

TUFTS MEDICARE PREFERRED HMO FORMULARIO PARA 2012



Lea la siguiente información

Este documento contiene información sobre los medicamentos que cubrimos en este plan.

Nota para los miembros existentes: Este formulario ha cambiado desde el año pasado. Revise este documento para asegurarse de que siga incluyendo los medicamentos que usted toma.

Última actualización 01/01/2012

H2256_2012_149 File & Use 07/16/2011

00012197, Version 12

TUFTS  Health Plan
Medicare Preferred

¿Qué es el Formulario de Tufts Medicare Preferred HMO?

Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por Tufts Medicare Preferred HMO en consulta con un equipo de proveedores de atención médica, que representa las terapias de recetas que se consideran parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Tufts Medicare Preferred HMO en general cubrirá los medicamentos enumerados en nuestro formulario si el medicamento es médicamente necesario, la receta se adquiere en una farmacia de la red de Tufts Medicare Preferred HMO y se cumplen otras reglas del plan. Para obtener más información sobre cómo completar sus recetas médicas, consulte su Constancia de Cobertura.

¿Puede modificarse el Formulario?

En general, si toma un medicamento incluido en nuestro formulario para el 2012 que recibía cobertura a principios de año, no interrumpiremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2012 excepto en los casos en los que un medicamento genérico nuevo y menos costoso pase a estar disponible o en los casos en los que se publique información adversa nueva sobre 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 tomen actualmente el medicamento. Permanecerá disponible al mismo costo compartido para aquellos miembros que lo tomen por el resto del año de cobertura. Consideramos que es importante que usted tenga acceso continuo durante el resto del año de cobertura a los medicamentos del formulario que estaban disponibles cuando seleccionó nuestro plan, excepto en los casos en que usted pueda ahorrar dinero adicional o que podamos garantizar su seguridad.

Si eliminamos medicamentos de nuestro formulario o agregamos requisitos de autorización previa, límites de cantidad o restricciones de terapias escalonadas para un medicamento, o ponemos un medicamento en un nivel superior de participación en los costos, debemos notificar el cambio a los miembros afectados al menos 60 días antes de que el cambio entre en vigencia o cuando el miembro vuelva a comprar el medicamento. En este último caso, el miembro recibirá un suministro para 60 días del medicamento. Si la Administración de Drogas y Alimentos considera que un medicamento de nuestro formulario no es seguro o si el fabricante retira el medicamento del mercado, inmediatamente eliminaremos el medicamento de nuestro formulario y se lo notificaremos a los miembros que lo toman. El formulario adjunto entra en vigencia a partir del 1.º de enero de 2012. Para recibir información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por Tufts Medicare Preferred HMO, visite nuestro sitio Web en tuftsmedicarepreferred.org o llame a Atención al Cliente al 1-800-701-9000, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (Desde el 15 de octubre al 14 de febrero, los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.). Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el día hábil siguiente. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-208-9562).

¿Cómo debo usar el Formulario?

Existen dos formas de buscar su medicamento en el formulario:

Afección médica

El formulario comienza en la página 2. Los medicamentos incluidos en este formulario están agrupados en categorías, en función del tipo de afección médica para cuyo tratamiento se usan. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar afecciones cardíacas se enumeran en la categoría “Agentes Cardiovasculares”. Si sabe para qué se usa su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página 1. Luego, busque su medicamento en ese nombre de categoría.

Lista por orden alfabético

Si no está seguro en qué categoría se encuentra, debe buscar el medicamento en el Índice que comienza en la página 76. El Índice proporciona un listado alfabético de todos los medicamentos que se incluyen en este documento. Tanto los medicamentos de marca como los genéricos están incluidos en el índice. Busque en el Índice su medicamento. Al lado del medicamento, verá el número de página donde puede encontrar información sobre la cobertura. Consulte la página enumerada en el Índice y busque el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son las medicinas genéricas?

Tufts Medicare Preferred HMO cubre tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) por tener el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Generalmente, los medicamentos genéricos tienen un costo menor que los de marca.

¿Existe alguna restricción en mi cobertura?

Existen algunos requisitos o límites adicionales en la cobertura de algunos medicamentos cubiertos. Estos requisitos y límites pueden incluir:

- **Autorización previa:** Tufts Medicare Preferred HMO le exige a usted o a su médico obtener una autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que deberá obtener la aprobación de Tufts Medicare Preferred HMO antes de adquirir sus recetas. Si no recibe la aprobación Tufts Medicare Preferred HMO tal vez no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad:** Para ciertos medicamentos, Tufts Medicare Preferred HMO limita la cantidad del medicamento que cubrirá Tufts Medicare Preferred HMO. Por ejemplo, Tufts Medicare Preferred HMO suministra 30 comprimidos por receta para el *zolpidem*. Esto puede ser además del suministro estándar para un mes o tres meses.
- **Terapia escalonada:** En algunos casos, Tufts Medicare Preferred HMO le exige primero probar ciertos medicamentos para tratar su afección médica, antes de que cubramos otro medicamento para esa afección. Por ejemplo, si el Medicamento A y el B tratan ambos su afección médica, Tufts Medicare Preferred HMO tal vez no cubra el Medicamento B hasta que usted no pruebe primero el A. Si el Medicamento A no funciona, Tufts Medicare Preferred HMO entonces cubrirá el B.

En el formulario que empieza en la página 2, puede saber si existen requisitos o límites adicionales para su medicamento. También puede obtener información adicional sobre las restricciones que se aplican a medicamentos cubiertos específicos, visitando nuestro sitio Web en tuftsmedicarepreferred.org.

Puede solicitar a Tufts Medicare Preferred HMO una excepción a estas restricciones o límites. Vea la sección a continuación, "¿Cómo solicito una excepción al formulario de Tufts Medicare Preferred HMO?" para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Qué sucede si mi medicamento no está incluido en el Formulario?

Si su medicamento no está incluido en este formulario, deberá contactar primero a Atención al Cliente y confirmar que su medicamento no está cubierto. Si le informan que Tufts Medicare Preferred HMO no cubre su medicamento, tiene dos opciones:

- Puede solicitar a Atención al Cliente una lista de medicamentos similares cubiertos por Tufts Medicare Preferred HMO. Cuando recibe la lista se la muestra a su médico y le pide que le recete un medicamento similar que esté cubierto por Tufts Medicare Preferred HMO.
- Puede solicitar a Tufts Medicare Preferred HMO que haga una excepción y cubra su medicamento. Vea a continuación para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo solicito una excepción al formulario de Tufts Medicare Preferred HMO ?

Puede solicitar a Tufts Medicare Preferred HMO que haga una excepción a nuestras reglas de cobertura. Son varios los tipos de excepciones que puede solicitarnos.

- Puede pedirnos que cubramos su medicamento aunque no esté incluido en nuestro vademécum.
- Puede pedirnos que eliminemos las restricciones o límites de cobertura de su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, Tufts Medicare Preferred HMO puede limitar la cantidad del medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, usted puede pedirnos que cesemos el límite y que cubramos más.
- Puede pedirnos que ofrezcamos un nivel más alto de cobertura para su medicamento. Si su medicamento está contenido en nuestra categoría más alta sujeta a la categoría del proceso de excepciones a la categoría, usted puede solicitarnos que en su lugar la cubramos en la cantidad de costos compartidos que se aplique a los medicamentos de la categoría más baja sujeta a las de la categoría del proceso de excepciones a la categoría. De este modo, se reduce el monto que debe pagar por su medicamento. Tenga en cuenta que si le concedemos su solicitud para cubrir un medicamento que no se encuentra en nuestro formulario, no puede solicitarnos que proporcionemos un mayor nivel de cobertura para el medicamento. También puede no solicitarnos brindar un nivel más alto de cobertura para medicamentos que están en la categoría designada como categoría de medicamento Especial.

En general, Tufts Medicare Preferred HMO solo aprobará su pedido de excepciones si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan, el medicamento de categoría más baja o las restricciones de uso adicionales no son tan efectivos para tratar su afección o si le causan efectos médicos adversos.

Debe comunicarse con nosotros para pedirnos que tomemos una decisión inicial sobre la cobertura con respecto a una excepción relativa al formulario, los niveles o las restricciones de utilización. **Al solicitar una excepción del formulario, la nivelación o las restricciones de uso, debe enviar una declaración realizada por su médico que respalde su solicitud.** En general, debemos tomar nuestra decisión dentro de las 72 horas de haber recibido la declaración de respaldo del médico o de la persona que realizó la receta médica. Puede solicitar una apelación expedita (rápida), si usted o su médico consideran que su salud podría verse seriamente perjudicada si debe esperar hasta 72 horas para que se tome una decisión. Si su solicitud para una excepción acelerada es otorgada, debemos tomar una decisión dentro de las 24 horas de haber recibido la declaración de respaldo de la persona o el médico que realizó la receta médica.

¿Qué debo hacer antes de consultar con mi médico la posibilidad de cambiar los medicamentos o de solicitar una excepción?

Como miembro nuevo o continuo de nuestro plan, posiblemente usted esté tomando medicamentos que no se encuentran en nuestro formulario. O bien, usted puede estar tomando un medicamento que se encuentra en nuestro formulario pero su capacidad para adquirirlo es limitada. Por ejemplo, es posible que necesite nuestra autorización previa para poder comprar su medicamento recetado. Debe consultar

con su médico para determinar si necesita cambiar a un medicamento adecuado que se encuentre dentro de nuestra cobertura o si debe solicitar una excepción del formulario para que cubramos el medicamento que toma. Mientras usted consulta con su médico para determinar el plan de acción adecuado para usted, nosotros podemos cubrir su medicamento en ciertos casos durante los primeros 90 días de su membresía en nuestro plan.

Para cada uno de sus medicamentos que no aparezca en nuestro formulario, o si su posibilidad de obtener sus medicamentos es limitada, nosotros cubriremos un suministro temporal para 30 días (a menos que tenga una receta escrita para menos días) cuando acuda a una farmacia de la red. Después de su primer suministro para 30 días, no pagaremos estos medicamentos, incluso si usted ha sido miembro del plan durante menos de 90 días.

Si reside en un centro de cuidado a largo plazo, permitiremos que renueve su receta hasta que le hayamos brindado un suministro de transición de 93 días, en coherencia con el incremento del despacho (a menos que usted tenga una receta escrita de menos días). Cubriremos más de un nuevo surtido de estos medicamentos durante los primeros 90 días de su afiliación como miembro de nuestro plan. Si necesita un medicamento que no se encuentra en nuestro formulario, o si su capacidad para adquirir los medicamentos es limitada, pero hace más de 90 días que inició su membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia para 31 días de ese medicamento (a menos que tenga una receta para menos días) mientras solicita una excepción del formulario.

Para obtener más información

Para obtener más información sobre su cobertura de medicamentos recetados de Tufts Medicare Preferred HMO, revise su Evidencia de Cobertura y otros materiales del plan.

Si tiene dudas sobre Tufts Medicare Preferred HMO, llame a Atención al Cliente al 1-800-701-9000, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (Desde el 15 de octubre al 14 de febrero, los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.). Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el día hábil siguiente. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-208-9562). O visite tuftsmedicarepreferred.org

Si tiene preguntas generales sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, comuníquese con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de teléfonos TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048. O, visite www.medicare.gov.

Formulario de Tufts Medicare Preferred HMO

El formulario que empieza en la página 2 brinda información de cobertura sobre algunos de los medicamentos cubiertos por Tufts Medicare Preferred HMO. Si usted tiene dificultad para encontrar un medicamento en la lista, consulte el índice que comienza en la página 76.

La primera columna del gráfico muestra el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están en mayúscula (por ejemplo, DIOVAN) y los medicamentos genéricos están en cursiva y minúscula (por ejemplo, *omeprazol*).

La información en la columna Requisitos/Límites le indica si Tufts Medicare Preferred HMO tiene algún requisito especial para la cobertura de su medicamento.

B/D: Medicare Parte B o D

Estos medicamentos exigen autorización previa para determinar la cobertura correspondiente bajo la Parte B o D de Medicare.

CM: Medicamento de cobertura mejorada

Este medicamento recetado normalmente no tiene cobertura en el plan de medicamentos con receta de Medicare. El monto que usted paga cuando abastece una receta por este medicamento no se aplica a los costos totales del medicamento (es decir, el monto que paga no ayuda a que califique para recibir cobertura en caso de catástrofe). Además, si usted ya recibe ayuda adicional para pagar el abastecimiento de recetas, no recibirá otra ayuda extra para pagar el medicamento.

ID: Medicamentos inyectables en domicilio

Este medicamento recetado está cubierto según beneficio médico. Para obtener más información llame a Atención al Cliente al 1-800-701-9000, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (Desde el 15 de octubre al 14 de febrero, los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.). Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el día hábil siguiente. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-208-9562).

AL: Medicamento de acceso limitado

Es posible que este medicamento se encuentre disponible solo en ciertas farmacias. Para obtener más información consulte su Directorio de Farmacias o llame a Atención al Cliente al 1-800-701-9000, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (Desde el 15 de octubre al 14 de febrero, los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.). Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el día hábil siguiente. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-208-9562).

AP: Autorización previa requerida

El proceso de Autorización previa aconseja recetar en forma racional productos de medicamentos con problemas de seguridad o financieros significativos. Un proveedor puede enviar una solicitud de cobertura basada en la necesidad médica que tiene un miembro de un medicamento determinado. Si se aprueba, el miembro paga el copago de la categoría designada. Existe un proceso de apelación en caso de rechazo de solicitud.

LC: Se aplica el límite de cantidad

Debido a potenciales problemas de seguridad y uso, Tufts Medicare Preferred HMO implementó limitaciones en una pequeña cantidad de medicamentos recetados. Esto significa que la farmacia solamente entregará una cierta cantidad de un medicamento dentro de un plazo determinado. Estas cantidades se basan en estándares de atención reconocidos, como las recomendaciones de uso de la Administración de Drogas y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA). Si su médico cree que usted necesita una cantidad mayor que la limitación del programa, podrá presentar una solicitud de cobertura bajo el Proceso de revisión médica.

APTE: Se aplica la autorización previa de terapia escalonada

La terapia escalonada es una forma automatizada de Autorización previa, que utiliza el historial de reclamaciones para la aprobación de un medicamento en el punto de venta. Los programas de Terapia escalonada ayudan a fomentar el uso comprobado clínicamente de terapias de primera línea y están diseñados para garantizar el uso de los agentes más rentables y adecuados a nivel terapéutico, antes de poder cubrir otros tratamientos.

Los miembros que actualmente toman medicamentos que cumplen con los criterios iniciales de la Terapia escalonada, automáticamente podrán adquirir sus recetas para un medicamento escalonado. Si el miembro no cumple con los criterios de Terapia escalonada iniciales, la receta se rechazará en el punto de venta con un mensaje que indicará que se requiere Autorización previa. Los médicos pueden presentar solicitudes de Autorización previa ante Tufts Medicare Preferred HMO para miembros que no cumplen los criterios de Terapia escalonada, en el punto de venta, bajo el proceso de Revisión médica.

Ausencia de cobertura:

Para miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus brindamos cobertura para medicamentos de Categoría 1 en la Ausencia de cobertura. Consulte nuestra Evidencia de Cobertura para obtener más información acerca de esta cobertura.

Asterisco (*):

Indica un medicamento de la Parte B. No se exige copago y el costo del medicamento no se aplica a su beneficio de la Parte D.

**TUFTS MEDICARE PREFERRED HMO
FORMULARIO PARA 2012**

Table of Contents

BLOOD THINNERS AND BLOOD MODIFYING AGENTS.....	9
CANCER DRUGS.....	11
CARDIOVASCULAR AGENTS.....	16
DIABETES MELLITUS.....	23
EAR, NOSE AND THROAT.....	25
EXCLUDED DRUG.....	27
EYE.....	27
GASTROINTESTINAL DRUGS.....	31
HOME INFUSION THERAPY.....	34
HORMONES.....	41
IMMUNOLOGIC AGENTS.....	44
MISCELLANEOUS DRUGS.....	46
NEUROLOGICAL DRUGS.....	51
PAIN AND INFLAMMATORY DISEASES.....	56
PSYCHIATRIC.....	59
RESPIRATORY DRUGS.....	65
SKIN.....	68
WOMENS HEALTH.....	73

**TUFTS MEDICARE PREFERRED HMO
FORMULARIO PARA 2012**

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Notas sobre la cobertura
ANTI-INFECTIVES AND INFECTIOUS DISEASE		
ANTI-INFECTIVES, MISCELLANEOUS		
ALBENZA	Nivel 3	
ALINIA	Nivel 3	
<i>mebendazole</i>	Nivel 1	
<i>methenamine hippurate</i>	Nivel 1	
<i>metronidazole</i>	Nivel 1	
MONUROL	Nivel 3	
PRIMSOL	Nivel 2	
<i>trimethoprim</i>	Nivel 1	
VANCOCIN	Nivel 4	
<i>vancomycin</i>	Nivel 1	
XIFAXAN TAB 200 MG	Nivel 3	LC (9 EA per 30 day(s))
XIFAXAN TAB 550 MG	Nivel 3	AP; LC (60 EA per 30 day(s))
ZYVOX	Nivel 4	
ANTIFUNGALS, SYSTEMIC AND ORAL TOPICAL		
ANCOBON	Nivel 3	
<i>clotrimazole</i>	Nivel 1	
<i>fluconazole</i>	Nivel 1	
GRIFULVIN V	Nivel 2	

Para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Prime RxPlus, brindamos cobertura para los medicamentos del Nivel 1 durante el período sin cobertura.

AL: Medicamento de acceso limitado \ AP: Se requiere autorización previa \ APTE: Se aplica autorización previa para terapia escalonada \ B/D: Medicare Parte B o D \ CM: Medicamento de cobertura mejorada \ ID: Medicamento para terapia de infusión domiciliaria \ LC: Se aplica límite de cantidad

* Medicamentos de la Parte B: no se requiere copago y el costo del medicamento no se aplica al beneficio de la Parte D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Notas sobre la cobertura
GRIS-PEG	Nivel 2	
<i>griseofulvin microsize</i>	Nivel 2	
<i>itraconazole</i>	Nivel 1	AP
<i>ketoconazole</i>	Nivel 1	
LAMISIL ORAL GRANULES IN PACKET 125 MG	Nivel 3	AP; LC (56 EA per 30 day(s))
LAMISIL ORAL GRANULES IN PACKET 187.5 MG	Nivel 3	AP; LC (28 EA per 30 day(s))
NAFTIN	Nivel 2	
<i>nystatin</i>	Nivel 1	
<i>terbinafine</i>	Nivel 1	AP
VFEND ORAL SUSP	Nivel 4	LC (150 ML per 14 day(s))
<i>voriconazole tab 200 mg</i>	Nivel 1	LC (28 EA per 14 day(s))
<i>voriconazole tab 50 mg</i>	Nivel 1	LC (56 EA per 14 day(s))
ANTIMALARIALS AND ANTIPROTOZOALS		
<i>chloroquine phosphate</i>	Nivel 1	
COARTEM	Nivel 2	LC (24 EA per 180 day(s))
<i>dapsone</i>	Nivel 2	
DARAPRIM	Nivel 2	
<i>hydroxychloroquine</i>	Nivel 1	
<i>mefloquine</i>	Nivel 1	
MEPRON	Nivel 2	
<i>paromomycin</i>	Nivel 1	
ANTIVIRALS		
<i>acyclovir</i>	Nivel 1	
<i>acyclovir sodium</i>	Nivel 1	
<i>amantadine</i>	Nivel 1	

Para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Prime RxPlus, brindamos cobertura para los medicamentos del Nivel 1 durante el período sin cobertura.

AL: Medicamento de acceso limitado \ AP: Se requiere autorizaci&ocute;n previa \ APTE: Se aplica autorizaci&ocute;n previa para terapia escalonada \ B/D: Medicare Parte B o D \ CM: Medicamento de cobertura mejorada \ ID: Medicamento para terapia de infusi&ocute;n domiciliaria \ LC: Se aplica límite de cantidad

* Medicamentos de la Parte B: no se requiere copago y el costo del medicamento no se aplica al beneficio de la Parte D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Notas sobre la cobertura
APTIVUS	Nivel 2	
ATRIPLA	Nivel 4	
BARACLUDE	Nivel 2	
COMBIVIR	Nivel 2	
COPEGUS	Nivel 4	
CRIXIVAN	Nivel 2	
<i>didanosine</i>	Nivel 1	
EDURANT	Nivel 2	
EMTRIVA	Nivel 2	
EPIVIR	Nivel 2	
EPIVIR HBV	Nivel 2	
EPZICOM	Nivel 2	
<i>famciclovir</i>	Nivel 2	
FUZEON	Nivel 4	
<i>ganciclovir cap 250 mg</i>	Nivel 1	* Parte B
<i>ganciclovir cap 500 mg</i>	Nivel 4	* Parte B
HEPSERA	Nivel 4	
INFERGEN	Nivel 4	AP
INTELENCE	Nivel 2	
INTRON A INJECTION	Nivel 2	
INTRON A SOLUTION FOR INJECTION	Nivel 4	
INTRON A SUBQ PEN KIT 10 MILLION UNIT/0.2 ML, 5 MILLION UNIT/0.2 ML	Nivel 4	
INTRON A SUBQ PEN KIT 3 MILLION UNIT /0.2 ML-6 DOSES	Nivel 2	
INVIRASE	Nivel 2	
KALETRA	Nivel 2	

Para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Prime RxPlus, brindamos cobertura para los medicamentos del Nivel 1 durante el período sin cobertura.

AL: Medicamento de acceso limitado \ AP: Se requiere autorización previa \ APTE: Se aplica autorización previa para terapia escalonada \ B/D: Medicare Parte B o D \ CM: Medicamento de cobertura mejorada \ ID: Medicamento para terapia de infusión domiciliaria \ LC: Se aplica límite de cantidad

* Medicamentos de la Parte B: no se requiere copago y el costo del medicamento no se aplica al beneficio de la Parte D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Notas sobre la cobertura
LEXIVA	Nivel 2	
<i>megestrol</i>	Nivel 1	
NORVIR	Nivel 2	
PEGASYS	Nivel 4	AP; LC (4 ML per 30 day(s))
PEGASYS CONVENIENCE PACK	Nivel 4	AP; LC (4 EA per 30 day(s))
PEGINTRON	Nivel 4	AP; LC (8 EA per 30 day(s))
PEGINTRON REDIPEN	Nivel 4	AP; LC (4 EA per 30 day(s))
PREZISTA TAB 150 MG, 75 MG	Nivel 2	
PREZISTA TAB 400 MG, 600 MG	Nivel 4	
REBETOL ORAL SOLN	Nivel 2	
RELENZA DISKHALER	Nivel 2	LC (60 EA per 180 day(s))
RESCRIPTOR	Nivel 2	
RETROVIR IV	Nivel 2	
REYATAZ	Nivel 2	
RIBAPAK DOSE PACK	Nivel 4	
<i>ribasphere cap</i>	Nivel 1	
<i>ribasphere tab 200 mg</i>	Nivel 1	
RIBASPHERE TAB 400 MG, 600 MG	Nivel 4	
<i>ribavirin</i>	Nivel 1	
<i>rimantadine</i>	Nivel 1	
SELZENTRY TAB 150 MG	Nivel 4	LC (60 EA per 30 day(s))
SELZENTRY TAB 300 MG	Nivel 4	LC (120 EA per 30 day(s))
<i>stavudine</i>	Nivel 1	
SUSTIVA	Nivel 2	
TAMIFLU CAP 30 MG	Nivel 2	LC (56 EA per 180 day(s))
TAMIFLU CAP 45 MG, 75 MG	Nivel 2	LC (28 EA per 180 day(s))

Para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Prime RxPlus, brindamos cobertura para los medicamentos del Nivel 1 durante el período sin cobertura.

AL: Medicamento de acceso limitado \ AP: Se requiere autorización previa \ APTE: Se aplica autorización previa para terapia escalonada \ B/D: Medicare Parte B o D \ CM: Medicamento de cobertura mejorada \ ID: Medicamento para terapia de infusión domiciliaria \ LC: Se aplica límite de cantidad

* Medicamentos de la Parte B: no se requiere copago y el costo del medicamento no se aplica al beneficio de la Parte D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Notas sobre la cobertura
TAMIFLU ORAL SUSP	Nivel 2	LC (175 ML per 180 day(s))
TRIZIVIR	Nivel 2	
TRUVADA	Nivel 2	
TYZEKA	Nivel 2	LC (30 EA per 30 day(s))
<i>valacyclovir</i>	Nivel 2	
VALCYTE	Nivel 4	
VIDEX 2 GRAM PEDIATRIC	Nivel 2	
VIRACEPT	Nivel 2	
VIRAMUNE	Nivel 2	
VIRAMUNE XR	Nivel 2	
VIREAD	Nivel 2	
ZERIT ORAL SOLUTION	Nivel 3	
ZIAGEN	Nivel 2	
<i>zidovudine</i>	Nivel 1	
BETA-LACTAM ANTIBIOTICS		
<i>amoxicillin</i>	Nivel 1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>	Nivel 1	
<i>ampicillin</i>	Nivel 1	
<i>ampicillin sodium</i>	Nivel 1	ID
<i>ampicillin-sulbactam</i>	Nivel 1	ID
BICILLIN C-R	Nivel 2	
BICILLIN L-A	Nivel 2	
CEDAX	Nivel 3	
<i>cefaclor</i>	Nivel 1	
<i>cefadroxil</i>	Nivel 1	
<i>cefdinir</i>	Nivel 1	

Para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Prime RxPlus, brindamos cobertura para los medicamentos del Nivel 1 durante el período sin cobertura.

AL: Medicamento de acceso limitado \ AP: Se requiere autorizaci&ocute;n previa \ APTE: Se aplica autorizaci&ocute;n previa para terapia escalonada \ B/D: Medicare Parte B o D \ CM: Medicamento de cobertura mejorada \ ID: Medicamento para terapia de infusi&ocute;n domiciliaria \ LC: Se aplica límite de cantidad

* Medicamentos de la Parte B: no se requiere copago y el costo del medicamento no se aplica al beneficio de la Parte D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Notas sobre la cobertura
<i>cefotaxime</i>	Nivel 1	ID
<i>cefpodoxime</i>	Nivel 1	
<i>cefprozil</i>	Nivel 1	
<i>ceftriaxone</i>	Nivel 1	ID
<i>cefuroxime axetil</i>	Nivel 1	
<i>cephalexin</i>	Nivel 1	
<i>colistin (colistimethate na)</i>	Nivel 1	ID
<i>dicloxacillin</i>	Nivel 1	
INVANZ	Nivel 2	ID
<i>penicillin v potassium tab</i>	Nivel 1	
PRIMAXIN IV	Nivel 2	ID
SPECTRACEF	Nivel 3	
SUPRAX	Nivel 3	
TIMENTIN	Nivel 2	ID
ZOSYN IN DEXTROSE (ISO-OSM)	Nivel 2	ID
KETOLIDES		
KETEK	Nivel 2	
MACROLIDES AND CLINDAMYCIN		
<i>azithromycin</i>	Nivel 1	
<i>clarithromycin</i>	Nivel 1	
CLEOCIN ORAL SOLUTION	Nivel 3	
<i>clindamycin hcl</i>	Nivel 1	
<i>e.e.s. 400</i>	Nivel 1	
E.E.S. GRANULES	Nivel 3	
ERY-TAB	Nivel 3	
<i>eryped 200</i>	Nivel 1	

Para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Prime RxPlus, brindamos cobertura para los medicamentos del Nivel 1 durante el período sin cobertura.

AL: Medicamento de acceso limitado \ AP: Se requiere autorizaci&ocute;n previa \ APTE: Se aplica autorizaci&ocute;n previa para terapia escalonada \ B/D: Medicare Parte B o D \ CM: Medicamento de cobertura mejorada \ ID: Medicamento para terapia de infusi&ocute;n domiciliaria \ LC: Se aplica límite de cantidad

* Medicamentos de la Parte B: no se requiere copago y el costodel medicamento no se aplica al beneficio de la Parte D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Notas sobre la cobertura
<i>eryped 400</i>	Nivel 1	
<i>erythrocin stearate</i>	Nivel 1	
<i>erythromycin</i>	Nivel 1	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	Nivel 1	
<i>erythromycin-sulfisoxazole</i>	Nivel 1	
PCE	Nivel 3	
ZMAX ADULT-PEDIATRIC	Nivel 3	
MYCOBACTERIAL INFECTIONS-TUBERCULOSIS AND MYCOBACTERIUM AVIUM COMPLEX		
<i>ethambutol</i>	Nivel 1	
<i>isoniazid</i>	Nivel 1	
MYCOBUTIN	Nivel 2	
PASER	Nivel 3	
PRIFTIN	Nivel 2	
<i>pyrazinamide</i>	Nivel 1	
RIFAMATE	Nivel 3	
<i>rifampin</i>	Nivel 1	
RIFATER	Nivel 3	
SEROMYCIN	Nivel 2	
TRECTOR	Nivel 3	
QUINOLONES		
<i>ciprofloxacin</i>	Nivel 1	
<i>ciprofloxacin (mixture)</i>	Nivel 1	
LEVAQUIN ORAL SOLN	Nivel 3	
NOROXIN	Nivel 3	
<i>ofloxacin</i>	Nivel 1	

Para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Prime RxPlus, brindamos cobertura para los medicamentos del Nivel 1 durante el período sin cobertura.

AL: Medicamento de acceso limitado \ AP: Se requiere autorización previa \ APTE: Se aplica autorización previa para terapia escalonada \ B/D: Medicare Parte B o D \ CM: Medicamento de cobertura mejorada \ ID: Medicamento para terapia de infusión domiciliaria \ LC: Se aplica límite de cantidad

* Medicamentos de la Parte B: no se requiere copago y el costo del medicamento no se aplica al beneficio de la Parte D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Notas sobre la cobertura
SULFONAMIDES		
<i>sulfadiazine</i>	Nivel 1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	Nivel 1	
TETRACYCLINES		
<i>demeclocycline</i>	Nivel 1	
<i>doxycycline hyclate cap</i>	Nivel 1	
<i>doxycycline hyclate cap, delayed release</i>	Nivel 1	
<i>doxycycline hyclate tab</i>	Nivel 1	
<i>doxycycline monohydrate</i>	Nivel 1	
<i>minocycline</i>	Nivel 1	
<i>tetracycline</i>	Nivel 1	
VIBRAMYCIN SYRUP	Nivel 3	
BLOOD THINNERS AND BLOOD MODIFYING AGENTS		
ANTIPLATELET THERAPY		
AGGRENOX	Nivel 3	
<i>dipyridamole</i>	Nivel 1	
PLAVIX	Nivel 2	
BLOOD MODIFYING AGENTS		
ARANESP (POLYSORBATE) INJECTION 100 MCG/ML, 25 MCG/ML, 40 MCG/ML, 60 MCG/ML	Nivel 2	LC (4 ML per 30 day(s))
ARANESP (POLYSORBATE) INJECTION 200 MCG/ML, 300 MCG/ML	Nivel 4	LC (4 ML per 30 day(s))
ARANESP (POLYSORBATE) SYRINGE 100 MCG/0.5 ML, 25 MCG/0.42 ML, 40 MCG/0.4 ML, 60 MCG/0.3 ML	Nivel 2	LC (4 ML per 30 day(s))

Para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Prime RxPlus, brindamos cobertura para los medicamentos del Nivel 1 durante el periodo sin cobertura.

AL: Medicamento de acceso limitado \ AP: Se requiere autorizaci&ocaron; previa \ APTE: Se aplica autorizaci&ocaron; previa para terapia escalonada \ B/D: Medicare Parte B o D \ CM: Medicamento de cobertura mejorada \ ID: Medicamento para terapia de infusi&ocaron; domiciliaria \ LC: Se aplica límite de cantidad

* Medicamentos de la Parte B: no se requiere copago y el costo del medicamento no se aplica al beneficio de la Parte D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Notas sobre la cobertura
ARANESP (POLYSORBATE) SYRINGE 150 MCG/0.3 ML, 200 MCG/0.4 ML, 300 MCG/0.6 ML, 500 MCG/ML	Nivel 4	LC (4 ML per 30 day(s))
EPOGEN	Nivel 2	LC (10 ML per 14 day(s))
LEUKINE	Nivel 4	
NEULASTA	Nivel 4	LC (1 ML per 14 day(s))
NEUMEGA	Nivel 4	
NEUPOGEN	Nivel 4	LC (10 ML per 14 day(s))
PROCRIT INJECTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML	Nivel 2	LC (10 ML per 14 day(s))
PROCRIT INJECTION 20,000 UNIT/ML, 40,000 UNIT/ML	Nivel 4	LC (10 ML per 14 day(s))
PROMACTA	Nivel 4	AP; LC (30 EA per 30 day(s))
BLOOD THINNERS		
ARIXTRA SUB-Q SYRINGE 10 MG/0.8 ML, 5 MG/0.4 ML, 7.5 MG/0.6 ML	Nivel 4	
ARIXTRA SUB-Q SYRINGE 2.5 MG/0.5 ML	Nivel 2	
COUMADIN	Nivel 3	
<i>enoxaparin</i>	Nivel 1	
FRAGMIN SUB-Q	Nivel 2	
FRAGMIN SUB-Q SYRINGE 10,000 UNIT/ML, 12,500 UNIT/0.5 ML, 15,000 UNIT/0.6 ML, 18,000 UNIT/0.72 ML, 7,500 UNIT/0.3 ML	Nivel 4	
FRAGMIN SUB-Q SYRINGE 2,500 UNIT/0.2 ML, 5,000 UNIT/0.2 ML	Nivel 3	
<i>heparin (porcine) injection 1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, 5,000 unit/ml</i>	Nivel 1	
<i>heparin, porcine (pf)</i>	Nivel 1	
INNOHEP	Nivel 3	

Para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Prime RxPlus, brindamos cobertura para los medicamentos del Nivel 1 durante el período sin cobertura.

AL: Medicamento de acceso limitado \ AP: Se requiere autorizaci&ocute;n previa \ APTE: Se aplica autorizaci&ocute;n previa para terapia escalonada \ B/D: Medicare Parte B o D \ CM: Medicamento de cobertura mejorada \ ID: Medicamento para terapia de infusi&ocute;n domiciliaria \ LC: Se aplica límite de cantidad

* Medicamentos de la Parte B: no se requiere copago y el costodel medicamento no se aplica al beneficio de la Parte D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Notas sobre la cobertura
<i>jantoven</i>	Nivel 1	
PRADAXA	Nivel 3	AP
<i>warfarin</i>	Nivel 1	
BLOOD, MISCELLANEOUS		
<i>anagrelide</i>	Nivel 1	
<i>cilostazol</i>	Nivel 1	
CYKLOKAPRON	Nivel 2	
LYSTEDA	Nivel 3	LC (15 EA per 30 day(s))
PENTOPAK	Nivel 3	
<i>pentoxifylline</i>	Nivel 1	
<i>ticlopidine</i>	Nivel 1	
CANCER DRUGS		
INJECTABLE AGENTS		
ABRAXANE	Nivel 2	* Parte B
ADRIAMYCIN PFS	Nivel 2	* Parte B
ALIMTA	Nivel 4	* Parte B
ALKERAN	Nivel 2	* Parte B
<i>amifostine crystalline</i>	Nivel 1	* Parte B
ARRANON	Nivel 2	* Parte B
ARZERRA	Nivel 4	AP; * Parte B
AVASTIN	Nivel 4	* Parte B
BICNU	Nivel 2	* Parte B
<i>bleomycin</i>	Nivel 1	* Parte B
BUSULFEX	Nivel 2	* Parte B
CAMPATH	Nivel 2	* Parte B
CAMPTOSAR	Nivel 2	* Parte B

Para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Prime RxPlus, brindamos cobertura para los medicamentos del Nivel 1 durante el período sin cobertura.

AL: Medicamento de acceso limitado \ AP: Se requiere autorización previa \ APTE: Se aplica autorización previa para terapia escalonada \ B/D: Medicare Parte B o D \ CM: Medicamento de cobertura mejorada \ ID: Medicamento para terapia de infusión domiciliaria \ LC: Se aplica límite de cantidad

* Medicamentos de la Parte B: no se requiere copago y el costo del medicamento no se aplica al beneficio de la Parte D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Notas sobre la cobertura
<i>carboplatin</i>	Nivel 1	* Parte B
CERUBIDINE	Nivel 2	* Parte B
<i>cisplatin</i>	Nivel 1	* Parte B
<i>cladribine</i>	Nivel 1	* Parte B
CLOLAR	Nivel 2	* Parte B
COSMEGEN	Nivel 2	* Parte B
<i>cytarabine</i>	Nivel 1	* Parte B
<i>cytarabine (pf)</i>	Nivel 1	* Parte B
<i>dacarbazine</i>	Nivel 1	* Parte B
DACOGEN	Nivel 2	* Parte B
<i>daunorubicin</i>	Nivel 1	* Parte B
DAUNOXOME	Nivel 2	* Parte B
<i>dexrazoxane</i>	Nivel 1	* Parte B
<i>docetaxel</i>	Nivel 1	* Parte B
DOXIL	Nivel 4	* Parte B
<i>doxorubicin</i>	Nivel 1	* Parte B
ELITEK	Nivel 4	* Parte B
ELLENCÉ	Nivel 4	* Parte B
ELOXATIN	Nivel 4	* Parte B
ELSPAR	Nivel 2	* Parte B
<i>epirubicin</i>	Nivel 1	* Parte B
ERBITUX	Nivel 2	* Parte B
ETHYOL	Nivel 2	* Parte B
ETOPOPHOS	Nivel 2	* Parte B
<i>etoposide</i>	Nivel 1	* Parte B
FASLODEX	Nivel 4	* Parte B

Para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Prime RxPlus, brindamos cobertura para los medicamentos del Nivel 1 durante el período sin cobertura.

AL: Medicamento de acceso limitado \ AP: Se requiere autorizaci&ocute;n previa \ APTE: Se aplica autorizaci&ocute;n previa para terapia escalonada \ B/D: Medicare Parte B o D \ CM: Medicamento de cobertura mejorada \ ID: Medicamento para terapia de infusi&ocute;n domiciliaria \ LC: Se aplica límite de cantidad

* Medicamentos de la Parte B: no se requiere copago y el costo del medicamento no se aplica al beneficio de la Parte D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Notas sobre la cobertura
FLUDARA	Nivel 4	* Parte B
<i>fludarabine</i>	Nivel 4	* Parte B
<i>gemcitabine</i>	Nivel 1	* Parte B
GEMZAR	Nivel 2	* Parte B
HALAVEN	Nivel 4	* Parte B
HERCEPTIN	Nivel 4	* Parte B
HYCAMTIN	Nivel 2	* Parte B
IDAMYCIN PFS	Nivel 2	* Parte B
<i>idarubicin</i>	Nivel 1	* Parte B
IFEX	Nivel 2	* Parte B
<i>ifosfamide</i>	Nivel 1	* Parte B
<i>ifosfamide-mesna</i>	Nivel 2	* Parte B
<i>irinotecan</i>	Nivel 4	* Parte B
ISTODAX	Nivel 4	* Parte B
IXEMPRA	Nivel 2	* Parte B
JEVTANA	Nivel 4	* Parte B
<i>leuprolide</i>	Nivel 1	* Parte B
LEUSTATIN	Nivel 2	* Parte B
<i>melphalan</i>	Nivel 1	* Parte B
<i>mitomycin</i>	Nivel 1	* Parte B
<i>mitoxantrone</i>	Nivel 1	* Parte B
MUSTARGEN	Nivel 2	* Parte B
NIPENT	Nivel 2	* Parte B
NOVANTRONE	Nivel 2	* Parte B
ONTAK	Nivel 2	* Parte B
<i>oxaliplatin</i>	Nivel 1	* Parte B

Para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Prime RxPlus, brindamos cobertura para los medicamentos del Nivel 1 durante el período sin cobertura.

AL: Medicamento de acceso limitado \ AP: Se requiere autorización previa \ APTE: Se aplica autorización previa para terapia escalonada \ B/D: Medicare Parte B o D \ CM: Medicamento de cobertura mejorada \ ID: Medicamento para terapia de infusión domiciliaria \ LC: Se aplica límite de cantidad

* Medicamentos de la Parte B: no se requiere copago y el costo del medicamento no se aplica al beneficio de la Parte D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Notas sobre la cobertura
<i>paclitaxel</i>	Nivel 1	* Parte B
<i>pentostatin</i>	Nivel 1	* Parte B
PHOTOFRIN	Nivel 2	* Parte B
PROLEUKIN	Nivel 4	* Parte B
RITUXAN	Nivel 4	AP; * Parte B
TAXOTERE	Nivel 4	* Parte B
<i>thiotepa</i>	Nivel 1	* Parte B
TOPOSAR	Nivel 2	* Parte B
<i>topotecan</i>	Nivel 2	* Parte B
TORISEL	Nivel 4	* Parte B
TREANDA	Nivel 4	* Parte B
TRISENOX	Nivel 2	* Parte B
UVADEX	Nivel 2	* Parte B
VECTIBIX	Nivel 2	* Parte B
VELCADE	Nivel 4	* Parte B
VIDAZA	Nivel 4	* Parte B
<i>vinblastine</i>	Nivel 1	* Parte B
<i>vincristine</i>	Nivel 1	* Parte B
<i>vinorelbine</i>	Nivel 1	* Parte B
ZANOSAR	Nivel 2	* Parte B
ORAL AGENTS		
AFINITOR	Nivel 4	AP; LC (30 EA per 30 day(s))
<i>anastrozole</i>	Nivel 1	
ARIMIDEX	Nivel 3	
AROMASIN	Nivel 3	
<i>bicalutamide</i>	Nivel 1	

Para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Prime RxPlus, brindamos cobertura para los medicamentos del Nivel 1 durante el período sin cobertura.

AL: Medicamento de acceso limitado \ AP: Se requiere autorización previa \ APTE: Se aplica autorización previa para terapia escalonada \ B/D: Medicare Parte B o D \ CM: Medicamento de cobertura mejorada \ ID: Medicamento para terapia de infusión domiciliaria \ LC: Se aplica límite de cantidad

* Medicamentos de la Parte B: no se requiere copago y el costo del medicamento no se aplica al beneficio de la Parte D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Notas sobre la cobertura
CEENU	Nivel 2	
<i>cyclophosphamide</i>	Nivel 1	* Parte B
DROXIA	Nivel 3	
EMCYT	Nivel 2	
<i>exemestane</i>	Nivel 1	
FARESTON	Nivel 2	
FEMARA	Nivel 3	
<i>flutamide</i>	Nivel 1	
GLEEVEC	Nivel 4	
HEXALEN	Nivel 4	
<i>hydroxyurea</i>	Nivel 1	
IRESSA	Nivel 4	LC (30 EA per 30 day(s))
ISENTRESS	Nivel 4	LC (360 EA per 90 day(s))
<i>letrozole</i>	Nivel 1	
<i>leucovorin calcium</i>	Nivel 1	
LEUKERAN	Nivel 2	* Parte B
MATULANE	Nivel 4	
<i>mercaptopurine</i>	Nivel 1	
NEXAVAR	Nivel 4	AP; LC (220 EA per 30 day(s))
NILANDRON	Nivel 2	
REVLIMID	Nivel 4	AP
SPRYCEL TAB 100 MG, 140 MG	Nivel 4	AP; LC (30 EA per 30 day(s))
SPRYCEL TAB 20 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG	Nivel 4	AP; LC (60 EA per 30 day(s))
SUTENT	Nivel 4	AP
TABLOID	Nivel 2	
<i>tamoxifen</i>	Nivel 1	

Para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Prime RxPlus, brindamos cobertura para los medicamentos del Nivel 1 durante el período sin cobertura.

AL: Medicamento de acceso limitado \ AP: Se requiere autorización previa \ APTE: Se aplica autorización previa para terapia escalonada \ B/D: Medicare Parte B o D \ CM: Medicamento de cobertura mejorada \ ID: Medicamento para terapia de infusión domiciliaria \ LC: Se aplica límite de cantidad

* Medicamentos de la Parte B: no se requiere copago y el costo del medicamento no se aplica al beneficio de la Parte D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Notas sobre la cobertura
TARCEVA TAB 100 MG	Nivel 4	LC (90 EA per 30 day(s))
TARCEVA TAB 150 MG, 25 MG	Nivel 4	LC (30 EA per 30 day(s))
TARGRETIN	Nivel 4	
TASIGNA	Nivel 4	AP
TEMODAR CAP 100 MG, 20 MG	Nivel 2	* Parte B; ID; LC (20 EA per 21 day(s))
TEMODAR CAP 140 MG, 5 MG	Nivel 2	* Parte B; ID; LC (15 EA per 21 day(s))
TEMODAR CAP 180 MG, 250 MG	Nivel 2	* Parte B; ID; LC (10 EA per 21 day(s))
THALOMID	Nivel 4	
<i>tretinoin (chemotherapy)</i>	Nivel 4	
TYKERB	Nivel 4	AP; LC (180 EA per 30 day(s))
<i>vandetanib tab 100 mg</i>	Nivel 4	AP; LC (60 EA per 30 day(s))
<i>vandetanib tab 300 mg</i>	Nivel 4	AP; LC (30 EA per 30 day(s))
VOTRIENT	Nivel 4	AP; LC (120 EA per 30 day(s))
ZOLINZA	Nivel 4	AP
ZYTIGA	Nivel 4	AP; LC (120 EA per 30 day(s))
PROTECTIVE AGENTS		
<i>leucovorin calcium</i>	Nivel 1	
<i>mesna</i>	Nivel 1	
MESNEX	Nivel 3	
ZINECARD	Nivel 3	* Parte B
TOPICAL		
TARGRETIN	Nivel 4	

Para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Prime RxPlus, brindamos cobertura para los medicamentos del Nivel 1 durante el período sin cobertura.

AL: Medicamento de acceso limitado \ AP: Se requiere autorización previa \ APTE: Se aplica autorización previa para terapia escalonada \ B/D: Medicare Parte B o D \ CM: Medicamento de cobertura mejorada \ ID: Medicamento para terapia de infusión domiciliaria \ LC: Se aplica límite de cantidad

* Medicamentos de la Parte B: no se requiere copago y el costo del medicamento no se aplica al beneficio de la Parte D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Notas sobre la cobertura
CARDIOVASCULAR AGENTS		
ACE INHIBITORS		
<i>benazepril</i>	Nivel 1	
<i>captopril</i>	Nivel 1	
<i>enalapril maleate</i>	Nivel 1	
<i>fosinopril</i>	Nivel 1	
<i>lisinopril</i>	Nivel 1	
<i>moexipril</i>	Nivel 1	
<i>perindopril erbumine</i>	Nivel 1	
<i>quinapril</i>	Nivel 1	
<i>ramipril</i>	Nivel 1	
<i>trandolapril</i>	Nivel 1	
ALPHA1 BLOCKERS		
CARDURA XL	Nivel 3	
<i>doxazosin</i>	Nivel 1	
<i>prazosin</i>	Nivel 1	
<i>terazosin</i>	Nivel 1	
ANGINA		
<i>isosorbide dinitrate</i>	Nivel 1	
<i>isosorbide mononitrate</i>	Nivel 1	
<i>minitran</i>	Nivel 1	
NITRO-BID	Nivel 3	
NITRO-DUR	Nivel 3	
<i>nitroglycerin</i>	Nivel 1	
NITROLINGUAL	Nivel 3	
NITROSTAT	Nivel 2	

Para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Prime RxPlus, brindamos cobertura para los medicamentos del Nivel 1 durante el período sin cobertura.

AL: Medicamento de acceso limitado \ AP: Se requiere autorización previa \ APTE: Se aplica autorización previa para terapia escalonada \ B/D: Medicare Parte B o D \ CM: Medicamento de cobertura mejorada \ ID: Medicamento para terapia de infusión domiciliaria \ LC: Se aplica límite de cantidad

* Medicamentos de la Parte B: no se requiere copago y el costo del medicamento no se aplica al beneficio de la Parte D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Notas sobre la cobertura
RANEXA	Nivel 2	
ANGIOTENSIN II RECEPTOR BLOCKERS		
AVAPRO	Nivel 3	
BENICAR	Nivel 2	
DIOVAN	Nivel 2	
<i>losartan</i>	Nivel 1	
ANTI-ARRHYTHMICS AND CARDIAC GLYCOSIDES		
<i>amiodarone oral</i>	Nivel 1	
<i>digoxin oral</i>	Nivel 1	
<i>disopyramide</i>	Nivel 1	
<i>flecainide</i>	Nivel 2	
LANOXIN	Nivel 3	
LANOXIN PEDIATRIC	Nivel 3	
<i>mexiletine</i>	Nivel 1	
MULTAQ	Nivel 3	
NORPACE CR	Nivel 3	
PACERONE	Nivel 3	
<i>propafenone</i>	Nivel 1	
<i>quinidine gluconate oral</i>	Nivel 1	
<i>quinidine sulfate</i>	Nivel 1	
<i>sorine</i>	Nivel 1	
<i>sotalol oral</i>	Nivel 1	
TIKOSYN	Nivel 2	
ANTIHYPERTENSIVE FIXED-DOSE COMBINATION PRODUCTS		
<i>amlodipine-benazepril</i>	Nivel 2	
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	Nivel 1	

Para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Prime RxPlus, brindamos cobertura para los medicamentos del Nivel 1 durante el período sin cobertura.

AL: Medicamento de acceso limitado \ AP: Se requiere autorización previa \ APTE: Se aplica autorización previa para terapia escalonada \ B/D: Medicare Parte B o D \ CM: Medicamento de cobertura mejorada \ ID: Medicamento para terapia de infusión domiciliaria \ LC: Se aplica límite de cantidad

* Medicamentos de la Parte B: no se requiere copago y el costo del medicamento no se aplica al beneficio de la Parte D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Notas sobre la cobertura
AVALIDE	Nivel 3	
AZOR	Nivel 3	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	Nivel 1	
BENICAR HCT	Nivel 2	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	Nivel 1	
<i>captopril-hydrochlorothiazide</i>	Nivel 1	
CLORPRES	Nivel 3	
DIOVAN HCT	Nivel 2	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	Nivel 1	
EXFORGE	Nivel 3	
EXFORGE HCT	Nivel 3	
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide</i>	Nivel 1	
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	Nivel 1	
<i>losartan-hydrochlorothiazide</i>	Nivel 1	
<i>methyldopa-hydrochlorothiazide</i>	Nivel 1	
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i>	Nivel 1	
<i>moexipril-hydrochlorothiazide</i>	Nivel 1	
<i>nadolol-bendroflumethiazide</i>	Nivel 1	
<i>propranolol-hydrochlorothiazid</i>	Nivel 1	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	Nivel 1	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i>	Nivel 1	
BETA AND ALPHA BLOCKERS		
<i>carvedilol</i>	Nivel 1	
COREG CR	Nivel 3	
<i>labetalol</i>	Nivel 1	

Para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Prime RxPlus, brindamos cobertura para los medicamentos del Nivel 1 durante el período sin cobertura.

AL: Medicamento de acceso limitado \ AP: Se requiere autorizaci&ocute;n previa \ APTE: Se aplica autorizaci&ocute;n previa para terapia escalonada \ B/D: Medicare Parte B o D \ CM: Medicamento de cobertura mejorada \ ID: Medicamento para terapia de infusi&ocute;n domiciliaria \ LC: Se aplica límite de cantidad

* Medicamentos de la Parte B: no se requiere copago y el costodel medicamento no se aplica al beneficio de la Parte D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Notas sobre la cobertura
BETA BLOCKERS		
<i>acebutolol</i>	Nivel 1	
<i>atenolol</i>	Nivel 1	
<i>betaxolol</i>	Nivel 1	
<i>bisoprolol fumarate</i>	Nivel 1	
LEVATOL	Nivel 3	
<i>metoprolol succinate</i>	Nivel 1	
<i>metoprolol tartrate</i>	Nivel 1	
<i>nadolol</i>	Nivel 1	
<i>pindolol</i>	Nivel 1	
<i>propranolol er 24 hr cap extended release</i>	Nivel 1	
<i>propranolol tab</i>	Nivel 1	
CALCIUM CHANNEL BLOCKERS		
<i>amlodipine</i>	Nivel 1	
<i>cartia xt</i>	Nivel 1	
COVERA-HS	Nivel 3	
<i>diltiazem hcl</i>	Nivel 1	
DYNACIRC CR	Nivel 3	
<i>felodipine</i>	Nivel 1	
<i>isradipine</i>	Nivel 1	
<i>matzim la</i>	Nivel 1	
<i>nicardipine oral</i>	Nivel 1	
<i>nifediac cc</i>	Nivel 1	
<i>nifedical xl</i>	Nivel 1	
<i>nifedipine</i>	Nivel 1	
<i>nimodipine</i>	Nivel 1	

Para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Prime RxPlus, brindamos cobertura para los medicamentos del Nivel 1 durante el período sin cobertura.

AL: Medicamento de acceso limitado \ AP: Se requiere autorizaci&ocute;n previa \ APTE: Se aplica autorizaci&ocute;n previa para terapia escalonada \ B/D: Medicare Parte B o D \ CM: Medicamento de cobertura mejorada \ ID: Medicamento para terapia de infusi&ocute;n domiciliaria \ LC: Se aplica límite de cantidad

* Medicamentos de la Parte B: no se requiere copago y el costodel medicamento no se aplica al beneficio de la Parte D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Notas sobre la cobertura
<i>nisoldipine</i>	Nivel 1	
<i>taztia xt</i>	Nivel 1	
<i>verapamil oral</i>	Nivel 1	
CENTRALLY ACTING AGENTS		
<i>clonidine</i>	Nivel 1	
<i>guanfacine</i>	Nivel 1	
<i>methyldopa</i>	Nivel 1	
DIURETICS		
<i>amiloride</i>	Nivel 1	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>	Nivel 1	
<i>bumetanide</i>	Nivel 1	
<i>chlorothiazide</i>	Nivel 1	
<i>chlorthalidone</i>	Nivel 1	
<i>furosemide oral</i>	Nivel 1	
<i>hydrochlorothiazide</i>	Nivel 1	
<i>indapamide</i>	Nivel 1	
<i>metolazone</i>	Nivel 1	
<i>spironolacton-hydrochlorothiaz</i>	Nivel 1	
<i>spironolactone</i>	Nivel 1	
<i>toremide</i>	Nivel 1	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i>	Nivel 1	
LIPID LOWERING AGENTS		
ADVICOR	Nivel 3	
<i>cholestyramine light</i>	Nivel 1	
<i>colestipol</i>	Nivel 1	
<i>fenofibrate</i>	Nivel 1	

Para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Prime RxPlus, brindamos cobertura para los medicamentos del Nivel 1 durante el período sin cobertura.

AL: Medicamento de acceso limitado \ AP: Se requiere autorizaci&ocute;n previa \ APTE: Se aplica autorizaci&ocute;n previa para terapia escalonada \ B/D: Medicare Parte B o D \ CM: Medicamento de cobertura mejorada \ ID: Medicamento para terapia de infusi&ocute;n domiciliaria \ LC: Se aplica límite de cantidad

* Medicamentos de la Parte B: no se requiere copago y el costo del medicamento no se aplica al beneficio de la Parte D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Notas sobre la cobertura
<i>fenofibrate micronized</i>	Nivel 1	
<i>gemfibrozil</i>	Nivel 1	
<i>lovastatin</i>	Nivel 1	
LOVAZA	Nivel 2	
NIASPAN EXTENDED-RELEASE	Nivel 2	
<i>pravastatin</i>	Nivel 1	
PREVALITE	Nivel 3	
SIMCOR	Nivel 2	
<i>simvastatin</i>	Nivel 1	
VYTORIN 10-10	Nivel 3	APTE
VYTORIN 10-20	Nivel 3	APTE
VYTORIN 10-40	Nivel 3	APTE
VYTORIN 10-80	Nivel 3	APTE
WELCHOL TAB	Nivel 3	
ZETIA	Nivel 3	APTE
POTASSIUM REPLACEMENT		
<i>klor-con</i>	Nivel 1	
<i>klor-con 10</i>	Nivel 1	
KLOR-CON M15	Nivel 3	
<i>klor-con m20</i>	Nivel 1	
<i>potassium chloride er cap 10 meq</i>	Nivel 1	
<i>potassium chloride er tab, particles/crystals</i>	Nivel 1	
<i>potassium citrate</i>	Nivel 1	
SELECTIVE ALDOSTERONE BLOCKER		
<i>eplerenone</i>	Nivel 1	APTE
<i>spironolactone</i>	Nivel 1	

Para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Prime RxPlus, brindamos cobertura para los medicamentos del Nivel 1 durante el período sin cobertura.

AL: Medicamento de acceso limitado \ AP: Se requiere autorización previa \ APTE: Se aplica autorización previa para terapia escalonada \ B/D: Medicare Parte B o D \ CM: Medicamento de cobertura mejorada \ ID: Medicamento para terapia de infusión domiciliaria \ LC: Se aplica límite de cantidad

* Medicamentos de la Parte B: no se requiere copago y el costo del medicamento no se aplica al beneficio de la Parte D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Notas sobre la cobertura
VASODILATORS		
BIDIL	Nivel 2	
<i>hydralazine</i>	Nivel 1	
<i>isosorbide dinitrate</i>	Nivel 1	
DIABETES MELLITUS		
DIABETIC SUPPLIES		
ACCU-CHEK ACTIVE TEST	Nivel 2	* Parte B
ACCU-CHEK AVIVA	Nivel 2	* Parte B
ACCU-CHEK AVIVA PLUS	Nivel 2	* Parte B
ACCU-CHEK COMFORT CURVE TEST	Nivel 2	* Parte B
ACCU-CHEK COMPACT TEST	Nivel 2	* Parte B
<i>alcohol swabs</i>	Nivel 1	
<i>curity gauze</i>	Nivel 1	
<i>insulin syringe-needle u-100</i>	Nivel 2	
ONE TOUCH TEST	Nivel 2	* Parte B
ONE TOUCH ULTRA TEST	Nivel 2	* Parte B
<i>safety needles</i>	Nivel 2	
GLUCOSE ELEVATING		
GLUCAGEN HYPOKIT	Nivel 2	
GLUCAGON EMERGENCY	Nivel 2	
PROGLYCEM	Nivel 3	
INSULINS		
APIDRA	Nivel 2	
APIDRA SOLOSTAR	Nivel 3	
HUMALOG	Nivel 2	
HUMALOG KWIKPEN	Nivel 3	

Para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Prime RxPlus, brindamos cobertura para los medicamentos del Nivel 1 durante el período sin cobertura.

AL: Medicamento de acceso limitado \ AP: Se requiere autorización previa \ APTE: Se aplica autorización previa para terapia escalonada \ B/D: Medicare Parte B o D \ CM: Medicamento de cobertura mejorada \ ID: Medicamento para terapia de infusión domiciliaria \ LC: Se aplica límite de cantidad

* Medicamentos de la Parte B: no se requiere copago y el costo del medicamento no se aplica al beneficio de la Parte D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Notas sobre la cobertura
HUMALOG MIX 50-50	Nivel 2	
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	Nivel 3	
HUMALOG MIX 75-25	Nivel 2	
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	Nivel 3	
HUMULIN 70/30	Nivel 2	
HUMULIN 70/30 PEN	Nivel 3	
HUMULIN N	Nivel 2	
HUMULIN N PEN	Nivel 3	
HUMULIN R	Nivel 2	
HUMULIN R U-500 "CONCENTRATED"	Nivel 2	
LANTUS	Nivel 2	
LANTUS SOLOSTAR	Nivel 3	
LEVEMIR	Nivel 2	
LEVEMIR FLEXPEN	Nivel 3	
NOVOLIN 70/30	Nivel 2	
NOVOLIN N	Nivel 2	
NOVOLIN R	Nivel 2	
NOVOLOG	Nivel 2	
NOVOLOG FLEXPEN	Nivel 3	
NOVOLOG MIX 70-30	Nivel 2	
NOVOLOG MIX 70-30 FLEXPEN	Nivel 3	
NON-INSULIN INJECTABLES		
BYETTA	Nivel 2	
SYMLIN	Nivel 2	
SYMLINPEN 120	Nivel 3	
SYMLINPEN 60	Nivel 3	

Para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Prime RxPlus, brindamos cobertura para los medicamentos del Nivel 1 durante el período sin cobertura.

AL: Medicamento de acceso limitado \ AP: Se requiere autorizaci&ocute;n previa \ APTE: Se aplica autorizaci&ocute;n previa para terapia escalonada \ B/D: Medicare Parte B o D \ CM: Medicamento de cobertura mejorada \ ID: Medicamento para terapia de infusi&ocute;n domiciliaria \ LC: Se aplica límite de cantidad

* Medicamentos de la Parte B: no se requiere copago y el costodel medicamento no se aplica al beneficio de la Parte D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Notas sobre la cobertura
VICTOZA	Nivel 3	
ORAL AGENTS		
<i>acarbose</i>	Nivel 1	
ACTOPLUS MET	Nivel 3	
ACTOPLUS MET XR	Nivel 3	
ACTOS	Nivel 3	
<i>chlorpropamide</i>	Nivel 1	
DUETACT	Nivel 3	
<i>glimepiride</i>	Nivel 1	
<i>glipizide</i>	Nivel 1	
<i>glipizide-metformin</i>	Nivel 1	
<i>glyburide</i>	Nivel 1	
<i>glyburide micronized</i>	Nivel 1	
<i>glyburide-metformin</i>	Nivel 2	
JANUMET	Nivel 2	
JANUVIA	Nivel 2	
KOMBIGLYZE XR	Nivel 2	
<i>metformin</i>	Nivel 1	
<i>nateglinide</i>	Nivel 1	
ONGLYZA	Nivel 2	
PRANDIMET	Nivel 3	
PRANDIN	Nivel 3	
RIOMET	Nivel 3	
EAR, NOSE AND THROAT		
EAR		
<i>acetazol hc</i>	Nivel 1	

Para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Prime RxPlus, brindamos cobertura para los medicamentos del Nivel 1 durante el período sin cobertura.

AL: Medicamento de acceso limitado \ AP: Se requiere autorizaci&ocute;n previa \ APTE: Se aplica autorizaci&ocute;n previa para terapia escalonada \ B/D: Medicare Parte B o D \ CM: Medicamento de cobertura mejorada \ ID: Medicamento para terapia de infusi&ocute;n domiciliaria \ LC: Se aplica límite de cantidad

* Medicamentos de la Parte B: no se requiere copago y el costo del medicamento no se aplica al beneficio de la Parte D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Notas sobre la cobertura
CIPRODEX	Nivel 2	
CORTISPORIN-TC	Nivel 3	
<i>cortomycin</i>	Nivel 1	
DERMOTIC OIL	Nivel 2	
<i>hydrocortisone-acetic acid</i>	Nivel 1	
<i>ofloxacin</i>	Nivel 1	
MOUTH AND THROAT		
<i>chlorhexidine gluconate</i>	Nivel 1	
<i>doxycycline hyclate tab</i>	Nivel 1	
<i>periogard</i>	Nivel 1	
<i>pilocarpine hcl</i>	Nivel 1	
<i>sodium fluoride</i>	Nivel 1	
<i>triamcinolone acetonide</i>	Nivel 1	
NOSE		
ASTEPRO	Nivel 2	LC (120 ML per 90 day(s))
<i>azelastine</i>	Nivel 1	LC (120 ML per 90 day(s))
BACTROBAN NASAL	Nivel 3	
<i>carbinoxamine maleate</i>	Nivel 1	
<i>clemastine</i>	Nivel 1	
<i>diphenhydramine hcl</i>	Nivel 1	
<i>fexofenadine</i>	Nivel 1	
<i>flunisolide</i>	Nivel 1	LC (75 ML per 90 day(s))
<i>fluticasone</i>	Nivel 1	LC (48 GM per 90 day(s))
<i>hydroxyzine hcl</i>	Nivel 1	* Parte B
<i>hydroxyzine pamoate</i>	Nivel 1	* Parte B
<i>ipratropium bromide nasal spray 0.03 %</i>	Nivel 1	LC (180 ML per 90 day(s))

Para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Prime RxPlus, brindamos cobertura para los medicamentos del Nivel 1 durante el período sin cobertura.

AL: Medicamento de acceso limitado \ AP: Se requiere autorización previa \ APTE: Se aplica autorización previa para terapia escalonada \ B/D: Medicare Parte B o D \ CM: Medicamento de cobertura mejorada \ ID: Medicamento para terapia de infusión domiciliaria \ LC: Se aplica límite de cantidad

* Medicamentos de la Parte B: no se requiere copago y el costo del medicamento no se aplica al beneficio de la Parte D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Notas sobre la cobertura
<i>ipratropium bromide nasal spray 0.06 %</i>	Nivel 1	LC (90 ML per 90 day(s))
TYZINE	Nivel 3	
EXCLUDED DRUG		
EXCLUDED DRUG		
<i>alprazolam er 24 hr tab</i>	Nivel 1	ID
<i>alprazolam tab</i>	Nivel 1	ID
<i>chlordiazepoxide hcl</i>	Nivel 1	ID
<i>clonazepam</i>	Nivel 1	ID
<i>clorazepate dipotassium</i>	Nivel 1	ID
DIASTAT	Nivel 4	ID; LC (2 EA per 30 day(s))
DIASTAT ACUDIAL RECTAL KIT 5-7.5-10 MG	Nivel 4	ID; LC (2 EA per 30 day(s))
DORAL	Nivel 2	ID
<i>estazolam</i>	Nivel 1	ID
<i>flurazepam</i>	Nivel 1	ID
<i>lorazepam tab</i>	Nivel 1	ID
<i>midazolam</i>	Nivel 1	ID
<i>midazolam injection 5 mg/ml</i>	Nivel 1	ID
<i>oxazepam</i>	Nivel 1	ID
<i>phenobarbital</i>	Nivel 1	ID
<i>temazepam</i>	Nivel 1	ID
<i>triazolam</i>	Nivel 1	ID
EYE		
ALLERGY		
ALAMAST	Nivel 3	
ALOCRIL	Nivel 3	

Para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Prime RxPlus, brindamos cobertura para los medicamentos del Nivel 1 durante el periodo sin cobertura.

AL: Medicamento de acceso limitado \ AP: Se requiere autorización previa \ APTE: Se aplica autorización previa para terapia escalonada \ B/D: Medicare Parte B o D \ CM: Medicamento de cobertura mejorada \ ID: Medicamento para terapia de infusión domiciliaria \ LC: Se aplica límite de cantidad

* Medicamentos de la Parte B: no se requiere copago y el costo del medicamento no se aplica al beneficio de la Parte D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Notas sobre la cobertura
ALOMIDE	Nivel 3	
<i>azelastine</i>	Nivel 1	
<i>cromolyn</i>	Nivel 1	
ELESTAT	Nivel 3	
EMADINE	Nivel 3	
ANTI-INFECTIVES		
AZASITE	Nivel 3	LC (2.5 ML per 7 day(s))
<i>bacitracin oph</i>	Nivel 1	
<i>bacitracin-polymyxin b</i>	Nivel 1	
BLEPHAMIDE	Nivel 3	
BLEPHAMIDE S.O.P.	Nivel 3	
<i>ciprofloxacin</i>	Nivel 1	
<i>erythromycin</i>	Nivel 1	
<i>gentak</i>	Nivel 1	
<i>gentamicin</i>	Nivel 1	
<i>gentasol</i>	Nivel 1	
IQUIX	Nivel 3	
<i>levofloxacin</i>	Nivel 1	
MOXEZA	Nivel 3	
<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i>	Nivel 1	
<i>neomycin-bacitracin-polymyxin</i>	Nivel 1	
<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	Nivel 1	
<i>ofloxacin</i>	Nivel 1	
POLY-PRED	Nivel 3	
<i>romycin</i>	Nivel 1	
<i>sulfacetamide sodium</i>	Nivel 1	

Para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Prime RxPlus, brindamos cobertura para los medicamentos del Nivel 1 durante el período sin cobertura.

AL: Medicamento de acceso limitado \ AP: Se requiere autorizaci&ocute;n previa \ APTE: Se aplica autorizaci&ocute;n previa para terapia escalonada \ B/D: Medicare Parte B o D \ CM: Medicamento de cobertura mejorada \ ID: Medicamento para terapia de infusi&ocute;n domiciliaria \ LC: Se aplica límite de cantidad

* Medicamentos de la Parte B: no se requiere copago y el costo del medicamento no se aplica al beneficio de la Parte D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Notas sobre la cobertura
TOBRADEX	Nivel 3	
<i>tobramycin sulfate</i>	Nivel 1	
<i>tobramycin-dexamethasone</i>	Nivel 1	
<i>tobrasol</i>	Nivel 1	
<i>trimethoprim-polymyxin b</i>	Nivel 1	
VIGAMOX	Nivel 3	LC (3 ML per 10 day(s))
ZYMAR	Nivel 2	
ANTI-INFLAMMATORIES		
ALREX	Nivel 3	
<i>bromfenac</i>	Nivel 1	
<i>diclofenac sodium</i>	Nivel 1	
FLAREX	Nivel 3	
<i>fluorometholone</i>	Nivel 1	
<i>flurbiprofen sodium</i>	Nivel 1	
FML FORTE	Nivel 3	
FML S.O.P.	Nivel 2	
<i>ketorolac ophth</i>	Nivel 1	
LOTEMAX	Nivel 3	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth</i>	Nivel 1	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>	Nivel 1	
<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	Nivel 1	
NEVANAC	Nivel 3	
PRED MILD	Nivel 2	
PRED-G	Nivel 2	
PRED-G S.O.P.	Nivel 2	
<i>prednisolone acetate</i>	Nivel 1	

Para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Prime RxPlus, brindamos cobertura para los medicamentos del Nivel 1 durante el período sin cobertura.

AL: Medicamento de acceso limitado \ AP: Se requiere autorización previa \ APTE: Se aplica autorización previa para terapia escalonada \ B/D: Medicare Parte B o D \ CM: Medicamento de cobertura mejorada \ ID: Medicamento para terapia de infusión domiciliaria \ LC: Se aplica límite de cantidad

* Medicamentos de la Parte B: no se requiere copago y el costo del medicamento no se aplica al beneficio de la Parte D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Notas sobre la cobertura
VEXOL	Nivel 2	
ZYLET	Nivel 3	
ANTIVIRALS		
<i>trifluridine</i>	Nivel 1	
ZIRGAN	Nivel 3	
GLAUCOMA		
<i>acetazolamide</i>	Nivel 1	
<i>acetazolamide sodium</i>	Nivel 1	
ALPHAGAN P	Nivel 3	
AZOPT	Nivel 2	
<i>betaxolol</i>	Nivel 1	
BETIMOL	Nivel 2	
BETOPTIC S	Nivel 3	
<i>brimonidine</i>	Nivel 1	
<i>carteolol</i>	Nivel 1	
COMBIGAN	Nivel 3	LC (10 ML per 30 day(s))
<i>dorzolamide</i>	Nivel 1	
<i>dorzolamide-timolol</i>	Nivel 1	
IOPIDINE	Nivel 3	
<i>latanoprost</i>	Nivel 1	
<i>levobunolol</i>	Nivel 1	
LUMIGAN	Nivel 3	
<i>methazolamide</i>	Nivel 1	
<i>metipranolol</i>	Nivel 1	
PILOPINE HS	Nivel 2	
<i>timolol maleate oph</i>	Nivel 1	

Para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Prime RxPlus, brindamos cobertura para los medicamentos del Nivel 1 durante el período sin cobertura.

AL: Medicamento de acceso limitado \ AP: Se requiere autorizaci&ocute;n previa \ APTE: Se aplica autorizaci&ocute;n previa para terapia escalonada \ B/D: Medicare Parte B o D \ CM: Medicamento de cobertura mejorada \ ID: Medicamento para terapia de infusi&ocute;n domiciliaria \ LC: Se aplica límite de cantidad

* Medicamentos de la Parte B: no se requiere copago y el costo del medicamento no se aplica al beneficio de la Parte D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Notas sobre la cobertura
TRAVATAN Z	Nivel 3	
XALATAN	Nivel 2	
OPHTHALMIC DRUGS, MISCELLANEOUS		
NATACYN	Nivel 3	
RESTASIS	Nivel 2	AP
<i>tropicamide</i>	Nivel 1	
GASTROINTESTINAL DRUGS		
DIARRHEA		
<i>diphenoxylate-atropine tab</i>	Nivel 1	
<i>loperamide</i>	Nivel 1	
EMESIS		
ALOXI	Nivel 2	* Parte B; LC (5 ML per 7 day(s))
ANZEMET IV	Nivel 2	* Parte B; LC (10 ML per 7 day(s))
ANZEMET TAB 100 MG	Nivel 2	* Parte B; LC (5 EA per 7 day(s))
ANZEMET TAB 50 MG	Nivel 2	* Parte B; LC (3 EA per 7 day(s))
CESAMET	Nivel 2	* Parte B; LC (30 EA per 7 day(s))
<i>compro</i>	Nivel 1	* Parte B
<i>dronabinol cap 10 mg</i>	Nivel 4	* Parte B
<i>dronabinol cap 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	* Parte B
EMEND CAP 125 MG	Nivel 2	* Parte B; LC (1 EA per 7 day(s))
EMEND CAP 40 MG, 80 MG	Nivel 2	* Parte B; LC (2 EA per 7 day(s))
EMEND CAPS IN DOSE PACK	Nivel 2	* Parte B; LC (3 EA per 7 day(s))
<i>granisetron iv</i>	Nivel 1	* Parte B; LC (40 ML per 7 day(s))
<i>granisetron oral</i>	Nivel 1	* Parte B; LC (10 EA per 7 day(s))

Para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Prime RxPlus, brindamos cobertura para los medicamentos del Nivel 1 durante el período sin cobertura.

AL: Medicamento de acceso limitado \ AP: Se requiere autorización previa \ APTE: Se aplica autorización previa para terapia escalonada \ B/D: Medicare Parte B o D \ CM: Medicamento de cobertura mejorada \ ID: Medicamento para terapia de infusión domiciliaria \ LC: Se aplica límite de cantidad

* Medicamentos de la Parte B: no se requiere copago y el costo del medicamento no se aplica al beneficio de la Parte D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Notas sobre la cobertura
<i>granisetron (pf)</i>	Nivel 1	* Parte B; LC (40 ML per 7 day(s))
GRANISOL	Nivel 3	* Parte B; LC (45 ML per 7 day(s))
<i>meclizine</i>	Nivel 1	* Parte B
<i>metoclopramide</i>	Nivel 1	* Parte B
<i>ondansetron</i>	Nivel 1	* Parte B; LC (12 EA per 7 day(s))
<i>ondansetron hcl oral soln</i>	Nivel 1	* Parte B; LC (150 ML per 7 day(s))
<i>ondansetron hcl tab 24 mg</i>	Nivel 1	* Parte B; LC (4 EA per 7 day(s))
<i>ondansetron hcl tab 4 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	* Parte B; LC (12 EA per 7 day(s))
<i>ondansetron hcl (pf)</i>	Nivel 1	* Parte B; LC (160 ML per 7 day(s))
<i>prochlorperazine</i>	Nivel 1	* Parte B
<i>prochlorperazine edisylate</i>	Nivel 1	* Parte B
<i>prochlorperazine maleate</i>	Nivel 1	* Parte B
SANCUSO	Nivel 3	* Parte B; LC (1 EA per 7 day(s))
ENZYMES		
BUPHENYL	Nivel 4	
CREON	Nivel 2	
PANCREAZE	Nivel 3	
ZENPEP	Nivel 3	
GASTROINTESTINAL DRUGS, MISCELLANEOUS		
CIMZIA	Nivel 4	AP; LC (2 EA per 30 day(s))
CIMZIA POWDER FOR RECONST	Nivel 4	AP
<i>constulose</i>	Nivel 1	
<i>dicyclomine</i>	Nivel 1	

Para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Prime RxPlus, brindamos cobertura para los medicamentos del Nivel 1 durante el período sin cobertura.

AL: Medicamento de acceso limitado \ AP: Se requiere autorizaci&ocute;n previa \ APTE: Se aplica autorizaci&ocute;n previa para terapia escalonada \ B/D: Medicare Parte B o D \ CM: Medicamento de cobertura mejorada \ ID: Medicamento para terapia de infusi&ocute;n domiciliaria \ LC: Se aplica límite de cantidad

* Medicamentos de la Parte B: no se requiere copago y el costodel medicamento no se aplica al beneficio de la Parte D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Notas sobre la cobertura
<i>enulose</i>	Nivel 1	
GASTROCROM	Nivel 3	
GOLYTELY ORAL SOLUTION	Nivel 3	
KRISTALOSE	Nivel 3	
<i>lactulose</i>	Nivel 1	
LOTRONEX	Nivel 2	
MOVIPREP	Nivel 3	
NULYTELY WITH FLAVOR PACKS	Nivel 2	
<i>propantheline</i>	Nivel 1	
<i>trilyte with flavor packets</i>	Nivel 1	
URSO 250	Nivel 2	
URSO FORTE	Nivel 2	
<i>ursodiol</i>	Nivel 1	
GASTROINTESTINAL DRUGS, PEPTIC ULCER TREATMENT, REFLUX (GERD)		
CARAFATE ORAL SUSP	Nivel 3	
<i>cimetidine</i>	Nivel 1	
<i>famotidine</i>	Nivel 1	
HELIDAC	Nivel 3	
<i>lansoprazole</i>	Nivel 2	APTE; LC (90 EA per 90 day(s))
<i>methscopolamine</i>	Nivel 1	
<i>misoprostol</i>	Nivel 1	
<i>nizatidine</i>	Nivel 1	
<i>omeprazole cap, delayed release 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1	LC (180 EA per 90 day(s))
<i>omeprazole cap, delayed release 40 mg</i>	Nivel 1	LC (90 EA per 90 day(s))
<i>omeprazole-sodium bicarbonate</i>	Nivel 2	APTE; LC (90 EA per 90 day(s))
<i>pantoprazole</i>	Nivel 2	APTE; LC (90 EA per 90 day(s))

Para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Prime RxPlus, brindamos cobertura para los medicamentos del Nivel 1 durante el período sin cobertura.

AL: Medicamento de acceso limitado \ AP: Se requiere autorización previa \ APTE: Se aplica autorización previa para terapia escalonada \ B/D: Medicare Parte B o D \ CM: Medicamento de cobertura mejorada \ ID: Medicamento para terapia de infusión domiciliaria \ LC: Se aplica límite de cantidad

* Medicamentos de la Parte B: no se requiere copago y el costo del medicamento no se aplica al beneficio de la Parte D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Notas sobre la cobertura
PREVPAC	Nivel 3	LC (14 EA per 30 day(s))
PROTONIX IV	Nivel 2	ID
PYLERA	Nivel 2	
<i>ranitidine hcl oral</i>	Nivel 1	
RELISTOR	Nivel 2	
<i>sucralfate</i>	Nivel 1	
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE		
AMITIZA CAP 24 MCG	Nivel 2	
APRISO	Nivel 2	
ASACOL	Nivel 2	
ASACOL HD	Nivel 2	
CANASA	Nivel 2	
<i>colocort</i>	Nivel 1	
DIPENTUM	Nivel 2	
ENTOCORT EC	Nivel 3	
<i>hydrocortisone</i>	Nivel 1	
<i>mesalamine</i>	Nivel 1	
PENTASA	Nivel 2	
<i>sulfasalazine</i>	Nivel 1	
<i>sulfazine ec</i>	Nivel 1	
HOME INFUSION THERAPY		
ACUTE CARE DRUGS		
ABELCET	Nivel 2	ID
<i>allopurinol sodium</i>	Nivel 1	ID
AMBISOME	Nivel 2	ID
<i>amikacin</i>	Nivel 1	ID

Para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Prime RxPlus, brindamos cobertura para los medicamentos del Nivel 1 durante el período sin cobertura.

AL: Medicamento de acceso limitado \ AP: Se requiere autorizaci&ocute;n previa \ APTE: Se aplica autorizaci&ocute;n previa para terapia escalonada \ B/D: Medicare Parte B o D \ CM: Medicamento de cobertura mejorada \ ID: Medicamento para terapia de infusi&ocute;n domiciliaria \ LC: Se aplica límite de cantidad

* Medicamentos de la Parte B: no se requiere copago y el costo del medicamento no se aplica al beneficio de la Parte D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Notas sobre la cobertura
AMPHOTEC	Nivel 2	ID
<i>amphotericin b</i>	Nivel 1	ID
ATGAM	Nivel 2	ID
<i>atropine syringe 0.05 mg/ml</i>	Nivel 1	ID
AVELOX IN NAACL (ISO-OSMOTIC)	Nivel 2	ID
AZACTAM	Nivel 2	ID
AZACTAM-ISO-OSMOTIC DEXTROSE	Nivel 2	ID
<i>azathioprine sodium</i>	Nivel 1	ID; * Parte B
<i>azithromycin</i>	Nivel 1	ID
<i>aztreonam</i>	Nivel 1	ID
BONIVA	Nivel 2	ID
<i>bumetanide</i>	Nivel 1	ID
<i>buprenorphine inj</i>	Nivel 1	ID
<i>butorphanol tartrate</i>	Nivel 1	ID
CALCIJEX	Nivel 2	ID
CANCIDAS	Nivel 2	ID
CAPASTAT	Nivel 2	ID
<i>cefazolin</i>	Nivel 1	ID
<i>cefazolin in dextrose (iso-os)</i>	Nivel 1	ID
<i>cefepime</i>	Nivel 1	ID
<i>cefotaxime</i>	Nivel 1	ID
<i>cefotetan</i>	Nivel 1	ID
<i>cefoxitin</i>	Nivel 1	ID
<i>cefoxitin in dextrose, iso-osm</i>	Nivel 1	ID
<i>ceftazidime</i>	Nivel 1	ID
<i>ceftriaxone</i>	Nivel 1	ID

Para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Prime RxPlus, brindamos cobertura para los medicamentos del Nivel 1 durante el período sin cobertura.

AL: Medicamento de acceso limitado \ AP: Se requiere autorizaci&ocute;n previa \ APTE: Se aplica autorizaci&ocute;n previa para terapia escalonada \ B/D: Medicare Parte B o D \ CM: Medicamento de cobertura mejorada \ ID: Medicamento para terapia de infusi&ocute;n domiciliaria \ LC: Se aplica límite de cantidad

* Medicamentos de la Parte B: no se requiere copago y el costo del medicamento no se aplica al beneficio de la Parte D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Notas sobre la cobertura
<i>cefuroxime sodium</i>	Nivel 1	ID
<i>chloramphenicol sod succinate</i>	Nivel 1	ID
<i>ciprofloxacin</i>	Nivel 1	ID
CLEOCIN INJ	Nivel 2	ID
CLEOCIN IN D5W	Nivel 2	ID
<i>clindamycin phosphate iv</i>	Nivel 1	ID
CUBICIN	Nivel 4	ID
<i>cyclosporine</i>	Nivel 1	ID; * Parte B
<i>d10 %-0.45 % sodium chloride</i>	Nivel 1	ID
<i>d5 %-0.45 % sodium chloride</i>	Nivel 1	ID
<i>dextrose 10% in water (d10w)</i>	Nivel 1	ID
<i>dextrose 10%-1/4 normal saline</i>	Nivel 1	ID
<i>dextrose 5% in water (d5w)</i>	Nivel 1	ID
<i>dextrose 5%-1/4 normal saline</i>	Nivel 1	ID
DIFLUCAN IN NAACL (ISO-OSM)	Nivel 2	ID
DORIBAX	Nivel 2	ID
<i>doxycycline hyclate iv</i>	Nivel 1	ID
ERAXIS(WATER DILUENT)	Nivel 2	ID
ERYTHROCIN	Nivel 2	ID
<i>fluconazole in dextrose(iso-o)</i>	Nivel 1	ID
FORTAZ	Nivel 2	ID
FORTAZ IN D5W	Nivel 2	ID
<i>foscarnet</i>	Nivel 1	ID
<i>gentamicin</i>	Nivel 1	ID
<i>gentamicin in nacl (iso-osm)</i>	Nivel 1	ID
<i>gentamicin sulfate (pf)</i>	Nivel 1	ID

Para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Prime RxPlus, brindamos cobertura para los medicamentos del Nivel 1 durante el período sin cobertura.

AL: Medicamento de acceso limitado \ AP: Se requiere autorizaci&ocute;n previa \ APTE: Se aplica autorizaci&ocute;n previa para terapia escalonada \ B/D: Medicare Parte B o D \ CM: Medicamento de cobertura mejorada \ ID: Medicamento para terapia de infusi&ocute;n domiciliaria \ LC: Se aplica límite de cantidad

* Medicamentos de la Parte B: no se requiere copago y el costo del medicamento no se aplica al beneficio de la Parte D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Notas sobre la cobertura
INTRALIPID	Nivel 2	ID
<i>kanamycin</i>	Nivel 1	ID
KEPPRA	Nivel 2	ID
<i>lactated ringers iv</i>	Nivel 1	ID
LEVAQUIN IN D5W	Nivel 2	ID
LINCOCIN	Nivel 2	ID
<i>meropenem</i>	Nivel 1	ID
MERREM	Nivel 2	ID
<i>metronidazole in nacl (iso-os)</i>	Nivel 1	ID
MYCAMINE	Nivel 2	ID
<i>nafcillin</i>	Nivel 1	ID
<i>nafcillin in d2.4w</i>	Nivel 1	ID
<i>oxacillin</i>	Nivel 1	ID
<i>oxacillin in dextrose, iso-osm</i>	Nivel 1	ID
<i>penicillin g pot in dextrose</i>	Nivel 1	ID
<i>penicillin g potassium</i>	Nivel 1	ID
<i>penicillin g sodium</i>	Nivel 1	ID
PENTAM	Nivel 2	ID
PFIZERPEN-G	Nivel 2	ID
<i>piperacillin</i>	Nivel 1	ID
<i>polymyxin b sulfate</i>	Nivel 1	ID
<i>potassium chloride iv</i>	Nivel 1	ID
REMODULIN	Nivel 4	AP; ID
SYNERCID	Nivel 2	ID
TAZICEF INJ	Nivel 2	ID
TEFLARO	Nivel 2	ID

Para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Prime RxPlus, brindamos cobertura para los medicamentos del Nivel 1 durante el período sin cobertura.

AL: Medicamento de acceso limitado \ AP: Se requiere autorización previa \ APTE: Se aplica autorización previa para terapia escalonada \ B/D: Medicare Parte B o D \ CM: Medicamento de cobertura mejorada \ ID: Medicamento para terapia de infusión domiciliaria \ LC: Se aplica límite de cantidad

* Medicamentos de la Parte B: no se requiere copago y el costo del medicamento no se aplica al beneficio de la Parte D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Notas sobre la cobertura
<i>tobramycin in ns</i>	Nivel 1	ID
<i>tobramycin sulfate</i>	Nivel 1	ID
<i>tpn electrolytes</i>	Nivel 1	ID
TYGACIL	Nivel 2	ID
UNASYN	Nivel 2	ID
<i>vancomycin iv solution 10 gram</i>	Nivel 1	ID
<i>vancomycin iv solution 500 mg</i>	Nivel 2	ID
VFEND IV	Nivel 2	ID
VISTIDE	Nivel 2	ID
ZINACEF	Nivel 2	ID
ZINACEF IN DEXTROSE (ISO-OSM)	Nivel 2	ID
ZINACEF IN STERILE WATER	Nivel 2	ID
ZOSYN	Nivel 2	ID
ZYVOX	Nivel 4	ID
ELECTROLYTES		
<i>0.45 % nacl-potassium chloride</i>	Nivel 1	ID
<i>ammonium chloride</i>	Nivel 1	ID
<i>d10-0.2 % nacl & potassium cl</i>	Nivel 1	ID
<i>d2.5 %-0.45 % sodium chloride</i>	Nivel 1	ID
<i>d5 %-0.9 % sodium chloride</i>	Nivel 1	ID
<i>d5-1/2 ns & potassium chloride</i>	Nivel 1	ID
<i>d5-1/3 ns & potassium chloride</i>	Nivel 1	ID
<i>d5-1/4 ns & potassium chloride</i>	Nivel 1	ID
<i>d5-lr with potassium chloride</i>	Nivel 1	ID
<i>d5-ns with potassium chloride</i>	Nivel 1	ID
<i>d5w with potassium chloride</i>	Nivel 1	ID

Para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Prime RxPlus, brindamos cobertura para los medicamentos del Nivel 1 durante el período sin cobertura.

AL: Medicamento de acceso limitado \ AP: Se requiere autorización previa \ APTE: Se aplica autorización previa para terapia escalonada \ B/D: Medicare Parte B o D \ CM: Medicamento de cobertura mejorada \ ID: Medicamento para terapia de infusión domiciliaria \ LC: Se aplica límite de cantidad

* Medicamentos de la Parte B: no se requiere copago y el costo del medicamento no se aplica al beneficio de la Parte D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Notas sobre la cobertura
<i>dextrose 5%-0.3 % sod.chloride</i>	Nivel 1	ID
<i>electrolyte-48 in d5w</i>	Nivel 2	ID
IONOSOL-B IN D5W	Nivel 2	ID
IONOSOL-MB IN D5W	Nivel 2	ID
IONOSOL-T IN D5W	Nivel 2	ID
ISOLYTE-H IN D5W	Nivel 2	ID
ISOLYTE-M IN D5W	Nivel 2	ID
ISOLYTE-P IN D5W	Nivel 2	ID
ISOLYTE-S	Nivel 2	ID
ISOLYTE-S IN D5W	Nivel 2	ID
NORMOSOL-M IN D5W	Nivel 2	ID
NORMOSOL-R IN D5W	Nivel 2	ID
NORMOSOL-R PH 7.4	Nivel 2	ID
<i>ns with potassium chloride</i>	Nivel 1	ID
PLASMA-LYTE 148	Nivel 2	ID
PLASMA-LYTE 148 IN D5W	Nivel 2	ID
PLASMA-LYTE 56	Nivel 2	ID
PLASMA-LYTE A	Nivel 2	ID
PLASMA-LYTE R	Nivel 2	ID
PLASMA-LYTE-56 IN D5W	Nivel 2	ID
<i>potassium chloride iv</i>	Nivel 1	ID
<i>ringers iv</i>	Nivel 1	ID
<i>sodium chloride</i>	Nivel 1	ID
<i>sodium chloride 0.45 %</i>	Nivel 1	ID
<i>sodium chloride 0.9 %</i>	Nivel 1	ID
<i>sodium chloride 3 %</i>	Nivel 1	ID

Para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Prime RxPlus, brindamos cobertura para los medicamentos del Nivel 1 durante el período sin cobertura.

AL: Medicamento de acceso limitado \ AP: Se requiere autorizaci&ocute;n previa \ APTE: Se aplica autorizaci&ocute;n previa para terapia escalonada \ B/D: Medicare Parte B o D \ CM: Medicamento de cobertura mejorada \ ID: Medicamento para terapia de infusi&ocute;n domiciliaria \ LC: Se aplica límite de cantidad

* Medicamentos de la Parte B: no se requiere copago y el costodel medicamento no se aplica al beneficio de la Parte D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Notas sobre la cobertura
<i>sodium chloride 5 %</i>	Nivel 1	ID
<i>sodium lactate</i>	Nivel 1	ID
IV NUTRITION		
AMINOSYN 10 %	Nivel 2	ID
AMINOSYN 3.5 %	Nivel 2	ID
AMINOSYN 5 % (SULFITE-FREE)	Nivel 2	ID
AMINOSYN 7 %	Nivel 2	ID
AMINOSYN 8.5 %	Nivel 2	ID
AMINOSYN II 10 %	Nivel 2	ID
AMINOSYN II 15%	Nivel 2	ID
AMINOSYN II 3.5 %/DEXTROSE 5 %	Nivel 2	ID
AMINOSYN II 3.5%-LYTES-CA-D25W	Nivel 2	ID
AMINOSYN II 4.25%-DEXTROSE 10%	Nivel 2	ID
AMINOSYN II 4.25%-DEXTROSE 25%	Nivel 2	ID
AMINOSYN II 4.25%-LYTES-CA-D25	Nivel 2	ID
AMINOSYN II 4.25%/DEXTROSE 20%	Nivel 2	ID
AMINOSYN II 5%/DEXTROSE 25%	Nivel 2	ID
AMINOSYN II 7 %	Nivel 2	ID
AMINOSYN II 8.5 %	Nivel 2	ID
AMINOSYN II 8.5 %-ELECTROLYTES	Nivel 2	ID
AMINOSYN M 3.5 %	Nivel 2	ID
AMINOSYN-HBC 7%	Nivel 2	ID
AMINOSYN-HF 8 %	Nivel 2	ID
AMINOSYN-PF 10 %	Nivel 2	ID
CLINIMIX 2.75%/D5 SULFITE FREE	Nivel 2	ID
CLINIMIX 4.25%/D5 SULFITE FREE	Nivel 2	ID

Para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Prime RxPlus, brindamos cobertura para los medicamentos del Nivel 1 durante el período sin cobertura.

AL: Medicamento de acceso limitado \ AP: Se requiere autorizaci&ocute;n previa \ APTE: Se aplica autorizaci&ocute;n previa para terapia escalonada \ B/D: Medicare Parte B o D \ CM: Medicamento de cobertura mejorada \ ID: Medicamento para terapia de infusi&ocute;n domiciliaria \ LC: Se aplica límite de cantidad

* Medicamentos de la Parte B: no se requiere copago y el costodel medicamento no se aplica al beneficio de la Parte D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Notas sobre la cobertura
CLINIMIX 4.25/D10 SULFITE FREE	Nivel 2	ID
CLINIMIX 4.25/D20 SULFITE FREE	Nivel 2	ID
CLINIMIX 4.25/D25 SULFITE FREE	Nivel 2	ID
CLINIMIX 5%/D15 SULFITE FREE	Nivel 2	ID
CLINIMIX 5%/D20 SULFITE FREE	Nivel 2	ID
CLINIMIX 5%/D25 SULFITE FREE	Nivel 2	ID
CLINIMIX E 2.75/D10 SULFITFREE	Nivel 2	ID
CLINIMIX E 2.75/D5 SULFITEFREE	Nivel 2	ID
CLINIMIX E 4.25/D25 SULFITFREE	Nivel 2	ID
CLINIMIX E 4.25/D5 SULFITEFREE	Nivel 2	ID
CLINIMIX E 5%/D15 SULFITE FREE	Nivel 2	ID
CLINIMIX E 5%/D20 SULFITE FREE	Nivel 2	ID
CLINIMIX E 5%/D25 SULFITE FREE	Nivel 2	ID
CLINISOL SF 15%	Nivel 2	ID
FREAMINE III 3 %-ELECTROLYTES	Nivel 2	ID
FREAMINE III 8.5 %	Nivel 2	ID
HEPATAMINE 8%	Nivel 2	ID
HEPATASOL 8 %	Nivel 2	ID
NEPHRAMINE 5.4 %	Nivel 2	ID
PREMASOL 10 %	Nivel 2	ID
PREMASOL 6 %	Nivel 2	ID
PROCALAMINE 3%	Nivel 2	ID
PROSOL 20%	Nivel 2	ID
TRAVASOL 10 %	Nivel 2	ID
TROPHAMINE 10 %	Nivel 2	ID
TROPHAMINE 6%	Nivel 2	ID

Para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Prime RxPlus, brindamos cobertura para los medicamentos del Nivel 1 durante el período sin cobertura.

AL: Medicamento de acceso limitado \ AP: Se requiere autorizaci&ocute;n previa \ APTE: Se aplica autorizaci&ocute;n previa para terapia escalonada \ B/D: Medicare Parte B o D \ CM: Medicamento de cobertura mejorada \ ID: Medicamento para terapia de infusi&ocute;n domiciliaria \ LC: Se aplica límite de cantidad

* Medicamentos de la Parte B: no se requiere copago y el costo del medicamento no se aplica al beneficio de la Parte D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Notas sobre la cobertura
HORMONES		
ADRENAL CORTICOSTEROIDS		
<i>cortisone</i>	Nivel 1	
<i>dexamethasone</i>	Nivel 1	
<i>dexamethasone intensol</i>	Nivel 1	
<i>dexamethasone sodium phosphate inj</i>	Nivel 1	
<i>dexpak</i>	Nivel 1	
<i>fludrocortisone</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone</i>	Nivel 1	
LYSODREN	Nivel 2	
<i>methylprednisolone</i>	Nivel 1	
<i>methylprednisolone acetate</i>	Nivel 1	
<i>methylprednisolone sodium succ</i>	Nivel 1	
MILLIPRED ORAL SOLN	Nivel 3	
ORAPRED	Nivel 3	
ORAPRED ODT	Nivel 3	
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	Nivel 1	
<i>prednisone</i>	Nivel 1	
PREDNISONA INTENSOL	Nivel 3	
ANDROGENS		
ANADROL-50	Nivel 3	
ANDROGEL	Nivel 2	
ANDROXY	Nivel 3	
<i>danazol</i>	Nivel 1	
DEPO-TESTOSTERONE	Nivel 3	
<i>oxandrolone tab 10 mg</i>	Nivel 4	

Para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Prime RxPlus, brindamos cobertura para los medicamentos del Nivel 1 durante el período sin cobertura.

AL: Medicamento de acceso limitado \ AP: Se requiere autorización previa \ APTE: Se aplica autorización previa para terapia escalonada \ B/D: Medicare Parte B o D \ CM: Medicamento de cobertura mejorada \ ID: Medicamento para terapia de infusión domiciliaria \ LC: Se aplica límite de cantidad

* Medicamentos de la Parte B: no se requiere copago y el costo del medicamento no se aplica al beneficio de la Parte D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Notas sobre la cobertura
<i>oxandrolone tab 2.5 mg</i>	Nivel 1	
STRIANT	Nivel 3	
TESTIM	Nivel 2	
<i>testosterone enanthate</i>	Nivel 1	
TESTRED	Nivel 3	
GONADOTROPIN RELEASING AGONISTS		
ELIGARD	Nivel 2	* Parte B
LUPRON DEPOT IM SYRINGE	Nivel 4	* Parte B
LUPRON DEPOT IM SYRINGE KIT	Nivel 2	* Parte B
LUPRON DEPOT (3 MONTH)	Nivel 4	* Parte B
LUPRON DEPOT (4 MONTH)	Nivel 4	* Parte B
LUPRON DEPOT-PED	Nivel 4	* Parte B
SYNAREL	Nivel 2	
TRELSTAR	Nivel 2	* Parte B
THYROID REPLACEMENT AND ANTITHYROID AGENTS		
<i>levothroid</i>	Nivel 1	
<i>levothyroxine</i>	Nivel 1	
<i>levoxyl</i>	Nivel 1	
<i>liothyronine oral</i>	Nivel 1	
<i>methimazole</i>	Nivel 1	
<i>propylthiouracil</i>	Nivel 1	
SYNTHROID	Nivel 3	
THYROLAR-1	Nivel 3	
THYROLAR-1/4	Nivel 3	
THYROLAR-2	Nivel 3	
THYROLAR-3	Nivel 3	

Para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Prime RxPlus, brindamos cobertura para los medicamentos del Nivel 1 durante el período sin cobertura.

AL: Medicamento de acceso limitado \ AP: Se requiere autorizaci&ocute;n previa \ APTE: Se aplica autorizaci&ocute;n previa para terapia escalonada \ B/D: Medicare Parte B o D \ CM: Medicamento de cobertura mejorada \ ID: Medicamento para terapia de infusi&ocute;n domiciliaria \ LC: Se aplica límite de cantidad

* Medicamentos de la Parte B: no se requiere copago y el costodel medicamento no se aplica al beneficio de la Parte D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Notas sobre la cobertura
TIROSINT	Nivel 3	
<i>unithroid</i>	Nivel 1	
IMMUNOLOGIC AGENTS		
IMMUNE STIMULANTS		
ACTHIB	Nivel 2	
ACTIMMUNE	Nivel 4	
ADACEL (ADOLESCENT & ADULT)	Nivel 2	
ADAGEN	Nivel 4	
BOOSTRIX	Nivel 2	
CARIMUNE NF NANOFILTERED	Nivel 4	AP; * Parte B
CERVARIX VACCINE	Nivel 2	
COMVAX	Nivel 2	
DAPTACEL (PEDIATRIC) (PF)	Nivel 2	
DECAVAC	Nivel 2	
ENGERIX-B (PF)	Nivel 2	* Parte B
GAMASTAN S/D	Nivel 2	AP; * Parte B
GAMMAGARD LIQUID	Nivel 4	AP; * Parte B
GAMMAPLEX	Nivel 4	AP; * Parte B
GAMUNEX	Nivel 4	AP; * Parte B
GARDASIL	Nivel 2	
HAVRIX (PF)	Nivel 2	
HIZENTRA	Nivel 4	AP; * Parte B
IMOVAX RABIES VACCINE	Nivel 2	
INFANRIX (PF)	Nivel 2	
IPOL	Nivel 2	
IXIARO (PF)	Nivel 2	

Para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Prime RxPlus, brindamos cobertura para los medicamentos del Nivel 1 durante el período sin cobertura.

AL: Medicamento de acceso limitado \ AP: Se requiere autorización previa \ APTE: Se aplica autorización previa para terapia escalonada \ B/D: Medicare Parte B o D \ CM: Medicamento de cobertura mejorada \ ID: Medicamento para terapia de infusión domiciliaria \ LC: Se aplica límite de cantidad

* Medicamentos de la Parte B: no se requiere copago y el costo del medicamento no se aplica al beneficio de la Parte D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Notas sobre la cobertura
JE-VAX	Nivel 2	
M-M-R II (PF)	Nivel 2	
MENACTRA (PF)	Nivel 2	
MENOMUNE - A/C/Y/W-135 (PF)	Nivel 2	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF)	Nivel 2	
PEDVAX HIB (PF)	Nivel 2	
PRIVIGEN	Nivel 4	AP; * Parte B
PROQUAD	Nivel 2	
RABAVERT (PF)	Nivel 2	
RECOMBIVAX HB (PF)	Nivel 2	* Parte B
ROTATEQ VACCINE	Nivel 2	
<i>tetanus toxoid, adsorbed (pf)</i>	Nivel 2	
<i>tetanus, diphtheria toxid ped-pf</i>	Nivel 2	
<i>tetanus-diphtheria toxoids-td</i>	Nivel 2	
TRIPEDIA (PF)	Nivel 2	
TWINRIX (PF)	Nivel 2	
TYPHIM VI	Nivel 2	
VAQTA (PF)	Nivel 2	
VARIVAX (PF)	Nivel 2	
VIVAGLOBIN	Nivel 4	AP; * Parte B
YF-VAX	Nivel 2	
ZOSTAVAX	Nivel 2	
IMMUNOSUPPRESSIVES		
CELLCEPT	Nivel 3	* Parte B
<i>cyclosporine</i>	Nivel 1	* Parte B
<i>cyclosporine modified</i>	Nivel 1	* Parte B

Para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Prime RxPlus, brindamos cobertura para los medicamentos del Nivel 1 durante el período sin cobertura.

AL: Medicamento de acceso limitado \ AP: Se requiere autorización previa \ APTE: Se aplica autorización previa para terapia escalonada \ B/D: Medicare Parte B o D \ CM: Medicamento de cobertura mejorada \ ID: Medicamento para terapia de infusión domiciliaria \ LC: Se aplica límite de cantidad

* Medicamentos de la Parte B: no se requiere copago y el costo del medicamento no se aplica al beneficio de la Parte D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Notas sobre la cobertura
<i>gengraf</i>	Nivel 1	* Parte B
<i>mycophenolate mofetil</i>	Nivel 1	* Parte B
MYFORTIC	Nivel 3	* Parte B
RAPAMUNE	Nivel 2	* Parte B
<i>tacrolimus cap 0.5 mg, 1 mg</i>	Nivel 1	* Parte B
<i>tacrolimus cap 5 mg</i>	Nivel 4	* Parte B
ZORTRESS	Nivel 2	* Parte B; LC (180 EA per 90 day(s))
MISCELLANEOUS DRUGS		
ACROMEGALY		
<i>octreotide acetate injection 1,000 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	Nivel 4	
<i>octreotide acetate injection 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml</i>	Nivel 1	
SANDOSTATIN INJECTION 1,000 MCG/ML, 100 MCG/ML, 200 MCG/ML, 500 MCG/ML	Nivel 4	
SANDOSTATIN INJECTION 50 MCG/ML	Nivel 2	
SANDOSTATIN LAR DEPOT	Nivel 4	* Parte B
SOMATULINE DEPOT	Nivel 4	AP; * Parte B
SOMAVERT	Nivel 4	AP
AMYOTROPHIC LATERAL SCLEROSIS		
RILUTEK	Nivel 4	
ANAPHYLAXIS EMERGENCY		
<i>epinephrine hcl</i>	Nivel 1	
EPIPEN	Nivel 2	LC (2 EA per 7 day(s))
EPIPEN JR	Nivel 2	LC (2 EA per 7 day(s))
<i>midodrine</i>	Nivel 1	

Para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Prime RxPlus, brindamos cobertura para los medicamentos del Nivel 1 durante el periodo sin cobertura.

AL: Medicamento de acceso limitado \ AP: Se requiere autorización previa \ APTE: Se aplica autorización previa para terapia escalonada \ B/D: Medicare Parte B o D \ CM: Medicamento de cobertura mejorada \ ID: Medicamento para terapia de infusión domiciliaria \ LC: Se aplica límite de cantidad

* Medicamentos de la Parte B: no se requiere copago y el costo del medicamento no se aplica al beneficio de la Parte D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Notas sobre la cobertura
TWINJECT AUTOINJECTOR	Nivel 2	LC (2 EA per 7 day(s))
BOTULINIUM TOXINS		
BOTOX	Nivel 2	AP; * Parte B
XEOMIN	Nivel 2	AP; * Parte B
CRYOPYRIN-ASSOCIATED PERIODIC SYNDROMES		
ARCALYST	Nivel 2	AP
CYSTIC FIBROSIS		
CAYSTON	Nivel 4	* Parte B
PULMOZYME	Nivel 4	* Parte B
TOBI	Nivel 4	* Parte B
CYSTINURIA		
CYSTADANE	Nivel 2	
DETOXIFICATION AGENTS		
ANTIZOL	Nivel 2	
EXJADE TAB 125 MG	Nivel 2	
EXJADE TAB 250 MG, 500 MG	Nivel 4	
FABRY DISEASE		
FABRAZYME	Nivel 4	AP; * Parte B
GAUCHER DISEASE		
CEREDASE	Nivel 4	AP; * Parte B
CEREZYME	Nivel 4	AP; * Parte B
VPRIV	Nivel 4	AP; * Parte B
ZAVESCA	Nivel 4	AP
GROWTH HORMONE DEFICIENCY		
EGRIFTA	Nivel 3	AP

Para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Prime RxPlus, brindamos cobertura para los medicamentos del Nivel 1 durante el período sin cobertura.

AL: Medicamento de acceso limitado \ AP: Se requiere autorización previa \ APTE: Se aplica autorización previa para terapia escalonada \ B/D: Medicare Parte B o D \ CM: Medicamento de cobertura mejorada \ ID: Medicamento para terapia de infusión domiciliaria \ LC: Se aplica límite de cantidad

* Medicamentos de la Parte B: no se requiere copago y el costo del medicamento no se aplica al beneficio de la Parte D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Notas sobre la cobertura
HUMATROPE INJECTION, CARTRIDGE 12 (36 UNIT) MG, 24 (72 UNIT) MG	Nivel 4	AP
HUMATROPE INJECTION, CARTRIDGE 6 (18 UNIT) MG	Nivel 2	AP
HUMATROPE SOLUTION FOR INJECTION	Nivel 4	AP
INCRELEX	Nivel 4	AP
NORDITROPIN FLEXPPO	Nivel 4	AP
NORDITROPIN NORDIFLEX	Nivel 4	AP
NUTROPIN	Nivel 4	AP
NUTROPIN AQ SUBQ CARTRIDGE 10 MG/2 ML (5 MG/ML)	Nivel 4	AP
NUTROPIN AQ NUSPIN	Nivel 4	AP
OMNITROPE SUB-Q SOLN	Nivel 4	AP
OMNITROPE SUBQ CARTRIDGE	Nivel 2	AP
SAIZEN	Nivel 4	AP
SAIZEN CLICK.EASY	Nivel 4	AP
SEROSTIM	Nivel 4	AP
TEV-TROPIN	Nivel 2	AP
ZORBTIVE	Nivel 4	AP
HEREDITARY TYROSINEMIA TYPE 2		
ORFADIN	Nivel 4	AP
HUNTINGTON DISEASE		
XENAZINE TAB 12.5 MG	Nivel 4	AP; LC (90 EA per 30 day(s))
XENAZINE TAB 25 MG	Nivel 4	AP; LC (120 EA per 30 day(s))
HYPERCALCEMIA		
HECTOROL	Nivel 2	
SENSIPAR TAB 30 MG	Nivel 2	

Para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Prime RxPlus, brindamos cobertura para los medicamentos del Nivel 1 durante el período sin cobertura.

AL: Medicamento de acceso limitado \ AP: Se requiere autorización previa \ APTE: Se aplica autorización previa para terapia escalonada \ B/D: Medicare Parte B o D \ CM: Medicamento de cobertura mejorada \ ID: Medicamento para terapia de infusión domiciliaria \ LC: Se aplica límite de cantidad

* Medicamentos de la Parte B: no se requiere copago y el costo del medicamento no se aplica al beneficio de la Parte D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Notas sobre la cobertura
SENSIPAR TAB 60 MG, 90 MG	Nivel 4	
HYPERPARATHYROIDISM		
<i>calcitriol</i>	Nivel 1	
ZEMPLAR ORAL	Nivel 2	
MUCOPOLYSACCHARIDOSIS		
ALDURAZYME	Nivel 4	AP; * Parte B
ELAPRASE	Nivel 4	* Parte B
NAGLAZYME	Nivel 4	* Parte B
MULTIPLE SCLEROSIS		
AMPYRA	Nivel 2	AP; LC (60 EA per 30 day(s))
AVONEX	Nivel 4	LC (4 EA per 30 day(s))
AVONEX ADMINISTRATION PACK	Nivel 4	LC (4 EA per 30 day(s))
BETASERON	Nivel 4	LC (15 EA per 30 day(s))
COPAXONE	Nivel 4	LC (30 EA per 30 day(s))
EXTAVIA	Nivel 4	LC (15 EA per 30 day(s))
GILENYA	Nivel 4	AP; LC (28 EA per 28 day(s))
REBIF	Nivel 4	LC (11 ML per 30 day(s))
REBIF TITRATION PACK	Nivel 4	LC (12 ML per 30 day(s))
TYSABRI	Nivel 4	AP; * Parte B
MYASTHENIA GRAVIS		
GUANIDINE	Nivel 3	
MESTINON SYRUP	Nivel 3	
MESTINON TIMESPAN	Nivel 2	
MYTELASE	Nivel 3	
<i>pyridostigmine bromide</i>	Nivel 1	

Para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Prime RxPlus, brindamos cobertura para los medicamentos del Nivel 1 durante el período sin cobertura.

AL: Medicamento de acceso limitado \ AP: Se requiere autorización previa \ APTE: Se aplica autorización previa para terapia escalonada \ B/D: Medicare Parte B o D \ CM: Medicamento de cobertura mejorada \ ID: Medicamento para terapia de infusión domiciliaria \ LC: Se aplica límite de cantidad

* Medicamentos de la Parte B: no se requiere copago y el costo del medicamento no se aplica al beneficio de la Parte D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Notas sobre la cobertura
PAGET'S DISEASE		
<i>etidronate disodium</i>	Nivel 1	
SKELID	Nivel 2	
PHENYLKETONURIA		
KUVAN	Nivel 4	AP
PHOSPHATE BINDERS		
<i>calcium acetate</i>	Nivel 1	
FOSRENOL	Nivel 2	
RENAGEL	Nivel 2	
RENVELA	Nivel 2	
POMPE DISEASE		
MYOZYME	Nivel 4	* Parte B
POTASSIUM BINDER		
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	Nivel 1	
PULMONARY HYPERTENSION		
ADCIRCA	Nivel 4	AP; LC (60 EA per 30 day(s))
LETAIRIS	Nivel 4	AP
REVATIO ORAL	Nivel 4	AP; LC (90 EA per 30 day(s))
TRACLEER	Nivel 4	AP
VENTAVIS	Nivel 4	AP; * Parte B
RESPIRATORY SYNCYTIAL VIRUS		
SYNAGIS	Nivel 4	AP; * Parte B
SMOKING CESSATION		
CHANTIX	Nivel 3	LC (60 EA per 30 day(s))
CHANTIX STARTING MONTH PAK	Nivel 3	LC (53 EA per 30 day(s))
NICOTROL	Nivel 2	

Para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Prime RxPlus, brindamos cobertura para los medicamentos del Nivel 1 durante el período sin cobertura.

AL: Medicamento de acceso limitado \ AP: Se requiere autorización previa \ APTE: Se aplica autorización previa para terapia escalonada \ B/D: Medicare Parte B o D \ CM: Medicamento de cobertura mejorada \ ID: Medicamento para terapia de infusión domiciliaria \ LC: Se aplica límite de cantidad

* Medicamentos de la Parte B: no se requiere copago y el costo del medicamento no se aplica al beneficio de la Parte D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Notas sobre la cobertura
NICOTROL NS	Nivel 3	
SYMPTOMATIC BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA		
AVODART	Nivel 2	
<i>finasteride</i>	Nivel 1	
JALYN	Nivel 2	
<i>tamsulosin</i>	Nivel 1	
UROXATRAL	Nivel 3	
UROLOGIC DISORDERS		
<i>bethanechol chloride</i>	Nivel 1	
<i>desmopressin inj</i>	Nivel 1	
<i>desmopressin nasal soln</i>	Nivel 1	
<i>desmopressin oral</i>	Nivel 1	
DETROL	Nivel 3	APTE
DETROL LA	Nivel 3	APTE
ENABLEX	Nivel 3	APTE
<i>flavoxate</i>	Nivel 1	
GELNIQUE	Nivel 2	
<i>oxybutynin chloride</i>	Nivel 1	
OXYTROL	Nivel 2	
SAMSCA	Nivel 3	LC (14 EA per 7 day(s))
SANCTURA XR	Nivel 3	
<i>trospium</i>	Nivel 1	
VESICARE	Nivel 2	
WILSON'S DISEASE		
CUPRIMINE	Nivel 2	
SYPRINE	Nivel 2	

Para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Prime RxPlus, brindamos cobertura para los medicamentos del Nivel 1 durante el período sin cobertura.

AL: Medicamento de acceso limitado \ AP: Se requiere autorización previa \ APTE: Se aplica autorización previa para terapia escalonada \ B/D: Medicare Parte B o D \ CM: Medicamento de cobertura mejorada \ ID: Medicamento para terapia de infusión domiciliaria \ LC: Se aplica límite de cantidad

* Medicamentos de la Parte B: no se requiere copago y el costo del medicamento no se aplica al beneficio de la Parte D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Notas sobre la cobertura
NEUROLOGICAL DRUGS		
ALZHEIMERS DISEASE		
<i>donepezil</i>	Nivel 2	
<i>ergoloid</i>	Nivel 1	
EXELON	Nivel 3	
<i>galantamine er 24 hr cap</i>	Nivel 1	
<i>galantamine tab</i>	Nivel 1	
NAMENDA	Nivel 2	
NAMENDA TITRATION PAK	Nivel 2	
RAZADYNE ORAL SOLN	Nivel 3	
<i>rivastigmine</i>	Nivel 1	
MIGRAINE THERAPY		
CAFERGOT	Nivel 3	
<i>cod-butalbital-acetaminop-caf</i>	Nivel 1	
<i>dihydroergotamine</i>	Nivel 1	
MIGRANAL	Nivel 3	LC (8 ML per 30 day(s))
<i>naratriptan</i>	Nivel 1	LC (9 EA per 30 day(s))
<i>sumatriptan sub-q 6 mg/0.5 ml</i>	Nivel 1	LC (4 ML per 30 day(s))
<i>sumatriptan succinate oral</i>	Nivel 1	LC (9 EA per 30 day(s))
PARKINSONS DISEASE		
APOKYN	Nivel 4	AP
AZILECT	Nivel 2	
<i>benztropine oral</i>	Nivel 1	
<i>bromocriptine</i>	Nivel 1	
<i>carbidopa-levodopa</i>	Nivel 1	
COMTAN	Nivel 2	

Para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Prime RxPlus, brindamos cobertura para los medicamentos del Nivel 1 durante el período sin cobertura.

AL: Medicamento de acceso limitado \ AP: Se requiere autorización previa \ APTE: Se aplica autorización previa para terapia escalonada \ B/D: Medicare Parte B o D \ CM: Medicamento de cobertura mejorada \ ID: Medicamento para terapia de infusión domiciliaria \ LC: Se aplica límite de cantidad

* Medicamentos de la Parte B: no se requiere copago y el costo del medicamento no se aplica al beneficio de la Parte D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Notas sobre la cobertura
CYCLOSET	Nivel 2	
LODOSYN	Nivel 2	
MIRAPEX	Nivel 3	
MIRAPEX ER	Nivel 3	
<i>pramipexole</i>	Nivel 1	
REQUIP XL 24 HR TAB 12 MG	Nivel 3	LC (180 EA per 90 day(s))
REQUIP XL 24 HR TAB 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	Nivel 3	LC (90 EA per 90 day(s))
<i>ropinirole</i>	Nivel 1	
<i>selegiline hcl</i>	Nivel 1	
STALEVO 100	Nivel 2	
STALEVO 125	Nivel 2	
STALEVO 150	Nivel 2	
STALEVO 200	Nivel 2	
STALEVO 50	Nivel 2	
STALEVO 75	Nivel 2	
TASMAR	Nivel 2	
<i>trihexyphenidyl</i>	Nivel 1	
SEIZURES		
BANZEL ORAL SUSP	Nivel 2	AP
BANZEL TAB 200 MG	Nivel 2	AP; LC (1440 EA per 90 day(s))
BANZEL TAB 400 MG	Nivel 2	AP; LC (720 EA per 90 day(s))
<i>carbamazepine</i>	Nivel 1	
CARBATROL	Nivel 3	
CELONTIN	Nivel 3	
DEPACON	Nivel 3	

Para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Prime RxPlus, brindamos cobertura para los medicamentos del Nivel 1 durante el período sin cobertura.

AL: Medicamento de acceso limitado \ AP: Se requiere autorización previa \ APTE: Se aplica autorización previa para terapia escalonada \ B/D: Medicare Parte B o D \ CM: Medicamento de cobertura mejorada \ ID: Medicamento para terapia de infusión domiciliar \ LC: Se aplica límite de cantidad

* Medicamentos de la Parte B: no se requiere copago y el costo del medicamento no se aplica al beneficio de la Parte D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Notas sobre la cobertura
DEPAKENE	Nivel 3	
DEPAKOTE	Nivel 3	
DEPAKOTE ER	Nivel 3	
DEPAKOTE SPRINKLES	Nivel 3	
DILANTIN	Nivel 3	
DILANTIN EXTENDED	Nivel 3	
DILANTIN INFATABS	Nivel 2	
DILANTIN-125	Nivel 3	
<i>divalproex</i>	Nivel 1	
<i>ethosuximide</i>	Nivel 1	
FELBATOL	Nivel 2	
<i>gabapentin</i>	Nivel 1	
GABITRIL	Nivel 2	
KEPPRA	Nivel 3	
KEPPRA XR	Nivel 3	
LAMICTAL	Nivel 3	
LAMICTAL ODT	Nivel 3	
LAMICTAL STARTER (BLUE) KIT	Nivel 3	
LAMICTAL XR 24 HR TAB 100 MG, 25 MG, 50 MG	Nivel 3	LC (90 EA per 90 day(s))
LAMICTAL XR 24 HR TAB 200 MG	Nivel 3	LC (270 EA per 90 day(s))
<i>lamotrigine</i>	Nivel 1	
<i>levetiracetam</i>	Nivel 1	
LYRICA	Nivel 3	APTE
MYSOLINE	Nivel 3	
NEURONTIN	Nivel 3	

Para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Prime RxPlus, brindamos cobertura para los medicamentos del Nivel 1 durante el período sin cobertura.

AL: Medicamento de acceso limitado \ AP: Se requiere autorización previa \ APTE: Se aplica autorización previa para terapia escalonada \ B/D: Medicare Parte B o D \ CM: Medicamento de cobertura mejorada \ ID: Medicamento para terapia de infusión domiciliaria \ LC: Se aplica límite de cantidad

* Medicamentos de la Parte B: no se requiere copago y el costo del medicamento no se aplica al beneficio de la Parte D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Notas sobre la cobertura
<i>oxcarbazepine</i>	Nivel 1	
PEGANONE	Nivel 3	
PHENYTEK	Nivel 3	
<i>phenytoin</i>	Nivel 1	
<i>phenytoin sodium</i>	Nivel 1	
<i>phenytoin sodium extended</i>	Nivel 1	
<i>primidone</i>	Nivel 1	
SABRIL	Nivel 4	
SAVELLA TAB	Nivel 2	APTE; LC (180 EA per 90 day(s))
STAVZOR	Nivel 3	
TEGRETOL	Nivel 3	
TEGRETOL XR	Nivel 3	
TOPAMAX	Nivel 3	
<i>topiramate</i>	Nivel 1	
TRILEPTAL	Nivel 3	
<i>valproate sodium</i>	Nivel 1	
<i>valproic acid</i>	Nivel 1	
<i>valproic acid (as sodium salt)</i>	Nivel 1	
VIMPAT IV	Nivel 3	AP
VIMPAT ORAL SOLN	Nivel 3	AP; LC (1200 ML per 30 day(s))
VIMPAT TAB	Nivel 3	AP; LC (180 EA per 90 day(s))
ZARONTIN	Nivel 3	
ZONEGRAN	Nivel 3	
<i>zonisamide</i>	Nivel 1	
SPASTICITY		
<i>baclofen</i>	Nivel 1	

Para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Prime RxPlus, brindamos cobertura para los medicamentos del Nivel 1 durante el período sin cobertura.

AL: Medicamento de acceso limitado \ AP: Se requiere autorización previa \ APTE: Se aplica autorización previa para terapia escalonada \ B/D: Medicare Parte B o D \ CM: Medicamento de cobertura mejorada \ ID: Medicamento para terapia de infusión domiciliar \ LC: Se aplica límite de cantidad

* Medicamentos de la Parte B: no se requiere copago y el costo del medicamento no se aplica al beneficio de la Parte D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Notas sobre la cobertura
<i>cyclobenzaprine</i>	Nivel 1	
<i>dantrolene</i>	Nivel 1	
<i>metaxalone</i>	Nivel 1	
<i>tizanidine</i>	Nivel 1	
PAIN AND INFLAMMATORY DISEASES		
ARTHRITIS		
ACTEMRA	Nivel 4	AP
ARTHROTEC 50	Nivel 3	
ARTHROTEC 75	Nivel 3	
<i>azathioprine</i>	Nivel 1	* Parte B
CELEBREX	Nivel 3	AP
<i>diclofenac potassium</i>	Nivel 1	
<i>diclofenac sodium</i>	Nivel 1	
ENBREL SUB-Q KIT	Nivel 4	AP; LC (4 EA per 30 day(s))
ENBREL SUB-Q SYRINGE 25 MG/0.5ML (0.51)	Nivel 4	AP; LC (8.16 ML per 30 day(s))
ENBREL SUB-Q SYRINGE 50 MG/ML (0.98 ML)	Nivel 4	AP; LC (7.84 ML per 30 day(s))
<i>fenoprofen</i>	Nivel 1	
<i>flurbiprofen</i>	Nivel 1	
HUMIRA	Nivel 4	AP; LC (6 EA per 30 day(s))
HUMIRA CROHN'S DIS START PCK	Nivel 4	AP; LC (1 EA per 365 day(s))
INDOCIN	Nivel 3	
<i>indomethacin</i>	Nivel 1	
KINERET	Nivel 4	AP; LC (20.1 ML per 30 day(s))
<i>leflunomide</i>	Nivel 1	
<i>meclofenamate</i>	Nivel 1	

Para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Prime RxPlus, brindamos cobertura para los medicamentos del Nivel 1 durante el período sin cobertura.

AL: Medicamento de acceso limitado \ AP: Se requiere autorización previa \ APTE: Se aplica autorización previa para terapia escalonada \ B/D: Medicare Parte B o D \ CM: Medicamento de cobertura mejorada \ ID: Medicamento para terapia de infusión domiciliaria \ LC: Se aplica límite de cantidad

* Medicamentos de la Parte B: no se requiere copago y el costo del medicamento no se aplica al beneficio de la Parte D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Notas sobre la cobertura
<i>meloxicam</i>	Nivel 1	
<i>methotrexate sodium</i>	Nivel 1	* Parte B
<i>methotrexate sodium (pf)</i>	Nivel 1	* Parte B
<i>nabumetone</i>	Nivel 2	
NALFON	Nivel 3	
ORENCIA	Nivel 4	AP; * Parte B
PENNSAID	Nivel 3	LC (300 ML per 30 day(s))
<i>piroxicam</i>	Nivel 1	
REMICADE	Nivel 4	AP; * Parte B
RHEUMATREX	Nivel 3	* Parte B
RIDAURA	Nivel 2	
SIMPONI	Nivel 4	AP; LC (0.5 ML per 30 day(s))
<i>sulindac</i>	Nivel 1	
<i>tolmetin</i>	Nivel 1	
TREXALL	Nivel 3	* Parte B
VOLTAREN TOP	Nivel 3	LC (200 GM per 1 day(s))
GOUT		
<i>allopurinol</i>	Nivel 1	
<i>colchicine-probenecid</i>	Nivel 1	
COLCRYS	Nivel 2	
<i>probenecid</i>	Nivel 1	
ULORIC	Nivel 3	APTE
PAIN, NSAID ANALGESICS		
<i>diflunisal</i>	Nivel 1	
<i>etodolac</i>	Nivel 1	
<i>ibuprofen</i>	Nivel 1	

Para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Prime RxPlus, brindamos cobertura para los medicamentos del Nivel 1 durante el periodo sin cobertura.

AL: Medicamento de acceso limitado \ AP: Se requiere autorización previa \ APTE: Se aplica autorización previa para terapia escalonada \ B/D: Medicare Parte B o D \ CM: Medicamento de cobertura mejorada \ ID: Medicamento para terapia de infusión domiciliaria \ LC: Se aplica límite de cantidad

* Medicamentos de la Parte B: no se requiere copago y el costo del medicamento no se aplica al beneficio de la Parte D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Notas sobre la cobertura
<i>naproxen</i>	Nivel 1	
<i>naproxen sodium</i>	Nivel 1	
PAIN, OPIOID AND OTHER ANALGESICS		
<i>acetaminophen-codeine</i>	Nivel 1	
AVINZA	Nivel 3	LC (60 EA per 30 day(s))
<i>butorphanol tartrate inj</i>	Nivel 1	
<i>butorphanol tartrate nasl</i>	Nivel 1	LC (7.5 ML per 30 day(s))
BUTRANS	Nivel 3	LC (4 EA per 30 day(s))
CAPITAL WITH CODEINE	Nivel 3	
<i>codeine sulfate</i>	Nivel 1	
DILAUDID-5	Nivel 3	
DILAUDID-HP	Nivel 3	
EMBEDA	Nivel 3	LC (60 EA per 30 day(s))
<i>endocet</i>	Nivel 1	
<i>fentanyl</i>	Nivel 1	LC (10 EA per 30 day(s))
<i>fentanyl citrate</i>	Nivel 1	LC (120 EA per 30 day(s))
<i>fentanyl citrate (pf)</i>	Nivel 1	
<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	Nivel 1	
<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	Nivel 1	
<i>hydromorphone</i>	Nivel 1	
<i>hydromorphone (pf)</i>	Nivel 1	
KADIAN	Nivel 3	LC (60 EA per 30 day(s))
<i>methadone</i>	Nivel 1	
<i>methadose</i>	Nivel 1	
<i>morphine er tab</i>	Nivel 2	LC (90 EA per 30 day(s))
<i>morphine oral soln</i>	Nivel 1	

Para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Prime RxPlus, brindamos cobertura para los medicamentos del Nivel 1 durante el período sin cobertura.

AL: Medicamento de acceso limitado \ AP: Se requiere autorizaci&ocute;n previa \ APTE: Se aplica autorizaci&ocute;n previa para terapia escalonada \ B/D: Medicare Parte B o D \ CM: Medicamento de cobertura mejorada \ ID: Medicamento para terapia de infusi&ocute;n domiciliaria \ LC: Se aplica límite de cantidad

* Medicamentos de la Parte B: no se requiere copago y el costo del medicamento no se aplica al beneficio de la Parte D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Notas sobre la cobertura
<i>morphine tab</i>	Nivel 1	
NUCYNTA	Nivel 3	LC (60 EA per 10 day(s))
ONSOLIS	Nivel 2	LC (60 EA per 15 day(s))
ORAMORPH SR	Nivel 3	LC (90 EA per 30 day(s))
<i>oxycodone</i>	Nivel 1	
<i>oxycodone hcl-oxycodone-asa</i>	Nivel 1	
<i>oxycodone-acetaminophen</i>	Nivel 1	
<i>oxycodone-aspirin</i>	Nivel 1	
OXYCONTIN	Nivel 2	LC (120 EA per 30 day(s))
<i>oxymorphone</i>	Nivel 1	
REPREXAIN	Nivel 3	
ROXICET	Nivel 3	
<i>tramadol</i>	Nivel 1	
<i>tramadol-acetaminophen</i>	Nivel 1	
XODOL 10/300	Nivel 3	
XODOL 5/300	Nivel 3	
XODOL 7.5/300	Nivel 3	
PSYCHIATRIC		
ALCOHOL DETERRENTS		
ANTABUSE	Nivel 2	
CAMPRAL DOSE PAK	Nivel 2	
<i>naltrexone</i>	Nivel 1	
ANXIETY		
<i>buspirone</i>	Nivel 1	
<i>meprobamate</i>	Nivel 1	

Para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Prime RxPlus, brindamos cobertura para los medicamentos del Nivel 1 durante el período sin cobertura.

AL: Medicamento de acceso limitado \ AP: Se requiere autorizaci&ocute;n previa \ APTE: Se aplica autorizaci&ocute;n previa para terapia escalonada \ B/D: Medicare Parte B o D \ CM: Medicamento de cobertura mejorada \ ID: Medicamento para terapia de infusi&ocute;n domiciliaria \ LC: Se aplica límite de cantidad

* Medicamentos de la Parte B: no se requiere copago y el costodel medicamento no se aplica al beneficio de la Parte D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Notas sobre la cobertura
ATTENTION DEFICIT DISORDER		
ADDERALL XR	Nivel 3	
<i>amphetamine salt combo</i>	Nivel 1	
CONCERTA	Nivel 3	
DAYTRANA	Nivel 2	APTE
DESOXYN	Nivel 3	
DEXEDRINE SPANSULE	Nivel 3	
<i>dexmethylphenidate</i>	Nivel 1	
<i>dextroamphetamine</i>	Nivel 1	
FOCALIN	Nivel 3	
FOCALIN XR	Nivel 2	APTE
METADATE CD	Nivel 3	
METADATE ER	Nivel 3	
<i>methamphetamine</i>	Nivel 2	
METHYLIN CHEWABLE TAB	Nivel 2	
METHYLIN ORAL SOLN	Nivel 2	
<i>methylin tab</i>	Nivel 1	
<i>methylin er</i>	Nivel 1	
<i>methylphenidate</i>	Nivel 1	
RITALIN	Nivel 3	
RITALIN LA	Nivel 3	
RITALIN SR	Nivel 3	
STRATTERA CAP 10 MG, 18 MG, 25 MG, 40 MG, 60 MG	Nivel 2	LC (60 EA per 30 day(s))
STRATTERA CAP 100 MG, 80 MG	Nivel 2	LC (30 EA per 30 day(s))
VYVANSE	Nivel 3	APTE

Para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Prime RxPlus, brindamos cobertura para los medicamentos del Nivel 1 durante el período sin cobertura.

AL: Medicamento de acceso limitado \ AP: Se requiere autorización previa \ APTE: Se aplica autorización previa para terapia escalonada \ B/D: Medicare Parte B o D \ CM: Medicamento de cobertura mejorada \ ID: Medicamento para terapia de infusión domiciliaria \ LC: Se aplica límite de cantidad

* Medicamentos de la Parte B: no se requiere copago y el costo del medicamento no se aplica al beneficio de la Parte D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Notas sobre la cobertura
BIPOLAR DISORDER		
EQUETRO	Nivel 3	
<i>lithium carbonate</i>	Nivel 1	
<i>lithium citrate</i>	Nivel 1	
LITHOBID	Nivel 3	
RISPERDAL CONSTA IM SYRINGE 12.5 MG/2 ML, 25 MG/2 ML, 37.5 MG/2 ML	Nivel 2	* Parte B
RISPERDAL CONSTA IM SYRINGE 50 MG/2 ML	Nivel 4	* Parte B
<i>risperidone</i>	Nivel 1	
SYMBYAX	Nivel 2	
DEPRESSION		
<i>amitriptyline</i>	Nivel 1	
<i>amoxapine</i>	Nivel 2	
ANAFRANIL	Nivel 3	
APLENZIN	Nivel 3	APTE
<i>budeprion sr</i>	Nivel 1	
<i>budeprion xl</i>	Nivel 1	
<i>buproban</i>	Nivel 1	
<i>bupropion hcl</i>	Nivel 1	
CELEXA	Nivel 3	APTE
<i>citalopram</i>	Nivel 1	
<i>clomipramine</i>	Nivel 1	
CYMBALTA CAP 20 MG, 30 MG	Nivel 3	APTE; LC (60 EA per 30 day(s))
CYMBALTA CAP 60 MG	Nivel 3	APTE; LC (30 EA per 30 day(s))
<i>desipramine</i>	Nivel 1	
<i>doxepin</i>	Nivel 1	

Para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Prime RxPlus, brindamos cobertura para los medicamentos del Nivel 1 durante el periodo sin cobertura.

AL: Medicamento de acceso limitado \ AP: Se requiere autorización previa \ APTE: Se aplica autorización previa para terapia escalonada \ B/D: Medicare Parte B o D \ CM: Medicamento de cobertura mejorada \ ID: Medicamento para terapia de infusión domiciliaria \ LC: Se aplica límite de cantidad

* Medicamentos de la Parte B: no se requiere copago y el costo del medicamento no se aplica al beneficio de la Parte D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Notas sobre la cobertura
EFFEXOR XR	Nivel 3	APTE
EMSAM	Nivel 3	APTE
<i>fluoxetine</i>	Nivel 1	
<i>fluvoxamine</i>	Nivel 1	
<i>imipramine hcl</i>	Nivel 1	
<i>imipramine pamoate</i>	Nivel 1	
LEXAPRO	Nivel 3	APTE
LUVOX CR	Nivel 3	APTE
<i>maprotiline</i>	Nivel 1	
MARPLAN	Nivel 3	
<i>mirtazapine</i>	Nivel 1	
NARDIL	Nivel 2	
<i>nefazodone</i>	Nivel 1	
NORPRAMIN	Nivel 3	
<i>nortriptyline</i>	Nivel 1	
OLEPTRO ER	Nivel 3	APTE
PAMELOR	Nivel 3	
PARNATE	Nivel 3	
<i>paroxetine hcl</i>	Nivel 1	
PAXIL	Nivel 3	APTE
PAXIL CR	Nivel 3	APTE
PEXEVA	Nivel 3	APTE
<i>phenelzine</i>	Nivel 1	
PRISTIQ	Nivel 2	APTE
<i>protriptyline</i>	Nivel 1	
PROZAC	Nivel 3	APTE

Para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Prime RxPlus, brindamos cobertura para los medicamentos del Nivel 1 durante el período sin cobertura.

AL: Medicamento de acceso limitado \ AP: Se requiere autorización previa \ APTE: Se aplica autorización previa para terapia escalonada \ B/D: Medicare Parte B o D \ CM: Medicamento de cobertura mejorada \ ID: Medicamento para terapia de infusión domiciliaria \ LC: Se aplica límite de cantidad

* Medicamentos de la Parte B: no se requiere copago y el costo del medicamento no se aplica al beneficio de la Parte D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Notas sobre la cobertura
PROZAC WEEKLY	Nivel 3	APTE
RAPIFLUX	Nivel 3	APTE
REMERON	Nivel 3	
REMERON SOLTAB	Nivel 3	
<i>sertraline</i>	Nivel 1	
SURMONTIL	Nivel 3	
TOFRANIL	Nivel 3	
TOFRANIL-PM	Nivel 3	
<i>tranylcypromine</i>	Nivel 1	
<i>trazodone</i>	Nivel 1	
<i>venlafaxine er 24 hr cap</i>	Nivel 1	
VENLAFAXINE ER 24 HR TAB	Nivel 3	APTE
<i>venlafaxine tab</i>	Nivel 1	
VIIBRYD	Nivel 3	APTE
VIVACTIL	Nivel 3	
WELLBUTRIN	Nivel 3	APTE
WELLBUTRIN SR	Nivel 3	APTE
WELLBUTRIN XL	Nivel 3	APTE
ZOLOFT	Nivel 3	APTE
INSOMNIA		
LUNESTA	Nivel 3	APTE; LC (30 EA per 30 day(s))
ROZEREM	Nivel 3	APTE; LC (30 EA per 30 day(s))
<i>zaleplon</i>	Nivel 1	LC (30 EA per 30 day(s))
<i>zolpidem er multiphase tab</i>	Nivel 1	APTE; LC (30 EA per 30 day(s))
<i>zolpidem tab</i>	Nivel 1	LC (30 EA per 30 day(s))

Para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Prime RxPlus, brindamos cobertura para los medicamentos del Nivel 1 durante el período sin cobertura.

AL: Medicamento de acceso limitado \ AP: Se requiere autorizaci&ocute;n previa \ APTE: Se aplica autorizaci&ocute;n previa para terapia escalonada \ B/D: Medicare Parte B o D \ CM: Medicamento de cobertura mejorada \ ID: Medicamento para terapia de infusi&ocute;n domiciliaria \ LC: Se aplica límite de cantidad

* Medicamentos de la Parte B: no se requiere copago y el costodel medicamento no se aplica al beneficio de la Parte D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Notas sobre la cobertura
NARCOLEPSY		
NUVIGIL	Nivel 2	APTE
XYREM	Nivel 4	
OPIOID ANTAGONISTS		
<i>naloxone</i>	Nivel 1	
SUBOXONE SUBLINGUAL FILM	Nivel 2	AP; LC (90 EA per 30 day(s))
SUBOXONE SUBLINGUAL TAB 2-0.5 MG	Nivel 3	AP; LC (90 EA per 30 day(s))
SUBOXONE SUBLINGUAL TAB 8-2 MG	Nivel 3	AP; LC (120 EA per 30 day(s))
PSYCHOSES		
ABILIFY IM	Nivel 2	* Parte B
ABILIFY ORAL	Nivel 3	
ABILIFY DISCMELT	Nivel 3	
<i>chlorpromazine</i>	Nivel 1	* Parte B
<i>clozapine</i>	Nivel 1	
CLOZARIL	Nivel 3	
FANAPT	Nivel 3	
FAZACLO	Nivel 2	
<i>fluphenazine decanoate</i>	Nivel 1	
<i>fluphenazine hcl</i>	Nivel 1	
GEODON	Nivel 2	
HALDOL	Nivel 3	
HALDOL DECANOATE	Nivel 3	
<i>haloperidol</i>	Nivel 1	
<i>haloperidol decanoate</i>	Nivel 1	
<i>haloperidol lactate</i>	Nivel 1	
INVEGA	Nivel 3	

Para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Prime RxPlus, brindamos cobertura para los medicamentos del Nivel 1 durante el período sin cobertura.

AL: Medicamento de acceso limitado \ AP: Se requiere autorización previa \ APTE: Se aplica autorización previa para terapia escalonada \ B/D: Medicare Parte B o D \ CM: Medicamento de cobertura mejorada \ ID: Medicamento para terapia de infusión domiciliaria \ LC: Se aplica límite de cantidad

* Medicamentos de la Parte B: no se requiere copago y el costo del medicamento no se aplica al beneficio de la Parte D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Notas sobre la cobertura
INVEGA SUSTENNA IM SYRINGE 117 MG/0.75 ML, 156 MG/ML (1 ML), 234 MG/1.5 ML	Nivel 4	* Parte B
INVEGA SUSTENNA IM SYRINGE 39 MG/0.25 ML, 78 MG/0.5 ML	Nivel 3	* Parte B
LATUDA	Nivel 3	LC (30 EA per 30 day(s))
<i>loxapine succinate</i>	Nivel 1	
LOXITANE	Nivel 3	
NAVANE	Nivel 3	
ORAP	Nivel 2	
<i>perphenazine</i>	Nivel 1	
<i>perphenazine-amitriptyline</i>	Nivel 1	
RISPERDAL	Nivel 3	
RISPERDAL M-TAB	Nivel 3	
<i>risperidone</i>	Nivel 1	
SAPHRIS	Nivel 3	
SEROQUEL TAB 100 MG, 200 MG, 300 MG, 400 MG	Nivel 3	
SEROQUEL TAB 25 MG, 50 MG	Nivel 3	AP; LC (60 EA per 30 day(s))
SEROQUEL XR	Nivel 2	
<i>thioridazine</i>	Nivel 1	
<i>thiothixene</i>	Nivel 1	
<i>trifluoperazine</i>	Nivel 1	
ZYPREXA IM	Nivel 3	* Parte B
ZYPREXA ORAL	Nivel 3	
ZYPREXA ZYDIS	Nivel 3	

Para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Prime RxPlus, brindamos cobertura para los medicamentos del Nivel 1 durante el periodo sin cobertura.

AL: Medicamento de acceso limitado \ AP: Se requiere autorización previa \ APTE: Se aplica autorización previa para terapia escalonada \ B/D: Medicare Parte B o D \ CM: Medicamento de cobertura mejorada \ ID: Medicamento para terapia de infusión domiciliaria \ LC: Se aplica límite de cantidad

* Medicamentos de la Parte B: no se requiere copago y el costo del medicamento no se aplica al beneficio de la Parte D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Notas sobre la cobertura
RESPIRATORY DRUGS		
ASTHMA		
ACCOLATE	Nivel 3	
ADVAIR DISKUS	Nivel 2	LC (180 EA per 90 day(s))
ADVAIR HFA	Nivel 2	LC (72 GM per 90 day(s))
<i>albuterol sulfate neb solution 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg /3 ml (0.083 %)</i>	Nivel 1	* Parte B; LC (1080 ML per 90 day(s))
<i>albuterol sulfate neb solution 5 mg/ml</i>	Nivel 1	* Parte B; LC (180 ML per 90 day(s))
<i>albuterol sulfate oral</i>	Nivel 1	
ALVESCO AEROSOL INHALER 160 MCG/ACTUATION	Nivel 3	LC (36.6 GM per 90 day(s))
ALVESCO AEROSOL INHALER 80 MCG/ACTUATION	Nivel 3	LC (18.3 GM per 90 day(s))
<i>aminophylline</i>	Nivel 1	
ASMANEX TWISTHALER BREATH ACTIVATED 110 MCG (30 DOSES)	Nivel 2	LC (1.62 GM per 90 day(s))
ASMANEX TWISTHALER BREATH ACTIVATED 220 MCG (120 DOSES), 220 MCG (60 DOSES)	Nivel 2	LC (1.44 GM per 90 day(s))
ASMANEX TWISTHALER BREATH ACTIVATED 220 MCG (14 DOSES), 220 MCG (30 DOSES)	Nivel 2	LC (2.88 GM per 90 day(s))
ATROVENT HFA	Nivel 2	LC (77.4 GM per 90 day(s))
BROVANA	Nivel 3	* Parte B; LC (360 ML per 90 day(s))
<i>budesonide</i>	Nivel 1	APTE; * Parte B; LC (720 ML per 90 day(s))
COMBIVENT	Nivel 2	LC (88.2 GM per 90 day(s))

Para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Prime RxPlus, brindamos cobertura para los medicamentos del Nivel 1 durante el periodo sin cobertura.

AL: Medicamento de acceso limitado \ AP: Se requiere autorizaci&ocute;n previa \ APTE: Se aplica autorizaci&ocute;n previa para terapia escalonada \ B/D: Medicare Parte B o D \ CM: Medicamento de cobertura mejorada \ ID: Medicamento para terapia de infusi&ocute;n domiciliaria \ LC: Se aplica límite de cantidad

* Medicamentos de la Parte B: no se requiere copago y el costodel medicamento no se aplica al beneficio de la Parte D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Notas sobre la cobertura
<i>cromolyn</i>	Nivel 1	* Parte B; LC (720 ML per 90 day(s))
<i>elixophyllin</i>	Nivel 1	
FLOVENT DISKUS	Nivel 2	LC (360 EA per 90 day(s))
FLOVENT HFA AEROSOL INHALER 110 MCG/ACTUATION, 220 MCG/ACTUATION	Nivel 2	LC (72 GM per 90 day(s))
FLOVENT HFA AEROSOL INHALER 44 MCG/ACTUATION	Nivel 2	LC (63.6 GM per 90 day(s))
FORADIL AEROLIZER	Nivel 3	LC (180 EA per 90 day(s))
<i>ipratropium bromide</i>	Nivel 1	* Parte B; LC (900 ML per 90 day(s))
<i>ipratropium-albuterol</i>	Nivel 1	* Parte B; LC (1080 ML per 90 day(s))
<i>levalbuterol hcl</i>	Nivel 1	APTE; * Parte B; LC (270 EA per 90 day(s))
MAXAIR AUTOHALER	Nivel 3	LC (42 GM per 90 day(s))
<i>metaproterenol</i>	Nivel 1	
PERFOROMIST	Nivel 2	* Parte B; LC (360 ML per 90 day(s))
PROAIR HFA	Nivel 2	LC (51 GM per 90 day(s))
PROVENTIL HFA	Nivel 3	LC (40.2 GM per 90 day(s))
PULMICORT FLEXHALER	Nivel 3	LC (6 EA per 90 day(s))
QVAR	Nivel 2	LC (52.2 GM per 90 day(s))
SEREVENT DISKUS	Nivel 3	LC (180 EA per 90 day(s))
SINGULAIR	Nivel 2	
SPIRIVA WITH HANDIHALER	Nivel 2	LC (90 EA per 90 day(s))
SYMBICORT HFA AEROSOL INHALER 160-4.5 MCG/ACTUATION	Nivel 2	LC (61.2 GM per 90 day(s))

Para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Prime RxPlus, brindamos cobertura para los medicamentos del Nivel 1 durante el periodo sin cobertura.

AL: Medicamento de acceso limitado \ AP: Se requiere autorizaci&ocute;n previa \ APTE: Se aplica autorizaci&ocute;n previa para terapia escalonada \ B/D: Medicare Parte B o D \ CM: Medicamento de cobertura mejorada \ ID: Medicamento para terapia de infusi&ocute;n domiciliaria \ LC: Se aplica límite de cantidad

* Medicamentos de la Parte B: no se requiere copago y el costodel medicamento no se aplica al beneficio de la Parte D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Notas sobre la cobertura
SYMBICORT HFA AEROSOL INHALER 80-4.5 MCG/ACTUATION	Nivel 2	LC (41.4 GM per 90 day(s))
<i>terbutaline oral</i>	Nivel 1	
THEO-24	Nivel 2	
<i>theochron</i>	Nivel 1	
<i>theophylline</i>	Nivel 1	
VENTOLIN HFA	Nivel 3	LC (54 GM per 90 day(s))
XOPENEX	Nivel 3	APTE; * Parte B; LC (810 ML per 90 day(s))
XOPENEX HFA	Nivel 3	LC (90 GM per 90 day(s))
<i>zafirlukast</i>	Nivel 1	
RESPIRATORY DRUGS, MISCELLANEOUS		
<i>acetylcysteine</i>	Nivel 1	* Parte B
ARALAST NP	Nivel 4	* Parte B
GLASSIA	Nivel 4	* Parte B
PROLASTIN	Nivel 4	* Parte B
PROLASTIN C	Nivel 4	* Parte B
XOLAIR	Nivel 4	AP; * Parte B
ZEMAIRA	Nivel 4	* Parte B
SKIN		
ACNE ROSACEA		
FINACEA	Nivel 2	
METROGEL	Nivel 3	
<i>metronidazole</i>	Nivel 1	
NORITATE	Nivel 2	
ACNE VULGARIS		
<i>adapalene</i>	Nivel 1	AP

Para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Prime RxPlus, brindamos cobertura para los medicamentos del Nivel 1 durante el periodo sin cobertura.

AL: Medicamento de acceso limitado \ AP: Se requiere autorización previa \ APTE: Se aplica autorización previa para terapia escalonada \ B/D: Medicare Parte B o D \ CM: Medicamento de cobertura mejorada \ ID: Medicamento para terapia de infusión domiciliaria \ LC: Se aplica límite de cantidad

* Medicamentos de la Parte B: no se requiere copago y el costo del medicamento no se aplica al beneficio de la Parte D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Notas sobre la cobertura
<i>amnesteem</i>	Nivel 1	
ATRALIN	Nivel 3	AP
<i>avita</i>	Nivel 1	AP
AZELEX	Nivel 3	
BENZACLIN PUMP	Nivel 3	
BENZAMYCIN	Nivel 3	
<i>clindamycin phosphate top</i>	Nivel 1	
DIFFERIN	Nivel 3	AP
<i>ery pads</i>	Nivel 1	
<i>erythromycin with ethanol topical gel</i>	Nivel 1	
<i>erythromycin-benzoyl peroxide</i>	Nivel 1	
RETIN-A MICRO	Nivel 3	AP
<i>sotret</i>	Nivel 1	
<i>tretinoin</i>	Nivel 1	AP
BACTERIAL INFECTIONS, TOPICAL		
ALTABAX	Nivel 3	LC (5 GM per 7 day(s))
BACTROBAN TOPICAL CREAM	Nivel 2	
CORTISPORIN TOP	Nivel 3	
<i>gentamicin</i>	Nivel 1	
<i>mupirocin</i>	Nivel 1	
<i>silver sulfadiazine</i>	Nivel 1	
<i>ssd</i>	Nivel 1	
<i>thermazene</i>	Nivel 1	
CORTICOSTEROIDS, TOPICAL		
<i>amcinonide</i>	Nivel 1	
<i>betamethasone dipropionate</i>	Nivel 1	

Para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Prime RxPlus, brindamos cobertura para los medicamentos del Nivel 1 durante el período sin cobertura.

AL: Medicamento de acceso limitado \ AP: Se requiere autorización previa \ APTE: Se aplica autorización previa para terapia escalonada \ B/D: Medicare Parte B o D \ CM: Medicamento de cobertura mejorada \ ID: Medicamento para terapia de infusión domiciliaria \ LC: Se aplica límite de cantidad

* Medicamentos de la Parte B: no se requiere copago y el costo del medicamento no se aplica al beneficio de la Parte D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Notas sobre la cobertura
<i>betamethasone valerate</i>	Nivel 1	
<i>betamethasone, augmented</i>	Nivel 1	
<i>clobetasol</i>	Nivel 1	
<i>clobetasol-emollient</i>	Nivel 1	
CLOBEX	Nivel 3	
CORDRAN TAPE	Nivel 3	
CORDRAN SP	Nivel 3	
<i>desonide</i>	Nivel 1	
<i>desoximetasone</i>	Nivel 2	
<i>diflorasone</i>	Nivel 1	
<i>fluocinolone</i>	Nivel 1	
<i>fluocinonide</i>	Nivel 1	
<i>fluocinonide-emollient</i>	Nivel 1	
<i>fluticasone</i>	Nivel 1	
<i>halobetasol propionate</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone butyrate</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone valerate</i>	Nivel 1	
KENALOG	Nivel 3	
LOCOID LIPOCREAM	Nivel 3	
LUXIQ	Nivel 3	
<i>mometasone</i>	Nivel 1	
PANDEL	Nivel 3	
<i>triamcinolone acetonide</i>	Nivel 1	
VANOS	Nivel 3	

Para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Prime RxPlus, brindamos cobertura para los medicamentos del Nivel 1 durante el período sin cobertura.

AL: Medicamento de acceso limitado \ AP: Se requiere autorizaci&ocute;n previa \ APTE: Se aplica autorizaci&ocute;n previa para terapia escalonada \ B/D: Medicare Parte B o D \ CM: Medicamento de cobertura mejorada \ ID: Medicamento para terapia de infusi&ocute;n domiciliaria \ LC: Se aplica límite de cantidad

* Medicamentos de la Parte B: no se requiere copago y el costodel medicamento no se aplica al beneficio de la Parte D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Notas sobre la cobertura
FUNGAL INFECTIONS, TOPICAL		
<i>ciclopirox topical cream</i>	Nivel 1	
<i>ciclopirox topical soln</i>	Nivel 1	AP
<i>ciclopirox topical susp</i>	Nivel 1	
<i>clotrimazole</i>	Nivel 1	
<i>clotrimazole-betamethasone</i>	Nivel 1	
<i>econazole</i>	Nivel 1	
<i>ketoconazole</i>	Nivel 1	
LOPROX SHAMPOO	Nivel 3	
<i>nyamyc</i>	Nivel 1	
<i>nystatin</i>	Nivel 1	
<i>nystatin-triamcinolone</i>	Nivel 1	
<i>nystop</i>	Nivel 1	
OXISTAT	Nivel 2	
PSORIASIS AND SEBORRHEA		
AMEVIVE	Nivel 4	AP; * Parte B
<i>calcipotriene</i>	Nivel 1	
SORIATANE	Nivel 2	
STELARA	Nivel 4	AP; * Parte B
TAZORAC	Nivel 2	AP
SCABIES AND PEDICULOSIS		
EURAX	Nivel 2	
<i>lindane</i>	Nivel 1	
<i>malathion</i>	Nivel 1	
<i>permethrin</i>	Nivel 1	

Para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Prime RxPlus, brindamos cobertura para los medicamentos del Nivel 1 durante el período sin cobertura.

AL: Medicamento de acceso limitado \ AP: Se requiere autorización previa \ APTE: Se aplica autorización previa para terapia escalonada \ B/D: Medicare Parte B o D \ CM: Medicamento de cobertura mejorada \ ID: Medicamento para terapia de infusión domiciliaria \ LC: Se aplica límite de cantidad

* Medicamentos de la Parte B: no se requiere copago y el costo del medicamento no se aplica al beneficio de la Parte D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Notas sobre la cobertura
TOPICAL, MISCELLANEOUS		
<i>ammonium lactate</i>	Nivel 1	
ELIDEL	Nivel 3	APTE
FLUOROPLEX	Nivel 2	
<i>fluorouracil iv</i>	Nivel 1	* Parte B
<i>fluorouracil topical soln</i>	Nivel 1	
<i>laclotion</i>	Nivel 1	
<i>lidocaine (pf)</i>	Nivel 1	
<i>lidocaine hcl inj</i>	Nivel 1	
<i>lidocaine hcl top</i>	Nivel 1	
<i>lidocaine mucosal soln 2 %</i>	Nivel 1	
<i>lidocaine-prilocaine</i>	Nivel 1	
LIDODERM	Nivel 2	AP; LC (90 EA per 30 day(s))
OXSORALEN	Nivel 2	
OXSORALEN ULTRA	Nivel 2	
PANRETIN	Nivel 4	
<i>proctocream-hc</i>	Nivel 1	
PROTOPIC	Nivel 3	APTE
REGRANEX	Nivel 4	
SANTYL	Nivel 2	
<i>sodium chloride</i>	Nivel 1	
SOLARAZE	Nivel 2	
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	Nivel 1	
SYNERA	Nivel 3	
<i>water for irrigation, sterile</i>	Nivel 1	
ZONALON	Nivel 3	

Para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Prime RxPlus, brindamos cobertura para los medicamentos del Nivel 1 durante el período sin cobertura.

AL: Medicamento de acceso limitado \ AP: Se requiere autorización previa \ APTE: Se aplica autorización previa para terapia escalonada \ B/D: Medicare Parte B o D \ CM: Medicamento de cobertura mejorada \ ID: Medicamento para terapia de infusión domiciliaria \ LC: Se aplica límite de cantidad

* Medicamentos de la Parte B: no se requiere copago y el costo del medicamento no se aplica al beneficio de la Parte D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Notas sobre la cobertura
VIRAL INFECTIONS, TOPICAL		
ALDARA	Nivel 3	
CONDYLOX	Nivel 3	
DENAVIR	Nivel 3	
<i>imiquimod</i>	Nivel 1	
<i>podofilox</i>	Nivel 1	
ZOVIRAX TOP	Nivel 2	
WOMENS HEALTH		
CONTRACEPTIVES		
<i>apri</i>	Nivel 1	
<i>aviane</i>	Nivel 1	
<i>balziva (28)</i>	Nivel 1	
BEYAZ	Nivel 3	
<i>camila</i>	Nivel 1	
<i>cesia</i>	Nivel 1	
<i>errin</i>	Nivel 1	
FEMCON FE	Nivel 3	
<i>gianvi</i>	Nivel 1	
JINTELI	Nivel 3	
<i>junel 1.5/30 (21)</i>	Nivel 1	
<i>junel 1/20 (21)</i>	Nivel 1	
<i>junel fe 1.5/30 (28)</i>	Nivel 1	
<i>junel fe 1/20 (28)</i>	Nivel 1	
<i>kariva</i>	Nivel 1	
<i>kelnor 1/35 (28)</i>	Nivel 1	
<i>leena 28</i>	Nivel 1	

Para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Prime RxPlus, brindamos cobertura para los medicamentos del Nivel 1 durante el período sin cobertura.

AL: Medicamento de acceso limitado \ AP: Se requiere autorización previa \ APTE: Se aplica autorización previa para terapia escalonada \ B/D: Medicare Parte B o D \ CM: Medicamento de cobertura mejorada \ ID: Medicamento para terapia de infusión domiciliaria \ LC: Se aplica límite de cantidad

* Medicamentos de la Parte B: no se requiere copago y el costo del medicamento no se aplica al beneficio de la Parte D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Notas sobre la cobertura
<i>lessina</i>	Nivel 1	
<i>levora-28</i>	Nivel 1	
LOSEASONIQUE	Nivel 3	
<i>low-ogestrel (28)</i>	Nivel 1	
LYBREL	Nivel 3	
<i>microgestin 1.5/30 (21)</i>	Nivel 1	
<i>microgestin 1/20 (21)</i>	Nivel 1	
<i>microgestin fe 1.5/30 (28)</i>	Nivel 1	
<i>microgestin fe 1/20 (28)</i>	Nivel 1	
<i>necon 0.5/35 (28)</i>	Nivel 1	
<i>necon 1/35 (28)</i>	Nivel 1	
NECON 10/11 (28)	Nivel 3	
<i>necon 7/7/7 (28)</i>	Nivel 1	
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	Nivel 1	
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	Nivel 1	
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	Nivel 1	
<i>nortrel 7/7/7 (28)</i>	Nivel 1	
NUVARING	Nivel 3	
ORTHO EVRA	Nivel 3	
OVCON-50 (28)	Nivel 3	
<i>portia</i>	Nivel 1	
<i>quasense</i>	Nivel 1	
SEASONIQUE	Nivel 3	
<i>tri-previfem (28)</i>	Nivel 1	
<i>tri-sprintec (28)</i>	Nivel 1	
<i>trinessa (28)</i>	Nivel 1	

Para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Prime RxPlus, brindamos cobertura para los medicamentos del Nivel 1 durante el período sin cobertura.

AL: Medicamento de acceso limitado \ AP: Se requiere autorizaci&ocute;n previa \ APTE: Se aplica autorizaci&ocute;n previa para terapia escalonada \ B/D: Medicare Parte B o D \ CM: Medicamento de cobertura mejorada \ ID: Medicamento para terapia de infusi&ocute;n domiciliaria \ LC: Se aplica límite de cantidad

* Medicamentos de la Parte B: no se requiere copago y el costo del medicamento no se aplica al beneficio de la Parte D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Notas sobre la cobertura
<i>trivora (28)</i>	Nivel 1	
<i>velivet</i>	Nivel 1	
ZEOSA	Nivel 3	
<i>zovia 1/35e (28)</i>	Nivel 1	
<i>zovia 1/50e (28)</i>	Nivel 1	
MENOPAUSAL SYMPTOMS/OSTEOPOROSIS		
ACTONEL	Nivel 3	APTE
<i>alendronate</i>	Nivel 1	
ALORA	Nivel 3	
ANGELIQ	Nivel 3	
BONIVA	Nivel 3	APTE
<i>calcitonin (salmon)</i>	Nivel 1	
CENESTIN	Nivel 3	
CLIMARA PRO	Nivel 3	
COMBIPATCH	Nivel 3	
CRINONE VAGINAL GEL 8 %	Nivel 2	
DIVIGEL	Nivel 3	
ELESTRIN	Nivel 3	
ENJUVIA TAB 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 1.25 MG	Nivel 3	
ESTRADERM	Nivel 2	
<i>estradiol</i>	Nivel 1	
<i>estradiol valerate</i>	Nivel 1	
ESTRING	Nivel 2	
<i>estropipate</i>	Nivel 1	
EVISTA	Nivel 2	

Para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Prime RxPlus, brindamos cobertura para los medicamentos del Nivel 1 durante el período sin cobertura.

AL: Medicamento de acceso limitado \ AP: Se requiere autorizaci&ocute;n previa \ APTE: Se aplica autorizaci&ocute;n previa para terapia escalonada \ B/D: Medicare Parte B o D \ CM: Medicamento de cobertura mejorada \ ID: Medicamento para terapia de infusi&ocute;n domiciliaria \ LC: Se aplica límite de cantidad

* Medicamentos de la Parte B: no se requiere copago y el costo del medicamento no se aplica al beneficio de la Parte D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Notas sobre la cobertura
FEMHRT LOW DOSE	Nivel 3	
FEMRING	Nivel 2	
FEMTRACE	Nivel 3	
FORTEO	Nivel 4	AP
FOSAMAX ORAL SOLN	Nivel 2	
<i>medroxyprogesterone oral</i>	Nivel 1	
MENEST	Nivel 3	
MENOSTAR	Nivel 3	
MIACALCIN INJ	Nivel 2	
<i>nora-be</i>	Nivel 1	
<i>norethindrone acetate</i>	Nivel 1	
<i>ortho-est 0.625</i>	Nivel 1	
<i>ortho-est 1.25</i>	Nivel 1	
<i>pamidronate</i>	Nivel 1	* Parte B
PREMARIN	Nivel 3	
PREMPHASE	Nivel 3	
PREMPRO	Nivel 3	
PROLIA	Nivel 2	AP; * Parte B
PROMETRIUM	Nivel 3	
RECLAST	Nivel 2	* Parte B
SARAFEM	Nivel 3	APTE
<i>selfemra</i>	Nivel 1	
VAGIFEM	Nivel 2	
VIVELLE-DOT	Nivel 2	
XGEVA	Nivel 4	AP; * Parte B
ZOMETA	Nivel 4	* Parte B

Para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Prime RxPlus, brindamos cobertura para los medicamentos del Nivel 1 durante el período sin cobertura.

AL: Medicamento de acceso limitado \ AP: Se requiere autorización previa \ APTE: Se aplica autorización previa para terapia escalonada \ B/D: Medicare Parte B o D \ CM: Medicamento de cobertura mejorada \ ID: Medicamento para terapia de infusión domiciliaria \ LC: Se aplica límite de cantidad

* Medicamentos de la Parte B: no se requiere copago y el costo del medicamento no se aplica al beneficio de la Parte D.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Notas sobre la cobertura
PRENATAL VITAMINS		
<i>prenatabs obn</i>	Nivel 1	
VAGINAL INFECTIONS		
CLEOCIN VAGINAL SUPPOSITORY	Nivel 3	
CLINDESSE	Nivel 3	
<i>fluconazole</i>	Nivel 1	
<i>metronidazole</i>	Nivel 1	
<i>terconazole</i>	Nivel 1	

Para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Prime RxPlus, brindamos cobertura para los medicamentos del Nivel 1 durante el período sin cobertura.

AL: Medicamento de acceso limitado \ AP: Se requiere autorizaci&ocute;n previa \ APTE: Se aplica autorizaci&ocute;n previa para terapia escalonada \ B/D: Medicare Parte B o D \ CM: Medicamento de cobertura mejorada \ ID: Medicamento para terapia de infusi&ocute;n domiciliaria \ LC: Se aplica límite de cantidad

* Medicamentos de la Parte B: no se requiere copago y el costodel medicamento no se aplica al beneficio de la Parte D.

Index

<i>0.45 % nacl-potassium chloride</i>	ADCIRCA	50	<i>amcinonide</i>	69
.....	ADDERALL XR	59	AMEVIVE	71
ABELCET	ADRIAMYCIN PFS	11	<i>amifostine crystalline</i>	11
ABILIFY	ADVAIR DISKUS	66	<i>amikacin</i>	34
ABILIFY DISCMELT	ADVAIR HFA	66	<i>amiloride</i>	21
ABRAXANE	ADVICOR	21	<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>	
<i>acarbose</i>	AFINITOR	14	.....	21
ACCOLATE	AGGRENOX	9	<i>aminophylline</i>	66
ACCU-CHEK ACTIVE TEST	ALAMAST	27	AMINOSYN 10 %	40
.....	<i>albuterol sulfate</i>	66	AMINOSYN 3.5 %	40
ACCU-CHEK AVIVA	<i>albuterol sulfate 1.25 mg/3 ml,</i>		AMINOSYN 5 %	
ACCU-CHEK AVIVA PLUS	<i>2.5 mg /3 ml (0.083 %)</i>	66	(SULFITE-FREE)	40
.....	<i>albuterol sulfate 5 mg/ml</i>	66	AMINOSYN 7 %	40
ACCU-CHEK COMFORT	<i>alcohol swabs</i>	23	AMINOSYN 8.5 %	40
CURVE TEST	ALDARA	72	AMINOSYN II 10 %	40
ACCU-CHEK COMPACT	ALDURAZYME	49	AMINOSYN II 15%	40
TEST	<i>alendronate</i>	75	AMINOSYN II 3.5	
<i>acebutolol</i>	ALIMTA	11	%/DEXTROSE 5 %	40
<i>acetaminophen-codeine</i>	ALINIA	2	AMINOSYN II	
<i>acetazol hc</i>	ALKERAN	11	3.5%-LYTES-CA-D25W	40
<i>acetazolamide</i>	<i>allopurinol</i>	57	AMINOSYN II	
<i>acetazolamide sodium</i>	<i>allopurinol sodium</i>	34	4.25%/DEXTROSE 20%	40
<i>acetylcysteine</i>	ALOCRIAL	27	AMINOSYN II	
ACTEMRA	ALOMIDE	27	4.25%-DEXTROSE 10%	40
ACTHIB	ALORA	75	AMINOSYN II	
ACTIMMUNE	ALOXI	31	4.25%-DEXTROSE 25%	40
ACTONEL	ALPHAGAN P	30	AMINOSYN II	
ACTOPLUS MET	<i>alprazolam</i>	27	4.25%-LYTES-CA-D25	40
ACTOPLUS MET XR	ALREX	29	AMINOSYN II	
ACTOS	ALTABAX	69	5%/DEXTROSE 25%	40
<i>acyclovir</i>	ALVESCO 160		AMINOSYN II 7 %	40
<i>acyclovir sodium</i>	MCG/ACTUATION.....	66	AMINOSYN II 8.5 %	40
ADACEL (ADOLESCENT &	ALVESCO 80		AMINOSYN II 8.5	
ADULT)	MCG/ACTUATION.....	66	%-ELECTROLYTES	40
ADAGEN	<i>amantadine</i>	3	AMINOSYN M 3.5 %	40
<i>adapalene</i>	AMBISOME	34	AMINOSYN-HBC 7%	40
			AMINOSYN-HF 8 %	40

AMINOSYN-PF 10 %	40	APRISO	34	ATGAM	35
<i>amiodarone</i>	18	APTIVUS	3	ATRALIN	69
AMITIZA 24 MCG	34	ARALAST NP	68	ATRIPLA	4
<i>amitriptyline</i>	61	ARANESP (POLYSORBATE) 100 MCG/0.5 ML, 25 MCG/0.42 ML, 40 MCG/0.4 ML, 60 MCG/0.3 ML	9	<i>atropine 0.05 mg/ml</i>	35
<i>amlodipine</i>	20	ARANESP (POLYSORBATE) 100 MCG/ML, 25 MCG/ML, 40 MCG/ML, 60 MCG/ML	9	ATROVENT HFA	66
<i>amlodipine-benazepril</i>	18	ARANESP (POLYSORBATE) 150 MCG/0.3 ML, 200 MCG/0.4 ML, 300 MCG/0.6 ML, 500 MCG/ML	9	AVALIDE	18
<i>ammonium chloride</i>	38	ARALYST	47	AVAPRO	18
<i>ammonium lactate</i>	71	ARIMIDEX	14	AVASTIN	11
<i>amnestem</i>	68	ARIXTRA 10 MG/0.8 ML, 5 MG/0.4 ML, 7.5 MG/0.6 ML	10	AVELOX IN NAACL (ISO-OSMOTIC)	35
<i>amoxapine</i>	61	ARIXTRA 2.5 MG/0.5 ML	10	<i>aviane</i>	73
<i>amoxicillin</i>	6	AROMASIN	14	AVINZA	58
<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>	6	ARRANON	11	<i>avita</i>	69
<i>amphetamine salt combo</i>	60	ARTHROTEC 50	56	AVODART	51
AMPHOTEC	34	ARTHROTEC 75	56	AVONEX	49
<i>amphotericin b</i>	35	ARZERRA	11	AVONEX ADMINISTRATION PACK	49
<i>ampicillin</i>	6	ASACOL	34	AZACTAM	35
<i>ampicillin sodium</i>	6	ASACOL HD	34	AZACTAM-ISO-OSMOTIC DEXTROSE	35
<i>ampicillin-sulbactam</i>	6	ASMANEX TWISTHALER 110 MCG (30 DOSES)	66	AZASITE	28
AMPYRA	49	ASMANEX TWISTHALER 220 MCG (120 DOSES), 220 MCG (60 DOSES)	66	<i>azathioprine</i>	56
ANADROL-50	42	ASMANEX TWISTHALER 220 MCG (14 DOSES), 220 MCG (30 DOSES)	66	<i>azathioprine sodium</i>	35
ANAFRANIL	61	ASTEPRO	26	<i>azelastine</i>	26
<i>anagrelide</i>	11	<i>atenolol</i>	20	<i>azelastine</i>	28
<i>anastrozole</i>	14	<i>atenolol-chlorthalidone</i>	18	AZELEX	69
ANCOBON	2			AZILECT	52
ANDROGEL	42			<i>azithromycin</i>	7
ANDROXY	42			<i>azithromycin</i>	35
ANGELIQ	75			AZOPT	30
ANTABUSE	59			AZOR	19
ANTIZOL	47			<i>aztreonam</i>	35
ANZEMET	31			<i>bacitracin</i>	28
ANZEMET 100 MG	31			<i>bacitracin-polymyxin b</i>	28
ANZEMET 50 MG	31			<i>baclofen</i>	55
APIDRA	23			BACTROBAN	69
APIDRA SOLOSTAR	23			BACTROBAN NASAL	26
APLENZIN	61			<i>balziva (28)</i>	73
APOKYN	52				
<i>apri</i>	73				

BANZEL	53	<i>brimonidine</i>	30	CARAFATE	33
BANZEL 200 MG	53	<i>bromfenac</i>	29	<i>carbamazepine</i>	53
BANZEL 400 MG	53	<i>bromocriptine</i>	52	CARBATROL	53
BARACLUDE	4	BROVANA	66	<i>carbidopa-levodopa</i>	52
<i>benazepril</i>	16	<i>budeprion sr</i>	61	<i>carbinoxamine maleate</i>	26
<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	19	<i>budeprion xl</i>	61	<i>carboplatin</i>	11
BENICAR	18	<i>budesonide</i>	66	CARDURA XL	17
BENICAR HCT	19	<i>bumetanide</i>	21	CARIMUNE NF NANOFILTERED	44
BENZAACLIN PUMP	69	<i>bumetanide</i>	35	<i>carteolol</i>	30
BENZAMYCIN	69	BUPHENYL	32	<i>cartia xt</i>	20
<i>benztropine</i>	52	<i>buprenorphine</i>	35	<i>carvedilol</i>	19
<i>betamethasone dipropionate</i>	69	<i>buproban</i>	61	CAYSTON	47
<i>betamethasone valerate</i>	69	<i>bupropion hcl</i>	61	CEDAX	6
<i>betamethasone, augmented</i>	70	<i>buspirone</i>	59	CEENU	14
BETASERON	49	BUSULFEX	11	<i>cefaclor</i>	6
<i>betaxolol</i>	20	<i>butorphanol tartrate</i>	35	<i>cefadroxil</i>	6
<i>betaxolol</i>	30	<i>butorphanol tartrate</i>	58	<i>cefazolin</i>	35
<i>bethanechol chloride</i>	51	BUTRANS	58	<i>cefazolin in dextrose (iso-os)</i>	35
BETIMOL	30	BYETTA	24	<i>cefdinir</i>	6
BETOPTIC S	30	CAFERGOT	52	<i>cefepime</i>	35
BEYAZ	73	CALCIJEX	35	<i>cefotaxime</i>	6
<i>bicalutamide</i>	14	<i>calcipotriene</i>	71	<i>cefotaxime</i>	35
BICILLIN C-R	6	<i>calcitonin (salmon)</i>	75	<i>cefotetan</i>	35
BICILLIN L-A	6	<i>calcitriol</i>	49	<i>cefoxitin</i>	35
BICNU	11	<i>calcium acetate</i>	50	<i>cefoxitin in dextrose, iso-osm</i>	35
BIDIL	22	<i>camila</i>	73	<i>cefpodoxime</i>	7
<i>bisoprolol fumarate</i>	20	CAMPATH	11	<i>cefprozil</i>	7
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	19	CAMPRAL DOSE PAK	59	<i>ceftazidime</i>	35
<i>bleomycin</i>	11	CAMPTOSAR	11	<i>ceftriaxone</i>	7
BLEPHAMIDE	28	CANASA	34	<i>ceftriaxone</i>	35
BLEPHAMIDE S.O.P.	28	CANCIDAS	35	<i>cefuroxime axetil</i>	7
BONIVA	35	CAPASTAT	35	<i>cefuroxime sodium</i>	35
BONIVA	75	CAPITAL WITH CODEINE	58	CELEBREX	56
BOOSTRIX	44	<i>captopril</i>	17	CELEXA	61
BOTOX	47	<i>captopril-hydrochlorothiazide</i>	19	CELLCEPT	45

CELONTIN	53	<i>clemastine</i>	26	CLINISOL SF 15%	41
CENESTIN	75	CLEOCIN	7	<i>clobetasol</i>	70
<i>cephalexin</i>	7	CLEOCIN	36	<i>clobetasol-emollient</i>	70
CEREDASE	47	CLEOCIN	77	CLOBEX	70
CEREZYME	47	CLEOCIN IN D5W	36	CLOLAR	12
CERUBIDINE	12	CLIMARA PRO	75	<i>clomipramine</i>	61
CERVARIX VACCINE	44	<i>clindamycin hcl</i>	7	<i>clonazepam</i>	27
CESAMET	31	<i>clindamycin phosphate</i>	36	<i>clonidine</i>	21
<i>cesia</i>	73	<i>clindamycin phosphate</i>	69	<i>clorazepate dipotassium</i>	27
CHANTIX	50	CLINDESSE	77	CLORPRES	19
CHANTIX STARTING		CLINIMIX 2.75%/D5 SULFITE		<i>clotrimazole</i>	2
MONTH PAK	50	FREE	40	<i>clotrimazole</i>	71
<i>chloramphenicol sod succinate</i>		CLINIMIX 4.25%/D5 SULFITE		<i>clotrimazole-betamethasone</i>	71
.....	36	FREE	40	<i>clozapine</i>	64
<i>chlordiazepoxide hcl</i>	27	CLINIMIX 4.25/D10 SULFITE		CLOZARIL	64
<i>chlorhexidine gluconate</i>	26	FREE	40	COARTEM	3
<i>chloroquine phosphate</i>	3	CLINIMIX 4.25/D20 SULFITE		<i>cod-butalbital-acetaminop-caf</i>	
<i>chlorothiazide</i>	21	FREE	41	.....	52
<i>chlorpromazine</i>	64	CLINIMIX 4.25/D25 SULFITE		<i>codeine sulfate</i>	58
<i>chlorpropamide</i>	25	FREE	41	<i>colchicine-probenecid</i>	57
<i>chlorthalidone</i>	21	CLINIMIX 5%/D15 SULFITE		COLCRYST	57
<i>cholestyramine light</i>	21	FREE	41	<i>colestipol</i>	21
<i>ciclopirox</i>	70	CLINIMIX 5%/D20 SULFITE		<i>colistin (colistimethate na)</i>	7
<i>ciclopirox</i>	71	FREE	41	<i>colocort</i>	34
<i>cilostazol</i>	11	CLINIMIX 5%/D25 SULFITE		COMBIGAN	30
<i>cimetidine</i>	33	FREE	41	COMBIPATCH	75
CIMZIA	32	CLINIMIX E 2.75/D10		COMBIVENT	66
CIMZIA POWDER FOR		SULFITFREE	41	COMBIVIR	4
RECONST	32	CLINIMIX E 2.75/D5		<i>compro</i>	31
CIPRODEX	25	SULFITEFREE	41	COMTAN	52
<i>ciprofloxacin</i>	8	CLINIMIX E 4.25/D25		COMVAX	44
<i>ciprofloxacin</i>	28	SULFITFREE	41	CONCERTA	60
<i>ciprofloxacin</i>	36	CLINIMIX E 4.25/D5		CONDYLOX	73
<i>ciprofloxacin (mixture)</i>	8	SULFITEFREE	41	<i>constulose</i>	32
<i>cisplatin</i>	12	CLINIMIX E 5%/D15 SULFITE		COPAXONE	49
<i>citalopram</i>	61	FREE	41	COPEGUS	4
<i>cladribine</i>	12	CLINIMIX E 5%/D20 SULFITE		CORDRAN	70
<i>clarithromycin</i>	7	FREE	41		
		CLINIMIX E 5%/D25 SULFITE			
		FREE	41		

CORDRAN SP	70	<i>d5 %-0.9 % sodium chloride</i>	38	DESOXYN	60
COREG CR	19	.....	38	DETROL	51
<i>cortisone</i>	41	<i>d5-1/2 ns & potassium chloride</i>	38	DETROL LA	51
CORTISPORIN	69	.....	38	<i>dexamethasone</i>	42
CORTISPORIN-TC	26	<i>d5-1/3 ns & potassium chloride</i>	38	<i>dexamethasone intensol</i>	42
<i>cortomycin</i>	26	.....	38	<i>dexamethasone sodium</i>	
COSMEGEN	12	<i>d5-1/4 ns & potassium chloride</i>	38	<i>phosphate</i>	42
COUMADIN	10	.....	38	DEXEDRINE SPANSULE	60
COVERA-HS	20	<i>d5-lr with potassium chloride</i>	38	<i>dexmethylphenidate</i>	60
CREON	32	.....	38	<i>dexpak</i>	42
CRINONE 8 %	75	<i>d5-ns with potassium chloride</i>	38	<i>dexrazoxane</i>	12
CRIXIVAN	4	.....	38	<i>dextroamphetamine</i>	60
<i>cromolyn</i>	28	<i>d5w with potassium chloride</i>	38	<i>dextrose 10% in water (d10w)</i>	36
<i>cromolyn</i>	66	.....	38	.....	36
CUBICIN	36	<i>dacarbazine</i>	12	<i>dextrose 10%-1/4 normal saline</i>	36
CUPRIMINE	51	DACOGEN	12	.....	36
<i>curity gauze</i>	23	<i>danazol</i>	42	<i>dextrose 5% in water (d5w)</i>	36
<i>cyclobenzaprine</i>	55	<i>dantrolene</i>	56	<i>dextrose 5%-0.3 % sod.chloride</i>	38
<i>cyclophosphamide</i>	15	<i>dapsone</i>	3	.....	38
CYCLOSET	52	DAPTACEL (PEDIATRIC)		<i>dextrose 5%-1/4 normal saline</i>	36
<i>cyclosporine</i>	36	(PF)	44	.....	36
<i>cyclosporine</i>	45	DARAPRIM	3	DIASTAT	27
<i>cyclosporine modified</i>	45	<i>daunorubicin</i>	12	DIASTAT ACUDIAL 5-7.5-10	
CYKLOKAPRON	11	DAUNOXOME	12	MG	27
CYMBALTA 20 MG, 30		DAYTRANA	60	<i>diclofenac potassium</i>	56
MG	61	DECAVAC	44	<i>diclofenac sodium</i>	29
CYMBALTA 60 MG	61	<i>demeclocycline</i>	9	<i>diclofenac sodium</i>	56
CYSTADANE	47	DENAVIR	73	<i>dicloxacillin</i>	7
<i>cytarabine</i>	12	DEPACON	53	<i>dicyclomine</i>	32
<i>cytarabine (pf)</i>	12	DEPAKENE	53	<i>didanosine</i>	4
<i>d10 %-0.45 % sodium chloride</i>		DEPAKOTE	54	DIFFERIN	69
.....	36	DEPAKOTE ER	54	<i>diflorasone</i>	70
<i>d10-0.2 % nacl & potassium cl</i>		DEPAKOTE SPRINKLES	54	DIFLUCAN IN NACL	
.....	38	DEPO-TESTOSTERONE	42	(ISO-OSM)	36
<i>d2.5 %-0.45 % sodium chloride</i>		DERMOTIC OIL	26	<i>diflunisal</i>	57
.....	38	<i>desipramine</i>	61	<i>digoxin</i>	18
<i>d5 %-0.45 % sodium chloride</i>		<i>desmopressin</i>	51	<i>dihydroergotamine</i>	52
.....	36	<i>desonide</i>	70	DILANTIN	54
		<i>desoximetasone</i>	70		

DILANTIN EXTENDED	54	EDURANT	4	<i>epinephrine hcl</i>	46
DILANTIN INFATABS	54	EFFEXOR XR	61	EPIPEN	46
DILANTIN-125	54	EGRIFTA	47	EPIPEN JR	46
DILAUDID-5	58	ELAPRASE	49	<i>epirubicin</i>	12
DILAUDID-HP	58	<i>electrolyte-48 in d5w</i>	39	EPIVIR	4
<i>diltiazem hcl</i>	20	ELESTAT	28	EPIVIR HBV	4
DIOVAN	18	ELESTRIN	75	<i>epplerenone</i>	22
DIOVAN HCT	19	ELIDEL	72	EPOGEN	10
DIPENTUM	34	ELIGARD	43	EPZICOM	4
<i>diphenhydramine hcl</i>	26	ELITEK	12	EQUETRO	60
<i>diphenoxylate-atropine</i>	31	<i>elixophyllin</i>	67	ERAXIS(WATER DILUENT)	
<i>dipyridamole</i>	9	ELLECE	12	.....	36
<i>disopyramide</i>	18	ELOXATIN	12	ERBITUX	12
<i>divalproex</i>	54	ELSPAR	12	<i>ergoloid</i>	52
DIVIGEL	75	EMADINE	28	<i>errin</i>	73
<i>docetaxel</i>	12	EMBEDA	58	<i>ery pads</i>	69
<i>donepezil</i>	51	EMCYT	15	<i>eryped 200</i>	7
DORAL	27	EMEND	31	<i>eryped 400</i>	7
DORIBAX	36	EMEND 125 MG.....	31	ERY-TAB	7
<i>dorzolamide</i>	30	EMEND 40 MG, 80 MG.....	31	ERYTHROCIN	36
<i>dorzolamide-timolol</i>	30	EMSAM	62	<i>erythrocin stearate</i>	8
<i>doxazosin</i>	17	EMTRIVA	4	<i>erythromycin</i>	8
<i>doxepin</i>	61	ENABLEX	51	<i>erythromycin</i>	28
DOXIL	12	<i>enalapril maleate</i>	17	<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	8
<i>doxorubicin</i>	12	<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>		<i>erythromycin with ethanol</i>	69
<i>doxycycline hyclate</i>	9	.....	19	<i>erythromycin-benzoyl peroxide</i>	
<i>doxycycline hyclate</i>	26	ENBREL	56	.....	69
<i>doxycycline hyclate</i>	36	ENBREL 25 MG/0.5ML		<i>erythromycin-sulfisoxazole</i>	8
<i>doxycycline monohydrate</i>	9	(0.51).....	56	<i>estazolam</i>	27
<i>dronabinol 10 mg</i>	31	ENBREL 50 MG/ML (0.98		ESTRADERM	75
<i>dronabinol 2.5 mg, 5 mg</i>	31	ML).....	56	<i>estradiol</i>	75
DROXIA	15	<i>endocet</i>	58	<i>estradiol valerate</i>	75
DUETACT	25	ENGERIX-B (PF)	44	ESTRING	75
DYNACIRC CR	20	ENJUVIA 0.3 MG, 0.45 MG,		<i>estropipate</i>	75
<i>e.e.s. 400</i>	7	0.625 MG, 1.25 MG.....	75	<i>ethambutol</i>	8
E.E.S. GRANULES	7	<i>enoxaparin</i>	10	<i>ethosuximide</i>	54
<i>econazole</i>	71	ENTOCORT EC	34	ETHYOL	12
		<i>enulose</i>	32		

<i>etidronate disodium</i>	49	<i>flavoxate</i>	51	FORTAZ IN D5W	36
<i>etodolac</i>	57	<i>flecainide</i>	18	FORTEO	76
ETOPOPHOS	12	FLOVENT DISKUS	67	FOSAMAX	76
<i>etoposide</i>	12	FLOVENT HFA 110		<i>foscarnet</i>	36
EURAX	71	MCG/ACTUATION, 220		<i>fosinopril</i>	17
EVISTA	75	MCG/ACTUATION	67	<i>fosinopril-hydrochlorothiazide</i>	
EXELON	52	FLOVENT HFA 44		.....	19
<i>exemestane</i>	15	MCG/ACTUATION	67	FOSRENOL	50
EXFORGE	19	<i>fluconazole</i>	2	FRAGMIN	10
EXFORGE HCT	19	<i>fluconazole</i>	77	FRAGMIN 10,000 UNIT/ML,	
EXJADE 125 MG	47	<i>fluconazole in dextrose(iso-o)</i>		12,500 UNIT/0.5 ML, 15,000	
EXJADE 250 MG, 500 MG	47	.....	36	UNIT/0.6 ML, 18,000	
EXTAVIA	49	FLUDARA	12	UNIT/0.72 ML, 7,500 UNIT/0.3	
FABRAZYME	47	<i>fludarabine</i>	13	ML	10
<i>famciclovir</i>	4	<i>fludrocortisone</i>	42	FRAGMIN 2,500 UNIT/0.2 ML,	
<i>famotidine</i>	33	<i>flunisolide</i>	26	5,000 UNIT/0.2 ML	10
FANAPT	64	<i>fluocinolone</i>	70	FREAMINE III 3	
FARESTON	15	<i>fluocinonide</i>	70	%-ELECTROLYTES	41
FASLODEX	12	<i>fluocinonide-emollient</i>	70	FREAMINE III 8.5 %	41
FAZACLO	64	<i>fluorometholone</i>	29	<i>furosemide</i>	21
FELBATOL	54	FLUOROPLEX	72	FUZEON	4
<i>felodipine</i>	20	<i>fluorouracil</i>	72	<i>gabapentin</i>	54
FEMARA	15	<i>fluoxetine</i>	62	GABITRIL	54
FEMCON FE	73	<i>fluphenazine decanoate</i>	64	<i>galantamine</i>	52
FEMHRT LOW DOSE	75	<i>fluphenazine hcl</i>	64	GAMASTAN S/D	44
FEMRING	76	<i>flurazepam</i>	27	GAMMAGARD LIQUID	44
FEMTRACE	76	<i>flurbiprofen</i>	56	GAMMAPLEX	44
<i>fenofibrate</i>	21	<i>flurbiprofen sodium</i>	29	GAMUNEX	44
<i>fenofibrate micronized</i>	21	<i>flutamide</i>	15	<i>ganciclovir 250 mg</i>	4
<i>fenoprofen</i>	56	<i>fluticasone</i>	26	<i>ganciclovir 500 mg</i>	4
<i>fentanyl</i>	58	<i>fluticasone</i>	70	GARDASIL	44
<i>fentanyl citrate</i>	58	<i>fluvoxamine</i>	62	GASTROCROM	33
<i>fentanyl citrate (pf)</i>	58	FML FORTE	29	GELNIQUE	51
<i>fexofenadine</i>	26	FML S.O.P.	29	<i>gemcitabine</i>	13
FINACEA	68	FOCALIN	60	<i>gemfibrozil</i>	22
<i>finasteride</i>	51	FOCALIN XR	60	GEMZAR	13
FLAREX	29	FORADIL AEROLIZER	67	<i>gengraf</i>	45
		FORTAZ	36	<i>gentak</i>	28

<i>gentamicin</i>	28	HAVRIX (PF)	44	<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	
<i>gentamicin</i>	36	HECTOROL	48	.....	58
<i>gentamicin</i>	69	HELIDAC	33	<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	58
<i>gentamicin in nacl (iso-osm)</i>		<i>heparin (porcine) 1,000 unit/ml,</i>		<i>hydrocortisone</i>	34
.....	36	<i>10,000 unit/ml, 5,000 unit/ml</i>	10	<i>hydrocortisone</i>	42
<i>gentamicin sulfate (pf)</i>	36	<i>heparin, porcine (pf)</i>	10	<i>hydrocortisone</i>	70
<i>gentasol</i>	28	HEPATAMINE 8%	41	<i>hydrocortisone butyrate</i>	70
GEODON	64	HEPATASOL 8 %	41	<i>hydrocortisone valerate</i>	70
<i>gianvi</i>	73	HEPSERA	4	<i>hydrocortisone-acetic acid</i>	26
GILENYA	49	HERCEPTIN	13	<i>hydromorphone</i>	58
GLASSIA	68	HEXALEN	15	<i>hydromorphone (pf)</i>	58
GLEEVEC	15	HIZENTRA	44	<i>hydroxychloroquine</i>	3
<i>glimepiride</i>	25	HUMALOG	23	<i>hydroxyurea</i>	15
<i>glipizide</i>	25	HUMALOG KWIKPEN	23	<i>hydroxyzine hcl</i>	26
<i>glipizide-metformin</i>	25	HUMALOG MIX 50-50	23	<i>hydroxyzine pamoate</i>	26
GLUCAGEN HYPOKIT	23	HUMALOG MIX 50-50		<i>ibuprofen</i>	57
GLUCAGON EMERGENCY		KWIKPEN	24	IDAMYCIN PFS	13
.....	23	HUMALOG MIX 75-25	24	<i>idarubicin</i>	13
<i>glyburide</i>	25	HUMALOG MIX 75-25		IFEX	13
<i>glyburide micronized</i>	25	KWIKPEN	24	<i>ifosfamide</i>	13
<i>glyburide-metformin</i>	25	HUMATROPE	48	<i>ifosfamide-mesna</i>	13
GOLYTELY	33	HUMATROPE 12 (36 UNIT)		<i>imipramine hcl</i>	62
<i>granisetron</i>	31	MG, 24 (72 UNIT) MG.....	47	<i>imipramine pamoate</i>	62
<i>granisetron (pf)</i>	31	HUMATROPE 6 (18 UNIT)		<i>imiquimod</i>	73
GRANISOL	32	MG	48	IMOVAX RABIES VACCINE	
GRIFULVIN V	2	HUMIRA	56	.....	44
<i>griseofulvin microsize</i>	3	HUMIRA CROHN'S DIS		INCRELEX	48
GRIS-PEG	2	START PCK	56	<i>indapamide</i>	21
<i>guanfacine</i>	21	HUMULIN 70/30	24	INDOCIN	56
GUANIDINE	49	HUMULIN 70/30 PEN	24	<i>indomethacin</i>	56
HALAVEN	13	HUMULIN N	24	INFANRIX (PF)	44
HALDOL	64	HUMULIN N PEN	24	INFERGEN	4
HALDOL DECANOATE	64	HUMULIN R	24	INNOHEP	10
<i>halobetasol propionate</i>	70	HUMULIN R U-500		<i>insulin syringe-needle u-100</i>	23
<i>haloperidol</i>	64	"CONCENTRATED"	24	INTELENCE	4
<i>haloperidol decanoate</i>	64	HYCAMTIN	13	INTRALIPID	36
<i>haloperidol lactate</i>	64	<i>hydralazine</i>	23	INTRON A	4
		<i>hydrochlorothiazide</i>	21		

INTRON A 10 MILLION UNIT/0.2 ML, 5 MILLION UNIT/0.2 ML.....	4	<i>itraconazole</i>	3	<i>lactated ringers</i>	37
INTRON A 3 MILLION UNIT /0.2 ML-6 DOSES.....	4	IXEMPRA	13	<i>lactulose</i>	33
INVANZ	7	IXIARO (PF)	44	LAMICTAL	54
INVEGA	64	JALYN	51	LAMICTAL ODT	54
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75 ML, 156 MG/ML (1 ML), 234 MG/1.5 ML.....	64	<i>jantoven</i>	10	LAMICTAL STARTER (BLUE) KIT	54
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25 ML, 78 MG/0.5 ML.....	65	JANUMET	25	LAMICTAL XR 100 MG, 25 MG, 50 MG.....	54
INVIRASE	4	JANUVIA	25	LAMICTAL XR 200 MG.....	54
IONOSOL-B IN D5W	39	JE-VAX	44	LAMISIL 125 MG.....	3
IONOSOL-MB IN D5W	39	JEVTANA	13	LAMISIL 187.5 MG.....	3
IONOSOL-T IN D5W	39	JINTELI	73	<i>lamotrigine</i>	54
IOPIDINE	30	<i>junel 1.5/30 (21)</i>	73	LANOXIN	18
IPOL	44	<i>junel 1/20 (21)</i>	73	LANOXIN PEDIATRIC	18
<i>ipratropium bromide</i>	67	<i>junel fe 1.5/30 (28)</i>	73	<i>lansoprazole</i>	33
<i>ipratropium bromide 0.03 %</i>	26	<i>junel fe 1/20 (28)</i>	73	LANTUS	24
<i>ipratropium bromide 0.06 %</i>	26	KADIAN	58	LANTUS SOLOSTAR	24
<i>ipratropium-albuterol</i>	67	KALETRA	4	<i>latanoprost</i>	30
IQUIX	28	<i>kanamycin</i>	37	LATUDA	65
IRESSA	15	<i>kariva</i>	73	<i>leena 28</i>	73
<i>irinotecan</i>	13	<i>kelnor 1/35 (28)</i>	73	<i>leflunomide</i>	56
ISENTRESS	15	KENALOG	70	<i>lessina</i>	73
ISOLYTE-H IN D5W	39	KEPPRA	37	LETAIRIS	50
ISOLYTE-M IN D5W	39	KEPPRA XR	54	<i>letrozole</i>	15
ISOLYTE-P IN D5W	39	KETEK	7	<i>leucovorin calcium</i>	15
ISOLYTE-S	39	<i>ketoconazole</i>	3	<i>leucovorin calcium</i>	16
ISOLYTE-S IN D5W	39	<i>ketoconazole</i>	71	LEUKERAN	15
<i>isoniazid</i>	8	<i>ketorolac</i>	29	LEUKINE	10
<i>isosorbide dinitrate</i>	17	KINERET	56	<i>leuprolide</i>	13
<i>isosorbide dinitrate</i>	23	<i>klor-con</i>	22	LEUSTATIN	13
<i>isosorbide mononitrate</i>	17	<i>klor-con 10</i>	22	<i>levalbuterol hcl</i>	67
<i>isradipine</i>	20	KLOR-CON M15	22	LEVAQUIN	8
ISTODAX	13	<i>klor-con m20</i>	22	LEVAQUIN IN D5W	37
		KOMBIGLYZE XR	25	LEVATOL	20
		KRISTALOSE	33	LEVEMIR	24
		KUVAN	50	LEVEMIR FLEXPEN	24
		<i>labetalol</i>	19	<i>levetiracetam</i>	54
		<i>laclotion</i>	72		

<i>levobunolol</i>	30	LOXITANE	65	<i>mercaptapurine</i>	15
<i>levofloxacin</i>	28	LUMIGAN	30	<i>meropenem</i>	37
<i>levora-28</i>	74	LUNESTA	63	MERREM	37
<i>levothroid</i>	43	LUPRON DEPOT	43	<i>mesalamine</i>	34
<i>levothyroxine</i>	43	LUPRON DEPOT (3 MONTH)	43	<i>mesna</i>	16
<i>levoxyl</i>	43	LUPRON DEPOT (4 MONTH)	43	MESNEX	16
LEXAPRO	62	LUPRON DEPOT-PED	43	MESTINON	49
LEXIVA	4	LUVOX CR	62	MESTINON TIMESPAN	49
<i>lidocaine (pf)</i>	72	LUXIQ	70	METADATE CD	60
<i>lidocaine hcl</i>	72	LYBREL	74	METADATE ER	60
<i>lidocaine hcl 2 %</i>	72	LYRICA	54	<i>metaproterenol</i>	67
<i>lidocaine-prilocaine</i>	72	LYSODREN	42	<i>metaxalone</i>	56
LIDODERM	72	LYSTEDA	11	<i>metformin</i>	25
LINCOCIN	37	<i>malathion</i>	71	<i>methadone</i>	58
<i>lindane</i>	71	<i>maprotiline</i>	62	<i>methadose</i>	58
<i>liothyronine</i>	43	MARPLAN	62	<i>methamphetamine</i>	60
<i>lisinopril</i>	17	MATULANE	15	<i>methazolamide</i>	30
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	19	<i>matzim la</i>	20	<i>methenamine hippurate</i>	2
<i>lithium carbonate</i>	61	MAXAIR AUTOHALER	67	<i>methimazole</i>	43
<i>lithium citrate</i>	61	<i>mebendazole</i>	2	<i>methotrexate sodium</i>	57
LITHOBID	61	<i>meclizine</i>	32	<i>methotrexate sodium (pf)</i>	57
LOCOID LIPOCREAM	70	<i>meclofenamate</i>	56	<i>methscopolamine</i>	33
LODOSYN	53	<i>medroxyprogesterone</i>	76	<i>methyl dopa</i>	21
<i>loperamide</i>	31	<i>mefloquine</i>	3	<i>methyl dopa-hydrochlorothiazide</i>	19
LOPROX	71	<i>megestrol</i>	5	METHYLIN	60
<i>lorazepam</i>	27	<i>meloxicam</i>	56	<i>methylin er</i>	60
<i>losartan</i>	18	<i>melphalan</i>	13	<i>methylphenidate</i>	60
<i>losartan-hydrochlorothiazide</i>	19	MENACTRA (PF)	45	<i>methylprednisolone</i>	42
LOSEASONIQUE	74	MENEST	76	<i>methylprednisolone acetate</i>	42
LOTEMAX	29	MENOMUNE - A/C/Y/W-135 (PF)	45	<i>methylprednisolone sodium succ</i>	42
LOTRONEX	33	MENOSTAR	76	<i>metipranolol</i>	30
<i>lovastatin</i>	22	MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF)	45	<i>metoclopramide</i>	32
LOVAZA	22	<i>meprobamate</i>	59	<i>metolazone</i>	21
<i>low-ogestrel (28)</i>	74	MEPRON	3	<i>metoprolol succinate</i>	20
<i>loxapine succinate</i>	65			<i>metoprolol tartrate</i>	20

<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i>	MUSTARGEN	13	<i>neomycin-polymyxin-dexameth</i>	29
.....	MYCAMINE	37	.....	29
METROGEL	MYCOBUTIN	8	<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>	29
<i>metronidazole</i>	<i>mycophenolate mofetil</i>	46	.....	29
<i>metronidazole</i>	MYFORTIC	46	<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	28
<i>metronidazole</i>	MYOZYME	50	<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	29
<i>metronidazole in nacl (iso-os)</i>	MYSOLINE	54	NEPHRAMINE 5.4 %	41
.....	MYTELASE	49	NEULASTA	10
<i>mexiletine</i>	<i>nabumetone</i>	57	NEUMEGA	10
MIACALCIN	<i>nadolol</i>	20	NEUPOGEN	10
<i>microgestin 1.5/30 (21)</i>	<i>nadolol-bendroflumethiazide</i>	19	NEURONTIN	54
<i>microgestin 1/20 (21)</i>	.....	19	NEVANAC	29
<i>microgestin fe 1.5/30 (28)</i>	<i>nafcillin</i>	37	NEXAVAR	15
<i>microgestin fe 1/20 (28)</i>	<i>nafcillin in d2.4w</i>	37	NIASPAN	
<i>midazolam</i>	NAFTIN	3	EXTENDED-RELEASE	22
<i>midazolam 5 mg/ml</i>	NAGLAZYME	49	<i>nicardipine</i>	20
<i>midodrine</i>	NALFON	57	NICOTROL	50
MIGRANAL	<i>naloxone</i>	64	NICOTROL NS	50
MILLIPRED	<i>naltrexone</i>	59	<i>nifediac cc</i>	20
<i>minitran</i>	NAMENDA	52	<i>nifedical xl</i>	20
<i>minocycline</i>	NAMENDA TITRATION PAK	52	<i>nifedipine</i>	20
MIRAPEX	.....	52	NILANDRON	15
MIRAPEX ER	<i>naproxen</i>	57	<i>nimodipine</i>	20
<i>mirtazapine</i>	<i>naproxen sodium</i>	58	NIPENT	13
<i>misoprostol</i>	<i>naratriptan</i>	52	<i>nisoldipine</i>	20
<i>mitomycin</i>	NARDIL	62	NITRO-BID	17
<i>mitoxantrone</i>	NATACYN	31	NITRO-DUR	17
M-M-R II (PF)	<i>nateglinide</i>	25	<i>nitroglycerin</i>	17
<i>moexipril</i>	NAVANE	65	NITROLINGUAL	17
<i>moexipril-hydrochlorothiazide</i>	<i>necon 0.5/35 (28)</i>	74	NITROSTAT	17
.....	<i>necon 1/35 (28)</i>	74	<i>nizatidine</i>	33
<i>mometasone</i>	NECON 10/11 (28)	74	<i>nora-be</i>	76
MONUROL	<i>necon 7/7/7 (28)</i>	74	NORDITROPIN FLEXPRO	48
<i>morphine</i>	<i>nefazodone</i>	62	.....	48
MOVIPREP	<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i>	28	NORDITROPIN NORDIFLEX	48
MOXEZA	.....	28	.....	48
MULTAQ	<i>neomycin-bacitracin-polymyxin</i>	28	<i>norethindrone acetate</i>	76
<i>mupirocin</i>	.....	28	NORITATE	68

NORMOSOL-M IN D5W	39	<i>octreotide acetate 100 mcg/ml,</i>		<i>oxazepam</i>	27
NORMOSOL-R IN D5W	39	<i>200 mcg/ml, 50 mcg/ml</i>	46	<i>oxcarbazepine</i>	54
NORMOSOL-R PH 7.4	39	<i>ofloxacin</i>	8	OXISTAT	71
NOROXIN	8	<i>ofloxacin</i>	26	OXSORALEN	72
NORPACE CR	18	<i>ofloxacin</i>	28	OXSORALEN ULTRA	72
NORPRAMIN	62	OLEPTRO ER	62	<i>oxybutynin chloride</i>	51
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	74	<i>omeprazole 10 mg, 20 mg</i>	33	<i>oxycodone</i>	59
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	74	<i>omeprazole 40 mg</i>	33	<i>oxycodone hcl-oxycodone-asa</i>	59
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	74	<i>omeprazole-sodium bicarbonate</i>	33	.....	59
<i>nortrel 7/7/7 (28)</i>	74	OMNITROPE	48	<i>oxycodone-acetaminophen</i>	59
<i>nortriptyline</i>	62	<i>ondansetron</i>	32	<i>oxycodone-aspirin</i>	59
NORVIR	5	<i>ondansetron hcl</i>	32	OXYCONTIN	59
NOVANTRONE	13	<i>ondansetron hcl (pf)</i>	32	<i>oxymorphone</i>	59
NOVOLIN 70/30	24	<i>ondansetron hcl 24 mg</i>	32	OXYTROL	51
NOVOLIN N	24	<i>ondansetron hcl 4 mg, 8 mg</i>	32	PACERONE	18
NOVOLIN R	24	ONE TOUCH TEST	23	<i>paclitaxel</i>	13
NOVOLOG	24	ONE TOUCH ULTRA TEST	23	PAMELOR	62
NOVOLOG FLEXPEN	24	.....	23	<i>pamidronate</i>	76
NOVOLOG MIX 70-30	24	ONGLYZA	25	PANCREAZE	32
NOVOLOG MIX 70-30		ONSOLIS	59	PANDEL	70
FLEXPEN	24	ONTAK	13	PANRETIN	72
<i>ns with potassium chloride</i>	39	ORAMORPH SR	59	<i>pantoprazole</i>	33
NUCYNTA	59	ORAP	65	PARNATE	62
NULYTELY WITH FLAVOR		ORAPRED	42	<i>paromomycin</i>	3
PACKS	33	ORAPRED ODT	42	<i>paroxetine hcl</i>	62
NUTROPIN	48	ORENCIA	57	PASER	8
NUTROPIN AQ 10 MG/2 ML		ORFADIN	48	PAXIL	62
(5 MG/ML).....	48	ORTHO EVRA	74	PAXIL CR	62
NUTROPIN AQ NUSPIN	48	<i>ortho-est 0.625</i>	76	PCE	8
NUVARING	74	<i>ortho-est 1.25</i>	76	PEDVAX HIB (PF)	45
NUVIGIL	63	OVCON-50 (28)	74	PEGANONE	55
<i>nyamyc</i>	71	<i>oxacillin</i>	37	PEGASYS	5
<i>nystatin</i>	3	<i>oxacillin in dextrose, iso-osm</i>	37	PEGASYS CONVENIENCE	5
<i>nystatin</i>	71	.....	37	PACK	5
<i>nystatin-triamcinolone</i>	71	<i>oxaliplatin</i>	13	PEGINTRON	5
<i>nystop</i>	71	<i>oxandrolone 10 mg</i>	42	PEGINTRON REDIPEN	5
<i>octreotide acetate 1,000 mcg/ml,</i>		<i>oxandrolone 2.5 mg</i>	42	<i>penicillin g pot in dextrose</i>	37
<i>500 mcg/ml</i>	46				

<i>penicillin g potassium</i>	37	PLAVIX	9	PRIMSOL	2
<i>penicillin g sodium</i>	37	<i>podofilox</i>	73	PRISTIQ	62
<i>penicillin v potassium</i>	7	<i>polymyxin b sulfate</i>	37	PRIVIGEN	45
PENNSAID	57	POLY-PRED	28	PROAIR HFA	67
PENTAM	37	<i>portia</i>	74	<i>probenecid</i>	57
PENTASA	34	<i>potassium chloride</i>	22	PROCALAMINE 3%	41
PENTOPAK	11	<i>potassium chloride</i>	37	<i>prochlorperazine</i>	32
<i>pentostatin</i>	14	<i>potassium chloride</i>	39	<i>prochlorperazine edisylate</i>	32
<i>pentoxifylline</i>	11	<i>potassium chloride 10 meq</i>	22	<i>prochlorperazine maleate</i>	32
PERFOROMIST	67	<i>potassium citrate</i>	22	PROCRIT 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML.....	10
<i>perindopril erbumine</i>	17	PRADAXA	11	PROCRIT 20,000 UNIT/ML, 40,000 UNIT/ML.....	10
<i>perio gard</i>	26	<i>pramipexole</i>	53	<i>proctocream-hc</i>	72
<i>permethrin</i>	71	PRANDIMET	25	PROGLYCEM	23
<i>perphenazine</i>	65	PRANDIN	25	PROLASTIN	68
<i>perphenazine-amitriptyline</i>	65	<i>pravastatin</i>	22	PROLASTIN C	68
PEXEVA	62	<i>prazosin</i>	17	PROLEUKIN	14
PFIZERPEN-G	37	PRED MILD	29	PROLIA	76
<i>phenelzine</i>	62	PRED-G	29	PROMACTA	10
<i>phenobarbital</i>	27	PRED-G S.O.P.	29	PROMETRIUM	76
PHENYTEK	55	<i>prednisolone acetate</i>	29	<i>propafenone</i>	18
<i>phenytoin</i>	55	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	42	<i>propantheline</i>	33
<i>phenytoin sodium</i>	55	<i>prednisone</i>	42	<i>propranolol</i>	20
<i>phenytoin sodium extended</i>	55	PREDNISONE INTENSOL	42	<i>propranolol-hydrochlorothiazid</i>	19
PHOTOFRIN	14	PREMARIN	76	<i>propylthiouracil</i>	43
<i>pilocarpine hcl</i>	26	PREMASOL 10 %	41	PROQUAD	45
PILOPINE HS	30	PREMASOL 6 %	41	PROSOL 20%	41
<i>pindolol</i>	20	PREMPHASE	76	PROTONIX	34
<i>piperacillin</i>	37	PREMPRO	76	PROTOPIC	72
<i>piroxicam</i>	57	<i>prenatabs obn</i>	76	<i>protiptyline</i>	62
PLASMA-LYTE 148	39	PREVALITE	22	PROVENTIL HFA	67
PLASMA-LYTE 148 IN D5W	39	PREVPAC	33	PROZAC	62
PLASMA-LYTE 56	39	PREZISTA 150 MG, 75 MG.....	5	PROZAC WEEKLY	62
PLASMA-LYTE A	39	PREZISTA 400 MG, 600 MG.....	5	PULMICORT FLEXHALER	67
PLASMA-LYTE R	39	PRIFTIN	8		
PLASMA-LYTE-56 IN D5W	39	PRIMAXIN IV	7		
		<i>primidone</i>	55		

PULMOZYME	47	RESTASIS	31	ROXICET	59
PYLERA	34	RETIN-A MICRO	69	ROZEREM	63
<i>pyrazinamide</i>	8	RETROVIR	5	SABRIL	55
<i>pyridostigmine bromide</i>	49	REVATIO	50	<i>safety needles</i>	23
<i>quasense</i>	74	REVLIMID	15	SAIZEN	48
<i>quinapril</i>	17	REYATAZ	5	SAIZEN CLICK.EASY	48
<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	19	RHEUMATREX	57	SAMSCA	51
<i>quinidine gluconate</i>	18	RIBAPAK DOSE PACK	5	SANCTURA XR	51
<i>quinidine sulfate</i>	18	<i>ribasphere</i>	5	SANCUSO	32
QVAR	67	<i>ribasphere 200 mg</i>	5	SANDOSTATIN 1,000 MCG/ML, 100 MCG/ML, 200 MCG/ML, 500 MCG/ML	46
RABAVERT (PF)	45	RIBASPHERE 400 MG, 600 MG	5	SANDOSTATIN 50 MCG/ML	46
<i>ramipril</i>	17	<i>ribavirin</i>	5	SANDOSTATIN LAR DEPOT	46
RANEXA	17	RIDAURA	57	SANTYL	72
<i>ranitidine hcl</i>	34	RIFAMATE	8	SAPHRIS	65
RAPAMUNE	46	<i>rifampin</i>	8	SARAFEM	76
RAPIFLUX	63	RIFATER	8	SAVELLA	55
RAZADYNE	52	RILUTEK	46	SEASONIQUE	74
REBETOL	5	<i>rimantadine</i>	5	<i>selegiline hcl</i>	53
REBIF	49	<i>ringers</i>	39	<i>selfemra</i>	76
REBIF TITRATION PACK	49	RIOMET	25	SELZENTRY 150 MG	5
RECLAST	76	RISPERDAL	65	SELZENTRY 300 MG	5
RECOMBIVAX HB (PF)	45	RISPERDAL CONSTA 12.5 MG/2 ML, 25 MG/2 ML, 37.5 MG/2 ML	61	SENSIPAR 30 MG	48
REGRANEX	72	RISPERDAL CONSTA 50 MG/2 ML	61	SENSIPAR 60 MG, 90 MG	48
RELENZA DISKHALER	5	RISPERDAL M-TAB	65	SEREVENT DISKUS	67
RELISTOR	34	<i>risperidone</i>	61	SEROMYCIN	8
REMERON	63	<i>risperidone</i>	65	SEROQUEL 100 MG, 200 MG, 300 MG, 400 MG	65
REMERON SOLTAB	63	RITALIN	60	SEROQUEL 25 MG, 50 MG	65
REMICADE	57	RITALIN LA	60	SEROQUEL XR	65
REMODULIN	37	RITALIN SR	60	SEROSTIM	48
RENAGEL	50	RITUXAN	14	<i>sertraline</i>	63
REVELA	50	<i>rivastigmine</i>	52	<i>silver sulfadiazine</i>	69
REPREXAIN	59	<i>romycin</i>	28	SIMCOR	22
REQUIP XL 12 MG	53	<i>ropinirole</i>	53	SIMPONI	57
REQUIP XL 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	53	ROTATEQ VACCINE	45		
RESCRIPTOR	5				

<i>simvastatin</i>	22	<i>stavudine</i>	5	SYNERA	72
SINGULAIR	67	STAVZOR	55	SYNERCID	37
SKELID	50	STELARA	71	SYNTHROID	43
<i>sodium chloride</i>	39	STRATTERA 10 MG, 18 MG, 25 MG, 40 MG, 60 MG.....	60	SYPRINE	51
<i>sodium chloride</i>	72	STRATTERA 100 MG, 80 MG.....	60	TABLOID	15
<i>sodium chloride 0.45 %</i>	39	STRIANT	43	<i>tacrolimus 0.5 mg, 1 mg</i>	46
<i>sodium chloride 0.9 %</i>	39	SUBOXONE	64	<i>tacrolimus 5 mg</i>	46
<i>sodium chloride 3 %</i>	39	SUBOXONE 2-0.5 MG.....	64	TAMIFLU	5
<i>sodium chloride 5 %</i>	39	SUBOXONE 8-2 MG.....	64	TAMIFLU 30 MG.....	5
<i>sodium fluoride</i>	26	<i>sucralfate</i>	34	TAMIFLU 45 MG, 75 MG.....	5
<i>sodium lactate</i>	40	<i>sulfacetamide sodium</i>	28	<i>tamoxifen</i>	15
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	50	<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	72	<i>tamsulosin</i>	51
SOLARAZE	72	<i>sulfadiazine</i>	8	TARCEVA 100 MG.....	15
SOMATULINE DEPOT	46	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	9	TARCEVA 150 MG, 25 MG.....	16
SOMAVERT	46	<i>sulfasalazine</i>	34	TARGRETIN	16
SORIATANE	71	<i>sulfazine ec</i>	34	TASIGNA	16
<i>sorine</i>	18	<i>sulindac</i>	57	TASMAR	53
<i>sotalol</i>	18	<i>sumatriptan succinate</i>	52	TAXOTERE	14
<i>sotret</i>	69	<i>sumatriptan succinate 6 mg/0.5 ml</i>	52	TAZICEF	37
SPECTRACEF	7	SUPRAX	7	TAZORAC	71
SPIRIVA WITH HANDIHALER	67	SURMONTIL	63	<i>taztia xt</i>	21
<i>spironolactone</i>	21	SUSTIVA	5	TEFLARO	37
<i>spironolactone</i>	22	SUTENT	15	TEGRETOL	55
<i>spironolacton-hydrochlorothiaz</i>	21	SYMBICORT 160-4.5 MCG/ACTUATION.....	67	TEGRETOL XR	55
SPRYCEL 100 MG, 140 MG.....	15	SYMBICORT 80-4.5 MCG/ACTUATION.....	67	<i>temazepam</i>	27
SPRYCEL 20 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG.....	15	SYMBYAX	61	TEMODAR 100 MG, 20 MG.....	16
<i>ssd</i>	69	SYMLIN	24	TEMODAR 140 MG, 5 MG.....	16
STALEVO 100	53	SYMLINPEN 120	24	TEMODAR 180 MG, 250 MG.....	16
STALEVO 125	53	SYMLINPEN 60	24	<i>terazosin</i>	17
STALEVO 150	53	SYNAGIS	50	<i>terbinafine</i>	3
STALEVO 200	53	SYNAREL	43	<i>terbutaline</i>	68
STALEVO 50	53			<i>terconazole</i>	77
STALEVO 75	53			TESTIM	43
				<i>testosterone enanthate</i>	43
				TESTRED	43

<i>tetanus toxoid, adsorbed (pf)</i>	45	TOPOSAR	14	<i>tri-sprintec (28)</i>	74
<i>tetanus, diphtheria toxid ped-pf</i>	45	<i>topotecan</i>	14	<i>trivora (28)</i>	74
<i>tetanus-diphtheria toxoids-td</i>	45	TORISEL	14	TRIZIVIR	6
<i>tetracycline</i>	9	<i>torsemide</i>	21	TROPHAMINE 10 %	41
TEV-TROPIN	48	<i>tpn electrolytes</i>	38	TROPHAMINE 6%	41
THALOMID	16	TRACLEER	50	<i>tropicamide</i>	31
THEO-24	68	<i>tramadol</i>	59	<i>trosipium</i>	51
<i>theochron</i>	68	<i>tramadol-acetaminophen</i>	59	TRUVADA	6
<i>theophylline</i>	68	<i>trandolapril</i>	17	TWINJECT AUTOINJECTOR	46
<i>thermazene</i>	69	<i>tranlycypromine</i>	63	TWINRIX (PF)	45
<i>thioridazine</i>	65	TRAVASOL 10 %	41	TYGACIL	38
<i>thiotepa</i>	14	TRAVATAN Z	30	TYKERB	16
<i>thiothixene</i>	65	<i>trazodone</i>	63	TYPHIM VI	45
THYROLAR-1	43	TREANDA	14	TYSABRI	49
THYROLAR-1/4	43	TRECTOR	8	TYZEKA	6
THYROLAR-2	43	TRELSTAR	43	TYZINE	27
THYROLAR-3	43	<i>tretinoin</i>	69	ULORIC	57
<i>ticlopidine</i>	11	<i>tretinoin (chemotherapy)</i>	16	UNASYN	38
TIKOSYN	18	TREXALL	57	<i>unithroid</i>	44
TIMENTIN	7	<i>triamcinolone acetonide</i>	26	UROXATRAL	51
<i>timolol maleate</i>	30	<i>triamcinolone acetonide</i>	70	URSO 250	33
TIROSINT	43	<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i>	19	URSO FORTE	33
<i>tizanidine</i>	56	<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i>	21	<i>ursodiol</i>	33
TOBI	47	<i>triazolam</i>	27	UVADEX	14
TOBRADEX	28	<i>trifluoperazine</i>	65	VAGIFEM	76
<i>tobramycin in ns</i>	37	<i>trifluridine</i>	30	<i>valacyclovir</i>	6
<i>tobramycin sulfate</i>	29	<i>trihexyphenidyl</i>	53	VALCYTE	6
<i>tobramycin sulfate</i>	38	TRILEPTAL	55	<i>valproate sodium</i>	55
<i>tobramycin-dexamethasone</i>	29	<i>trilyte with flavor packets</i>	33	<i>valproic acid</i>	55
<i>tobrasol</i>	29	<i>trimethoprim</i>	2	<i>valproic acid (as sodium salt)</i>	55
TOFRANIL	63	<i>trimethoprim-polymyxin b</i>	29	VANCOCIN	2
TOFRANIL-PM	63	<i>trinessa (28)</i>	74	<i>vancomycin</i>	2
<i>tolmetin</i>	57	TRIPEDIA (PF)	45	<i>vancomycin 10 gram</i>	38
TOPAMAX	55	<i>tri-previfem (28)</i>	74	<i>vancomycin 500 mg</i>	38
<i>topiramate</i>	55	TRISENOX	14	<i>vandetanib 100 mg</i>	16

<i>vandetanib 300 mg</i>	16	VOTRIENT	16	ZERIT	6
VANOS	70	VPRIV	47	ZETIA	22
VAQTA (PF)	45	VYTORIN 10-10	22	ZIAGEN	6
VARIVAX (PF)	45	VYTORIN 10-20	22	<i>zidovudine</i>	6
VECTIBIX	14	VYTORIN 10-40	22	ZINACEF	38
VELCADE	14	VYTORIN 10-80	22	ZINACEF IN DEXTROSE (ISO-OSM)	38
<i>velivet</i>	75	VYVANSE	60	ZINACEF IN STERILE WATER	38
<i>venlafaxine</i>	63	<i>warfarin</i>	11	ZINECARD	16
VENTAVIS	50	<i>water for irrigation, sterile</i>	72	ZIRGAN	30
VENTOLIN HFA	68	WELCHOL	22	ZMAX ADULT-PEDIATRIC	8
<i>verapamil</i>	21	WELLBUTRIN	63	ZOLINZA	16
VESICARE	51	WELLBUTRIN SR	63	ZOLOFT	63
VEXOL	29	WELLBUTRIN XL	63	<i>zolpidem</i>	63
VFEND	3	XALATAN	31	ZOMETA	76
VFEND IV	38	XENAZINE 12.5 MG.....	48	ZONALON	72
VIBRAMYCIN	9	XENAZINE 25 MG.....	48	ZONEGRAN	55
VICTOZA	24	XEOMIN	47	<i>zonisamide</i>	55
VIDAZA	14	XGEVA	76	ZORBTIVE	48
VIDEX 2 GRAM PEDIATRIC	6	XIFAXAN 200 MG	2	ZORTRESS	46
VIGAMOX	29	XIFAXAN 550 MG	2	ZOSTAVAX	45
VIIBRYD	63	XODOL 10/300	59	ZOSYN	38
VIMPAT	55	XODOL 5/300	59	ZOSYN IN DEXTROSE (ISO-OSM)	7
<i>vinblastine</i>	14	XODOL 7.5/300	59	<i>zovia 1/35e (28)</i>	75
<i>vincristine</i>	14	XOLAIR	68	<i>zovia 1/50e (28)</i>	75
<i>vinorelbine</i>	14	XOPENEX	68	ZOVIRAX	73
VIRACEPT	6	XOPENEX HFA	68	ZYLET	30
VIRAMUNE	6	XYREM	64	ZYMAR	29
VIRAMUNE XR	6	YF-VAX	45	ZYPREXA	65
VIREAD	6	<i>zafirlukast</i>	68	ZYPREXA ZYDIS	65
VISTIDE	38	<i>zaleplon</i>	63	ZYTIGA	16
VIVACTIL	63	ZANOSAR	14	ZYVOX	2
VIVAGLOBIN	45	ZARONTIN	55	ZYVOX	38
VIVELLE-DOT	76	ZAVESCA	47		
VOLTAREN	57	ZEMAIRA	68		
<i>voriconazole 200 mg</i>	3	ZEMPLAR	49		
<i>voriconazole 50 mg</i>	3	ZENPEP	32		
		ZEOSA	75		

TUFTS HEALTH PLAN MEDICARE PREFERRED...

Estamos aquí para ayudarlo.

Si tiene alguna pregunta, llámenos sin cargo y nos complacerá ayudarlo. 1-800-701-9000. Las personas con impedimentos auditivos pueden llamar al: TTY 1-800-208-9562. Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (Del 15 de octubre al 14 de febrero, los representantes estarán disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.). Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el día hábil siguiente.

O visite nuestro sitio web en tuftsmedicarepreferred.org.

Los beneficiarios deben acceder a su beneficio de medicamentos recetados a través de las farmacias de la red. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias, las primas y/o copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2013.

Tufts Health Plan Medicare Preferred es una organización de Medicare Advantage que tiene contrato con Medicare.

Esta información está disponible sin costo en otros idiomas. Para obtener más información, comuníquese a nuestro número de relaciones al cliente al 1-800-701-9000.

This information is available for free in other languages. Please contact our Customer Relations number at 1-800-701-9000 for additional information.

Visit us online at

tuftsmedicarepreferred.org

LEARN | COMPARE | ENROLL

TUFTS  Health Plan
Medicare Preferred

705 Mount Auburn Street, Watertown, MA 02472