avelox (inyección).....	16
Anastrozole	26	Asacol.....	53	Aviane	47
Ancobon.....	22	Asmanex.....	57	Avinza	11
Androderm.....	46			Avita	40
Androgel.....	46			Avodart.....	43
Androgel Pump.....	47			Avonex.....	52
Androxy.....	47			Azactam in Iso-Osmotic Dextrose 15	
Antabuse.....	21			Azasan.....	51
Antara	38			Azasite.....	16
Antizol	20			Azathioprine.....	51
Anzemet (comprimido 50mg) ...	21			Azathioprine Sodium	51
Anzemet (comprimido 100mg) .	21				
Apidra	33				

Azelastine HCl (atomizador nasal) 57	Bepreve.....55	Buphenyl.....41
Azelastine HCl (solución oftálmica).....55	Besivance.....16	Buprenorphine HCl (comprimido sublingual).....11
Azilect.....27	Betamethasone Dipropionate44	Buprenorphine HCl (inyección) 11
Azithromycin (inyección)16	Betamethasone Valerate.....44	Buproban.....21
Azithromycin (suspensión oral, comprimido)16	Betaseron.....52	Bupropion HCl.....19
Azopt.....55	Betaxolol HCl.....36, 55	Bupropion HCl SR.....19
Azor.....36	Bethanechol Chloride.....44	Bupropion XL.....19
Aztreonam.....15	Betimol.....55	Buspirone HCl.....31
B	Betoptic-S.....55	Busulfex.....24
BACiiM.....13	Bicalutamide.....50	Butalbital/Acetaminophen/ Caffeine/Codeine.....11
Bacitracin (inyección)13	Bicillin C-R.....15	Butalbital/Aspirin/Caffeine/ Codeine.....11
Bacitracin/Neomycin/Polymyxin .. 13	Bicillin L-A.....15	Butorphanol Tartrate (atomizador nasal).....11
Bacitracin/Polymyxin B.....13	BiCNU.....24	Butorphanol Tartrate (inyección)11
Bacitracin (ungüento oftálmico) 13	BiDil.....39	Byetta.....32
Baclofen.....29	Biltricide.....27	Bystolic.....36
Bactocill in Dextrose (inyección 1gm).....15	Bisoprolol Fumarate.....36	C
Bactocill in Dextrose (inyección 2gm).....15	Bisoprolol Fumarate/ Hydrochlorothiazide.....36	Cabergoline.....50
Bactroban (crema).....13	Bleomycin Sulfate.....25	Calcipotriene.....40
Balsalazide Disodium.....53	Blephamide.....56	Calcitonin-Salmon (atomizador nasal).....54
Balziva.....47	Blephamide S.O.P.....56	Calcitriol (cápsula).....54
Banzel.....17	Boniva (inyección).....54	Calcitriol (inyección, solución oral) 54
Baraclude (comprimido).....29	Boostrix.....52	Calcium Acetate (cápsula).....44
Baraclude (solución oral).....29	Botox.....40	Calcium Acetate (comprimido)..44
Benazepril HCl.....38	Briellyn.....47	Camila.....49
Benazepril HCl/ Hydrochlorothiazide.....38	Brilinta.....35	Campath.....26
Benicar.....38	Brimonidine Tartrate.....55	Campral.....21
Benicar HCT.....38	Bromday.....56	Camptosar.....25
Benlysta.....51	Bromfenac.....56	Canasa.....53
Benzotropine Mesylate (comprimido).....27	Bromocriptine Mesylate.....27	Cancidas.....22
Benzotropine Mesylate (inyección).. 27	Brovana.....58	Capastat Sulfate.....23
	Budeprion SR.....19	Capex.....44
	Budesonide (cápsula 24 horas)...53	Caprelsa.....24
	Budesonide (suspensión para nebulizador).....57	
	Bumetanide (comprimido).....37	
	Bumetanide (inyección).....37	

Captopril	38	Cefpodoxime Proxetil.....	14	Chlorpromazine HCl (inyección) ..	28
Captopril/Hydrochlorothiazide.	38	Cefprozil (comprimido)	15	Chlorthalidone	37
Carac	40	Cefprozil (suspensión oral)	14	Chlorzoxazone.....	59
Carafate (suspensión oral).....	43	Ceftazidime	15	Cholestyramine	38
Carbaglu	41	Ceftazidime/Dextrose	15	Chorionic Gonadotropin	46
Carbamazepine (comprimido masticable, comprimido).....	18	Ceftriaxone Sodium	15	Ciclopirox (gel, champú)	22
Carbamazepine ER	18	Cefuroxime Axetil (comprimido)	15	Ciclopirox Nail Lacquer	22
Carbamazepine (suspensión oral)	18	Cefuroxime Axetil (suspensión oral)	15	Ciclopirox Olamine	22
Carbatrol	18	Cefuroxime Sodium	15	Ciclopirox (suspensión).....	22
Carbidopa/Levodopa.....	27	Celebrex.....	10	Cilostazol.....	35
Carbidopa/Levodopa CR	27	Cellcept (cápsula).....	51	Ciloxan (ungüento oftálmico)	16
Carbidopa/Levodopa ODT	27	Cellcept Intravenous.....	51	Cimetidine.....	42
Carbinoxamine Maleate	57	Cellcept (suspensión oral, comprimido)	51	Cimetidine HCl (inyección)	42
Carboplatin.....	25	Celontin.....	18	Cimetidine HCl (solución oral) .	42
Carimune Nanofiltered.....	52	Cenestin	47	Cimzia	51
Carisoprodol (comprimido).....	59	Cephalexin	15	Cinryze.....	34
Carteolol HCl.....	55	Ceredase	41	Ciprodex.....	57
Cartia XT.....	36	Cerezyme	41	Ciprofloxacin	16
Carvedilol.....	36	Cerubidine.....	25	Ciprofloxacin ER.....	16
Catapres-TTS.....	35	Cervarix.....	52	Ciprofloxacin HCl.....	16
Cayston.....	15	Cesamet.....	21	Cipro HC	57
Cedax	14	Cesia.....	47	Cipro IV	16
CeeNU	24	Cetirizine HCl	57	Cipro (suspensión oral)	16
Cefaclor	14	Chantix.....	21	Cisplatin	25
Cefaclor ER.....	14	Chemet.....	20	Citalopram Hydrobromide (comprimido)	19
Cefadroxil (cápsula)	14	Chloramphenicol Sodium Succinate.....	13	Citalopram Hydrobromide (solución oral)	19
Cefadroxil (suspensión oral, comprimido)	14	Chlordiazepoxide/Amitriptyline	31	Cladribine.....	24
Cefazolin Sodium.....	14	Chlorhexidine Gluconate Oral Rinse	40	Claforan (inyección 1gm, inyección 2gm)	15
Cefdinir (cápsula)	14	Chloroquine Phosphate	27	Claravis.....	40
Cefdinir (suspensión oral).....	14	Chlorothiazide.....	37	Clarithromycin (comprimido)....	16
Cefepime	14	Chlorothiazide Sodium	37	Clarithromycin ER.....	16
Cefotaxime Sodium.....	14	Chlorpromazine HCl (comprimido)	28	Clarithromycin (suspensión oral)	16
Cefotetan.....	14			Clemastine Fumarate.....	57
Cefoxitin Sodium	14				
Cefoxitin Sodium/Dextrose	14				

Cleocin (cápsula 75mg).....	13	Clobex	44	Cortifoam.....	53
Cleocin Galaxy.....	13	Cloderm	44	Cortisone Acetate.....	44
Cleocin in D5W.....	13	Clolar.....	24	Cortisporin	13, 56, 57
Cleocin Pediatric Granules.....	13	Clomipramine HCl	20	Cortisporin-TC	57
Cleocin Phosphate.....	13	Clonidine HCl (comprimido)	35	Cortomycin	57
Climara Pro.....	47	Clonidine HCl (parche semanal)35		Cosmegen.....	25
Clindagel.....	13	Clorpres	35	Coumadin (comprimido)	33
Clindamycin/Benzoyl Peroxide .40		Clotrimazole.....	22	Coumadin (inyección)	33
Clindamycin HCl.....	13	Clotrimazole/Betamethasone Dipropionate.....	22	Creon.....	41
Clindamycin Phosphate Add- Vantage.....	13	Clozapine.....	28	Crestor.....	38
Clindamycin Phosphate (crema, gel, loción, hisopo, solución tópica)	13	Codeine Sulfate	11	Crinone.....	49
Clindamycin Phosphate (espuma) . 13		Cogentin.....	27	Crixivan.....	31
Clindesse	13	Co-Gesic	11	Cromolyn Sodium (concentrado)42	
Clinimix/Dextrose (inyección 2.75%/D5W, inyección 4.25%/ D5W, inyección 5%/D15W, inyección 5%/D20W, inyección 5%/D25W)	60	Colcrys	23	Cromolyn Sodium (solución oftálmica).....	55
Clinimix/Dextrose (inyección 4.25%/D10W, inyección 4.25%/ D20W, inyección 4.25%/D25W) 60		Colestipol HCl (comprimido)....	38	Cromolyn Sodium (solución para nebulizador).....	58
Clinimix E 2.75%/Dextrose 5% 60		Colestipol HCl (gránulos)	38	Cryselle.....	47
Clinimix E 2.75%/Dextrose 10% .. 60		Colistimethate Sodium.....	13	Cubicin.....	13
Clinimix E 4.25%/Dextrose 5% 60		Colocort.....	53	Cuprimine	20
Clinimix E 4.25%/Dextrose 25%.. 60		Coly-Mycin M	13	Cutivate (loción)	44
Clinimix E 5%/Dextrose 15%...60		Coly-Mycin S	57	Cuvposa.....	42
Clinimix E 5%/Dextrose 20%...60		Combigan.....	55	Cyclafem 1/35	47
Clinimix E 5%/Dextrose 25%...60		Combipatch	47	Cyclafem 7/7/7	47
Clinisol SF 15%.....	60	Combivent.....	58	Cyclessa	47
Clobetasol Propionate E	44	Combivir	30	Cyclobenzaprine HCl (comprimido 10mg, comprimido 5mg)	59
Clobetasol Propionate (espuma).44		Complera.....	30	Cyclophosphamide	24
Clobetasol Propionate (gel, loción, ungüento, champú, solución tópica)	44	Compro	21	Cyclosporine.....	51
		Comtan.....	28	Cyclosporine Modified.....	51
		Comvax	52	Cyklokapron.....	34
		Constulose.....	42	Cymbalta	19
		Copaxone.....	52	Cystadane	41
		Copegus.....	29	Cystagon.....	41
		Cordran	44	Cytarabine	24
		Cordran SP	44	Cytarabine Aqueous (inyección 20mg/ml).....	24
		Cordran Tape	44		
		Cortef.....	44		

Cytarabine Aqueous (inyección 100mg/ml).....	24	Dexamethasone Sodium Phosphate (inyección).....	45	Digoxin (solución oral, comprimido)	37
Cytovene.....	29	Dexamethasone Sodium Phosphate (solución oftálmica).....	56	Dihydroergotamine Mesylate	23
D		Dexilant.....	43	Dilantin	18
Dacarbazine.....	24	Dexmethylphenidate HCl	40	Dilantin Infatabs	18
Dacogen	25	Dextrazoxane.....	25	Dilatrate SR.....	39
Danazol	47	Dextroamphetamine Sulfate.....	39	Dilaudid (inyección 1mg/ml, inyección 2mg/ml, inyección 4mg/ml)	11
Dantrolene Sodium	29	Dextroamphetamine Sulfate ER39		Dilt-CD.....	36
Dapsone.....	23	Dextrose 2.5%/NaCl 0.45%	60	Diltiazem CD.....	36
Daptacel.....	52	Dextrose 5%	54	Diltiazem HCl (comprimido)	36
Daraprim	27	Dextrose 5%/Electrolyte #48.....	60	Diltiazem HCl ER.....	36
Daunorubicin HCl	25	Dextrose 5%/KCl 0.075%.....	60	Diltiazem HCl (inyección)	36
Daunoxome	25	Dextrose 5%/NaCl 0.2%	60	Dilt-XR	36
DDAVP (inyección)	46	Dextrose 5%/NaCl 0.9%	60	Diltzac	36
Decavac	52	Dextrose 5%/NaCl 0.33%	60	Diovan.....	38
Demeclocycline HCl.....	17	Dextrose 5%/NaCl 0.45%	60	Diovan HCT	38
Demser	37	Dextrose 5%/NaCl 0.225%	60	Diphenoxylate/Atropine	42
Denavir.....	30	Dextrose 10%	54	Diphtheria/Tetanus Toxoid Pediatric.....	52
Depade	21	Dextrose 10%/NaCl 0.2%	60	Dipyridamole.....	35
Depo-Estradiol.....	47	Dextrose 10%/NaCl 0.45%	60	Disopyramide Phosphate.....	35
Depo-Medrol (inyección 20mg/ml) 44		Dibenzylamine	35	Disulfiram	21
Depo-Provera (inyección 400mg/ml)	49	Diclofenac Potassium.....	10	Diuril.....	37
Derma-Smoother/FS.....	44	Diclofenac Sodium	56	Divalproex Sodium.....	18
Dermotic	57	Diclofenac Sodium DR	10	Divalproex Sodium DR.....	18
Desipramine HCl.....	20	Diclofenac Sodium XR.....	10	Divalproex Sodium ER	18
Desmopressin Acetate	46	Dicloxacillin Sodium.....	15	Divigel.....	47
Desogen.....	47	Dicyclomine HCl (cápsula, solución oral, comprimido)	42	Docefrez	25
Desonate.....	44	Dicyclomine HCl (inyección)	42	Docetaxel.....	25
Desonide	45	Didanosine	30	Donepezil HCl.....	19
Desowen.....	45	Difcid	16	Doribax	15
Desowen/Cetaphil.....	45	Diflorasone Diacetate	45	Doryx	17
Desoximetasone.....	45	Diflucan in NaCl.....	22	Dorzolamide HCl	55
Dexamethasone	45	Diflunisal.....	10	Dorzolamide HCl/Timolol Maleate.....	55
Dexamethasone Intensol	45	Digoxin (inyección)	37	Dovonex	40

Doxazosin Mesylate	43	Elmiron	44	Epzicom	30
Doxepin HCl.....	20	Eloxatin	25	Equetro.....	31
Doxil	25	Elspar	25	Eraxis	22
Doxorubicin HCl	25	Emcyt.....	24	Erbitux	26
Doxycycline.....	17	Emend	21	Ergotamine Tartrate/Caffeine ...	23
Doxycycline Hyclate (cápsula) ...	17	Emoquette.....	47	Erivedge	25
Doxycycline Hyclate (comprimido de liberación retardada, cápsula de liberación prolongada, inyección, comprimido)	17	Emsam	19	Errin.....	49
Doxycycline Monohydrate.....	17	Emtriva.....	30	Ertaczo	22
Dronabinol (cápsula 2.5mg, cápsula 5mg)	21	Enbrel.....	51	Ery.....	16
Dronabinol (cápsula 10mg).....	21	Endocet	11	Eryped.....	16
Droxia.....	24	Endodan.....	11	Ery-Tab.....	16
Duetact.....	32	Engerix-B	52	Erythrocin Lactobionate	16
Dulera.....	57	Enjuvia	47	Erythrocin Stearate	16
Duramorph.....	11	Enoxaparin Sodium (inyección 30mg/0.3ml, inyección 40mg/0.4ml, inyección 60mg/0.6ml, inyección 80mg/0.8ml).....	33	Erythromycin	16
Durezol	56	Enoxaparin Sodium (inyección 100mg/1ml, inyección 120mg/0.8ml, inyección 150mg/1ml).....	33	Erythromycin Base.....	16
Dyrenium	37	Enpresse	47	Erythromycin/Benzoyl Peroxide	40
E		Entocort EC	53	Erythromycin Ethylsuccinate	16
Econazole Nitrate	22	Enulose.....	42	Erythromycin/Sulfisoxazole	16
Edecrin.....	37	Epinastine HCl	55	Estrace (crema)	47
ED K+10.....	60	Epinephrine HCl.....	58	Estraderm.....	47
Edurant	30	Epipen	58	Estradiol	47
E.E.S. 400.....	16	Epirubicin HCl	25	Estradiol/Norethindrone Acetate..	47
E.E.S. Granules	16	Epitol.....	18	Estradiol Valerate	47
Effient.....	35	Epivir.....	30	Estring.....	47
Egrifta.....	46	Epivir HBV	30	Estropipate	47
Elaprase	41	Eplerenone.....	37	Estrostep Fe.....	47
Elidel.....	40	Epogen	34	Ethambutol HCl	23
Eligard.....	50			Ethosuximide	18
Eliphos	44			Ethylol.....	25
Elitek.....	24			Etidronate Disodium.....	54
Elixophyllin.....	58			Etodolac	10
Ella	49			Etodolac ER.....	10
Ellence.....	25			Etopophos	25
				Etoposide.....	25
				Eurax.....	27

Evista.....	49	Fentanyl Citrate Oral Transmucosal.....	11	Flurbiprofen.....	10
Exalgo	11	Fentanyl (parche)	11	Flurbiprofen Sodium	56
Exelderm	22	Fentora.....	11	Flutamide	50
Exelon (parche 24 horas)	19	Ferriprox.....	20	Fluticasone Propionate	45, 57
Exelon (solución oral)	19	Finacea	40	Fluvoxamine Maleate	19
Exemestane.....	26	Finasteride (comprimido 5mg) ..	43	FML.....	56
Exforge	37	Firazyr	54	FML Forte	56
Exforge HCT	37	Firmagon (inyección 80mg).....	25	Folotylin	24
Exjade (comprimido soluble 125mg)	20	Firmagon (inyección 120mg).....	25	Fomepizole	20
Exjade (comprimido soluble 250mg, comprimido soluble 500mg)	20	Flagyl ER	13	Fondaparinux Sodium (inyección 2.5mg/0.5ml)	33
F		Flarex.....	56	Fondaparinux Sodium (inyección 10mg/0.8ml, inyección 5mg/0.4ml, inyección 7.5mg/0.6ml)	33
Fabrazyme	41	Flavoxate HCl	43	Foradil Aerolizer	58
Factive	16	Flecainide Acetate	35	Fortaz	15
Famciclovir	30	Flovent Diskus.....	57	Forteo	54
Famotidine (comprimido)	42	Flovent HFA	57	Fortical	54
Famotidine (inyección, suspensión oral)	42	Fluconazole.....	22	Fosamax (solución oral)	54
Fanapt.....	28	Fluconazole in Dextrose	22	Foscarnet Sodium.....	29
Fanapt Titration Pack.....	28	Flucytosine	22	Fosinopril Sodium	38
Fareston	24	Fludara	25	Fosinopril Sodium/ Hydrochlorothiazide.....	38
Faslodex.....	24	Fludarabine Phosphate	25	Fosphenytoin Sodium.....	18
Fazacllo.....	28	Fludrocortisone Acetate.....	45	Fosrenol	44
Felbamate (comprimido).....	18	Flunisolide.....	57	Fragmin (inyección 2,500 unidades/0.2ml, inyección 25,000 unidades/1ml, inyección 5,000 unidades/0.2ml).....	33
Felbamate (suspensión oral)	18	Fluocinolone Acetonide.....	45, 57	Fragmin (inyección 10,000 unidades/1ml, inyección 12,500 unidades/0.5ml, inyección 15,000 unidades/0.6ml, inyección 18,000 unidades/0.72ml, inyección 7,500 unidades/0.3ml).....	33
Felbatol (comprimido).....	18	Fluocinolone Acetonide Body....	45	Freamine III (inyección 3%)	60
Felbatol (suspensión oral).....	18	Fluocinonide.....	45	Freamine III (inyección 8.5%) ...	61
Felodipine ER	37	Fluocinonide-E.....	45	Furosemide (inyección).....	37
Femhrt Low Dose	47	Fluorometholone	56		
Femring.....	47	Fluorouracil (crema, solución tópica)	40		
Femtrace	47	Fluorouracil (inyección)	24		
Fenofibrate.....	38	Fluoxetine DR.....	19		
Fenofibrate Micronized	38	Fluoxetine HCl.....	19		
Fenoprofen Calcium	10	Fluphenazine Decanoate	29		
Fentanyl Citrate (inyección).....	11	Fluphenazine HCl (comprimido)29			
		Fluphenazine HCl (concentrado, tónico, inyección)	29		

Furosemide (solución oral, comprimido)	37	Genotropin Miniquick (inyección 0.4mg, inyección 0.6mg, inyección 0.8mg, inyección 1.2mg, inyección 1.4mg, inyección 1.6mg, inyección 1.8mg, inyección 1mg, inyección 2mg)	46	Grifulvin V.....	22
Fusilev	62	Gentak.....	12	Griseofulvin Microsize	22
Fuzeon.....	31	Gentamicin Sulfate (crema, ungüento, solución oftálmica) .	12	Gris-Peg	22
G		Gentamicin Sulfate (inyección)..	12	Guanabenz Acetate	35
Gabapentin (cápsula, comprimido) 18		Gentamicin Sulfate/NaCl (inyección 70mg, inyección 90mg)	13	Guanfacine HCl.....	35
Gabapentin (solución oral).....	18	Gentamicin Sulfate/NaCl (inyección 100mg, inyección 60mg, inyección 80mg)	13	Guanidine HCl	23
Gabitril.....	18	Gentasol	13	Gynazole-1	22
Gablofen (solución 10,000mcg/20ml, solución 50mcg/ml)	29	Geodon.....	28	H	
Gablofen (solución 40,000mcg/20ml).....	29	Gianvi.....	47	Halaven	25
Galantamine Hydrobromide	19	Gilenya	52	Halflytely Bowel Prep/Flavor Packs.....	42
Gamastan S/D	52	Glassia	59	Halobetasol Propionate.....	45
Gammagard Liquid.....	52	Gleevec	26	Halog.....	45
Gammaplex	52	Glimepiride	32	Haloperidol	29
Gamunex.....	52	Glipizide.....	32	Haloperidol Decanoate.....	29
Ganciclovir (cápsula 250mg)	29	Glipizide ER	32	Haloperidol Lactate.....	29
Ganciclovir (cápsula 500mg)	29	Glipizide/Metformin HCl	32	Havrix	52
Ganciclovir (inyección)	29	Glucagen Hypokit	32	Hectorol.....	54
Gardasil.....	52	Glucagon Emergency Kit	32	Heparin Sodium.....	33
Gastrocrom.....	42	Glyburide.....	32	Heparin Sodium/D5W	33
Gauze Pads.....	54	Glyburide/Metformin HCl	32	Heparin Sodium/NaCl.....	33
Gavilyte-C	42	Glyburide Micronized	32	Heparin Sodium/NaCl 0.9% Premix	33
Gavilyte-G	42	Glycopyrrolate	42	Hepatamine.....	61
Gavilyte-N/Flavor Pack	42	Glycron (comprimido 1.5mg, comprimido 3mg, comprimido 6mg)	32	Hepatasol.....	61
Gelnique.....	43	Glyset	32	Hepsera	29
Gemcitabine	24	Granisetron HCl (comprimido) .	21	Herceptin.....	26
Gemcitabine HCl.....	25	Granisetron HCl (inyección)	21	Hexalen	24
Gemfibrozil	38	Granisol.....	21	Hizentra	52
Gemzar.....	25			Humalog	33
Gengraf (cápsula).....	51			Humatrope	46
Gengraf (solución oral)	51			Humira.....	51
Genotropin	46			Humira Starter Kit.....	51
Genotropin Miniquick (inyección 0.2mg)	46			Humulin.....	33

Hydralazine HCl (inyección).....	39	Infumorph	11	Isentress	31
Hydrochlorothiazide.....	37	Inlyta	26	Isochron.....	39
Hydrocodone/Acetaminophen...	11	Innopran XL	36	Isolyte-H/Dextrose 5%	61
Hydrocodone/Ibuprofen	11	Insulin Syringes, Needles	54	Isolyte-M/Dextrose 5%.....	61
Hydrocortisone/Acetic Acid	57	Intelence	30	Isolyte-P/Dextrose 5%.....	61
Hydrocortisone Butyrate	45	Intralipid (inyección 20%)	54	Isolyte-S	61
Hydrocortisone (crema, loción, ungüento, comprimido)	45	Intralipid (inyección 30%)	54	Isolyte-S/Dextrose 5%.....	61
Hydrocortisone (enema)	53	Intron-A (inyección 10mu, inyección con pluma 10mu, inyección con pluma 5mu)	52	Isonarif	23
Hydrocortisone Valerate	45	Intron-A (inyección con pluma 3mu)	52	Isoniazid (comprimido).....	23
Hydromorphone HCl (comprimido)	11	Intron-A (inyección con pluma 6mu)	52	Isoniazid (inyección, jarabe).....	23
Hydromorphone HCl (inyección)..	11	Introvale	47	Isordil Titradoso (comprimido 40mg)	39
Hydroxychloroquine Sulfate.....	27	Invanz.....	15	Isosorbide Dinitrate	39
Hydroxyurea.....	25	Invega	28	Isosorbide Dinitrate ER.....	39
Hydroxyzine HCl.....	57	Invega Sustenna (inyección 39mg/0.25ml, inyección 78mg/0.5ml)	28	Isosorbide Mononitrate.....	39
Hydroxyzine Pamoate	21	Invega Sustenna (inyección 117mg/0.75ml, inyección 156mg/1ml, inyección 234mg/1.5ml)	28	Isosorbide Mononitrate ER	39
I		Invirase (cápsula)	31	Isotonic Gentamicin	13
Ibuprofen	10	Invirase (comprimido).....	31	Isradipine.....	37
Idamycin PFS.....	25	Ionosol-B/Dextrose 5%	61	Istalol.....	55
Idarubicin HCl.....	25	Ionosol-MB/Dextrose 5%	61	Istodax.....	25
Ifosfamide.....	24	Ionosol-T/Dextrose 5%.....	61	Itraconazole	22
Ifosfamide/Mesna.....	24	Iopidine (solución oftálmica 1%)	55	Ixempra Kit	25
Ilaris	52	Ipol Inactivated IPV	53	Ixiaro	53
Imipenem/Cilastatin	15	Ipratropium Bromide/Albuterol Sulfate (solución para nebulizador)	58	J	
Imipramine HCl.....	20	Ipratropium Bromide (atomizador nasal)	58	Jakafi.....	25
Imipramine Pamoate	20	Ipratropium Bromide (solución para nebulizador)	58	Jantoven	33
Imiquimod.....	40	Iressa.....	26	Janumet	32
Imovax Rabies (H.D.C.V.).....	53	Irinotecan	25	Januvia	32
Incivek.....	29			Je-Vax	53
Increlex.....	46			Jevtana	25
Indapamide.....	37			Jinteli	47
Indomethacin	10			Jolivette.....	49
Indomethacin ER.....	10			Junel.....	47
Infanrix.....	53			Junel Fe.....	47
Infergen	52				

K

Kadian (cápsula 24 horas 100mg, cápsula 24 horas 10mg, cápsula 24 horas 20mg, cápsula 24 horas 30mg, cápsula 24 horas 50mg, cápsula 24 horas 60mg, cápsula 24 horas 80mg)..... 11

Kadian (cápsula 24 horas 200mg).. 11

Kaletra (comprimido 100-25mg)31

Kaletra (comprimido 200-50mg, solución oral) 31

Kalydeco 59

Kanamycin Sulfate 13

Kariva 47

KCl 0.3%/D5W 61

KCl 0.3%/D5W/LR IV LAC Ring..... 61

KCl 0.3%/D5W/NaCl 0.2% 61

KCl 0.3%/D5W/NaCl 0.9% 61

KCl 0.3%/D5W/NaCl 0.45%.... 61

KCl 0.3%/NaCl 0.9% 61

KCl 0.15%/D5W 61

KCl 0.15%/D5W/LR..... 61

KCl 0.15%/D5W/NaCl 0.2%.... 61

KCl 0.15%/D5W/NaCl 0.9%.... 61

KCl 0.15%/D5W/NaCl 0.33%.. 61

KCl 0.15%/D5W/NaCl 0.45% Viaflex 61

KCl 0.15%/D5W/NaCl 0.225% 61

KCl 0.15%/D10W/NaCl 0.2%.. 61

KCl 0.15%/NaCl 0.9% 61

KCl 0.15%/NaCl 0.45% Viaflex 61

KCl 0.22%/D5W/NaCl 0.45%.. 61

KCl 0.075%/D5W/NaCl 0.45% 61

KCl 0.075%/D5W/NaCl 0.225%.. 61

KCl 0.224%/D5W 61

KCl 0.224%/D5W/NaCl 0.33%61

KCl (inyección 0.4meq/1ml, inyección 10meq/100ml, inyección 2meq/1ml, inyección 30meq/100ml) 61

KCl (inyección 10meq/50ml)..... 61

Keflex (cápsula 750mg)..... 15

Kelnor..... 47

Kenalog 45

Kepivance 40

Keppra (inyección) 17

Ketek 16

Ketoconazole 22

Ketoprofen 10

Ketoprofen ER 10

Ketorolac Tromethamine (comprimido) 10

Ketorolac Tromethamine (inyección)..... 10

Ketorolac Tromethamine (solución oftálmica)..... 56

Kineret..... 52

Kionex 20

Klor-Con 8 61

Klor-Con 10 61

Klor-Con M15 61

Klor-Con M20 61

Kombiglyze XR..... 32

Kristalose..... 42

Kuvan 41

L

Labetalol HCl (comprimido) 36

Labetalol HCl (inyección) 36

Laclotion 40

Lacrisert 55

Lactated Ringer's..... 61

Lactated Ringer's Irrigation..... 62

Lactulose 42

Lamictal ODT 18

Lamictal Starter Kit 18

Lamisil (paquete)..... 22

Lamivudine 30

Lamivudine/Zidovudine 30

Lamotrigine (comprimido) 18

Lamotrigine (comprimido masticable) 18

Lanoxin (comprimido)..... 37

Lanoxin (inyección 0.1mg/ml) ... 37

Lansoprazole 43

Lantus 33

Lastacaft..... 55

Latanoprost 56

Latuda 28

Leena..... 47

Leflunomide 52

Lessina..... 47

Letairis 59

Letrozole 26

Leucovorin Calcium (comprimido) 54

Leucovorin Calcium (inyección) 54

Leukeran 24

Leukine 34

Leuprolide Acetate 50

Levalbuterol (solución para nebulizador)..... 58

Levaquin..... 16

Levemir 33

Levetiracetam (comprimido)..... 17

Levetiracetam ER..... 17

Levetiracetam (inyección, solución oral) 17

Levobunolol HCl..... 55

Levocarnitine..... 54

Levofloxacin in D5W..... 17

Levofloxacin (inyección, solución oral) 16

Levofloxacin (solución oftálmica, comprimido)	16	Lithobid.....	32	Magnesium Sulfate (inyección 40mg/ml, inyección 80mg/ml)62
Levora.....	48	Livalo	38	Magnesium Sulfate (inyección 50%).....
Levorphanol Tartrate.....	11	Locoid	45	62
Levothroid.....	49	Locoid Lipocream	45	Malarone
Levothyroxine Sodium	49	Lodosyn.....	28	27
Levoxyl.....	49	Loestrin	48	Malathion.....
Lexapro.....	19	Loestrin Fe	48	27
Lexiva (comprimido)	31	Lokara	45	Maprotiline HCl
Lexiva (suspensión oral).....	31	Lo/Ovral	48	19
Lidocaine.....	12	Loperamide HCl	42	Margesic-H
Lidocaine HCl (gel, solución tópica).....	12	Losartan Potassium	39	11
Lidocaine HCl (inyección).....	12	Losartan Potassium/ Hydrochlorothiazide.....	39	Marplan.....
Lidocaine/Prilocaine	12	Loseasonique	48	19
Lidocaine Viscous.....	12	Lotemax	56	Matulane
Lidoderm.....	12	Lotronex.....	43	24
Lincocin	13	Lovastatin.....	38	Matzim LA
Lindane	27	Lovaza	38	37
Lioresal Intrathecal (solución 0.05mg/ml, solución 10mg/20ml) 29		Lovenox (inyección 300mg/3ml)33		Maxalt
Lioresal Intrathecal (solución 10mg/5ml)	29	Low-Ogestrel	48	23
Liothyronine Sodium (comprimido)	49	Loxapine Succinate.....	29	Maxalt-MLT
Liothyronine Sodium (inyección) ..	49	Lumigan.....	56	23
Lipitor.....	38	Lumizyme	41	Mebendazole
Liposyn II.....	54	Lunesta.....	59	27
Liposyn III (inyección 10%, inyección 20%).....	54	Lupron Depot (inyección 11.25mg, inyección 3.75mg).....	50	Meclizine HCl.....
Liposyn III (inyección 30%)	54	Lupron Depot (inyección 22.5mg, inyección 30mg, inyección 45mg, inyección 7.5mg).....	50	21
Lisinopril.....	38	Lupron Depot-PED	50	Meclofenamate Sodium.....
Lisinopril/Hydrochlorothiazide 39		Lutera	48	10
Lithium Carbonate.....	31	Luxiq	45	Medroxyprogesterone Acetate (comprimido)
Lithium Carbonate ER	31	Lyrica	18	49
Lithium Citrate	31	Lysodren.....	49	Medroxyprogesterone Acetate (inyección).....
		M		49
		Magnesium Sulfate in D5W	62	Mefenamic Acid.....
				10
				Mefloquine HCl.....
				27
				Megace ES
				49
				Megestrol Acetate.....
				49
				Meloxicam (comprimido)
				10
				Meloxicam (suspensión oral).....
				10
				Melphalan HCl
				24
				Menactra
				53
				Menest.....
				48
				Menomune-A/C/Y/W-135
				53
				Mentax
				22
				Menveo.....
				53
				Mepron.....
				27
				Mercaptopurine
				25
				Meropenem
				15
				Mesalamine
				53
				Mesna.....
				26

Mesnex (comprimido).....	26	Methylprednisolone Sodium Succinate.....	45	Mitoxantrone HCl.....	26
Mestinon (jarabe)	23	Metipranolol.....	55	M-M-R II	53
Mestinon Timespan	23	Metoclopramide HCl (inyección) ..	21	Moexipril HCl.....	39
Metadate ER.....	40	Metoclopramide HCl (solución oral, comprimido)	21	Moexipril/Hydrochlorothiazide	39
Metaproterenol Sulfate	58	Metolazone.....	37	Mometasone Furoate	45
Metaxalone.....	59	Metoprolol/Hydrochlorothiazide	36	MonoNessa.....	48
Metformin HCl.....	32	Metoprolol Succinate ER	36	Morphine Sulfate	12
Metformin HCl ER	32	Metoprolol Tartrate (comprimido).	36	Morphine Sulfate ER.....	12
Methadone HCl (concentrado, solución oral, comprimido)	12	Metoprolol Tartrate (inyección) .	36	Moviprep	42
Methadone HCl (inyección)	12	Metrogel.....	14	Moxeza.....	17
Methadose.....	12	Metronidazole (cápsula, loción) .	14	Mozobil.....	34
Methamphetamine HCl.....	39	Metronidazole (crema, gel, comprimido)	14	Multaq.....	35
Methazolamide.....	55	Metronidazole in NaCl 0.79%...	14	Mupirocin.....	14
Methenamine Hippurate.....	14	Metronidazole Vaginal	14	Mustargen	24
Methergine.....	55	Mexiletine HCl.....	35	Mycamine.....	22
Methimazole	50	Miacalcin (inyección).....	54	Mycobutin	23
Methocarbamol	59	Micardis	39	Mycophenolate Mofetil	51
Methotrexate (comprimido).....	51	Micardis HCT	39	Myfortic (comprimido de liberación retardada 180mg) ...	51
Methotrexate Sodium (inyección)..	51	Miconazole 3	22	Myfortic (comprimido de liberación retardada 360mg) ...	51
Methscopolamine Bromide	42	Microgestin	48	Myozyme.....	41
Methyclothiazide.....	37	Microgestin Fe	48	Mytelase	23
Methyldopa	35	Midodrine HCl.....	35	N	
Methyldopa/Hydrochlorothiazide.	35	Migergot.....	23	Nabumetone	10
Methyldopate HCl	35	Millipred (comprimido).....	53	Nadolol.....	36
Methylergonovine Maleate.....	55	Minitran	39	Nadolol/Bendroflumethiazide ...	36
Methylin (comprimido)	40	Minocycline HCl (cápsula).....	17	Nafcillin Sodium	15
Methylin ER	40	Minocycline HCl (comprimido)	17	Naftin.....	22
Methylphenidate HCl	40	Minocycline HCl ER.....	17	Naglazyme.....	41
Methylphenidate HCl ER.....	40	Minoxidil (comprimido)	39	Nalbuphine HCl.....	12
Methylphenidate HCl SR.....	40	Mirtazapine	19	Nallpen/Dextrose.....	15
Methylprednisolone	45	Mirtazapine ODT.....	19	Naloxone HCl (inyección 0.4mg/ml)	21
Methylprednisolone Acetate	45	Misoprostol.....	43	Naloxone HCl (inyección 1mg/ml)	21
Methylprednisolone Dose Pack .	45	Mitomycin.....	26	Naltrexone HCl.....	21

Namenda	19	Nicardipine HCl (inyección).....	37	Nortriptyline HCl (solución oral) ..	20
Namenda Titration Pak.....	19	Nicotrol Inhaler	21	Norvir.....	31
Naproxen	10	Nicotrol NS	21	Novantrone.....	26
Naproxen DR	10	Nifediac CC	37	Novarel.....	46
Naratriptan HCl.....	23	Nifedical XL.....	37	Novolin.....	33
Nardil	19	Nifedipine.....	37	Novolog	33
Nasonex.....	57	Nifedipine ER	37	Noxafil.....	22
Natacyn	22	Nilandron	50	Nulojix.....	51
Nateglinide	32	Nimodipine	37	Nulytely/Flavor Packs	42
Nebupent.....	27	Nipent.....	25	Nutropin.....	46
Necon	48	Nisoldipine	37	Nutropin AQ.....	46
Nefazodone HCl	19	Nisoldipine ER.....	37	NuvaRing.....	48
Neomycin/Polymyxin/Bacitracin/ Hydrocortisone	56	Nitro-Bid	39	Nyamyc.....	22
Neomycin/Polymyxin B Sulfates	14	Nitro-Dur (parche 24 horas 0.3mg/ hr, parche 24 horas 0.8mg/hr)	39	Nystatin	22
Neomycin/Polymyxin/ Dexamethasone	56	Nitrofurantoin	14	Nystatin/Triamcinolone	22
Neomycin/Polymyxin/Gramicidin 14		Nitrofurantoin Macrocrystalline	14	Nystop	22
Neomycin/Polymyxin/ Hydrocortisone (solución, suspensión).....	57	Nitrofurantoin Monohydrate	14		
Neomycin/Polymyxin/ Hydrocortisone (suspensión oftálmica).....	56	Nitroglycerin (inyección).....	39	O	
Neomycin Sulfate	13	Nitroglycerin (parche 24 horas) .	39	Ocella	48
Nephramine.....	62	Nitrolingual Pumpspray	39	Octreotide Acetate (inyección 1,000mcg/ml)	50
Neulasta.....	34	Nitromist	39	Octreotide Acetate (inyección 100mcg/ml, inyección 50mcg/ml)	50
Neumega	34	Nitrostat	39	Octreotide Acetate (inyección 200mcg/ml, inyección 500mcg/ ml)	50
Neupogen	34	Nizatidine (cápsula)	43	Ofloxacin (comprimido).....	17
Nevanac.....	56	Nizatidine (solución oral).....	43	Ofloxacin (solución oftálmica, solución ótica)	17
Nexavar	26	Nora-BE.....	49	Ogestrel.....	48
Nexium.....	43	Norditropin.....	46	Olanzapine	28
Nexium I.V.	43	Norditropin Flexpro	46	Olanzapine ODT	28
Next Choice.....	49	Norethindrone Acetate	49	Olux-E.....	45
Niacor.....	38	Noritate	14	Omeprazole	43
Niaspan.....	38	Normosol-M in D5W	62	Omnaris	57
Nicardipine HCl (cápsula)	37	Normosol-R.....	62	Omnitrope (inyección 5.8mg, inyección 5mg/1.5ml)	46
		Normosol-R in D5W	62		
		Noroxin	17		
		Nortrel.....	48		
		Nortriptyline HCl (cápsula).....	20		

Omnitrope (inyección 10mg/1.5ml) 46	Oxistat.....22	Patanase.....57
Ondansetron HCl (comprimido)21	Oxsoralen40	Patanol.....55
Ondansetron HCl (inyección) ...21	Oxsoralen Ultra40	PCE.....16
Ondansetron HCl (solución oral)21	Oxybutynin Chloride43	Pedi-Dri22
Ondansetron ODT.....21	Oxybutynin Chloride ER.....43	Pedvax HIB.....53
Onglyza32	Oxycodone/Acetaminophen12	Peganone18
Onsolis12	Oxycodone/Aspirin (comprimido 4.5mg-0.38mg-325mg).....12	Pegasys52
Ontak26	Oxycodone/Aspirin (comprimido 4.8355-325mg).....12	Pegasys Proclick52
Opana ER12	Oxycodone HCl12	Peg-Intron52
Optipranolol.....55	Oxycodone/Ibuprofen12	Penicillin G Potassium15
Orap29	Oxycontin.....12	Penicillin G Potassium in Iso- Osmotic Dextrose.....15
Oravig.....22	Oxymorphone HCl12	Penicillin G Procaine15
Orencia.....51	Oxymorphone HCl ER.....12	Penicillin G Sodium.....15
Orfadin.....41	Oxytrol.....43	Penicillin V Potassium.....15
Orphenadrine/Aspirin/Caffeine 59	P	Pennsaid10
Orphenadrine Citrate ER.....59	Pacerone (comprimido 100mg)..35	Pentam 30027
Orsythia48	Pacerone (comprimido 200mg)..35	Pentasa.....53
Ortho-Cept.....48	Paclitaxel26	Pentopak.....34
Orthoclone OKT352	Pamelor.....20	Pentostatin.....25
Ortho-Cyclen48	Pamidronate Disodium (inyección 6mg/1ml).....54	Pentoxifylline ER.....34
Ortho-Est.....48	Pamidronate Disodium (inyección 30mg/10ml, inyección 90mg/10ml).....54	Perforomist58
Ortho Evra.....48	Pandel.....45	Perindopril Erbumine.....39
Ortho Micronor49	Panretin.....27	Periogard40
Ortho-Novum 7/7/7.....48	Pantoprazole Sodium.....43	Permethrin27
Ortho Tri-Cyclen Lo.....48	Parcaine55	Perphenazine29
Osmoprep.....42	Parcopa28	Perphenazine/Amitriptyline29
Ovcon48	Paromomycin Sulfate.....13	Pexeva.....20
Oxacillin Sodium15	Paroxetine HCl (comprimido) ..20	Pfizerpen-G.....16
Oxaliplatin.....26	Paroxetine HCl ER.....20	Phenadoz.....57
Oxandrin.....46	Paroxetine HCl (suspensión oral) .. 20	Phenelzine Sulfate19
Oxandrolone (comprimido 2.5mg) 46	Paser23	Phenytek.....18
Oxandrolone (comprimido 10mg) . 46	Pataday55	Phenytoin18
Oxaprozin.....10		Phenytoin Sodium.....18
Oxcarbazepine.....18		Phenytoin Sodium Extended.....19
		Phoslo.....44

Phoslyra.....	44	Prednisone.....	45	Procrit (inyección 10,000 unidades/ ml, inyección 2,000 unidades/ ml, inyección 3,000 unidades/ml, inyección 4,000 unidades/ml) .	34
Phospholine Iodide.....	56	Prednisone Intensol.....	45	Procrit (inyección 20,000 unidades/ ml)	34
Physiolyte	62	Prefest.....	48	Procrit (inyección 40,000 unidades/ ml)	34
Physiosol Irrigation	62	Pregnyl w/Diluent Benzyl Alcohol/NaCl.....	46	Proctocream HC	45
Picato.....	41	Premarin (crema, comprimido) ..	48	Procto-Pak.....	45
Pilocarpine HCl	40	Premasol (inyección 6%)	62	Proctosol HC.....	45
Pilopine HS.....	56	Premasol (inyección 10%)	62	Proctozone-HC	45
Pindolol	36	Premphase	48	Proglycem.....	32
Piperacillin Sodium.....	16	Prempro.....	48	Prograf (inyección).....	51
Piperacillin Sodium/Tazobactam Sodium	16	Prenatal Vitaminas	62	Prolastin	59
Piroxicam	10	Prevalite.....	38	Prolastin-C	59
Plasma-Lyte.....	62	Previfem	48	Proleukin	26
Plasma-Lyte/D5W.....	62	Prezista (comprimido 150mg, comprimido 75mg)	31	Prolia	54
Plasma-Lyte-R	62	Prezista (comprimido 400mg, comprimido 600mg).....	31	Promacta (comprimido 12.5mg, comprimido 25mg, comprimido 50mg)	34
Plavix.....	35	Priftin.....	24	Promacta (comprimido 75mg) ...	34
Podofilox.....	41	Primaquine Phosphate.....	27	Promethazine HCl	57
Poly-Dex.....	56	Primaxin.....	15	Promethegan	57
Polyethylene Glycol 3350.....	42	Primidone.....	18	Prometrium	49
Polymyxin B Sulfate	14	Primsol	14	Propafenone HCl	35
Poly-Pred.....	56	Pristiq.....	20	Propafenone HCl ER.....	35
Portia.....	48	Privigen	52	Propantheline Bromide.....	42
Potassium Chloride ER.....	62	Proair HFA	58	Proparacaine HCl.....	55
Potassium Citrate ER.....	62	Probenecid.....	23	Propranolol HCl.....	36
Pradaxa.....	34	Probenecid/Colchicine	23	Propranolol HCl ER	36
Pramipexole Dihydrochloride....	28	Procainamide HCl (inyección 100mg/ml)	35	Propranolol/Hydrochlorothiazide..	36
Prandimet.....	32	Procainamide HCl (inyección 500mg/ml).....	35	Propylthiouracil	50
Prandin.....	32	Procalamine.....	62	ProQuad.....	53
Pravastatin Sodium.....	38	Prochlorperazine	21	Prosol.....	62
Prazosin HCl.....	35	Prochlorperazine Edisylate.....	29	Protonix (inyección).....	43
Pred-G	56	Prochlorperazine Maleate.....	29	Protopic	41
Pred-G S.O.P.	56				
Pred Mild	56				
Prednicarbate.....	45				
Prednisolone Acetate	56				
Prednisolone Sodium Phosphate ...	45, 56				

Protriptyline HCl.....	20	Recombivax HB	53	Risperdal Consta (inyección 37.5mg, inyección 50mg)	28
Provigil.....	40	Regonol	23	Risperidone (comprimido)	28
Pulmicort Flexhaler.....	57	Regranex.....	41	Risperidone ODT	28
Pulmicort (suspensión para nebulizador).....	57	Relenza Diskhaler	31	Risperidone (solución oral)	28
Pulmozyme	59	Relistor	42	Rituxan.....	27
Pyrazinamide.....	24	Remicade.....	51	Rivastigmine Tartrate.....	19
Pyridostigmine Bromide	23	Remodulin.....	59	Romycin	16
Q		Renagel.....	44	Ropinirole HCl.....	28
Qualaquin.....	27	Renvela.....	44	RotaTeq	53
Quasense	48	Rescriptor	30	Rowasa	53
Quinapril HCl.....	39	Reserpine.....	35	Roxicet (comprimido)	12
Quinapril/Hydrochlorothiazide	39	Restasis.....	55	Roxicet (solución oral)	12
Quinidine Gluconate.....	35	Retin-A Micro.....	41	Rozerem	59
Quinidine Gluconate ER.....	35	Retrovir IV Infusion.....	30	Rythmol SR.....	36
Quinidine Sulfate	35	Revatio (comprimido)	59	S	
Quinidine Sulfate ER.....	36	Revatio (inyección)	59	Sabril	18
QVAR	57	Revlimid.....	24	Saizen	46
R		Reyataz (cápsula 100mg)	31	Samsca.....	38
Rabavert	53	Reyataz (cápsula 150mg, cápsula 200mg, cápsula 300mg)	31	Sanctura XR.....	43
Ramipril	39	Ribapak	30	Sancuso.....	21
Ranexa.....	37	Ribasphere (comprimido 200mg, cápsula).....	30	Sandimmune (cápsula, solución oral)	51
Ranitidine HCl (cápsula, comprimido)	43	Ribasphere (comprimido 400mg, comprimido 600mg).....	30	Sandostatin (inyección 1,000mcg/ ml)	50
Ranitidine HCl (inyección, jarabe 43		Ribavirin.....	30	Sandostatin (inyección 100mcg/ml, inyección 200mcg/ml, inyección 500mcg/ml, inyección 50mcg/ ml)	50
Rapaflo	43	Ridaura.....	52	Sandostatin LAR Depot	50
Rapamune (comprimido 0.5mg) 51		Rifampin (cápsula).....	24	Santyl	41
Rapamune (comprimido 1mg, comprimido 2mg, solución oral) . 51		Rifampin (inyección)	24	Saphris.....	32
Rebetol (cápsula).....	30	Rifater.....	24	Savella.....	10
Rebetol (solución oral)	30	Rilutek.....	40	Savella Titration Pack.....	10
Rebif.....	52	Rimantadine HCl.....	31	Seasonale	48
Rebif Titration Pack.....	52	Ringer's Injection.....	62	Seasonique	48
Reclast.....	54	Ringer's Irrigation	62	Selegiline HCl.....	28
Reclipsen	48	Riomet.....	32	Selenium Sulfide.....	41
		Risperdal Consta (inyección 12.5mg, inyección 25mg).....	28		

Selfemra.....	20	Spirolactone	38	Sumatriptan Succinate (comprimido)	23
Selzentry.....	31	Spirolactone/ Hydrochlorothiazide.....	38	Sumatriptan Succinate (inyección). 23	
Sensipar (comprimido 30mg)	49	Sporanox (cápsula)	22	Suprax.....	15
Sensipar (comprimido 60mg, comprimido 90mg).....	50	Sporanox (solución oral)	22	Suprep Bowel Prep	42
Serevent Diskus	58	Sprintec	48	Surmontil	20
Seromycin.....	24	Sprycel.....	26	Sustiva	30
Seroquel.....	32	Sronyx.....	48	Sutent	26
Seroquel XR	32	SSD	14	Sylatron	26
Serostim	46	Stagesic.....	12	Symbicort	57
Sertraline HCl (comprimido)	20	Stalevo	28	Symbyax	32
Sertraline HCl (concentrado)	20	Stavudine.....	30	Symlin	32
Silver Sulfadiazine	14	Stavzor.....	18	SymlinPen 60	32
Simponi	51	Stelara.....	41	SymlinPen 120	32
Simulect.....	52	Sterile Water Irrigation	55	Synagis	52
Simvastatin	38	Stimate	46	Synalgos-DC	12
Singulair.....	58	Strattera.....	40	Synarel.....	50
Sodium Bicarbonate	62	Streptomycin Sulfate	13	Synercid.....	14
Sodium Chloride	62	Stromectol	27	Synthroid.....	49
Sodium Chloride 0.9%	62	Suboxone	21	Syprine	20
Sodium Chloride 0.45% Viaflex	62	Sucraid.....	41		
Sodium Fluoride (comprimido) .	62	Sucalfate.....	43	T	
Sodium Lactate	62	Sulfacetamide Sodium/ Prednisolone Sodium Phosphate 56		Tabloid.....	25
Sodium Polystyrene Sulfonate...20		Sulfacetamide Sodium (solución oftálmica).....	17	Tacrolimus (cápsula 0.5mg, cápsula 1mg)	51
Solaraze	41	Sulfacetamide Sodium (suspensión) 41		Tacrolimus (cápsula 5mg)	51
Solia.....	48	Sulfadiazine	17	Tamiflu.....	31
Solu-Cortef.....	45	Sulfamethoxazole/Trimethoprim (inyección).....	17	Tamoxifen Citrate.....	24
Solu-Medrol	45	Sulfamethoxazole/Trimethoprim (suspensión oral, comprimido) 17		Tamsulosin HCl	43
Somatuline Depot	50	Sulfamylon	14	Tarceva	26
Somavert.....	50	Sulfasalazine	53	Targretin.....	27
Soriatane.....	41	Sulfazine EC	53	Tasigna	26
Sorine	36	Sulindac.....	10	Tasmar.....	28
Sotalol HCl (comprimido)	36			Taxotere.....	26
Sotalol HCl (inyección)	36			Tazicef	15
Sotret.....	41			Tazorac.....	41
Spiriva Handihaler	58			Taztia XT	37

Tegretol	19	Tobramycin Sulfate (inyección)..	13	Trelstar LA.....	50
Tegretol-XR.....	19	Tobramycin Sulfate/NaCl	13	Trelstar Mixject.....	50
Tekturna.....	39	Tobramycin Sulfate (solución		Tretinoin (cápsula).....	27
Tekturna HCT	39	oftálmica).....	13	Tretinoin (crema).....	41
Terazosin HCl.....	43	Tobrasol.....	13	Tretinoin (gel)	41
Terbinafine HCl	22	Tobrex (solución oftálmica).....	13	Tretin-X.....	41
Terbutaline Sulfate (comprimido)..	58	Tobrex (ungüento oftálmico)	13	Trexall	51
Terbutaline Sulfate (inyección) ..	58	Tolazamide	32	Triamcinolone Acetonide (crema,	
Terconazole.....	22	Tolbutamide.....	32	loción, ungüento)	45
Testosterone Cypionate.....	47	Tolmetin Sodium (cápsula).....	10	Triamcinolone Acetonide in	
Testosterone Enanthate	47	Tolmetin Sodium (comprimido)	10	Absorbase	45
Tetanus/Diphtheria Toxoids-		Topiramate	18	Triamcinolone Acetonide	
Adsorbed Adult	53	Toposar.....	26	(inhalador)	58
Tetanus Toxoid Adsorbed.....	53	Topotecan HCl.....	26	Triamcinolone in Orabase	40
Tetracycline HCl.....	17	Toprol XL.....	36	Triamterene/Hydrochlorothiazide.	
Tev-Tropin.....	46	Torisel.....	26	38	
Thalomid	24	Torsemid (comprimido).....	38	Tribenzor.....	37
Theo-24	58	Torsemid (inyección).....	38	Tricor.....	38
Theochron.....	58	TPN Electrolytes.....	62	Triderm	46
Theophylline ER.....	58	Tracleer.....	59	Trifluoperazine HCl.....	29
Thermazene	14	Tramadol HCl.....	12	Trifluridine	30
Thioridazine HCl	29	Tramadol HCl/Acetaminophen.	12	Trihexyphenidyl HCl	28
Thiotepa.....	24	Tramadol HCl ER (comprimido		Tri-Legest Fe.....	48
Thiothixene.....	29	24 horas 100mg, comprimido 24		Trilipix.....	38
Thymoglobulin	52	horas 200mg).....	12	Trilyte.....	42
Thyrolar	49	Tramadol HCl ER (comprimido		Trimethoprim.....	14
Ticlopidine HCl.....	35	24 horas 300mg).....	12	Trimethoprim Sulfate/Polymyxin	
Tikosyn	36	Trandolapril.....	39	B Sulfate.....	17
Timentin	16	Tranexamic Acid	34	TriNessa	48
Timolol Maleate	36, 56	Transderm-Scop	21	Tripedia	53
Tis-U-Sol	62	Tranycypromine Sulfate	19	Tri-Previfem.....	48
Tizanidine HCl (comprimido)...	29	Travasol	62	Trisenox.....	26
Tobi	13	Travatan Z.....	56	Tri-Sprintec	48
Tobradex (suspensión oftálmica)	56	Trazodone HCl	19	Trivora	48
Tobradex (ungüento oftálmico)..	56	Treanda.....	24	Trizivir.....	30
Tobramycin/Dexamethasone.....	56	Trecator	24	Trophamine	62
		Trelstar Depot	50	Tropicamide.....	55
				Trospium Chloride	43

Truvada	30	Velivet.....	48	Viracept (comprimido).....	31
Twinject.....	58	Veltin	41	Viracept (polvo)	31
Twinrix.....	53	Venlafaxine HCl.....	20	Viramune (comprimido)	30
Twynsta.....	37	Venlafaxine HCl ER (cápsula 24 horas)	20	Viramune (suspensión oral).....	30
Tygacil.....	14	Venlafaxine HCl ER (comprimido 24 horas 150mg, comprimido 24 horas 37.5mg, comprimido 24 horas 75mg)	20	Viramune XR.....	30
Tykerb.....	26	Venlafaxine HCl ER (comprimido 24 horas 225mg)	20	Virazole	30
Typhim Vi.....	53	Ventavis	59	Viread.....	30
Tysabri.....	52	Verapamil HCl (comprimido)....	37	Visicol.....	42
Tyzeka	30	Verapamil HCl ER.....	37	Vistide	29
Tyzine.....	59	Verapamil HCl (inyección)	37	Vivaglobin.....	52
U		Vesicare.....	43	Vivelle-Dot.....	48
U-Cort.....	46	Vestura.....	48	Vivitrol.....	21
Ulesfia.....	27	Vexol.....	56	Voltaren (gel)	11
Uloric.....	23	Vfend (inyección)	22	Voriconazole	23
Unasyn (inyección 3gm)	16	Vfend (suspensión oral, comprimido)	23	Votrient.....	24
Unithroid.....	49	Vibativ	14	Vpriv.....	41
Uroxatral.....	43	Vibramycin (suspensión oral, jarabe)	17	Vytorin	38
Ursodiol (cápsula)	42	Victoza.....	32	Vyvance	39
Ursodiol (comprimido).....	42	Victrelis	31	W	
Uvadex.....	41	Vidaza.....	26	Warfarin Sodium	34
V		Videx Pediatric	30	Welchol (comprimido)	38
Vagifem	48	Vigamox	17	Welchol (paquete).....	38
Valacyclovir HCl.....	30	Viibryd.....	20	X	
Valcyte.....	29	Vimovo	11	Xalkori.....	26
Valproate Sodium	18	Vimpat (inyección).....	17	Xarelto	34
Valproic Acid.....	18	Vimpat (solución oral, comprimido) 17		Xenazine.....	55
Vancocin HCl.....	14	Vinblastine Sulfate.....	26	Xgeva.....	54
Vancomycin HCl.....	14	Vincasar PFS.....	26	Xifaxan (comprimido 200mg) ...	14
Vandazole	14	Vincristine Sulfate	26	Xifaxan (comprimido 550mg) ...	14
Vandetanib.....	24	Vinorelbine Tartrate	26	Xolair.....	59
Vanos.....	46			Xyrem.....	40
Vaqta.....	53			Y	
Varivax.....	53			Yasmin.....	48
Vectibix.....	27			Yervoy.....	27
Vectical	41			YF-Vax	53
Velcade	26				

Z

Zafirlukast	58	Zortress (comprimido 0.5mg, comprimido 0.75mg)	51
Zaleplon	59	Zortress (comprimido 0.25mg)..	51
Zanosar.....	24	Zostavax	53
Zantac (inyección 50mg/50ml) ..	43	Zosyn	16
Zavesca	41	Zovia	48
Zazole.....	23	Zovirax (crema, ungüento)	30
Zelapar	28	Zyclara.....	41
Zelboraf.....	26	Zylet	56
Zemaira	59	Zymar	17
Zemplar.....	54	Zymaxid	17
Zenpep	41	Zyprexa.....	28
Zeosa	48	Zyprexa Zydis.....	28
Zerlor.....	12	Zytiga	26
Zetia	38	Zyvox.....	14
Ziagen	30		
Ziana	41		
Zidovudine	31		
Zinacef	15		
Zinacef in Iso-Osmotic Dextrose ..	15		
Zinacef in Iso-Osmotic Diluent	15		
Zinecard	26		
Zmax	16		
Zofran (inyección)	21		
Zofran ODT	21		
Zofran (solución oral, comprimido)	21		
Zolinza	26		
Zolpidem Tartrate (comprimido 5mg)	59		
Zolpidem Tartrate (comprimido 10mg)	59		
Zometa	54		
Zonisamide.....	18		
Zorbtive.....	46		



Para obtener información sobre el formulario actualizado, visite:

www.EricksonAdvantage.com



O llame al Servicio al Cliente al:

1-866-314-8188, TTY 711

de 8:00 am a 8:00 pm hora local, los 7 días de la semana

Este documento incluye el formulario completo del plan Erickson Advantage® a partir del 1 de mayo 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 **1-866-314-8188**, TTY: **711**, de 8:00 am a 8:00 pm hora local, los 7 días de la semana, 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.