2025

Formulario

(Lista de Medicamentos Cubiertos o "Lista de Medicamentos")

Wellcare Complete Simple (HMO), Wellcare Complete Simple (HMO-POS), Wellcare Complete Simple Open (PPO), Wellcare Endurance (HMO-POS), Wellcare Fidelis Simple (HMO-POS), Wellcare Giveback (HMO-POS), Wellcare Giveback Open (PPO), Wellcare Low Premium (HMO), Wellcare Low Premium (HMO-POS), Wellcare Low Premium Open (PPO), Wellcare PeaceHealth Simple (HMO-POS), Wellcare Premium Enhanced (PFFS), Wellcare Premium Enhanced Open (PPO), Wellcare Premium Ultra (HMO), Wellcare Premium Ultra (PFFS), Wellcare Premium Ultra Open (PPO), Wellcare Simple (HMO), Wellcare Simple (HMO-POS), Wellcare Simple Essential (HMO), Wellcare Simple Essential Value (HMO), Wellcare Simple Focus (HMO), Wellcare Simple Focus (HMO-POS), Wellcare Simple Open (PPO), Wellcare Simple Preferred (HMO-POS), Wellcare Simple Rx Plus Open (PPO), Wellcare Simple Value (HMO-POS), Wellcare TexanPlus Classic Simple (HMO-POS), Wellcare TexanPlus Simple (HMO-POS)

13

IMPORTANTE: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN ACERCA DE LOS MEDICAMENTOS QUE TIENEN COBERTURA EN ESTE PLAN

Lista de Medicamentos Aprobados por el Sistema de Gestión de Planes de Salud (HPMS), ID 25084

Esta lista de medicamentos se actualizó el 07/01/2025. Para obtener información más reciente o realizar otras preguntas, contacte a Servicios para Miembros de Wellcare al número de teléfono o en el sitio web de su plan que aparece en la portada y contraportada interior de esta lista de medicamentos, entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

Y0020_WCM_151953S_C Internal Approved 07252024 Final 13 SPA
NA5WCMFOR59881S_CV13_JUL25
07/01/2025 ©Wellcare 2024

Arkansas

Wellcare Simple Open (PPO),
Wellcare Simple Preferred (HMO-POS)
1-833-444-9088 (TTY: 711)
wellcare.com/medicare
Wellcare Simple (HMO-POS)
1-800-977-7522 (TTY: 711)
wellcare.com/allwellAR

California

Wellcare Simple (HMO)
1-866-999-3945 (TTY: 711)
wellcare.com/medicare
Wellcare Low Premium (HMO),
Wellcare Premium Ultra (HMO),
Wellcare Simple Focus (HMO)
1-800-275-4737 (TTY: 711)
wellcare.com/healthnetCA

Connecticut

HMO-POS, PPO
1-833-444-9088 (TTY: 711)
wellcare.com/medicare

Delaware

HMO-POS
1-800-977-7522 (TTY: 711)
wellcare.com/DE

Georgia

HMO-POS
1-866-892-8340 (TTY: 711)
wellcare.com/medicare

Illinois

Wellcare Simple Open (PPO),
Wellcare Simple Value (HMO-POS)
1-833-444-9088 (TTY: 711)
wellcare.com/medicare
Wellcare Simple Essential (HMO),
Wellcare Simple Essential Value (HMO)
1-866-892-8340 (TTY: 711)
wellcare.com/medicare

Iowa

HMO-POS
1-833-444-9088 (TTY: 711)
wellcare.com/medicare

Indiana

Wellcare Simple (HMO),
Wellcare Simple Open (PPO),
Wellcare Giveback Open (PPO),
Wellcare Premium Enhanced Open (PPO)
1-800-977-7522 (TTY: 711)
wellcare.com/allwellIN
Wellcare Complete Simple (HMO)
Wellcare Complete Simple Open (PPO)
1-800-977-7522 (TTY: 711)
wellcarecomplete.com

Kansas

Wellcare Simple (HMO-POS),
Wellcare Simple Open (PPO)
1-800-977-7522 (TTY: 711)
wellcare.com/allwellKS
Wellcare Complete Simple (HMO-POS),
Wellcare Complete Simple Open (PPO)
1-800-977-7522 (TTY: 711)
wellcarecomplete.com

Kentucky
HMO-POS, PPO
1-833-444-9088 (TTY: 711)
wellcare.com/medicare

Louisiana
HMO-POS, PPO
1-833-444-9088 (TTY: 711)
wellcare.com/medicare

Maine
HMO-POS
1-833-444-9088 (TTY: 711)
wellcare.com/medicare

Michigan
HMO-POS, PPO
1-866-892-8340 (TTY: 711)
wellcare.com/medicare

Mississippi
HMO-POS, PPO
1-833-444-9088 (TTY: 711)
wellcare.com/medicare

Missouri
HMO-POS
1-800-977-7522 (TTY: 711)
wellcare.com/allwellMO

Nebraska
HMO-POS, PPO
1-800-977-7522 (TTY: 711)
wellcare.com/NE

New Jersey
HMO-POS
1-833-444-9088 (TTY: 711)
wellcare.com/medicare

New York
Wellcare Premium Enhanced (PFFS),
Wellcare Premium Ultra (PFFS),
Wellcare Premium Ultra Open (PPO),
Wellcare Simple (HMO-POS),
Wellcare Simple Open (PPO)
1-833-444-9088 (TTY: 711)
wellcare.com/medicare
Wellcare Fidelis Simple (HMO-POS)
1-800-247-1447 (TTY: 711)
wellcare.com/fidelisNY

North Carolina
HMO-POS, PPO
1-833-444-9088 (TTY: 711)
wellcare.com/medicare

Ohio
PPO
1-800-977-7522 (TTY: 711)
wellcare.com/allwellOH

Oklahoma

HMO-POS, PPO

1-800-977-7522 (TTY: 711)

wellcare.com/OK

Oregon

HMO-POS, PPO

1-844-582-5177 (TTY: 711)

wellcare.com/healthnetOR

Pennsylvania

HMO, PPO

1-800-977-7522 (TTY: 711)

wellcare.com/allwellPA

South Carolina

HMO-POS, PPO

1-866-892-8340 (TTY: 711)

wellcare.com/medicare

Tennessee

HMO-POS

1-833-444-9088 (TTY: 711)

wellcare.com/medicare

Texas

Wellcare Simple (HMO) H0174015000,
Wellcare Simple (HMO) H0174016000,
Wellcare Simple Open (PPO),
Wellcare Simple Rx Plus Open (PPO),
Wellcare Simple Value (HMO-POS),
Wellcare TexanPlus Classic Simple (HMO-POS),
Wellcare TexanPlus Simple (HMO-POS)

1-833-444-9088 (TTY: 711)

wellcare.com/medicare

Wellcare Simple (HMO) H5294011000,
Wellcare Simple (HMO) H5294017000,
Wellcare Simple (HMO) H5294018000,
Wellcare Simple (HMO) H5294020000

1-800-977-7522 (TTY: 711)

wellcare.com/allwellTX

Washington

Wellcare Giveback (HMO-POS),
Wellcare Simple (HMO-POS)

1-833-444-9088 (TTY: 711)

wellcare.com/medicare

Wellcare Low Premium Open (PPO)

1-844-582-5177 (TTY: 711)

wellcare.com/healthnetOR

Nota para los miembros existentes: esta Lista de medicamentos ha experimentado cambios con respecto al año pasado. Revise este documento para asegurarse de que todavía contiene los medicamentos que usted toma.

Cuando en esta Lista de Medicamentos (Formulario) se menciona “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a Wellcare. Cuando se menciona “plan” o “nuestro plan” se refiere a Wellcare Complete Simple (HMO), Wellcare Complete Simple (HMO-POS), Wellcare Complete Simple Open (PPO), Wellcare Endurance (HMO-POS), Wellcare Fidelis Simple (HMO-POS), Wellcare Giveback (HMO-POS), Wellcare Giveback Open (PPO), Wellcare Low Premium (HMO), Wellcare Low Premium (HMO-POS), Wellcare Low Premium Open (PPO), Wellcare PeaceHealth Simple (HMO-POS), Wellcare Premium Enhanced (PFFS), Wellcare Premium Enhanced Open (PPO), Wellcare Premium Ultra (HMO), Wellcare Premium Ultra (PFFS), Wellcare Premium Ultra Open (PPO), Wellcare Simple (HMO), Wellcare Simple (HMO-POS), Wellcare Simple Essential (HMO), Wellcare Simple Essential Value (HMO), Wellcare Simple Focus (HMO), Wellcare Simple Focus (HMO-POS), Wellcare Simple Open (PPO), Wellcare Simple Preferred (HMO-POS), Wellcare Simple Rx Plus Open (PPO), Wellcare Simple Value (HMO-POS), Wellcare TexanPlus Classic Simple (HMO-POS), Wellcare TexanPlus Simple (HMO-POS).

Este documento incluye una Lista de Medicamentos (formulario) de nuestro plan, actualizada al 07/01/2025. Para obtener una Lista de Medicamentos (formulario) actualizada, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en la que actualizamos la Lista de Medicamentos (formulario), aparece en las páginas de portada y contraportada.

Generalmente, debe usar farmacias de la red para usar su beneficio de medicamentos recetados.
Los beneficios, la lista de medicamentos, la red de farmacias y/o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2025 y de vez en cuando durante el año.

¿Qué es la lista de medicamentos de Wellcare Complete Simple (HMO), Wellcare Complete Simple (HMO-POS), Wellcare Complete Simple Open (PPO), Wellcare Endurance (HMO-POS), Wellcare Fidelis Simple (HMO-POS), Wellcare Giveback (HMO-POS), Wellcare Giveback Open (PPO), Wellcare Low Premium (HMO), Wellcare Low Premium (HMO-POS), Wellcare Low Premium Open (PPO), Wellcare PeaceHealth Simple (HMO-POS), Wellcare Premium Enhanced (PFFS), Wellcare Premium Enhanced Open (PPO), Wellcare Premium Ultra (HMO), Wellcare Premium Ultra (PFFS), Wellcare Premium Ultra Open (PPO), Wellcare Simple (HMO), Wellcare Simple (HMO-POS), Wellcare Simple Essential (HMO), Wellcare Simple Essential Value (HMO), Wellcare Simple Focus (HMO), Wellcare Simple Focus (HMO-POS), Wellcare Simple Open (PPO), Wellcare Simple Preferred (HMO-POS), Wellcare Simple Rx Plus Open (PPO), Wellcare Simple Value (HMO-POS), Wellcare TexanPlus Classic Simple (HMO-POS), Wellcare TexanPlus Simple (HMO-POS)?

En este documento, utilizamos los términos Lista de Medicamentos y formulario para referirnos a lo mismo. Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por nuestro plan en consulta con un equipo de proveedores de atención médica, que representa las terapias recetadas que se consideran como una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Nuestro plan generalmente cubrirá los medicamentos que se indican en nuestra lista de medicamentos, siempre que el medicamento sea médicamente necesario, la receta se surta en una farmacia de la red del plan y se sigan otras reglas del plan. Para obtener más información sobre cómo surtir sus recetas, revise su Evidencia de Cobertura.

¿La lista de medicamentos puede cambiar?

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurren el 1 de enero, pero podemos agregar o eliminar medicamentos de la lista de medicamentos durante el año, cambiarlos a diferentes niveles de distribución de costos o agregar nuevas restricciones. Debemos seguir las reglas de Medicare para hacer estos cambios. Las actualizaciones de la lista de medicamentos se publican mensualmente en nuestro sitio web que aparece en el interior de la portada y la contraportada.

Cambios que pueden afectarlo este año: en los siguientes casos, se verá afectado por los cambios de cobertura durante el año:

- **Sustituciones inmediatas de ciertas versiones nuevas de medicamentos de marca y productos biológicos originales.** Podemos retirar de inmediato un medicamento de nuestra lista de medicamentos si lo reemplazaremos con una versión nueva de ese medicamento con el mismo o menor nivel de distribución de costos y con las mismas o menos restricciones. Cuando añadimos una nueva versión de un medicamento a nuestra lista de medicamentos, es posible que decidamos mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en nuestra lista de medicamentos, pero que lo cambiemos a otro nivel de distribución de costos o le agreguemos nuevas restricciones.

  Solo podemos realizar estos cambios inmediatos si añadimos una nueva versión genérica de un medicamento de marca, o si añadimos ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original, que ya estaba en la lista de medicamentos (por ejemplo, añadir un biosimilar intercambiable que puede ser sustituido por un producto biológico original por una farmacia sin una nueva receta).

  Si actualmente está tomando el medicamento de marca o un producto biológico original, es posible que no le informemos por adelantado antes de que se realice un cambio inmediato, pero más adelante le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hemos realizado.

  Si hacemos este cambio, usted o su profesional que expide recetas pueden pedirnos que hagamos una excepción y que sigamos cubriendo el medicamento que se ha cambiado para usted. Para obtener más información, consulte la sección que se encuentra a continuación titulada “Cómo solicito una excepción de lista de medicamentos de Wellcare Complete Simple (HMO), Wellcare Complete Simple (HMO-POS), Wellcare Complete Simple Open (PPO), Wellcare Endurance (HMO-POS), Wellcare Fidelis Simple (HMO-POS), Wellcare Giveback (HMO-POS), Wellcare Giveback Open (PPO), Wellcare Low Premium (HMO), Wellcare Low Premium (HMO-POS), Wellcare Low Premium Open (PPO), Wellcare PeaceHealth Simple (HMO-POS), Wellcare Premium Enhanced (PFFS), Wellcare Premium Enhanced Open (PPO), Wellcare Premium Ultra (HMO), Wellcare Premium Ultra (PFFS), Wellcare Premium Ultra Open (PPO), Wellcare Simple (HMO), Wellcare Simple (HMO-POS), Wellcare Simple Essential (HMO), Wellcare Simple Essential Value (HMO), Wellcare Simple Focus (HMO), Wellcare Simple Focus (HMO-POS), Wellcare Simple Open (PPO), Wellcare Simple Preferred (HMO-POS), Wellcare Simple Rx Plus Open (PPO), Wellcare Simple Value (HMO-POS), Wellcare TexanPlus Classic Simple (HMO-POS), Wellcare TexanPlus Simple (HMO-POS)?”

  Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para obtener más información, consulte la siguiente sección titulada “¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?”

- **Medicamentos retirados del mercado.** Si un medicamento es retirado de la venta por el fabricante o la Food and Drug Administration (FDA) determina que se lo retira por razones de seguridad o eficacia, podemos retirar de inmediato el medicamento de nuestra lista de medicamentos y, más tarde, notificar a los miembros que toman el medicamento.
- **Otros cambios.** Podemos hacer otros cambios que afecten a los miembros que actualmente están tomando un medicamento. Por ejemplo, podemos eliminar un medicamento de marca de la lista de medicamentos cuando se añade un equivalente genérico o eliminar un producto biológico original cuando se añade un biosimilar. También podemos aplicar nuevas restricciones al medicamento de marca o al producto biológico original, o trasladarlo a un nivel de distribución de costos diferente, o ambos. Podemos realizar modificaciones de acuerdo con las nuevas directrices clínicas. Si eliminamos medicamentos de nuestra lista de medicamentos o les agregamos una autorización previa, límites de cantidad y/o restricciones de terapia escalonada para un medicamento, o cambiamos un medicamento a un nivel de distribución de costos más alto; debemos notificar el cambio a los miembros afectados al menos 30 días antes de que el cambio sea efectivo. Alternativamente, cuando un miembro solicita un reabastecimiento del medicamento, puede recibir un suministro para 30 días del medicamento y una notificación del cambio.

  Si hacemos estos otros cambios, usted o su profesional que expide recetas pueden pedirnos que hagamos una excepción para usted y sigamos cubriendo el medicamento que ha estado tomando. El aviso que le proporcionamos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción y, además, puede encontrar información en la sección que se encuentra a continuación titulada "Cómo solicito una excepción a la lista de medicamentos de Wellcare Complete Simple (HMO), Wellcare Complete Simple (HMO-POS), Wellcare Complete Simple Open (PPO), Wellcare Endurance (HMO-POS), Wellcare Fidelis Simple (HMO-POS), Wellcare Giveback (HMO-POS), Wellcare Giveback Open (PPO), Wellcare Low Premium (HMO), Wellcare Low Premium (HMO-POS), Wellcare Low Premium Open (PPO), Wellcare PeaceHealth Simple (HMO-POS), Wellcare Premium Enhanced (PFFS), Wellcare Premium Enhanced Open (PPO), Wellcare Premium Ultra (HMO), Wellcare Premium Ultra (PFFS), Wellcare Premium Ultra Open (PPO), Wellcare Simple (HMO), Wellcare Simple (HMO-POS), Wellcare Simple Essential (HMO), Wellcare Simple Essential Value (HMO), Wellcare Simple Focus (HMO), Wellcare Simple Focus (HMO-POS), Wellcare Simple Open (PPO), Wellcare Simple Preferred (HMO-POS), Wellcare Simple Rx Plus Open (PPO), Wellcare Simple Value (HMO-POS), Wellcare TexanPlus Classic Simple (HMO-POS), Wellcare TexanPlus Simple (HMO-POS)?"

Cambios que no lo afectarán si está tomando el medicamento en la actualidad. Generalmente, si está tomando un medicamento de nuestra lista de medicamentos del 2025 que estaba cubierto a comienzos de año, no suspenderemos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura de 2025, excepto como se describe anteriormente. Esto significa que estos medicamentos seguirán estando disponibles al mismo nivel de distribución de costos y sin nuevas restricciones para los miembros que los tomen durante el resto del año de cobertura. Este año no recibirá una notificación directa sobre los cambios que no lo afecten. Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, tales cambios lo afectarían, y es importante revisar si en la lista de medicamentos para el nuevo año de beneficios se efectuó algún cambio en los medicamentos.

La lista de medicamentos adjunta está vigente desde el 07/01/2025. Si desea obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por nuestro plan, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en el interior de la portada y contraportada de este documento.

La lista de medicamentos se actualizará mensualmente y se publicará en nuestro sitio web. Para obtener una lista de medicamentos impresa actualizada o información sobre los medicamentos cubiertos por nuestro plan, visite nuestro sitio web o llame a Servicios para Miembros mediante nuestra información de contacto indicada en el interior de la portada y contraportada.

¿Cómo se utiliza la Lista de medicamentos?

Existen dos maneras de encontrar su medicamento dentro de la lista de medicamentos:

Condición médica

La lista de medicamentos comienza en la página 1. Los medicamentos en esta lista de medicamentos están divididos en categorías dependiendo del tipo de condición médica que tratan. Por ejemplo, los medicamentos usados para tratar la condición cardiaca están enumerados bajo la categoría “Cardiovascular, Hipertensión/Lípidos”. Si usted sabe para qué sirve su medicamento, mire el nombre de la categoría en la lista que inicia en la página 1. Luego, busque debajo del nombre de la categoría de su medicamento.

Lista alfabética

Si no está seguro de la categoría, debe buscar su medicamento en el Índice que comienza en la página INDEX-1. El Índice proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. Tanto los medicamentos de marca como los genéricos se indican en el Índice. Busque en el índice y encuentre su medicamento. Al lado de su medicamento, usted verá el número de página donde podrá encontrar la información de la cobertura. Vaya hacia la página indicada en el índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

Nuestro plan cubre tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Un medicamento genérico es aprobado por la FDA por tener el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento de marca. Generalmente, los medicamentos genéricos funcionan igual de bien y suelen costar menos que los medicamentos de marca. Existen medicamentos genéricos sustitutos disponibles para numerosos medicamentos de marca. Los medicamentos genéricos, por lo general, se pueden sustituir por el medicamento de marca en la farmacia sin necesidad de una receta nueva, dependiendo de las leyes estatales.

¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?

En la lista de medicamentos, cuando nos referimos a medicamentos, podría significar un medicamento o un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas que se denominan biosimilares. Generalmente, los biosimilares funcionan igual de bien que el producto biológico original y pueden costar menos. Existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, dependiendo de las leyes estatales, se pueden sustituir por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos, que se pueden sustituir por medicamentos de marca.

- Para obtener información sobre los tipos de medicamentos, consulte la Evidencia de Cobertura, Capítulo 5, Sección 3.1, “La ‘Lista de medicamentos’, en la que se indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos”.

¿Existen restricciones en mi cobertura?

Algunos medicamentos cubiertos pueden tener requisitos adicionales o límites dentro de la cobertura. Estos requisitos y límites pueden incluir:

- **Autorización Previa:** nuestro plan requiere que usted o su profesional que expide recetas obtengan una autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que necesitará tener la aprobación de nuestro plan antes de surtir sus recetas. Si no obtiene la aprobación, es posible que nuestro plan no cubra el medicamento.
- **Límites de Cantidad:** en el caso de ciertos fármacos, nuestro plan limita la cantidad del medicamento que cubriremos. Por ejemplo, nuestro plan proporciona 18 tabletas por receta para rizatriptan 5 mg. Esto puede complementar un suministro regular mensual o trimestral.
- **Terapia Escalonada:** en algunos casos, nuestro plan requiere que primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su condición médica antes de cubrir otro medicamento para dicha afección. Por ejemplo, si un Medicamento A y un Medicamento B tratan su condición médica, es posible que nuestro plan no cubra el Medicamento B, a menos que pruebe el Medicamento A primero. Si el Medicamento A no funciona, entonces nuestro plan cubrirá el Medicamento B.

Puede consultar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales en la lista de medicamentos que empieza en la página 1. También puede obtener más información acerca de las restricciones aplicadas a medicamentos cubiertos específicos en nuestro sitio web. Hemos publicado documentos en línea en los que se explica nuestra autorización previa y las restricciones de la terapia escalonada. También puede pedirnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en la que actualizamos la lista de medicamentos por última vez, aparece en las páginas de portada y contraportada.

Puede pedirle a nuestro plan que haga una excepción a estas restricciones o límites, o que le proporcione una lista de otros medicamentos similares que puedan tratar su afección médica. Consulte la sección, "Cómo solicito una excepción a la lista de medicamentos de Wellcare Complete Simple (HMO), Wellcare Complete Simple (HMO-POS), Wellcare Complete Simple Open (PPO), Wellcare Endurance (HMO-POS), Wellcare Fidelis Simple (HMO-POS), Wellcare Giveback (HMO-POS), Wellcare Giveback Open (PPO), Wellcare Low Premium (HMO), Wellcare Low Premium (HMO-POS), Wellcare Low Premium Open (PPO), Wellcare PeaceHealth Simple (HMO-POS), Wellcare Premium Enhanced (PFFS), Wellcare Premium Enhanced Open (PPO), Wellcare Premium Ultra (HMO), Wellcare Premium Ultra (PFFS), Wellcare Premium Ultra Open (PPO), Wellcare Simple (HMO), Wellcare Simple (HMO-POS), Wellcare Simple Essential (HMO), Wellcare Simple Essential Value (HMO), Wellcare Simple Focus (HMO), Wellcare Simple Focus (HMO-POS), Wellcare Simple Open (PPO), Wellcare Simple Preferred (HMO-POS), Wellcare Simple Rx Plus Open (PPO), Wellcare Simple Value (HMO-POS), Wellcare TexanPlus Classic Simple (HMO-POS), Wellcare TexanPlus Simple (HMO-POS)?" en la página VIII, para obtener información sobre como solicitar una excepción.

¿Qué sucede si mi medicamento no está en la Lista de medicamentos?

Si su medicamento no está incluido en este formulario (lista de medicamentos cubiertos), primero debe comunicarse con Servicios para Miembros y preguntar si su medicamento está cubierto.

Si descubre que nuestro plan no cubre su medicamento, tiene dos opciones:

- Puede pedir a Servicios para Miembros una lista de medicamentos similares que tengan cobertura de nuestro plan. Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por nuestro plan.
- Puede pedir a nuestro plan que haga una excepción y cubra su medicamento. Consulte a continuación cómo solicitar una excepción.

¿Cómo solicito una excepción a la lista de medicamentos de Wellcare Complete Simple (HMO), Wellcare Complete Simple (HMO-POS), Wellcare Complete Simple Open (PPO), Wellcare Endurance (HMO-POS), Wellcare Fidelis Simple (HMO-POS), Wellcare Giveback (HMO-POS), Wellcare Giveback Open (PPO), Wellcare Low Premium (HMO), Wellcare Low Premium (HMO-POS), Wellcare Low Premium Open (PPO), Wellcare PeaceHealth Simple (HMO-POS), Wellcare Premium Enhanced (PFFS), Wellcare Premium Enhanced Open (PPO), Wellcare Premium Ultra (HMO), Wellcare Premium Ultra (PFFS), Wellcare Premium Ultra Open (PPO), Wellcare Simple (HMO), Wellcare Simple (HMO-POS), Wellcare Simple Essential (HMO), Wellcare Simple Essential Value (HMO), Wellcare Simple Focus (HMO), Wellcare Simple Focus (HMO-POS), Wellcare Simple Open (PPO), Wellcare Simple Preferred (HMO-POS), Wellcare Simple Rx Plus Open (PPO), Wellcare Simple Value (HMO-POS), Wellcare TexanPlus Classic Simple (HMO-POS), Wellcare TexanPlus Simple (HMO-POS)?

Puede solicitar que nuestro plan realice una excepción a nuestras normas de cobertura. Existen diversos tipos de excepciones que puede solicitar.

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento, incluso si no está en nuestra lista de medicamentos. Si se aprueba, este medicamento se cubrirá a un nivel de distribución de costos predeterminado, y no podría pedirnos que le proporcionemos el medicamento a un nivel de distribución de costos más bajo.
- Usted puede pedirnos que renunciemos a una restricción de cobertura, como la autorización previa, la terapia escalonada o un límite de cantidad en su medicamento. Por ejemplo, en el caso de algunos medicamentos, existe un límite de la cantidad del medicamento que cubre nuestro plan. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede pedirnos que renunciemos al límite y cubramos una cantidad mayor.
- Puede pedirnos que cubramos un medicamento de la lista de medicamentos a un nivel de distribución de costos más bajo, a menos que el medicamento esté en el nivel de medicamentos especializados. Si se aprueba, se reduciría la cantidad que debe pagar por su medicamento.

Por lo general, nuestro plan solamente aprobará su solicitud de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en la lista de medicamentos del plan, el medicamento de menor nivel de distribución de costos o la aplicación de la restricción no serían tan eficaces para usted y/o podrían causarle efectos adversos.

Usted o el profesional que expide recetas deben comunicarse con nosotros para solicitar una excepción a la lista de medicamentos o de nivelación, que incluye una excepción a una restricción de cobertura. **Cuando usted solicite una excepción, el profesional que expide recetas deberá explicar las razones médicas por las que necesita la excepción.** Generalmente, debemos tomar nuestra decisión dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de la declaración de apoyo del profesional que expide recetas. Puede solicitar una decisión expedita (rápida) si usted considera, y nosotros estamos de acuerdo, que esperar hasta 72 horas para obtener una decisión podría afectar gravemente su salud. Si estamos de acuerdo, o si el profesional que expide recetas pide una decisión rápida, debemos darle una decisión a más tardar 24 horas después de que recibamos la declaración de apoyo del profesional que expide recetas.

¿Qué puedo hacer si mi medicamento no está en la lista de medicamentos o tiene una restricción?

Como miembro nuevo o existente de nuestro plan, es posible que esté tomando medicamentos que no están en nuestra lista de medicamentos. O puede que esté tomando un medicamento que está en nuestra lista de medicamentos, pero que tiene una restricción de cobertura, como una autorización previa. Debe hablar con su profesional que expide recetas sobre solicitar una decisión de cobertura para demostrar que cumple con los criterios de aprobación, cambiar a un medicamento alternativo que cubrimos o solicitar una excepción a la lista de medicamentos para que cubramos el medicamento que toma. Mientras habla con su médico a fin de determinar el curso de acción adecuado para usted, podemos cubrir su medicamento en algunos casos durante los primeros 90 días tras convertirse en miembro de nuestro plan.

Para cada uno de sus medicamentos que no están en nuestra lista de medicamentos o que tiene una restricción de cobertura, cubrimos un suministro temporal de 30 días. Si la receta médica está indicada para menos días, permitiremos resurtidos para proporcionar un suministro del medicamento de hasta 30 días como máximo. Si no se aprueba la cobertura, después de su primer suministro de 30 días, no pagaremos estos medicamentos, incluso si ha sido miembro del plan durante menos de 90 días.

Si es residente de un centro de cuidado a largo plazo y necesita un medicamento que no está en nuestra lista de medicamentos, o si su capacidad para obtener sus medicamentos es limitada, pero ha sido miembro de nuestro plan durante más de 90 días, cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de ese medicamento mientras solicita una excepción a la lista de medicamentos.

Si experimenta un cambio en el nivel de atención (como el alta o la admisión en un centro de cuidado a largo plazo), su médico o farmacia pueden llamar a nuestro Centro de Servicios de Proveedores y solicitar una anulación por única vez. Esta anulación por única vez será un suministro de hasta 30 días (a menos que tenga una receta escrita para menos días).

Para obtener más información

Para información más detallada sobre la cobertura de los medicamentos recetados de su plan, revise su Evidencia de Cobertura y otros materiales del plan.

Si tiene preguntas acerca de nuestro plan, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en la que actualizamos la lista de medicamentos por última vez, aparece en las páginas de portada y contraportada.

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

Lista de medicamentos de nuestro plan

La lista de medicamentos que aparece a continuación proporciona información sobre la cobertura de los medicamentos cubiertos por nuestro plan. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, vaya al índice que comienza en la página INDEX-1.

La primera columna de la tabla muestra el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca aparecen en mayúsculas (p. ej., ELIQUIS), y los medicamentos genéricos aparecen en cursiva y en minúsculas (p. ej., *simvastatin*).

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

- **NT** significa No Cubierto por la Parte D: este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un plan Medicare Prescription Drug Plan. La cantidad que usted paga cuando surte una receta de este medicamento no se contabiliza para los costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no lo ayuda a calificar para cobertura en caso de catástrofe). Además, si recibe Ayuda Adicional (Extra Help) para pagar sus recetas, no recibirá ayuda adicional para pagar este medicamento.
- **NM** significa que el medicamento no está disponible a través de su beneficio mensual de servicio por correo. Esto se indica en la columna Requisitos/Límites de su lista de medicamentos. Puede recibir más de un mes de suministro de la mayoría de los medicamentos indicados en su lista de medicamentos a través del servicio por correo a un costo compartido reducido. Consulte el Capítulo 5 de su Evidencia de Cobertura para obtener más información.
- **PA** significa Autorización Previa: consulte la página VI para obtener más información.
- **PA-NS** significa Autorización Previa para Nuevos Tratamientos: esto significa que, si es la primera vez que toma el medicamento, deberá obtener nuestra aprobación antes de adquirirlo. Si está tomando este medicamento en el momento de la inscripción, no se le pedirá cumplir con los criterios de aprobación.
- **B/D** significa Cubierto Conforme a Medicare B o D. Este medicamento puede ser elegible para el pago en virtud de Medicare Part B o Part D. Usted (o su médico) debe obtener nuestra autorización previa a fin de determinar que el medicamento esté cubierto conforme a Medicare Part D antes de surtir su receta de este medicamento. Sin aprobación previa, es posible que no cubramos este medicamento.
- **QL** significa Límites de Cantidad: consulte la página VI para obtener más información.
- **LA** significa medicamento de Acceso Limitado. Esta receta puede estar disponible solamente en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de Farmacias o llame al número de teléfono de Servicios para Miembros, o visite el sitio web de su plan que aparece en el interior de la portada y contraportada de esta lista de medicamentos; entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.; entre el 1 de abril y el 30 de septiembre; los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.
- **ST** significa Terapia Escalonada: consulte la página VI para obtener más información.
- **^** significa que el medicamento puede estar disponible solo para un suministro de hasta 30 días.

Cantidades de copago/coseguro por nivel de medicamentos

Los medicamentos recetados se agrupan en uno de los seis niveles. Para averiguar en qué nivel se encuentra su medicamento, consulte la columna Nivel de Medicamento de la lista de medicamentos que comienza en la página 1. Para obtener información más detallada acerca de los gastos de bolsillo de las recetas, incluido cualquier deducible que pueda aplicarse, consulte su Evidencia de Cobertura y otros materiales del plan.

- **Nivel 1 (Medicamentos Genéricos Preferidos)** incluye los medicamentos genéricos preferidos y puede incluir algunos medicamentos de marca.
  - Copago **Preferido**: $0
  - Copago **Estándar**: $5
- **Nivel 2 (Medicamentos Genéricos)** incluye medicamentos genéricos y puede incluir algunos medicamentos de marca.
  - Copago **Preferido**: $0
  - Copago **Estándar**: $10
- **Nivel 3 (Medicamentos de Marca Preferidos)** incluye medicamentos de marca preferidos y puede incluir algunos medicamentos genéricos.

  No pagará más de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Si la distribución de costos del nivel es inferior a $35, usted pagará el costo más bajo por su insulina.
  - Rango de Coseguro **Preferido**: del 18% al 25%
  - Coseguro **Estándar**: 25%
- **Nivel 4 (Medicamentos No Preferidos)** incluye medicamentos de marca no preferidos y medicamentos genéricos no preferidos.

  No pagará más de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Si la distribución de costos del nivel es inferior a $35, usted pagará el costo más bajo por su insulina.
  - Rango de Coseguro **Preferido**: del 30% al 49%
  - Rango de Coseguro **Estándar**: del 30% al 49%

- **Nivel 5 (Medicamento de Nivel Especializado)** incluye medicamentos genéricos y de marca de alto costo. Los medicamentos de este nivel no son elegibles para excepciones de pago en un nivel inferior.
    - Coseguro **Preferido**: 28%
    - Coseguro **Estándar**: 28%
- **Nivel 6 (Medicamentos de Cuidado Seleccionados)** incluye algunos medicamentos genéricos y de marca que se utilizan con frecuencia para tratar afecciones crónicas específicas o prevenir enfermedades (vacunas).
    - Copago **Preferido**: $0
    - Copago **Estándar**: $0

Consulte su Evidencia de Cobertura o Resumen de Beneficios para conocer sus copagos/coseguros y cantidades correspondientes.

Table of Contents

AGENTES DE DIAGNÓSTICO/VARIOS 3
ANTIINFECCIOSOS 5
CARDIOVASCULAR, HIPERTENSIÓN/LÍPIDOS 16
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS Y ALERGIA 24
GASTROENTEROLOGÍA 28
INMUNOLOGÍA, VACUNAS/BIOTECNOLOGÍA 31
MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS/INMUNOSUPRESORES 35
MEDICAMENTOS AUTONÓMICOS/PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, NEUROLOGÍA/PSIQUIATRÍA 46
MEDICAMENTOS PARA EL OÍDO, LA NARIZ/LA GARGANTA 62
MEDICAMENTOS UROLÓGICOS 63
MUSCULOESQUELÉTICO/REUMATOLOGÍA 64
OBSTETRICIA/GINECOLOGÍA 67
OFTALMOLOGÍA 72
SISTEMA ENDOCRINO/DIABETES 75
SUMINISTROS VARIOS 81
TRATAMIENTOS DERMATOLÓGICOS/TÓPICOS 82
VITAMINAS, MINERALES/ELECTROLITOS 86

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
AGENTES DE DIAGNÓSTICO/VARIOS		
AGENTES VARIOS		
acamprosate oral tablet,delayed release (dr/ec) 333 mg	2	
acetic acid irrigation solution 0.25 %	2	
anagrelide oral capsule 0.5 mg, 1 mg	2	
carglumic acid oral tablet, dispersible 200 mg	5^	PA; LA
cevimeline oral capsule 30 mg	2	
CHEMET ORAL CAPSULE 100 MG	4	
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	4	B/D
d10 %-0.45 % sodium chloride intravenous parenteral solution	2	
d2.5 %-0.45 % sodium chloride intravenous parenteral solution	4	
d5 % and 0.9 % sodium chloride intravenous parenteral solution	2	
d5 %-0.45 % sodium chloride intravenous parenteral solution	2	
deferasirox oral granules in packet 180 mg, 360 mg, 90 mg	5^	PA
deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg	4	PA
deferasirox oral tablet 90 mg	2	PA
deferasirox oral tablet, dispersible 125 mg	4	PA
deferasirox oral tablet, dispersible 250 mg, 500 mg	5^	PA
dextrose 10 % and 0.2 % nacl intravenous parenteral solution	4	
dextrose 10 % in water (d10w) intravenous parenteral solution 10 %	2	
dextrose 5 % in water (d5w) intravenous parenteral solution	2	
dextrose 5 % in water (d5w) intravenous piggyback 5 %	2	
dextrose 5 %-lactated ringers intravenous parenteral solution	4	
dextrose 5%-0.2 % sod chloride intravenous parenteral solution	2	
dextrose 5%-0.3 % sod.chloride intravenous parenteral solution	4	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
dextrose 50 % in water (d50w) intravenous parenteral solution	2	
dextrose 50 % in water (d50w) intravenous syringe	2	
dextrose 70 % in water (d70w) intravenous parenteral solution	4	
disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg	2	
droxidopa oral capsule 100 mg	5^	PA; QL (90 EA per 30 days)
droxidopa oral capsule 200 mg, 300 mg	5^	PA; QL (180 EA per 30 days)
glutamine (sickle cell) oral powder in packet 5 gram	5^	PA
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML	5^	PA; LA
kionex (with sorbitol) oral suspension 15-20 gram/60 ml	2	
levocarnitine (with sugar) oral solution 100 mg/ml	2	
levocarnitine oral solution 100 mg/ml	2	
levocarnitine oral tablet 330 mg	2	
LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 10 GRAM, 5 GRAM	3	
midodrine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	2	
nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg	5^	PA
pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg	2	
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION 1,000 MG (+/-)/20 ML	5^	PA; LA
riluzole oral tablet 50 mg	2	
risedronate oral tablet 30 mg	2	QL (30 EA per 30 days)
sodium chloride 0.9 % intravenous parenteral solution	2	
sodium chloride 0.9 % intravenous piggyback	2	
sodium chloride irrigation solution 0.9 %	2	
sodium phenylbutyrate oral powder 0.94 gram/gram	5^	PA
sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg	5^	PA
sodium polystyrene sulfonate oral powder	2	
sps (with sorbitol) oral suspension 15-20 gram/60 ml	2	
sps (with sorbitol) rectal enema 30-40 gram/120 ml	2	
trientine oral capsule 250 mg	5^	PA
water for irrigation, sterile irrigation solution	4	
zoledronic acid-mannitol-water intravenous piggyback 5 mg/100 ml	2	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
DISUASIVOS PARA FUMADORES		
bupropion hcl (smoking deter) oral tablet extended release 12 hr 150 mg	2	
NICOTROL INHALATION CARTRIDGE 10 MG	4	
NICOTROL NS NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 10 MG/ML	3	
varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 1 mg (56 pack)	2	
varenicline tartrate oral tablets,dose pack 0.5 mg (11)- 1 mg (42)	2	
ANTIINFECCIOSOS		
AGENTES ANTIFÚNGICOS		
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML	4	B/D
amphotericin b injection recon soln 50 mg	2	B/D
caspofungin intravenous recon soln 50 mg, 70 mg	4	
clotrimazole mucous membrane troche 10 mg	2	
CRESEMBA ORAL CAPSULE 186 MG, 74.5 MG	5^	PA
fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 200 mg/100 ml	4	
fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 400 mg/200 ml	2	
fluconazole oral suspension for reconstitution 10 mg/ml, 40 mg/ml	2	
fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg	2	
flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg	5^	PA
griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5 ml	4	
griseofulvin microsize oral tablet 500 mg	4	
griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg	4	
itraconazole oral capsule 100 mg	4	PA; QL (120 EA per 30 days)
ketoconazole oral tablet 200 mg	2	PA
micafungin intravenous recon soln 100 mg, 50 mg	4	
nystatin oral suspension 100,000 unit/ml	2	
nystatin oral tablet 500,000 unit	2	
posaconazole oral tablet,delayed release (dr/ec) 100 mg	5^	PA; QL (96 EA per 30 days)
terbinafine hcl oral tablet 250 mg	1	
voriconazole intravenous recon soln 200 mg	5^	PA

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
voriconazole oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml (40 mg/ml)	5^	PA
voriconazole oral tablet 200 mg	4	PA; QL (120 EA per 30 days)
voriconazole oral tablet 50 mg	4	PA; QL (480 EA per 30 days)
AGENTES PARA EL TRACTO URINARIO		
methenamine hippurate oral tablet 1 gram	4	
nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg	4	
nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 50 mg	2	
nitrofurantoin monohyd/m-cryst oral capsule 100 mg	4	
trimethoprim oral tablet 100 mg	2	
AGENTES RELACIONADOS CON LA SULFANILAMIDA		
sulfadiazine oral tablet 500 mg	4	
sulfamethoxazole-trimethoprim intravenous solution 400-80 mg/5 ml	4	
sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5 ml	2	
sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg, 800-160 mg	1	
ANTIVIRALES		
abacavir oral solution 20 mg/ml	2	
abacavir oral tablet 300 mg	2	
abacavir-lamivudine oral tablet 600-300 mg	2	
acyclovir oral capsule 200 mg	1	
acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml, 200 mg/5 ml (5 ml)	4	
acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg	1	
acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml	4	B/D
adefovir oral tablet 10 mg	4	
amantadine hcl oral capsule 100 mg	2	
amantadine hcl oral solution 50 mg/5 ml	2	
amantadine hcl oral tablet 100 mg	2	
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG	5^	
atazanavir oral capsule 150 mg, 200 mg, 300 mg	2	
BARACLUDE ORAL SOLUTION 0.05 MG/ML	5^	
BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG	5^	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG	5^	
COMPLERA ORAL TABLET 200-25-300 MG	5^	
darunavir oral tablet 600 mg	5^	QL (60 EA per 30 days)
darunavir oral tablet 800 mg	5^	QL (30 EA per 30 days)
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG	5^	
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG	5^	QL (30 EA per 30 days)
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG	5^	
EDURANT ORAL TABLET 25 MG	5^	
efavirenz oral tablet 600 mg	2	
efavirenz-emtricitabin-tenofov oral tablet 600-200-300 mg	5^	
efavirenz-lamivu-tenofov disop oral tablet 400-300-300 mg, 600-300-300 mg	5^	
emtricitabine oral capsule 200 mg	2	
emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg	5^	QL (30 EA per 30 days)
emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 200-300 mg	4	QL (30 EA per 30 days)
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML	4	
entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg	2	
etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg	5^	
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG	5^	
famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg	2	
fosamprenavir oral tablet 700 mg	4	
FUZEON SUBCUTANEOUS RECON SOLN 90 MG	5^	
ganciclovir sodium intravenous recon soln 500 mg	2	
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG	5^	
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	3	
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG	5^	
ISENTRESS ORAL POWDER IN PACKET 100 MG	5^	
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG	5^	
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 100 MG	5^	
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 25 MG	4	
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG	5^	
lamivudine oral solution 10 mg/ml	2	
lamivudine oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg	2	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg	2	
LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR ORAL TABLET 90-400 MG	5^	PA; QL (28 EA per 28 days)
LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	4	
LIVTENCITY ORAL TABLET 200 MG	5^	PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5 ml	2	
lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg, 200-50 mg	2	
maraviroc oral tablet 150 mg, 300 mg	5^	
nevirapine oral suspension 50 mg/5 ml	2	
nevirapine oral tablet 200 mg	2	
nevirapine oral tablet extended release 24 hr 400 mg	2	
NORVIR ORAL POWDER IN PACKET 100 MG	3	
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG	5^	
oseltamivir oral capsule 30 mg	2	QL (168 EA per 365 days)
oseltamivir oral capsule 45 mg, 75 mg	2	QL (84 EA per 365 days)
oseltamivir oral suspension for reconstitution 6 mg/ml	2	QL (1080 ML per 365 days)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (10)- 100 MG (10), 150 MG (6)- 100 MG (5)	3	QL (20 EA per 90 days)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 300 MG (150 MG X 2)- 100 MG	3	QL (30 EA per 90 days)
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG	5^	
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG	5^	PA; QL (30 EA per 30 days)
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG-MG	5^	
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML	5^	QL (400 ML per 30 days)
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG	4	QL (240 EA per 30 days)
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG	4	QL (480 EA per 30 days)
RELENZA DISKHALER INHALATION BLISTER WITH DEVICE 5 MG/ACTUATION	4	QL (120 EA per 365 days)
REYATAZ ORAL POWDER IN PACKET 50 MG	5^	
ribavirin oral capsule 200 mg	2	
ribavirin oral tablet 200 mg	2	
rimantadine oral tablet 100 mg	4	
ritonavir oral tablet 100 mg	2	
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 600 MG	5^	
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML	5^	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR ORAL TABLET 400-100 MG	5^	PA; QL (28 EA per 28 days)
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG	5^	
SUNLENCA ORAL TABLET 300 MG, 300 MG (4-TABLET PACK)	5^	
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG	5^	
tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg	2	
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG	3	
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	5^	
TIVICAY PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 5 MG	5^	
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	5^	
TRIUMEQ PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 60-5-30 MG	4	
TRIZIVIR ORAL TABLET 300-150-300 MG	5^	
TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/1.33 ML (150 MG/ML)	5^	LA
valacyclovir oral tablet 1 gram, 500 mg	2	
valganciclovir oral recon soln 50 mg/ml	5^	
valganciclovir oral tablet 450 mg	3	
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG	5^	
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG	5^	
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM)	5^	
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 250 MG	5^	
VIREAD ORAL TABLET 200 MG	3	
zidovudine oral capsule 100 mg	2	
zidovudine oral syrup 10 mg/ml	2	
zidovudine oral tablet 300 mg	2	
CEFALOSPORINAS		
cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg	2	
cefaclor oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml	2	
cefadroxil oral capsule 500 mg	1	
cefadroxil oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml	4	
cefadroxil oral suspension for reconstitution 500 mg/5 ml	2	
cefazolin in dextrose (iso-os) intravenous piggyback 1 gram/50 ml	4	
cefazolin injection recon soln 1 gram, 10 gram, 100 gram, 300 gram	4	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
cefazolin injection recon soln 500 mg	2	
cefazolin intravenous recon soln 1 gram	4	
cefdinir oral capsule 300 mg	2	
cefdinir oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml	2	
cefepime in dextrose,iso-osm intravenous piggyback 1 gram/50 ml, 2 gram/100 ml	4	
cefepime injection recon soln 1 gram, 2 gram	4	
cefixime oral capsule 400 mg	2	
cefixime oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml	4	
cefoxitin in dextrose, iso-osm intravenous piggyback 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml	2	
cefoxitin intravenous recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram	2	
cefpodoxime oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml	4	
cefpodoxime oral suspension for reconstitution 50 mg/5 ml	2	
cefpodoxime oral tablet 100 mg, 200 mg	4	
cefprozil oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml	2	
cefprozil oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml	4	
cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg	2	
ceftazidime injection recon soln 1 gram, 6 gram	4	
ceftazidime injection recon soln 2 gram	2	
ceftriaxone in dextrose,iso-os intravenous piggyback 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml	4	
ceftriaxone injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram	4	
ceftriaxone injection recon soln 250 mg, 500 mg	2	
ceftriaxone intravenous recon soln 1 gram, 2 gram	4	
cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg	2	
cefuroxime sodium injection recon soln 750 mg	2	
cefuroxime sodium intravenous recon soln 1.5 gram	2	
cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg	1	
cephalexin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml	2	
tazicef injection recon soln 1 gram, 6 gram	2	
tazicef injection recon soln 2 gram	4	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
tazicef intravenous recon soln 1 gram	2	
tazicef intravenous recon soln 2 gram	4	
TEFLARO INTRAVENOUS RECON SOLN 400 MG, 600 MG	5^	
ERITROMICINAS/OTROS MACRÓLIDOS		
azithromycin intravenous recon soln 500 mg	4	
azithromycin oral packet 1 gram	4	
azithromycin oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml	2	
azithromycin oral tablet 250 mg, 250 mg (6 pack), 500 mg, 500 mg (3 pack), 600 mg	1	
clarithromycin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml	2	
clarithromycin oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml	4	
clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg	2	
clarithromycin oral tablet extended release 24 hr 500 mg	2	
DIFICID ORAL TABLET 200 MG	5^	QL (20 EA per 10 days)
ery-tab oral tablet,delayed release (dr/ec) 250 mg, 333 mg	2	
erythrocin (as stearate) oral tablet 250 mg	2	
ERYTHROCIN INTRAVENOUS RECON SOLN 500 MG	3	
erythromycin oral capsule,delayed release(dr/ec) 250 mg	4	
erythromycin oral tablet 250 mg, 500 mg	4	
erythromycin oral tablet,delayed release (dr/ec) 250 mg, 333 mg, 500 mg	2	
MEDICAMENTOS ANTIINFECCIOSOS DIVERSOS		
albendazole oral tablet 200 mg	5^	
amikacin injection solution 1,000 mg/4 ml, 500 mg/2 ml	4	
ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION FOR NEBULIZATION 590 MG/8.4 ML	5^	PA; LA
atovaquone oral suspension 750 mg/5 ml	2	
atovaquone-proguanil oral tablet 250-100 mg	4	
atovaquone-proguanil oral tablet 62.5-25 mg	2	
aztreonam injection recon soln 1 gram, 2 gram	4	
CAYSTON INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 75 MG/ML	5^	PA; LA; QL (84 ML per 56 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg	4	
clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg	1	
clindamycin in 5 % dextrose intravenous piggyback 300 mg/50 ml, 900 mg/50 ml	2	
clindamycin in 5 % dextrose intravenous piggyback 600 mg/50 ml	4	
clindamycin phosphate injection solution 150 (mg/ml) (4 ml), 150 (mg/ml) (6 ml), 150 mg/ml	2	
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG	4	
colistin (colistimethate na) injection recon soln 150 mg	5^	QL (30 EA per 10 days)
dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg	2	
daptomycin intravenous recon soln 500 mg	5^	
EMVERM ORAL TABLET,CHEWABLE 100 MG	5^	
ertapenem injection recon soln 1 gram	4	QL (14 EA per 14 days)
ethambutol oral tablet 100 mg, 400 mg	2	
gentamicin in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 100 mg/100 ml, 60 mg/50 ml, 80 mg/100 ml, 80 mg/50 ml	2	
gentamicin injection solution 40 mg/ml	2	
gentamicin sulfate (ped) (pf) injection solution 20 mg/2 ml	4	
hydroxychloroquine oral tablet 200 mg	1	
imipenem-cilastatin intravenous recon soln 250 mg	2	
imipenem-cilastatin intravenous recon soln 500 mg	4	
isoniazid oral solution 50 mg/5 ml	2	
isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg	1	
ivermectin oral tablet 3 mg	3	PA; QL (20 EA per 30 days)
linezolid in dextrose 5% intravenous piggyback 600 mg/300 ml	4	
linezolid oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml	5^	QL (1800 ML per 30 days)
linezolid oral tablet 600 mg	4	QL (60 EA per 30 days)
linezolid-0.9% sodium chloride intravenous parenteral solution 600 mg/300 ml	4	
mefloquine oral tablet 250 mg	2	
meropenem intravenous recon soln 1 gram	3	QL (30 EA per 10 days)
meropenem intravenous recon soln 500 mg	3	QL (10 EA per 10 days)
metro i.v. intravenous piggyback 500 mg/100 ml	2	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
metronidazole in nacl (iso-os) intravenous piggyback 500 mg/100 ml	2	
metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg	1	
neomycin oral tablet 500 mg	2	
nitazoxanide oral tablet 500 mg	5^	QL (12 EA per 30 days)
pentamidine inhalation recon soln 300 mg	2	B/D; QL (1 EA per 28 days)
pentamidine injection recon soln 300 mg	2	
praziquantel oral tablet 600 mg	4	
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG	4	
PRIMAQUINE ORAL TABLET 26.3 MG (15 MG BASE)	4	
pyrazinamide oral tablet 500 mg	2	
pyrimethamine oral tablet 25 mg	5^	PA
quinine sulfate oral capsule 324 mg	4	PA
rifabutin oral capsule 150 mg	2	
rifampin intravenous recon soln 600 mg	2	
rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg	2	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG	5^	PA; LA
STREPTOMYCIN INTRAMUSCULAR RECON SOLN 1 GRAM	5^	QL (60 EA per 30 days)
tigecycline intravenous recon soln 50 mg	5^	
tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg	2	
tobramycin in 0.225 % nacl inhalation solution for nebulization 300 mg/5 ml	5^	PA; QL (280 ML per 28 days)
tobramycin sulfate injection recon soln 1.2 gram	2	
tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml, 40 mg/ml	2	
TRECATOR ORAL TABLET 250 MG	4	
VANCOMYCIN IN 0.9 % SODIUM CHL INTRAVENOUS PIGGYBACK 1 GRAM/200 ML	3	QL (4000 ML per 10 days)
VANCOMYCIN IN 0.9 % SODIUM CHL INTRAVENOUS PIGGYBACK 500 MG/100 ML	3	QL (1000 ML per 10 days)
VANCOMYCIN IN 0.9 % SODIUM CHL INTRAVENOUS PIGGYBACK 750 MG/150 ML	3	QL (4050 ML per 10 days)
vancomycin intravenous recon soln 1,000 mg	4	QL (20 EA per 10 days)
vancomycin intravenous recon soln 1.25 gram	4	QL (16 EA per 10 days)
vancomycin intravenous recon soln 1.5 gram	4	QL (14 EA per 10 days)
vancomycin intravenous recon soln 10 gram, 5 gram	4	QL (2 EA per 10 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
vancomycin intravenous recon soln 500 mg	2	QL (10 EA per 10 days)
vancomycin intravenous recon soln 750 mg	4	QL (27 EA per 10 days)
vancomycin oral capsule 125 mg	4	QL (40 EA per 10 days)
vancomycin oral capsule 250 mg	4	QL (80 EA per 10 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	5^	PA; QL (90 EA per 30 days)
PENICILINAS		
amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg	1	
amoxicillin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml	1	
amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg	1	
amoxicillin oral tablet,chewable 125 mg, 250 mg	2	
amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 200-28.5 mg/5 ml, 250-62.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml, 600-42.9 mg/5 ml	2	
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 500-125 mg, 875-125 mg	2	
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet extended release 12 hr 1,000-62.5 mg	2	
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet,chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg	2	
ampicillin oral capsule 500 mg	1	
ampicillin sodium injection recon soln 1 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg	4	
ampicillin sodium injection recon soln 10 gram	2	
ampicillin sodium intravenous recon soln 1 gram, 2 gram	4	
ampicillin-sulbactam injection recon soln 1.5 gram, 15 gram, 3 gram	2	
ampicillin-sulbactam intravenous recon soln 1.5 gram, 3 gram	2	
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML, 600,000 UNIT/ML	4	
dicloxacillin oral capsule 250 mg, 500 mg	2	
nafcillin in dextrose iso-osm intravenous piggyback 2 gram/100 ml	2	
nafcillin injection recon soln 1 gram, 2 gram	2	
nafcillin injection recon soln 10 gram	5^	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
oxacillin injection recon soln 1 gram	2	
oxacillin injection recon soln 10 gram, 2 gram	4	
PENICILLIN G POT IN DEXTROSE INTRAVENOUS PIGGYBACK 2 MILLION UNIT/50 ML, 3 MILLION UNIT/50 ML	4	
penicillin g potassium injection recon soln 20 million unit, 5 million unit	4	
penicillin g sodium injection recon soln 5 million unit	2	
penicillin v potassium oral recon soln 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml	2	
penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg	1	
pfizerpen-g injection recon soln 20 million unit, 5 million unit	4	
piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 13.5 gram, 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram, 40.5 gram	4	
QUINOLONAS		
ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg	1	
ciprofloxacin in 5 % dextrose intravenous piggyback 200 mg/100 ml	2	
ciprofloxacin in 5 % dextrose intravenous piggyback 400 mg/200 ml	4	
ciprofloxacin oral suspension,microcapsule recon 500 mg/5 ml	4	
levofloxacin in d5w intravenous piggyback 250 mg/50 ml	4	
levofloxacin in d5w intravenous piggyback 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml	2	
levofloxacin intravenous solution 25 mg/ml	2	
levofloxacin oral solution 250 mg/10 ml	4	
levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg	1	
moxifloxacin oral tablet 400 mg	2	
moxifloxacin-sod.chloride(iso) intravenous piggyback 400 mg/250 ml	2	
TETRACICLINAS		
demeclocycline oral tablet 150 mg, 300 mg	4	
doxy-100 intravenous recon soln 100 mg	2	
doxycycline hyclate intravenous recon soln 100 mg	2	
doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg	2	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg	2	
doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg	2	
doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg	2	
minocycline oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg	2	
minocycline oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg	4	
tetracycline oral capsule 250 mg, 500 mg	4	
CARDIOVASCULAR, HIPERTENSIÓN/LÍPIDOS		
AGENTES ANTIARRÍTMICOS		
amiodarone intravenous solution 50 mg/ml	2	
amiodarone oral tablet 100 mg, 400 mg	2	
amiodarone oral tablet 200 mg	1	
disopyramide phosphate oral capsule 100 mg, 150 mg	4	
dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg	2	
flecainide oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg	2	
mexiletine oral capsule 150 mg, 200 mg, 250 mg	4	
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG	4	
pacerone oral tablet 100 mg, 400 mg	2	
pacerone oral tablet 200 mg	1	
propafenone oral capsule,extended release 12 hr 225 mg, 325 mg, 425 mg	2	
propafenone oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg	2	
quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg	2	
sotalol af oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg	2	
sotalol oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg	1	
AGENTES CARDIOVASCULARES DIVERSOS		
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5 ML	3	QL (450 ML per 30 days)
digoxin oral solution 50 mcg/ml (0.05 mg/ml)	2	
digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg), 62.5 mcg (0.0625 mg)	2	QL (60 EA per 30 days)
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
ivabradine oral tablet 5 mg, 7.5 mg	3	QL (60 EA per 30 days)
ranolazine oral tablet extended release 12 hr 1,000 mg, 500 mg	4	
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG	3	QL (30 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
VYNDAQEL ORAL CAPSULE 20 MG	5^	PA
AGENTES REDUCTORES DE LÍPIDOS/COLESTEROL		
amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg	6	QL (30 EA per 30 days)
atorvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg	6	QL (30 EA per 30 days)
cholestyramine (with sugar) oral powder 4 gram	2	
cholestyramine (with sugar) oral powder in packet 4 gram	2	
cholestyramine light oral powder 4 gram	2	
cholestyramine light oral powder in packet 4 gram	2	
colesevelam oral powder in packet 3.75 gram	2	
colesevelam oral tablet 625 mg	2	
colestipol oral granules 5 gram	2	
colestipol oral packet 5 gram	2	
colestipol oral tablet 1 gram	2	
ezetimibe oral tablet 10 mg	1	
ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg	6	QL (30 EA per 30 days)
fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg	2	
fenofibrate nanocrystallized oral tablet 145 mg, 48 mg	2	
fenofibrate oral tablet 160 mg, 54 mg	2	
fenofibric acid (choline) oral capsule,delayed release(dr/ec) 135 mg, 45 mg	2	
fluvastatin oral capsule 20 mg, 40 mg	6	QL (60 EA per 30 days)
fluvastatin oral tablet extended release 24 hr 80 mg	6	QL (30 EA per 30 days)
gemfibrozil oral tablet 600 mg	1	
lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	6	QL (60 EA per 30 days)
niacin oral tablet extended release 24 hr 1,000 mg, 500 mg, 750 mg	2	
pitavastatin calcium oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg	4	QL (30 EA per 30 days)
PRALUENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML, 75 MG/ML	3	PA
pravastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg	6	QL (30 EA per 30 days)
prevalite oral powder 4 gram	2	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
prevalite oral powder in packet 4 gram	2	
rosuvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg	6	QL (30 EA per 30 days)
simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg, 80 mg	6	QL (30 EA per 30 days)
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GRAM, 1 GRAM	4	
NITRATOS		
isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg	2	
isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg	1	
isosorbide mononitrate oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 30 mg, 60 mg	1	
nitro-bid transdermal ointment 2 %	4	
nitroglycerin sublingual tablet 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg	2	
nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr	2	
TRATAMIENTO CONTRA LA HIPERTENSIÓN		
acebutolol oral capsule 200 mg, 400 mg	2	
aliskiren oral tablet 150 mg, 300 mg	2	
amiloride oral tablet 5 mg	1	
amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg	1	
amlodipine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	1	
amlodipine-benazepril oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg	6	
amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg	6	QL (30 EA per 30 days)
amlodipine-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg	6	QL (30 EA per 30 days)
amlodipine-valsartan-hcthiazid oral tablet 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-12.5 mg, 5-160-25 mg	6	QL (30 EA per 30 days)
atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	1	
atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg	1	
benazepril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg	6	
benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg	6	
betaxolol oral tablet 10 mg, 20 mg	2	
bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg	1	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg	1	
bumetanide injection solution 0.25 mg/ml	2	
bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	2	
candesartan oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg	6	QL (60 EA per 30 days)
candesartan oral tablet 32 mg	6	QL (30 EA per 30 days)
candesartan-hydrochlorothiazid oral tablet 16-12.5 mg	6	QL (60 EA per 30 days)
candesartan-hydrochlorothiazid oral tablet 32-12.5 mg, 32-25 mg	6	QL (30 EA per 30 days)
captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg	6	
captopril-hydrochlorothiazide oral tablet 25-15 mg, 25-25 mg, 50-15 mg, 50-25 mg	6	
cartia xt oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg	2	
carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg	1	
chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg	1	
clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg	1	
clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24 hr, 0.2 mg/24 hr, 0.3 mg/24 hr	2	
diltiazem hcl intravenous solution 5 mg/ml	2	
diltiazem hcl oral capsule,ext.rel 24h degradable 120 mg, 180 mg, 240 mg	2	
diltiazem hcl oral capsule,extended release 12 hr 120 mg, 60 mg, 90 mg	2	
diltiazem hcl oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg	2	
diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg	2	
diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg	1	
diltiazem hcl oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg	2	
dilt-xr oral capsule,ext.rel 24h degradable 120 mg, 180 mg, 240 mg	2	
doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg	1	
EDARBI ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
EDARBYCLOR ORAL TABLET 40-12.5 MG, 40-25 MG	3	QL (30 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg	6	
enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-12.5 mg	6	
eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg	2	
felodipine oral tablet extended release 24 hr 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	2	
fosinopril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	6	
fosinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg	6	
furosemide injection solution 10 mg/ml	2	
furosemide oral solution 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)	1	
furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg	1	
guanfacine oral tablet 1 mg, 2 mg	4	
hydralazine injection solution 20 mg/ml	2	
hydralazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg	2	
hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg	1	
hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg	1	
indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg	1	
irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg	6	QL (30 EA per 30 days)
irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg	6	QL (60 EA per 30 days)
irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 300-12.5 mg	6	QL (30 EA per 30 days)
isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg	2	
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
labetalol oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg	2	
lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg	6	
lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg	6	
losartan oral tablet 100 mg	6	QL (30 EA per 30 days)
losartan oral tablet 25 mg, 50 mg	6	QL (60 EA per 30 days)
losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg	6	QL (30 EA per 30 days)
losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 50-12.5 mg	6	QL (60 EA per 30 days)
matzim la oral tablet extended release 24 hr 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg	2	
metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	2	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
metoprolol succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	1	
metoprolol ta-hydrochlorothiaz oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg	2	
metoprolol tartrate intravenous solution 5 mg/5 ml	2	
metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg	1	
metyrosine oral capsule 250 mg	5^	PA
minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg	2	
moexipril oral tablet 15 mg, 7.5 mg	6	
nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg	2	
nebivolol oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	2	QL (30 EA per 30 days)
nebivolol oral tablet 20 mg	2	QL (60 EA per 30 days)
nicardipine oral capsule 20 mg, 30 mg	2	
nifedipine oral tablet extended release 24hr 30 mg, 60 mg, 90 mg	2	
nifedipine oral tablet extended release 30 mg, 60 mg, 90 mg	2	
nimodipine oral capsule 30 mg	2	
olmesartan oral tablet 20 mg, 40 mg	6	QL (30 EA per 30 days)
olmesartan oral tablet 5 mg	6	QL (60 EA per 30 days)
olmesartan-amlodipin-hcthiazid oral tablet 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg	6	QL (30 EA per 30 days)
olmesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg	6	QL (30 EA per 30 days)
perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg	6	
pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg	2	
prazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg	2	
propranolol oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg	2	
propranolol oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml), 40 mg/5 ml (8 mg/ml)	2	
propranolol oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg	2	
quinapril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg	6	
quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg	6	
ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	6	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	1	
spironolacton-hydrochlorothiaz oral tablet 25-25 mg	2	
taztia xt oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg	2	
telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg	6	QL (30 EA per 30 days)
telmisartan-amlodipine oral tablet 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg	6	QL (30 EA per 30 days)
telmisartan-hydrochlorothiazid oral tablet 40-12.5 mg, 80-25 mg	6	QL (30 EA per 30 days)
telmisartan-hydrochlorothiazid oral tablet 80-12.5 mg	6	QL (60 EA per 30 days)
terazosin oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg	1	
tiadylt er oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg	2	
timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	2	
torsemide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg	1	
trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg	6	
treprostinil sodium injection solution 1 mg/ml, 10 mg/ml, 2.5 mg/ml, 5 mg/ml	5^	PA; LA
triamterene-hydrochlorothiazid oral capsule 37.5-25 mg	1	
triamterene-hydrochlorothiazid oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg	1	
valsartan oral tablet 160 mg, 40 mg, 80 mg	6	QL (60 EA per 30 days)
valsartan oral tablet 320 mg	6	QL (30 EA per 30 days)
valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg	6	QL (30 EA per 30 days)
verapamil intravenous solution 2.5 mg/ml	2	
verapamil intravenous syringe 2.5 mg/ml	2	
verapamil oral capsule, 24 hr er pellet ct 100 mg, 200 mg, 300 mg	2	
verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 360 mg	2	
verapamil oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg	1	
verapamil oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg	1	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
TRATAMIENTO PARA LA COAGULACIÓN		
aspirin-dipyridamole oral capsule, er multiphase 12 hr 25-200 mg	2	
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG	3	
cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg	1	
clopidogrel oral tablet 75 mg	1	
dabigatran etexilate oral capsule 110 mg, 150 mg, 75 mg	4	QL (60 EA per 30 days)
dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg	4	
DOPTELET (10 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	5^	PA; LA
DOPTELET (15 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	5^	PA; LA
DOPTELET (30 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	5^	PA; LA
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 5 MG (74 TABS)	3	QL (74 EA per 180 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG	3	QL (74 EA per 30 days)
enoxaparin subcutaneous solution 300 mg/3 ml	4	
enoxaparin subcutaneous syringe 100 mg/ml, 120 mg/0.8 ml, 150 mg/ml, 30 mg/0.3 ml, 40 mg/0.4 ml, 60 mg/0.6 ml, 80 mg/0.8 ml	4	
fondaparinux subcutaneous syringe 10 mg/0.8 ml, 5 mg/0.4 ml, 7.5 mg/0.6 ml	5^	
fondaparinux subcutaneous syringe 2.5 mg/0.5 ml	2	
heparin (porcine) in 5 % dex intravenous parenteral solution 20,000 unit/500 ml (40 unit/ml), 25,000 unit/250 ml(100 unit/ml), 25,000 unit/500 ml (50 unit/ml)	2	
heparin (porcine) injection solution 1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, 20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml	2	
HEPARIN(PORCINE) IN 0.45% NACL INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 12,500 UNIT/250 ML	3	
heparin(porcine) in 0.45% nacl intravenous parenteral solution 25,000 unit/250 ml, 25,000 unit/500 ml	4	
jantoven oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg	1	
pentoxifylline oral tablet extended release 400 mg	1	
prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	2	
PROMACTA ORAL POWDER IN PACKET 12.5 MG	5^	PA; LA; QL (360 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
PROMACTA ORAL POWDER IN PACKET 25 MG	5^	PA; LA; QL (180 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	5^	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 50 MG, 75 MG	5^	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
rivaroxaban oral tablet 2.5 mg	3	QL (60 EA per 30 days)
warfarin oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg	1	
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 15 MG (42)- 20 MG (9)	3	QL (51 EA per 180 days)
XARELTO ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1 MG/ML	3	QL (775 ML per 28 days)
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 15 MG, 2.5 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS Y ALERGIA		
AGENTES ANTIHISTAMÍNICOS/ANTIALERGÉNICOS		
adrenalin injection solution 1 mg/ml (1 ml)	4	
cetirizine oral solution 1 mg/ml	1	
cyproheptadine oral tablet 4 mg	4	PA
desloratadine oral tablet 5 mg	2	
diphenhydramine hcl injection solution 50 mg/ml	2	
diphenhydramine hcl injection syringe 50 mg/ml	2	
epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml	2	Only Epinephrine NDCs starting with 00093 and 49502 are covered; QL (4 EA per 30 days)
hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg	4	PA
hydroxyzine pamoate oral capsule 25 mg, 50 mg	4	PA
levocetirizine oral solution 2.5 mg/5 ml	2	
levocetirizine oral tablet 5 mg	2	
promethazine injection solution 25 mg/ml, 50 mg/ml	4	
promethazine oral syrup 6.25 mg/5 ml	4	PA
promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg	4	PA
AGENTES PULMONARES		
acetylcysteine solution 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %)	2	B/D
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG	5^	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
ADVAIR HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 115-21 MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION	3	QL (12 GM per 30 days)
albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation	2	8.5 gm inhaler; QL (17 GM per 30 days)
albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020503)	2	6.7 gm inhaler; QL (13.4 GM per 30 days)
albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg /3 ml (0.083 %), 2.5 mg/0.5 ml, 5 mg/ml	2	B/D
albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5 ml	2	
albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg	2	
alyq oral tablet 20 mg	5^	PA; QL (60 EA per 30 days)
ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg	5^	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
ANORO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 62.5-25 MCG/ACTUATION	3	QL (60 EA per 30 days)
arformoterol inhalation solution for nebulization 15 mcg/2 ml	4	B/D; QL (120 ML per 30 days)
ARNUITY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION	3	QL (30 EA per 30 days)
ATROVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 17 MCG/ACTUATION	4	QL (25.8 GM per 30 days)
BEVESPI AEROSPHERE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 9-4.8 MCG	3	QL (10.7 GM per 30 days)
bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg	5^	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-25 MCG/DOSE, 200-25 MCG/DOSE, 50-25 MCG/DOSE	3	QL (60 EA per 30 days)
breyna inhalation hfa aerosol inhaler 160-4.5 mcg/actuation, 80-4.5 mcg/actuation	3	Breyna is generic for Symbicort; QL (30.9 GM per 30 days)
BREZTRI AEROSPHERE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160-9-4.8 MCG/ACTUATION	3	Retail Inhalation Canister (10.7g inhaler containing 120 inhalations); QL (10.7 GM per 30 days)
budesonide inhalation suspension for nebulization 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml	4	B/D
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION MIST 20-100 MCG/ACTUATION	3	QL (8 GM per 30 days)
cromolyn inhalation solution for nebulization 20 mg/2 ml	3	B/D

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 30 MG/ML	5^	PA; LA; QL (1 ML per 28 days)
FASENRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML	5^	PA; QL (0.5 ML per 28 days)
FASENRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG/ML	5^	PA; LA; QL (1 ML per 28 days)
flunisolide nasal spray,non-aerosol 25 mcg (0.025 %)	2	QL (50 ML per 30 days)
fluticasone propionate nasal spray,suspension 50 mcg/actuation	2	QL (16 GM per 30 days)
fluticasone propion-salmeterol inhalation blister with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose	3	QL (60 EA per 30 days)
formoterol fumarate inhalation solution for nebulization 20 mcg/2 ml	4	B/D; QL (120 ML per 30 days)
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2,000 UNIT	5^	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3,000 UNIT	5^	PA; LA; QL (20 EA per 30 days)
icatibant subcutaneous syringe 30 mg/3 ml	5^	PA; QL (27 ML per 30 days)
INCRUSE ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 62.5 MCG/ACTUATION	3	QL (30 EA per 30 days)
ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %	2	B/D
ipratropium-albuterol inhalation solution for nebulization 0.5 mg-3 mg(2.5 mg base)/3 ml	2	B/D
KALYDECO ORAL GRANULES IN PACKET 13.4 MG, 5.8 MG	5^	PA; QL (56 EA per 28 days)
KALYDECO ORAL GRANULES IN PACKET 25 MG, 50 MG, 75 MG	5^	PA; LA; QL (56 EA per 28 days)
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	5^	PA; LA; QL (56 EA per 28 days)
levalbuterol hcl inhalation solution for nebulization 0.31 mg/3 ml, 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/0.5 ml, 1.25 mg/3 ml	2	B/D
mometasone nasal spray,non-aerosol 50 mcg/actuation	2	QL (34 GM per 30 days)
montelukast oral granules in packet 4 mg	2	
montelukast oral tablet 10 mg	1	
montelukast oral tablet,chewable 4 mg, 5 mg	2	
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG	5^	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG	5^	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
ORKAMBI ORAL GRANULES IN PACKET 100-125 MG, 150-188 MG, 75-94 MG	5^	PA; LA; QL (56 EA per 28 days)
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG	5^	PA; LA; QL (112 EA per 28 days)
pirfenidone oral capsule 267 mg	5^	PA; QL (270 EA per 30 days)
pirfenidone oral tablet 267 mg	5^	PA; QL (270 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
pirfenidone oral tablet 801 mg	5^	PA; QL (90 EA per 30 days)
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML	5^	B/D
roflumilast oral tablet 250 mcg, 500 mcg	2	QL (30 EA per 30 days)
sajazir subcutaneous syringe 30 mg/3 ml	5^	PA; LA; QL (27 ML per 30 days)
SEREVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50 MCG/DOSE	3	QL (60 EA per 30 days)
sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet 20 mg	2	PA; generic for Revatio; QL (90 EA per 30 days)
SYMDEKO ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-150 MG (D)/ 150 MG (N), 50-75 MG (D)/ 75 MG (N)	5^	PA; LA; QL (56 EA per 28 days)
tadalafil (pulm. hypertension) oral tablet 20 mg	5^	PA; generic for Adcirca; QL (60 EA per 30 days)
terbutaline oral tablet 2.5 mg, 5 mg	2	
THEO-24 ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 100 MG, 200 MG, 300 MG, 400 MG	4	
theophylline oral elixir 80 mg/15 ml	2	
theophylline oral solution 80 mg/15 ml	2	
theophylline oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg	2	
theophylline oral tablet extended release 24 hr 400 mg, 600 mg	2	
TRELEGY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-62.5-25 MCG, 200-62.5-25 MCG	3	QL (60 EA per 30 days)
TRIKAFTA ORAL GRANULES IN PACKET, SEQUENTIAL 100-50-75MG (D) /75 MG (N), 80-40-60 MG (D) /59.5 MG (N)	5^	PA; QL (56 EA per 28 days)
TRIKAFTA ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-50-75 MG(D) /150 MG (N), 50-25-37.5 MG (D)/75 MG (N)	5^	PA; LA; QL (84 EA per 28 days)
VENTOLIN HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 90 MCG/ACTUATION	3	18 gm inhaler; QL (36 GM per 30 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 300 MG/2 ML	5^	PA; QL (8 ML per 28 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 75 MG/0.5 ML	5^	PA; QL (1 ML per 28 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS RECON SOLN 150 MG	5^	PA; LA; QL (8 EA per 28 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	5^	PA; LA; QL (8 ML per 28 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/2 ML	5^	PA; QL (8 ML per 28 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML	5^	PA; LA; QL (1 ML per 28 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg	2	
GASTROENTEROLOGÍA		
AGENTES GASTROINTESTINALES DIVERSOS		
alosetron oral tablet 0.5 mg	4	PA; QL (60 EA per 30 days)
alosetron oral tablet 1 mg	5^	PA; QL (60 EA per 30 days)
aprepitant oral capsule 125 mg, 40 mg, 80 mg	2	B/D
aprepitant oral capsule,dose pack 125 mg (1)- 80 mg (2)	2	B/D
balsalazide oral capsule 750 mg	2	
betaine oral powder 1 gram/scoop	5^	LA
budesonide oral capsule,delayed,extend.release 3 mg	2	
budesonide oral tablet,delayed and ext.release 9 mg	5^	PA; QL (30 EA per 30 days)
compro rectal suppository 25 mg	2	
constulose oral solution 10 gram/15 ml	2	
CREON ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 12,000-38,000 -60,000 UNIT, 24,000-76,000 -120,000 UNIT, 3,000-9,500- 15,000 UNIT, 36,000-114,000- 180,000 UNIT, 6,000-19,000 -30,000 UNIT	3	
cromolyn oral concentrate 100 mg/5 ml	2	
dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	2	B/D; QL (60 EA per 30 days)
enulose oral solution 10 gram/15 ml	2	
GATTEX 30-VIAL SUBCUTANEOUS KIT 5 MG	5^	PA; LA
GATTEX ONE-VIAL SUBCUTANEOUS KIT 5 MG	5^	PA
gavilyte-c oral recon soln 240-22.72-6.72 -5.84 gram	1	
gavilyte-g oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram	1	
generlac oral solution 10 gram/15 ml	2	
granisetron (pf) intravenous solution 1 mg/ml (1 ml)	2	
granisetron hcl intravenous solution 1 mg/ml, 1 mg/ml (1 ml)	2	
granisetron hcl oral tablet 1 mg	2	B/D
hydrocortisone rectal enema 100 mg/60 ml	2	
hydrocortisone topical cream with perineal applicator 1 %, 2.5 %	1	
INFLECTRA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	5^	PA; QL (20 EA per 30 days)
lactulose oral solution 10 gram/15 ml	2	
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG	3	QL (30 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
lubiprostone oral capsule 24 mcg, 8 mcg	4	QL (60 EA per 30 days)
meclizine oral tablet 12.5 mg, 25 mg	2	
mesalamine oral capsule (with del rel tablets) 400 mg	2	
mesalamine oral capsule,extended release 24hr 0.375 gram	2	
mesalamine oral tablet,delayed release (dr/ec) 1.2 gram	2	
mesalamine oral tablet,delayed release (dr/ec) 800 mg	4	
mesalamine rectal enema 4 gram/60 ml	2	
mesalamine rectal suppository 1,000 mg	2	
mesalamine with cleansing wipe rectal enema kit 4 gram/60 ml	2	
metoclopramide hcl injection solution 5 mg/ml	2	
metoclopramide hcl injection syringe 5 mg/ml	2	
metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5 ml	2	
metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	1	
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
nitroglycerin rectal ointment 0.4 % (w/w)	4	QL (30 GM per 30 days)
OCALIVA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	5^	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
ondansetron hcl (pf) injection solution 4 mg/2 ml	2	
ondansetron hcl (pf) injection syringe 4 mg/2 ml	2	
ondansetron hcl intravenous solution 2 mg/ml	2	
ondansetron hcl oral solution 4 mg/5 ml	2	
ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg	2	
ondansetron oral tablet,disintegrating 4 mg, 8 mg	2	
peg 3350-electrolytes oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram	1	
peg-electrolyte soln oral recon soln 420 gram	1	
PLENVU ORAL POWDER IN PACKET, SEQUENTIAL 140-9-5.2 GRAM	4	
prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2 ml (5 mg/ml)	2	
prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg	2	
prochlorperazine rectal suppository 25 mg	2	
procto-med hc topical cream with perineal applicator 2.5 %	2	
proctosol hc topical cream with perineal applicator 2.5 %	2	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
proctozone-hc topical cream with perineal applicator 2.5 %	2	
RECTIV RECTAL OINTMENT 0.4 % (W/W)	4	QL (30 GM per 30 days)
scopolamine base transdermal patch 3 day 1 mg over 3 days	4	PA; QL (10 EA per 30 days)
SKYRIZI INTRAVENOUS SOLUTION 60 MG/ML	5^	PA; QL (30 ML per 180 days)
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML)	5^	PA; QL (1.2 ML per 56 days)
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML)	5^	PA; QL (2.4 ML per 56 days)
sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram, 17.5-3.13-1.6 gram 2 pack (480ml)	2	
SUCRAID ORAL SOLUTION 8,500 UNIT/ML	5^	PA
sulfasalazine oral tablet 500 mg	2	
sulfasalazine oral tablet,delayed release (dr/ec) 500 mg	2	
SUPREP BOWEL PREP KIT ORAL RECON SOLN 17.5-3.13-1.6 GRAM	4	
ursodiol oral capsule 300 mg	3	
ursodiol oral tablet 250 mg, 500 mg	4	
VOWST ORAL CAPSULE	5^	PA; LA
ZENPEP ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 10,000-32,000 -42,000 UNIT, 15,000-47,000 -63,000 UNIT, 20,000-63,000- 84,000 UNIT, 25,000-79,000- 105,000 UNIT, 3,000-10,000 -14,000-UNIT, 40,000-126,000- 168,000 UNIT, 5,000-17,000- 24,000 UNIT, 60,000-189,600- 252,600 UNIT	3	
ANTIDIARREICOS/ANTIESPASMÓDICOS		
dicyclomine oral capsule 10 mg	4	
dicyclomine oral solution 10 mg/5 ml	4	
dicyclomine oral tablet 20 mg	4	
diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5 ml	4	
diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg	4	
glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg	2	
loperamide oral capsule 2 mg	2	
TRATAMIENTO PARA LAS ÚLCERAS		
dexlansoprazole oral capsule,biphase delayed releas 30 mg, 60 mg	2	QL (30 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
esomeprazole magnesium oral capsule,delayed release(dr/ec) 20 mg, 40 mg	2	QL (60 EA per 30 days)
famotidine (pf) intravenous solution 20 mg/2 ml	2	
famotidine (pf)-nacl (iso-os) intravenous piggyback 20 mg/50 ml	2	
famotidine intravenous solution 10 mg/ml	2	
famotidine oral suspension for reconstitution 40 mg/5 ml (8 mg/ml)	2	
famotidine oral tablet 20 mg, 40 mg	1	
lansoprazole oral capsule,delayed release(dr/ec) 15 mg, 30 mg	2	QL (60 EA per 30 days)
misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg	2	
nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg	2	
omeprazole oral capsule,delayed release(dr/ec) 10 mg, 20 mg, 40 mg	1	QL (60 EA per 30 days)
pantoprazole intravenous recon soln 40 mg	2	
pantoprazole oral tablet,delayed release (dr/ec) 20 mg, 40 mg	1	QL (60 EA per 30 days)
rabeprazole oral tablet,delayed release (dr/ec) 20 mg	2	QL (60 EA per 30 days)
sucralfate oral suspension 100 mg/ml	4	
sucralfate oral tablet 1 gram	2	
INMUNOLOGÍA, VACUNAS/BIOTECNOLOGÍA		
MEDICAMENTOS BIOTECNOLÓGICOS		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML	5^	PA; LA
ARCALYST SUBCUTANEOUS RECON SOLN 220 MG	5^	PA; LA
BESREMI SUBCUTANEOUS SYRINGE 500 MCG/ML	5^	PA-NS; LA
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG	5^	PA; QL (14 EA per 28 days)
NIVESTYM INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML	5^	PA
NIVESTYM SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	5^	PA
NYVEPRIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	5^	PA
OMNITROPE SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML)	5^	PA
OMNITROPE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 5.8 MG	5^	PA
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML	5^	PA; QL (4 ML per 28 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.

07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE 180 MCG/0.5 ML	5^	PA; QL (2 ML per 28 days)
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML	3	PA
RETACRIT INJECTION SOLUTION 40,000 UNIT/ML	5^	PA
VACUNAS/MEDICAMENTOS INMUNOLÓGICOS DIVERSOS		
ABRYSVO (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 120 MCG/0.5 ML	6	NM; IRA $0 for age 19 and older
ACTHIB (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	6	NM
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	6	NM
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	6	NM
AREXVY (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 120 MCG/0.5 ML	6	NM; IRA $0 for age 60 and older only
BCG VACCINE, LIVE (PF) PERCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	6	NM
BEXSERO INTRAMUSCULAR SYRINGE 50-50-50-25 MCG/0.5 ML	6	NM
BIVIGAM INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	5^	PA; NM; LA
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	6	NM
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	6	NM
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15-10-5 LF-MCG-LF/0.5ML	6	NM
DENGVAXIA (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP4.5-6 CCID50/0.5 ML	6	NM
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 20 MCG/ML	6	B/D; NM
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/ML	6	B/D; NM
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/0.5 ML	6	B/D; NM
GAMASTAN INTRAMUSCULAR SOLUTION 15-18 % RANGE	3	NM
GAMMAGARD LIQUID INJECTION SOLUTION 10 %	5^	PA; NM
GAMMAGARD S-D (IGA < 1 MCG/ML) INTRAVENOUS RECON SOLN 10 GRAM, 5 GRAM	5^	PA; NM

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
GAMMAKED INJECTION SOLUTION 1 GRAM/10 ML (10 %), 10 GRAM/100 ML (10 %), 20 GRAM/200 ML (10 %), 5 GRAM/50 ML (10 %)	5^	PA; NM
GAMMAPLEX (WITH SORBITOL) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	5^	PA; NM; LA
GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 10 % (100 ML), 10 % (200 ML)	5^	PA; NM; LA
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GRAM/10 ML (10 %), 10 GRAM/100 ML (10 %), 2.5 GRAM/25 ML (10 %), 20 GRAM/200 ML (10 %), 40 GRAM/400 ML (10 %), 5 GRAM/50 ML (10 %)	5^	PA; NM
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 0.5 ML	6	NM; IRA $0 up to age 45
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML	6	NM; IRA $0 up to age 45
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,440 ELISA UNIT/ML, 720 ELISA UNIT/0.5 ML	6	NM
HEPLISAV-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/0.5 ML	6	B/D; NM
HIBERIX (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	6	NM
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 2.5 UNIT	6	NM
INFANRIX (DTAP) (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25-58-10 LF-MCG-LF/0.5ML	6	NM
IPOL INJECTION SUSPENSION 40-8-32 UNIT/0.5 ML	6	NM
IXCHIQ (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 1,000 TCID50/0.5 ML	6	NM
IXIARO (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 6 MCG/0.5 ML	6	NM
JYNNEOS (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION 0.5X TO 3.95X 10EXP8 UNIT/0.5	6	NM
KINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML	6	NM
MENACTRA (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 4 MCG/0.5 ML	6	NM
MENQUADFI (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 10 MCG/0.5 ML	6	NM
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) INTRAMUSCULAR KIT 10-5 MCG/0.5 ML	6	NM
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 10-5 MCG/0.5 ML	6	NM

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML	6	NM
MRESVIA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 MCG/0.5 ML	6	NM; IRA $0 for age 60 and older only
OCTAGAM INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 5 %	5^	PA; NM
PANZYGA INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 10 % (100 ML), 10 % (200 ML), 10 % (25 ML), 10 % (300 ML), 10 % (50 ML)	5^	PA; NM
PEDIARIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG-25LF-25 MCG-10LF/0.5 ML	6	NM
PEDVAX HIB (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 7.5 MCG/0.5 ML	6	NM
PENBRAYA (PF) INTRAMUSCULAR KIT 5-120 MCG/0.5 ML	6	NM
PENTACEL (PF) INTRAMUSCULAR KIT 15LF-20MCG-5LF- 62 DU/0.5 ML	6	NM
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML	6	NM
PRIVIGEN INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	5^	PA; NM
PROQUAD (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3-4.3-3- 3.99 TCID50/0.5	6	NM
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML	6	NM
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML	6	NM
RABAVERT (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 2.5 UNIT	6	NM
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	6	B/D; NM
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	6	B/D; NM
ROTARIX ORAL SUSPENSION 10EXP6 CCID50 /1.5 ML	6	NM
ROTATEQ VACCINE ORAL SOLUTION 2 ML	6	NM
SHINGRIX (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MCG/0.5 ML	6	NM; A third dose may be considered in post-transplant members (PA required).; QL (2 EA per 999 days)
STAMARIL (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1,000 UNIT/0.5 ML	6	NM
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5 LF UNIT- 2 LF UNIT/0.5ML	6	NM

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 5-2 LF UNIT/0.5 ML	6	NM
TETANUS,DIPHTHERIA TOX PED(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-25 LF UNIT/0.5 ML	6	B/D; NM
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 1.2 MCG/0.25 ML, 2.4 MCG/0.5 ML	6	NM
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML	6	NM
TWINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT-20 MCG/ML	6	NM
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5 ML	6	NM
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 MCG/0.5 ML	6	NM
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML	6	NM
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML	6	NM
VARIVAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1,350 UNIT/0.5 ML	6	NM
VIMKUNYA INTRAMUSCULAR SYRINGE 40 MCG/0.8 ML	6	NM
YF-VAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML, 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML(2.5 ML IN 1 VIAL)	6	NM
MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS/INMUNOSUPRESORES		
AGENTES COMPLEMENTARIOS		
leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg	2	
mesna oral tablet 400 mg	5^	
MESNEX ORAL TABLET 400 MG	5^	
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML)	5^	B/D
MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS/INMUNOSUPRESORES		
abiraterone oral tablet 250 mg	5^	PA-NS; QL (120 EA per 30 days)
abiraterone oral tablet 500 mg	5^	PA-NS; QL (60 EA per 30 days)
abirtega oral tablet 250 mg	4	PA-NS; QL (120 EA per 30 days)
AKEEGA ORAL TABLET 100-500 MG, 50-500 MG	5^	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days)
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG	5^	PA-NS; LA; QL (240 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG	5^	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG	5^	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLETS,DOSE PACK 90 MG (7)- 180 MG (23)	5^	PA-NS; LA; QL (30 EA per 180 days)
anastrozole oral tablet 1 mg	1	
AUGTYRO ORAL CAPSULE 160 MG, 40 MG	5^	PA-NS; QL (240 EA per 30 days)
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG	5^	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days)
azacitidine injection recon soln 100 mg	5^	B/D
azathioprine oral tablet 50 mg	2	B/D
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG, 4 MG, 5 MG	5^	PA-NS; LA
BENDEKA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5^	B/D
bexarotene oral capsule 75 mg	5^	PA-NS
bexarotene topical gel 1 %	5^	PA-NS; QL (60 GM per 30 days)
bicalutamide oral tablet 50 mg	2	
BORTEZOMIB INJECTION RECON SOLN 1 MG, 2.5 MG	5^	B/D
bortezomib injection recon soln 3.5 mg	5^	B/D
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG	5^	PA-NS; QL (180 EA per 30 days)
BOSULIF ORAL CAPSULE 50 MG	5^	PA-NS; QL (330 EA per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG	5^	PA-NS; QL (90 EA per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG	5^	PA-NS; QL (30 EA per 30 days)
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG	5^	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days)
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG	5^	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG, 60 MG	5^	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days)
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) ORAL TABLET 100 MG	5^	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days)
CALQUENCE ORAL CAPSULE 100 MG	5^	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG	5^	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG	5^	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days)
carboplatin intravenous solution 10 mg/ml	2	B/D
cisplatin intravenous solution 1 mg/ml	2	B/D
COLUMVI INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/ML	5^	B/D
COMETRIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1)	5^	PA-NS; LA; QL (56 EA per 28 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
COMETRIQ ORAL CAPSULE 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3)	5^	PA-NS; LA; QL (112 EA per 28 days)
COMETRIQ ORAL CAPSULE 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY)	5^	PA-NS; LA; QL (84 EA per 28 days)
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG	5^	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days)
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG	5^	PA-NS; LA; QL (63 EA per 28 days)
cyclophosphamide intravenous recon soln 1 gram, 2 gram, 500 mg	4	B/D
cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg	2	B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	4	B/D
cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg	2	B/D
cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml	2	B/D
cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg	2	B/D
cytarabine injection solution 20 mg/ml	2	
DANZITEN ORAL TABLET 71 MG, 95 MG	5^	PA-NS; QL (112 EA per 28 days)
dasatinib oral tablet 100 mg, 140 mg, 50 mg, 80 mg	5^	PA-NS; QL (30 EA per 30 days)
dasatinib oral tablet 20 mg, 70 mg	5^	PA-NS; QL (60 EA per 30 days)
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG	5^	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days)
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG	5^	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days)
docetaxel intravenous solution 160 mg/16 ml (10 mg/ml), 160 mg/8 ml (20 mg/ml), 20 mg/2 ml (10 mg/ml), 20 mg/ml (1 ml), 80 mg/4 ml (20 mg/ml), 80 mg/8 ml (10 mg/ml)	5^	B/D
doxorubicin intravenous solution 10 mg/5 ml, 2 mg/ml, 20 mg/10 ml, 50 mg/25 ml	2	B/D
doxorubicin, peg-liposomal intravenous suspension 2 mg/ml	5^	B/D
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG	3	
ELIGARD (3 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 22.5 MG	3	PA-NS
ELIGARD (4 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG	3	PA-NS
ELIGARD (6 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG	3	PA-NS
ELIGARD SUBCUTANEOUS SYRINGE 7.5 MG (1 MONTH)	3	PA-NS
ELLENCE INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/100 ML, 50 MG/25 ML	4	B/D
ELREXFIO SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/ML	5^	PA-NS
ENVARSUS XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 0.75 MG, 1 MG, 4 MG	3	B/D

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
EPKINLY SUBCUTANEOUS SOLUTION 4 MG/0.8 ML, 48 MG/0.8 ML	5^	B/D
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG	5^	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days)
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG	5^	PA-NS; QL (30 EA per 30 days)
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	5^	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days)
erlotinib oral tablet 100 mg, 150 mg	5^	PA-NS; QL (30 EA per 30 days)
erlotinib oral tablet 25 mg	5^	PA-NS; QL (90 EA per 30 days)
etoposide intravenous solution 20 mg/ml	2	B/D
EULEXIN ORAL CAPSULE 125 MG	5^	
everolimus (antineoplastic) oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg	5^	PA-NS; QL (30 EA per 30 days)
everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 2 mg	5^	PA-NS; QL (150 EA per 30 days)
everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 3 mg	5^	PA-NS; QL (90 EA per 30 days)
everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 5 mg	5^	PA-NS; QL (60 EA per 30 days)
everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.25 mg	3	B/D
everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg	5^	B/D
exemestane oral tablet 25 mg	2	
EXKIVITY ORAL CAPSULE 40 MG	5^	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days)
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 120 MG	5^	PA-NS
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 80 MG	4	PA-NS
fluorouracil intravenous solution 1 gram/20 ml, 2.5 gram/50 ml, 5 gram/100 ml, 500 mg/10 ml	2	
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG	5^	PA-NS; LA; QL (21 EA per 28 days)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG	5^	PA-NS; QL (84 EA per 28 days)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG	5^	PA-NS; QL (21 EA per 28 days)
fulvestrant intramuscular syringe 250 mg/5 ml	5^	B/D
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG	5^	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days)
gefitinib oral tablet 250 mg	5^	PA-NS; QL (30 EA per 30 days)
gemcitabine intravenous recon soln 1 gram, 2 gram, 200 mg	2	B/D
gemcitabine intravenous solution 1 gram/26.3 ml (38 mg/ml), 2 gram/52.6 ml (38 mg/ml), 200 mg/5.26 ml (38 mg/ml)	2	B/D

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
GEMCITABINE INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/ML	2	B/D
gengraf oral capsule 100 mg, 25 mg	2	B/D
gengraf oral solution 100 mg/ml	2	B/D
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG	5^	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days)
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG	4	
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 100 MG, 40 MG	5^	
GOMEKLI ORAL CAPSULE 1 MG	5^	PA-NS; QL (126 EA per 28 days)
GOMEKLI ORAL CAPSULE 2 MG	5^	PA-NS; QL (84 EA per 28 days)
GOMEKLI ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1 MG	5^	PA-NS; QL (168 EA per 28 days)
hydroxyurea oral capsule 500 mg	2	
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG	5^	PA-NS; LA; QL (21 EA per 28 days)
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG	5^	PA-NS; LA; QL (21 EA per 28 days)
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG	5^	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days)
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	5^	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days)
imatinib oral tablet 100 mg	5^	PA-NS; QL (180 EA per 30 days)
imatinib oral tablet 400 mg	5^	PA-NS; QL (60 EA per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	5^	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	5^	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days)
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML	5^	PA-NS; LA; QL (324 ML per 30 days)
IMBRUVICA ORAL TABLET 420 MG	5^	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days)
IMKELDI ORAL SOLUTION 80 MG/ML	5^	PA-NS; QL (280 ML per 28 days)
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	5^	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days)
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	5^	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days)
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG	5^	PA-NS; LA; QL (5 EA per 28 days)
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG	5^	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days)
irinotecan intravenous solution 100 mg/5 ml, 300 mg/15 ml, 40 mg/2 ml, 500 mg/25 ml	5^	B/D
ITOVEBI ORAL TABLET 3 MG	5^	PA-NS; QL (60 EA per 30 days)
ITOVEBI ORAL TABLET 9 MG	5^	PA-NS; QL (30 EA per 30 days)
IWILFIN ORAL TABLET 192 MG	5^	PA-NS; LA; QL (240 EA per 30 days)
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	5^	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG	5^	PA-NS; QL (60 EA per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG	5^	PA-NS; QL (30 EA per 30 days)
JYLAMVO ORAL SOLUTION 2 MG/ML	3	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.

07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
KADCYLA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG, 160 MG	5^	B/D
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5^	PA-NS
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 200 MG/DAY(200 MG X 1)-2.5 MG	5^	PA-NS; QL (49 EA per 30 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG	5^	PA-NS; QL (70 EA per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG	5^	PA-NS; QL (91 EA per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	5^	PA-NS; QL (21 EA per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 400 MG/DAY (200 MG X 2)	5^	PA-NS; QL (42 EA per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 600 MG/DAY (200 MG X 3)	5^	PA-NS; QL (63 EA per 28 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG, 25 MG	5^	PA-NS
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG	5^	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days)
lanreotide subcutaneous syringe 120 mg/0.5 ml	5^	PA-NS
lapatinib oral tablet 250 mg	5^	PA-NS; QL (180 EA per 30 days)
LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG	5^	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days)
LAZCLUZE ORAL TABLET 80 MG	5^	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days)
lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg	5^	PA-NS; LA; QL (28 EA per 28 days)
LENVIMA ORAL CAPSULE 10 MG/DAY (10 MG X 1), 4 MG	5^	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days)
LENVIMA ORAL CAPSULE 12 MG/DAY (4 MG X 3), 18 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X2), 24 MG/DAY(10 MG X 2-4 MG X 1)	5^	PA-NS; LA; QL (90 EA per 30 days)
LENVIMA ORAL CAPSULE 14 MG/DAY(10 MG X 1-4 MG X 1), 20 MG/DAY (10 MG X 2), 8 MG/DAY (4 MG X 2)	5^	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days)
letrozole oral tablet 2.5 mg	1	
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG	5^	
leuprolide subcutaneous kit 1 mg/0.2 ml	4	PA-NS
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG, 20-8.19 MG	5^	PA-NS; LA
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG	5^	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days)
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG	5^	PA-NS; LA; QL (90 EA per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG	5^	PA-NS; LA; QL (240 EA per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 240 MG	5^	PA-NS; QL (120 EA per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG	5^	PA-NS; QL (90 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 3.75 MG, 7.5 MG	5^	PA-NS
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5^	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days)
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	5^	
LYTGOBI ORAL TABLET 12 MG/DAY (4 MG X 3)	5^	PA-NS; QL (84 EA per 28 days)
LYTGOBI ORAL TABLET 16 MG/DAY (4 MG X 4)	5^	PA-NS; QL (112 EA per 28 days)
LYTGOBI ORAL TABLET 20 MG/DAY (4 MG X 5)	5^	PA-NS; QL (140 EA per 28 days)
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	5^	LA
megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (10 ml), 400 mg/10 ml (40 mg/ml), 625 mg/5 ml (125 mg/ml)	4	PA
megestrol oral tablet 20 mg, 40 mg	4	
MEKINIST ORAL RECON SOLN 0.05 MG/ML	5^	PA-NS; QL (1200 ML per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	5^	PA-NS; LA; QL (90 EA per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	5^	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days)
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG	5^	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days)
mercaptopurine oral suspension 20 mg/ml	5^	
mercaptopurine oral tablet 50 mg	2	
methotrexate sodium (pf) injection recon soln 1 gram	2	B/D
methotrexate sodium (pf) injection solution 25 mg/ml	2	B/D
methotrexate sodium injection solution 25 mg/ml	2	B/D
methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg	1	
MONJUVI INTRAVENOUS RECON SOLN 200 MG	5^	PA-NS; LA
mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg	2	B/D
mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution 200 mg/ml	5^	B/D
mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg	2	B/D
mycophenolate sodium oral tablet,delayed release (dr/ec) 180 mg, 360 mg	2	B/D
mycophenolic acid dr 180 mg tb	2	B/D; mycophenolate sodium = mycophenolic acid
mycophenolic acid dr 360 mg tb	2	B/D; mycophenolate sodium = mycophenolic acid
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	5^	PA-NS; LA
nilutamide oral tablet 150 mg	5^	
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	5^	PA-NS; QL (3 EA per 28 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG	5^	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days)
NULOJIX INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG	5^	
octreotide acetate injection solution 1,000 mcg/ml, 500 mcg/ml	5^	PA
octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml	4	PA
octreotide acetate injection syringe 100 mcg/ml (1 ml), 50 mcg/ml (1 ml)	4	PA
octreotide acetate injection syringe 500 mcg/ml (1 ml)	5^	PA
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG	5^	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days)
OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5^	PA-NS; QL (56 EA per 28 days)
OGSIVEO ORAL TABLET 50 MG	5^	PA-NS; QL (180 EA per 30 days)
OJEMDA ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 25 MG/ML	5^	PA-NS; QL (96 ML per 28 days)
OJEMDA ORAL TABLET 400 MG/WEEK (100 MG X 4)	5^	PA-NS; QL (16 EA per 28 days)
OJEMDA ORAL TABLET 500 MG/WEEK (100 MG X 5)	5^	PA-NS; QL (20 EA per 28 days)
OJEMDA ORAL TABLET 600 MG/WEEK (100 MG X 6)	5^	PA-NS; QL (24 EA per 28 days)
OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG	5^	PA-NS; QL (30 EA per 30 days)
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	5^	PA-NS; LA; QL (14 EA per 28 days)
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG	5^	PA-NS; LA; QL (30 EA per 28 days)
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG	5^	PA-NS; QL (30 EA per 30 days)
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG	5^	PA-NS; QL (90 EA per 30 days)
oxaliplatin intravenous recon soln 100 mg, 50 mg	4	B/D
oxaliplatin intravenous solution 100 mg/20 ml, 200 mg/40 ml, 50 mg/10 ml (5 mg/ml)	4	B/D
paclitaxel intravenous concentrate 6 mg/ml	2	B/D
paraplatin intravenous solution 10 mg/ml	2	B/D
pazopanib oral tablet 200 mg	5^	PA-NS; QL (120 EA per 30 days)
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	5^	PA-NS; LA; QL (28 EA per 28 days)
pemetrexed disodium intravenous recon soln 1,000 mg, 500 mg, 750 mg	5^	B/D
pemetrexed disodium intravenous recon soln 100 mg	4	B/D
PIQRAY ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	5^	PA-NS; QL (28 EA per 28 days)
PIQRAY ORAL TABLET 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG X 2)	5^	PA-NS; QL (56 EA per 28 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	5^	PA-NS; LA; QL (21 EA per 28 days)
PROGRAF ORAL GRANULES IN PACKET 0.2 MG, 1 MG	4	B/D
PURIXAN ORAL SUSPENSION 20 MG/ML	5^	
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG	5^	PA-NS; LA; QL (90 EA per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG	5^	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG	5^	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 80 MG	5^	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 40 MG	5^	PA-NS; LA; QL (90 EA per 30 days)
REVLIMID ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	5^	PA-NS; LA; QL (28 EA per 28 days)
REVUFORJ ORAL TABLET 110 MG, 160 MG	5^	PA-NS; QL (60 EA per 30 days)
REVUFORJ ORAL TABLET 25 MG	5^	PA-NS; QL (240 EA per 30 days)
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG	5^	PA-NS; QL (60 EA per 30 days)
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG	5^	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
ROMVIMZA ORAL CAPSULE 14 MG, 20 MG, 30 MG	5^	PA-NS; LA; QL (8 EA per 28 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG	5^	PA-NS; LA; QL (150 EA per 30 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG	5^	PA-NS; LA; QL (90 EA per 30 days)
ROZLYTREK ORAL PELLETS IN PACKET 50 MG	5^	PA-NS; QL (336 EA per 28 days)
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG	5^	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days)
RUXIENCE INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	5^	PA-NS
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	5^	PA-NS; QL (224 EA per 28 days)
SANDIMMUNE ORAL SOLUTION 100 MG/ML	4	B/D
SCEMBLIX ORAL TABLET 100 MG	5^	PA-NS; QL (120 EA per 30 days)
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG	5^	PA-NS; QL (60 EA per 30 days)
SCEMBLIX ORAL TABLET 40 MG	5^	PA-NS; QL (300 EA per 30 days)
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML)	5^	PA; LA
sirolimus oral solution 1 mg/ml	5^	B/D
sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	2	B/D
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 20 MG/10 ML	5^	
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/0.2 ML, 90 MG/0.3 ML	5^	PA-NS
sorafenib oral tablet 200 mg	5^	PA-NS; QL (120 EA per 30 days)
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	5^	PA-NS; LA; QL (84 EA per 28 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg	5^	PA-NS; QL (28 EA per 28 days)
TABLOID ORAL TABLET 40 MG	4	
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	5^	PA-NS
tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg	2	B/D
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	5^	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days)
TAFINLAR ORAL TABLET FOR SUSPENSION 10 MG	5^	PA-NS; QL (840 EA per 28 days)
TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	5^	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days)
TALVEY SUBCUTANEOUS SOLUTION 2 MG/ML, 40 MG/ML	5^	PA-NS
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.35 MG	5^	PA-NS; QL (30 EA per 30 days)
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.25 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	5^	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days)
tamoxifen oral tablet 10 mg, 20 mg	2	
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	5^	PA-NS; QL (112 EA per 28 days)
TASIGNA ORAL CAPSULE 50 MG	5^	PA-NS; QL (120 EA per 30 days)
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG	5^	PA-NS; LA
TECENTRIQ INTRAVENOUS SOLUTION 1,200 MG/20 ML (60 MG/ML), 840 MG/14 ML (60 MG/ML)	5^	B/D; LA
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG	5^	PA-NS; LA
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 50 MG	5^	PA-NS; LA; QL (28 EA per 28 days)
THALOMID ORAL CAPSULE 200 MG	5^	PA-NS; LA; QL (56 EA per 28 days)
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG	5^	PA-NS; LA
toremifene oral tablet 60 mg	5^	
TRAZIMERA INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	5^	B/D
tretinoin (antineoplastic) oral capsule 10 mg	5^	
TRUQAP ORAL TABLET 160 MG, 200 MG	5^	PA-NS; QL (64 EA per 28 days)
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG	5^	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days)
TUKYSA ORAL TABLET 50 MG	5^	PA-NS; LA; QL (300 EA per 30 days)
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG	5^	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days)
VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG, 26.5 MG	5^	PA-NS; QL (56 EA per 28 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	3	PA-NS; LA; QL (14 EA per 7 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	5^	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	5^	PA-NS; LA; QL (7 EA per 7 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG-50 MG- 100 MG	5^	PA-NS; LA; QL (42 EA per 180 days)
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	5^	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days)
vincristine intravenous solution 1 mg/ml, 2 mg/2 ml	2	
vinorelbine intravenous solution 10 mg/ml, 50 mg/5 ml	2	B/D
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG	5^	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days)
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG	5^	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days)
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML	5^	PA-NS; LA; QL (300 ML per 30 days)
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	5^	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days)
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG	5^	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days)
VORANIGO ORAL TABLET 10 MG	5^	PA-NS; QL (60 EA per 30 days)
VORANIGO ORAL TABLET 40 MG	5^	PA-NS; QL (30 EA per 30 days)
WELIREG ORAL TABLET 40 MG	5^	PA-NS; LA
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	5^	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days)
XALKORI ORAL PELLET 150 MG	5^	PA-NS; QL (180 EA per 30 days)
XALKORI ORAL PELLET 20 MG, 50 MG	5^	PA-NS; QL (120 EA per 30 days)
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML	3	
XERMELO ORAL TABLET 250 MG	5^	PA; LA; QL (84 EA per 28 days)
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG	5^	PA-NS; LA; QL (90 EA per 30 days)
XPOVIO ORAL TABLET 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 80 MG/WEEK (40 MG X 2)	5^	PA-NS; LA; QL (8 EA per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 40 MG/WEEK (10 MG X 4)	5^	PA-NS; LA
XPOVIO ORAL TABLET 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 60 MG/WEEK (60 MG X 1)	5^	PA-NS; LA; QL (4 EA per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK)	5^	PA-NS; LA; QL (24 EA per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK)	5^	PA-NS; LA; QL (32 EA per 28 days)
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	5^	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 40 MG	5^	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 80 MG	5^	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days)
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG	5^	PA-NS; LA; QL (90 EA per 30 days)
ZEJULA ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	5^	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days)
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG	5^	PA-NS; LA; QL (240 EA per 30 days)
ZIRABEV INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5^	B/D
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG	5^	PA-NS; QL (120 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5^	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days)
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG	5^	PA-NS; LA; QL (90 EA per 30 days)
MEDICAMENTOS AUTONÓMICOS/PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, NEUROLOGÍA/PSIQUIATRÍA		
AGENTES ANTIPARKINSONIANOS		
benztropine injection solution 1 mg/ml	4	
benztropine oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	4	PA
bromocriptine oral capsule 5 mg	2	
bromocriptine oral tablet 2.5 mg	2	
carbidopa oral tablet 25 mg	2	
carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg	2	
carbidopa-levodopa oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg	2	
carbidopa-levodopa oral tablet,disintegrating 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg	2	
carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 12.5-50-200 mg, 18.75-75-200 mg, 25-100-200 mg, 31.25-125-200 mg, 37.5-150-200 mg, 50-200-200 mg	2	
entacapone oral tablet 200 mg	2	
INBRIJA INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 42 MG	5^	PA; QL (300 EA per 30 days)
NEUPRO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 1 MG/24 HOUR, 2 MG/24 HOUR, 3 MG/24 HOUR, 4 MG/24 HOUR, 6 MG/24 HOUR, 8 MG/24 HOUR	4	
pramipexole oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg	1	
pramipexole oral tablet extended release 24 hr 0.375 mg, 0.75 mg, 1.5 mg, 2.25 mg, 3 mg	2	
rasagiline oral tablet 0.5 mg, 1 mg	2	
ropinirole oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg	1	
ropinirole oral tablet extended release 24 hr 12 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg	2	
selegiline hcl oral capsule 5 mg	2	
selegiline hcl oral tablet 5 mg	2	
trihexyphenidyl oral tablet 2 mg, 5 mg	3	PA

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.

07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
ANALGÉSICOS NO OPIOIDES		
buprenorphine-naloxone sublingual film 12-3 mg	2	QL (60 EA per 30 days)
buprenorphine-naloxone sublingual film 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg	2	QL (90 EA per 30 days)
buprenorphine-naloxone sublingual tablet 2-0.5 mg, 8-2 mg	2	QL (90 EA per 30 days)
butorphanol injection solution 1 mg/ml, 2 mg/ml	4	
butorphanol nasal spray,non-aerosol 10 mg/ml	2	QL (10 ML per 28 days)
celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg	2	QL (60 EA per 30 days)
celecoxib oral capsule 400 mg	2	QL (30 EA per 30 days)
diclofenac potassium oral tablet 50 mg	2	
diclofenac sodium oral tablet extended release 24 hr 100 mg	2	
diclofenac sodium oral tablet,delayed release (dr/ec) 25 mg, 50 mg, 75 mg	2	
diclofenac sodium topical gel 1 %	2	Over the counter NDCs are not eligible for coverage under Medicare; QL (1000 GM per 28 days)
diclofenac sodium topical solution in metered-dose pump 20 mg/gram /actuation(2 %)	4	QL (224 GM per 28 days)
diclofenac-misoprostol oral tablet,ir,delayed rel,biphasic 50-200 mg-mcg, 75-200 mg-mcg	2	
diflunisal oral tablet 500 mg	2	
etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg	2	
etodolac oral tablet 400 mg, 500 mg	2	
etodolac oral tablet extended release 24 hr 400 mg, 500 mg, 600 mg	2	
flurbiprofen oral tablet 100 mg	2	
ibu oral tablet 600 mg, 800 mg	1	
ibuprofen oral suspension 100 mg/5 ml	2	
ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg	1	
meloxicam oral tablet 15 mg	1	QL (30 EA per 30 days)
meloxicam oral tablet 7.5 mg	1	
nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg	1	
nalbuphine injection solution 10 mg/ml, 20 mg/ml	4	
naloxone injection solution 0.4 mg/ml	2	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
naloxone injection syringe 0.4 mg/ml, 1 mg/ml	2	
naloxone nasal spray,non-aerosol 4 mg/actuation	2	
naltrexone oral tablet 50 mg	2	
naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg, 500 mg	1	
naproxen oral tablet,delayed release (dr/ec) 375 mg	2	QL (120 EA per 30 days)
naproxen sodium oral tablet 275 mg, 550 mg	2	
oxaprozin oral tablet 600 mg	2	
piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg	2	
sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg	2	
tramadol oral tablet 50 mg	2	QL (240 EA per 30 days)
tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg	2	QL (240 EA per 30 days)
VIVITROL INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 380 MG	5^	
ANALGÉSICOS OPIOIDES		
acetaminophen-codeine oral solution 120 mg-12 mg /5 ml (5 ml), 120-12 mg/5 ml, 300 mg-30 mg /12.5 ml	2	QL (2700 ML per 30 days)
acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg	2	QL (360 EA per 30 days)
acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg	2	QL (180 EA per 30 days)
buprenorphine hcl sublingual tablet 2 mg, 8 mg	2	PA; QL (90 EA per 30 days)
endocet oral tablet 10-325 mg	2	QL (180 EA per 30 days)
endocet oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg	2	QL (360 EA per 30 days)
endocet oral tablet 7.5-325 mg	2	QL (240 EA per 30 days)
fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1,200 mcg, 1,600 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg	5^	PA; QL (120 EA per 30 days)
fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 200 mcg	4	PA; QL (120 EA per 30 days)
fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr	4	PA; QL (10 EA per 30 days)
hydrocodone-acetaminophen oral solution 10-325 mg/15 ml, 7.5-325 mg/15 ml	4	QL (2700 ML per 30 days)
hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg	4	QL (180 EA per 30 days)
hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg	4	QL (240 EA per 30 days)
hydrocodone-ibuprofen oral tablet 7.5-200 mg	4	QL (150 EA per 30 days)
hydromorphone oral liquid 1 mg/ml	2	QL (600 ML per 30 days)
hydromorphone oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg	2	QL (180 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
methadone intensol oral concentrate 10 mg/ml	2	PA; QL (90 ML per 30 days)
methadone oral concentrate 10 mg/ml	2	PA; QL (90 ML per 30 days)
methadone oral solution 10 mg/5 ml, 5 mg/5 ml	2	PA; QL (450 ML per 30 days)
methadone oral tablet 10 mg, 5 mg	2	PA; QL (90 EA per 30 days)
morphine (pf) intravenous patient control.analgesia soln 30 mg/30 ml (1 mg/ml)	4	
morphine concentrate oral solution 100 mg/5 ml (20 mg/ml)	2	QL (180 ML per 30 days)
morphine injection syringe 4 mg/ml	4	
morphine intravenous solution 10 mg/ml, 4 mg/ml, 50 mg/ml	4	
morphine intravenous syringe 10 mg/ml, 2 mg/ml, 4 mg/ml	4	
MORPHINE INTRAVENOUS SYRINGE 8 MG/ML	4	
morphine oral solution 10 mg/5 ml, 20 mg/5 ml (4 mg/ml)	2	QL (900 ML per 30 days)
morphine oral tablet 15 mg, 30 mg	2	QL (180 EA per 30 days)
morphine oral tablet extended release 100 mg, 15 mg, 200 mg, 30 mg, 60 mg	2	PA; QL (90 EA per 30 days)
oxycodone oral capsule 5 mg	2	QL (180 EA per 30 days)
oxycodone oral concentrate 20 mg/ml	2	QL (180 ML per 30 days)
oxycodone oral solution 5 mg/5 ml	2	QL (900 ML per 30 days)
oxycodone oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg	2	QL (180 EA per 30 days)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg	2	QL (180 EA per 30 days)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg	2	QL (360 EA per 30 days)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg	2	QL (240 EA per 30 days)
ANTICONVULSIVOS		
APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG	5^	QL (30 EA per 30 days)
APTIOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG	5^	QL (60 EA per 30 days)
BRIVIACT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/5 ML	5^	QL (600 ML per 30 days)
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML	5^	QL (600 ML per 30 days)
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	5^	QL (60 EA per 30 days)
carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg	2	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml, 100 mg/5 ml (5 ml), 200 mg/10 ml	2	
carbamazepine oral tablet 200 mg	2	
carbamazepine oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 400 mg	2	
carbamazepine oral tablet,chewable 100 mg	2	
clobazam oral suspension 2.5 mg/ml	4	PA-NS; QL (480 ML per 30 days)
clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg	4	PA-NS; QL (60 EA per 30 days)
clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg	2	QL (90 EA per 30 days)
clonazepam oral tablet 2 mg	2	QL (300 EA per 30 days)
clonazepam oral tablet,disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg	2	QL (90 EA per 30 days)
clonazepam oral tablet,disintegrating 2 mg	2	QL (300 EA per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG	5^	PA-NS; LA; QL (360 EA per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG	5^	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days)
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 250 MG	5^	PA-NS; LA; QL (360 EA per 30 days)
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 500 MG	5^	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days)
diazepam rectal kit 12.5-15-17.5-20 mg, 2.5 mg, 5-7.5-10 mg	4	
DILANTIN EXTENDED ORAL CAPSULE 100 MG	4	
DILANTIN INFATABS ORAL TABLET,CHEWABLE 50 MG	4	
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG	4	
DILANTIN-125 ORAL SUSPENSION 125 MG/5 ML	4	
divalproex oral capsule, delayed rel sprinkle 125 mg	2	
divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg	2	
divalproex oral tablet,delayed release (dr/ec) 125 mg, 250 mg, 500 mg	2	
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	5^	PA-NS; LA
epitol oral tablet 200 mg	2	
EPRONTIA ORAL SOLUTION 25 MG/ML	3	PA-NS
ethosuximide oral capsule 250 mg	2	
ethosuximide oral solution 250 mg/5 ml	2	
felbamate oral suspension 600 mg/5 ml	4	
felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg	2	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML	5^	PA-NS; LA; QL (360 ML per 30 days)
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML	5^	QL (720 ML per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	5^	QL (30 EA per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG	4	QL (60 EA per 30 days)
gabapentin oral capsule 100 mg, 400 mg	1	QL (270 EA per 30 days)
gabapentin oral capsule 300 mg	1	QL (360 EA per 30 days)
gabapentin oral solution 250 mg/5 ml, 250 mg/5 ml (5 ml), 300 mg/6 ml (6 ml)	2	QL (2160 ML per 30 days)
gabapentin oral tablet 600 mg	2	QL (180 EA per 30 days)
gabapentin oral tablet 800 mg	2	QL (120 EA per 30 days)
gabapentin oral tablet extended release 24 hr 300 mg	4	PA; QL (180 EA per 30 days)
gabapentin oral tablet extended release 24 hr 600 mg	4	PA; QL (90 EA per 30 days)
lacosamide intravenous solution 200 mg/20 ml	5^	QL (1200 ML per 30 days)
lacosamide oral solution 10 mg/ml	2	QL (1200 ML per 30 days)
lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg	2	QL (60 EA per 30 days)
lacosamide oral tablet 50 mg	2	QL (120 EA per 30 days)
lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg	1	
lamotrigine oral tablet extended release 24hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg	2	
lamotrigine oral tablet, chewable dispersible 25 mg, 5 mg	2	
lamotrigine oral tablet,disintegrating 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	2	
levetiracetam in nacl (iso-os) intravenous piggyback 1,000 mg/100 ml, 1,500 mg/100 ml, 500 mg/100 ml	2	
levetiracetam intravenous solution 500 mg/5 ml	2	
levetiracetam oral solution 100 mg/ml, 500 mg/5 ml (5 ml)	2	
levetiracetam oral tablet 1,000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg	2	
levetiracetam oral tablet extended release 24 hr 500 mg, 750 mg	2	
LIBERVANT BUCCAL FILM 10 MG, 12.5 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG	5^	PA-NS; QL (10 EA per 30 days)
methsuximide oral capsule 300 mg	4	
NAYZILAM NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 5 MG/SPRAY (0.1 ML)	4	PA-NS; QL (10 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5 ml (60 mg/ml)	2	
oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg	2	
phenobarbital oral elixir 20 mg/5 ml (4 mg/ml)	4	PA-NS
phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg	2	PA-NS
phenobarbital sodium injection solution 130 mg/ml, 65 mg/ml	4	
phenytoin oral suspension 125 mg/5 ml	2	
phenytoin oral tablet,chewable 50 mg	2	
phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg	2	
phenytoin sodium intravenous solution 50 mg/ml	2	
pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	2	QL (120 EA per 30 days)
pregabalin oral capsule 200 mg	2	QL (90 EA per 30 days)
pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg	2	QL (60 EA per 30 days)
pregabalin oral solution 20 mg/ml	2	QL (900 ML per 30 days)
PRIMIDONE ORAL TABLET 125 MG	4	
primidone oral tablet 250 mg, 50 mg	1	
roweepra oral tablet 500 mg	2	
rufinamide oral suspension 40 mg/ml	5^	PA-NS; QL (2400 ML per 30 days)
rufinamide oral tablet 200 mg	2	PA-NS; QL (480 EA per 30 days)
rufinamide oral tablet 400 mg	5^	PA-NS; QL (240 EA per 30 days)
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1,000 MG, 250 MG, 500 MG, 750 MG	3	
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG, 5 MG	5^	PA-NS; QL (60 EA per 30 days)
tiagabine oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg	2	
topiramate oral capsule, sprinkle 15 mg, 25 mg	2	
topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	1	
valproate sodium intravenous solution 500 mg/5 ml (100 mg/ml)	2	
valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml, 250 mg/5 ml (5 ml), 500 mg/10 ml (10 ml)	2	
valproic acid oral capsule 250 mg	2	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
VALTOCO NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 10 MG/SPRAY (0.1 ML), 15 MG/2 SPRAY (7.5/0.1ML X 2), 20 MG/2 SPRAY (10MG/0.1ML X2), 5 MG/SPRAY (0.1 ML)	5^	PA-NS; QL (10 EA per 30 days)
vigabatrin oral powder in packet 500 mg	5^	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days)
vigabatrin oral tablet 500 mg	5^	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days)
vigadrone oral powder in packet 500 mg	5^	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days)
vigadrone oral tablet 500 mg	5^	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days)
vigpoder oral powder in packet 500 mg	5^	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days)
XCOPRI MAINTENANCE PACK ORAL TABLET 250MG/DAY(150 MG X1-100MG X1), 350 MG/DAY (200 MG X1-150MG X1)	5^	QL (56 EA per 28 days)
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	5^	QL (30 EA per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	5^	QL (60 EA per 30 days)
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (14)- 25 MG (14)	4	QL (28 EA per 180 days)
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (14)- 200 MG (14), 50 MG (14)- 100 MG (14)	5^	QL (28 EA per 180 days)
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5 ML	5^	PA-NS
zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg	2	
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	5^	PA-NS; QL (1100 ML per 30 days)
MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS		
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 720 MG/2.4 ML	5^	QL (2.4 ML per 56 days)
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 960 MG/3.2 ML	5^	QL (3.2 ML per 56 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 300 MG, 400 MG	5^	QL (1 EA per 28 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 300 MG, 400 MG	5^	QL (1 EA per 28 days)
alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	2	QL (150 EA per 30 days)
amitriptyline oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	4	
amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg	4	
aripiprazole oral solution 1 mg/ml	4	QL (900 ML per 30 days)
aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg	4	QL (30 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
aripiprazole oral tablet,disintegrating 10 mg, 15 mg	4	QL (60 EA per 30 days)
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 675 MG/2.4 ML	5^	QL (4.8 ML per 365 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 1,064 MG/3.9 ML	5^	QL (3.9 ML per 56 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 441 MG/1.6 ML	5^	QL (1.6 ML per 28 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 662 MG/2.4 ML	5^	QL (2.4 ML per 28 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 882 MG/3.2 ML	5^	QL (3.2 ML per 28 days)
armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg	2	PA; QL (30 EA per 30 days)
armodafinil oral tablet 50 mg	2	PA; QL (60 EA per 30 days)
asenapine maleate sublingual tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	2	QL (60 EA per 30 days)
atomoxetine oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg	2	QL (60 EA per 30 days)
atomoxetine oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg	2	QL (30 EA per 30 days)
AUVELITY ORAL TABLET, IR AND ER, BIPHASIC 45-105 MG	5^	ST; QL (60 EA per 30 days)
BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg	2	
bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 150 mg	2	QL (90 EA per 30 days)
bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 300 mg	2	QL (30 EA per 30 days)
bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr 100 mg, 150 mg, 200 mg	2	QL (60 EA per 30 days)
buspirone oral tablet 10 mg, 15 mg, 5 mg	1	
buspirone oral tablet 30 mg, 7.5 mg	2	
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG	5^	QL (30 EA per 30 days)
chlorpromazine injection solution 25 mg/ml	2	
chlorpromazine oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml	4	
chlorpromazine oral tablet 10 mg, 50 mg	2	
chlorpromazine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg	4	
citalopram oral solution 10 mg/5 ml	2	
citalopram oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	1	
clomipramine oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg	4	PA-NS
clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg	4	PA-NS; QL (180 EA per 30 days)
clorazepate dipotassium oral tablet 3.75 mg	4	PA-NS; QL (90 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
clorazepate dipotassium oral tablet 7.5 mg	4	PA-NS; QL (360 EA per 30 days)
clozapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	2	
clozapine oral tablet,disintegrating 100 mg	4	QL (270 EA per 30 days)
clozapine oral tablet,disintegrating 12.5 mg, 25 mg	4	
clozapine oral tablet,disintegrating 150 mg	4	QL (180 EA per 30 days)
clozapine oral tablet,disintegrating 200 mg	4	QL (120 EA per 30 days)
COBENFY ORAL CAPSULE 100-20 MG, 125-30 MG, 50-20 MG	5^	QL (60 EA per 30 days)
COBENFY STARTER PACK ORAL CAPSULE,DOSE PACK 50 MG-20 MG /100 MG-20 MG	5^	QL (56 EA per 180 days)
desipramine oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	4	
desvenlafaxine succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 25 mg, 50 mg	2	QL (30 EA per 30 days)
dexmethylphenidate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	2	QL (60 EA per 30 days)
dextroamphetamine-amphetamine oral capsule,extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg, 5 mg	2	QL (30 EA per 30 days)
dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg	2	QL (60 EA per 30 days)
dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 20 mg	2	QL (90 EA per 30 days)
diazepam injection solution 5 mg/ml	2	
diazepam injection syringe 5 mg/ml	2	
diazepam intensol oral concentrate 5 mg/ml	2	PA-NS; QL (240 ML per 30 days)
diazepam oral concentrate 5 mg/ml	2	PA-NS; QL (240 ML per 30 days)
diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml), 5 mg/5 ml (1 mg/ml, 5 ml)	2	PA-NS; QL (1200 ML per 30 days)
diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg	2	PA-NS; QL (120 EA per 30 days)
doxepin oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	4	
doxepin oral concentrate 10 mg/ml	4	
doxepin oral tablet 3 mg, 6 mg	4	QL (30 EA per 30 days)
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG	4	
duloxetine oral capsule,delayed release(dr/ec) 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg	2	QL (60 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24 HR, 6 MG/24 HR, 9 MG/24 HR	5^	QL (30 EA per 30 days)
escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5 ml	2	
escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	1	
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	5^	ST; QL (60 EA per 30 days)
FANAPT ORAL TABLETS,DOSE PACK 1MG(2)-2MG(2)-4MG(2)-6MG(2)	4	ST; QL (8 EA per 180 days)
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXT REL 24HR DOSE PACK 20 MG (2)- 40 MG (26)	3	QL (28 EA per 180 days)
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
fluoxetine oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg	1	
fluoxetine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)	2	
fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml	2	
fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml	2	
fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml	2	
fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5 ml	2	
fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	2	
fluvoxamine oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	2	
guanfacine oral tablet extended release 24 hr 1 mg, 2 mg, 4 mg	4	QL (30 EA per 30 days)
guanfacine oral tablet extended release 24 hr 3 mg	4	QL (60 EA per 30 days)
haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml (1 ml), 50 mg/ml, 50 mg/ml(1ml)	2	
haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml	2	
haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml	2	
haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg	2	
imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg	2	
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,092 MG/3.5 ML	5^	QL (3.5 ML per 180 days)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,560 MG/5 ML	5^	QL (5 ML per 180 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML	5^	QL (0.75 ML per 28 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML	5^	QL (1 ML per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML	5^	QL (1.5 ML per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML	3	QL (0.25 ML per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 78 MG/0.5 ML	5^	QL (0.5 ML per 28 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 273 MG/0.88 ML	5^	QL (0.88 ML per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 410 MG/1.32 ML	5^	QL (1.32 ML per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 546 MG/1.75 ML	5^	QL (1.75 ML per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 819 MG/2.63 ML	5^	QL (2.63 ML per 90 days)
lisdexamfetamine oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg	4	QL (60 EA per 30 days)
lisdexamfetamine oral capsule 40 mg, 50 mg, 60 mg, 70 mg	4	QL (30 EA per 30 days)
lisdexamfetamine oral tablet,chewable 10 mg, 20 mg, 30 mg	4	QL (60 EA per 30 days)
lisdexamfetamine oral tablet,chewable 40 mg, 50 mg, 60 mg	4	QL (30 EA per 30 days)
lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg	1	
lithium carbonate oral tablet 300 mg	1	
lithium carbonate oral tablet extended release 300 mg, 450 mg	2	
lithium citrate oral solution 8 meq/5 ml	2	
lorazepam injection solution 2 mg/ml, 4 mg/ml	2	
lorazepam injection syringe 2 mg/ml	2	
lorazepam intensol oral concentrate 2 mg/ml	2	QL (150 ML per 30 days)
lorazepam oral concentrate 2 mg/ml	2	QL (150 ML per 30 days)
lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	2	QL (150 EA per 30 days)
loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg	2	
lurasidone oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg	4	QL (30 EA per 30 days)
lurasidone oral tablet 80 mg	4	QL (60 EA per 30 days)
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG	4	
methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5 ml	2	QL (900 ML per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
methylphenidate hcl oral solution 5 mg/5 ml	2	QL (1800 ML per 30 days)
methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	2	QL (90 EA per 30 days)
methylphenidate hcl oral tablet extended release 10 mg, 20 mg	2	QL (90 EA per 30 days)
methylphenidate hcl oral tablet,chewable 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	2	QL (180 EA per 30 days)
mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg, 7.5 mg	1	
mirtazapine oral tablet,disintegrating 15 mg, 30 mg, 45 mg	2	
modafinil oral tablet 100 mg	2	PA; QL (30 EA per 30 days)
modafinil oral tablet 200 mg	2	PA; QL (60 EA per 30 days)
molindone oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg	2	
nefazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg	2	
nortriptyline oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	2	
nortriptyline oral solution 10 mg/5 ml	4	
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG	5^	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days)
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	5^	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days)
olanzapine intramuscular recon soln 10 mg	2	QL (3 EA per 1 day)
olanzapine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	2	QL (60 EA per 30 days)
olanzapine oral tablet 15 mg, 20 mg, 7.5 mg	2	QL (30 EA per 30 days)
olanzapine oral tablet,disintegrating 10 mg	4	QL (60 EA per 30 days)
olanzapine oral tablet,disintegrating 15 mg, 20 mg, 5 mg	4	QL (30 EA per 30 days)
paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg, 3 mg, 9 mg	4	QL (30 EA per 30 days)
paliperidone oral tablet extended release 24hr 6 mg	4	QL (60 EA per 30 days)
paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5 ml	4	QL (900 ML per 30 days)
paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	2	QL (30 EA per 30 days)
paroxetine hcl oral tablet 30 mg	2	QL (60 EA per 30 days)
paroxetine hcl oral tablet extended release 24 hr 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg	4	QL (60 EA per 30 days)
perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg	2	
phenelzine oral tablet 15 mg	2	
pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg	2	
protriptyline oral tablet 10 mg, 5 mg	4	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
quetiapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg	2	
QUETIAPINE ORAL TABLET 150 MG	2	
quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg	2	QL (30 EA per 30 days)
quetiapine oral tablet extended release 24 hr 300 mg, 400 mg, 50 mg	2	QL (60 EA per 30 days)
RALDESY ORAL SOLUTION 10 MG/ML	5^	
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	5^	QL (30 EA per 30 days)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 12.5 MG/2 ML, 25 MG/2 ML	4	QL (2 EA per 28 days)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML	5^	QL (2 EA per 28 days)
risperidone oral solution 1 mg/ml	2	
risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg	1	
risperidone oral tablet,disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg	2	QL (90 EA per 30 days)
risperidone oral tablet,disintegrating 1 mg, 2 mg, 3 mg	2	QL (60 EA per 30 days)
risperidone oral tablet,disintegrating 4 mg	2	QL (120 EA per 30 days)
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24 HOUR, 5.7 MG/24 HOUR, 7.6 MG/24 HOUR	5^	QL (30 EA per 30 days)
sertraline oral concentrate 20 mg/ml	2	
sertraline oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	1	
SODIUM OXYBATE ORAL SOLUTION 500 MG/ML	5^	PA; LA; QL (540 ML per 30 days)
temazepam oral capsule 15 mg	4	PA; QL (60 EA per 30 days)
temazepam oral capsule 30 mg, 7.5 mg	4	PA; QL (30 EA per 30 days)
thioridazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg	2	
thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg	2	
tranylcypromine oral tablet 10 mg	2	
trazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg	1	
trifluoperazine oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg	2	
trimipramine oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg	4	
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG	3	QL (30 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
venlafaxine oral capsule,extended release 24hr 150 mg, 37.5 mg, 75 mg	1	
venlafaxine oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg	2	
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	5^	PA-NS; QL (600 ML per 30 days)
vilazodone oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	2	QL (30 EA per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	5^	QL (30 EA per 30 days)
ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg	2	QL (60 EA per 30 days)
ziprasidone mesylate intramuscular recon soln 20 mg/ml (final conc.)	2	
zolpidem oral tablet 10 mg, 5 mg	2	QL (30 EA per 30 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG	5^	PA-NS; QL (28 EA per 365 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG	5^	PA-NS; QL (14 EA per 365 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 210 MG	4	PA-NS; QL (2.4 EA per 30 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 300 MG	4	PA-NS; QL (2 EA per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 405 MG	4	PA-NS; QL (1 EA per 28 days)
PRODUCTOS DIVERSOS PARA EL TRATAMIENTO NEUROLÓGICO		
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	5^	PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	5^	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG	5^	PA; QL (120 EA per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 18 MG, 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG	5^	PA; QL (30 EA per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 24 MG	5^	PA; QL (60 EA per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 6 MG	5^	PA; QL (90 EA per 30 days)
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 12-18-24-30 MG	5^	PA; QL (28 EA per 180 days)
dalfampridine oral tablet extended release 12 hr 10 mg	2	PA; QL (60 EA per 30 days)
dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 120 mg	5^	PA; QL (14 EA per 7 days)
dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 120 mg (14)- 240 mg (46)	5^	PA; QL (120 EA per 180 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.

07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 240 mg	5^	PA; QL (60 EA per 30 days)
donepezil oral tablet 10 mg, 5 mg	1	
donepezil oral tablet 23 mg	4	QL (30 EA per 30 days)
donepezil oral tablet,disintegrating 10 mg, 5 mg	1	
fingolimod oral capsule 0.5 mg	5^	PA; QL (30 EA per 30 days)
galantamine oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 16 mg, 24 mg, 8 mg	2	QL (30 EA per 30 days)
galantamine oral solution 4 mg/ml	2	
galantamine oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg	2	QL (60 EA per 30 days)
glatiramer subcutaneous syringe 20 mg/ml	5^	PA; QL (30 ML per 30 days)
glatiramer subcutaneous syringe 40 mg/ml	5^	PA; QL (12 ML per 28 days)
glatopa subcutaneous syringe 20 mg/ml	5^	PA; QL (30 ML per 30 days)
glatopa subcutaneous syringe 40 mg/ml	5^	PA; QL (12 ML per 28 days)
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV) ORAL CAPSULE,DOSE PACK 40 MG (7)- 80 MG (21)	5^	PA; LA; QL (28 EA per 180 days)
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG	5^	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
memantine oral capsule,sprinkle,er 24hr 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg	2	PA
memantine oral solution 2 mg/ml	2	PA
memantine oral tablet 10 mg, 5 mg	2	PA
NAMZARIC ORAL CAP,SPRINKLE,ER 24HR DOSE PACK 7/14/21/28 MG-10 MG	3	
NAMZARIC ORAL CAPSULE,SPRINKLE,ER 24HR 14-10 MG, 21-10 MG, 28-10 MG, 7-10 MG	3	
NUEDEXTA ORAL CAPSULE 20-10 MG	5^	PA; QL (60 EA per 30 days)
OCREVUS INTRAVENOUS SOLUTION 30 MG/ML	5^	PA; QL (20 ML per 180 days)
RADICAVA ORS ORAL SUSPENSION 105 MG/5 ML	5^	PA
RADICAVA ORS STARTER KIT SUSP ORAL SUSPENSION 105 MG/5 ML	5^	PA
rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg	2	QL (60 EA per 30 days)
rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24 hour, 4.6 mg/24 hour, 9.5 mg/24 hour	2	QL (30 EA per 30 days)
teriflunomide oral tablet 14 mg, 7 mg	5^	PA; QL (30 EA per 30 days)
tetrabenazine oral tablet 12.5 mg	5^	PA; QL (90 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.

07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
tetrabenazine oral tablet 25 mg	5^	PA; QL (120 EA per 30 days)
RELAJANTES MUSCULARES/TRATAMIENTO ANTIESPASMÓDICO		
baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	2	
cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg	4	PA
dantrolene oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg	2	
pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg	2	
tizanidine oral tablet 2 mg, 4 mg	2	
TRATAMIENTO PARA LA MIGRAÑA/CEFALEA EN BROTES		
AIMOVIG AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 140 MG/ML, 70 MG/ML	3	PA; QL (1 ML per 30 days)
dihydroergotamine injection solution 1 mg/ml	5^	
dihydroergotamine nasal spray,non-aerosol 0.5 mg/pump act. (4 mg/ml)	5^	PA; QL (8 ML per 28 days)
EMGALITY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 120 MG/ML	3	PA; QL (2 ML per 30 days)
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML	3	PA; QL (2 ML per 30 days)
ergotamine-caffeine oral tablet 1-100 mg	2	QL (40 EA per 28 days)
naratriptan oral tablet 1 mg, 2.5 mg	2	QL (18 EA per 28 days)
NURTEC ODT ORAL TABLET,DISINTEGRATING 75 MG	5^	PA; QL (16 EA per 30 days)
rizatriptan oral tablet 10 mg, 5 mg	2	QL (18 EA per 30 days)
rizatriptan oral tablet,disintegrating 10 mg, 5 mg	2	QL (18 EA per 30 days)
sumatriptan nasal spray,non-aerosol 20 mg/actuation, 5 mg/actuation	2	QL (18 EA per 28 days)
sumatriptan succinate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	2	QL (18 EA per 28 days)
sumatriptan succinate subcutaneous cartridge 6 mg/0.5 ml	2	QL (8 ML per 28 days)
sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml	2	QL (8 ML per 28 days)
sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5 ml	2	QL (8 ML per 28 days)
zolmitriptan oral tablet 2.5 mg, 5 mg	2	QL (18 EA per 28 days)
zolmitriptan oral tablet,disintegrating 2.5 mg, 5 mg	2	QL (18 EA per 28 days)
MEDICAMENTOS PARA EL OÍDO, LA NARIZ/LA GARGANTA		
AGENTES VARIOS		
azelastine nasal spray,non-aerosol 137 mcg (0.1 %), 205.5 mcg (0.15 %)	2	QL (60 ML per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
chlorhexidine gluconate mucous membrane mouthwash 0.12 %	1	
ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 21 mcg (0.03 %)	2	QL (30 ML per 30 days)
ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 42 mcg (0.06 %)	2	QL (45 ML per 30 days)
kourzeq dental paste 0.1 %	3	
olopatadine nasal spray,non-aerosol 0.6 %	2	
periogard mucous membrane mouthwash 0.12 %	1	
triamcinolone acetonide dental paste 0.1 %	4	
CORTICOIDE/ANTIBIÓTICO ÓTICO		
ciprofloxacin-dexamethasone otic (ear) drops,suspension 0.3-0.1 %	4	QL (7.5 ML per 7 days)
neomycin-polymyxin-hc otic (ear) drops,suspension 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%	2	
neomycin-polymyxin-hc otic (ear) solution 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%	2	
PREPARACIONES ÓTICAS DIVERSAS		
acetic acid otic (ear) solution 2 %	2	
flac otic oil otic (ear) drops 0.01 %	2	
fluocinolone acetonide oil otic (ear) drops 0.01 %	2	
ofloxacin otic (ear) drops 0.3 %	2	
MEDICAMENTOS UROLÓGICOS		
ANTICOLINÉRGICOS/ANTIESPASMÓDICOS		
MYRBETRIQ ORAL SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 8 MG/ML	3	QL (300 ML per 28 days)
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 25 MG, 50 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5 ml	2	
oxybutynin chloride oral tablet 5 mg	2	
oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 10 mg, 15 mg	2	QL (60 EA per 30 days)
oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 5 mg	2	QL (30 EA per 30 days)
solifenacin oral tablet 10 mg, 5 mg	2	QL (30 EA per 30 days)
tolterodine oral capsule,extended release 24hr 2 mg, 4 mg	2	QL (30 EA per 30 days)
tolterodine oral tablet 1 mg, 2 mg	2	QL (60 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.

07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
trospium oral capsule,extended release 24hr 60 mg	2	QL (30 EA per 30 days)
trospium oral tablet 20 mg	2	QL (60 EA per 30 days)
MEDICAMENTOS UROLÓGICOS DIVERSOS		
bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg	2	
CYSTAGON ORAL CAPSULE 150 MG, 50 MG	4	PA; LA
ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG	4	
potassium citrate oral tablet extended release 10 meq (1,080 mg), 15 meq, 5 meq (540 mg)	2	
sildenafil oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	1	NT; QL (6 EA per 30 days)
tadalafil oral tablet 2.5 mg	4	PA; QL (60 EA per 30 days)
tadalafil oral tablet 5 mg	4	PA; QL (30 EA per 30 days)
vardenafil oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg	1	NT; QL (6 EA per 30 days)
TRATAMIENTO PARA LA HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA (BPH)		
alfuzosin oral tablet extended release 24 hr 10 mg	1	
dutasteride oral capsule 0.5 mg	2	QL (30 EA per 30 days)
dutasteride-tamsulosin oral capsule, er multiphase 24 hr 0.5-0.4 mg	2	QL (30 EA per 30 days)
finasteride oral tablet 5 mg	1	
tamsulosin oral capsule 0.4 mg	1	
MUSCULOESQUELÉTICO/REUMATOLOGÍA		
OTROS MEDICAMENTOS REUMATOLÓGICOS		
ACTEMRA ACTPEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 162 MG/0.9 ML	5^	PA; QL (3.6 ML per 28 days)
ACTEMRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 162 MG/0.9 ML	5^	PA; QL (3.6 ML per 28 days)
BENLYSTA INTRAVENOUS RECON SOLN 120 MG, 400 MG	5^	PA
BENLYSTA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 200 MG/ML	5^	PA; LA; QL (8 ML per 28 days)
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/ML	5^	PA; LA; QL (8 ML per 28 days)
CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	5^	PA; QL (6 EA per 180 days)
CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	5^	PA; QL (4 EA per 180 days)
CYLTEZO(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	5^	PA; QL (4 EA per 28 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
CYLTEZO(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML	5^	PA; QL (2 EA per 28 days)
CYLTEZO(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	5^	PA; QL (4 EA per 28 days)
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 50 MG/ML (1 ML)	5^	PA; QL (8 ML per 28 days)
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5 ML	5^	PA; QL (8 ML per 28 days)
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML)	5^	PA; QL (8 ML per 28 days)
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 50 MG/ML (1 ML)	5^	PA; QL (8 ML per 28 days)
HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	5^	PA; Only Humira NDCs starting 00074 are covered; QL (6 EA per 180 days)
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	5^	PA; Only Humira NDCs starting 00074 are covered; QL (6 EA per 28 days)
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML	5^	PA; Only Humira NDCs starting 00074 are covered; QL (6 EA per 28 days)
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	5^	PA; Only Humira NDCs starting 00074 are covered; QL (3 EA per 180 days)
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	5^	PA; Only Humira NDCs starting 00074 are covered; QL (3 EA per 180 days)
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML	5^	PA; Only Humira NDCs starting 00074 are covered; QL (6 EA per 28 days)
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	5^	PA; Only Humira NDCs starting 00074 are covered; QL (4 EA per 28 days)
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML	5^	PA; Only Humira NDCs starting 00074 are covered; QL (2 EA per 28 days)
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.4 ML	5^	PA; Only Humira NDCs starting 00074 are covered; QL (6 EA per 28 days)
leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg	2	QL (30 EA per 30 days)
OTEZLA ORAL TABLET 20 MG, 30 MG	5^	PA; QL (60 EA per 30 days)
OTEZLA STARTER ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (4)- 20 MG (51), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47)	5^	PA; QL (55 EA per 180 days)
penicillamine oral tablet 250 mg	5^	
RINVOQ LQ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	5^	PA; QL (360 ML per 30 days)
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG	5^	PA; QL (30 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 45 MG	5^	PA; QL (84 EA per 180 days)
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
SAVELLA ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (5)-25 MG(8)-50 MG(42)	3	QL (55 EA per 180 days)
YUFLYMA(CF) AI CROHN'S-UC-HS SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 80 MG/0.8 ML	5^	PA; QL (3 EA per 180 days)
YUFLYMA(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 40 MG/0.4 ML	5^	PA; QL (4 EA per 28 days)
YUFLYMA(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 80 MG/0.8 ML	5^	PA; QL (2 EA per 28 days)
YUFLYMA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 20 MG/0.2 ML	5^	PA; QL (2 EA per 28 days)
YUFLYMA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.4 ML	5^	PA; QL (4 EA per 28 days)
TRATAMIENTO PARA LA GOTA		
allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg	1	
colchicine oral capsule 0.6 mg	4	QL (120 EA per 30 days)
colchicine oral tablet 0.6 mg	4	QL (120 EA per 30 days)
febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg	2	
probenecid oral tablet 500 mg	2	
probenecid-colchicine oral tablet 500-0.5 mg	2	
TRATAMIENTO PARA LA OSTEOPOROSIS		
alendronate oral solution 70 mg/75 ml	2	QL (300 ML per 28 days)
alendronate oral tablet 10 mg	1	QL (30 EA per 30 days)
alendronate oral tablet 35 mg, 70 mg	1	QL (4 EA per 28 days)
ibandronate intravenous solution 3 mg/3 ml	2	QL (3 ML per 90 days)
ibandronate intravenous syringe 3 mg/3 ml	2	QL (3 ML per 90 days)
ibandronate oral tablet 150 mg	1	QL (1 EA per 30 days)
PROLIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/ML	4	QL (1 ML per 180 days)
raloxifene oral tablet 60 mg	2	
risedronate oral tablet 150 mg	2	QL (1 EA per 30 days)
risedronate oral tablet 35 mg, 35 mg (12 pack), 35 mg (4 pack)	2	QL (4 EA per 28 days)
risedronate oral tablet 5 mg	2	QL (30 EA per 30 days)
risedronate oral tablet,delayed release (dr/ec) 35 mg	2	QL (4 EA per 28 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
TERIPARATIDE SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MCG/DOSE (620MCG/2.48ML)	5^	PA; Only Teriparatide NDC 47781065289 is covered; QL (2.48 ML per 28 days)
OBSTETRICIA/GINECOLOGÍA		
ANTICONCEPTIVOS ORALES/AGENTES RELACIONADOS		
altavera (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	2	
alyacen 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	2	
alyacen 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg	2	
apri oral tablet 0.15-0.03 mg	2	
aranelle (28) oral tablet 0.5/1/0.5-35 mg-mcg	2	
aubra eq oral tablet 0.1-20 mg-mcg	2	
aurovela fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	2	
aurovela fe 1-20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	2	
aviane oral tablet 0.1-20 mg-mcg	2	
azurette (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	2	
blisovi fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	2	
blisovi fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	2	
camrese oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)	2	
cryselle (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg	2	
cyred eq oral tablet 0.15-0.03 mg	2	
dasetta 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	2	
dasetta 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg	2	
daysee oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)	2	
desog-e.estradiol/e.estradiol oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	2	
desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.03 mg	2	
drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg, 3-0.03 mg	2	
elinest oral tablet 0.3-30 mg-mcg	2	
enpresse oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)	2	
enskyce oral tablet 0.15-0.03 mg	2	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
estarylla oral tablet 0.25-0.035 mg	2	
ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg	2	
falmina (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg	2	
introvale oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	2	
isibloom oral tablet 0.15-0.03 mg	2	
jasmiel (28) oral tablet 3-0.02 mg	2	
jolessa oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	2	
juleber oral tablet 0.15-0.03 mg	2	
junel fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	2	
junel fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	2	
kariva (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	2	
kelnor 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	2	
kelnor 1/50 (28) oral tablet 1-50 mg-mcg	2	
kurvelo (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	2	
l norgest/e.estradiol-e.estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7), 0.15 mg-20 mcg/ 0.15 mg-25 mcg, 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)	2	
larin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg	2	
larin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg	2	
larin 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	2	
larin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	2	
larin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	2	
lessina oral tablet 0.1-20 mg-mcg	2	
levonest (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)	2	
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 0.15-0.03 mg, 90-20 mcg (28)	2	
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	2	
levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)	2	
levora-28 oral tablet 0.15-0.03 mg	2	
loryna (28) oral tablet 3-0.02 mg	2	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
low-ogestrel (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg	2	
lutera (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg	2	
marlissa (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	2	
microgestin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg	2	
microgestin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg	2	
microgestin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	2	
microgestin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	2	
mili oral tablet 0.25-0.035 mg	2	
mono-linyah oral tablet 0.25-0.035 mg	2	
nikki (28) oral tablet 3-0.02 mg	2	
norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg	2	
norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7), 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9), 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	2	
norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg, 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28), 0.25-0.035 mg	2	
nortrel 0.5/35 (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg	2	
nortrel 1/35 (21) oral tablet 1-35 mg-mcg (21)	2	
nortrel 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	2	
nortrel 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg	2	
philith oral tablet 0.4-35 mg-mcg	2	
pimtrea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	2	
portia 28 oral tablet 0.15-0.03 mg	2	
reclipsen (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	2	
setlakin oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	2	
sprintec (28) oral tablet 0.25-0.035 mg	2	
sronyx oral tablet 0.1-20 mg-mcg	2	
syeda oral tablet 3-0.03 mg	2	
tarina 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	2	
tarina fe 1-20 eq (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	2	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.

07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
tilia fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)	2	
tri-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)	2	
tri-legest fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)	2	
tri-linyah oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)	2	
tri-lo-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg	2	
tri-lo-marzia oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg	2	
tri-lo-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg	2	
tri-lo-sprintec oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg	2	
tri-sprintec (28) oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)	2	
trivora (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)	2	
turqoz (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg	2	
velivet triphasic regimen (28) oral tablet 0.1/.125/.15-25 mg-mcg	2	
vestura (28) oral tablet 3-0.02 mg	2	
vienva oral tablet 0.1-20 mg-mcg	2	
viorele (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	2	
wera (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg	2	
xarah fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)	2	
zovia 1-35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	2	
zumandimine (28) oral tablet 3-0.03 mg	2	
ESTRÓGENOS/PROGESTERONA		
camila oral tablet 0.35 mg	2	
deblitane oral tablet 0.35 mg	2	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SYRINGE 104 MG/0.65 ML	3	
dotti transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr	4	
emzahh oral tablet 0.35 mg	2	
errin oral tablet 0.35 mg	2	
estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	2	
estradiol transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr	4	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.06 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr	4	
estradiol vaginal cream 0.01 % (0.1 mg/gram)	2	
estradiol vaginal tablet 10 mcg	2	
estradiol valerate intramuscular oil 20 mg/ml, 40 mg/ml	2	
estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg	4	
fyavolv oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg	4	
gallifrey oral tablet 5 mg	2	
heather oral tablet 0.35 mg	2	
incassia oral tablet 0.35 mg	2	
jinteli oral tablet 1-5 mg-mcg	4	
lyleq oral tablet 0.35 mg	2	
lyllana transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr	4	
lyza oral tablet 0.35 mg	2	
medroxyprogesterone intramuscular suspension 150 mg/ml	2	
medroxyprogesterone intramuscular syringe 150 mg/ml	2	
medroxyprogesterone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	1	
mimvey oral tablet 1-0.5 mg	4	
nora-be oral tablet 0.35 mg	2	
norethindrone (contraceptive) oral tablet 0.35 mg	2	
norethindrone acetate oral tablet 5 mg	2	
norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg	4	
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GRAM	3	
progesterone intramuscular oil 50 mg/ml	2	
progesterone micronized oral capsule 100 mg, 200 mg	2	
sharobel oral tablet 0.35 mg	2	
yuvafem vaginal tablet 10 mcg	2	
PRODUCTOS DE OBSTETRICIA/GINECOLOGÍA DIVERSOS		
clindamycin phosphate vaginal cream 2 %	4	
eluryng vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr	2	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr	2	
LILETTA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20.4 MCG/24 HR (8 YRS) 52 MG	3	
metronidazole vaginal gel 0.75 % (37.5mg/5 gram)	2	
NEXPLANON SUBDERMAL IMPLANT 68 MG	3	
norelgestromin-ethin.estradiol transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr	2	
terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %	2	
terconazole vaginal suppository 80 mg	4	
tranexamic acid oral tablet 650 mg	2	
xulane transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr	2	
zafemy transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr	2	
OFTALMOLOGÍA		
ANTIBIÓTICOS		
ak-poly-bac ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram	1	
bacitracin ophthalmic (eye) ointment 500 unit/gram	2	
bacitracin-polymyxin b ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram	1	
ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye) drops 0.3 %	1	
erythromycin ophthalmic (eye) ointment 5 mg/gram (0.5 %)	1	
gatifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %	2	
gentak ophthalmic (eye) ointment 0.3 % (3 mg/gram)	2	
gentamicin ophthalmic (eye) drops 0.3 %	1	
moxifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %	2	
moxifloxacin ophthalmic (eye) drops, viscous 0.5 %	2	
NATACYN OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 5 %	4	
neomycin-bacitracin-polymyxin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g	2	
neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic (eye) drops 1.75 mg-10,000 unit-0.025mg/ml	2	
ofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.3 %	2	
polymyxin b sulf-trimethoprim ophthalmic (eye) drops 10,000 unit- 1 mg/ml	1	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
tobramycin ophthalmic (eye) drops 0.3 %	1	
ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS		
bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.075 %, 0.09 %	4	
diclofenac sodium ophthalmic (eye) drops 0.1 %	2	
flurbiprofen sodium ophthalmic (eye) drops 0.03 %	2	
ketorolac ophthalmic (eye) drops 0.4 %, 0.5 %	2	
PROLENSA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.07 %	3	
ANTIVIRALES		
trifluridine ophthalmic (eye) drops 1 %	2	
ZIRGAN OPHTHALMIC (EYE) GEL 0.15 %	4	
BLOQUEADORES BETA		
betaxolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %	2	
carteolol ophthalmic (eye) drops 1 %	2	
levobunolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %	2	
timolol maleate ophthalmic (eye) drops 0.25 %, 0.5 %	1	
timolol maleate ophthalmic (eye) gel forming solution 0.25 %, 0.5 %	2	
COMBINACIONES DE ESTEROIDES Y ANTIBIÓTICOS		
neomycin-bacitracin-poly-hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%	2	
neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 %	2	
neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) ointment 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 %	1	
neomycin-polymyxin-hc ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/ml	2	
TOBRADEX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.3-0.1 %	3	
tobramycin-dexamethasone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.3-0.1 %	4	
ESTEROIDES		
dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 0.1 %	4	
difluprednate ophthalmic (eye) drops 0.05 %	4	
fluorometholone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.1 %	2	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension 0.2 %	4	
prednisolone acetate ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %	2	
prednisolone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 1 %	4	
MEDICAMENTOS ORALES PARA EL GLAUCOMA		
acetazolamide oral capsule, extended release 500 mg	2	
acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg	2	
methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg	2	
OTROS MEDICAMENTOS PARA EL GLAUCOMA		
brinzolamide ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %	2	
COMBIGAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.2-0.5 %	3	
dorzolamide ophthalmic (eye) drops 2 %	1	
dorzolamide-timolol ophthalmic (eye) drops 22.3-6.8 mg/ml	1	
latanoprost ophthalmic (eye) drops 0.005 %	1	
LUMIGAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.01 %	3	
RHOPRESSA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02 %	3	
ROCKLATAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02-0.005 %	3	
travoprost ophthalmic (eye) drops 0.004 %	2	
VYZULTA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.024 %	4	
PRODUCTOS OFTALMOLÓGICOS DIVERSOS		
atropine ophthalmic (eye) drops 1 %	2	
azelastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %	2	
cromolyn ophthalmic (eye) drops 4 %	1	
cyclosporine ophthalmic (eye) dropperette 0.05 %	3	QL (60 EA per 30 days)
CYSTARAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.44 %	5^	PA; LA
OXERVATE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.002 %	5^	PA
pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1 %, 2 %, 4 %	2	
sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) drops 10 %	2	
sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) ointment 10 %	2	
sulfacetamide-prednisolone ophthalmic (eye) drops 10 %-0.23 % (0.25 %)	2	
XDEMVY OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.25 %	5^	PA; QL (10 ML per 42 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
SIMPATICOMIMÉTICOS		
ALPHAGAN P OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.1 %	3	
apraclonidine ophthalmic (eye) drops 0.5 %	4	
brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.15 %, 0.2 %	1	
SISTEMA ENDOCRINO/DIABETES		
AGENTES ANTITIROIDEOS		
methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg	1	
propylthiouracil oral tablet 50 mg	2	
HORMONAS DE LA TIROIDE		
euthyrox oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg	1	
levo-t oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg	1	
levothyroxine oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg	1	
levoxyl oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg	1	
liothyronine oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg	2	
SYNTHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	3	
unithroid oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg	1	
HORMONAS SUPRARRENALES		
dexamethasone intensol oral drops 1 mg/ml	4	
dexamethasone oral elixir 0.5 mg/5 ml	2	
dexamethasone oral solution 0.5 mg/5 ml	2	
dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg	2	
dexamethasone sodium phos (pf) injection solution 10 mg/ml	2	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
dexamethasone sodium phosphate injection solution 10 mg/ml, 4 mg/ml	2	
dexamethasone sodium phosphate injection syringe 4 mg/ml	2	
fludrocortisone oral tablet 0.1 mg	2	
hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	2	
methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml, 80 mg/ml	2	
methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg	2	B/D
methylprednisolone oral tablets,dose pack 4 mg	2	
methylprednisolone sodium succ injection recon soln 125 mg, 40 mg	2	
methylprednisolone sodium succ intravenous recon soln 1,000 mg, 500 mg	2	
prednisolone oral solution 15 mg/5 ml	2	
prednisolone sodium phosphate oral solution 15 mg/5 ml (3 mg/ml), 15 mg/5 ml (5 ml), 25 mg/5 ml (5 mg/ml), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)	2	
prednisone intensol oral concentrate 5 mg/ml	4	
prednisone oral solution 5 mg/5 ml	4	
prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg	1	
prednisone oral tablets,dose pack 10 mg, 10 mg (48 pack), 5 mg, 5 mg (48 pack)	2	
SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF) INJECTION RECON SOLN 1,000 MG/8 ML, 100 MG/2 ML, 250 MG/2 ML, 500 MG/4 ML	4	
HORMONAS VARIAS		
ALDURAZYME INTRAVENOUS SOLUTION 2.9 MG/5 ML	5^	PA
cabergoline oral tablet 0.5 mg	2	
calcitonin (salmon) nasal spray,non-aerosol 200 unit/actuation	2	
calcitriol intravenous solution 1 mcg/ml	2	
calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg	2	
calcitriol oral solution 1 mcg/ml	2	
cinacalcet oral tablet 30 mg	2	QL (60 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
cinacalcet oral tablet 60 mg	4	QL (60 EA per 30 days)
cinacalcet oral tablet 90 mg	5^	QL (120 EA per 30 days)
danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg	2	
desmopressin injection solution 4 mcg/ml	5^	
desmopressin nasal spray with pump 10 mcg/spray (0.1 ml)	2	
desmopressin nasal spray,non-aerosol 10 mcg/spray (0.1 ml)	2	
desmopressin oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg	2	
doxercalciferol oral capsule 0.5 mcg, 1 mcg, 2.5 mcg	2	
FABRAZYME INTRAVENOUS RECON SOLN 35 MG, 5 MG	5^	PA
KORLYM ORAL TABLET 300 MG	5^	PA; LA
LUMIZYME INTRAVENOUS RECON SOLN 50 MG	5^	PA
mifepristone oral tablet 300 mg	5^	PA
NAGLAZYME INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/5 ML	5^	PA; LA
pamidronate intravenous solution 30 mg/10 ml (3 mg/ml), 60 mg/10 ml (6 mg/ml), 90 mg/10 ml (9 mg/ml)	2	
paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg	2	
sapropterin oral powder in packet 100 mg, 500 mg	5^	PA
sapropterin oral tablet,soluble 100 mg	5^	PA
SOMAVERT SUBCUTANEOUS RECON SOLN 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	5^	PA; LA
testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml)	2	
testosterone enanthate intramuscular oil 200 mg/ml	2	
testosterone transdermal gel 50 mg/5 gram (1 %)	2	PA; QL (300 GM per 30 days)
testosterone transdermal gel in metered-dose pump 12.5 mg/ 1.25 gram (1 %)	2	PA; QL (300 GM per 30 days)
testosterone transdermal gel in metered-dose pump 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %)	2	PA; QL (150 GM per 30 days)
testosterone transdermal gel in packet 1 % (25 mg/2.5gram), 1 % (50 mg/5 gram)	2	PA; QL (300 GM per 30 days)
tolvaptan oral tablet 15 mg, 30 mg	5^	PA
zoledronic acid intravenous solution 4 mg/5 ml	2	B/D
TRATAMIENTO PARA LA DIABETES		
acarbose oral tablet 100 mg	6	QL (90 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
acarbose oral tablet 25 mg	6	QL (360 EA per 30 days)
acarbose oral tablet 50 mg	6	QL (180 EA per 30 days)
alcohol pads topical pads, medicated	2	
BYDUREON BCISE SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 2 MG/0.85 ML	3	PA; QL (3.4 ML per 28 days)
diazoxide oral suspension 50 mg/ml	5^	
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
glimepiride oral tablet 1 mg	6	QL (240 EA per 30 days)
glimepiride oral tablet 2 mg	6	QL (120 EA per 30 days)
glimepiride oral tablet 4 mg	6	QL (60 EA per 30 days)
glipizide oral tablet 10 mg	6	QL (120 EA per 30 days)
glipizide oral tablet 5 mg	6	QL (240 EA per 30 days)
glipizide oral tablet extended release 24hr 10 mg	6	QL (60 EA per 30 days)
glipizide oral tablet extended release 24hr 2.5 mg	6	QL (240 EA per 30 days)
glipizide oral tablet extended release 24hr 5 mg	6	QL (120 EA per 30 days)
glipizide-metformin oral tablet 2.5-250 mg	6	QL (240 EA per 30 days)
glipizide-metformin oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg	6	QL (120 EA per 30 days)
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
GVOKE HYPOPEN 1-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML	3	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML	3	
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 1 MG/0.2 ML	3	
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 1 MG/0.2 ML	3	
GVOKE SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 MG/0.2 ML	3	
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML	3	
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 500 UNIT/ML (3 ML)	3	
INSULIN ASP PRT-INSULIN ASPART SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30)	3	
INSULIN ASP PRT-INSULIN ASPART SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (70-30)	3	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
INSULIN ASPART U-100 SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML	3	
INSULIN ASPART U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	3	
INSULIN ASPART U-100 SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	3	
INSULIN DEGLUDEC SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML), 200 UNIT/ML (3 ML)	3	
INSULIN DEGLUDEC SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	3	
INSULIN GLARGINE U-300 CONC SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (1.5 ML), 300 UNIT/ML (3 ML)	3	
INSULIN GLARGINE-YFGN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	3	
INVOKAMET ORAL TABLET 150-1,000 MG, 150-500 MG, 50-1,000 MG	4	QL (60 EA per 30 days)
INVOKAMET ORAL TABLET 50-500 MG	4	QL (120 EA per 30 days)
INVOKAMET XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 150-1,000 MG, 150-500 MG, 50-1,000 MG	4	QL (60 EA per 30 days)
INVOKAMET XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 50-500 MG	4	QL (120 EA per 30 days)
INVOKANA ORAL TABLET 100 MG	4	QL (60 EA per 30 days)
INVOKANA ORAL TABLET 300 MG	4	QL (30 EA per 30 days)
JANUMET ORAL TABLET 50-1,000 MG, 50-500 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 100-1,000 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 50-1,000 MG, 50-500 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 5-1,000 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
metformin oral tablet 1,000 mg	6	QL (75 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
metformin oral tablet 500 mg	6	QL (150 EA per 30 days)
metformin oral tablet 850 mg	6	QL (90 EA per 30 days)
metformin oral tablet extended release 24 hr 500 mg	6	Generic for Glucophage XR; QL (120 EA per 30 days)
metformin oral tablet extended release 24 hr 750 mg	6	Generic for Glucophage XR; QL (60 EA per 30 days)
MOUNJARO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/0.5 ML, 12.5 MG/0.5 ML, 15 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 5 MG/0.5 ML, 7.5 MG/0.5 ML	3	PA; QL (2 ML per 28 days)
nateglinide oral tablet 120 mg	6	QL (90 EA per 30 days)
nateglinide oral tablet 60 mg	6	QL (180 EA per 30 days)
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (70-30)	3	(brand RELION not covered)
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30)	3	(brand RELION not covered)
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	3	(brand RELION not covered)
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML	3	(brand RELION not covered)
NOVOLIN R FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	3	(brand RELION not covered)
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	3	(brand RELION not covered)
OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML), 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML)	3	PA; QL (3 ML per 28 days)
OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG OR 0.5 MG(2 MG/1.5 ML)	3	PA; QL (1.8 ML per 30 days)
pioglitazone oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg	6	QL (30 EA per 30 days)
pioglitazone-glimepiride oral tablet 30-2 mg, 30-4 mg	6	QL (30 EA per 30 days)
pioglitazone-metformin oral tablet 15-500 mg, 15-850 mg	6	QL (90 EA per 30 days)
repaglinide oral tablet 0.5 mg	6	QL (960 EA per 30 days)
repaglinide oral tablet 1 mg	6	QL (480 EA per 30 days)
repaglinide oral tablet 2 mg	6	QL (240 EA per 30 days)
RYBELSUS ORAL TABLET 1.5 MG, 14 MG, 3 MG, 4 MG, 7 MG, 9 MG	3	PA; QL (30 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
SOLIQUA 100/33 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-33 MCG/ML	3	QL (15 ML per 25 days)
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1,000 MG, 12.5-500 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-2.5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
TRULICITY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.75 MG/0.5 ML, 1.5 MG/0.5 ML, 3 MG/0.5 ML, 4.5 MG/0.5 ML	3	PA; QL (2 ML per 28 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 10-500 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
XULTOPHY 100/3.6 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-3.6 MG /ML (3 ML)	3	QL (15 ML per 30 days)
SUMINISTROS VARIOS		
SUMINISTROS VARIOS		
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
GAUZE PAD TOPICAL BANDAGE 2 X 2 "	3	
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE	2	BD or Embecta preferred
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	PA; QL (1 EA per 365 days)
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	PA; QL (15 EA per 30 days)
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	PA; QL (1 EA per 365 days)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	PA; QL (15 EA per 30 days)
PEN NEEDLE, DIABETIC NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"	2	BD or Embecta preferred

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
TRATAMIENTOS DERMATOLÓGICOS/TÓPICOS		
ANTIBACTERIANOS TÓPICOS		
gentamicin topical cream 0.1 %	2	QL (30 GM per 30 days)
gentamicin topical ointment 0.1 %	4	QL (30 GM per 30 days)
mupirocin topical ointment 2 %	1	QL (44 GM per 30 days)
sulfacetamide sodium (acne) topical suspension 10 %	4	
ANTIFÚNGICOS TÓPICOS		
ciclopirox topical cream 0.77 %	2	QL (90 GM per 28 days)
ciclopirox topical gel 0.77 %	2	QL (100 GM per 28 days)
ciclopirox topical suspension 0.77 %	4	QL (60 ML per 28 days)
clotrimazole topical cream 1 %	2	QL (45 GM per 28 days)
clotrimazole topical solution 1 %	2	QL (30 ML per 28 days)
clotrimazole-betamethasone topical cream 1-0.05 %	2	QL (45 GM per 28 days)
clotrimazole-betamethasone topical lotion 1-0.05 %	4	QL (60 ML per 28 days)
ketoconazole topical cream 2 %	2	QL (60 GM per 28 days)
ketoconazole topical shampoo 2 %	1	QL (120 ML per 28 days)
klayesta topical powder 100,000 unit/gram	2	QL (120 GM per 30 days)
naftifine topical cream 1 %	4	QL (90 GM per 28 days)
naftifine topical cream 2 %	4	QL (60 GM per 28 days)
naftifine topical gel 2 %	4	QL (60 GM per 28 days)
nyamyc topical powder 100,000 unit/gram	2	QL (120 GM per 30 days)
nystatin topical cream 100,000 unit/gram	2	QL (30 GM per 28 days)
nystatin topical ointment 100,000 unit/gram	2	QL (30 GM per 28 days)
nystatin topical powder 100,000 unit/gram	2	QL (120 GM per 30 days)
nystop topical powder 100,000 unit/gram	2	QL (120 GM per 30 days)
CORTICOESTEROIDES TÓPICOS		
ala-cort topical cream 1 %	1	
alclometasone topical cream 0.05 %	4	QL (120 GM per 30 days)
alclometasone topical ointment 0.05 %	4	QL (120 GM per 30 days)
betamethasone dipropionate topical cream 0.05 %	2	QL (135 GM per 30 days)
betamethasone dipropionate topical lotion 0.05 %	2	QL (120 ML per 30 days)
betamethasone dipropionate topical ointment 0.05 %	4	QL (135 GM per 30 days)
betamethasone valerate topical cream 0.1 %	2	QL (135 GM per 30 days)
betamethasone valerate topical lotion 0.1 %	4	QL (120 ML per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.

07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
betamethasone valerate topical ointment 0.1 %	2	QL (135 GM per 30 days)
betamethasone, augmented topical cream 0.05 %	2	QL (150 GM per 30 days)
betamethasone, augmented topical gel 0.05 %	2	QL (150 GM per 30 days)
betamethasone, augmented topical lotion 0.05 %	2	QL (120 ML per 30 days)
betamethasone, augmented topical ointment 0.05 %	2	QL (150 GM per 30 days)
clobetasol scalp solution 0.05 %	2	QL (100 ML per 28 days)
clobetasol topical cream 0.05 %	2	QL (120 GM per 28 days)
clobetasol topical gel 0.05 %	4	QL (60 GM per 28 days)
clobetasol topical ointment 0.05 %	2	QL (120 GM per 28 days)
clobetasol topical shampoo 0.05 %	4	QL (118 ML per 28 days)
clobetasol-emollient topical cream 0.05 %	4	QL (120 GM per 28 days)
clodan topical shampoo 0.05 %	4	QL (118 ML per 28 days)
desonide topical cream 0.05 %	2	QL (120 GM per 30 days)
desonide topical lotion 0.05 %	4	QL (118 ML per 30 days)
desonide topical ointment 0.05 %	2	QL (120 GM per 30 days)
fluocinolone and shower cap scalp oil 0.01 %	2	QL (118.28 ML per 30 days)
fluocinolone topical cream 0.01 %, 0.025 %	4	QL (120 GM per 30 days)
fluocinolone topical oil 0.01 %	2	QL (118.28 ML per 30 days)
fluocinolone topical ointment 0.025 %	4	QL (120 GM per 30 days)
fluocinolone topical solution 0.01 %	2	QL (120 ML per 30 days)
fluocinonide topical cream 0.05 %	4	QL (120 GM per 30 days)
fluocinonide topical gel 0.05 %	4	QL (120 GM per 30 days)
fluocinonide topical ointment 0.05 %	2	QL (120 GM per 30 days)
fluocinonide topical solution 0.05 %	2	QL (120 ML per 30 days)
fluocinonide-e topical cream 0.05 %	4	QL (120 GM per 30 days)
fluocinonide-emollient topical cream 0.05 %	4	QL (120 GM per 30 days)
fluticasone propionate topical cream 0.05 %	2	
halobetasol propionate topical cream 0.05 %	2	QL (100 GM per 30 days)
halobetasol propionate topical ointment 0.05 %	4	QL (100 GM per 30 days)
hydrocortisone topical cream 1 %, 2.5 %	1	
hydrocortisone topical lotion 2 %, 2.5 %	2	
hydrocortisone topical ointment 2.5 %	2	
mometasone topical cream 0.1 %	2	
mometasone topical ointment 0.1 %	2	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.

07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
mometasone topical solution 0.1 %	2	
triamcinolone acetonide topical cream 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %	1	
triamcinolone acetonide topical lotion 0.025 %, 0.1 %	2	
triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %	1	
triderm topical cream 0.5 %	2	
ESCABICIDAS TÓPICOS/PEDICULICIDAS		
malathion topical lotion 0.5 %	2	
permethrin topical cream 5 %	2	QL (60 GM per 30 days)
MEDICAMENTOS ANTIPSORIÁSICOS/ANTISEBORREICOS		
acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg	4	
calcipotriene scalp solution 0.005 %	4	QL (120 ML per 30 days)
calcipotriene topical ointment 0.005 %	4	QL (120 GM per 30 days)
COSENTYX (2 SYRINGES) SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	5^	PA; QL (10 ML per 28 days)
COSENTYX PEN (2 PENS) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML	5^	PA; QL (10 ML per 28 days)
COSENTYX PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML	5^	PA; QL (10 ML per 28 days)
COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	5^	PA; QL (10 ML per 28 days)
COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML	5^	PA; QL (2.5 ML per 28 days)
COSENTYX UNOREADY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300 MG/2 ML	5^	PA; QL (10 ML per 28 days)
selenium sulfide topical lotion 2.5 %	2	
SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML	5^	PA; QL (6 ML per 365 days)
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	5^	PA; QL (6 ML per 365 days)
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML	5^	PA; QL (0.5 ML per 28 days)
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML	5^	PA; QL (0.5 ML per 28 days)
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML	5^	PA; QL (1 ML per 28 days)
TREMFYA PEN INDUCTION PK-CROHN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/2 ML	5^	PA; QL (12 ML per 180 days)
TREMFYA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 100 MG/ML, 200 MG/2 ML	5^	PA; QL (2 ML per 28 days)
TREMFYA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	5^	PA; QL (2 ML per 28 days)
TREMFYA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML, 200 MG/2 ML	5^	PA; QL (2 ML per 28 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
PRODUCTOS DERMATOLÓGICOS DIVERSOS		
ammonium lactate topical cream 12 %	2	
ammonium lactate topical lotion 12 %	2	
dermacinrx lidocan topical adhesive patch,medicated 5 %	4	PA; QL (90 EA per 30 days)
DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/1.14 ML	5^	PA; QL (4.56 ML per 28 days)
DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300 MG/2 ML	5^	PA; QL (8 ML per 28 days)
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML	5^	PA; QL (1.5 ML per 30 days)
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/1.14 ML	5^	PA; QL (4.56 ML per 28 days)
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/2 ML	5^	PA; QL (8 ML per 28 days)
fluorouracil topical cream 5 %	2	QL (40 GM per 30 days)
fluorouracil topical solution 2 %, 5 %	2	QL (10 ML per 30 days)
glydo mucous membrane jelly in applicator 2 %	2	QL (60 ML per 30 days)
imiquimod topical cream in packet 5 %	2	QL (24 EA per 28 days)
lidocaine (pf) injection solution 10 mg/ml (1 %), 15 mg/ml (1.5 %), 20 mg/ml (2 %), 40 mg/ml (4 %), 5 mg/ml (0.5 %)	2	
lidocaine hcl injection solution 10 mg/ml (1 %), 20 mg/ml (2 %), 5 mg/ml (0.5 %)	2	
lidocaine hcl laryngotracheal solution 4 %	4	QL (50 ML per 30 days)
lidocaine hcl mucous membrane jelly 2 %	4	QL (60 ML per 30 days)
lidocaine hcl mucous membrane solution 2 %	2	
lidocaine hcl mucous membrane solution 4 % (40 mg/ml)	4	QL (50 ML per 30 days)
lidocaine topical adhesive patch,medicated 5 %	4	PA; QL (90 EA per 30 days)
lidocaine topical ointment 5 %	2	QL (50 GM per 30 days)
lidocaine viscous mucous membrane solution 2 %	2	
lidocaine-prilocaine topical cream 2.5-2.5 %	2	QL (30 GM per 30 days)
lidocan iii topical adhesive patch,medicated 5 %	4	PA; QL (90 EA per 30 days)
lidocan iv topical adhesive patch,medicated 5 %	4	PA; QL (90 EA per 30 days)
lidocan v topical adhesive patch,medicated 5 %	4	PA; QL (90 EA per 30 days)
PANRETIN TOPICAL GEL 0.1 %	5^	PA-NS; QL (60 GM per 30 days)
pimecrolimus topical cream 1 %	4	QL (100 GM per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
podofilox topical solution 0.5 %	4	QL (7 ML per 28 days)
REGRANEX TOPICAL GEL 0.01 %	5^	QL (15 GM per 30 days)
SANTYL TOPICAL OINTMENT 250 UNIT/GRAM	4	QL (180 GM per 30 days)
silver sulfadiazine topical cream 1 %	2	
ssd topical cream 1 %	2	
tacrolimus topical ointment 0.03 %, 0.1 %	4	QL (100 GM per 30 days)
tridacaine ii topical adhesive patch,medicated 5 %	4	PA; QL (90 EA per 30 days)
tridacaine topical adhesive patch,medicated 5 %	4	PA; QL (90 EA per 30 days)
VALCHLOR TOPICAL GEL 0.016 %	5^	PA-NS; LA; QL (60 GM per 30 days)
TRATAMIENTO CONTRA EL ACNÉ		
accutane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	2	
amnesteem oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg	2	
azelaic acid topical gel 15 %	4	QL (50 GM per 30 days)
claravis oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	2	
clindamycin phosphate topical gel 1 %	4	QL (75 GM per 30 days)
clindamycin phosphate topical gel, once daily 1 %	4	QL (75 ML per 30 days)
clindamycin phosphate topical lotion 1 %	4	QL (60 ML per 30 days)
clindamycin phosphate topical solution 1 %	2	QL (60 ML per 30 days)
ery pads topical swab 2 %	4	QL (60 EA per 30 days)
erythromycin with ethanol topical solution 2 %	2	QL (60 ML per 30 days)
isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg, 35 mg, 40 mg	4	
metronidazole topical cream 0.75 %	4	QL (45 GM per 30 days)
metronidazole topical gel 0.75 %	4	QL (45 GM per 30 days)
metronidazole topical lotion 0.75 %	4	QL (59 ML per 30 days)
myorisan oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	2	
tazarotene topical cream 0.1 %	3	PA; QL (60 GM per 30 days)
tazarotene topical gel 0.05 %, 0.1 %	4	PA
tretinoin topical cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %	4	PA; QL (45 GM per 30 days)
tretinoin topical gel 0.01 %, 0.025 %, 0.05 %	4	PA; QL (45 GM per 30 days)
zenatane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	2	
VITAMINAS, MINERALES/ELECTROLITOS		
ELECTROLITOS		
klor-con 10 oral tablet extended release 10 meq	1	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
klor-con 8 oral tablet extended release 8 meq	1	
klor-con m10 oral tablet,er particles/crystals 10 meq	1	
klor-con m15 oral tablet,er particles/crystals 15 meq	2	
klor-con m20 oral tablet,er particles/crystals 20 meq	1	
klor-con oral packet 20 meq	2	
lactated ringers intravenous parenteral solution	4	
MAGNESIUM SULFATE IN D5W INTRAVENOUS PIGGYBACK 1 GRAM/100 ML	3	
magnesium sulfate in water intravenous parenteral solution 20 gram/500 ml (4 %), 40 gram/1,000 ml (4 %)	4	
magnesium sulfate in water intravenous piggyback 2 gram/50 ml (4 %), 4 gram/100 ml (4 %), 4 gram/50 ml (8 %)	4	
magnesium sulfate injection solution 500 mg/ml (50 %)	4	
magnesium sulfate injection syringe 500 mg/ml (50 %)	4	
potassium chlorid-d5-0.45%nacl intravenous parenteral solution 10 meq/l, 20 meq/l, 30 meq/l, 40 meq/l	2	
potassium chloride in 0.9%nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l, 40 meq/l	2	
potassium chloride in 5 % dex intravenous parenteral solution 20 meq/l	2	
potassium chloride in water intravenous piggyback 10 meq/50 ml, 20 meq/50 ml	4	
potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml, 2 meq/ml (20 ml)	2	
potassium chloride oral capsule, extended release 10 meq, 8 meq	2	
potassium chloride oral liquid 20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml	2	
potassium chloride oral packet 20 meq	2	
potassium chloride oral tablet extended release 10 meq, 20 meq, 8 meq	1	
potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 10 meq, 20 meq	1	
potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 15 meq	2	
potassium chloride-0.45 % nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l	2	
potassium chloride-d5-0.2%nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l	2	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
potassium chloride-d5-0.9%nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l	2	
potassium chloride-d5-0.9%nacl intravenous parenteral solution 40 meq/l	4	
sodium chloride 0.45 % intravenous parenteral solution 0.45 %	2	
sodium chloride 3 % hypertonic intravenous parenteral solution 3 %	2	
sodium chloride 5 % hypertonic intravenous parenteral solution 5 %	2	
sodium chloride intravenous solution 2.5 meq/ml, 4 meq/ml	4	
PRODUCTOS NUTRICIONALES DIVERSOS		
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	4	B/D
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	4	B/D
CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	4	B/D
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 6-5 %	4	B/D
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-10 %	4	B/D
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-14 %	4	B/D
electrolyte-148 intravenous parenteral solution	2	
electrolyte-48 in d5w intravenous parenteral solution	4	
electrolyte-a intravenous parenteral solution	2	
intralipid intravenous emulsion 20 %	4	B/D
ISOLYTE S PH 7.4 INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	4	
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	4	
ISOLYTE-S INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	4	
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	4	
PLENAMINE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 15 %	4	B/D
premasol 10 % intravenous parenteral solution 10 %	4	B/D
travasol 10 % intravenous parenteral solution 10 %	4	B/D

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
TROPHAMINE 10 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 10 %	4	B/D
VITAMINAS/MINERALES		
cyanocobalamin (vitamin b-12) injection solution	1	NT
dodex injection solution 1,000 mcg/ml	1	NT
ergocalciferol (vitamin d2) oral capsule 1,250 mcg (50,000 unit)	1	NT
fluoride (sodium) oral tablet 1 mg (2.2 mg sod. fluoride)	2	
fluoride (sodium) oral tablet,chewable 1 mg (2.2 mg sod. fluoride)	2	
folic acid oral tablet 1 mg	1	NT
prenatal vitamin plus low iron oral tablet 27 mg iron- 1 mg	2	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.
07/01/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de la misma.
07/01/2025

Índice de medicamentos

abacavir 6
abacavir-lamivudine 6
ABELCET 5
ABILIFY ASIMTUFII 53
ABILIFY MAINTENA 53
abiraterone 35
abirtega 35
ABRYSVO (PF) 32
acamprosate 3
acarbose 77, 78
accutane 86
acebutolol 18
acetaminophen-codeine 48
acetazolamide 74
acetic acid 3, 63
acetylcysteine 24
acitretin 84
ACTEMRA 64
ACTEMRA ACTPEN 64
ACTHIB (PF) 32
ACTIMMUNE 31
acyclovir 6
acyclovir sodium 6
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) 32
adefovir 6
ADEMPAS 24
adrenalin 24
ADVAIR HFA 25
AIMOVIG AUTOINJECTOR 62
AKEEGA 35
ak-poly-bac 72
ala-cort 82
albendazole 11
albuterol sulfate 25
alclometasone 82
alcohol pads 78
ALDURAZYME 76
ALECENSA 35
alendronate 66
alfuzosin 64
aliskiren 18
allopurinol 66
alosetron 28
ALPHAGAN P 75
alprazolam 53
altavera (28) 67
ALUNBRIG 36
alyacen 1/35 (28) 67
alyacen 7/7/7 (28) 67
alyq 25
amantadine hcl 6
ambrisentan 25
amikacin 11
amiloride 18
amiloride-hydrochlorothiazide 18
amiodarone 16
amitriptyline 53
amlodipine 18
amlodipine-atorvastatin 17
amlodipine-benazepril 18
amlodipine-olmesartan 18
amlodipine-valsartan 18
amlodipine-valsartan-hcthiazid 18
ammonium lactate 85
amnesteem 86
amoxapine 53
amoxicillin 14
amoxicillin-pot clavulanate 14
amphotericin b 5
ampicillin 14
ampicillin sodium 14
ampicillin-sulbactam 14
anagrelide 3
anastrozole 36
ANORO ELLIPTA 25
apraclonidine 75
aprepitant 28
apri 67
APTIOM 49
APTIVUS 6
aranelle (28) 67
ARCALYST 31
AREXVY (PF) 32
arformoterol 25
ARIKAYCE 11
aripiprazole 53, 54
ARISTADA 54
ARISTADA INITIO 54
armodafinil 54
ARNUITY ELLIPTA 25
asenapine maleate 54
aspirin-dipyridamole 23
ASSURE ID INSULIN SAFETY 81
atazanavir 6
atenolol 18
atenolol-chlorthalidone 18
atomoxetine 54
atorvastatin 17
atovaquone 11
atovaquone-proguanil 11
atropine 74
ATROVENT HFA 25
aubra eq 67
AUGTYRO 36
aurovela fe 1.5/30 (28) 67
aurovela fe 1-20 (28) 67
AUSTEDO 60
AUSTEDO XR 60
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) 60
AUVELITY 54
aviane 67
AYVAKIT 36
azacitidine 36
azathioprine 36
azelaic acid 86
azelastine 62, 74
azithromycin 11
aztreonam 11
azurette (28) 67
bacitracin 72
bacitracin-polymyxin b 72
baclofen 62
balsalazide 28
BALVERSA 36
BARACLUDE 6
BCG VACCINE, LIVE (PF) 32
BELSOMRA 54
benazepril 18
benazepril-hydrochlorothiazide 18
BENDEKA 36
BENLYSTA 64
benztropine 46
BESREMI 31
betaine 28
betamethasone dipropionate 82
betamethasone valerate 82, 83
betamethasone, augmented 83
BETASERON 31
betaxolol 18, 73

07/01/2025

bethanechol chloride 64
BEVESPI AEROSPHERE 25
bexarotene 36
BEXSERO 32
bicalutamide 36
BICILLIN L-A 14
BIKTARVY 6
bisoprolol fumarate 18
bisoprolol-hydrochlorothiazide ... 19
BIVIGAM 32
blisovi fe 1.5/30 (28) 67
blisovi fe 1/20 (28) 67
BOOSTRIX TDAP 32
BORTEZOMIB 36
bortezomib 36
bosentan 25
BOSULIF 36
BRAFTOVI 36
BREO ELLIPTA 25
breyna 25
BREZTRI AEROSPHERE 25
BRILINTA 23
brimonidine 75
brinzolamide 74
BRIVIACT 49
bromfenac 73
bromocriptine 46
BRUKINSA 36
budesonide 25, 28
bumetanide 19
buprenorphine hcl 48
buprenorphine-naloxone 47
bupropion hcl 54
bupropion hcl (smoking deter) 5
buspirone 54
butorphanol 47
BYDUREON BCISE 78
cabergoline 76
CABOMETYX 36
calcipotriene 84
calcitonin (salmon) 76
calcitriol 76
CALQUENCE 36
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) 36
camila 70
camrese 67
candesartan 19
candesartan-hydrochlorothiazid .19
CAPLYTA 54
CAPRELSA 36
captopril 19
captopril-hydrochlorothiazide 19
carbamazepine 49, 50
carbidopa 46
carbidopa-levodopa 46
carbidopa-levodopa-entacapone 46
carboplatin 36
carglumic acid 3
carteolol 73
cartia xt 19
carvedilol 19
caspofungin 5
CAYSTON 11
cefaclor 9
cefadroxil 9
cefazolin 9, 10
cefazolin in dextrose (iso-os) 9
cefdinir 10
cefepime 10
cefepime in dextrose,iso-osm 10
cefixime 10
cefoxitin 10
cefoxitin in dextrose, iso-osm 10
cefpodoxime 10
cefprozil 10
ceftazidime 10
ceftriaxone 10
ceftriaxone in dextrose,iso-os 10
cefuroxime axetil 10
cefuroxime sodium 10
celecoxib 47
cephalexin 10
cetirizine 24
cevimeline 3
CHEMET 3
chlorhexidine gluconate 63
chloroquine phosphate 12
chlorpromazine 54
chlorthalidone 19
cholestyramine (with sugar) 17
cholestyramine light 17
ciclopirox 82
cilostazol 23
CIMDUO 7
cinacalcet 76, 77
ciprofloxacin 15
ciprofloxacin hcl 15, 72
ciprofloxacin in 5 % dextrose 15
ciprofloxacin-dexamethasone 63
cisplatin 36
citalopram 54
claravis 86
clarithromycin 11
clindamycin hcl 12
clindamycin in 5 % dextrose 12
clindamycin phosphate ... 12, 71, 86
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE 88
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE 88
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE 3
CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE) 88
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE) 88
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE) 88
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE) 88
clobazam 50
clobetasol 83
clobetasol-emollient 83
clodan 83
clomipramine 54
clonazepam 50
clonidine 19
clonidine hcl 19
clopidogrel 23
clorazepate dipotassium 54, 55
clotrimazole 5, 82
clotrimazole-betamethasone 82
clozapine 55
COARTEM 12
COBENFY 55
COBENFY STARTER PACK 55
colchicine 66
colesevelam 17
colestipol 17
colistin (colistimethate na) 12
COLUMVI 36
COMBIGAN 74

COMBIVENT RESPIMAT 25
COMETRIQ 36, 37
COMPLERA 7
compro 28
constulose 28
COPIKTRA 37
CORLANOR 16
COSENTYX 84
COSENTYX (2 SYRINGES) 84
COSENTYX PEN 84
COSENTYX PEN (2 PENS) 84
COSENTYX UNOREADY PEN 84
COTELLIC 37
CREON 28
CRESEMBA 5
cromolyn 25, 28, 74
cryselle (28) 67
cyanocobalamin (vitamin b-12) .. 89
cyclobenzaprine 62
cyclophosphamide 37
CYCLOPHOSPHAMIDE 37
cyclosporine 37, 74
cyclosporine modified 37
CYLTEZO(CF) 65
CYLTEZO(CF) PEN 64
CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-HS 64
CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV . 64
cyproheptadine 24
cyred eq 67
CYSTAGON 64
CYSTARAN 74
cytarabine 37
d10 %-0.45 % sodium chloride 3
d2.5 %-0.45 % sodium chloride 3
d5 % and 0.9 % sodium chloride ... 3
d5 %-0.45 % sodium chloride 3
dabigatran etexilate 23
dalfampridine 60
danazol 77
dantrolene 62
DANZITEN 37
dapsone 12
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) 32
daptomycin 12
darunavir 7
dasatinib 37
dasetta 1/35 (28) 67
dasetta 7/7/7 (28) 67
DAURISMO 37
daysee 67
deblitane 70
deferasirox 3
DELSTRIGO 7
demeclocycline 15
DENGVAXIA (PF) 32
DEPO-SUBQ PROVERA 104 70
dermacinrx lidocan 85
DESCOVY 7
desipramine 55
desloratadine 24
desmopressin 77
desog-e.estradiol/e.estradiol 67
desogestrel-ethinyl estradiol 67
desonide 83
desvenlafaxine succinate 55
dexamethasone 75
dexamethasone intensol 75
dexamethasone sodium phos (pf) 75
dexamethasone sodium phosphate 73, 76
dexlansoprazole 30
dexmethylphenidate 55
dextroamphetamine-amphetamine 55
dextrose 10 % and 0.2 % nacl 3
dextrose 10 % in water (d10w) 3
dextrose 5 % in water (d5w) 3
dextrose 5 %-lactated ringers 3
dextrose 5%-0.2 % sod chloride 3
dextrose 5%-0.3 % sod.chloride 3
dextrose 50 % in water (d50w) 4
dextrose 70 % in water (d70w) 4
DIACOMIT 50
diazepam 50, 55
diazepam intensol 55
diazoxide 78
diclofenac potassium 47
diclofenac sodium 47, 73
diclofenac-misoprostol 47
dicloxacillin 14
dicyclomine 30
DIFICID 11
diflunisal 47
difluprednate 73
digoxin 16
dihydroergotamine 62
DILANTIN 50
DILANTIN EXTENDED 50
DILANTIN INFATABS 50
DILANTIN-125 50
diltiazem hcl 19
dilt-xr 19
dimethyl fumarate 60, 61
diphenhydramine hcl 24
diphenoxylate-atropine 30
dipyridamole 23
disopyramide phosphate 16
disulfiram 4
divalproex 50
docetaxel 37
dodex 89
dofetilide 16
donepezil 61
DOPTELET (10 TAB PACK) 23
DOPTELET (15 TAB PACK) 23
DOPTELET (30 TAB PACK) 23
dorzolamide 74
dorzolamide-timolol 74
dotti 70
DOVATO 7
doxazosin 19
doxepin 55
doxercalciferol 77
doxorubicin 37
doxorubicin, peg-liposomal 37
doxy-100 15
doxycycline hyclate 15, 16
doxycycline monohydrate 16
DRIZALMA SPRINKLE 55
dronabinol 28
drospirenone-ethinyl estradiol 67
DROXIA 37
droxidopa 4
duloxetine 55
DUPIXENT PEN 85
DUPIXENT SYRINGE 85
dutasteride 64
dutasteride-tamsulosin 64
EDARBI 19
EDARBYCLOR 19
EDURANT 7

efavirenz 7
efavirenz-emtricitabin-tenofov 7
efavirenz-lamivu-tenofov disop 7
electrolyte-148 88
electrolyte-48 in d5w 88
electrolyte-a 88
ELIGARD 37
ELIGARD (3 MONTH) 37
ELIGARD (4 MONTH) 37
ELIGARD (6 MONTH) 37
elinest 67
ELIQUIS 23
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START 23
ELLENCE 37
ELMIRON 64
ELREXFIO 37
eluryng 71
EMGALITY PEN 62
EMGALITY SYRINGE 62
EMSAM 56
emtricitabine 7
emtricitabine-tenofovir (tdf) 7
EMTRIVA 7
EMVERM 12
emzahh 70
enalapril maleate 20
enalapril-hydrochlorothiazide 20
ENBREL 65
ENBREL MINI 65
ENBREL SURECLICK 65
endocet 48
ENGERIX-B (PF) 32
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) 32
enoxaparin 23
enpresse 67
enskyce 67
entacapone 46
entecavir 7
ENTRESTO 16
enulose 28
ENVARSUS XR 37
EPIDIOLEX 50
epinephrine 24
epitol 50
EPKINLY 38
eplerenone 20
EPRONTIA 50
ergocalciferol (vitamin d2) 89
ergotamine-caffeine 62
ERIVEDGE 38
ERLEADA 38
erlotinib 38
errin 70
ertapenem 12
ery pads 86
ery-tab 11
ERYTHROCIN 11
erythrocin (as stearate) 11
erythromycin 11, 72
erythromycin with ethanol 86
escitalopram oxalate 56
esomeprazole magnesium 31
estarylla 68
estradiol 70, 71
estradiol valerate 71
estradiol-norethindrone acet 71
ethambutol 12
ethosuximide 50
ethynodiol diac-eth estradiol 68
etodolac 47
etonogestrel-ethinyl estradiol 72
etoposide 38
etravirine 7
EULEXIN 38
euthyrox 75
everolimus (antineoplastic) 38
everolimus (immunosuppressive) 38
EVOTAZ 7
exemestane 38
EXKIVITY 38
ezetimibe 17
ezetimibe-simvastatin 17
FABRAZYME 77
falmina (28) 68
famciclovir 7
famotidine 31
famotidine (pf) 31
famotidine (pf)-nacl (iso-os) 31
FANAPT 56
FARXIGA 78
FASENRA 26
FASENRA PEN 26
febuxostat 66
felbamate 50
felodipine 20
fenofibrate 17
fenofibrate micronized 17
fenofibrate nanocrystallized 17
fenofibric acid (choline) 17
fentanyl 48
fentanyl citrate 48
FETZIMA 56
finasteride 64
fingolimod 61
FINTEPLA 51
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE 38
flac otic oil 63
flecainide 16
fluconazole 5
fluconazole in nacl (iso-osm) 5
flucytosine 5
fludrocortisone 76
flunisolide 26
fluocinolone 83
fluocinolone acetonide oil 63
fluocinolone and shower cap 83
fluocinonide 83
fluocinonide-e 83
fluocinonide-emollient 83
fluoride (sodium) 89
fluorometholone 73
fluorouracil 38, 85
fluoxetine 56
fluphenazine decanoate 56
fluphenazine hcl 56
flurbiprofen 47
flurbiprofen sodium 73
fluticasone propionate 26, 83
fluticasone propion-salmeterol ...26
fluvastatin 17
fluvoxamine 56
folic acid 89
fondaparinux 23
formoterol fumarate 26
fosamprenavir 7
fosinopril 20
fosinopril-hydrochlorothiazide 20
FOTIVDA 38
FRUZAQLA 38
fulvestrant 38
furosemide 20

FUZEON 7
fyavolv 71
FYCOMPA 51
gabapentin 51
galantamine 61
gallifrey 71
GAMASTAN 32
GAMMAGARD LIQUID 32
GAMMAGARD S-D (IGA < 1 MCG/ML) 32
GAMMAKED 33
GAMMAPLEX 33
GAMMAPLEX (WITH SORBITOL) . 33
GAMUNEX-C 33
ganciclovir sodium 7
GARDASIL 9 (PF) 33
gatifloxacin 72
GATTEX 30-VIAL 28
GATTEX ONE-VIAL 28
GAUZE PAD 81
gavilyte-c 28
gavilyte-g 28
GAVRETO 38
gefitinib 38
gemcitabine 38
GEMCITABINE 39
gemfibrozil 17
generlac 28
gengraf 39
gentak 72
gentamicin 12, 72, 82
gentamicin in nacl (iso-osm) 12
gentamicin sulfate (ped) (pf) 12
GENVOYA 7
GILOTRIF 39
glatiramer 61
glatopa 61
GLEOSTINE 39
glimepiride 78
glipizide 78
glipizide-metformin 78
glutamine (sickle cell) 4
glycopyrrolate 30
glydo 85
GLYXAMBI 78
GOMEKLI 39
granisetron (pf) 28
granisetron hcl 28
griseofulvin microsize 5
griseofulvin ultramicrosize 5
guanfacine 20, 56
GVOKE 78
GVOKE HYPOPEN 1-PACK 78
GVOKE HYPOPEN 2-PACK 78
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE 78
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE 78
HAEGARDA 26
halobetasol propionate 83
haloperidol 56
haloperidol decanoate 56
haloperidol lactate 56
HAVRIX (PF) 33
heather 71
heparin (porcine) 23
heparin (porcine) in 5 % dex 23
HEPARIN(PORCINE) IN 0.45% NACL 23
heparin(porcine) in 0.45% nacl ... 23
HEPLISAV-B (PF) 33
HIBERIX (PF) 33
HUMIRA 65
HUMIRA PEN 65
HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL HS 65
HUMIRA(CF) 65
HUMIRA(CF) PEN 65
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS 65
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS 65
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN 78
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN 78
hydralazine 20
hydrochlorothiazide 20
hydrocodone-acetaminophen 48
hydrocodone-ibuprofen 48
hydrocortisone 28, 76, 83
hydromorphone 48
hydroxychloroquine 12
hydroxyurea 39
hydroxyzine hcl 24
hydroxyzine pamoate 24
ibandronate 66
IBRANCE 39
ibu 47
ibuprofen 47
icatibant 26
ICLUSIG 39
IDHIFA 39
imatinib 39
IMBRUVICA 39
imipenem-cilastatin 12
imipramine hcl 56
imiquimod 85
IMKELDI 39
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) 33
INBRIJA 46
incassia 71
INCRELEX 4
INCRUSE ELLIPTA 26
indapamide 20
INFANRIX (DTAP) (PF) 33
INFLECTRA 28
INGREZZA 61
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV) 61
INLYTA 39
INQOVI 39
INREBIC 39
INSULIN ASP PRT-INSULIN ASPART 78
INSULIN ASPART U-100 79
INSULIN DEGLUDEC 79
INSULIN GLARGINE U-300 CONC 79
INSULIN GLARGINE-YFGN 79
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 81
INTELENCE 7
intralipid 88
introvale 68
INVEGA HAFYERA 56
INVEGA SUSTENNA 56, 57
INVEGA TRINZA 57
INVOKAMET 79
INVOKAMET XR 79
INVOKANA 79
IPOL 33
ipratropium bromide 26, 63
ipratropium-albuterol 26
irbesartan 20
irbesartan-hydrochlorothiazide .. 20
irinotecan 39

ISENTRESS 7
ISENTRESS HD 7
isibloom 68
ISOLYTE S PH 7.4 88
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE 88
ISOLYTE-S 88
isoniazid 12
isosorbide dinitrate 18
isosorbide mononitrate 18
isotretinoin 86
isradipine 20
ITOVEBI 39
itraconazole 5
ivabradine 16
ivermectin 12
IWILFIN 39
IXCHIQ (PF) 33
IXIARO (PF) 33
JAKAFI 39
jantoven 23
JANUMET 79
JANUMET XR 79
JANUVIA 79
JARDIANCE 79
jasmiel (28) 68
JAYPIRCA 39
JENTADUETO 79
JENTADUETO XR 79
jinteli 71
jolessa 68
juleber 68
JULUCA 7
junel fe 1.5/30 (28) 68
junel fe 1/20 (28) 68
JYLAMVO 39
JYNNEOS (PF) 33
KADCYLA 40
KALYDECO 26
kariva (28) 68
kelnor 1/35 (28) 68
kelnor 1/50 (28) 68
KERENDIA 20
ketoconazole 5, 82
ketorolac 73
KEYTRUDA 40
KINRIX (PF) 33
kionex (with sorbitol) 4
KISQALI 40
KISQALI FEMARA CO-PACK 40
klayesta 82
klor-con 87
klor-con 10 86
klor-con 8 87
klor-con m10 87
klor-con m15 87
klor-con m20 87
KORLYM 77
KOSELUGO 40
kourzeq 63
KRAZATI 40
kurvelo (28) 68
l norgest/e.estradiol-e.estrad 68
labetalol 20
lacosamide 51
lactated ringers 87
lactulose 28
lamivudine 7
lamivudine-zidovudine 8
lamotrigine 51
lanreotide 40
lansoprazole 31
lapatinib 40
larin 1.5/30 (21) 68
larin 1/20 (21) 68
larin 24 fe 68
larin fe 1.5/30 (28) 68
larin fe 1/20 (28) 68
latanoprost 74
LAZCLUZE 40
LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR 8
leflunomide 65
lenalidomide 40
LENVIMA 40
lessina 68
letrozole 40
leucovorin calcium 35
LEUKERAN 40
leuprolide 40
levalbuterol hcl 26
levetiracetam 51
levetiracetam in nacl (iso-os) 51
levobunolol 73
levocarnitine 4
levocarnitine (with sugar) 4
levocetirizine 24
levofloxacin 15
levofloxacin in d5w 15
levonest (28) 68
levonorgestrel-ethinyl estrad 68
levonorg-eth estrad triphasic 68
levora-28 68
levo-t 75
levothyroxine 75
levoxyl 75
LEXIVA 8
LIBERVANT 51
lidocaine 85
lidocaine (pf) 85
lidocaine hcl 85
lidocaine viscous 85
lidocaine-prilocaine 85
lidocan iii 85
lidocan iv 85
lidocan v 85
LILETTA 72
linezolid 12
linezolid in dextrose 5% 12
linezolid-0.9% sodium chloride 12
LINZESS 28
liothyronine 75
lisdexamfetamine 57
lisinopril 20
lisinopril-hydrochlorothiazide 20
lithium carbonate 57
lithium citrate 57
LIVTENCITY 8
LOKELMA 4
LONSURF 40
loperamide 30
lopinavir-ritonavir 8
lorazepam 57
lorazepam intensol 57
LORBRENA 40
loryna (28) 68
losartan 20
losartan-hydrochlorothiazide 20
loteprednol etabonate 74
lovastatin 17
low-ogestrel (28) 69
loxapine succinate 57
lubiprostone 29
LUMAKRAS 40
LUMIGAN 74
LUMIZYME 77

LUPRON DEPOT 41
lurasidone 57
lutera (28) 69
lyleq 71
lyllana 71
LYNPARZA 41
LYSODREN 41
LYTGOBI 41
lyza 71
magnesium sulfate 87
MAGNESIUM SULFATE IN D5W .. 87
magnesium sulfate in water 87
malathion 84
maraviroc 8
marlissa (28) 69
MARPLAN 57
MATULANE 41
matzim la 20
meclizine 29
medroxyprogesterone 71
mefloquine 12
megestrol 41
MEKINIST 41
MEKTOVI 41
meloxicam 47
memantine 61
MENACTRA (PF) 33
MENQUADFI (PF) 33
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) .. 33
mercaptopurine 41
meropenem 12
mesalamine 29
mesalamine with cleansing wipe 29
mesna 35
MESNEX 35
metformin 79, 80
methadone 49
methadone intensol 49
methazolamide 74
methenamine hippurate 6
methimazole 75
methotrexate sodium 41
methotrexate sodium (pf) 41
methsuximide 51
methylphenidate hcl 57, 58
methylprednisolone 76
methylprednisolone acetate 76
methylprednisolone sodium succ 76
metoclopramide hcl 29
metolazone 20
metoprolol succinate 21
metoprolol ta-hydrochlorothiaz .. 21
metoprolol tartrate 21
metro i.v. 12
metronidazole 13, 72, 86
metronidazole in nacl (iso-os) 13
metyrosine 21
mexiletine 16
micafungin 5
microgestin 1.5/30 (21) 69
microgestin 1/20 (21) 69
microgestin fe 1.5/30 (28) 69
microgestin fe 1/20 (28) 69
midodrine 4
mifepristone 77
mili 69
mimvey 71
minocycline 16
minoxidil 21
mirtazapine 58
misoprostol 31
M-M-R II (PF) 34
modafinil 58
moexipril 21
molindone 58
mometasone 26, 83, 84
MONJUVI 41
mono-linyah 69
montelukast 26
morphine 49
MORPHINE 49
morphine (pf) 49
morphine concentrate 49
MOUNJARO 80
MOVANTIK 29
moxifloxacin 15, 72
moxifloxacin-sod.chloride(iso) 15
MRESVIA (PF) 34
MULTAQ 16
mupirocin 82
mycophenolate mofetil 41
mycophenolate sodium 41
myorisan 86
MYRBETRIQ 63
nabumetone 47
nadolol 21
nafcillin 14
nafcillin in dextrose iso-osm 14
naftifine 82
NAGLAZYME 77
nalbuphine 47
naloxone 47, 48
naltrexone 48
NAMZARIC 61
naproxen 48
naproxen sodium 48
naratriptan 62
NATACYN 72
nateglinide 80
NAYZILAM 51
nebivolol 21
nefazodone 58
neomycin 13
neomycin-bacitracin-poly-hc 73
neomycin-bacitracin-polymyxin .. 72
neomycin-polymyxin b-dexameth 73
neomycin-polymyxin-gramicidin . 72
neomycin-polymyxin-hc 63, 73
NERLYNX 41
NEUPRO 46
nevirapine 8
NEXPLANON 72
niacin 17
nicardipine 21
NICOTROL 5
NICOTROL NS 5
nifedipine 21
nikki (28) 69
nilutamide 41
nimodipine 21
NINLARO 41
nitazoxanide 13
nitisinone 4
nitro-bid 18
nitrofurantoin macrocrystal 6
nitrofurantoin monohyd/m-cryst 6
nitroglycerin 18, 29
NIVESTYM 31
nizatidine 31
nora-be 71

norelgestromin-ethin.estradiol ... 72
norethindrone (contraceptive) 71
norethindrone acetate 71
norethindrone ac-eth estradiol 69, 71
norethindrone-e.estradiol-iron ... 69
norgestimate-ethinyl estradiol ... 69
nortrel 0.5/35 (28) 69
nortrel 1/35 (21) 69
nortrel 1/35 (28) 69
nortrel 7/7/7 (28) 69
nortriptyline 58
NORVIR 8
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN . 80
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 . 80
NOVOLIN N FLEXPEN 80
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN 80
NOVOLIN R FLEXPEN 80
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN 80
NUBEQA 42
NUEDEXTA 61
NULOJIX 42
NUPLAZID 58
NURTEC ODT 62
nyamyc 82
nystatin 5, 82
nystop 82
NYVEPRIA 31
OCALIVA 29
OCREVUS 61
OCTAGAM 34
octreotide acetate 42
ODEFSEY 8
ODOMZO 42
OFEV 26
ofloxacin 63, 72
OGSIVEO 42
OJEMDA 42
OJJAARA 42
olanzapine 58
olmesartan 21
olmesartan-amlodipin-hcthiazid . 21
olmesartan-hydrochlorothiazide 21
olopatadine 63
omeprazole 31
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5) 81
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) 81
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) 81
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) .. 81
OMNITROPE 31
ondansetron 29
ondansetron hcl 29
ondansetron hcl (pf) 29
ONUREG 42
OPSUMIT 26
ORGOVYX 42
ORKAMBI 26
ORSERDU 42
oseltamivir 8
OTEZLA 65
OTEZLA STARTER 65
oxacillin 15
oxaliplatin 42
oxaprozin 48
oxcarbazepine 52
OXERVATE 74
oxybutynin chloride 63
oxycodone 49
oxycodone-acetaminophen 49
OZEMPIC 80
pacerone 16
paclitaxel 42
paliperidone 58
pamidronate 77
PANRETIN 85
pantoprazole 31
PANZYGA 34
paraplatin 42
paricalcitol 77
paroxetine hcl 58
PAXLOVID 8
pazopanib 42
PEDIARIX (PF) 34
PEDVAX HIB (PF) 34
peg 3350-electrolytes 29
PEGASYS 31, 32
peg-electrolyte soln 29
PEMAZYRE 42
pemetrexed disodium 42
PEN NEEDLE, DIABETIC 81
PENBRAYA (PF) 34
penicillamine 65
PENICILLIN G POT IN DEXTROSE . 15
penicillin g potassium 15
penicillin g sodium 15
penicillin v potassium 15
PENTACEL (PF) 34
pentamidine 13
pentoxifylline 23
perindopril erbumine 21
periogard 63
permethrin 84
perphenazine 58
pfizerpen-g 15
phenelzine 58
phenobarbital 52
phenobarbital sodium 52
phenytoin 52
phenytoin sodium 52
phenytoin sodium extended 52
philith 69
PIFELTRO 8
pilocarpine hcl 4, 74
pimecrolimus 85
pimozide 58
pimtrea (28) 69
pindolol 21
pioglitazone 80
pioglitazone-glimepiride 80
pioglitazone-metformin 80
piperacillin-tazobactam 15
PIQRAY 42
pirfenidone 26, 27
piroxicam 48
pitavastatin calcium 17
PLASMA-LYTE A 88
PLENAMINE 88
PLENVU 29
podofilox 86
polymyxin b sulf-trimethoprim ... 72
POMALYST 43
portia 28 69
posaconazole 5
potassium chlorid-d5-0.45%nacl 87
potassium chloride 87
potassium chloride in 0.9%nacl .. 87
potassium chloride in 5 % dex 87
potassium chloride in water 87
potassium chloride-0.45 % nacl .. 87
potassium chloride-d5-0.2%nacl . 87

potassium chloride-d5-0.9%nacl .88
potassium citrate 64
PRALUENT PEN 17
pramipexole 46
prasugrel hcl 23
pravastatin 17
praziquantel 13
prazosin 21
prednisolone 76
prednisolone acetate 74
prednisolone sodium phosphate 74, 76
prednisone 76
prednisone intensol 76
pregabalin 52
PREMARIN 71
premasol 10 % 88
prenatal vitamin plus low iron 89
prevalite 17, 18
PREVYMIS 8
PREZCOBIX 8
PREZISTA 8
PRIFTIN 13
PRIMAQUINE 13
PRIMIDONE 52
primidone 52
PRIORIX (PF) 34
PRIVIGEN 34
probenecid 66
probenecid-colchicine 66
prochlorperazine 29
prochlorperazine edisylate 29
prochlorperazine maleate 29
procto-med hc 29
proctosol hc 29
proctozone-hc 30
progesterone 71
progesterone micronized 71
PROGRAF 43
PROLASTIN-C 4
PROLENSA 73
PROLIA 66
PROMACTA 23, 24
promethazine 24
propafenone 16
propranolol 21
propylthiouracil 75
PROQUAD (PF) 34
protriptyline 58
PULMOZYME 27
PURIXAN 43
pyrazinamide 13
pyridostigmine bromide 62
pyrimethamine 13
QINLOCK 43
QUADRACEL (PF) 34
quetiapine 59
QUETIAPINE 59
quinapril 21
quinapril-hydrochlorothiazide 21
quinidine sulfate 16
quinine sulfate 13
RABAVERT (PF) 34
rabeprazole 31
RADICAVA ORS 61
RADICAVA ORS STARTER KIT SUSP 61
RALDESY 59
raloxifene 66
ramipril 21
ranolazine 16
rasagiline 46
reclipsen (28) 69
RECOMBIVAX HB (PF) 34
RECTIV 30
REGRANEX 86
RELENZA DISKHALER 8
repaglinide 80
RETACRIT 32
RETEVMO 43
REVLIMID 43
REVUFORJ 43
REXULTI 59
REYATAZ 8
REZLIDHIA 43
REZUROCK 43
RHOPRESSA 74
ribavirin 8
rifabutin 13
rifampin 13
riluzole 4
rimantadine 8
RINVOQ 65, 66
RINVOQ LQ 65
risedronate 4, 66
RISPERDAL CONSTA 59
risperidone 59
ritonavir 8
rivaroxaban 24
rivastigmine 61
rivastigmine tartrate 61
rizatriptan 62
ROCKLATAN 74
roflumilast 27
ROMVIMZA 43
ropinirole 46
rosuvastatin 18
ROTARIX 34
ROTATEQ VACCINE 34
roweepra 52
ROZLYTREK 43
RUBRACA 43
rufinamide 52
RUKOBIA 8
RUXIENCE 43
RYBELSUS 80
RYDAPT 43
sajazir 27
SANDIMMUNE 43
SANTYL 86
sapropterin 77
SAVELLA 66
SCEMBLIX 43
scopolamine base 30
SECUADO 59
selegiline hcl 46
selenium sulfide 84
SELZENTRY 8
SEREVENT DISKUS 27
sertraline 59
setlakin 69
sharobel 71
SHINGRIX (PF) 34
SIGNIFOR 43
sildenafil 64
sildenafil (pulm.hypertension) 27
silver sulfadiazine 86
simvastatin 18
sirolimus 43
SIRTURO 13
SKYRIZI 30, 84
sodium chloride 4, 88
sodium chloride 0.45 % 88
sodium chloride 0.9 % 4

sodium chloride 3 % hypertonic .. 88
sodium chloride 5 % hypertonic .. 88
SODIUM OXYBATE 59
sodium phenylbutyrate 4
sodium polystyrene sulfonate 4
sodium,potassium,mag sulfates . 30
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR 9
solifenacin 63
SOLIQUA 100/33 81
SOLTAMOX 43
SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF) ... 76
SOMATULINE DEPOT 43
SOMAVERT 77
sorafenib 43
sotalol 16
sotalol af 16
spironolactone 22
spironolacton-hydrochlorothiaz .. 22
sprintec (28) 69
SPRITAM 52
sps (with sorbitol) 4
sronyx 69
ssd 86
STAMARIL (PF) 34
STELARA 84
STIVARGA 43
STREPTOMYCIN 13
STRIBILD 9
SUCRAID 30
sucralfate 31
sulfacetamide sodium 74
sulfacetamide sodium (acne) 82
sulfacetamide-prednisolone 74
sulfadiazine 6
sulfamethoxazole-trimethoprim ... 6
sulfasalazine 30
sulindac 48
sumatriptan 62
sumatriptan succinate 62
sunitinib malate 44
SUNLENCA 9
SUPREP BOWEL PREP KIT 30
syeda 69
SYMDEKO 27
SYMPAZAN 52
SYMTUZA 9
SYNJARDY 81
SYNJARDY XR 81
SYNTHROID 75
TABLOID 44
TABRECTA 44
tacrolimus 44, 86
tadalafil 64
tadalafil (pulm. hypertension) 27
TAFINLAR 44
TAGRISSO 44
TALVEY 44
TALZENNA 44
tamoxifen 44
tamsulosin 64
tarina 24 fe 69
tarina fe 1-20 eq (28) 69
TASIGNA 44
tazarotene 86
tazicef 10, 11
taztia xt 22
TAZVERIK 44
TECENTRIQ 44
TEFLARO 11
telmisartan 22
telmisartan-amlodipine 22
telmisartan-hydrochlorothiazid .. 22
temazepam 59
TENIVAC (PF) 34, 35
tenofovir disoproxil fumarate 9
TEPMETKO 44
terazosin 22
terbinafine hcl 5
terbutaline 27
terconazole 72
teriflunomide 61
TERIPARATIDE 67
testosterone 77
testosterone cypionate 77
testosterone enanthate 77
TETANUS,DIPHTHERIA TOX PED(PF) 35
tetrabenazine 61, 62
tetracycline 16
THALOMID 44
THEO-24 27
theophylline 27
thioridazine 59
thiothixene 59
tiadylt er 22
tiagabine 52
TIBSOVO 44
TICOVAC 35
tigecycline 13
tilia fe 70
timolol maleate 22, 73
tinidazole 13
TIVICAY 9
TIVICAY PD 9
tizanidine 62
TOBRADEX 73
tobramycin 73
tobramycin in 0.225 % nacl 13
tobramycin sulfate 13
tobramycin-dexamethasone 73
tolterodine 63
tolvaptan 77
topiramate 52
toremifene 44
torsemide 22
TRADJENTA 81
tramadol 48
tramadol-acetaminophen 48
trandolapril 22
tranexamic acid 72
tranylcypromine 59
travasol 10 % 88
travoprost 74
TRAZIMERA 44
trazodone 59
TRECATOR 13
TRELEGY ELLIPTA 27
TREMFYA 84
TREMFYA PEN 84
TREMFYA PEN INDUCTION PK-CROHN 84
treprostinil sodium 22
tretinoin 86
tretinoin (antineoplastic) 44
triamcinolone acetonide 63, 84
triamterene-hydrochlorothiazid . 22
tridacaine 86
tridacaine ii 86
triderm 84
trientine 4
tri-estarylla 70
trifluoperazine 59
trifluridine 73
trihexyphenidyl 46

TRIJARDY XR 81
TRIKAFTA 27
tri-legest fe 70
tri-linyah 70
tri-lo-estarylla 70
tri-lo-marzia 70
tri-lo-mili 70
tri-lo-sprintec 70
trimethoprim 6
trimipramine 59
TRINTELLIX 59
tri-sprintec (28) 70
TRIUMEQ 9
TRIUMEQ PD 9
trivora (28) 70
TRIZIVIR 9
TROGARZO 9
TROPHAMINE 10 % 89
trospium 64
TRULICITY 81
TRUMENBA 35
TRUQAP 44
TUKYSA 44
TURALIO 44
turqoz (28) 70
TWINRIX (PF) 35
TYPHIM VI 35
unithroid 75
ursodiol 30
valacyclovir 9
VALCHLOR 86
valganciclovir 9
valproate sodium 52
valproic acid 52
valproic acid (as sodium salt) 52
valsartan 22
valsartan-hydrochlorothiazide 22
VALTOCO 53
vancomycin 13, 14
VANCOMYCIN IN 0.9 % SODIUM CHL 13
VANFLYTA 44
VAQTA (PF) 35
vardenafil 64
varenicline tartrate 5
VARIVAX (PF) 35
VASCEPA 18
velivet triphasic regimen (28) 70
VEMLIDY 9
VENCLEXTA 44
VENCLEXTA STARTING PACK 45
venlafaxine 60
VENTOLIN HFA 27
verapamil 22
VERQUVO 16
VERSACLOZ 60
VERZENIO 45
vestura (28) 70
vienva 70
vigabatrin 53
vigadrone 53
vigpoder 53
vilazodone 60
VIMKUNYA 35
vincristine 45
vinorelbine 45
viorele (28) 70
VIRACEPT 9
VIREAD 9
VITRAKVI 45
VIVITROL 48
VIZIMPRO 45
VONJO 45
VORANIGO 45
voriconazole 5, 6
VOWST 30
VRAYLAR 60
VYNDAQEL 17
VYZULTA 74
warfarin 24
water for irrigation, sterile 4
WELIREG 45
wera (28) 70
XALKORI 45
xarah fe 70
XARELTO 24
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START 24
XATMEP 45
XCOPRI 53
XCOPRI MAINTENANCE PACK 53
XCOPRI TITRATION PACK 53
XDEMVY 74
XERMELO 45
XGEVA 35
XIFAXAN 14
XIGDUO XR 81
XOLAIR 27
XOSPATA 45
XPOVIO 45
XTANDI 45
xulane 72
XULTOPHY 100/3.6 81
YF-VAX (PF) 35
YUFLYMA(CF) 66
YUFLYMA(CF) AI CROHN'S-UC-HS 66
YUFLYMA(CF) AUTOINJECTOR 66
yuvafem 71
zafemy 72
zafirlukast 28
ZEJULA 45
ZELBORAF 45
zenatane 86
ZENPEP 30
zidovudine 9
ziprasidone hcl 60
ziprasidone mesylate 60
ZIRABEV 45
ZIRGAN 73
zoledronic acid 77
zoledronic acid-mannitol-water 4
ZOLINZA 45
zolmitriptan 62
zolpidem 60
ZONISADE 53
zonisamide 53
zovia 1-35 (28) 70
ZTALMY 53
zumandimine (28) 70
ZURZUVAE 60
ZYDELIG 46
ZYKADIA 46
ZYPREXA RELPREVV 60

“Wellcare” se ofrece mediante Coordinated Care of Washington, Inc.

Health Net Life Insurance Company tiene un contrato con Medicare para los planes PPO. “Wellcare by Health Net” corresponde a Health Net Life Insurance Company.

La red de farmacias de Wellcare incluye las farmacias preferidas de costo más bajo limitadas en áreas rurales de Nebraska. Los costos bajos anunciados en los materiales informativos de nuestro plan para estas farmacias pueden no estar disponibles en la farmacia que usa. Para obtener información actualizada sobre las farmacias de nuestra red, lo que incluye si hay farmacias preferidas de costo más bajo en su área, llame al 1-844-796-6811 (TTY: 711) para Wellcare Dual Liberty (HMO-POS D-SNP) y Wellcare Dual Access Open (PPO D-SNP) o al 1-800-977-7522 (TTY: 711) para Wellcare Giveback (HMO-POS), Wellcare Simple Open (PPO) y Wellcare Assist Open (PPO), o bien consulte el directorio de farmacias en línea en www.wellcare.com/NE.

Form Approved
OMB# 0938-1421

Multi-Language Insert
Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. Someone who speaks English/ Language can help you. This is a free service.

Spanish: Contamos con los servicios de interpretación gratuitos para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para solicitar un intérprete, llámenos al **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. Alguien que hable español puede ayudarlo. Este es un servicio gratuito.

Chinese (Mandarin): 我们提供免费的口译服务，可解答您对我们的健康或药物计划的有关疑问。如需译员，请拨打 **1-877-374-4056（TTY：711）**。您将获得中文普通话口译员的帮助。这是一项免费服务。

Chinese (Cantonese): 我們提供免費的口譯服務，可解答您對我們的健康或藥物計劃可能有的任何疑問。如需口譯員服務，請致電 **1-877-374-4056 (TTY：711)**。會説廣東話的人員可以幫助您。此為免費服務。

Tagalog: May mga libre kaming serbisyo ng interpreter para sagutin ang anumang posible ninyong tanong tungkol sa aming planong pangkalusugan o plano sa gamot. Para kumuha ng interpreter, tawagan lang kami sa **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. May makakatulong sa inyo na nagsasalita ng Tagalog. Isa itong libreng serbisyo.

French: Nous mettons à votre disposition des services d'interprétation gratuits pour répondre à toutes vos questions sur notre régime de santé ou de médicaments. Pour obtenir les services d'un interprète, appelez-nous au **1-877-374-4056 (TTY : 711)**. Un interlocuteur francophone pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào của quý vị về chương trình sức khỏe hoặc chương trình thuốc của chúng tôi. Để nhận thông dịch viên, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. Một nhân viên nói tiếng Việt có thể giúp quý vị. Dịch vụ này được miễn phí.

German: Wir bieten Ihnen einen kostenlosen Dolmetschservice, wenn Sie Fragen zu unseren Gesundheits- oder Medikamentenplänen haben. Wenn Sie einen Dolmetscher brauchen, rufen Sie uns unter folgender Telefonnummer an: **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. Ein deutschsprachiger Mitarbeiter wird Ihnen behilflich sein. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사의 건강 또는 의약품 플랜과 관련해서 물어볼 수 있는 모든 질문에 답변하기 위한 무료 통역 서비스가 있습니다. 통역사가 필요한 경우, **1-877-374-4056(TTY: 711)**번으로 당사에 연락해 주십시오. 한국어를 구사하는 통역사가 도움을 드릴 수 있습니다. 통역 서비스는 무료로 제공됩니다.

Russian: Если у вас возникли какие-либо вопросы о нашем плане медицинского страхования или плане с покрытием лекарственных препаратов, вам доступны бесплатные услуги переводчика. Если вам нужен переводчик, просто позвоните нам по номеру **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. Вам окажет помощь сотрудник, говорящий на русском языке. Данная услуга бесплатна.

Form CMS-10802
(Expires 12/31/25)
Y0020_WCM_159669M_C Internal Approval 07162024 LWc
NA5WCMINS62554M_MLWC 7/24

Form Approved
OMB# 0938-1421

Arabic: نوفّر خدمات ترجمة فورية مجانية للإجابة على أي أسئلة قد تكون لديك حول خطة الصحة أو الدواء الخاصة بنا. للحصول على مترجم فوري، ما عليك سوى الاتصال بنا على الرقم **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. يمكن أن يساعدك شخص يتحدث العربية. وتتوفر هذه الخدمة بشكل مجاني.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या ड्रग प्लान के बारे में आपके किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए, हम मुफ़्त में दुभाषिया सेवाएं देते हैं। दुभाषिया सेवा पाने के लिए, बस हमें **1-877-374-4056 (TTY: 711)** पर कॉल करें। हिंदी बोलने वाला/वाली कोई सहायक आपकी मदद कर सकता/सकती है। यह एक नि:शुल्क सेवा है।

Italian: Sono disponibili servizi di interpretariato gratuiti per rispondere a qualsiasi domanda possa avere in merito al nostro piano farmacologico o sanitario. Per usufruire di un interprete, è sufficiente contattare il **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. Qualcuno la assisterà in lingua italiana. È un servizio gratuito.

Portuguese: Temos serviços de intérprete gratuitos para responder a quaisquer dúvidas que possa ter sobre o nosso plano de saúde ou medicação. Para obter um intérprete, contacte nos através do número **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. Um falante de português poderá ajudá-lo. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn nenpòt kesyon ou ka genyen sou plan sante oswa plan medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, annik rele nou nan **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. Yon moun ki pale Kreyol Ayisyen ka ede w. Se yon sèvis ki gratis.

Polish: Oferujemy bezpłatną usługę tłumaczenia ustnego, która pomoże Państwu uzyskać odpowiedzi na ewentualne pytania dotyczące naszego planu leczenia lub planu refundacji leków. Aby skorzystać z usługi tłumaczenia ustnego, wystarczy zadzwonić pod numer **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. Zapewni to Państwu pomoc osoby mówiącej po polsku. Usługa ta jest bezpłatna.

Japanese: 弊社の健康や薬剤計画についてご質問がある場合は、無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳を利用するには、**1-877-374-4056**（**TTY：711**）にお電話ください。日本語の通訳担当者が対応します。これは無料のサービスです。

Hawaiian: Loaʻa iā mākou nā lawelawe unuhi ʻōlelo manuahi e pane i nā nīnau āu e pili ana i kā mākou papahana olakino a lāʻau paha. No ka loaʻa ʻana o ka unuhi ʻōlelo e kelepona iā mākou ma **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. Hiki i kekahi kanaka ʻōlelo Hawaiʻi ke kōkua iā ʻoe. He lawelawe manuahi kēia.

Ilocano: Adda iti libre a serbisyo ti panagpatarus mi tapno masungbatan ti anyaman a saludsod mo maipanggep iti plano ti salun-at wenno agas mi. Tapno makaala ti maysa nga agipatpatarus pakiawagan dakami laeng iti **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. Mabalin nga makatulong kenka ti maysa nga agsasao iti Ilocano. Daytoy ket libre a serbisio.

Samoan: E iai matou auaunaga faamatala upu e tali atu i soo se fesili e te ono fesili ai e uiga ia matou fuafuaga tau soifua maloloina poo fualaau. Ina ia maua se tagata faamatala upu na'o le vili mai a matou i le **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. E mafai ona fesoasoani atu ia te oe se tasi e tautala i le gagana Samoan. E leai se totogi o lenei auaunaga.

Ukrainian: Ми безкоштовно надаємо послуги перекладачів, щоб ви могли отримати відповіді на будь-які запитання щодо нашого плану медичного обслуговування чи забезпечення лікарськими засобами. Щоб отримати допомогу перекладача, просто зателефонуйте нам за номером **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. Спеціаліст, який володіє українською, допоможе вам. Ця послуга безкоштовна.

Form CMS-10802
(Expires 12/31/25)

Form Approved
OMB# 0938-1421

Lao: ພວກເຮົາມີບໍລິການຄົນພາສາຟຣີ ເພື່ອຕອບຄຳຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບແຜນສຸຂະພາບ ຫຼື ຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອຂໍຄົນແປພາສາ ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາໄດ້ທີ່ເບີ **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. ມີຄົນທີ່ເວົ້າພາສາລາວສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນບໍລິການຟຣີ.

Cambodian: យើងមានសេវាបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់ឆ្លើយរាល់សំណួរដែលអ្នកមានអំពីគម្រោងឱសថ ឬគម្រោងសុខភាពរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ គ្រាន់តែទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខ **1-877-374-4056 (TTY: 711)**។ មនុស្សម្នាក់ដែលនិយាយភាសាខ្មែរបានអាចជួយអ្នកបាន។ នេះជាសេវាកម្មឥតគិតថ្លៃ។

Hmong: Peb muaj cov kev pab cuam kws txhais lus pab dawb los teb cov nqe lus nug twg uas koj yuav muaj hais txog peb lub phiaj xwm duav roos kev noj qab haus huv thiab tshuaj. Yog xav tau ib tug kws txhais lus ces tsuas hu rau peb tau ntawm **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. Ib tug neeg twg uas hais tau lus Hmoob yuav pab tau koj. Qhov no yog kev pab cuam pab dawb xwb.

Thai: เรามีบริการล่ามแปลภาษาให้ฟรีเพื่อตอบคำถามใดๆ ที่คุณอาจมีเกี่ยวกับแผนด้านสุขภาพหรือยาของเรา หากต้องการล่ามแปลภาษา โปรดติดต่อเราที่หมายเลข **1-877-374-4056 (TTY: 711)** คนที่พูดภาษาไทยได้สามารถช่วยคุณได้ บริการนี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

Form Approved
OMB# 0938-1421

Multi-Language Insert
Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at **1-844-428-2224 (TTY: 711)**. Someone who speaks English/ Language can help you. This is a free service.

Spanish: Contamos con los servicios de interpretación gratuitos para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para solicitar un intérprete, llámenos al **1-844-428-2224 (TTY: 711)**. Alguien que hable español puede ayudarlo. Este es un servicio gratuito.

Chinese (Mandarin): 我们提供免费的口译服务，可解答您对我们的健康或药物计划的有关疑问。如需译员，请拨打 **1-844-428-2224（TTY：711）**。您将获得中文普通话口译员的帮助。这是一项免费服务。

Chinese (Cantonese): 我們提供免費的口譯服務，可解答您對我們的健康或藥物計劃可能有的任何疑問。如需口譯員服務，請致電 **1-844-428-2224 (TTY：711)**。會説廣東話的人員可以幫助您。此為免費服務。

Tagalog: May mga libre kaming serbisyo ng interpreter para sagutin ang anumang posible ninyong tanong tungkol sa aming planong pangkalusugan o plano sa gamot. Para kumuha ng interpreter, tawagan lang kami sa **1-844-428-2224 (TTY: 711)**. May makakatulong sa inyo na nagsasalita ng Tagalog. Isa itong libreng serbisyo.

French: Nous mettons à votre disposition des services d'interprétation gratuits pour répondre à toutes vos questions sur notre régime de santé ou de médicaments. Pour obtenir les services d'un interprète, appelez-nous au **1-844-428-2224 (TTY : 711)**. Un interlocuteur francophone pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào của quý vị về chương trình sức khỏe hoặc chương trình thuốc của chúng tôi. Để nhận thông dịch viên, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số **1-844-428-2224 (TTY: 711)**. Một nhân viên nói tiếng Việt có thể giúp quý vị. Dịch vụ này được miễn phí.

German: Wir bieten Ihnen einen kostenlosen Dolmetschservice, wenn Sie Fragen zu unseren Gesundheits- oder Medikamentenplänen haben. Wenn Sie einen Dolmetscher brauchen, rufen Sie uns unter folgender Telefonnummer an: **1-844-428-2224 (TTY: 711)**. Ein deutschsprachiger Mitarbeiter wird Ihnen behilflich sein. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사의 건강 또는 의약품 플랜과 관련해서 물어볼 수 있는 모든 질문에 답변하기 위한 무료 통역 서비스가 있습니다. 통역사가 필요한 경우, **1-844-428-2224(TTY: 711)**번으로 당사에 연락해 주십시오. 한국어를 구사하는 통역사가 도움을 드릴 수 있습니다. 통역 서비스는 무료로 제공됩니다.

Russian: Если у вас возникли какие-либо вопросы о нашем плане медицинского страхования или плане с покрытием лекарственных препаратов, вам доступны бесплатные услуги переводчика. Если вам нужен переводчик, просто позвоните нам по номеру **1-844-428-2224 (TTY: 711)**. Вам окажет помощь сотрудник, говорящий на русском языке. Данная услуга бесплатна.

Arabic: نوفّر خدمات ترجمة فورية مجانية للإجابة على أي أسئلة قد تكون لديك حول خطة الصحة أو الدواء الخاصة بنا. للحصول على مترجم فوري، ما عليك سوى الاتصال بنا على الرقم **1-844-428-2224 (TTY: 711)**. يمكن أن يساعدك شخص يتحدث العربية. وتتوفر هذه الخدمة بشكل مجاني.

Form CMS-10802
(Expires 12/31/25)
Y0020_WCM_159669M_C Internal Approval 07162024 LCnC
NA5WCMINS62555M_MLCN 7/24

Form Approved
OMB# 0938-1421

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या ड्रग प्लान के बारे में आपके किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए, हम मुफ़्त में दुभाषिया सेवाएं देते हैं। दुभाषिया सेवा पाने के लिए, बस हमें **1-844-428-2224 (TTY: 711)** पर कॉल करें। हिंदी बोलने वाला/वाली कोई सहायक आपकी मदद कर सकता/सकती है। यह एक निःशुल्क सेवा है।

Italian: Sono disponibili servizi di interpretariato gratuiti per rispondere a qualsiasi domanda possa avere in merito al nostro piano farmacologico o sanitario. Per usufruire di un interprete, è sufficiente contattare il **1-844-428-2224 (TTY: 711)**. Qualcuno la assisterà in lingua italiana. È un servizio gratuito.

Portuguese: Temos serviços de intérprete gratuitos para responder a quaisquer dúvidas que possa ter sobre o nosso plano de saúde ou medicação. Para obter um intérprete, contacte nos através do número **1-844-428-2224 (TTY: 711)**. Um falante de português poderá ajudá-lo. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn nenpòt kesyon ou ka genyen sou plan sante oswa plan medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, annik rele nou nan **1-844-428-2224 (TTY: 711)**. Yon moun ki pale Kreyol Ayisyen ka ede w. Se yon sèvis ki gratis.

Polish: Oferujemy bezpłatną usługę tłumaczenia ustnego, która pomoże Państwu uzyskać odpowiedzi na ewentualne pytania dotyczące naszego planu leczenia lub planu refundacji leków. Aby skorzystać z usługi tłumaczenia ustnego, wystarczy zadzwonić pod numer **1-844-428-2224 (TTY: 711)**. Zapewni to Państwu pomoc osoby mówiącej po polsku. Usługa ta jest bezpłatna.

Japanese: 弊社の健康や薬剤計画についてご質問がある場合は、無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳を利用するには、**1-844-428-2224**（**TTY：711**）にお電話ください。日本語の通訳担当者が対応します。これは無料のサービスです。

Bengali: আমাদের স্বাস্থ্য বা ড্রাগ বিষয়ক পরিকল্পনা সম্পর্কে আপনার সম্ভাব্য যে কোন প্রশ্নের উত্তর দেওয়ার জন্য আমাদের কাছে বিনামূল্যে ইন্টারপ্রেটার পরিষেবা রয়েছে। একজন ইন্টারপ্রেটার পেতে, খালি আমাদের **1-844-428-2224 (TTY: 711)** নম্বরে কল করুন। বাংলা বলতে পারে এমন কেউ আপনাকে সাহায্য করতে পারে। এই পরিষেবাটির জন্য কোনও খরচ নেই।

Nepali: हाम्रा स्वास्थ्य वा औषधिसम्बन्धी प्लानहरूको सम्बन्धमा तपाईंसँग हुन सक्ने जुनसुकै प्रश्नको जवाफ दिन हामीसँग निःशुल्क दोभासे सेवाहरू छन्। कुनै दोभासेको सेवा प्राप्त गर्न तपाईंले **1-844-428-2224 (TTY: 711)** मा हामीलाई कल मात्र गरे पुग्छ। नेपाली भाषा बोल्ने कुनै व्यक्तिले तपाईंलाई मद्दत गर्नुहुने छ। यो एक निःशुल्क सेवा हो।

Swahili: Tuna huduma za mkalimani zisizolipiwa wa kujibu maswali yoyote ambayo unaweza kuwa nayo kuhusu mpango wetu wa afya au dawa. Ili kupata mkalimani, tupigie tu simu kupitia **1-844-428-2224 (TTY: 711)**. Mtu anayezungumza Kiswahili anaweza kukusaidia. Huduma hii ni ya bila malipo.

Tamil: எங்கள் உடல்நலம் அல்லது மருந்துத் திட்டம் பற்றி உங்களுக்கு ஏதேனும் கேள்விகள் இருந்தால் பதிலளிப்பதற்காக இலவச மொழிபெயர்ப்பாளர் சேவைகளை வழங்குகிறோம். ஒரு மொழிபெயர்ப்பாளரை அணுக, **1-844-428-2224 (TTY: 711)** என்ற எண்ணில் எங்களை அழைக்கவும். தமிழ் பேசத் தெரிந்த ஒருவர் உங்களுக்கு உதவுவார். இது ஒரு இலவச சேவையாகும்.

Form Approved
OMB# 0938-1421

Multi-Language Insert
Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at **1-800-247-1447 (TTY: 711)**. Someone who speaks English/ Language can help you. This is a free service.

Spanish: Contamos con los servicios de interpretación gratuitos para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para solicitar un intérprete, llámenos al **1-800-247-1447 (TTY: 711)**. Alguien que hable español puede ayudarlo. Este es un servicio gratuito.

Chinese (Mandarin): 我们提供免费的口译服务，可解答您对我们的健康或药物计划的有关疑问。如需译员，请拨打 **1-800-247-1447（TTY：711）**。您将获得中文普通话口译员的帮助。这是一项免费服务。

Chinese (Cantonese): 我們提供免費的口譯服務，可解答您對我們的健康或藥物計劃可能有的任何疑問。如需口譯員服務，請致電 **1-800-247-1447 (TTY：711)**。會説廣東話的人員可以幫助您。此為免費服務。

Tagalog: May mga libre kaming serbisyo ng interpreter para sagutin ang anumang posible ninyong tanong tungkol sa aming planong pangkalusugan o plano sa gamot. Para kumuha ng interpreter, tawagan lang kami sa **1-800-247-1447 (TTY: 711)**. May makakatulong sa inyo na nagsasalita ng Tagalog. Isa itong libreng serbisyo.

French: Nous mettons à votre disposition des services d'interprétation gratuits pour répondre à toutes vos questions sur notre régime de santé ou de médicaments. Pour obtenir les services d'un interprète, appelez-nous au **1-800-247-1447 (TTY : 711)**. Un interlocuteur francophone pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào của quý vị về chương trình sức khỏe hoặc chương trình thuốc của chúng tôi. Để nhận thông dịch viên, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số **1-800-247-1447 (TTY: 711)**. Một nhân viên nói tiếng Việt có thể giúp quý vị. Dịch vụ này được miễn phí.

German: Wir bieten Ihnen einen kostenlosen Dolmetschservice, wenn Sie Fragen zu unseren Gesundheits- oder Medikamentenplänen haben. Wenn Sie einen Dolmetscher brauchen, rufen Sie uns unter folgender Telefonnummer an: **1-800-247-1447 (TTY: 711)**. Ein deutschsprachiger Mitarbeiter wird Ihnen behilflich sein. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사의 건강 또는 의약품 플랜과 관련해서 물어볼 수 있는 모든 질문에 답변하기 위한 무료 통역 서비스가 있습니다. 통역사가 필요한 경우, **1-800-247-1447(TTY: 711)**번으로 당사에 연락해 주십시오. 한국어를 구사하는 통역사가 도움을 드릴 수 있습니다. 통역 서비스는 무료로 제공됩니다.

Russian: Если у вас возникли какие-либо вопросы о нашем плане медицинского страхования или плане с покрытием лекарственных препаратов, вам доступны бесплатные услуги переводчика. Если вам нужен переводчик, просто позвоните нам по номеру **1-800-247-1447 (TTY: 711)**. Вам окажет помощь сотрудник, говорящий на русском языке. Данная услуга бесплатна.

Arabic: نوفّر خدمات ترجمة فورية مجانية للإجابة على أي أسئلة قد تكون لديك حول خطة الصحة أو الدواء الخاصة بنا. للحصول على مترجم فوري، ما عليك سوى الاتصال بنا على الرقم **1-800-247-1447 (TTY: 711)**. يمكن أن يساعدك شخص يتحدث العربية. وتتوفر هذه الخدمة بشكل مجاني.

Form CMS-10802
(Expires 12/31/25)
H5599_WCM_159669M_C Internal Approval 07162024 NY FC
NA5WCMINS67089M_MNYF 8/24

Form Approved
OMB# 0938-1421

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या ड्रग प्लान के बारे में आपके किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए, हम मुफ़्त में दुभाषिया सेवाएं देते हैं। दुभाषिया सेवा पाने के लिए, बस हमें **1-800-247-1447 (TTY: 711)** पर कॉल करें। हिंदी बोलने वाला/वाली कोई सहायक आपकी मदद कर सकता/सकती है। यह एक नि:शुल्क सेवा है।

Italian: Sono disponibili servizi di interpretariato gratuiti per rispondere a qualsiasi domanda possa avere in merito al nostro piano farmacologico o sanitario. Per usufruire di un interprete, è sufficiente contattare il **1-800-247-1447 (TTY: 711)**. Qualcuno la assisterà in lingua italiana. È un servizio gratuito.

Portuguese: Temos serviços de intérprete gratuitos para responder a quaisquer dúvidas que possa ter sobre o nosso plano de saúde ou medicação. Para obter um intérprete, contacte nos através do número **1-800-247-1447 (TTY: 711)**. Um falante de português poderá ajudá-lo. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn nenpòt kesyon ou ka genyen sou plan sante oswa plan medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, annik rele nou nan **1-800-247-1447 (TTY: 711)**. Yon moun ki pale Kreyol Ayisyen ka ede w. Se yon sèvis ki gratis.

Polish: Oferujemy bezpłatną usługę tłumaczenia ustnego, która pomoże Państwu uzyskać odpowiedzi na ewentualne pytania dotyczące naszego planu leczenia lub planu refundacji leków. Aby skorzystać z usługi tłumaczenia ustnego, wystarczy zadzwonić pod numer **1-800-247-1447 (TTY: 711)**. Zapewni to Państwu pomoc osoby mówiącej po polsku. Usługa ta jest bezpłatna.

Japanese: 弊社の健康や薬剤計画についてご質問がある場合は、無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳を利用するには、**1-800-247-1447**（**TTY：711**）にお電話ください。日本語の通訳担当者が対応します。これは無料のサービスです。

Albanian: Ne ofrojmë shërbime interpretimi pa pagesë për t'u përgjigjur për çdo pyetje që mund të keni lidhur me planin tonë shëndetësor ose të barnave. Për t'u lidhur me një interpret, na telefononi në numrin **1-800-247-1447 (TTY: 711)**. Një person që flet shqip mund t'ju ndihmojë. Ky shërbim është pa pagesë.

Urdu: ہمارے صحت یا منشیات کے منصوبے کے متعلق آپ کے سوالات کا جواب دینے کے لیے ہمارے پاس مفت انٹرپریٹر سروسز ہیں۔ انٹر پریٹر حاصل کرنے کے لیے، بس ہمیں اس نمبر پر کال کریں **1-800-247-1447 (TTY: 711)**. اردو زبان بولنے والا کوئی شخص آپ کی مدد کر سکتا ہے۔ یہ ایک مفت سروس ہے۔

Benga: Tina zéma za mbumba za mbósi zi kuala ebi búló ekoté ya anyi mbi ya mbúno ya wumbúlu o ya vóta. Ku kuala mbumba, betha ne ka naamba ya **1-800-247-1447 (TTY: 711)**. Muntu oozáni Benga onibisa. Iyi ni zéma ya mbósi.

Greek: Διαθέτουμε δωρεάν υπηρεσία διερμηνείας για να απαντήσουμε σε τυχόν ερωτήσεις μπορεί να έχετε σχετικά με το πλάνο ιατρικής ή φαρμακευτικής περίθαλψης. Για να επικοινωνήσετε με διερμηνέα, απλώς καλέστε μας στο **1-800-247-1447 (TTY: 711)**. Κάποιος που μιλάει ελληνικά μπορεί να σας βοηθήσει. Αυτή είναι μια δωρεάν υπηρεσία.

Yiddish: מיר האבן אומזיסטע איבערטייטשונג סערוויסעס צו ענטפערן סיי וועלכע פראגן איר קענט האבן וועגן אייער געזונט אדער מעדיצין פלאן. צו באקומען אן איבערטייטשער, דארפט איר אונדז בלויז רופן אויף **1-800-247-1447 (TTY: 711)**. איינער וואס רעדט יידיש קען אייך העלפן. די סערוויס איז אומזיסט.

Bengali: আমাদের স্বাস্থ্য বা ড্রাগ বিষয়ক পরিকল্পনা সম্পর্কে আপনার সম্ভাব্য যে কোন প্রশ্নের উত্তর দেওয়ার জন্য আমাদের কাছে বিনামূল্যে ইন্টারপ্রেটার পরিষেবা রয়েছে। একজন ইন্টারপ্রেটার পেতে, খালি আমাদের **1-800-247-1447 (TTY: 711)** নম্বরে কল করুন। বাংলা বলতে পারে এমন কেউ আপনাকে সাহায্য করতে পারে। এই পরিষেবাটির জন্য কোনও খরচ নেই।

Form CMS-10802
(Expires 12/31/25)

ATTENTION: If you need help in your language, call 1-877-374-4056 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-877-374-4056 (TTY: 711). These services are free.

انتباه: إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بلغتك، فاتصل على 1-877-374-4056 (TTY: 711). تتوفر أيضًا مساعدات وخدمات للأشخاص ذوي الإعاقات مثل المستندات بطريقة برايل وبطباعة كبيرة. اتصل على 1-877-374-4056 (TTY: 711). هذه الخدمات مجانية.

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե ցանկանում եք օգնություն ստանալ ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-877-374-4056 (TTY՝ 711): Հասանելի են նաև հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար նախատեսված օժանդակ միջոցներ և ծառայություններ, օրինակ՝ բրայլյան գրատեսակով և խոշոր տառաչափով փաստաթղթեր: Զանգահարեք 1-877-374-4056 (TTY՝ 711): Այս ծառայություններն անվճար են:

注意：如果您需要以您的语言提供的帮助，请致电 1-877-374-4056（TTY：711）。此外，还为残疾人提供辅助和相关服务，如盲文文件和大字体文件。请致电 1-877-374-4056（TTY：711）。这些服务均免费提供。

注意：如果您需要以您母語提供的協助，請致電 1-877-374-4056 (TTY：711)。我們也為殘疾人士提供輔助和服務，例如點字和大字體印刷的文件。請致電 1-877-374-4056 (TTY：711)。這些服務均為免費。

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ 1-877-374-4056 (TTY: 711) **'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਬਰੇਲ ਲਿਪੀ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਵਰਗੀਆਂ ਅਸਮਰੱਥਾ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ।** 1-877-374-4056 (TTY: 711) **'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਮੁਫ਼ਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਨ।**

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है, तो 1-877-374-4056 (TTY: 711) पर कॉल करें. विकलांग लोगों के लिए ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज जैसी सहायताएं और सेवाएं भी उपलब्ध हैं. 1-877-374-4056 (TTY: 711) पर कॉल करें. ये सेवाएं निःशुल्क हैं.

H5087_WCM_162600M_C Internal Approved 07262024
NA5WCMINS62600M_WNOA 07/24

THOV MUAB SIAB RAU: Yog tias koj xav tau kev pab ua koj hom lus, ces hu rau 1-877-374-4056 (TTY: 711). Tsis tas i ntawd, peb tseem muaj cov neeg pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg uas muaj cov kev xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntawv ua ntawv su rau neeg dig muag thiab ntawv luam loj. Hu rau 1-877-374-4056 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no pab dawb xwb.

注意：言語のヘルプが必要な場合は 1-877-374-4056（TTY：711）までお電話ください。障害をお持ちの方には、点字や大判プリントなどの補助機能やサービスもご利用になれます。1-877-374-4056（TTY：711）にお電話ください。これらのサービスは無料です。

주의: 귀하의 구사 언어로 도움을 받으셔야 한다면 1-877-374-4056(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오. 점자 및 큰 활자 인쇄 형식으로 된 문서 등 장애인을 위한 도움 및 서비스도 제공됩니다. 1-877-374-4056(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오. 이러한 서비스는 무료입니다.

ຂໍ້ຄວນເອົາใจใส่: ຫາກທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາ 1-877-374-4056 (TTY: 711). ນອກຈາກນີ້ ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອສຳລັບຜູ້ພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານເປັນອັກສອນນູນ ແລະ ຕົວພິມໃຫຍ່ອີກດ້ວຍ. ໃຫ້ໂທຫາ 1-877-374-4056 (TTY: 711). ບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຟຣີ.

LIOUH EIX: Oix se nongc zuqc meih nyei wac jouh mienh bong zouc, cingv mboqv 1-877-374-4056 (TTY: 711). Hac haih weic waic fangx mienh zoux sic taengx qaqv, hnangv mangh wenh souh nzangc caux domh nzangc yenx benx nyei souh nzangc. Mboqv 1-877-374-4056 (TTY: 711). Naiv deix bong taengx meih se mv siou zinh.

ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-374-4056 (TTY: 711) ជំនួយនិងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរស្នាបសម្រាប់ជនពិការភ្នែក និងពុម្ពអក្សរធំ ក៏មានផងដែរ។ សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-374-4056 (TTY: 711)។ សេវាទាំងនេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

توجه: اگر به زبان خودتان نیاز به کمک دارید با شماره 1-877-374-4056 (TTY: 711) تماس بگیرید. پشتیبانی و خدمات برای افراد دارای معلولیت، مانند اسناد با خط بریل و چاپ درشت، نیز موجود است. با شماره 1-877-374-4056 (TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان است.

ВНИМАНИЕ: если вам требуется помощь на родном языке, позвоните по номеру 1-877-374-4056 (TTY: 711). Также доступны сопутствующая помощь и услуги для людей с ограниченными возможностями, такие как материалы, напечатанные крупным шрифтом и шрифтом Брайля. Позвоните по номеру 1-877-374-4056 (TTY: 711). Эти услуги предоставляются бесплатно.

ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma llame al 1-877-374-4056 (TTY: 711). También están disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidades, como documentos en Braille y letra grande. Llame al 1-877-374-4056 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

ATENSYON: Kung kailangan ninyo ng tulong sa inyong wika, tumawag sa 1-877-374-4056 (TTY: 711). Available din ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, gaya ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-877-374-4056 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyong ito.

โปรดทราบ: **หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ โปรดโทร** 1-877-374-4056 (TTY: 711) **นอกจากนี้ ยังมีความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้พิการ เช่น เอกสารทีเป็นอักษรเบรลล์และเอกสารทีใช้ตัวอักษรขนาดใหญ่ โปรดโทร** 1-877-374-4056 (TTY: 711) **บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย**

УВАГА! Якщо ви потребуєте підтримки своєю мовою, телефонуйте за номером 1-877-374-4056 (TTY: 711). Також доступні засоби та послуги для людей з обмеженими можливостями, як-от документи шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте за номером 1-877-374-4056 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của quý vị, hãy gọi số 1-877-374-4056 (TTY: 711). Các hỗ trợ và dịch vụ dành cho người khuyết tật, chẳng hạn như tài liệu bằng chữ nổi và bản in cỡ chữ lớn cũng được cung cấp. Gọi số 1-877-374-4056 (TTY: 711). Các dịch vụ này miễn phí.

ATTENTION: If you need help in your language, call 1-844-428-2224 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-844-428-2224 (TTY: 711). These services are free.

انتباه: إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بلغتك، فاتصل على 1-844-428-2224 (TTY: 711). تتوفر أيضًا مساعدات وخدمات للأشخاص ذوي الإعاقات مثل المستندات بطريقة برايل وبطباعة كبيرة. اتصل على 1-844-428-2224 (TTY: 711). هذه الخدمات مجانية.

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե ցանկանում եք օգնություն ստանալ ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-844-428-2224 (TTY՝ 711): Հասանելի են նաև հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար նախատեսված օժանդակ միջոցներ և ծառայություններ, օրինակ՝ բրայլյան գրատեսակով և խոշոր տառաչափով փաստաթղթեր: Զանգահարեք 1-844-428-2224 (TTY՝ 711): Այս ծառայություններն անվճար են:

注意：如果您需要以您的语言提供的帮助，请致电 1-844-428-2224（TTY：711）。此外，还为残疾人提供辅助和相关服务，如盲文文件和大字体文件。请致电 1-844-428-2224（TTY：711）。这些服务均免费提供。

注意：如果您需要以您母語提供的協助，請致電 1-844-428-2224 (TTY：711)。我們也為殘疾人士提供輔助和服務，例如點字和大字體印刷的文件。請致電 1-844-428-2224 (TTY：711)。這些服務均為免費。

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ 1-844-428-2224 (TTY: 711) **'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਬਰੇਲ ਲਿਪੀ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਵਰਗੀਆਂ ਅਸਮਰੱਥਾ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ।** 1-844-428-2224 (TTY: 711) **'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਮੁਫ਼ਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਨ।**

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है, तो 1-844-428-2224 (TTY: 711) पर कॉल करें. विकलांग लोगों के लिए ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज जैसी सहायताएं और सेवाएं भी उपलब्ध हैं. 1-844-428-2224 (TTY: 711) पर कॉल करें. ये सेवाएं निःशुल्क हैं.

THOV MUAB SIAB RAU: Yog tias koj xav tau kev pab ua koj hom lus, ces hu rau 1-844-428-2224 (TTY: 711). Tsis tas i ntawd, peb tseem muaj cov neeg pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg uas muaj cov kev xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntawv ua ntawv su rau neeg dig muag thiab ntawv luam loj. Hu rau 1-844-428-2224 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no pab dawb xwb.

注意：言語のヘルプが必要な場合は 1-844-428-2224（TTY：711）までお電話ください。障害をお持ちの方には、点字や大判プリントなどの補助機能やサービスもご利用になれます。1-844-428-2224（TTY：711）にお電話ください。これらのサービスは無料です。

주의: 귀하의 구사 언어로 도움을 받으셔야 한다면 1-844-428-2224(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오. 점자 및 큰 활자 인쇄 형식으로 된 문서 등 장애인을 위한 도움 및 서비스도 제공됩니다. 1-844-428-2224(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오. 이러한 서비스는 무료입니다.

ຂໍ້ຄວນເອົາໃຈໃສ່: ຫາກທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາ 1-844-428-2224 (TTY: 711). ນອກຈາກນີ້ ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອສຳລັບຜູ້ພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານເປັນອັກສອນນູນ ແລະ ຕົວພິມໃຫຍ່ອີກດ້ວຍ. ໃຫ້ໂທຫາ 1-844-428-2224 (TTY: 711). ບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຟຣີ.

LIOUH EIX: Oix se nongc zuqc meih nyei wac jouh mienh bong zouc, cingv mboqv 1-844-428-2224 (TTY: 711). Hac haih weic waic fangx mienh zoux sic taengx qaqv, hnangv mangh wenh souh nzangc caux domh nzangc yenx benx nyei souh nzangc. Mboqv 1-844-428-2224 (TTY: 711). Naiv deix bong taengx meih se mv siou zinh.

ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-844-428-2224 (TTY: 711) ជំនួយនិងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរស្នាបសម្រាប់ជនពិការភ្នែក និងពុម្ពអក្សរធំ ក៏មានផងដែរ។ សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-844-428-2224 (TTY: 711)។ សេវាទាំងនេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

توجه: اگر به زبان خودتان نیاز به کمک دارید با شماره 1-844-428-2224 (TTY: 711) تماس بگیرید. پشتیبانی و خدمات برای افراد دارای معلولیت، مانند اسناد با خط بریل و چاپ درشت، نیز موجود است. با شماره 1-844-428-2224 (TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان است.

ВНИМАНИЕ: если вам требуется помощь на родном языке, позвоните по номеру 1-844-428-2224 (TTY: 711). Также доступны сопутствующая помощь и услуги для людей с ограниченными возможностями, такие как материалы, напечатанные крупным шрифтом и шрифтом Брайля. Позвоните по номеру 1-844-428-2224 (TTY: 711). Эти услуги предоставляются бесплатно.

ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma llame al 1-844-428-2224 (TTY: 711). También están disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidades, como documentos en Braille y letra grande. Llame al 1-844-428-2224 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

ATENSYON: Kung kailangan ninyo ng tulong sa inyong wika, tumawag sa 1-844-428-2224 (TTY: 711). Available din ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, gaya ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-844-428-2224 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyong ito.

โปรดทราบ: **หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ โปรดโทร** 1-844-428-2224 (TTY: 711) **นอกจากนี ยังมีความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้พิการ เช่น เอกสารทีเป็นอักษรเบรลล์และเอกสารทีใช้ตัวอักษรขนาดใหญ่ โปรดโทร** 1-844-428-2224 (TTY: 711) **บริการเหล่านีไม่มีค่าใช้จ่าย**

УВАГА! Якщо ви потребуєте підтримки своєю мовою, телефонуйте за номером 1-844-428-2224 (TTY: 711). Також доступні засоби та послуги для людей з обмеженими можливостями, як-от документи шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте за номером 1-844-428-2224 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của quý vị, hãy gọi số 1-844-428-2224 (TTY: 711). Các hỗ trợ và dịch vụ dành cho người khuyết tật, chẳng hạn như tài liệu bằng chữ nổi và bản in cỡ chữ lớn cũng được cung cấp. Gọi số 1-844-428-2224 (TTY: 711). Các dịch vụ này miễn phí.

Arkansas

Wellcare Simple Open (PPO),
Wellcare Simple Preferred (HMO-POS)
1-833-444-9088 (TTY: 711)
wellcare.com/medicare
Wellcare Simple (HMO-POS)
1-800-977-7522 (TTY: 711)
wellcare.com/allwellAR

California

Wellcare Simple (HMO)
1-866-999-3945 (TTY: 711)
wellcare.com/medicare
Wellcare Low Premium (HMO),
Wellcare Premium Ultra (HMO),
Wellcare Simple Focus (HMO)
1-800-275-4737 (TTY: 711)
wellcare.com/healthnetCA

Connecticut

HMO-POS, PPO
1-833-444-9088 (TTY: 711)
wellcare.com/medicare

Delaware

HMO-POS
1-800-977-7522 (TTY: 711)
wellcare.com/DE

Georgia

HMO-POS
1-866-892-8340 (TTY: 711)
wellcare.com/medicare

Illinois

Wellcare Simple Open (PPO),
Wellcare Simple Value (HMO-POS)
1-833-444-9088 (TTY: 711)
wellcare.com/medicare
Wellcare Simple Essential (HMO),
Wellcare Simple Essential Value (HMO)
1-866-892-8340 (TTY: 711)
wellcare.com/medicare

Iowa

HMO-POS
1-833-444-9088 (TTY: 711)
wellcare.com/medicare

Indiana

Wellcare Simple (HMO),
Wellcare Simple Open (PPO),
Wellcare Giveback Open (PPO),
Wellcare Premium Enhanced Open (PPO)
1-800-977-7522 (TTY: 711)
wellcare.com/allwellIN
Wellcare Complete Simple (HMO)
Wellcare Complete Simple Open (PPO)
1-800-977-7522 (TTY: 711)
wellcarecomplete.com

Kansas

Wellcare Simple (HMO-POS),
Wellcare Simple Open (PPO)
1-800-977-7522 (TTY: 711)
wellcare.com/allwellKS
Wellcare Complete Simple (HMO-POS),
Wellcare Complete Simple Open (PPO)
1-800-977-7522 (TTY: 711)
wellcarecomplete.com

Kentucky
HMO-POS, PPO
1-833-444-9088 (TTY: 711)
wellcare.com/medicare

Louisiana
HMO-POS, PPO
1-833-444-9088 (TTY: 711)
wellcare.com/medicare

Maine
HMO-POS
1-833-444-9088 (TTY: 711)
wellcare.com/medicare

Michigan
HMO-POS, PPO
1-866-892-8340 (TTY: 711)
wellcare.com/medicare

Mississippi
HMO-POS, PPO
1-833-444-9088 (TTY: 711)
wellcare.com/medicare

Missouri
HMO-POS
1-800-977-7522 (TTY: 711)
wellcare.com/allwellMO

Nebraska
HMO-POS, PPO
1-800-977-7522 (TTY: 711)
wellcare.com/NE

New Jersey
HMO-POS
1-833-444-9088 (TTY: 711)
wellcare.com/medicare

New York
Wellcare Premium Enhanced (PFFS),
Wellcare Premium Ultra (PFFS),
Wellcare Premium Ultra Open (PPO),
Wellcare Simple (HMO-POS),
Wellcare Simple Open (PPO)
1-833-444-9088 (TTY: 711)
wellcare.com/medicare
Wellcare Fidelis Simple (HMO-POS)
1-800-247-1447 (TTY: 711)
wellcare.com/fidelisNY

North Carolina
HMO-POS, PPO
1-833-444-9088 (TTY: 711)
wellcare.com/medicare

Ohio
PPO
1-800-977-7522 (TTY: 711)
wellcare.com/allwellOH

Oklahoma

HMO-POS, PPO

1-800-977-7522 (TTY: 711)

wellcare.com/OK

Oregon

HMO-POS, PPO

1-844-582-5177 (TTY: 711)

wellcare.com/healthnetOR

Pennsylvania

HMO, PPO

1-800-977-7522 (TTY: 711)

wellcare.com/allwellPA

South Carolina

HMO-POS, PPO

1-866-892-8340 (TTY: 711)

wellcare.com/medicare

Tennessee

HMO-POS

1-833-444-9088 (TTY: 711)

wellcare.com/medicare

Texas

Wellcare Simple (HMO) H0174015000,
Wellcare Simple (HMO) H0174016000,
Wellcare Simple Open (PPO),
Wellcare Simple Rx Plus Open (PPO),
Wellcare Simple Value (HMO-POS),
Wellcare TexanPlus Classic Simple (HMO-POS),
Wellcare TexanPlus Simple (HMO-POS)

1-833-444-9088 (TTY: 711)

wellcare.com/medicare

Wellcare Simple (HMO) H5294011000,
Wellcare Simple (HMO) H5294017000,
Wellcare Simple (HMO) H5294018000,
Wellcare Simple (HMO) H5294020000

1-800-977-7522 (TTY: 711)

wellcare.com/allwellTX

Washington

Wellcare Giveback (HMO-POS),
Wellcare Simple (HMO-POS)

1-833-444-9088 (TTY: 711)

wellcare.com/medicare

Wellcare Low Premium Open (PPO)

1-844-582-5177 (TTY: 711)

wellcare.com/healthnetOR

Esta lista de medicamentos se actualizó el 07/01/2025.

Para obtener información más reciente o realizar otras preguntas, contacte a Servicios para Miembros de Wellcare al número de teléfono o en el sitio web de su plan que aparece en la portada y contraportada interior de esta lista de medicamentos, entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.