

2017

Lista de medicamentos cubiertos (Vademécum)



Plan RiverSpring FIDA

(Plan Medicare-Medicaid)

**Para comunicarse con Servicios al Participante, llame al 1-800-950-9000 (TTY 711).
Atendemos su llamada de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este, los 7 días de la semana.**

POR FAVOR, LEA: Este documento contiene información sobre los medicamentos que cubrimos en este plan.

No hemos realizado cambios a este vademécum integral desde el 24 de octubre del 2017. Identificación de envío del archivo del vademécum aprobado por HPMS 00017343, versión número 19. Vigente desde el 24 de octubre del 2017.

Plan RiverSpring FIDA | Lista de medicamentos cubiertos (Vademécum) del 2017

Esta es una lista de medicamentos que los participantes pueden obtener del plan RiverSpring FIDA.

- ❖ El plan RiverSpring FIDA es un plan de cuidados administrados con un contrato tanto con Medicare como con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York (Medicaid) para brindar los beneficios de ambos programas a los participantes a través de la Demostración de Ventaja Doble Completamente Integrada (Fully, Integrated Duals Advantage, FIDA).
- ❖ La lista de medicamentos cubiertos y/o las redes de farmacias y proveedores puede cambiar a lo largo del año. Le enviaremos una notificación antes de hacer un cambio que pueda afectarle.
- ❖ Los beneficios pueden cambiar el 1 de enero de cada año.
- ❖ Usted siempre puede revisar la lista actualizada de medicamentos cubiertos del plan RiverSpring FIDA en línea en RiverSpringFIDA.org o puede llamar a Servicios al Participante del plan RiverSpring FIDA al 1-800-950-9000.
- ❖ Puede haber limitaciones y restricciones. Para obtener más información, llame al número de Servicios al Participante del Plan RiverSpring FIDA o lea el manual del participante del Plan RiverSpring FIDA. Esto significa que debe regirse por ciertas reglas para que el plan RiverSpring FIDA pague por sus servicios.
- ❖ No hay copagos para ningún medicamento cubierto.
- ❖ Puede obtener esta información de manera gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame al 1-800-950-9000 (TTY 711) de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
- ❖ Si usted necesita alguno de los materiales del Plan, en este momento o en el futuro, en el idioma de su preferencia o formato alternativo, llame a Servicios al Participante al número 1-800-950-9000 (TTY 711) y con gusto le ayudaremos.
- ❖ El Estado de Nueva York ha creado un programa de ombudsman del participante llamado Red Independiente de Defensa del Consumidor (ICAN) para proporcionar a los participantes asistencia gratuita y confidencial sobre cualquier servicio ofrecido por el plan RiverSpring FIDA. Puede comunicarse con la ICAN al llamar gratis al 1-844-614-8800 o en línea en icannys.org. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711 y seguir las indicaciones para marcar 844-614-8800).

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpring FIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite RiverSpringFIDA.org



Preguntas frecuentes (Frequently Asked Questions, FAQ)

Encuentre aquí las respuestas a sus preguntas sobre la Lista de medicamentos cubiertos. Puede leer todas las preguntas frecuentes para obtener más información del plan o puede buscar una pregunta y respuesta específica.

1. ¿Qué medicamentos de prescripción están en la Lista de Medicamentos Cubiertos? (La denominamos “Lista de Medicamentos” para abreviar).

Los medicamentos que aparecen en la Lista de Medicamentos cubiertos que comienza en la página 1 son medicamentos cubiertos por el plan RiverSpring FIDA. Estos medicamentos están disponibles en las farmacias dentro de nuestra red. Una farmacia es parte de nuestra red si tiene un acuerdo para trabajar con nosotros y proporcionarle servicios a usted. Nos referimos a estas farmacias como “farmacias de la red”.

→ El plan RiverSpring FIDA cubrirá todos los medicamentos de la Lista de Medicamentos si:

- su médico u otra persona que le prescribe el medicamento indica que usted necesita los medicamentos para mejorar su salud o mantenerse saludable,
- el medicamento es necesario en términos médicos para su enfermedad **y**
- surte su prescripción en una farmacia de la red del plan RiverSpring FIDA.

→ El Plan RiverSpring FIDA podría tener pasos adicionales para tener acceso a ciertos medicamentos (ver pregunta #5 más abajo). En algunos casos, es posible que deba hacer algo antes de poder recibir su medicamento, como probar otros primero.

También puede revisar la lista actualizada de medicamentos cubiertos en nuestra sitio web RiverSpringFIDA.org o llamar a Servicios al Participante al 1-800-950-9000.

2. ¿Puede la Lista de Medicamentos cambiar en algún momento?

Si. El plan RiverSpring FIDA puede agregar o quitar medicamentos de la Lista de Medicamentos durante el año. Por lo general, la Lista de Medicamentos solo cambia si:

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpring FIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite RiverSpringFIDA.org



- aparece un nuevo medicamento que funciona tan bien como un medicamento incluido en la Lista de Medicamentos actual
- descubrimos que un medicamento no es seguro.

También podemos cambiar nuestras normas sobre los medicamentos. Por ejemplo, podemos:

- Decidir si es necesario o no que obtenga una aprobación previa para poder adquirir un medicamento. (La *aprobación previa* es el permiso del plan RiverSpring FIDA o de su equipo interdisciplinario (Interdisciplinary Team, IDT) antes de que pueda obtener un medicamento).
- Agregar o cambiar la cantidad de un medicamento que puede recibir (denominado “límites de cantidad”).
- Agregar o cambiar las restricciones de un medicamento en la terapia por pasos. (La *terapia por pasos* significa que debe probar un medicamento antes de que cubramos otro).

(Consulte la página V para obtener más información sobre las normas para estos medicamentos).

Le informaremos cuando sea retirado algún medicamento de los que está tomando de la Lista de Medicamentos. También le informaremos cuando cambiemos la normativa de cobertura de un medicamento. Las preguntas 3, 4 y 7 tienen más información sobre lo que sucede cuando hay modificaciones en la Lista de Medicamentos.

→ Usted siempre puede revisar la lista actualizada de medicamentos cubiertos del plan RiverSpring FIDA en línea en RiverSpringFIDA.org.

También puede comunicarse con Servicios al Participante al número 1-800-950-9000 para revisar la Lista de Medicamentos actual.

3. ¿Qué sucede cuando aparece un medicamento más económico que funciona tan bien como un medicamento incluido en la Lista de Medicamentos?

Si aparece un medicamento más económico que funciona tan bien como un medicamento actual de la Lista de Medicamentos:

- Su farmacéutico puede darle el medicamento más económico la próxima vez que usted surta su prescripción. Si usted y su proveedor deciden que el medicamento más económico no es conveniente para usted, su proveedor puede informar al farmacéutico que debe seguir proporcionándole el medicamento que toma actualmente.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpring FIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite RiverSpringFIDA.org



- El plan RiverSpring FIDA puede decidir eliminar el medicamento más costoso de la Lista de Medicamentos. Si está tomando un medicamento que nosotros eliminamos de la Lista de Medicamentos debido a que aparece uno más económico que funciona igual, le informaremos al menos 60 días antes de quitarlo de la Lista de Medicamentos o cuando solicite resurtir el medicamento. Y usted podrá obtener un suministro del medicamento por 60 días antes de que se realice el cambio en la Lista de Medicamentos. Le informaremos cuando esto suceda a través de una carta.

4. ¿Qué sucede cuando descubrimos que un medicamento no es seguro?

Si la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) indica que un medicamento que usted está tomando no es seguro, lo quitaremos de la Lista de Medicamentos de inmediato. También le enviaremos una carta y nos comunicaremos vía telefónica para decirle que el medicamento inseguro fue retirado de la Lista de medicamentos. Luego de recibir esa carta, usted debe ponerse en contacto con el médico que le prescribió el medicamento.

5. ¿Existen algunas restricciones o límites sobre la cobertura de medicamentos? ¿O hay algo que deba hacer para poder obtener ciertos medicamentos?

Sí, algunos medicamentos tienen normas de cobertura o límites en la cantidad que usted puede obtener. En algunos casos, usted, su médico u otra persona que le haya prescrito el medicamento, deben hacer algo para que usted pueda obtenerlo. Por ejemplo:

- **Aprobación previa (o autorización previa):** Para algunos medicamentos, usted o su médico u otra persona que le haya prescrito el medicamento, debe obtener una aprobación por parte del plan RiverSpring FIDA o de su IDT antes de surtir su prescripción. Si no obtiene aprobación, puede que el plan RiverSpring FIDA no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad:** Para algunos medicamentos, el plan RiverSpring FIDA restringe la cantidad de medicamento que usted puede obtener.
- **Terapia por pasos:** Algunas veces, el plan RiverSpring FIDA requiere que haga terapia por pasos. Esto significa que tendrá que probar algunos medicamentos que se utilicen para tratar su enfermedad en cierto orden. Es posible que deba probar un medicamento antes de que cubramos otro. Si su médico considera que el primer medicamento no es conveniente para usted, entonces cubriremos el segundo.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpring FIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite RiverSpringFIDA.org



Para averiguar si su medicamento tiene límites o requisitos adicionales, consulte las tablas que comienzan en la página 1. También puede visitar nuestro sitio web en RiverSpringFIDA.org para obtener más información. Publicamos documentos en línea que explican nuestras restricciones sobre autorizaciones previas y terapias por pasos. También puede solicitarnos el envío de una copia.

Puede solicitar una “excepción” a estos límites. Por favor, revise la pregunta 11 para obtener más información sobre las excepciones.

- Si usted está en un centro de enfermería especializada u otro centro de cuidados a largo plazo y necesita un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos, o si no puede obtener fácilmente los medicamentos que necesita, lo podemos ayudar. Cubriremos un abastecimiento de emergencia para 31 días de los medicamentos que necesita (a menos que tenga una prescripción por menos días), sea o no un participante nuevo del Plan RiverSpring FIDA. Esto le dará tiempo para conversar con su médico u otra persona que le prescriba el medicamento. Ellos lo podrán ayudar a decidir si existe un medicamento similar en la lista de medicamentos que pueda tomar en lugar del otro o si debe solicitar una excepción. Consulte la pregunta 11 para obtener más información sobre las excepciones.

6. ¿Cómo sabrá si el medicamento que desea tiene limitaciones o si es necesario tomar alguna acción para obtener el medicamento?

En la página 1 de la Lista de medicamentos cubiertos hay una columna titulada “acciones necesarias, restricciones o límites sobre el uso”.

7. ¿Qué sucede si cambiamos nuestras normas sobre cómo cubrimos ciertos medicamentos? Por ejemplo, si agregamos una autorización previa (aprobación), límite de cantidad, y/o restricción de terapia por pasos a un medicamento.

Le informaremos si agregamos una aprobación previa, límite de cantidad, y/o restricción de terapia por pasos a un medicamento. Se lo informaremos al menos 60 días antes de agregar la restricción o cuando solicite resurtir el medicamento. De esta forma, usted podrá obtener un suministro del medicamento por 60 días antes de que se produzca el cambio en la Lista de medicamentos. Esto le dará tiempo para discutir con su médico o recetador sobre qué debe hacer a continuación.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpring FIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite RiverSpringFIDA.org



8. ¿Cómo puede encontrar un medicamento en la Lista de Medicamentos?

Hay dos maneras de encontrar un medicamento:

- Puede buscar por orden alfabético (si sabe cómo se escribe el medicamento) **o**
- Puede buscar por enfermedad.

Para buscar **por orden alfabético**, ingrese en la sección Listado en orden alfabético en la página 127. Luego busque el nombre de su medicamento en la lista.

Para buscar **por enfermedad**, consulte la sección titulada “Lista de medicamentos por enfermedad” en la página 2. Los medicamentos en esta sección están agrupados por categorías según el tipo de enfermedad para la cual se usan. Por ejemplo, si tiene una enfermedad cardíaca, deberá buscar en la categoría: medicamentos cardiovasculares. Allí encontrará los medicamentos que se usan para tratar enfermedades cardíacas.

9. ¿Qué pasa si el medicamento que desea tomar no aparece en la Lista de Medicamentos?

Si no encuentra su medicamento en la Lista de Medicamentos, comuníquese con Servicios al Participante al 1-800-950-9000 y pregunte sobre dicho medicamento. Si le informan que el plan RiverSpring FIDA no cubrirá el medicamento, usted puede tomar alguna de estas acciones:

- Solicite a los Servicios al Participante que le proporcione una lista de los medicamentos equivalentes al que desea tomar. Luego, muestre la lista a su médico o recetador. Este puede recetar un medicamento de la lista de medicamentos que sea similar al que usted desea. **O bien**
- Puede pedir al plan o a su Equipo Interdisciplinario (IDT) que hagan una excepción con su medicamento. Consulte la pregunta 11 para obtener más información sobre las excepciones.

10. ¿Qué sucede si usted es un participante nuevo en el Plan RiverSpring FIDA y no consigue su medicamento en la Lista de Medicamentos o presenta dificultades para obtener su medicamento?

Podemos ayudar. Debemos cubrir hasta 90 días de abastecimiento temporal de su medicamento si lo necesita, durante los primeros 90 días de estar como participante en RiverSpring FIDA Plan. Esto le dará tiempo para conversar con su médico u otra persona que le prescriba el medicamento. Ellos lo

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpring FIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite RiverSpringFIDA.org



podrán ayudar a decidir si existe un medicamento similar en la lista de medicamentos que pueda tomar en lugar del otro o si debe solicitar una excepción.

Cubriremos hasta 90 días de suministros temporales de su medicamento si:

- toma un medicamento que no está en nuestra lista de medicamentos o
- las normas del plan de salud no le permiten recibir la cantidad que su recetador ordenó o
- el medicamento requiere aprobación previa por el plan RiverSpring FIDA o por su IDT o
- toma un medicamento que forma parte de una restricción de terapia por pasos.

Si vive en un centro de enfermería u otro centro de atención prolongada, puede resurtir su prescripción hasta por 90 días. Puede resurtir el medicamento varias veces durante los primeros 90 días del plan. Esto le dará tiempo a la persona que le prescribe el medicamento para cambiar sus medicamentos por los que aparecen en la Lista de Medicamentos o para solicitar una excepción.

Si usted es un participante actual que está siendo admitido o rechazado de un centro de atención prolongada, podrá obtener una reposición anticipada de sus medicamentos si así lo necesita.

11. ¿Puede solicitar una excepción para cubrir su medicamento?

Si. Puede solicitarle al plan RiverSpring FIDA o a su Equipo Interdisciplinario (IDT) que haga una excepción para cubrir un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos.

O puede solicitarle al plan RiverSpring FIDA o a su IDT que cambie las normas sobre su medicamento.

- Por ejemplo, el plan RiverSpring FIDA puede restringir la cantidad de medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite, puede solicitarnos a nosotros o a su IDT que consideremos el límite y que cubramos una cantidad mayor.
- Otros ejemplos: Puede solicitarnos, a nosotros o a su IDT, que eliminemos las restricciones de terapia por pasos o los requisitos de aprobación previa.

12. ¿Cuánto tiempo toma obtener una excepción?

Primero, el plan RiverSpring FIDA o su Equipo Interdisciplinario (IDT) debe recibir un informe de la persona que prescribe el medicamento y apoya su solicitud de excepción. Después de que recibamos el informe, usted obtendrá una respuesta sobre su solicitud de excepción en un plazo de 72 horas.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpring FIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite RiverSpringFIDA.org



Si usted, o la persona que emite la prescripción, considera que su salud puede verse perjudicada si tiene que esperar 72 horas para obtener la decisión, puede solicitar una excepción acelerada. Así recibirá una respuesta más rápida. Si la persona que emite la prescripción respalda su solicitud, usted tendrá una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibir el informe de respaldo.

13. ¿Cómo puede solicitar una excepción?

Para solicitar una excepción, comuníquese con su administrador de cuidados. Su administrador de cuidados trabajará con usted y su proveedor para ayudarle a solicitar una excepción.

14. ¿Qué son los medicamentos genéricos?

Los *medicamentos genéricos* tienen la misma composición de ingredientes que los de marca. Por lo general, estos tienen un costo menor a los de marca y no tienen nombres reconocidos. Los medicamentos genéricos están aprobados por la Administración de Administración de Alimentos y Fármacos (FDA).

El plan RiverSpring FIDA cubre tanto los medicamentos de marca como los medicamentos genéricos.

15. ¿Qué son los medicamentos OTC?

OTC se refiere a medicamentos de venta libre (over-the-counter, OTC). El plan RiverSpring FIDA cubre algunos medicamentos OTC cuando son prescritos por su proveedor.

Puede leer la Lista de Medicamentos del plan RiverSpring FIDA para conocer cuáles son los medicamentos OTC que están cubiertos.

16. ¿El plan RiverSpring FIDA cubre productos OTC no medicinales?

El plan RiverSpring FIDA cubre algunos productos OTC no medicinales cuando son prescritos por su proveedor, como por ejemplo, las curitas.

Puede leer la Lista de Medicamentos del plan RiverSpring FIDA para ver cuáles son los productos OTC no medicinales que están cubiertos.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpring FIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite RiverSpringFIDA.org



Como miembro de nuestro plan, usted está cubierto hasta por \$25 al mes para productos de venta libre. Los artículos OTC solo los puede comprar el Participante. Comuníquese con el plan para obtener instrucciones específicas sobre cómo utilizar este beneficio. Así mismo, puede obtener información adicional en el capítulo 4 de su Manual del participante.

17. ¿Cuál es su copago?

No se le cobrará copago por medicamentos del vademécum.

18. ¿Qué son los niveles de medicamentos?

Los niveles son grupos de medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos.

Usted no paga nada por los medicamentos de cualquiera de los niveles. Los niveles de medicamentos se indican a continuación.

Nivel 1 - Medicamentos genéricos

Nivel 2 - Medicamentos de marca

Nivel 3 - Medicamentos y productos OTC

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpring FIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite RiverSpringFIDA.org



Lista de medicamentos cubiertos

La Lista de Medicamentos cubiertos que comienza en la página siguiente le brinda información sobre los medicamentos cubiertos por el plan RiverSpring FIDA. Si tiene dificultades para encontrar su medicamento en la lista, consulte el Índice que comienza en la página 127.

La primera columna de este cuadro indica el nombre del medicamento. El nombre de los medicamentos de marca aparece en mayúsculas (por ej., VYTORIN) y el de los genéricos aparece en minúsculas y cursiva (por ej., simvastatina).

La información en la columna de acciones necesarias, restricciones o límites sobre el uso le indica si el plan RiverSpring FIDA tiene normas para cubrir su medicamento.

Nota: El símbolo * junto a un medicamento quiere decir que el medicamento no es un “medicamento de la Parte D”. Estos medicamentos tienen normas diferentes para las apelaciones. Una *apelación* es una manera formal de pedir una revisión y un cambio en la decisión de cobertura si considera que hubo un error. Por ejemplo, el plan RiverSpring FIDA o su Equipo Interdisciplinario (IDT), podría decidir que un medicamento que usted desea no está cubierto o ya no está cubierto por Medicare o Medicaid. Si usted, su doctor o la persona que prescribe el medicamento no está de acuerdo, puede apelar la decisión. Para solicitar instrucciones sobre cómo hacer una apelación, comuníquese con Servicios al Participante al 1-800-950-9000 (TTY 711) o con la Red Independiente de Defensa del Consumidor (Independent Consumer Advocacy Network, ICAN) al 1-844-614-8800. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711 y seguir las indicaciones para marcar 844-614-8800). También puede leer el Manual del Participante para saber cómo apelar una decisión.

Lista de Medicamentos por afección médica

Los medicamentos en esta sección están agrupados por categorías según el tipo de enfermedad para la cual se usan. Por ejemplo, si tiene una enfermedad cardíaca, deberá buscar en la categoría: medicamentos cardiovasculares. Allí encontrará los medicamentos que se usan para tratar enfermedades cardíacas.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpring FIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite RiverSpringFIDA.org



**2017 RiverSpring FIDA (un Plan de Medicare y Medicaid)
Lista de medicamentos para 2017 (Formulario)**

Table of Contents

.....	14
Agentes Cardiovasculares	16
Agentes Del Sistema Nervioso Central	24
Agentes Dentales Y Orales	27
Agentes Dermatológicos	27
Agentes Gastrointestinales	29
Agentes Genitourinarios, Otro	31
Agentes Hormonales, Estimulantes/De Reemplazo/Modificadores (Hormonas Sexuales/Modificadores)	32
Agentes Hormonales, Estimulantes/De Reemplazo/Modificadores (Pituitaria)	39
Agentes Hormonales, Estimulantes/De Reemplazo/Modificadores (Suprarrenales)	40
Agentes Hormonales, Estimulantes/De Reemplazo/Modificadores (Tiroides)	43
Agentes Hormonales, Supresores (Paratiroides)	43
Agentes Hormonales, Supresores (Pituitaria)	44
Agentes Hormonales, Supresores (Tiroides)	45
Agentes Inmunológicos	45
Agentes Oftálmicos	52
Agentes Óticos	56
Agentes Para El Tracto Respiratorio	56
Agentes Para La Enfermedad Inflamatoria Intestinal	61
Agentes Para La Osteopatía Metabólica	62
Agentes Para Trastornos Del Sueño	63
Agentes Para Tratar Adicciones/Abuso De Sustancias	64
Agentes Terapéuticos Varios	65
Analgésicos	65
Anestésicos	69
Ansiolíticos	69
Antibacterianos	70
Anticonvulsivos	78
Antidemenciales	82
Antidepresivos	82
Antieméticos	85
Antigotosos	87
Antijaquecosos	87
Antimiasténicos	88
Antimicobacterianos	88
Antimicóticos	88
Antineoplásicos	91
Antiparasitarios	101
Antiparkinsonianos	102
Antipsicóticos	103
Antivíricos	106
Bipolares	110
Hemoderivados/Modificadores/Expansores De Volumen	111
Nutrientes/Minerales/Electrolitos Terapéuticos	113
Reemplazo/Modificadores De Enzimas	119
Reguladores De La Glucemia	121

2017 RiverSpring FIDA (un Plan de Medicare y Medicaid)

Lista de medicamentos para 2017 (Formulario)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cetirizine hcl 1 mg/ml soln (otc) 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	*
<i>cetirizine hcl 1 mg/ml soln children, s/f, grape (otc) 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	*
<i>cetirizine hcl 1 mg/ml soln children's (otc) 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	*
<i>cimetidine 200 mg tablet blister pack (otc) 200 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	MO; *
<i>clotrimazole 1% cream (otc) 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	*
<i>hm hydrocortisone 1% cream max str, w/aloe (otc) 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	*
<i>hm hydrocortisone 1% cream plus 12 moisturizers (otc) 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	*
<i>hm lansoprazole dr 15 mg cap gluten-free, 1 bottle (otc) 15 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	MO; *
<i>hm lansoprazole dr 15 mg cap gluten-free, 2 bottle (otc) 15 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	MO; *
<i>hm lansoprazole dr 15 mg cap gluten-free, 3 bottle (otc) 15 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	MO; *
<i>hydrocortisone 1% cream (otc) 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	*
<i>hydrocortisone 1% cream carton (otc) 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	*
<i>hydrocortisone 1% cream maximum strength (otc) 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	*
<i>hydrocortisone 1% cream u-d, 48's, foil 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	*
<i>hydrocortisone 1% cream w/aloe (otc) 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	*
<i>hydrocortisone 1% ointment (otc) 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	*
<i>hydrocortisone 1% ointment carton (otc) 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	*
<i>hydrocortisone 1% ointment maximum strength (otc) 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	*
<i>hydrocortisone plus 1% cream moisturizer, max. str (otc) 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	*
<i>ibuprofen 100 mg/5 ml susp children's (otc) 100 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 3)	MO; *
<i>ibuprofen 200 mg/10 ml susp 100's, u-d cups (otc) 100 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 3)	MO; *



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o limites de uso
<i>ibuprofen 200 mg/10 ml susp 30's, u-d cups (otc) 100 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 3)	MO; *
<i>ibuprofen 200 mg/10 ml susp u-d (otc) 100 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 3)	MO; *
<i>lansoprazole dr 15 mg capsule 1x14 day course (otc) 15 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	MO; *
<i>lansoprazole dr 15 mg capsule 1x14 day course,na/f (otc) 15 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	MO; *
<i>lansoprazole dr 15 mg capsule 24hr, 3 bottles (otc) 15 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	MO; *
<i>lansoprazole dr 15 mg capsule 2x14 day course (otc) 15 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	MO; *
<i>lansoprazole dr 15 mg capsule 3x14 day course,na/f (otc) 15 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	MO; *
<i>meclizine 12.5 mg caplet caplet (otc) 12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	*
<i>meclizine 12.5 mg tablet (otc) 12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	*
<i>meclizine 25 mg tablet (otc) 25 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	*
<i>polyethylene glycol 3350 powd 14 once-daily doses (otc) 17 gram/dose</i>	\$0 (Nivel 3)	*
<i>polyethylene glycol 3350 powd 30 once-daily doses (otc) 17 gram/dose</i>	\$0 (Nivel 3)	*
<i>polyethylene glycol 3350 powd 7 once-daily doses (otc) 17 gram/dose</i>	\$0 (Nivel 3)	*
<i>qc ibuprofen 100 mg/5 ml susp children's (otc) 100 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 3)	MO; *
<i>ranitidine 150 mg tablet maximum strength (otc) 150 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	MO; *
<i>sb hydrocortisone 1% ointment maximum strength (otc) 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	*
<i>sm hydrocortisone 1% ointment maximum strength (otc) 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	*
<i>sm ibuprofen 100 mg/5 ml susp (otc) 100 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 3)	MO; *
<i>sm ibuprofen 100 mg/5 ml susp a/f (otc) 100 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 3)	MO; *
<i>sm ibuprofen 100 mg/5 ml susp children's (otc) 100 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 3)	MO; *



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener mas informacion, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
Progestinas		
<i>medroxyprogesterone intramuscular suspension 150 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
Agentes Cardiovasculares		
Agentes Cardiovasculares, Otros		
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>amlodipine-benazepril oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>candesartan-hydrochlorothiazid oral tablet 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>captopril-hydrochlorothiazide oral tablet 25-15 mg, 25-25 mg, 50-15 mg, 50-25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
CORLANOR ORAL TABLET 5 MG, 7.5 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
DEMSER ORAL CAPSULE 250 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
DIGITEK ORAL TABLET 125 MCG, 250 MCG	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>digoxin oral tablet 125 mcg, 250 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg, 5-12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
LANOXIN ORAL TABLET 187.5 MCG, 62.5 MCG	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>moexipril-hydrochlorothiazide oral tablet 15-12.5 mg, 15-25 mg, 7.5-12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
NORTHERA ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG, 300 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; MO
<i>pentoxifylline oral tablet extended release 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>propranolol-hydrochlorothiazid oral tablet 40-25 mg, 80-25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
RANEXA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 1,000 MG, 500 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; MO
<i>spironolacton-hydrochlorothiaz oral tablet 25-25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
TEKTRUNA HCT ORAL TABLET 150-12.5 MG, 150-25 MG, 300-12.5 MG, 300-25 MG	\$0 (Nivel 2)	ST; MO
TEKTRUNA ORAL TABLET 150 MG, 300 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral capsule 37.5-25 mg, 50-25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO; QL (30 per 30 days)
Agonistas Adrenérgicos Alfa		
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24 hr, 0.2 mg/24 hr, 0.3 mg/24 hr</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>methyldopate intravenous solution 250 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>midodrine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
Antagonistas De Los Receptores De La Angiotensina II		
<i>candesartan oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>eprosartan oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>losartan oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
Antiarrítmicos		
<i>amiodarone intravenous solution 50 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>amiodarone oral tablet 200 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>disopyramide phosphate oral capsule 100 mg, 150 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>flecainide oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>mexiletine oral capsule 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; MO
PACERONE ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 400 MG	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>procainamide injection solution 100 mg/ml, 500 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>propafenone oral capsule, extended release 12 hr 225 mg, 325 mg, 425 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>propafenone oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>quinidine gluconate injection solution 80 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>quinidine gluconate oral tablet extended release 324 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>sotalol af oral tablet 120 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>sotalol oral tablet 160 mg, 240 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
TIKOSYN ORAL CAPSULE 125 MCG, 250 MCG, 500 MCG	\$0 (Nivel 2)	MO
Bloqueantes Adrenérgicos Alfa		
<i>doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>prazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>terazosin oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o limites de uso
Bloqueantes Adrenérgicos Beta		
<i>acebutolol oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>betaxolol oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>labetalol oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>metoprolol succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>metoprolol tartrate intravenous solution 5 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>nadolol oral tablet 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>propranolol intravenous solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>propranolol oral capsule, extended release 24 hr 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>propranolol oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml), 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>propranolol oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
TENORMIN ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
Bloqueantes Del Canal De Calcio		
AFEDITAB CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 30 MG, 60 MG	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>amlodipine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
CARTIA XT ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>diltiazem hcl intravenous recon soln 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>diltiazem hcl intravenous solution 5 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>diltiazem hcl oral capsule, extended release 12 hr 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>diltiazem hcl oral capsule, extended release 24 hr 180 mg, 360 mg, 420 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>diltiazem hcl oral capsule, extended release 24hr 120 mg, 240 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
DILT-XR ORAL CAPSULE, EXT. REL 24H DEGRADABLE 120 MG, 180 MG, 240 MG	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>felodipine oral tablet extended release 24 hr 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
MATZIM LA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG, 420 MG	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>nicardipine oral capsule 20 mg, 30 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>nifedipine oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>nifedipine oral tablet extended release 24hr 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>nifedipine oral tablet extended release 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>nimodipine oral capsule 30 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>verapamil intravenous solution 2.5 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>verapamil oral capsule, 24 hr er pellet ct 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>verapamil oral capsule, ext rel. pellets 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 360 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>verapamil oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>verapamil oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
Dislipidémicos, Derivados Del Ácido Fólico		
<i>fenofibrate micronized oral capsule 130 mg, 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>fenofibrate nanocrystallized oral tablet 145 mg, 48 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>fenofibrate oral capsule 150 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>fenofibrate oral tablet 120 mg, 160 mg, 54 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o limites de uso
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
Dislipidémicos, Inhibidores De La Hmg Coa Reductasa		
<i>atorvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
CRESTOR ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 2)	ST; MO
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>pravastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>rosuvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
Dislipidémicos, Otro		
<i>cholestyramine light oral powder in packet 4 gram</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>colestipol oral granules 5 gram</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>colestipol oral tablet 1 gram</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
JUXTAPID ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; MO
JUXTAPID ORAL CAPSULE 30 MG, 40 MG, 60 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; MO
KYNAMRO SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; MO
<i>niacin oral tablet extended release 24 hr 1,000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
NIACOR ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>omega-3 acid ethyl esters oral capsule 1 gram</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
PREVALITE ORAL POWDER 4 GRAM	\$0 (Nivel 1)	MO
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 140 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; MO
REPATHA SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 140 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; MO
WELCHOL ORAL POWDER IN PACKET 3.75 GRAM	\$0 (Nivel 2)	MO



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
WELCHOL ORAL TABLET 625 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
ZETIA ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
Diuréticos Del Asa		
<i>bumetanide injection solution 0.25 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
EDECRIN ORAL TABLET 25 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>furosemide injection solution 10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>furosemide injection syringe 10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>torseamide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
Diuréticos, Ahorradores De Potasio		
<i>amiloride oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
DYRENIUM ORAL CAPSULE 100 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
Diuréticos, Carbonato Deshidratasa		
<i>acetazolamide oral capsule, extended release 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>acetazolamide sodium injection recon soln 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
KEYEYIS ORAL TABLET 50 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
Diuréticos, Tiazidas		
<i>chlorothiazide oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>chlorothiazide sodium intravenous recon soln 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o limites de uso
<i>methyclothiazide oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
Inhibidores De La Enzima Convertidora De Angiotensina (Eca)		
<i>benazepril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>fosinopril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>moexipril oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>quinapril oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
Vasodiladores, Arteriales De Acción Directa		
<i>hydralazine injection solution 20 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>hydralazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
Vasodiladores, Arteriales/Venosos De Acción Directa		
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>isosorbide dinitrate oral tablet extended release 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>isosorbide mononitrate oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
MINITRAN TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 0.1 MG/HR, 0.2 MG/HR, 0.4 MG/HR, 0.6 MG/HR	\$0 (Nivel 1)	MO
NITRO-BID TRANSDERMAL OINTMENT 2 %	\$0 (Nivel 2)	MO
NITRO-DUR TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 0.3 MG/HR, 0.8 MG/HR	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>nitroglycerin intravenous solution 50 mg/10 ml (5 mg/ml)</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>nitroglycerin sublingual tablet 0.4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>nitroglycerin translingual spray, non-aerosol 400 mcg/spray</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
NITROSTAT SUBLINGUAL TABLET 0.3 MG, 0.4 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS; MO
NITROSTAT SUBLINGUAL TABLET 0.6 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
Agentes Del Sistema Nervioso Central		
Agentes Para El Sistema Nervioso Central, Otro		
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral tablet 50-325-40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
ESGIC ORAL TABLET 50-325-40 MG	\$0 (Nivel 1)	NDS
NUDEXTA ORAL CAPSULE 20-10 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
XENAZINE ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; MO
Agentes Para El Trastorno De Déficit De Atención Con Hiperactividad, Anfetaminas		
ADDERALL ORAL TABLET 20 MG, 5 MG, 7.5 MG	\$0 (Nivel 1)	MO; QL (90 per 30 days)
ADDERALL XR ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 1)	MO; QL (60 per 30 days)



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
ADDERALL XR ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 30 MG	\$0 (Nivel 2)	MO; QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; MO; QL (180 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO; QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO; QL (60 per 30 days)
VYVANSE ORAL CAPSULE 10 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
VYVANSE ORAL CAPSULE 20 MG, 30 MG, 40 MG, 50 MG, 60 MG, 70 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; MO
Agentes Para El Trastorno De Déficit De Atención Con Hiperactividad, No Anfetaminas		
<i>atomoxetine oral capsule 10 mg, 100 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>clonidine hcl oral tablet extended release 12 hr 0.1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>dexmethylphenidate oral capsule, er biphasic 50-50 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO; QL (30 per 30 days)
<i>dexmethylphenidate oral capsule, er biphasic 50-50 15 mg, 30 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; MO; QL (30 per 30 days)
<i>dexmethylphenidate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; MO
<i>guanfacine oral tablet extended release 24 hr 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
METADATE ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 20 MG	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 30-70 10 mg, 30 mg, 50 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; MO
<i>methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 30-70 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5 ml, 5 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; MO



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; MO
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; MO
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 18 mg, 27 mg, 36 mg, 54 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; MO
<i>methylphenidate hcl oral tablet, chewable 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
STRATTERA ORAL CAPSULE 10 MG, 100 MG, 18 MG, 25 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
Agentes Para La Esclerosis Múltiple		
AMPYRA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 10 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; MO
AUBAGIO ORAL TABLET 14 MG, 7 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
AVONEX (WITH ALBUMIN) INTRAMUSCULAR KIT 30 MCG	\$0 (Nivel 2)	PA; MO
AVONEX INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR KIT 30 MCG/0.5 ML	\$0 (Nivel 2)	PA; MO
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; MO
EXTAVIA SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; MO
GILENYA ORAL CAPSULE 0.5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; MO
GLATOPA SUBCUTANEOUS SYRINGE 20 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	MO
REBIF (WITH ALBUMIN) SUBCUTANEOUS SYRINGE 22 MCG/0.5 ML, 44 MCG/0.5 ML	\$0 (Nivel 2)	PA; MO
REBIF REBIDOSE SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 22 MCG/0.5 ML, 44 MCG/0.5 ML, 8.8MCG/0.2ML-22 MCG/0.5ML (6)	\$0 (Nivel 2)	MO
REBIF TITRATION PACK SUBCUTANEOUS SYRINGE 8.8MCG/0.2ML-22 MCG/0.5ML (6)	\$0 (Nivel 2)	MO
TECFIDERA ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 120 MG, 240 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
TYSABRI INTRAVENOUS SOLUTION 300 MG/15 ML	\$0 (Nivel 2)	PA; MO
Agentes Para La Fibromialgia		
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
LYRICA ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 MG, 225 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG, 75 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
LYRICA ORAL SOLUTION 20 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	MO
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 2)	MO; QL (60 per 30 days)
SAVELLA ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (5)-25 MG(8)-50 MG(42)	\$0 (Nivel 2)	NDS
Agentes Dentales Y Orales		
Agentes Dentales Y Orales		
<i>cevimeline oral capsule 30 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>chlorhexidine gluconate mucous membrane mouthwash 0.12 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
KEPIVANCE INTRAVENOUS RECON SOLN 6.25 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
PERIOGARD MUCOUS MEMBRANE MOUTHWASH 0.12 %	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>triamcinolone acetonide dental paste 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
Agentes Dermatológicos		
Agentes Dermatológicos		
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>adapalene topical cream 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>adapalene topical gel 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>ammonium lactate topical cream 12 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>ammonium lactate topical lotion 12 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
AVITA TOPICAL CREAM 0.025 %	\$0 (Nivel 1)	NDS
AVITA TOPICAL GEL 0.025 %	\$0 (Nivel 1)	NDS
AZELEX TOPICAL CREAM 20 %	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>calcipotriene scalp solution 0.005 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>calcipotriene topical cream 0.005 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>calcipotriene topical ointment 0.005 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>calcipotriene-betamethasone topical ointment 0.005-0.064 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
CLARAVIS ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0 (Nivel 1)	NDS



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o limites de uso
<i>clindamycin-benzoyl peroxide topical gel 1-5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>clotrimazole-betamethasone topical cream 1-0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>clotrimazole-betamethasone topical lotion 1-0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
CORTISPORIN TOPICAL CREAM 3.5-10,000-0.5 MG/G-UNIT/G-%	\$0 (Nivel 2)	NDS
CORTISPORIN TOPICAL OINTMENT 1 %	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>diclofenac sodium topical drops 1.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>diclofenac sodium topical gel 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>diclofenac sodium topical gel 3 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
ELIDEL TOPICAL CREAM 1 %	\$0 (Nivel 2)	NDS; QL (30 per 30 days)
FINACEA TOPICAL FOAM 15 %	\$0 (Nivel 2)	NDS
FINACEA TOPICAL GEL 15 %	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>fluorouracil topical cream 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>imiquimod topical cream in packet 5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>methoxsalen oral capsule, liqd-filled, rapid rel 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS
<i>metronidazole topical cream 0.75 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>metronidazole topical gel 0.75 %, 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>metronidazole topical lotion 0.75 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
MYORISAN ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0 (Nivel 1)	NDS
NEUAC TOPICAL GEL 1.2 %(1 % BASE) -5 %	\$0 (Nivel 1)	NDS
OXSORALEN ULTRA ORAL CAPSULE, LIQD-FILLED, RAPID REL 10 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS
PICATO TOPICAL GEL 0.015 %, 0.05 %	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>podofilox topical solution 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
RECTIV RECTAL OINTMENT 0.4 % (W/W)	\$0 (Nivel 2)	NDS
REGRANEX TOPICAL GEL 0.01 %	\$0 (Nivel 2)	NDS
SANTYL TOPICAL OINTMENT 250 UNIT/GRAM	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>selenium sulfide topical lotion 2.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>tacrolimus topical ointment 0.03 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (30 per 30 days)
<i>tacrolimus topical ointment 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (30 per 31 days)



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tazarotene topical cream 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
TAZORAC TOPICAL CREAM 0.05 %, 0.1 %	\$0 (Nivel 2)	NDS
TAZORAC TOPICAL GEL 0.05 %, 0.1 %	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>tretinoin topical cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>tretinoin topical gel 0.01 %, 0.025 %, 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
VOLTAREN TOPICAL GEL 1 %	\$0 (Nivel 2)	MO
ZENATANE ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0 (Nivel 1)	NDS
Agentes Gastrointestinales		
Agentes Gastrointestinales, Otro		
CHENODAL ORAL TABLET 250 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>cromolyn oral concentrate 100 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
GATTEX ONE-VIAL SUBCUTANEOUS KIT 5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; MO
<i>loperamide oral capsule 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 12 MG/0.6 ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
RELISTOR SUBCUTANEOUS SYRINGE 12 MG/0.6 ML, 8 MG/0.4 ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>ursodiol oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
Agentes Para El Síndrome De Colon Irritable		
<i>alosetron oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
AMITIZA ORAL CAPSULE 24 MCG, 8 MCG	\$0 (Nivel 2)	MO
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG	\$0 (Nivel 2)	MO
Antagonistas De Los Receptores De Histamina2 (H2)		
<i>cimetidine hcl oral solution 300 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>cimetidine oral tablet 200 mg, 300 mg, 400 mg, 800 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>famotidine (pf) intravenous solution 20 mg/2 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>famotidine oral suspension 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>famotidine oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>ranitidine hcl oral syrup 15 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>ranitidine hcl oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
Antiespasmódicos Gastrointestinales		
<i>atropine injection syringe 0.05 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>dicyclomine oral capsule 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; MO
<i>dicyclomine oral solution 10 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>dicyclomine oral tablet 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; MO
<i>glycopyrrolate injection solution 0.2 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; MO
<i>methscopolamine oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
Inhibidores De La Bomba De Protones		
<i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>esomeprazole sodium intravenous recon soln 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>lansoprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 15 mg, 30 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>omeprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>pantoprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
Laxantes		
CONSTULOSE ORAL SOLUTION 10 GRAM/15 ML	\$0 (Nivel 1)	MO
ENULOSE ORAL SOLUTION 10 GRAM/15 ML	\$0 (Nivel 1)	MO
GAVILYTE-C ORAL RECON SOLN 240-22.72-6.72 -5.84 GRAM	\$0 (Nivel 1)	NDS
GAVILYTE-G ORAL RECON SOLN 236-22.74-6.74 -5.86 GRAM	\$0 (Nivel 1)	NDS



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
GAVILYTE-N ORAL RECON SOLN 420 GRAM	\$0 (Nivel 1)	NDS
GENERLAC ORAL SOLUTION 10 GRAM/15 ML	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>lactulose oral solution 10 gram/15 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
OSMOPREP ORAL TABLET 1.5 GRAM	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>peg-electrolyte soln oral recon soln 420 gram</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>polyethylene glycol 3350 oral powder 17 gram/dose</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
Protectores		
CARAFATE ORAL SUSPENSION 100 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>sucralfate oral tablet 1 gram</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
Agentes Genitourinarios, Otro		
Agentes Genitourinarios, Otro		
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
CUPRIMINE ORAL CAPSULE 250 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
DEPEN TITRATABS ORAL TABLET 250 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>potassium citrate oral tablet extended release 10 meq (1,080 mg), 15 meq, 5 meq (540 mg)</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
Agentes Para La Hipertrofia Prostática Benigna		
<i>alfuzosin oral tablet extended release 24 hr 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
AVODART ORAL CAPSULE 0.5 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>tamsulosin oral capsule, extended release 24hr 0.4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
Aglutinantes De Fosfato		
<i>calcium acetate oral capsule 667 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
FOSRENOL ORAL TABLET, CHEWABLE 1,000 MG, 500 MG, 750 MG	\$0 (Nivel 2)	MO



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o limites de uso
RENAGEL ORAL TABLET 400 MG, 800 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
REVELA ORAL POWDER IN PACKET 0.8 GRAM, 2.4 GRAM	\$0 (Nivel 2)	MO; QL (540 per 30 days)
REVELA ORAL TABLET 800 MG	\$0 (Nivel 2)	MO; QL (540 per 30 days)
<i>sevelamer carbonate oral powder in packet 0.8 gram, 2.4 gram</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
Antiespasmódicos Urinarios		
<i>flavoxate oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 25 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 2)	ST; MO
<i>oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>tolterodine oral capsule, extended release 24hr 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>tolterodine oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>trospium oral capsule, extended release 24hr 60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>trospium oral tablet 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
Agentes Hormonales, Estimulantes/De Reemplazo/Modificadores (Hormonas Sexuales/Modificadores)		
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
Andrógenos		
ANADROL-50 ORAL TABLET 50 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>oxandrolone oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>testosterone enanthate intramuscular oil 200 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 12.5 mg/ 1.25 gram (1 %)</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>testosterone transdermal gel in packet 1 % (25 mg/2.5gram)</i>	\$0 (Nivel 1)	MO



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
Estrógenos		
ALORA TRANSDERMAL PATCH SEMIWEEKLY 0.025 MG/24 HR, 0.05 MG/24 HR, 0.075 MG/24 HR, 0.1 MG/24 HR	\$0 (Nivel 2)	MO
AMETHIA ORAL TABLETS,DOSE PACK,3 MONTH 0.15 MG-30 MCG (84)/10 MCG (7)	\$0 (Nivel 1)	MO
ANGELIQ ORAL TABLET 0.25-0.5 MG, 0.5-1 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
APRI ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	\$0 (Nivel 1)	MO
ARANELLE (28) ORAL TABLET 0.5/1/0.5-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	MO
ASHLYNA ORAL TABLETS,DOSE PACK,3 MONTH 0.15 MG-30 MCG (84)/10 MCG (7)	\$0 (Nivel 1)	MO
AUBRA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	MO
AVIANE ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	MO
BALZIVA (28) ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	MO
BEKYREE (28) ORAL TABLET 0.15-0.02 MGX21 /0.01 MG X 5	\$0 (Nivel 1)	MO
BLISOVI 24 FE ORAL TABLET 1 MG-20 MCG (24)/75 MG (4)	\$0 (Nivel 1)	MO
BLISOVI FE 1/20 (28) ORAL TABLET 1 MG-20 MCG (21)/75 MG (7)	\$0 (Nivel 1)	MO
BRIELLYN ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	MO
CRYSELLE (28) ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	MO
CYCLAFEM 1/35 (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	MO
CYCLAFEM 7/7/7 (28) ORAL TABLET 0.5/0.75/1 MG- 35 MCG	\$0 (Nivel 1)	MO
DELESTROGEN INTRAMUSCULAR OIL 10 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
DELYLA (28) ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	MO
DEPO-ESTRADIOL INTRAMUSCULAR OIL 5 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg, 3-0.03 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
DUAVEE ORAL TABLET 0.45-20 MG	\$0 (Nivel 2)	MO



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener mas informacion, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o limites de uso
EMOQUETTE ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	\$0 (Nivel 1)	MO
ENPRESSE ORAL TABLET 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)	\$0 (Nivel 1)	MO
ESTRACE VAGINAL CREAM 0.01 % (0.1 MG/GRAM)	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>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</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>estradiol valerate intramuscular oil 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
ESTRING VAGINAL RING 2 MG (7.5 MCG /24 HOUR)	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>estropipate oral tablet 0.75 mg, 1.5 mg, 3 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
FALMINA (28) ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	MO
FEMRING VAGINAL RING 0.05 MG/24 HR, 0.1 MG/24 HR	\$0 (Nivel 2)	MO
GIANVI (28) ORAL TABLET 3-0.02 MG	\$0 (Nivel 1)	MO
GILDAGIA ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	MO
INTROVALE ORAL TABLETS,DOSE PACK,3 MONTH 0.15 MG-30 MCG	\$0 (Nivel 1)	MO
JINTELI ORAL TABLET 1-5 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	MO
JULEBER ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	\$0 (Nivel 1)	MO
JUNEL 1.5/30 (21) ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	MO
JUNEL 1/20 (21) ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	MO
JUNEL FE 1.5/30 (28) ORAL TABLET 1.5 MG-30 MCG (21)/75 MG (7)	\$0 (Nivel 1)	MO
JUNEL FE 1/20 (28) ORAL TABLET 1 MG-20 MCG (21)/75 MG (7)	\$0 (Nivel 1)	MO
JUNEL FE 24 ORAL TABLET 1 MG-20 MCG (24)/75 MG (4)	\$0 (Nivel 1)	MO
KARIVA (28) ORAL TABLET 0.15-0.02 MGX21 /0.01 MG X 5	\$0 (Nivel 1)	MO



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener mas informacion, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o limites de uso
KELNOR 1/35 (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	MO
KIMIDESS (28) ORAL TABLET 0.15-0.02 MGX21 /0.01 MG X 5	\$0 (Nivel 1)	MO
LARIN 1.5/30 (21) ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	MO
LARIN 1/20 (21) ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	MO
LARIN FE 1.5/30 (28) ORAL TABLET 1.5 MG-30 MCG (21)/75 MG (7)	\$0 (Nivel 1)	MO
LARIN FE 1/20 (28) ORAL TABLET 1 MG-20 MCG (21)/75 MG (7)	\$0 (Nivel 1)	MO
LAYOLIS FE ORAL TABLET,CHEWABLE 0.8MG-25MCG(24) AND 75 MG (4)	\$0 (Nivel 1)	MO
LEENA 28 ORAL TABLET 0.5/1/0.5-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	MO
LESSINA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	MO
LEVONEST (28) ORAL TABLET 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 90-20 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
LEVORA-28 ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	\$0 (Nivel 1)	MO
LOMEDIA 24 FE ORAL TABLET 1 MG-20 MCG (24)/75 MG (4)	\$0 (Nivel 1)	MO
LORYNA (28) ORAL TABLET 3-0.02 MG	\$0 (Nivel 1)	MO
LUTERA (28) ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	MO
MARLISSA ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	\$0 (Nivel 1)	MO
MENEST ORAL TABLET 0.3 MG, 0.625 MG, 1.25 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
MENOSTAR TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 14 MCG/24 HR	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; MO
MICROGESTIN 1.5/30 (21) ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	MO
MICROGESTIN 1/20 (21) ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	MO



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener mas informacion, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o limites de uso
MICROGESTIN FE 1.5/30 (28) ORAL TABLET 1.5 MG-30 MCG (21)/75 MG (7)	\$0 (Nivel 1)	MO
MIMVEY LO ORAL TABLET 0.5-0.1 MG	\$0 (Nivel 1)	MO
MIMVEY ORAL TABLET 1-0.5 MG	\$0 (Nivel 1)	MO
MINASTRIN 24 FE ORAL TABLET,CHEWABLE 1 MG-20 MCG(24) /75 MG (4)	\$0 (Nivel 2)	MO
MINIVELLE 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	\$0 (Nivel 2)	MO
MONONESSA (28) ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	MO
NECON 0.5/35 (28) ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	MO
NECON 7/7/7 (28) ORAL TABLET 0.5/0.75/1 MG- 35 MCG	\$0 (Nivel 1)	MO
NIKKI (28) ORAL TABLET 3-0.02 MG	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>noreth-ethinyl estradiol-iron oral tablet,chewable 0.8mg-25mcg(24) and 75 mg (4)</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet,chewable 1 mg-20 mcg(24) /75 mg (4)</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
NORTREL 0.5/35 (28) ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	MO
NORTREL 1/35 (21) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	MO
NORTREL 1/35 (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	MO
NORTREL 7/7/7 (28) ORAL TABLET 0.5/0.75/1 MG- 35 MCG	\$0 (Nivel 1)	MO
OGESTREL (28) ORAL TABLET 0.5-50 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	MO
ORSYTHIA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	MO



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener mas informacion, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o limites de uso
PIMTREA (28) ORAL TABLET 0.15-0.02 MGX21 /0.01 MG X 5	\$0 (Nivel 1)	MO
PIRMELLA ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	MO
PORTIA ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	\$0 (Nivel 1)	MO
PREMARIN INJECTION RECON SOLN 25 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
PREMARIN ORAL TABLET 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GRAM	\$0 (Nivel 2)	MO
PREMPHASE ORAL TABLET 0.625 MG (14)/ 0.625MG-5MG(14)	\$0 (Nivel 2)	MO
PREMPRO ORAL TABLET 0.3-1.5 MG, 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
PREVIFEM ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	MO
QUARTETTE ORAL TABLETS,DOSE PACK,3 MONTH 0.15 MG-20 MCG/ 0.15 MG-25 MCG	\$0 (Nivel 2)	MO
QUASENSE ORAL TABLETS,DOSE PACK,3 MONTH 0.15 MG-30 MCG	\$0 (Nivel 1)	MO
RECLIPSEN (28) ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	\$0 (Nivel 1)	MO
SETLAKIN ORAL TABLETS,DOSE PACK,3 MONTH 0.15 MG-30 MCG	\$0 (Nivel 1)	MO
SPRINTEC (28) ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	MO
SRONYX ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	MO
TARINA FE 1/20 (28) ORAL TABLET 1 MG-20 MCG (21)/75 MG (7)	\$0 (Nivel 1)	MO
TRI-LEGEST FE ORAL TABLET 1-20(5)/1-30(7) /1MG-35MCG (9)	\$0 (Nivel 1)	MO
TRINESSA (28) ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG (28)	\$0 (Nivel 1)	MO
TRI-PREVIFEM (28) ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG (28)	\$0 (Nivel 1)	MO
TRI-SPRINTEC (28) ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG (28)	\$0 (Nivel 1)	MO



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener mas informacion, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
TRIVORA (28) ORAL TABLET 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)	\$0 (Nivel 1)	MO
VAGIFEM VAGINAL TABLET 10 MCG	\$0 (Nivel 2)	MO
VELIVET TRIPHASIC REGIMEN (28) ORAL TABLET 0.1/.125/.15-25 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	MO
VESTURA (28) ORAL TABLET 3-0.02 MG	\$0 (Nivel 1)	MO
VIVELLE-DOT 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	\$0 (Nivel 2)	MO
VYFEMLA (28) ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	MO
WYMZYA FE ORAL TABLET,CHEWABLE 0.4MG-35MCG(21) AND 75 MG (7)	\$0 (Nivel 1)	MO
XULANE TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 150-35 MCG/24 HR	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>yuvafem vaginal tablet 10 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
ZENCHENT (28) ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	MO
ZOVIA 1/35E (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	MO
ZOVIA 1/50E (28) ORAL TABLET 1-50 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	MO
Modificadores Selectivos De Receptores De Estrógeno		
<i>raloxifene oral tablet 60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
Progestinas		
CAMILA ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nivel 1)	MO
DEBLITANE ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nivel 1)	MO
DEPO-PROVERA INTRAMUSCULAR SOLUTION 400 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	MO
DEPO-PROVERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 150 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	MO
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SYRINGE 104 MG/0.65 ML	\$0 (Nivel 2)	MO
ERRIN ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nivel 1)	MO
JOLIVETTE ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nivel 1)	MO



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener mas informacion, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o limites de uso
LYZA ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>medroxyprogesterone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
MEGACE ES ORAL SUSPENSION 625 MG/5 ML	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml), 625 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>megestrol oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
NORA-BE ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>norethindrone (contraceptive) oral tablet 0.35 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
NORLYROC ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>progesterone micronized oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
SHAROBEL ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nivel 1)	MO
Agentes Hormonales, Estimulantes/De Reemplazo/Modificadores (Pituitaria)		
Agentes Hormonales, Estimulantes/De Reemplazo/Modificadores (Pituitaria)		
<i>desmopressin injection solution 4 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; NDS
<i>desmopressin nasal spray, non-aerosol 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>desmopressin oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS
NORDITROPIN FLEXPRO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 15 MG/1.5 ML (10 MG/ML), 30 MG/3 ML (10 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML)	\$0 (Nivel 2)	PA; MO
NOVAREL INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10,000 UNIT	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
NUTROPIN AQ NUSPIN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/2 ML (5 MG/ML), 5 MG/2 ML (2.5 MG/ML)	\$0 (Nivel 2)	PA; MO
PREGNYL INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10,000 UNIT	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o limites de uso
Agentes Hormonales, Estimulantes/De Reemplazo/Modificadores (Suprarrenales)		
Agentes Hormonales, Estimulantes/De Reemplazo/Modificadores (Suprarrenales)		
<i>alclometasone topical cream 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>alclometasone topical ointment 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>amcinonide topical cream 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>amcinonide topical lotion 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>amcinonide topical ointment 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>betamethasone dipropionate topical cream 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>betamethasone dipropionate topical lotion 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>betamethasone dipropionate topical ointment 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>betamethasone valerate topical cream 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>betamethasone valerate topical foam 0.12 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>betamethasone valerate topical lotion 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>betamethasone valerate topical ointment 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>betamethasone, augmented topical cream 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>betamethasone, augmented topical gel 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>betamethasone, augmented topical lotion 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>clobetasol scalp solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>clobetasol topical foam 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>clobetasol topical gel 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>clobetasol topical lotion 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>clobetasol topical ointment 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>clobetasol topical shampoo 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>clobetasol-emollient topical cream 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
CLODAN TOPICAL SHAMPOO 0.05 %	\$0 (Nivel 1)	NDS
CORDRAN TAPE LARGE ROLL TOPICAL TAPE 4 MCG/CM2	\$0 (Nivel 2)	NDS
CORMAX SCALP SOLUTION 0.05 %	\$0 (Nivel 1)	NDS



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cortisone oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
DEPO-MEDROL INJECTION SUSPENSION 20 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>desonide topical lotion 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>desoximetasone topical cream 0.05 %, 0.25 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>desoximetasone topical gel 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>desoximetasone topical ointment 0.05 %, 0.25 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
DEXAMETHASONE INTENSOL ORAL DROPS 1 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>dexamethasone oral elixir 0.5 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
<i>dexamethasone sodium phosphate injection solution 10 mg/ml, 4 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>diflorasone topical cream 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>diflorasone topical ointment 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>fludrocortisone oral tablet 0.1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>fluocinolone topical cream 0.01 %, 0.025 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>fluocinolone topical oil 0.01 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>fluocinolone topical ointment 0.025 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>fluocinolone topical solution 0.01 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>fluocinonide topical cream 0.05 %, 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>fluocinonide topical gel 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>fluocinonide topical ointment 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>fluocinonide topical solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>fluticasone topical cream 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>fluticasone topical ointment 0.005 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>halobetasol propionate topical cream 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
HALOG TOPICAL CREAM 0.1 %	\$0 (Nivel 2)	NDS
HALOG TOPICAL OINTMENT 0.1 %	\$0 (Nivel 2)	NDS



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o limites de uso
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; MO
<i>hydrocortisone topical cream 1 %, 2.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>hydrocortisone topical lotion 2.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>hydrocortisone topical ointment 1 %, 2.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
KORLYM ORAL TABLET 300 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; MO
<i>methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml, 80 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
<i>methylprednisolone oral tablets, dose pack 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>methylprednisolone sodium succ injection recon soln 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>methylprednisolone sodium succ intravenous recon soln 1,000 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>mometasone topical cream 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>mometasone topical ointment 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>mometasone topical solution 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>prednicarbate topical cream 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>prednicarbate topical ointment 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 15 mg/5 ml (3 mg/ml), 25 mg/5 ml (5 mg/ml), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
PREDNISONO INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
<i>prednisone oral solution 5 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
PROCTO-PAK TOPICAL CREAM WITH PERINEAL APPLICATOR 1 %	\$0 (Nivel 1)	NDS
PROCTOSOL HC TOPICAL CREAM WITH PERINEAL APPLICATOR 2.5 %	\$0 (Nivel 1)	NDS



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o limites de uso
PROCTOZONE-HC TOPICAL CREAM WITH PERINEAL APPLICATOR 2.5 %	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>triamcinolone acetonide topical aerosol 0.147 mg/gram</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>triamcinolone acetonide topical cream 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>triamcinolone acetonide topical lotion 0.025 %, 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
TRIDERM TOPICAL CREAM 0.1 %	\$0 (Nivel 1)	NDS
VERIPRED 20 ORAL SOLUTION 20 MG/5 ML (4 MG/ML)	\$0 (Nivel 2)	NDS
Agentes Hormonales, Estimulantes/De Reemplazo/Modificadores (Tiroides)		
Agentes Hormonales, Estimulantes/De Reemplazo/Modificadores (Tiroides)		
<i>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</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
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	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>liothyronine intravenous solution 10 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>liothyronine oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
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	\$0 (Nivel 2)	MO
UNITHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG	\$0 (Nivel 2)	MO
Agentes Hormonales, Supresores (Paratiroides)		
Agentes Hormonales, Supresores (Paratiroides)		
SENSIPAR ORAL TABLET 30 MG	\$0 (Nivel 2)	MO; QL (360 per 30 days)



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o limites de uso
SENSIPAR ORAL TABLET 60 MG	\$0 (Nivel 2)	MO; QL (1892 per 30 days)
SENSIPAR ORAL TABLET 90 MG	\$0 (Nivel 2)	MO; QL (120 per 30 days)
Agentes Hormonales, Supresores (Pituitaria)		
Agentes Hormonales, Supresores (Pituitaria)		
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
EGRIFTA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
ELIGARD (3 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 22.5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS
ELIGARD (4 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS
ELIGARD (6 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS
ELIGARD SUBCUTANEOUS SYRINGE 7.5 MG (1 MONTH)	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 120 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 80 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; MO
<i>leuprolide subcutaneous kit 1 mg/0.2 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; NDS
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 11.25 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 22.5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS; MO
LUPRON DEPOT (4 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS
LUPRON DEPOT (6 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 45 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS
LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 3.75 MG, 7.5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS
LUPRON DEPOT-PED INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
LUPRON DEPOT-PED INTRAMUSCULAR KIT 15 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS
<i>octreotide acetate injection solution 1,000 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; MO



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o limites de uso
SIGNIFOR LAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 20 MG, 40 MG, 60 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; MO
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML)	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; MO
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/0.5 ML, 90 MG/0.3 ML	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; MO
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/0.2 ML	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; MO; QL (0.2 per 28 days)
SOMAVERT SUBCUTANEOUS RECON SOLN 10 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS
SOMAVERT SUBCUTANEOUS RECON SOLN 15 MG, 20 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; MO
SOMAVERT SUBCUTANEOUS RECON SOLN 25 MG, 30 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
SYNAREL NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 2 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
TRELSTAR INTRAMUSCULAR SYRINGE 11.25 MG/2 ML, 22.5 MG/2 ML, 3.75 MG/2 ML	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS; MO
Agentes Hormonales, Supresores (Tiroides)		
Agentes Antitiroideos		
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
Agentes Inmunológicos		
Agentes De Inmunización, Pasivos		
ATGAM INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
BIVIGAM INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	\$0 (Nivel 2)	PA; MO
CARIMUNE NF NANOFILTERED INTRAVENOUS RECON SOLN 6 GRAM	\$0 (Nivel 2)	PA; MO
FLEBOGAMMA DIF INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	\$0 (Nivel 2)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; MO



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o limites de uso
GAMASTAN S/D INTRAMUSCULAR SOLUTION 15-18 % RANGE	\$0 (Nivel 2)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
GAMMAGARD LIQUID INJECTION SOLUTION 10 %	\$0 (Nivel 2)	PA; MO
GAMMAKED INJECTION SOLUTION 1 GRAM/10 ML (10 %)	\$0 (Nivel 2)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; MO
GAMMAPLEX (WITH SORBITOL) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	\$0 (Nivel 2)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; MO
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GRAM/10 ML (10 %)	\$0 (Nivel 2)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; MO
OCTAGAM INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 5 %	\$0 (Nivel 2)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; MO
PRIVIGEN INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	\$0 (Nivel 2)	PA; MO
THYMOGLOBULIN INTRAVENOUS RECON SOLN 25 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
Agentes Para El Angioedema (Aeh)		
CINRYZE INTRAVENOUS RECON SOLN 500 UNIT (5 ML)	\$0 (Nivel 2)	PA; MO
FIRAZYR SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG/3 ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
Inmunodepresores		
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 0.5 MG, 1 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; MO
AZASAN ORAL TABLET 100 MG, 75 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; MO
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; MO
<i>azathioprine sodium injection recon soln 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
CELLCEPT INTRAVENOUS INTRAVENOUS RECON SOLN 500 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o limites de uso
CELLCEPT ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 200 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; MO
CIMZIA POWDER FOR RECONST SUBCUTANEOUS KIT 400 MG (200 MG X 2 VIALS)	\$0 (Nivel 2)	MO
CIMZIA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2)	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>cyclosporine intravenous solution 250 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
<i>cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; MO
<i>cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; MO
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; MO
ENBREL SUBCUTANEOUS RECON SOLN 25 MG (1 ML)	\$0 (Nivel 2)	PA; MO
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 25 MG/0.5ML (0.51), 50 MG/ML (0.98 ML)	\$0 (Nivel 2)	PA; MO
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 50 MG/ML (0.98 ML)	\$0 (Nivel 2)	PA; MO
GENGRAF ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG	\$0 (Nivel 1)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; MO
GENGRAF ORAL CAPSULE 50 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
GENGRAF ORAL SOLUTION 100 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; MO
HUMIRA PEDIATRIC CROHN'S START SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML	\$0 (Nivel 2)	MO
HUMIRA PEDIATRIC CROHN'S START SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML (6 PACK)	\$0 (Nivel 2)	
HUMIRA PEN CROHN'S-UC-HS START SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	\$0 (Nivel 2)	PA; MO



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o limites de uso
HUMIRA PEN PSORIASIS-UVEITIS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	\$0 (Nivel 2)	MO
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	\$0 (Nivel 2)	PA; MO
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.2 ML	\$0 (Nivel 2)	MO
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 20 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	\$0 (Nivel 2)	PA; MO
KINERET SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML	\$0 (Nivel 2)	PA; MO
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 25 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; MO
<i>mycophenolate mofetil hcl intravenous recon soln 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; MO
<i>mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution 200 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; MO
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; MO
<i>mycophenolate sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 180 mg, 360 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; MO
MYFORTIC ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 180 MG, 360 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; MO
NEORAL ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; MO
NEORAL ORAL SOLUTION 100 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; MO



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o limites de uso
NULOJIX INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; MO
ORENCIA (WITH MALTOSE) INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; MO
PROGRAF INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
RAPAMUNE ORAL SOLUTION 1 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; MO
RAPAMUNE ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 2 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; MO
REMICADE INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; MO
SANDIMMUNE INTRAVENOUS SOLUTION 250 MG/5 ML	\$0 (Nivel 2)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
SANDIMMUNE ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; MO
SANDIMMUNE ORAL SOLUTION 100 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; MO
SIMPONI SUBCUTANEOUS SYRINGE 50 MG/0.5 ML	\$0 (Nivel 2)	PA; MO
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; MO
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; MO
TREXALL ORAL TABLET 10 MG, 5 MG, 7.5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; MO
XELJANZ ORAL TABLET 5 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 11 MG	\$0 (Nivel 2)	MO



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o limites de uso
ZORTRESS ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 0.75 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; MO
Inmunomoduladores		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML	\$0 (Nivel 2)	
ARCALYST SUBCUTANEOUS RECON SOLN 220 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
BENLYSTA INTRAVENOUS RECON SOLN 120 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; MO
ILARIS (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML)	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
OTEZLA ORAL TABLET 30 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
OTEZLA STARTER ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47)	\$0 (Nivel 2)	NDS
RIDAURA ORAL CAPSULE 3 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
SIMULECT INTRAVENOUS RECON SOLN 20 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
SYNAGIS INTRAMUSCULAR SOLUTION 50 MG/0.5 ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
Vacunas		
ACTHIB (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
BEXSERO INTRAMUSCULAR SYRINGE 50-50-50-25 MCG/0.5 ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15-10-5 LF-MCG-LF/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener mas informacion, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o limites de uso
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/0.5 ML	\$0 (Nivel 2)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/0.5 ML	\$0 (Nivel 2)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 0.5 ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1,440 ELISA UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT/0.5 ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 2.5 UNIT	\$0 (Nivel 2)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
INFANRIX (DTAP) (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25-58-10 LF-MCG-LF/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
IPOL INJECTION SUSPENSION 40-8-32 UNIT/0.5 ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
IXIARO (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 6 MCG/0.5 ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
MENACTRA (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 4 MCG/0.5 ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) INTRAMUSCULAR KIT 10-5 MCG/0.5 ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
PEDVAX HIB (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 7.5 MCG/0.5 ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
PROQUAD (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3-4.3-3- 3.99 TCID50/0.5	\$0 (Nivel 2)	NDS
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	
RABAVERT (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 2.5 UNIT	\$0 (Nivel 2)	NDS



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	\$0 (Nivel 2)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
ROTARIX ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP6 CCID50/ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
ROTATEQ VACCINE ORAL SOLUTION 2 ML	\$0 (Nivel 2)	
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 5-2 LF UNIT/0.5 ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>tetanus, diphtheria tox ped(pf) intramuscular suspension 5-25 lf unit/0.5 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>tetanus-diphtheria toxoids-td intramuscular suspension 2-2 lf unit/0.5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
TWINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 720 ELISA UNIT -20 MCG/ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5 ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 MCG/0.5 ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
VARIVAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1,350 UNIT/0.5 ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
YF-VAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
ZOSTAVAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 19,400 UNIT/0.65 ML	\$0 (Nivel 2)	NDS; QL (1 per 999 days)
Agentes Oftálmicos		
Agentes Oftálmicos Antialérgicos		
ALOCRILOPHTHALMIC (EYE) DROPS 2 %	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>azelastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>cromolyn ophthalmic (eye) drops 4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>epinastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.1 %, 0.2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
PATADAY OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.2 %	\$0 (Nivel 2)	NDS
PATANOL OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.1 %	\$0 (Nivel 2)	NDS
Agentes Oftálmicos Antiglaucoma		
ALPHAGAN P OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.1 %	\$0 (Nivel 2)	MO
AZOPT OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1 %	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>betaxolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
BETIMOL OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.25 %, 0.5 %	\$0 (Nivel 2)	MO
BETOPTIC S OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.25 %	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.15 %, 0.2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>carteolol ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
COMBIGAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.2-0.5 %	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>dorzolamide ophthalmic (eye) drops 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>dorzolamide-timolol ophthalmic (eye) drops 22.3-6.8 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
IOPIDINE OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 1 %	\$0 (Nivel 2)	NDS
IOPIDINE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.5 %	\$0 (Nivel 1)	NDS
ISTALOL OPHTHALMIC (EYE) DROPS, ONCE DAILY 0.5 %	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>levobunolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>metipranolol ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1 %, 2 %, 4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) drops 0.25 %, 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	MO



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener mas informacion, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) gel forming solution 0.25 %, 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
Agentes Oftálmicos, Otro		
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
BLEPHAMIDE OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 10-0.2 %	\$0 (Nivel 2)	NDS
BLEPHAMIDE S.O.P. OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 10-0.2 %	\$0 (Nivel 2)	NDS
CYSTARAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.44 %	\$0 (Nivel 2)	MO
LACRISERT OPHTHALMIC (EYE) INSERT 5 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>neomycin-bacitracin-poly-hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>neomycin-bacitracin-polymyxin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) ointment 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>polymyxin b sulf-trimethoprim ophthalmic (eye) drops 10,000 unit- 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>proparacaine ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
RESTASIS OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.05 %	\$0 (Nivel 2)	MO
TOBRADEX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.3-0.1 %	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.3-0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
Análogos Oftálmicos De Prostaglandina Y Prostamida		
<i>bimatoprost ophthalmic (eye) drops 0.03 %</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>latanoprost ophthalmic (eye) drops 0.005 %</i>	\$0 (Nivel 1)	MO



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener mas informacion, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o limites de uso
LUMIGAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.01 %	\$0 (Nivel 2)	MO
TRAVATAN Z OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.004 %	\$0 (Nivel 2)	MO
Antinflamatorios Oftálmicos		
ALREX OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.2 %	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.09 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>diclofenac sodium ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
DUREZOL OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.05 %	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>fluorometholone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic (eye) drops 0.03 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
FML FORTE OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.25 %	\$0 (Nivel 2)	NDS
FML S.O.P. OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.1 %	\$0 (Nivel 2)	NDS
ILEVRO OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3 %	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>ketorolac ophthalmic (eye) drops 0.4 %, 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
LOTEMAX OPHTHALMIC (EYE) DROPS,GEL 0.5 %	\$0 (Nivel 2)	NDS
LOTEMAX OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.5 %	\$0 (Nivel 2)	NDS
LOTEMAX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.5 %	\$0 (Nivel 2)	NDS
MAXIDEX OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.1 %	\$0 (Nivel 2)	NDS
NEVANAC OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.1 %	\$0 (Nivel 2)	NDS
PRED MILD OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.12 %	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>prednisolone acetate ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener mas informacion, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
Agentes Óticos		
Agentes Óticos		
<i>acetic acid otic (ear) solution 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
CIPRO HC OTIC (EAR) DROPS,SUSPENSION 0.2-1 %	\$0 (Nivel 2)	NDS
CIPRODEX OTIC (EAR) DROPS,SUSPENSION 0.3-0.1 %	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>fluocinolone acetonide oil otic (ear) drops 0.01 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) drops,suspension 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) solution 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
Agentes Para El Tracto Respiratorio		
Agentes Para El Tracto Respiratorio, Otro		
<i>acetylcysteine solution 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %)</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
ADVAIR DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-50 MCG/DOSE, 250-50 MCG/DOSE, 500-50 MCG/DOSE	\$0 (Nivel 2)	MO
ADVAIR HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 115-21 MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION	\$0 (Nivel 2)	MO
ANORO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 62.5-25 MCG/ACTUATION	\$0 (Nivel 2)	MO
ARALAST NP INTRAVENOUS RECON SOLN 500 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
BREO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-25 MCG/DOSE, 200-25 MCG/DOSE	\$0 (Nivel 2)	MO
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION MIST 20-100 MCG/ACTUATION	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>cromolyn inhalation solution for nebulization 20 mg/2 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; MO



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener mas informacion, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
ESBRIET ORAL CAPSULE 267 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; MO
<i>fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powdr breath activated 113-14 mcg/actuation, 232-14 mcg/actuation, 55-14 mcg/actuation</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
GLASSIA INTRAVENOUS SOLUTION 1 GRAM/50 ML (2 %)	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution for nebulization 0.5 mg-3 mg(2.5 mg base)/3 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; MO
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
PROLASTIN-C INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; MO
<i>promethazine vc oral syrup 6.25-5 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; MO
SYMBICORT INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160-4.5 MCG/ACTUATION, 80-4.5 MCG/ACTUATION	\$0 (Nivel 2)	ST; MO
XOLAIR SUBCUTANEOUS RECON SOLN 150 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; MO
ZEMAIRA INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; MO
Agentes Para La Fibrosis Quística		
CAYSTON INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 75 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
KALYDECO ORAL GRANULES IN PACKET 50 MG, 75 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; MO
ORKAMBI ORAL TABLET 200-125 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>tobramycin in 0.225 % nacl inhalation solution for nebulization 300 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; MO
Antihipertensivos Pulmonares		
ADCIRCA ORAL TABLET 20 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; MO
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; MO
LETAIRIS ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; MO



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o limites de uso
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; MO
<i>sildenafil (antihypertensive) oral tablet 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; NDS; MO
TRACLEER ORAL TABLET 125 MG, 62.5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; MO
UPTRAVI ORAL TABLET 1,000 MCG, 1,200 MCG, 1,400 MCG, 1,600 MCG, 200 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG	\$0 (Nivel 2)	MO
VENTAVIS INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 10 MCG/ML, 20 MCG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; MO
Antihistamínicos		
<i>azelastine nasal aerosol,spray 137 mcg (0.1 %)</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>azelastine nasal spray,non-aerosol 0.15 % (205.5 mcg)</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>carbinoxamine maleate oral liquid 4 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>carbinoxamine maleate oral tablet 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>cetirizine oral solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>clemastine oral tablet 2.68 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>cyproheptadine oral tablet 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>desloratadine oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>desloratadine oral tablet,disintegrating 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>diphenhydramine hcl injection solution 50 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>hydroxyzine hcl intramuscular solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>hydroxyzine hcl oral solution 10 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS
<i>levocetirizine oral solution 2.5 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>levocetirizine oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>promethazine oral syrup 6.25 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener mas informacion, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS
Antileucotrienos		
<i>montelukast oral granules in packet 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>montelukast oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>montelukast oral tablet, chewable 4 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
Antinflamatorios, Corticoesteroides Inhalables		
BECONASE AQ NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 42 MCG (0.042 %)	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml, 1 mg/2 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; MO
FLOVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 110 MCG/ACTUATION, 220 MCG/ACTUATION, 44 MCG/ACTUATION	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>flunisolide nasal spray, non-aerosol 25 mcg (0.025 %)</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>fluticasone nasal spray, suspension 50 mcg/actuation</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
PULMICORT FLEXHALER INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 180 MCG/ACTUATION, 90 MCG/ACTUATION	\$0 (Nivel 2)	MO
PULMICORT INHALATION SUSPENSION FOR NEBULIZATION 1 MG/2 ML	\$0 (Nivel 2)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; MO
QVAR INHALATION AEROSOL 40 MCG/ACTUATION, 80 MCG/ACTUATION	\$0 (Nivel 2)	MO
Broncodilatadores, Anticolinérgicos		
ATROVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 17 MCG/ACTUATION	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; MO
<i>ipratropium bromide nasal spray, non-aerosol 0.03 %</i>	\$0 (Nivel 1)	MO



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o limites de uso
<i>ipratropium bromide nasal spray, non-aerosol 0.06 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; MO
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION MIST 2.5 MCG/ACTUATION	\$0 (Nivel 2)	MO
SPIRIVA WITH HANDIHALER INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 18 MCG	\$0 (Nivel 2)	MO
TUDORZA PRESSAIR INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 400 MCG/ACTUATION	\$0 (Nivel 2)	MO
TUDORZA PRESSAIR INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 400 MCG/ACTUATION (30 ACTUAT)	\$0 (Nivel 2)	
Broncodilatadores, Simpaticomiméticos		
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg/3 ml (0.083 %)</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; MO
<i>albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>albuterol sulfate oral tablet extended release 12 hr 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
ARCAPTA NEOHALER INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 75 MCG	\$0 (Nivel 2)	MO
BROVANA INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 15 MCG/2 ML	\$0 (Nivel 2)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; MO
<i>epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.15 ml, 0.3 mg/0.3 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>epinephrine injection auto-injector 0.3 mg/0.3 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
EIPEN 2-PAK INJECTION AUTO-INJECTOR 0.3 MG/0.3 ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
EIPEN JR 2-PAK INJECTION AUTO-INJECTOR 0.15 MG/0.3 ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>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</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; MO
<i>metaproterenol oral syrup 10 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>metaproterenol oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o limites de uso
PERFOROMIST INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 20 MCG/2 ML	\$0 (Nivel 2)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; MO
PROAIR HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 90 MCG/ACTUATION	\$0 (Nivel 2)	MO
PROVENTIL HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 90 MCG/ACTUATION	\$0 (Nivel 2)	MO
SEREVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50 MCG/DOSE	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>terbutaline oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>terbutaline subcutaneous solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
VENTOLIN HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 90 MCG/ACTUATION	\$0 (Nivel 2)	MO
XOPENEX HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 45 MCG/ACTUATION	\$0 (Nivel 2)	MO
Inhibidores De La Fosfodiesterasa, Enfermedad De Las Vías Respiratorias		
<i>aminophylline intravenous solution 250 mg/10 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
DALIRESP ORAL TABLET 500 MCG	\$0 (Nivel 2)	PA; MO
<i>theophylline oral solution 80 mg/15 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>theophylline oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>theophylline oral tablet extended release 24 hr 400 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
Agentes Para La Enfermedad Inflamatoria Intestinal		
Aminosalicilatos		
APRISO ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 0.375 GRAM	\$0 (Nivel 2)	MO
ASACOL HD ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 800 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>balsalazide oral capsule 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
CANASA RECTAL SUPPOSITORY 1,000 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
DELZICOL ORAL CAPSULE (WITH DEL REL TABLETS) 400 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
DIPENTUM ORAL CAPSULE 250 MG	\$0 (Nivel 2)	MO



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
GIAZO ORAL TABLET 1.1 GRAM	\$0 (Nivel 2)	NDS
LIALDA ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 1.2 GRAM	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>mesalamine oral tablet, delayed release (dr/ec) 1.2 gram, 800 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>mesalamine with cleansing wipe rectal enema kit 4 gram/60 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
PENTASA ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 250 MG, 500 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
Glucocorticoides		
<i>budesonide oral capsule, delayed, extend. release 3 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
COLOCORT RECTAL ENEMA 100 MG/60 ML	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
UCERIS ORAL TABLET, DELAYED AND EXT. RELEASE 9 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
Sulfonamidas		
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>sulfasalazine oral tablet, delayed release (dr/ec) 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
Agentes Para La Osteopatía Metabólica		
Agentes Para La Osteopatía Metabólica		
ACTONEL ORAL TABLET 30 MG	\$0 (Nivel 2)	ST; NDS
<i>alendronate oral tablet 10 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO; QL (30 per 30 days)
<i>alendronate oral tablet 35 mg, 70 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO; QL (4 per 28 days)
<i>calcitonin (salmon) nasal spray, non-aerosol 200 unit/actuation</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; MO
<i>doxercalciferol intravenous solution 4 mcg/2 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>doxercalciferol oral capsule 0.5 mcg, 1 mcg, 2.5 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>etidronate disodium oral tablet 200 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o limites de uso
FORTEO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MCG/DOSE - 600 MCG/2.4 ML	\$0 (Nivel 2)	PA; MO; QL (2.4 per 28 days)
FOSAMAX PLUS D ORAL TABLET 70 MG-2,800 UNIT, 70 MG- 5,600 UNIT	\$0 (Nivel 2)	MO; QL (4 per 28 days)
<i>ibandronate intravenous solution 3 mg/3 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>ibandronate oral tablet 150 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
MIACALCIN INJECTION SOLUTION 200 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
NATPARA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 MCG/DOSE, 25 MCG/DOSE, 50 MCG/DOSE, 75 MCG/DOSE	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>pamidronate intravenous solution 30 mg/10 ml (3 mg/ml), 60 mg/10 ml (6 mg/ml), 90 mg/10 ml (9 mg/ml)</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>paricalcitol intravenous solution 2 mcg/ml, 5 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
PROLIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; MO
<i>risedronate oral tablet 150 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO; QL (1 per 28 days)
<i>risedronate oral tablet 30 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (30 per 30 days)
<i>risedronate oral tablet 35 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO; QL (4 per 28 days)
<i>risedronate oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO; QL (30 per 30 days)
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML)	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>zoledronic acid intravenous solution 4 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS; MO
<i>zoledronic acid-mannitol-water intravenous piggyback 5 mg/100 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; NDS
Agentes Para Trastornos Del Sueño		
Moduladores De Receptores De Gaba		
<i>estazolam oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 22.5 mg, 30 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>triazolam oral tablet 0.125 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o limites de uso
<i>zolpidem oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS
<i>zolpidem oral tablet,ext release multiphase 12.5 mg, 6.25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS
Trastornos Del Sueño, Otro		
HETLIOZ ORAL CAPSULE 20 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; MO
<i>modafinil oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; MO
ROZEREM ORAL TABLET 8 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS; QL (30 per 30 days)
XYREM ORAL SOLUTION 500 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	LA; NDS
Agentes Para Tratar Adicciones/Abuso De Sustancias		
Agentes Para Dejar De Fumar		
<i>bupropion hcl (smoking deter) oral tablet extended release 12 hr 150 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
CHANTIX CONTINUING MONTH BOX ORAL TABLET 1 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
CHANTIX ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG	\$0 (Nivel 2)	ST; NDS
CHANTIX STARTING MONTH BOX ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.5 MG (11)- 1 MG (42)	\$0 (Nivel 2)	NDS
NICOTROL INHALATION CARTRIDGE 10 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
NICOTROL NS NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 10 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	ST; NDS
Agentes Para La Reversión De Opiáceos		
NARCAN NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 4 MG/ACTUATION	\$0 (Nivel 2)	NDS
Disuasivos Del Alcohol/Para La Abstinencia		
<i>acamprosate oral tablet, delayed release (dr/ec) 333 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>naltrexone oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
Tratamientos De La Dependencia De Opiáceos		
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet 2 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener mas informacion, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet 2 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>buprenorphine-naloxone sublingual tablet 2-0.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO; QL (120 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual tablet 8-2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO; QL (90 per 30 days)
Agentes Terapéuticos Varios		
Agentes Terapéuticos Varios		
<i>alcohol pads topical pads, medicated</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>assure id insulin safety syringe 1 ml 29 gauge x 1/2"</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>fomepizole intravenous solution 1 gram/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>gauze pad topical bandage 2 x 2 "</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (100 per 30 days)
<i>insulin syringe-needle u-100 syringe 0.3 ml 29 gauge, 1 ml 29 gauge x 1/2", 1/2 ml 28 gauge</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; MO; QL (200 per 30 days)
MYALEPT SUBCUTANEOUS RECON SOLN 5 MG/ML (FINAL CONC.)	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>pen needle, diabetic needle 29 gauge x 1/2"</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; MO; QL (200 per 30 days)
<i>water for irrigation, sterile irrigation solution</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
Analgésicos		
Analgésicos Opiáceos De Acción Corta		
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (4500 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (240 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-30 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (400 per 30 days)
ASCOMP WITH CODEINE ORAL CAPSULE 30-50-325-40 MG	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>butalbital-acetaminop-caf-cod oral capsule 50-300-40-30 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>butorphanol tartrate injection solution 1 mg/ml, 2 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>butorphanol tartrate nasal spray, non-aerosol 10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (2.5 per 14 days)



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o limites de uso
<i>carisoprodol-asa-codeine oral tablet 200-325-16 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>codeine sulfate oral tablet 15 mg, 30 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
DURAMORPH (PF) INJECTION SOLUTION 1 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	NDS
ENDOCET ORAL TABLET 5-325 MG, 7.5-325 MG	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (360 per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1,200 mcg, 1,600 mcg, 200 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; NDS
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (240 per 30 days)
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 10-200 mg, 5-200 mg, 7.5-200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (150 per 30 days)
<i>hydromorphone oral liquid 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>hydromorphone oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>ibuprofen-oxycodone oral tablet 400-5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (300 per 30 days)
LAZANDA NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 100 MCG/SPRAY, 400 MCG/SPRAY	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
LORCET (HYDROCODONE) ORAL TABLET 5-325 MG	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (240 per 30 days)
LORCET PLUS ORAL TABLET 7.5-325 MG	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (240 per 30 days)
<i>meperidine oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>morphine concentrate oral solution 100 mg/5 ml (20 mg/ml)</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>morphine intravenous syringe 2 mg/ml, 8 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>morphine oral solution 10 mg/5 ml, 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>morphine oral tablet 15 mg, 30 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>nalbuphine injection solution 10 mg/ml, 20 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
<i>oxycodone oral solution 5 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (2400 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (360 per 30 days)



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tramadol oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (240 per 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (240 per 30 days)
Analgésicos Opiáceos De Acción Prolongada		
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 37.5 mcg/hour, 50 mcg/hr, 62.5 mcg/hour, 75 mcg/hr, 87.5 mcg/hour</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (10 per 30 days)
<i>levorphanol tartrate oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>methadone oral solution 10 mg/5 ml, 5 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>methadone oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>morphine oral capsule, er multiphase 24 hr 120 mg, 30 mg, 45 mg, 60 mg, 75 mg, 90 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (90 per 30 days)
<i>morphine oral capsule, extend.release pellets 10 mg, 100 mg, 20 mg, 30 mg, 50 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (90 per 30 days)
<i>morphine oral tablet extended release 100 mg, 30 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (90 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet, oral only, ext.rel. 12 hr 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (60 per 30 days)
OXYCONTIN ORAL TABLET, ORAL ONLY, EXT.REL.12 HR 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS; QL (60 per 30 days)
<i>oxymorphone oral tablet extended release 12 hr 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (60 per 30 days)
<i>tramadol oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (90 per 30 days)
<i>tramadol oral tablet, er multiphase 24 hr 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
Analgésicos		
ENDOCET ORAL TABLET 10-325 MG	\$0 (Nivel 1)	
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Antinflamatorios No Esteroides		
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 400 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO; QL (60 per 30 days)



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>diclofenac sodium oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet, ir, delayed rel, biphasic 50-200 mg-mcg, 75-200 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>diflunisal oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>etodolac oral tablet 400 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>etodolac oral tablet extended release 24 hr 400 mg, 500 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>fenoprofen oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
FIORINAL ORAL CAPSULE 50-325-40 MG	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>flurbiprofen oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; MO
<i>ibuprofen oral suspension 100 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>indomethacin oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>indomethacin oral capsule, extended release 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>ketoprofen oral capsule 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>ketoprofen oral capsule, ext rel. pellets 24 hr 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; MO
<i>ketorolac oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>meclofenamate oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>meclofenamate oral capsule 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; MO
<i>mefenamic acid oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>naproxen oral suspension 125 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>naproxen oral tablet, delayed release (dr/ec) 375 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>naproxen sodium oral tablet 275 mg, 550 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>naproxen sodium oral tablet, er multiphase 24 hr 375 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>oxaprozin oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>tolmetin oral capsule 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>tolmetin oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; MO
Anestésicos		
Anestésicos Locales		
<i>lidocaine (pf) injection solution 5 mg/ml (0.5 %)</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>lidocaine hcl injection solution 20 mg/ml (2 %)</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>lidocaine hcl mucous membrane jelly 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>lidocaine hcl mucous membrane jelly in applicator 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>lidocaine hcl mucous membrane solution 4 % (40 mg/ml)</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>lidocaine hcl urethral gel 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>lidocaine topical adhesive patch, medicated 5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; NDS
<i>lidocaine topical ointment 5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>lidocaine-prilocaine topical cream 2.5-2.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
Ansiolíticos		
Ansiolíticos, Otro		
<i>buspirone oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>meprobamate oral tablet 200 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Benzodiazepinas		
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>alprazolam oral tablet 0.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>alprazolam oral tablet extended release 24 hr 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>alprazolam oral tablet, disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o limites de uso
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>diazepam intensol oral concentrate 5 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS
<i>diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>oxazepam oral capsule 10 mg, 15 mg, 30 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
Antibacterianos		
Aminoglucósidos		
<i>amikacin injection solution 500 mg/2 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
GENTAK OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.3 % (3 MG/GRAM)	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>gentamicin in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 100 mg/100 ml, 80 mg/50 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>gentamicin injection solution 40 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>gentamicin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>gentamicin sulfate (pf) intravenous solution 100 mg/10 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>gentamicin topical cream 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>gentamicin topical ointment 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>neomycin oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>paromomycin oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>streptomycin intramuscular recon soln 1 gram</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>tobramycin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
TOBREX OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.3 %	\$0 (Nivel 2)	NDS
TOBREX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.3 %	\$0 (Nivel 2)	NDS



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o limites de uso
Antibacterianos, Otro		
BACIIM INTRAMUSCULAR RECON SOLN 50,000 UNIT	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>bacitracin intramuscular recon soln 50,000 unit</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>bacitracin ophthalmic (eye) ointment 500 unit/gram</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
BACTROBAN NASAL NASAL OINTMENT 2 %	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>chloramphenicol sod succinate intravenous recon soln 1 gram</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>clindamycin in 5 % dextrose intravenous piggyback 300 mg/50 ml, 600 mg/50 ml, 900 mg/50 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>clindamycin pediatric oral recon soln 75 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>clindamycin phosphate topical gel 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>clindamycin phosphate topical lotion 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>clindamycin phosphate topical solution 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>colistin (colistimethate na) injection recon soln 150 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
CUBICIN INTRAVENOUS RECON SOLN 500 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>erythromycin-benzoyl peroxide topical gel 3-5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>linezolid intravenous parenteral solution 600 mg/300 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>linezolid oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (840 per 14 days)
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (28 per 14 days)
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gram</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>metronidazole in nacl (iso-os) intravenous piggyback 500 mg/100 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>metronidazole oral capsule 375 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o limites de uso
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>mupirocin calcium topical cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>mupirocin topical ointment 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>neomycin-polymyxin b gu irrigation solution 40 mg-200,000 unit/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (180 per 365 days)
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (720 per 365 days)
<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (180 per 365 days)
<i>nitrofurantoin oral suspension 25 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
SYNERCID INTRAVENOUS RECON SOLN 500 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>tigecycline intravenous recon soln 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
TYGACIL INTRAVENOUS RECON SOLN 50 MG	\$0 (Nivel 2)	
<i>vancomycin intravenous recon soln 1,000 mg, 10 gram, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>vancomycin oral capsule 125 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (112 per 4 days)
ZERBAXA INTRAVENOUS RECON SOLN 1.5 GRAM	\$0 (Nivel 2)	NDS
ZYVOX ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 100 MG/5 ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS; QL (840 per 14 days)
Betalactámico, Cefalosporinas		
<i>cefactor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>cefactor oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 375 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>cefactor oral tablet extended release 12 hr 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>cefadroxil oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>cefadroxil oral tablet 1 gram</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o limites de uso
<i>cefazolin injection recon soln 1 gram, 10 gram, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>cefdinir oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>cefepime injection recon soln 1 gram, 2 gram</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefixime oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>cefotaxime injection recon soln 1 gram, 2 gram, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>cefotetan injection recon soln 1 gram, 2 gram</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>cefoxitin intravenous recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>cefpodoxime oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 50 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>cefpodoxime oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>cefprozil oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>ceftazidime injection recon soln 1 gram, 2 gram, 6 gram</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>ceftriaxone injection recon soln 10 gram, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>ceftriaxone intravenous recon soln 1 gram, 2 gram</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>cefuroxime sodium injection recon soln 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>cefuroxime sodium intravenous recon soln 1.5 gram, 7.5 gram</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>cephalexin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>cephalexin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
SUPRAX ORAL TABLET, CHEWABLE 100 MG, 200 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
TAZICEF INJECTION RECON SOLN 1 GRAM, 2 GRAM, 6 GRAM	\$0 (Nivel 1)	NDS
TEFLARO INTRAVENOUS RECON SOLN 400 MG, 600 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
Betalactámico, Otro		
AZACTAM IN DEXTROSE (ISO-OSM) INTRAVENOUS PIGGYBACK 1 GRAM/50 ML, 2 GRAM/50 ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>aztreonam injection recon soln 1 gram</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
DORIBAX INTRAVENOUS RECON SOLN 500 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>imipenem-cilastatin intravenous recon soln 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; NDS
INVANZ INJECTION RECON SOLN 1 GRAM	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>meropenem intravenous recon soln 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
Betalactámico, Penicilinas		
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>amoxicillin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>amoxicillin oral tablet, chewable 125 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>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</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 500-125 mg, 875-125 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet extended release 12 hr 1,000-62.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet, chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>ampicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>ampicillin sodium injection recon soln 1 gram, 10 gram, 125 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>ampicillin-sulbactam injection recon soln 1.5 gram, 15 gram, 3 gram</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML, 600,000 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>dicloxacillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>nafcillin injection recon soln 1 gram, 10 gram</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>oxacillin injection recon soln 10 gram</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>penicillin g sodium injection recon soln 5 million unit</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>penicillin v potassium oral recon soln 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 3.375 gram, 4.5 gram</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; NDS
<i>piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 40.5 gram</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
Macrólidos		
AZASITE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 1 %	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>azithromycin intravenous recon soln 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>azithromycin oral packet 1 gram</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>azithromycin oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>clarithromycin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>clarithromycin oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
E.E.S. 400 ORAL TABLET 400 MG	\$0 (Nivel 1)	NDS
E.E.S. GRANULES ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 200 MG/5 ML	\$0 (Nivel 1)	NDS
ERY PADS TOPICAL SWAB 2 %	\$0 (Nivel 1)	NDS
ERYTHROCIN (AS STEARATE) ORAL TABLET 250 MG	\$0 (Nivel 1)	NDS
ERYTHROCIN INTRAVENOUS RECON SOLN 500 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>erythromycin ethylsuccinate oral tablet 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>erythromycin ophthalmic (eye) ointment 5 mg/gram (0.5 %)</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>erythromycin with ethanol topical gel 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>erythromycin with ethanol topical solution 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
PCE ORAL TABLET, PARTICLES/CRYSTALS 333 MG, 500 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
ZITHROMAX ORAL TABLET 250 MG	\$0 (Nivel 1)	NDS
ZMAX ORAL SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 2 GRAM/60 ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
Quinolonas		
<i>ciprofloxacin (mixture) oral tablet, er multiphase 24 hr 1,000 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 100 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose intravenous piggyback 200 mg/100 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>ciprofloxacin lactate intravenous solution 400 mg/40 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>ciprofloxacin oral suspension,microcapsule recon 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>gatifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>levofloxacin in d5w intravenous piggyback 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>levofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>levofloxacin oral solution 250 mg/10 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>moxifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>moxifloxacin oral tablet 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (14 per 14 days)
<i>moxifloxacin-sod.ace,sul-water intravenous piggyback 400 mg/250 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>ofloxacin oral tablet 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener mas informacion, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o limites de uso
VIGAMOX OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.5 %	\$0 (Nivel 2)	NDS
Sulfonamidas		
<i>silver sulfadiazine topical cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
SSD TOPICAL CREAM 1 %	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>sulfacetamide sodium (acne) topical suspension 10 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) drops 10 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) ointment 10 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim intravenous solution 400-80 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg, 800-160 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
Tetraciclinas		
<i>demeclocycline oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
DOXY-100 INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 150 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>minocycline oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>minocycline oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>minocycline oral tablet extended release 24 hr 135 mg, 45 mg, 90 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>tetracycline oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o limites de uso
Anticonvulsivos		
Agentes Del Canal De Sodio		
APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG, 600 MG, 800 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
BANZEL ORAL SUSPENSION 40 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	MO
BANZEL ORAL TABLET 200 MG, 400 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>carbamazepine oral tablet extended release 12 hr 200 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>carbamazepine oral tablet, chewable 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
CEREBYX INJECTION SOLUTION 500 MG PE/10 ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
EPITOL ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>fosphenytoin injection solution 100 mg pe/2 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5 ml (60 mg/ml)</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
PEGANONE ORAL TABLET 250 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>phenytoin oral tablet, chewable 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>phenytoin sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
TEGRETOL XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 100 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
VIMPAT INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/20 ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
VIMPAT ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	MO
VIMPAT ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 2)	MO; QL (60 per 30 days)



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o limites de uso
Agentes Reductores De Glutamato		
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
FELBATOL ORAL SUSPENSION 600 MG/5 ML	\$0 (Nivel 2)	MO
FELBATOL ORAL TABLET 400 MG, 600 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
LAMICTAL ODT ORAL TABLET,DISINTEGRATING 100 MG, 200 MG, 25 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
LAMICTAL ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 25 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
LAMICTAL ORAL TABLET, CHEWABLE DISPERSIBLE 25 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
LAMICTAL XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24HR 250 MG, 300 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>lamotrigine oral tablet extended release 24hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>lamotrigine oral tablet, chewable dispersible 25 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>lamotrigine oral tablet, disintegrating 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>topiramate oral capsule, sprinkle 15 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
Anticonvulsivos, Otro		
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	MO
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	MO
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
KEPPRA ORAL SOLUTION 100 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	MO
KEPPRA ORAL TABLET 1,000 MG, 250 MG, 500 MG, 750 MG	\$0 (Nivel 2)	MO



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
KEPPRA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 500 MG, 750 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>levetiracetam in nacl (iso-os) intravenous piggyback 1,000 mg/100 ml, 1,500 mg/100 ml, 500 mg/100 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>levetiracetam intravenous solution 500 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>levetiracetam oral tablet 1,000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>levetiracetam oral tablet extended release 24 hr 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
ROWEEPRA ORAL TABLET 1,000 MG, 500 MG, 750 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1,000 MG, 250 MG, 500 MG, 750 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
Intensificadores Del Ácido G-Aminobutírico (Gaba)		
DEPACON INTRAVENOUS SOLUTION 500 MG/5 ML (100 MG/ML)	\$0 (Nivel 2)	
DEPAKENE ORAL CAPSULE 250 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
DEPAKENE ORAL SOLUTION 250 MG/5 ML	\$0 (Nivel 2)	MO
DEPAKOTE ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 250 MG, 500 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
DEPAKOTE ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 125 MG, 250 MG, 500 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
DEPAKOTE SPRINKLES ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 125 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
DIASTAT ACUDIAL RECTAL KIT 12.5-15-17.5-20 MG, 5-7.5-10 MG	\$0 (Nivel 2)	
DIASTAT RECTAL KIT 2.5 MG	\$0 (Nivel 2)	
<i>diazepam rectal kit 2.5 mg, 5-7.5-10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>divalproex oral capsule, delayed rel sprinkle 125 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o limites de uso
<i>divalproex oral tablet, delayed release (dr/ec) 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>gabapentin oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
GABITRIL ORAL TABLET 12 MG, 16 MG, 2 MG, 4 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
MYSOLINE ORAL TABLET 250 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
MYSOLINE ORAL TABLET 50 MG	\$0 (Nivel 1)	MO
NEURONTIN ORAL CAPSULE 100 MG, 300 MG, 400 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
NEURONTIN ORAL SOLUTION 250 MG/5 ML	\$0 (Nivel 2)	MO
NEURONTIN ORAL TABLET 600 MG, 800 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
ONFI ORAL SUSPENSION 2.5 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	MO
ONFI ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
SABRIL ORAL POWDER IN PACKET 500 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; LA; NDS; MO
SABRIL ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; LA; NDS
<i>tiagabine oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>valproate sodium intravenous solution 500 mg/5 ml (100 mg/ml)</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>vigabatrin oral powder in packet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
Modificadores Del Canal De Calcio		
CELONTIN ORAL CAPSULE 300 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
ZARONTIN ORAL CAPSULE 250 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
ZARONTIN ORAL SOLUTION 250 MG/5 ML	\$0 (Nivel 2)	MO
ZONEGRAN ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
Antidemenciales		
Antagonista De Receptores De N-Metil-D-Aspartato (Nmda)		
<i>memantine oral solution 2 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>memantine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>memantine oral tablets,dose pack 5-10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
NAMENDA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
NAMENDA TITRATION PAK ORAL TABLETS,DOSE PACK 5-10 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
Antidemenciales, Otro		
<i>ergoloid oral tablet 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
Inhibidores De Colinesterasa		
<i>donepezil oral tablet 10 mg, 23 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>donepezil oral tablet,disintegrating 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
EXELON TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 13.3 MG/24 HOUR, 4.6 MG/24 HR, 9.5 MG/24 HR	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>galantamine oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>galantamine oral solution 4 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>galantamine oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO; QL (60 per 30 days)
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24 hour, 4.6 mg/24 hr, 9.5 mg/24 hr</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
Antidepresivos		
Antidepresivos, Otro		
<i>amitriptyline-chlordiazepoxide oral tablet 12.5-5 mg, 25-10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener mas informacion, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o limites de uso
APLENZIN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 174 MG, 348 MG, 522 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>bupropion hcl oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>bupropion hcl oral tablet extended release 12 hr 150 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; MO
<i>bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>mirtazapine oral tablet, disintegrating 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>olanzapine-fluoxetine oral capsule 12-25 mg, 12-50 mg, 3-25 mg, 6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO; QL (30 per 30 days)
<i>perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
Inhibidores De La Monoaminoxidasa		
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24 HR, 6 MG/24 HR, 9 MG/24 HR	\$0 (Nivel 2)	MO
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>phenelzine oral tablet 15 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>tranylcypromine oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
Isrs/Irsn (Inhibidores Selectivos De La Recaptación De Serotonina/Inhibidores De La Recaptación De Serotonina Y Norepinefrina)		
<i>citalopram oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO; QL (30 per 30 days)
FETZIMA ORAL CAPSULE, EXT REL 24HR DOSE PACK 20 MG (2)- 40 MG (26)	\$0 (Nivel 2)	NDS
FETZIMA ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24 HR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>fluoxetine oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>fluoxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 90 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o limites de uso
<i>fluoxetine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>fluoxetine oral tablet 10 mg, 20 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>fluvoxamine oral capsule, extended release 24hr 100 mg, 150 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>fluvoxamine oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
KHEDEZLA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24HR 100 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>maprotiline oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>nefazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>paroxetine hcl oral tablet extended release 24 hr 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
PAXIL ORAL SUSPENSION 10 MG/5 ML	\$0 (Nivel 2)	MO
PEXEVA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
PRISTIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 100 MG, 25 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>sertraline oral concentrate 20 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>sertraline oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>trazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>venlafaxine oral capsule, extended release 24hr 150 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>venlafaxine oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>venlafaxine oral tablet extended release 24hr 225 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
VIIBRYD ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
VIIBRYD ORAL TABLETS, DOSE PACK 10 MG (7)- 20 MG (23)	\$0 (Nivel 2)	NDS



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o limites de uso
Isrs/Irsn		
<i>desvenlafaxine succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
Tricíclicos		
<i>amitriptyline oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>clomipramine oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>desipramine oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>doxepin oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>doxepin oral concentrate 10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>imipramine pamoate oral capsule 100 mg, 125 mg, 150 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>nortriptyline oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>nortriptyline oral solution 10 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>protriptyline oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
SURMONTIL ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>trimipramine oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
Antieméticos		
Adjuntos De Terapia Emetógena		
ANZEMET ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS; QL (3 per 21 days)
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
EMEND ORAL CAPSULE 125 MG, 40 MG, 80 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS; QL (6 per 30 days)



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o limites de uso
<i>granisetron (pf) intravenous solution 100 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
<i>granisetron hcl intravenous solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>granisetron hcl intravenous solution 1 mg/ml (1 ml)</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
<i>granisetron hcl oral tablet 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
<i>ondansetron hcl (pf) injection solution 4 mg/2 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
<i>ondansetron hcl (pf) injection syringe 4 mg/2 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>ondansetron hcl oral solution 4 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
<i>ondansetron hcl oral tablet 24 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
<i>ondansetron oral tablet, disintegrating 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
Antieméticos, Otro		
COMPRO RECTAL SUPPOSITORY 25 MG	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>meclizine oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
PHENADOZ RECTAL SUPPOSITORY 12.5 MG	\$0 (Nivel 1)	NDS
PHENERGAN RECTAL SUPPOSITORY 12.5 MG, 25 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2 ml (5 mg/ml)</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>promethazine rectal suppository 12.5 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS
<i>promethazine rectal suppository 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
PROMETHEGAN RECTAL SUPPOSITORY 25 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 1)	NDS
TRANSDERM-SCOP TRANSDERMAL PATCH 3 DAY 1 MG OVER 3 DAYS	\$0 (Nivel 2)	NDS
Antigotosos		
Antigotosos		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
ALOPRIM INTRAVENOUS RECON SOLN 500 MG	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>probenecid-colchicine oral tablet 500-0.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; MO
ULORIC ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
Antijaquerosos		
Agonistas De Los Receptores De Serotonina (5-Ht) 1B/1D		
<i>naratriptan oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (18 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (18 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet, disintegrating 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (18 per 30 days)
<i>sumatriptan nasal spray, non-aerosol 20 mg/actuation, 5 mg/actuation</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (12 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (18 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous cartridge 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (9 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 6 mg/0.5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (9 per 30 days)
Alcaloides Del Cornezuelo		
<i>dihydroergotamine injection solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>dihydroergotamine nasal spray, non-aerosol 0.5 mg/pump act. (4 mg/ml)</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
MIGERGOT RECTAL SUPPOSITORY 2-100 MG	\$0 (Nivel 1)	NDS
Antimiasténicos		
Parasimpaticomiméticos		
<i>guanidine oral tablet 125 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
MESTINON ORAL SYRUP 60 MG/5 ML	\$0 (Nivel 2)	MO
MESTINON TIMESPAN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 180 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>pyridostigmine bromide oral tablet extended release 180 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
Antimicobacterianos		
Antimicobacterianos, Otro		
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
Antituberculosos		
CAPASTAT INJECTION RECON SOLN 1 GRAM	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>ethambutol oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; MO
<i>isoniazid injection solution 100 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>isoniazid oral solution 50 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; MO
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
PASER ORAL GRANULES DR FOR SUSP IN PACKET 4 GRAM	\$0 (Nivel 2)	NDS; MO
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>rifampin intravenous recon soln 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
RIFATER ORAL TABLET 50-120-300 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS
TRECTOR ORAL TABLET 250 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
Antimicóticos		
Antimicóticos		
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o limites de uso
AMBISOME INTRAVENOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS
<i>amphotericin b injection recon soln 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
CANCIDAS INTRAVENOUS RECON SOLN 50 MG, 70 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS
<i>caspofungin intravenous recon soln 50 mg, 70 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS
<i>ciclopirox topical cream 0.77 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>ciclopirox topical gel 0.77 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>ciclopirox topical shampoo 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>ciclopirox topical solution 8 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>ciclopirox topical suspension 0.77 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>clotrimazole mucous membrane troche 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>clotrimazole topical cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>clotrimazole topical solution 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>econazole topical cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
ERAXIS(WATER DILUENT) INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
EXELDERM TOPICAL CREAM 1 %	\$0 (Nivel 2)	NDS
EXELDERM TOPICAL SOLUTION 1 %	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 400 mg/200 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS
<i>fluconazole oral suspension for reconstitution 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
KERYDIN TOPICAL SOLUTION WITH APPLICATOR 5 %	\$0 (Nivel 2)	NDS



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o limites de uso
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>ketoconazole topical cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>ketoconazole topical foam 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>ketoconazole topical shampoo 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
MENTAX TOPICAL CREAM 1 %	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>miconazole-3 vaginal suppository 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
MYCAMINE INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>naftifine topical cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
NAFTIN TOPICAL CREAM 2 %	\$0 (Nivel 2)	NDS
NAFTIN TOPICAL GEL 1 %, 2 %	\$0 (Nivel 2)	NDS
NATACYN OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 5 %	\$0 (Nivel 2)	NDS
NOXAFIL ORAL SUSPENSION 200 MG/5 ML (40 MG/ML)	\$0 (Nivel 2)	NDS
NOXAFIL ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 100 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
NYAMYC TOPICAL POWDER 100,000 UNIT/GRAM	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>nystatin oral suspension 100,000 unit/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>nystatin oral tablet 500,000 unit</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>nystatin topical cream 100,000 unit/gram</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>nystatin topical ointment 100,000 unit/gram</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>nystatin topical powder 100,000 unit/gram</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>nystatin-triamcinolone topical cream 100,000-0.1 unit/g-%</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>nystatin-triamcinolone topical ointment 100,000-0.1 unit/gram-%</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
NYSTOP TOPICAL POWDER 100,000 UNIT/GRAM	\$0 (Nivel 1)	NDS
OXISTAT TOPICAL CREAM 1 %	\$0 (Nivel 2)	NDS
OXISTAT TOPICAL LOTION 1 %	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>voriconazole intravenous solution 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener mas informacion, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>voriconazole oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml (40 mg/ml)</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
Antineoplásicos		
Alquilantes		
BICNU INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS
<i>busulfan intravenous solution 60 mg/10 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
BUSULFEX INTRAVENOUS SOLUTION 60 MG/10 ML	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS
<i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG, 100 MG, 40 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
HEXALEN ORAL CAPSULE 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS
<i>ifosfamide intravenous recon soln 1 gram</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; LA; NDS
<i>melphalan hcl intravenous recon soln 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS
MUSTARGEN INJECTION RECON SOLN 10 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS
TREANDA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS
VALCHLOR TOPICAL GEL 0.016 %	\$0 (Nivel 2)	MO
Antiandrógenos		
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>flutamide oral capsule 125 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
NILANDRON ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; LA; MO; QL (120 per 30 days)



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
ZYTIGA ORAL TABLET 250 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; LA; MO; QL (120 per 30 days)
ZYTIGA ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
Antiangiogénicos		
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; LA; MO
REVLIMID ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 25 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; LA; MO
REVLIMID ORAL CAPSULE 20 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; MO
Anticuerpos Monoclonales		
AVASTIN INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML, 25 MG/ML (16 ML)	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS
BAVENCIO INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	MO
DARZALEX INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
EMPLICITI INTRAVENOUS RECON SOLN 300 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
ERBITUX INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/50 ML	\$0 (Nivel 2)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
HERCEPTIN INTRAVENOUS RECON SOLN 440 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
IMFINZI INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	MO
IMFINZI INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML (10 ML)	\$0 (Nivel 2)	
KADCYLA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; LA; NDS
KEYTRUDA INTRAVENOUS RECON SOLN 50 MG	\$0 (Nivel 2)	
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	MO
OPDIVO INTRAVENOUS SOLUTION 40 MG/4 ML	\$0 (Nivel 2)	MO



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
PERJETA INTRAVENOUS SOLUTION 420 MG/14 ML (30 MG/ML)	\$0 (Nivel 2)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
RITUXAN INTRAVENOUS CONCENTRATE 10 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; LA; NDS
SYLVANT INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
TECENTRIQ INTRAVENOUS SOLUTION 1,200 MG/20 ML (60 MG/ML)	\$0 (Nivel 2)	MO
VECTIBIX INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/5 ML (20 MG/ML)	\$0 (Nivel 2)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
YERVOY INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/10 ML (5 MG/ML)	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; LA; NDS
Antiestrógenos/Modificadores		
EMCYT ORAL CAPSULE 140 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS
FARESTON ORAL TABLET 60 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; MO
FASLODEX INTRAMUSCULAR SYRINGE 250 MG/5 ML	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; MO
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 10 MG/5 ML	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; MO
<i>tamoxifen oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
Antimetabolitos		
ADRUCIL INTRAVENOUS SOLUTION 500 MG/10 ML	\$0 (Nivel 1)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
ALIMTA INTRAVENOUS RECON SOLN 500 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS
<i>cladribine intravenous solution 10 mg/10 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS
<i>clofarabine intravenous solution 20 mg/20 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
CLOLAR INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/20 ML	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS
<i>cytarabine injection solution 20 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG	\$0 (Nivel 2)	MO



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o limites de uso
ELITEK INTRAVENOUS RECON SOLN 1.5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
<i>fluorouracil intravenous solution 2.5 gram/50 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
<i>fluorouracil topical cream 5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>fluorouracil topical solution 2 %, 5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
FOLOTYN INTRAVENOUS SOLUTION 40 MG/2 ML (20 MG/ML)	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS
<i>gemcitabine intravenous recon soln 1 gram</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG, 20-8.19 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>methotrexate sodium injection solution 25 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
NIPENT INTRAVENOUS RECON SOLN 10 MG	\$0 (Nivel 2)	
PURIXAN ORAL SUSPENSION 20 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
TABLOID ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	MO
Antineoplásicos, Otro		
ABRAXANE INTRAVENOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS
ADRIAMYCIN INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/10 ML	\$0 (Nivel 2)	
ARRANON INTRAVENOUS SOLUTION 250 MG/50 ML	\$0 (Nivel 2)	
<i>azacitidine injection recon soln 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS
BELEODAQ INTRAVENOUS RECON SOLN 500 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>bleomycin injection recon soln 30 unit</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG, 60 MG	\$0 (Nivel 2)	



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o limites de uso
<i>carboplatin intravenous solution 10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS
<i>cisplatin intravenous solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS
COSMEGEN INTRAVENOUS RECON SOLN 0.5 MG	\$0 (Nivel 2)	
CYRAMZA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	MO
CYRAMZA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML (50 ML)	\$0 (Nivel 2)	
<i>dacarbazine intravenous recon soln 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS
<i>daunorubicin intravenous solution 5 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>decitabine intravenous recon soln 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS
<i>dexrazoxane hcl intravenous recon soln 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS
<i>docetaxel intravenous solution 80 mg/4 ml (20 mg/ml), 80 mg/8 ml (10 mg/ml)</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS
DOXIL INTRAVENOUS SUSPENSION 2 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	
<i>doxorubicin intravenous solution 50 mg/25 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS
<i>doxorubicin, peg-liposomal intravenous suspension 2 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
ELLECE INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/100 ML	\$0 (Nivel 2)	
<i>epirubicin intravenous solution 200 mg/100 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
ERWINAZE INJECTION RECON SOLN 10,000 UNIT	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS
FARYDAK ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 20 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS
<i>fludarabine intravenous recon soln 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS
FUSILEV INTRAVENOUS RECON SOLN 50 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
HALAVEN INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/2 ML (0.5 MG/ML)	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o limites de uso
<i>idarubicin intravenous solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS
<i>irinotecan intravenous solution 100 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS
ISTODAX INTRAVENOUS RECON SOLN 10 MG/2 ML	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS
JEVTANA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML (FIRST DILUTION)	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS
<i>leucovorin calcium injection recon soln 100 mg, 350 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>levoleucovorin intravenous recon soln 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levoleucovorin intravenous solution 10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
LYNPARZA ORAL CAPSULE 50 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>mesna intravenous solution 100 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
MESNEX ORAL TABLET 400 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>mitomycin intravenous recon soln 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>mitoxantrone intravenous concentrate 2 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; MO
<i>oxaliplatin intravenous solution 100 mg/20 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS
<i>paclitaxel intravenous concentrate 6 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS
PROLEUKIN INTRAVENOUS RECON SOLN 22 MILLION UNIT	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	\$0 (Nivel 2)	
SYLATRON SUBCUTANEOUS KIT 200 MCG, 300 MCG, 600 MCG	\$0 (Nivel 2)	MO
SYNRIBO SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3.5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; MO
<i>thiotepa injection recon soln 15 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
TRISENOX INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/10 ML	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
VELCADE INJECTION RECON SOLN 3.5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS
<i>vinblastine intravenous solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS
VINCASAR PFS INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS
<i>vincristine intravenous solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS
<i>vinorelbine intravenous solution 50 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS
YONDELIS INTRAVENOUS RECON SOLN 1 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
ZALTRAP INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4 ML (25 MG/ML)	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; MO
ZANOSAR INTRAVENOUS RECON SOLN 1 GRAM	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS; QL (120 per 30 days)
Antineoplásicos		
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
VYXEOS INTRAVENOUS RECON SOLN 44-100 MG	\$0 (Nivel 2)	
ZEJULA ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
Inhibidores De Aromatasa, Tercera Generación		
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO; QL (30 per 30 days)
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
Inhibidores De Enzimas		
ETOPOPHOS INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>etoposide intravenous solution 20 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 200 MG/DAY(200 MG X 1)-2.5 MG, 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG, 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG	\$0 (Nivel 2)	MO



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o limites de uso
KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1), 400 MG/DAY (200 MG X 2), 600 MG/DAY (200 MG X 3)	\$0 (Nivel 2)	MO
KYPROLIS INTRAVENOUS RECON SOLN 30 MG, 60 MG	\$0 (Nivel 2)	
TOPOSAR INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>topotecan intravenous recon soln 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS
Inhibidores De La Diana Molecular		
AFINITOR DISPERZ ORAL TABLET FOR SUSPENSION 2 MG, 3 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; MO
AFINITOR ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG, 7.5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; MO
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; MO; QL (150 per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; MO; QL (30 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS; MO; QL (60 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS; MO; QL (30 per 30 days)
COMETRIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1), 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3), 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY)	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; LA; NDS; MO
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; LA; MO; QL (30 per 30 days)
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; LA; MO; QL (30 per 30 days)



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o limites de uso
GLEEVEC ORAL TABLET 100 MG, 400 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; MO
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
ICLUSIG ORAL TABLET 15 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
ICLUSIG ORAL TABLET 45 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; MO
<i>imatinib oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; LA; NDS; QL (120 per 30 days)
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; LA; NDS; QL (180 per 30 days)
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; LA; NDS; QL (120 per 30 days)
IRESSA ORAL TABLET 250 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS; QL (60 per 30 days)
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; LA; MO; QL (60 per 30 days)
LENVIMA ORAL CAPSULE 10 MG/DAY (10 MG X 1/DAY), 20 MG/DAY (10 MG X 2), 24 MG/DAY(10 MG X 2-4 MG X 1)	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; MO
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; LA; MO; QL (120 per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; LA; MO; QL (30 per 30 days)
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
NEXAVAR ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; LA; NDS; QL (120 per 30 days)
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 20 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; MO



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener mas informacion, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o limites de uso
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; LA; NDS; QL (120 per 30 days)
SUTENT ORAL CAPSULE 12.5 MG, 25 MG, 37.5 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; LA; NDS
TAGRISO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
TARCEVA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; LA; MO
TARCEVA ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; LA; MO; QL (30 per 30 days)
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; MO; QL (120 per 30 days)
TORISEL INTRAVENOUS RECON SOLN 30 MG/3 ML (10 MG/ML) (FIRST)	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS
TYKERB ORAL TABLET 250 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; LA; MO; QL (180 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG-50 MG- 100 MG	\$0 (Nivel 2)	
VOTRIENT ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; LA; NDS; MO; QL (120 per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; LA; MO; QL (60 per 30 days)
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; LA; MO; QL (240 per 30 days)
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
ZYKADIA ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
Retinoides		
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener mas informacion, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
PANRETIN TOPICAL GEL 0.1 %	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS
TARGRETIN ORAL CAPSULE 75 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; MO
TARGRETIN TOPICAL GEL 1 %	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS
<i>tretinoin (chemotherapy) oral capsule 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
Antiparasitarios		
Antihelmínticos		
ALBENZA ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
BILTRICIDE ORAL TABLET 600 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
Antiprotozoarios		
ALINIA ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 100 MG/5 ML	\$0 (Nivel 2)	NDS; QL (150 per 3 days)
ALINIA ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS; QL (6 per 3 days)
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>atovaquone-proguanil oral tablet 250-100 mg, 62.5-25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
DARAPRIM ORAL TABLET 25 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>hydroxychloroquine oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>mefloquine oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
NEBUPENT INHALATION RECON SOLN 300 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS; MO
PENTAM INJECTION RECON SOLN 300 MG	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>primaquine oral tablet 26.3 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
Escabicidas/Pediculicidas		
<i>lindane topical shampoo 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>malathion topical lotion 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>permethrin topical cream 5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o limites de uso
Antiparkinsonianos		
Agonistas De La Dopamina		
APOKYN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 10 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	NDS; MO
<i>bromocriptine oral capsule 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>bromocriptine oral tablet 2.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
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	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>pramipexole oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>pramipexole oral tablet extended release 24 hr 0.375 mg, 0.75 mg, 1.5 mg, 2.25 mg, 3 mg, 4.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>ropinirole oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
Anticolinérgicos		
<i>benztropine injection solution 2 mg/2 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>benztropine oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>trihexyphenidyl oral elixir 0.4 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>trihexyphenidyl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
Antiparkinsonianos, Otro		
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>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</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>tolcapone oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
Inhibidores De La Monoaminooxidasa Tipo B (Mao-B)		
AZILECT ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
ZELAPAR ORAL TABLET,DISINTEGRATING 1.25 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
Precusores De La Dopamina/L- Aminoácidos Inhibidor De La Descarboxilasa		
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>carbidopa-levodopa oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>carbidopa-levodopa oral tablet,disintegrating 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
Antipsicóticos		
Primera Generación/Típicos		
<i>chlorpromazine injection solution 25 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>chlorpromazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; MO
<i>fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 50 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
ORAP ORAL TABLET 1 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>thioridazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; MO
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>trifluoperazine oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener mas informacion, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
Resistentes Al Tratamiento		
<i>clozapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>clozapine oral tablet, disintegrating 100 mg, 12.5 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO; QL (270 per 30 days)
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	MO
Segunda Generación/Atípicos		
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL RECON 300 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 300 MG, 400 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO; QL (30 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet, disintegrating 10 mg, 15 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 1,064 MG/3.9 ML, 441 MG/1.6 ML, 662 MG/2.4 ML, 882 MG/3.2 ML	\$0 (Nivel 2)	MO
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
FANAPT ORAL TABLETS, DOSE PACK 1MG(2)-2MG(2)- 4MG(2)-6MG(2)	\$0 (Nivel 2)	NDS
GEODON INTRAMUSCULAR RECON SOLN 20 MG/ML (FINAL CONC.)	\$0 (Nivel 2)	NDS; QL (60 per 30 days)
INVEGA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24HR 1.5 MG, 3 MG, 6 MG, 9 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML, 156 MG/ML, 234 MG/1.5 ML, 39 MG/0.25 ML, 78 MG/0.5 ML	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; MO
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 273 MG/0.875 ML, 410 MG/1.315 ML, 546 MG/1.75 ML, 819 MG/2.625 ML	\$0 (Nivel 2)	MO
LATUDA ORAL TABLET 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
NUPLAZID ORAL TABLET 17 MG	\$0 (Nivel 2)	MO



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o limites de uso
<i>olanzapine intramuscular recon soln 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO; QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet,disintegrating 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO; QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg, 3 mg, 6 mg, 9 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>quetiapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO; QL (60 per 30 days)
<i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SYRINGE 12.5 MG/2 ML, 25 MG/2 ML, 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; MO
RISPERDAL M-TAB ORAL TABLET,DISINTEGRATING 0.5 MG, 1 MG, 3 MG, 4 MG	\$0 (Nivel 1)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; MO
RISPERDAL M-TAB ORAL TABLET,DISINTEGRATING 2 MG	\$0 (Nivel 1)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>risperidone oral tablet,disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
SAPHRIS (BLACK CHERRY) SUBLINGUAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
SEROQUEL XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 150 MG, 200 MG, 300 MG, 400 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 2)	MO; QL (60 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
VRAYLAR ORAL CAPSULE,DOSE PACK 1.5 MG (1)- 3 MG (6)	\$0 (Nivel 2)	
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO; QL (60 per 30 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 210 MG	\$0 (Nivel 2)	MO



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener mas informacion, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o limites de uso
Antiviricos		
Agentes Contra El Citomegalovirus (Cmv)		
<i>cidofovir intravenous solution 75 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; NDS
<i>ganciclovir sodium intravenous recon soln 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; NDS
VALCYTE ORAL RECON SOLN 50 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>valganciclovir oral tablet 450 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
ZIRGAN OPHTHALMIC (EYE) GEL 0.15 %	\$0 (Nivel 2)	NDS
Agentes Contra La Hepatitis B (Vhb)		
<i>adefovir oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
BARACLUDE ORAL SOLUTION 0.05 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
EPIVIR HBV ORAL SOLUTION 25 MG/5 ML (5 MG/ML)	\$0 (Nivel 2)	MO
INTRON A INJECTION SOLUTION 10 MILLION UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
Agentes Contra La Hepatitis C (Vhc)		
DAKLINZA ORAL TABLET 30 MG, 60 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
HARVONI ORAL TABLET 90-400 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
INTRON A INJECTION RECON SOLN 10 MILLION UNIT (1 ML), 18 MILLION UNIT (1 ML), 50 MILLION UNIT (1 ML)	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS
INTRON A INJECTION SOLUTION 6 MILLION UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS
MAVYRET ORAL TABLET 100-40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA
MODERIBA DOSE PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 400 MG (7)- 400 MG (7), 600 MG (7)- 600 MG (7)	\$0 (Nivel 1)	NDS
MODERIBA ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nivel 1)	NDS
PEGASYS PROCLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 135 MCG/0.5 ML, 180 MCG/0.5 ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
PEGINTRON REDIPEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 120 MCG/0.5 ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener mas informacion, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
REBETOL ORAL SOLUTION 40 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
RIBASPHERE ORAL CAPSULE 200 MG	\$0 (Nivel 1)	NDS
RIBASPHERE ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nivel 1)	NDS
RIBASPHERE ORAL TABLET 400 MG, 600 MG	\$0 (Nivel 1)	PA; NDS
RIBASPHERE RIBAPAK ORAL TABLETS,DOSE PACK 400-400 MG (28)-MG (28), 600-400 MG (28)-MG (28), 600-600 MG (28)-MG (28)	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>ribavirin oral capsule 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; NDS
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; NDS
SOVALDI ORAL TABLET 400 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; MO
TECHNIVIE ORAL TABLET 12.5-75-50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
Antigripales		
RELENZA DISKHALER INHALATION BLISTER WITH DEVICE 5 MG/ACTUATION	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>rimantadine oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
TAMIFLU ORAL CAPSULE 30 MG, 45 MG, 75 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
TAMIFLU ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 6 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
Antiherpéticos		
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
<i>acyclovir topical ointment 5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
DENAVIR TOPICAL CREAM 1 %	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; MO
<i>trifluridine ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>valacyclovir oral tablet 1 gram, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
ZOVIRAX TOPICAL CREAM 5 %	\$0 (Nivel 2)	NDS



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener mas informacion, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o limites de uso
Antirretrovíricos, Inhibidores De La Integrasa (Insti)		
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
ISENTRESS ORAL POWDER IN PACKET 100 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG	\$0 (Nivel 2)	MO; QL (60 per 30 days)
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 100 MG, 25 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG	\$0 (Nivel 2)	MO; QL (30 per 30 days)
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG, 25 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
Antirretrovíricos, Inhibidores De Proteasa		
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
APTIVUS ORAL SOLUTION 100 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	MO
CRIXIVAN ORAL CAPSULE 200 MG, 400 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG	\$0 (Nivel 2)	MO; QL (30 per 30 days)
INVIRASE ORAL CAPSULE 200 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
INVIRASE ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
KALETRA ORAL SOLUTION 400-100 MG/5 ML	\$0 (Nivel 2)	MO
KALETRA ORAL TABLET 100-25 MG, 200-50 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	MO
LEXIVA ORAL TABLET 700 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
NORVIR ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
NORVIR ORAL SOLUTION 80 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	MO
NORVIR ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	MO
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG, 600 MG, 75 MG, 800 MG	\$0 (Nivel 2)	MO



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener mas informacion, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o limites de uso
REYATAZ ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG, 300 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
REYATAZ ORAL POWDER IN PACKET 50 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
Antirretrovíricos, Inhibidores No Nucleosídicos De La Retrotranscriptasa (Innrt)		
ATRIPLA ORAL TABLET 600-200-300 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
COMPLERA ORAL TABLET 200-25-300 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
EDURANT ORAL TABLET 25 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
INTELENCE ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>nevirapine oral suspension 50 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>nevirapine oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
RESCRIPTOR ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
RESCRIPTOR ORAL TABLET, DISPERSIBLE 100 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
SUSTIVA ORAL CAPSULE 200 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
SUSTIVA ORAL TABLET 600 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
VIRAMUNE XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 100 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
Antirretrovíricos, Inhibidores Nucleosídicos Y Nucleotídicos De La Retrotranscriptasa (Inrt)		
<i>abacavir oral tablet 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>abacavir-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>abacavir-lamivudine-zidovudine oral tablet 300-150-300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
DESCOVY ORAL TABLET 200-25 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>didanosine oral capsule, delayed release(dr/ec) 125 mg, 200 mg, 250 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
EMTRIVA ORAL CAPSULE 200 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	MO



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
EPZICOM ORAL TABLET 600-300 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
RETROVIR INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>stavudine oral capsule 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
TRUVADA ORAL TABLET 100-150 MG, 133-200 MG, 167-250 MG, 200-300 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
VIDEX 2 GRAM PEDIATRIC ORAL RECON SOLN 10 MG/ML (FINAL)	\$0 (Nivel 2)	MO
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM)	\$0 (Nivel 2)	MO
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG, 300 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
ZERIT ORAL RECON SOLN 1 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	MO
ZIAGEN ORAL SOLUTION 20 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>zidovudine oral syrup 10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
Antirretrovíricos, Otro		
FUZEON SUBCUTANEOUS RECON SOLN 90 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG-MG	\$0 (Nivel 2)	MO; QL (30 per 30 days)
SELZENTRY ORAL TABLET 150 MG, 25 MG, 300 MG, 75 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
TYBOST ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
Bipolares		
Estabilizadores Del Estado De Ánimo		
EQUETRO ORAL CAPSULE, ER MULTIPHASE 12 HR 100 MG, 200 MG, 300 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o limites de uso
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>lithium carbonate oral tablet extended release 300 mg, 450 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>lithium citrate oral solution 8 meq/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
Hemoderivados/Modificadores/Expansores De Volumen		
Anticoagulantes		
COUMADIN ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 2 MG, 2.5 MG, 3 MG, 4 MG, 5 MG, 6 MG, 7.5 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>enoxaparin subcutaneous solution 300 mg/3 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (15 per 5 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 100 mg/ml, 150 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (10 per 5 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 120 mg/0.8 ml, 80 mg/0.8 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (8 per 5 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 30 mg/0.3 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (3 per 5 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 40 mg/0.4 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (4 per 5 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 60 mg/0.6 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (6 per 5 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 10 mg/0.8 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (4 per 5 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 2.5 mg/0.5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (2.5 per 5 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 5 mg/0.4 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (2 per 5 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 7.5 mg/0.6 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (3 per 5 days)
<i>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)</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>heparin (porcine) injection solution 1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, 20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener mas informacion, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o limites de uso
JANTOVEN ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 2 MG, 2.5 MG, 3 MG, 4 MG, 5 MG, 6 MG, 7.5 MG	\$0 (Nivel 1)	MO
PRADAXA ORAL CAPSULE 150 MG, 75 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>warfarin oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
XARELTO ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
XARELTO ORAL TABLET 15 MG, 20 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
Coagulantes		
<i>tranexamic acid intravenous solution 1,000 mg/10 ml (100 mg/ml)</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
Modificadores De Plaquetas		
AGGRENOX ORAL CAPSULE, ER MULTIPHASE 12 HR 25-200 MG	\$0 (Nivel 2)	MO; QL (60 per 30 days)
<i>aspirin-dipyridamole oral capsule, er multiphase 12 hr 25-200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO; QL (60 per 30 days)
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>clopidogrel oral tablet 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO; QL (30 per 30 days)
<i>dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
Modificadores Hematopoyéticos		
<i>anagrelide oral capsule 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
ARANESP (IN POLYSORBATE) INJECTION SOLUTION 100 MCG/ML, 200 MCG/ML, 25 MCG/ML, 300 MCG/ML, 40 MCG/ML, 60 MCG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; MO
ARANESP (IN POLYSORBATE) INJECTION SYRINGE 10 MCG/0.4 ML, 100 MCG/0.5 ML, 150 MCG/0.3 ML, 200 MCG/0.4 ML, 25 MCG/0.42 ML, 300 MCG/0.6 ML, 40 MCG/0.4 ML, 500 MCG/ML, 60 MCG/0.3 ML	\$0 (Nivel 2)	PA; MO
EPOGEN INJECTION SOLUTION 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; MO
LEUKINE INJECTION RECON SOLN 250 MCG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
MOZOBIL SUBCUTANEOUS SOLUTION 24 MG/1.2 ML (20 MG/ML)	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
NEULASTA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
NEUPOGEN INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS; QL (7 per 7 days)
NEUPOGEN INJECTION SOLUTION 480 MCG/1.6 ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS; QL (11.2 per 7 days)
NEUPOGEN INJECTION SYRINGE 300 MCG/0.5 ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS; QL (3.5 per 7 days)
NEUPOGEN INJECTION SYRINGE 480 MCG/0.8 ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS; QL (5.6 per 7 days)
PROCRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML, 40,000 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; MO
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; MO
ZARXIO INJECTION SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	\$0 (Nivel 2)	MO
Nutrientes/Minerales/Electrolitos Terapéuticos		
Modificadores De Electrolitos/Minerales		
EXJADE ORAL TABLET, DISPERSIBLE 125 MG, 250 MG, 500 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; MO
FERRIPROX ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
KIONEX ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>sodium polystyrene (sorb free) oral suspension 15 gram/60 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
SYPRINE ORAL CAPSULE 250 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
VELTASSA ORAL POWDER IN PACKET 16.8 GRAM, 25.2 GRAM, 8.4 GRAM	\$0 (Nivel 2)	MO
Nutrientes/Minerales/Electrolitos Terapéuticos		
AMINO ACIDS 15 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 15 %	\$0 (Nivel 1)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
AMINOSYN 7 % WITH ELECTROLYTES INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 7 %	\$0 (Nivel 1)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
AMINOSYN 8.5 %-ELECTROLYTES INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8.5 %	\$0 (Nivel 1)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
AMINOSYN II 10 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 10 %	\$0 (Nivel 1)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
AMINOSYN II 15 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 15 %	\$0 (Nivel 1)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
AMINOSYN II 8.5 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8.5 %	\$0 (Nivel 1)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
AMINOSYN II 8.5 %-ELECTROLYTES INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8.5 %	\$0 (Nivel 1)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
AMINOSYN-HBC 7% INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 7 %	\$0 (Nivel 1)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
AMINOSYN-PF 10 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 10 %	\$0 (Nivel 1)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
AMINOSYN-PF 7 % (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 7 %	\$0 (Nivel 1)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
AMINOSYN-RF 5.2 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5.2 %	\$0 (Nivel 1)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	\$0 (Nivel 2)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
CLINIMIX 5%/D25W SULFITE-FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	\$0 (Nivel 2)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
CLINIMIX 2.75%/D5W SULFIT FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 2.75 %	\$0 (Nivel 2)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	\$0 (Nivel 2)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	\$0 (Nivel 2)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
CLINIMIX 4.25%-D20W SULF-FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	\$0 (Nivel 2)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
CLINIMIX 4.25%-D25W SULF-FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	\$0 (Nivel 2)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	\$0 (Nivel 2)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
CLINIMIX E 2.75%/D10W SUL FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 2.75 %	\$0 (Nivel 2)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 2.75 %	\$0 (Nivel 2)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
CLINIMIX E 4.25%/D10W SUL FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	\$0 (Nivel 2)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
CLINIMIX E 4.25%/D25W SUL FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	\$0 (Nivel 2)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	\$0 (Nivel 2)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	\$0 (Nivel 2)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	\$0 (Nivel 2)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
CLINIMIX E 5%/D25W SULFIT FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	\$0 (Nivel 2)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
CLINISOL SF 15 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 15 %	\$0 (Nivel 2)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
<i>dextrose 10 % in water (d10w) intravenous parenteral solution 10 %</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
<i>dextrose 5 % in water (d5w) intravenous parenteral solution</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
FREAMINE HBC 6.9 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 6.9 %	\$0 (Nivel 2)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
HEPATAMINE 8% INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8 %	\$0 (Nivel 2)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
<i>levocarnitine (with sugar) oral solution 100 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; MO
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; MO
NEPHRAMINE 5.4 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5.4 %	\$0 (Nivel 2)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
NUTRILIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %	\$0 (Nivel 1)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
PREMASOL 10 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 10 %	\$0 (Nivel 2)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
PREMASOL 6 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 6 %	\$0 (Nivel 2)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
PRENATAL VITAMIN PLUS LOW IRON ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
PROCALAMINE 3% INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 3 %	\$0 (Nivel 2)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
<i>ringer's irrigation solution</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
TRAVASOL 10 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 10 %	\$0 (Nivel 2)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
TROPHAMINE 10 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 10 %	\$0 (Nivel 2)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
TROPHAMINE 6% INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 6 %	\$0 (Nivel 2)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
Reemplazos De Electrolitos/Minerales		
CARBAGLU ORAL TABLET, DISPERSIBLE 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; MO
<i>d10 %-0.45 % sodium chloride intravenous parenteral solution</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
<i>d2.5 %-0.45 % sodium chloride intravenous parenteral solution</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
<i>d5 % and 0.9 % sodium chloride intravenous parenteral solution</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
<i>d5 %-0.45 % sodium chloride intravenous parenteral solution</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
<i>dextrose 10 % and 0.2 % nacl intravenous parenteral solution</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
<i>dextrose 5 %-lactated ringers intravenous parenteral solution</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
<i>dextrose 5%-0.2 % sod chloride intravenous parenteral solution</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
<i>dextrose 5%-0.3 % sod.chloride intravenous parenteral solution</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
<i>dextrose with sodium chloride intravenous parenteral solution 5-0.2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
<i>dextrose-kcl-nacl intravenous solution 5-0.224-0.225 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	\$0 (Nivel 2)	NDS



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener mas informacion, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o limites de uso
ISOLYTE-S INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	\$0 (Nivel 2)	NDS
KLOR-CON 10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 10 MEQ	\$0 (Nivel 1)	MO
KLOR-CON 8 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 8 MEQ	\$0 (Nivel 1)	MO
KLOR-CON M15 ORAL TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS 15 MEQ	\$0 (Nivel 1)	MO
KLOR-CON M20 ORAL TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS 20 MEQ	\$0 (Nivel 1)	MO
KLOR-CON SPRINKLE ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 10 MEQ, 8 MEQ	\$0 (Nivel 1)	MO
K-TAB ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 10 MEQ, 20 MEQ, 8 MEQ	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>magnesium sulfate injection solution 4 meq/ml (50 %)</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	\$0 (Nivel 2)	NDS
NORMOSOL-R IN 5 % DEXTROSE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	\$0 (Nivel 2)	NDS
NORMOSOL-R PH 7.4 INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>potassium chlorid-d5-0.45%nacl intravenous parenteral solution 10 meq/l, 20 meq/l, 30 meq/l, 40 meq/l</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>potassium chloride in 0.9%nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l, 40 meq/l</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>potassium chloride in 5 % dex intravenous parenteral solution 20 meq/l, 40 meq/l</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>potassium chloride in lr-d5 intravenous parenteral solution 20 meq/l</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>potassium chloride intravenous piggyback 10 meq/100 ml, 20 meq/100 ml, 40 meq/100 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>potassium chloride oral capsule, extended release 10 meq, 8 meq</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>potassium chloride oral liquid 20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o limites de uso
<i>potassium chloride oral tablet extended release 10 meq, 20 meq, 8 meq</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>potassium chloride oral tablet, er particles/crystals 10 meq, 20 meq</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>potassium chloride-0.45 % nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>potassium chloride-d5-0.2%nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>potassium chloride-d5-0.3%nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>potassium chloride-d5-0.9%nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l, 40 meq/l</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>ringer's intravenous parenteral solution</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>sodium chloride 0.45 % intravenous parenteral solution 0.45 %</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
<i>sodium chloride 0.9 % intravenous parenteral solution 0.9 %</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
<i>sodium chloride 3 % intravenous parenteral solution 3 %</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
<i>sodium chloride 5 % intravenous parenteral solution 5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
<i>sodium chloride intravenous parenteral solution 2.5 meq/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; NDS
<i>sodium chloride irrigation solution 0.9 %</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>sodium lactate intravenous solution 5 meq/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
SUPREP BOWEL PREP KIT ORAL RECON SOLN 17.5-3.13-1.6 GRAM	\$0 (Nivel 2)	
TPN ELECTROLYTES INTRAVENOUS SOLUTION 35-20-5 MEQ/20 ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
Reemplazo/Modificadores De Enzimas		
Reemplazo/Modificadores De Enzimas		
ADAGEN INTRAMUSCULAR SOLUTION 250 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	NDS



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o limites de uso
ALDURAZYME INTRAVENOUS SOLUTION 2.9 MG/5 ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
CERDELGA ORAL CAPSULE 84 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
CEREZYME INTRAVENOUS RECON SOLN 400 UNIT	\$0 (Nivel 2)	PA - PARA CONFIRMAR COBERTURA DE LA PARTE D; MO
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	\$0 (Nivel 2)	MO
CYSTAGON ORAL CAPSULE 150 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; MO
ELELYSO INTRAVENOUS RECON SOLN 200 UNIT	\$0 (Nivel 2)	MO
FABRAZYME INTRAVENOUS RECON SOLN 35 MG	\$0 (Nivel 2)	
KANUMA INTRAVENOUS SOLUTION 2 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	MO
KUVAN ORAL TABLET, SOLUBLE 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; MO
LUMIZYME INTRAVENOUS RECON SOLN 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; MO
NAGLAZYME INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/5 ML	\$0 (Nivel 2)	MO
ORFADIN ORAL CAPSULE 10 MG, 2 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
PROCYSBI ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 25 MG, 75 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
RAVICTI ORAL LIQUID 1.1 GRAM/ML	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; MO
STRENSIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MG/ML, 40 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	MO
SUCRAID ORAL SOLUTION 8,500 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	MO
VPRIV INTRAVENOUS RECON SOLN 400 UNIT	\$0 (Nivel 2)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; MO
ZAVESCA ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 2)	MO



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o limites de uso
ZENPEP ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE (DR/EC) 10,000-34,000 -55,000 UNIT, 15,000-51,000 -82,000 UNIT, 20,000-68,000 -109,000 UNIT, 25,000-85,000-136,000 UNIT, 3,000-10,000- 16,000 UNIT, 40,000-136,000- 218,000 UNIT, 5,000-17,000 -27,000 UNIT	\$0 (Nivel 2)	MO

Reguladores De La Glucemia

Antidiabéticos

<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
AVANDIA ORAL TABLET 2 MG, 4 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
BYDUREON SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 2 MG/0.65 ML	\$0 (Nivel 2)	ST; MO
BYDUREON SUBCUTANEOUS SUSPENSION, EXTENDED REL RECON 2 MG	\$0 (Nivel 2)	ST; MO
BYETTA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MCG/DOSE (250 MCG/ML) 2.4 ML, 5 MCG/DOSE (250 MCG/ML) 1.2 ML	\$0 (Nivel 2)	ST; MO
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>glipizide oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO; QL (120 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO; QL (240 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO; QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 2.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO; QL (240 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO; QL (120 per 30 days)
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>glyburide micronized oral tablet 1.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO; QL (240 per 30 days)
<i>glyburide micronized oral tablet 3 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO; QL (120 per 30 days)
<i>glyburide micronized oral tablet 6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO; QL (60 per 30 days)
<i>glyburide oral tablet 1.25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO; QL (480 per 30 days)
<i>glyburide oral tablet 2.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO; QL (240 per 30 days)
<i>glyburide oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO; QL (120 per 30 days)



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
GLYSET ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
INVOKANA ORAL TABLET 100 MG, 300 MG	\$0 (Nivel 2)	ST; MO
JANUMET ORAL TABLET 50-1,000 MG, 50-500 MG	\$0 (Nivel 2)	ST; MO; QL (60 per 30 days)
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>metformin oral tablet 1,000 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO; QL (60 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO; QL (150 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 850 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO; QL (90 per 30 days)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO; QL (120 per 30 days)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO; QL (60 per 30 days)
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
ONGLYZA ORAL TABLET 2.5 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 2)	ST; MO
<i>pioglitazone oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO; QL (30 per 30 days)
<i>pioglitazone-glimepiride oral tablet 30-2 mg, 30-4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>pioglitazone-metformin oral tablet 15-500 mg, 15-850 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
SYMLINPEN 120 SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 2,700 MCG/2.7 ML	\$0 (Nivel 2)	PA; MO
SYMLINPEN 60 SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 1,500 MCG/1.5 ML	\$0 (Nivel 2)	PA; MO
<i>tolazamide oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>tolbutamide oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
VICTOZA 3-PAK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.6 MG/0.1 ML (18 MG/3 ML)	\$0 (Nivel 2)	MO
Glucémicos		
GLUCAGEN HYPOKIT INJECTION RECON SOLN 1 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
GLUCAGON EMERGENCY KIT (HUMAN) INJECTION KIT 1 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
PROGLYCEM ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	MO



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
Insulinas		
APIDRA SOLOSTAR SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	MO
APIDRA SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	MO
HUMALOG KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML, 200 UNIT/ML (3 ML)	\$0 (Nivel 2)	MO
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (50-50)	\$0 (Nivel 2)	MO
HUMALOG MIX 50-50 SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (50-50)	\$0 (Nivel 2)	MO
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (75-25)	\$0 (Nivel 2)	MO
HUMALOG MIX 75-25 SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (75-25)	\$0 (Nivel 2)	MO
HUMALOG SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	MO
HUMALOG SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	MO
HUMULIN 70/30 KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30)	\$0 (Nivel 2)	MO
HUMULIN N KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	\$0 (Nivel 2)	MO
HUMULIN R U-100 INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	MO
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 500 UNIT/ML (3 ML)	\$0 (Nivel 2)	MO
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	ST; MO
LANTUS SOLOSTAR SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	\$0 (Nivel 2)	MO
LANTUS SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	MO
LEVEMIR FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	\$0 (Nivel 2)	MO



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuanto le cuesta el medicamento (nivel de copago)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso
LEVEMIR SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	MO
NOVOLIN R INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	MO
NOVOLOG FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	MO
NOVOLOG MIX 70-30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30)	\$0 (Nivel 2)	MO
NOVOLOG MIX 70-30 SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (70-30)	\$0 (Nivel 2)	MO
NOVOLOG PENFILL SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	MO
NOVOLOG SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	MO

Relajantes Del Músculo Esquelético

Relajantes Del Músculo Esquelético

<i>baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>carisoprodol oral tablet 350 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>carisoprodol-aspirin oral tablet 200-325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (240 per 30 days)
<i>chlorzoxazone oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS
<i>dantrolene oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
METAXALL ORAL TABLET 800 MG	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>metaxalone oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS
<i>orphenadrine citrate oral tablet extended release 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA - SOLO PARA NUEVOS COMIENZOS; NDS
<i>tizanidine oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener mas informacion, visite RiverSpringFIDA.org

índice de medicamentos

<i>abacavir</i>	109	<i>allopurinol</i>	87	ANADROL-50.....	32
<i>abacavir-lamivudine</i>	109	ALOCRIIL.....	52	<i>anagrelide</i>	112
<i>abacavir-lamivudine-zidovudine</i>	109	ALOPRIM.....	87	<i>anastrozole</i>	97
ABELCET.....	88	ALORA.....	33	ANGELIQ.....	33
ABILIFY MAINTENA.....	104	<i>alose tron</i>	29	ANORO ELLIPTA.....	56
ABRAXANE.....	94	ALPHAGAN P.....	53	ANZEMET.....	85
<i>acamprosate</i>	64	<i>alprazolam</i>	69	APIDRA.....	123
<i>acarbose</i>	121	ALREX.....	55	APIDRA SOLOSTAR.....	123
<i>acebutolol</i>	19	ALUNBRIG.....	98	APLENZIN.....	83
<i>acetaminophen-codeine</i>	65	<i>amantadine hcl</i>	102	APOKYN.....	102
<i>acetazolamide</i>	22	AMBISOME.....	89	APRI.....	33
<i>acetazolamide sodium</i>	22	<i>amcinonide</i>	40	APRISO.....	61
<i>acetic acid</i>	56	AMETHIA.....	33	APTIOM.....	78
<i>acetylcysteine</i>	56	<i>amikacin</i>	70	APTIVUS.....	108
<i>acitretin</i>	27	<i>amiloride</i>	22	ARALAST NP.....	56
ACTHIB (PF).....	50	<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>	16	ARANELLE (28).....	33
ACTIMMUNE.....	50	AMINO ACIDS 15 %.....	113	ARANESP (IN	
ACTONEL.....	62	<i>aminophylline</i>	61	POLYSORBATE).....	112
<i>acyclovir</i>	107	AMINOSYN 7 % WITH		ARCALYST.....	50
<i>acyclovir sodium</i>	107	ELECTROLYTES.....	113	ARCAPTA NEOHALER.....	60
ADACEL(TDAP		AMINOSYN 8.5 %-		<i>aripiprazole</i>	104
ADOLESN/ADULT)(PF).....	50	ELECTROLYTES.....	114	ARISTADA.....	104
ADAGEN.....	119	AMINOSYN II 10 %.....	114	ARRANON.....	94
<i>adapalene</i>	27	AMINOSYN II 15 %.....	114	ASACOL HD.....	61
ADCIRCA.....	57	AMINOSYN II 8.5 %.....	114	ASCOMP WITH CODEINE... ..	65
ADDERALL.....	24	AMINOSYN II 8.5 %-		ASHLYNA.....	33
ADDERALL XR.....	24, 25	ELECTROLYTES.....	114	<i>aspirin-dipyridamole</i>	112
<i>adefovir</i>	106	AMINOSYN-HBC 7%.....	114	<i>assure id insulin safety</i>	65
ADEMPAS.....	57	AMINOSYN-PF 10 %.....	114	ASTAGRAF XL.....	46
ADRIAMYCIN.....	94	AMINOSYN-PF 7 %		<i>atenolol</i>	19
ADRUCIL.....	93	(SULFITE-FREE).....	114	<i>atenolol-chlorthalidone</i>	16
ADVAIR DISKUS.....	56	AMINOSYN-RF 5.2 %.....	114	ATGAM.....	45
ADVAIR HFA.....	56	<i>amiodarone</i>	18	<i>atomoxetine</i>	25
AFEDITAB CR.....	19	AMITIZA.....	29	<i>atorvastatin</i>	21
AFINITOR.....	98	<i>amitriptyline</i>	85	<i>atovaquone</i>	101
AFINITOR DISPERZ.....	98	<i>amitriptyline-</i>		<i>atovaquone-proguanil</i>	101
AGGRENOLX.....	112	<i>chlordiazepoxide</i>	82	ATRIPLA.....	109
ALBENZA.....	101	<i>amlodipine</i>	19	<i>atropine</i>	30
<i>albuterol sulfate</i>	60	<i>amlodipine-benazepril</i>	16	ATROVENT HFA.....	59
<i>alclometasone</i>	40	<i>ammonium lactate</i>	27	AUBAGIO.....	26
<i>alcohol pads</i>	65	<i>amoxapine</i>	85	AUBRA.....	33
ALDURAZYME.....	120	<i>amoxicillin</i>	74	AVANDIA.....	121
ALECENSA.....	98	<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>	74	AVASTIN.....	92
<i>alendronate</i>	62	<i>amphotericin b</i>	89	AVIANE.....	33
<i>alfuzosin</i>	31	<i>ampicillin</i>	74	AVITA.....	27
ALIMTA.....	93	<i>ampicillin sodium</i>	74	AVODART.....	31
ALINIA.....	101	<i>ampicillin-sulbactam</i>	74	AVONEX.....	26
		AMPYRA.....	26	AVONEX (WITH ALBUMIN).. ..	26



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

azacitidine.....	94	BIVIGAM.....	45	<i>captopril-hydrochlorothiazide</i>	16
AZACTAM IN DEXTROSE (ISO-OSM).....	74	<i>bleomycin</i>	94	CARAFATE.....	31
AZASAN.....	46	BLEPHAMIDE.....	54	CARBAGLU.....	117
AZASITE.....	75	BLEPHAMIDE S.O.P.....	54	<i>carbamazepine</i>	78
<i>azathioprine</i>	46	BLISOVI 24 FE.....	33	<i>carbidopa-levodopa</i>	103
<i>azathioprine sodium</i>	46	BLISOVI FE 1/20 (28).....	33	<i>carbidopa-levodopa-</i> <i>entacapone</i>	102
<i>azelastine</i>	52, 58	BOOSTRIX TDAP.....	50	<i>carbinoxamine maleate</i>	58
AZELEX.....	27	BOSULIF.....	98	<i>carboplatin</i>	95
AZILECT.....	102	BREO ELLIPTA.....	56	CARIMUNE NF NANOFILTERED.....	45
<i>azithromycin</i>	75	BRIELLYN.....	33	<i>carisoprodol</i>	124
AZOPT.....	53	BRILINTA.....	112	<i>carisoprodol-asa-codeine</i>	66
<i>aztreonam</i>	74	<i>brimonidine</i>	53	<i>carisoprodol-aspirin</i>	124
BACIIM.....	71	BRIVIACT.....	79	<i>carteolol</i>	53
<i>bacitracin</i>	71	<i>bromfenac</i>	55	CARTIA XT.....	19
<i>bacitracin-polymyxin b</i>	54	<i>bromocriptine</i>	102	<i>carvedilol</i>	19
<i>baclofen</i>	124	BROVANA.....	60	<i>casprofungin</i>	89
BACTROBAN NASAL.....	71	<i>budesonide</i>	59, 62	CAYSTON.....	57
<i>balsalazide</i>	61	<i>bumetanide</i>	22	<i>cefaclor</i>	72
BALZIVA (28).....	33	<i>buprenorphine hcl</i>	64, 65	<i>cefadroxil</i>	72
BANZEL.....	78	<i>buprenorphine-naloxone</i>	65	<i>cefazolin</i>	73
BARACLUDGE.....	106	<i>bupropion hcl</i>	83	<i>cefdinir</i>	73
BAVENCIO.....	92	<i>bupropion hcl (smoking</i> <i>deter)</i>	64	<i>cefepime</i>	73
BECONASE AQ.....	59	<i>buspirone</i>	69	<i>cefexime</i>	73
BEKYREE (28).....	33	<i>busulfan</i>	91	<i>cefotaxime</i>	73
BELEODAQ.....	94	BUSULFEX.....	91	<i>cefotetan</i>	73
<i>benazepril</i>	23	<i>butalbital-acetaminop-caf-</i> <i>cod</i>	65	<i>cefoxitin</i>	73
<i>benazepril-</i> <i>hydrochlorothiazide</i>	16	<i>butalbital-acetaminophen-</i> <i>caff</i>	24	<i>cefpodoxime</i>	73
BENLYSTA.....	50	<i>butorphanol tartrate</i>	65	<i>cefprozil</i>	73
<i>benztropine</i>	102	BYDUREON.....	121	<i>ceftazidime</i>	73
<i>betamethasone dipropionate</i>	40	BYETTA.....	121	<i>ceftriaxone</i>	73
<i>betamethasone valerate</i>	40	<i>cabergoline</i>	44	<i>cefuroxime axetil</i>	73
<i>betamethasone, augmented</i>	40	CABOMETYX.....	94	<i>cefuroxime sodium</i>	73
BETASERON.....	26	<i>calcipotriene</i>	27	<i>celecoxib</i>	67
<i>betaxolol</i>	19, 53	<i>calcipotriene-betamethasone</i>	27	CELLCEPT.....	47
<i>bethanechol chloride</i>	31	<i>calcitonin (salmon)</i>	62	CELLCEPT INTRAVENOUS.....	46
BETIMOL.....	53	<i>calcitriol</i>	62	CELONTIN.....	81
BETOPTIC S.....	53	<i>calcium acetate</i>	31	<i>cephalexin</i>	73
<i>bexarotene</i>	100	CAMILA.....	38	CERDELGA.....	120
BEXSERO.....	50	CANASA.....	61	CEREBYX.....	78
<i>bicalutamide</i>	91	CANCIDAS.....	89	CEREZYME.....	120
BICILLIN L-A.....	75	<i>candesartan</i>	17	<i>cetirizine</i>	14, 58
BICNU.....	91	<i>candesartan-</i> <i>hydrochlorothiazid</i>	16	<i>cevimeline</i>	27
BILTRICIDE.....	101	CAPASTAT.....	88	CHANTIX.....	64
<i>bimatoprost</i>	54	CAPRELSA.....	98	CHANTIX CONTINUING MONTH BOX.....	64
<i>bisoprolol fumarate</i>	19	<i>captopril</i>	23	CHANTIX STARTING MONTH BOX.....	64
<i>bisoprolol-</i> <i>hydrochlorothiazide</i>	16				



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

CHENODAL.....	29	CLINIMIX 4.25%-D20W		CORDRAN TAPE LARGE	
<i>chloramphenicol sod</i>		SULF-FREE.....	115	ROLL.....	40
<i>succinate</i>	71	CLINIMIX 4.25%-D25W		CORLANOR.....	16
<i>chlorhexidine gluconate</i>	27	SULF-FREE.....	115	CORMAX.....	40
<i>chloroquine phosphate</i>	101	CLINIMIX 5%-		<i>cortisone</i>	41
<i>chlorothiazide</i>	22	D20W(SULFITE-FREE).....	115	CORTISPORIN.....	28
<i>chlorothiazide sodium</i>	22	CLINIMIX E 2.75%/D10W		COSMEGEN.....	95
<i>chlorpromazine</i>	103	SUL FREE.....	115	COTELLIC.....	98
<i>chlorthalidone</i>	22	CLINIMIX E 2.75%/D5W		COUMADIN.....	111
<i>chlorzoxazone</i>	124	SULF FREE.....	115	CREON.....	120
<i>cholestyramine light</i>	21	CLINIMIX E 4.25%/D10W		CRESTOR.....	21
<i>ciclopirox</i>	89	SUL FREE.....	115	CRIXIVAN.....	108
<i>cidofovir</i>	106	CLINIMIX E 4.25%/D25W		<i>cromolyn</i>	29, 52, 56
<i>cilostazol</i>	112	SUL FREE.....	115	CRYSSELLE (28).....	33
<i>cimetidine</i>	14, 29	CLINIMIX E 4.25%/D5W		CUBICIN.....	71
<i>cimetidine hcl</i>	29	SULF FREE.....	115	CUPRIMINE.....	31
CIMZIA.....	47	CLINIMIX E 5%/D15W		CYCLAFEM 1/35 (28).....	33
CIMZIA POWDER FOR		SULFIT FREE.....	115	CYCLAFEM 7/7/7 (28).....	33
RECONST.....	47	CLINIMIX E 5%/D20W		<i>cyclobenzaprine</i>	124
CINRYZE.....	46	SULFIT FREE.....	115	<i>cyclophosphamide</i>	91
CIPRO HC.....	56	CLINIMIX E 5%/D25W		<i>cyclosporine</i>	47
CIPRODEX.....	56	SULFIT FREE.....	115	<i>cyclosporine modified</i>	47
<i>ciprofloxacin</i>	76	CLINISOL SF 15 %.....	115	<i>cyproheptadine</i>	58
<i>ciprofloxacin (mixture)</i>	76	<i>clobetasol</i>	40	CYRAMZA.....	95
<i>ciprofloxacin hcl</i>	76	<i>clobetasol-emollient</i>	40	CYSTAGON.....	120
<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose</i>	76	CLODAN.....	40	CYSTARAN.....	54
<i>ciprofloxacin lactate</i>	76	<i>clofarabine</i>	93	<i>cytarabine</i>	93
<i>cisplatin</i>	95	CLOLAR.....	93	<i>d10 %-0.45 % sodium</i>	
<i>citalopram</i>	83	<i>clomipramine</i>	85	<i>chloride</i>	117
<i>cladribine</i>	93	<i>clonazepam</i>	69, 70	<i>d2.5 %-0.45 % sodium</i>	
CLARAVIS.....	27	<i>clonidine</i>	17	<i>chloride</i>	117
<i>clarithromycin</i>	75	<i>clonidine hcl</i>	17, 25	<i>d5 % and 0.9 % sodium</i>	
<i>clemastine</i>	58	<i>clopidogrel</i>	112	<i>chloride</i>	117
<i>clindamycin hcl</i>	71	<i>clorazepate dipotassium</i>	70	<i>d5 %-0.45 % sodium chloride</i>	
<i>clindamycin in 5 % dextrose</i>	71	<i>clotrimazole</i>	14, 89	.....	117
<i>clindamycin pediatric</i>	71	<i>clotrimazole-betamethasone</i>	28	<i>dacarbazine</i>	95
<i>clindamycin phosphate</i>	71	<i>clozapine</i>	104	DAKLINZA.....	106
<i>clindamycin-benzoyl</i>		COARTEM.....	101	DALIRESP.....	61
<i>peroxide</i>	28	<i>codeine sulfate</i>	66	<i>danazol</i>	32
CLINIMIX 5%/D15W		<i>colchicine</i>	87	<i>dantrolene</i>	124
SULFITE FREE.....	114	<i>colestipol</i>	21	<i>dapsone</i>	88
CLINIMIX 5%/D25W		<i>colistin (colistimethate na)</i>	71	DAPTACEL (DTAP	
SULFITE-FREE.....	114	COLOCORT.....	62	PEDIATRIC) (PF).....	50
CLINIMIX 2.75%/D5W		COMBIGAN.....	53	DARAPRIM.....	101
SULFIT FREE.....	114	COMBIVENT RESPIMAT.....	56	DARZALEX.....	92
CLINIMIX 4.25%/D10W		COMETRIQ.....	98	<i>daunorubicin</i>	95
SULF FREE.....	114	COMPLERA.....	109	DEBLITANE.....	38
CLINIMIX 4.25%/D5W		COMPRO.....	86	<i>decitabine</i>	95
SULFIT FREE.....	115	CONSTULOSE.....	30	DELESTROGEN.....	33



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

DELYLA (28).....	33	DIASTAT ACUDIAL.....	80	E.E.S. GRANULES.....	75
DELZICOL.....	61	<i>diazepam</i>	70, 80	<i>econazole</i>	89
<i>demeclocycline</i>	77	<i>diazepam intensol</i>	70	EDECRIN.....	22
DEMSEER.....	16	<i>diclofenac potassium</i>	68	EDURANT.....	109
DENAVIR.....	107	<i>diclofenac sodium</i>	28, 55, 68	EGRIFTA.....	44
DEPACON.....	80	<i>diclofenac-misoprostol</i>	68	ELELYSO.....	120
DEPAKENE.....	80	<i>dicloxacillin</i>	75	ELIDEL.....	28
DEPAKOTE.....	80	<i>dicyclomine</i>	30	ELIGARD.....	44
DEPAKOTE ER.....	80	<i>didanosine</i>	109	ELIGARD (3 MONTH).....	44
DEPAKOTE SPRINKLES.....	80	<i>diflorasone</i>	41	ELIGARD (4 MONTH).....	44
DEPEN TITRATABS.....	31	<i>diflunisal</i>	68	ELIGARD (6 MONTH).....	44
DEPO-ESTRADIOL.....	33	DIGITEK.....	16	ELIQUIS.....	111
DEPO-MEDROL.....	41	<i>digoxin</i>	16	ELITEK.....	94
DEPO-PROVERA.....	38	<i>dihydroergotamine</i>	87	ELLECE.....	95
DEPO-SUBQ PROVERA		DILANTIN.....	78	ELMIRON.....	31
104.....	38	<i>diltiazem hcl</i>	19, 20	EMCYT.....	93
DESCOVY.....	109	DILT-XR.....	20	EMEND.....	85
<i>desipramine</i>	85	DIPENTUM.....	61	EMOQUETTE.....	34
<i>desloratadine</i>	58	<i>diphenhydramine hcl</i>	58	EMPLICITI.....	92
<i>desmopressin</i>	39	<i>diphenoxylate-atropine</i>	29	EMSAM.....	83
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	32	<i>dipyridamole</i>	112	EMTRIVA.....	109
<i>desonide</i>	41	<i>disopyramide phosphate</i>	18	<i>enalapril maleate</i>	23
<i>desoximetasone</i>	41	<i>disulfiram</i>	64	<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	16
<i>desvenlafaxine succinate</i>	85	<i>divalproex</i>	80, 81	ENBREL.....	47
<i>dexamethasone</i>	41	<i>docetaxel</i>	95	ENBREL SURECLICK.....	47
DEXAMETHASONE		<i>donepezil</i>	82	ENDOCET.....	66, 67
INTENSOL.....	41	DORIBAX.....	74	ENGERIX-B (PF).....	50
<i>dexamethasone sodium</i>		<i>dorzolamide</i>	53	ENGERIX-B PEDIATRIC	
<i>phosphate</i>	41	<i>dorzolamide-timolol</i>	53	(PF).....	51
<i>dexmethylphenidate</i>	25	<i>doxazosin</i>	18	<i>enoxaparin</i>	111
<i>dexrazoxane hcl</i>	95	<i>doxepin</i>	85	ENPRESSE.....	34
<i>dextroamphetamine</i>	25	<i>doxercalciferol</i>	62	<i>entacapone</i>	102
<i>dextroamphetamine-</i>		DOXIL.....	95	<i>entecavir</i>	106
<i>amphetamine</i>	25	<i>doxorubicin</i>	95	ENTRESTO.....	16
<i>dextrose 10 % and 0.2 %</i>		<i>doxorubicin, peg-liposomal</i>	95	ENULOSE.....	30
<i>nacl</i>	117	DOXY-100.....	77	<i>epinastine</i>	53
<i>dextrose 10 % in water</i>		<i>doxycycline hyclate</i>	77	<i>epinephrine</i>	60
<i>(d10w)</i>	116	<i>doxycycline monohydrate</i>	77	EIPEN 2-PAK.....	60
<i>dextrose 5 % in water (d5w)</i>	116	<i>dronabinol</i>	85	EIPEN JR 2-PAK.....	60
<i>dextrose 5 %-lactated ringers</i>		<i>drospirenone-ethinyl</i>		<i>epirubicin</i>	95
.....	117	<i>estradiol</i>	33	EPITOL.....	78
<i>dextrose 5%-0.2 % sod</i>		DROXIA.....	93	EPIVIR HBV.....	106
<i>chloride</i>	117	DUAVEE.....	33	<i>eplerenone</i>	22
<i>dextrose 5%-0.3 %</i>		<i>duloxetine</i>	26	EPOGEN.....	112
<i>sod.chloride</i>	117	DURAMORPH (PF).....	66	<i>eprosartan</i>	18
<i>dextrose with sodium</i>		DUREZOL.....	55	EPZICOM.....	110
<i>chloride</i>	117	<i>dutasteride</i>	31	EQUETRO.....	110
<i>dextrose-kcl-nacl</i>	117	DYRENIUM.....	22	ERAXIS(WATER DILUENT).....	89
DIASTAT.....	80	E.E.S. 400.....	75	ERBITUX.....	92



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

<i>ergoloid</i>	82	FELBATOL.....	79	<i>fosinopril-hydrochlorothiazide</i>	16
ERIVEDGE.....	98	<i>felodipine</i>	20	<i>fosphenytoin</i>	78
ERRIN.....	38	FEMRING.....	34	FOSRENOL.....	31
ERWINAZE.....	95	<i>fenofibrate</i>	20	FREAMINE HBC 6.9 %.....	116
ERY PADS.....	75	<i>fenofibrate micronized</i>	20	<i>furosemide</i>	22
ERYTHROCIN.....	75	<i>fenofibrate nanocrystallized</i>	20	FUSILEV.....	95
ERYTHROCIN (AS		<i>fenopropfen</i>	68	FUZEON.....	110
STEARATE).....	75	<i>fentanyl</i>	67	FYCOMPA.....	79
<i>erythromycin</i>	76	<i>fentanyl citrate</i>	66	<i>gabapentin</i>	81
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	76	FERRIPROX.....	113	GABITRIL.....	81
<i>erythromycin with ethanol</i>	76	FETZIMA.....	83	<i>galantamine</i>	82
<i>erythromycin-benzoyl</i>		FINACEA.....	28	GAMASTAN S/D.....	46
<i>peroxide</i>	71	<i>finasteride</i>	31	GAMMAGARD LIQUID.....	46
ESBRIET.....	57	FIORINAL.....	68	GAMMAKED.....	46
<i>escitalopram oxalate</i>	83	FIRAZYR.....	46	GAMMAPLEX (WITH	
ESGIC.....	24	FIRMAGON KIT W DILUENT		SORBITOL).....	46
<i>esomeprazole magnesium</i>	30	SYRINGE.....	44	GAMUNEX-C.....	46
<i>esomeprazole sodium</i>	30	<i>flavoxate</i>	32	<i>ganciclovir sodium</i>	106
<i>estazolam</i>	63	FLEBOGAMMA DIF.....	45	GARDASIL 9 (PF).....	51
ESTRACE.....	34	<i>flecainide</i>	18	<i>gatifloxacin</i>	76
<i>estradiol</i>	34	FLOVENT HFA.....	59	GATTEX ONE-VIAL.....	29
<i>estradiol valerate</i>	34	<i>fluconazole</i>	89	<i>gauze pad</i>	65
<i>estradiol-norethindrone acet.</i>	34	<i>fluconazole in nacl (iso-osm)</i>	89	GAVILYTE-C.....	30
ESTRING.....	34	<i>flucytosine</i>	89	GAVILYTE-G.....	30
<i>estropipate</i>	34	<i>fludarabine</i>	95	GAVILYTE-N.....	31
<i>ethambutol</i>	88	<i>fludrocortisone</i>	41	<i>gemcitabine</i>	94
<i>ethosuximide</i>	81, 82	<i>flunisolide</i>	59	<i>gemfibrozil</i>	21
<i>etidronate disodium</i>	62	<i>fluocinolone</i>	41	GENERLAC.....	31
<i>etodolac</i>	68	<i>fluocinolone acetonide oil</i>	56	GENGRAF.....	47
ETOPOPHOS.....	97	<i>fluocinonide</i>	41	GENTAK.....	70
<i>etoposide</i>	97	<i>fluorometholone</i>	55	<i>gentamicin</i>	70
EVOTAZ.....	108	<i>fluorouracil</i>	28, 94	<i>gentamicin in nacl (iso-osm)</i>	70
EXELDERM.....	89	<i>fluoxetine</i>	83, 84	<i>gentamicin sulfate (pf)</i>	70
EXELON.....	82	<i>fluphenazine decanoate</i>	103	GENVOYA.....	108
<i>exemestane</i>	97	<i>fluphenazine hcl</i>	103	GEODON.....	104
EXJADE.....	113	<i>flurbiprofen</i>	68	GIANVI (28).....	34
EXTAVIA.....	26	<i>flurbiprofen sodium</i>	55	GIAZO.....	62
<i>ezetimibe</i>	21	<i>flutamide</i>	91	GILDAGIA.....	34
FABRAZYME.....	120	<i>fluticasone</i>	41, 59	GILENYA.....	26
FALMINA (28).....	34	<i>fluticasone-salmeterol</i>	57	GILOTRIF.....	98
<i>famciclovir</i>	107	<i>fluvoxamine</i>	84	GLASSIA.....	57
<i>famotidine</i>	30	FML FORTE.....	55	GLATOPA.....	26
<i>famotidine (pf)</i>	30	FML S.O.P.....	55	GLEEVEC.....	99
FANAPT.....	104	FOLOTYN.....	94	GLEOSTINE.....	91
FARESTON.....	93	<i>fomepizole</i>	65	<i>glimepiride</i>	121
FARXIGA.....	121	<i>fondaparinux</i>	111	<i>glipizide</i>	121
FARYDAK.....	95	FORTEO.....	63	<i>glipizide-metformin</i>	121
FASLODEX.....	93	FOSAMAX PLUS D.....	63	GLUCAGEN HYPOKIT.....	122
<i>felbamate</i>	79	<i>fosinopril</i>	23		



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

GLUCAGON EMERGENCY KIT (HUMAN).....	122	<i>hydralazine</i>	23	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	16
<i>glyburide</i>	121	<i>hydrochlorothiazide</i>	22	IRESSA.....	99
<i>glyburide micronized</i>	121	<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	66	<i>irinotecan</i>	96
<i>glycopyrrolate</i>	30	<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	66	ISENTRESS.....	108
GLYSET.....	122	<i>hydrocortisone</i>	14, 15, 42, 62	ISENTRESS HD.....	108
<i>granisetron (pf)</i>	86	<i>hydromorphone</i>	66	ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE.....	117
<i>granisetron hcl</i>	86	<i>hydroxychloroquine</i>	101	ISOLYTE-S.....	118
<i>griseofulvin microsize</i>	89	<i>hydroxyurea</i>	94	<i>isoniazid</i>	88
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	89	<i>hydroxyzine hcl</i>	58	<i>isosorbide dinitrate</i>	23
<i>guanfacine</i>	25	<i>hydroxyzine pamoate</i>	58	<i>isosorbide mononitrate</i>	23
<i>guanidine</i>	88	<i>ibandronate</i>	63	<i>isradipine</i>	20
HALAVEN.....	95	IBRANCE.....	99	ISTALOL.....	53
<i>halobetasol propionate</i>	41	<i>ibuprofen</i>	14, 15, 68	ISTODAX.....	96
HALOG.....	41	<i>ibuprofen-oxycodone</i>	66	<i>itraconazole</i>	89
<i>haloperidol</i>	103	ICLUSIG.....	99	<i>ivermectin</i>	101
<i>haloperidol decanoate</i>	103	<i>idarubicin</i>	96	IXIARO (PF).....	51
<i>haloperidol lactate</i>	103	IDHIFA.....	97	JAKAFI.....	99
HARVONI.....	106	<i>ifosfamide</i>	91	JANTOVEN.....	112
HAVRIX (PF).....	51	ILARIS (PF).....	50	JANUMET.....	122
<i>heparin (porcine)</i>	111	ILEVRO.....	55	JANUVIA.....	122
<i>heparin (porcine) in 5 % dex</i>	111	<i>imatinib</i>	99	JEVTANA.....	96
HEPATAMINE 8%.....	116	IMBRUVICA.....	99	JINTELI.....	34
HERCEPTIN.....	92	IMFINZI.....	92	JOLIVETTE.....	38
HETLIOZ.....	64	<i>imipenem-cilastatin</i>	74	JULEBER.....	34
HEXALEN.....	91	<i>imipramine hcl</i>	85	JUNEL 1.5/30 (21).....	34
HUMALOG.....	123	<i>imipramine pamoate</i>	85	JUNEL 1/20 (21).....	34
HUMALOG KWIKPEN.....	123	<i>imiquimod</i>	28	JUNEL FE 1.5/30 (28).....	34
HUMALOG MIX 50-50.....	123	IMOVAX RABIES VACCINE (PF).....	51	JUNEL FE 1/20 (28).....	34
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN.....	123	INCRELEX.....	39	JUNEL FE 24.....	34
HUMALOG MIX 75-25.....	123	<i>indapamide</i>	22	JUXTAPID.....	21
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN.....	123	<i>indomethacin</i>	68	KADCYLA.....	92
HUMIRA.....	48	INFANRIX (DTAP) (PF).....	51	KALETRA.....	108
HUMIRA PEDIATRIC CROHN'S START.....	47	INLYTA.....	99	KALYDECO.....	57
HUMIRA PEN.....	48	<i>insulin syringe-needle u-100</i>	65	KANUMA.....	120
HUMIRA PEN CROHN'S-UC-HS START.....	47	INTELENCE.....	109	KARIVA (28).....	34
HUMIRA PEN PSORIASIS-UVEITIS.....	48	INTRON A.....	106	KELNOR 1/35 (28).....	35
HUMULIN 70/30 KWIKPEN.....	123	INTROVALE.....	34	KEPIVANCE.....	27
HUMULIN N KWIKPEN.....	123	INVANZ.....	74	KEPPRA.....	79
HUMULIN R U-100.....	123	INVEGA.....	104	KEPPRA XR.....	80
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN.....	123	INVEGA SUSTENNA.....	104	KERYDIN.....	89
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED).....	123	INVEGA TRINZA.....	104	<i>ketoconazole</i>	90
		INVIRASE.....	108	<i>ketoprofen</i>	68
		INVOKANA.....	122	<i>ketorolac</i>	55, 68
		IOPIDINE.....	53	KEYEYIS.....	22
		IPOL.....	51	KEYTRUDA.....	92
		<i>ipratropium bromide</i>	59, 60	KHEDEZLA.....	84
		<i>ipratropium-albuterol</i>	57	KIMIDESS (28).....	35
		<i>irbesartan</i>	18		



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

KINERET.....	48	<i>levetiracetam</i>	80	LUPRON DEPOT (6	
KIONEX.....	113	<i>levetiracetam in nacl (iso-os)</i>	80	MONTH).....	44
KISQALI.....	98	<i>levobunolol</i>	53	LUPRON DEPOT-PED.....	44
KISQALI FEMARA CO-		<i>levocarnitine</i>	116	LUTERA (28).....	35
PACK.....	97	<i>levocarnitine (with sugar)</i>	116	LYNPARZA.....	96, 97
KLOR-CON 10.....	118	<i>levocetirizine</i>	58	LYRICA.....	27
KLOR-CON 8.....	118	<i>levofloxacin</i>	76	LYSODREN.....	96
KLOR-CON M15.....	118	<i>levofloxacin in d5w</i>	76	LYZA.....	39
KLOR-CON M20.....	118	<i>levoleucovorin</i>	96	<i>magnesium sulfate</i>	118
KLOR-CON SPRINKLE.....	118	LEVONEST (28).....	35	<i>malathion</i>	101
KORLYM.....	42	<i>levonorgestrel-ethinyl estrad.</i>	35	<i>maprotiline</i>	84
K-TAB.....	118	LEVORA-28.....	35	MARLISSA.....	35
KUVAN.....	120	<i>levorphanol tartrate</i>	67	MARPLAN.....	83
KYNAMRO.....	21	<i>levothyroxine</i>	43	MATULANE.....	91
KYPROLIS.....	98	LEVOXYL.....	43	MATZIM LA.....	20
<i>labetalol</i>	19	LEXIVA.....	108	MAVYRET.....	106
LACRISERT.....	54	LIALDA.....	62	MAXIDEX.....	55
<i>lactulose</i>	31	<i>lidocaine</i>	69	<i>meclizine</i>	15, 86
LAMICTAL.....	79	<i>lidocaine (pf)</i>	69	<i>meclofenamate</i>	68
LAMICTAL ODT.....	79	<i>lidocaine hcl</i>	69	<i>medroxyprogesterone</i>	16, 39
LAMICTAL XR.....	79	<i>lidocaine-prilocaine</i>	69	<i>mefenamic acid</i>	68
<i>lamivudine</i>	106, 110	<i>lindane</i>	101	<i>mefloquine</i>	101
<i>lamivudine-zidovudine</i>	110	<i>linezolid</i>	71	MEGACE ES.....	39
<i>lamotrigine</i>	79	LINZESS.....	29	<i>megestrol</i>	39
LANOXIN.....	16	<i>liothyronine</i>	43	MEKINIST.....	99
<i>lansoprazole</i>	14, 15, 30	<i>lisinopril</i>	23	<i>meloxicam</i>	68
LANTUS.....	123	<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i> ..	16	<i>melfalan hcl</i>	91
LANTUS SOLOSTAR.....	123	<i>lithium carbonate</i>	110, 111	<i>memantine</i>	82
LARIN 1.5/30 (21).....	35	<i>lithium citrate</i>	111	MENACTRA (PF).....	51
LARIN 1/20 (21).....	35	LOMEDIA 24 FE.....	35	MENEST.....	35
LARIN FE 1.5/30 (28).....	35	LONSURF.....	94	MENOSTAR.....	35
LARIN FE 1/20 (28).....	35	<i>loperamide</i>	29	MENTAX.....	90
<i>latanoprost</i>	54	<i>lopinavir-ritonavir</i>	108	MENVEO A-C-Y-W-135-DIP	
LATUDA.....	104	<i>lorazepam</i>	70	(PF).....	51
LAYOLIS FE.....	35	LORCET (HYDROCODONE).....	66	<i>mepiperidine</i>	66
LAZANDA.....	66	LORCET PLUS.....	66	<i>meprobamate</i>	69
LEENA 28.....	35	LORYNA (28).....	35	<i>mercaptopurine</i>	94
<i>leflunomide</i>	50	<i>losartan</i>	18	<i>meropenem</i>	74
LENVIMA.....	99	<i>losartan-hydrochlorothiazide</i> ..	16	<i>mesalamine</i>	62
LESSINA.....	35	LOTEMAX.....	55	<i>mesalamine with cleansing</i>	
LETAIRIS.....	57	<i>lovastatin</i>	21	<i>wipe</i>	62
<i>letrozole</i>	97	<i>loxapine succinate</i>	103	<i>mesna</i>	96
<i>leucovorin calcium</i>	96	LUMIGAN.....	55	MESNEX.....	96
LEUKERAN.....	91	LUMIZYME.....	120	MESTINON.....	88
LEUKINE.....	112	LUPRON DEPOT.....	44	MESTINON TIMESPAN.....	88
<i>leuprolide</i>	44	LUPRON DEPOT (3		METADATE ER.....	25
<i>levalbuterol hcl</i>	60	MONTH).....	44	<i>metaproterenol</i>	60
LEVEMIR.....	124	LUPRON DEPOT (4		METAXALL.....	124
LEVEMIR FLEXTOUCH.....	123	MONTH).....	44	<i>metaxalone</i>	124



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

<i>metformin</i>	122	MODERIBA DOSE PACK...	106	<i>neomycin-bacitracin-</i>	
<i>methadone</i>	67	<i>moexipril</i>	23	<i>polymyxin</i>	54
<i>methazolamide</i>	53	<i>moexipril-hydrochlorothiazide</i>	17	<i>neomycin-polymyxin b gu</i>	72
<i>methenamine hippurate</i>	71	<i>mometasone</i>	42	<i>neomycin-polymyxin b-</i>	
<i>methimazole</i>	45	MONONESSA (28).....	36	<i>dexameth</i>	54
<i>methocarbamol</i>	124	<i>montelukast</i>	59	<i>neomycin-polymyxin-hc</i> ...	54, 56
<i>methotrexate sodium</i>	48, 94	<i>morphine</i>	66, 67	NEORAL.....	48
<i>methotrexate sodium (pf)</i>	48	<i>morphine concentrate</i>	66	NEPHRAMINE 5.4 %.....	116
<i>methoxsalen</i>	28	<i>moxifloxacin</i>	76	NERLYNX.....	99
<i>methscopolamine</i>	30	<i>moxifloxacin-sod.ace,sul-</i>		NEUAC.....	28
<i>methyclothiazide</i>	23	<i>water</i>	76	NEULASTA.....	113
<i>methyl dopate</i>	17	MOZOBIL.....	112	NEUPOGEN.....	113
<i>methylphenidate hcl</i>	25, 26	MULTAQ.....	18	NEUPRO.....	102
<i>methylprednisolone</i>	42	<i>mupirocin</i>	72	NEURONTIN.....	81
<i>methylprednisolone acetate</i> ..	42	<i>mupirocin calcium</i>	72	NEVANAC.....	55
<i>methylprednisolone sodium</i>		MUSTARGEN.....	91	<i>nevirapine</i>	109
<i>succ</i>	42	MYALEPT.....	65	NEXAVAR.....	99
<i>metipranolol</i>	53	MYCAMINE.....	90	<i>niacin</i>	21
<i>metoclopramide hcl</i>	86	<i>mycophenolate mofetil</i>	48	NIACOR.....	21
<i>metolazone</i>	23	<i>mycophenolate mofetil hcl</i>	48	<i>nicardipine</i>	20
<i>metoprolol succinate</i>	19	<i>mycophenolate sodium</i>	48	NICOTROL.....	64
<i>metoprolol ta-</i>		MYFORTIC.....	48	NICOTROL NS.....	64
<i>hydrochlorothiaz</i>	17	MYORISAN.....	28	<i>nifedipine</i>	20
<i>metoprolol tartrate</i>	19	MYRBETRIQ.....	32	NIKKI (28).....	36
<i>metronidazole</i>	28, 71, 72	MYSOLINE.....	81	NILANDRON.....	91
<i>metronidazole in nacl (iso-os)</i>	71	<i>nabumetone</i>	68	<i>nilutamide</i>	91
<i>mexiletine</i>	18	<i>nadolol</i>	19	<i>nimodipine</i>	20
MIACALCIN.....	63	<i>nafcillin</i>	75	NINLARO.....	99
<i>miconazole-3</i>	90	<i>naftifine</i>	90	NIPENT.....	94
MICROGESTIN 1.5/30 (21)...	35	NAFTIN.....	90	NITRO-BID.....	24
MICROGESTIN 1/20 (21).....	35	NAGLAZYME.....	120	NITRO-DUR.....	24
MICROGESTIN FE 1.5/30		<i>nalbuphine</i>	66	<i>nitrofurantoin</i>	72
(28).....	36	<i>naltrexone</i>	64	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> ...	72
<i>midodrine</i>	17	NAMENDA.....	82	<i>nitrofurantoin monohyd/m-</i>	
MIGERGOT.....	88	NAMENDA TITRATION PAK	82	<i>cryst</i>	72
MIMVEY.....	36	<i>naproxen</i>	68	<i>nitroglycerin</i>	24
MIMVEY LO.....	36	<i>naproxen sodium</i>	68, 69	NITROSTAT.....	24
MINASTRIN 24 FE.....	36	<i>naratriptan</i>	87	<i>nizatidine</i>	30
MINITRAN.....	24	NARCAN.....	64	NORA-BE.....	39
MINIVELLE.....	36	NATACYN.....	90	NORDITROPIN FLEXPRO...	39
<i>minocycline</i>	77	<i>nateglinide</i>	122	<i>noreth-ethinyl estradiol-iron</i> ...	36
<i>minoxidil</i>	23	NATPARA.....	63	<i>norethindrone (contraceptive)</i>	39
<i>mirtazapine</i>	83	NEBUPENT.....	101	<i>norethindrone acetate</i>	39
<i>misoprostol</i>	31	NECON 0.5/35 (28).....	36	<i>norethindrone ac-eth</i>	
<i>mitomycin</i>	96	NECON 7/7/7 (28).....	36	<i>estradiol</i>	36
<i>mitoxantrone</i>	96	<i>nefazodone</i>	84	<i>norethindrone-e.estradiol-</i>	
M-M-R II (PF).....	51	<i>neomycin</i>	70	<i>iron</i>	36
<i>modafinil</i>	64	<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i> ..	54	<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>	36
MODERIBA.....	106			NORLYROC.....	39



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

NORMOSOL-M IN 5 %	ORAP.....	103	PENTASA.....	62
DEXTROSE.....	ORENCIA.....	49	<i>pentoxifylline</i>	17
NORMOSOL-R IN 5 %	ORENCIA (WITH		PERFOROMIST.....	61
DEXTROSE.....	MALTOSE).....	49	<i>perindopril erbumine</i>	23
NORMOSOL-R PH 7.4.....	ORFADIN.....	120	PERIOGARD.....	27
NORTHERA.....	ORKAMBI.....	57	PERJETA.....	93
NORTREL 0.5/35 (28).....	<i>orphenadrine citrate</i>	124	<i>permethrin</i>	101
NORTREL 1/35 (21).....	ORSYTHIA.....	36	<i>perphenazine</i>	86
NORTREL 1/35 (28).....	OSMOPREP.....	31	<i>perphenazine-amitriptyline</i>	83
NORTREL 7/7/7 (28).....	OTEZLA.....	50	PEXEVA.....	84
<i>nortriptyline</i>	OTEZLA STARTER.....	50	PHENADOZ.....	86
NORVIR.....	<i>oxacillin</i>	75	<i>phenelzine</i>	83
NOVAREL.....	<i>oxaliplatin</i>	96	PHENERGAN.....	86
NOVOLIN R.....	<i>oxandrolone</i>	32	<i>phenobarbital</i>	81
NOVOLOG.....	<i>oxaprozin</i>	69	<i>phenytoin</i>	78
NOVOLOG FLEXPEN.....	<i>oxazepam</i>	70	<i>phenytoin sodium</i>	78
NOVOLOG MIX 70-30.....	<i>oxcarbazepine</i>	78	<i>phenytoin sodium extended</i> ..	78
NOVOLOG MIX 70-30	OXISTAT.....	90	PICATO.....	28
FLEXPEN.....	OXSORALEN ULTRA.....	28	<i>pilocarpine hcl</i>	27, 53
NOVOLOG PENFILL.....	<i>oxybutynin chloride</i>	32	<i>pimozide</i>	103
NOXAFIL.....	<i>oxycodone</i>	66, 67	PIMTREA (28).....	37
NUDEXTA.....	<i>oxycodone-acetaminophen</i>		<i>pindolol</i>	19
NULOJIX.....	.....	66, 67	<i>pioglitazone</i>	122
NUPLAZID.....	OXYCONTIN.....	67	<i>pioglitazone-glimepiride</i>	122
NUTRILIPID.....	<i>oxymorphone</i>	67	<i>pioglitazone-metformin</i>	122
NUTROPIN AQ NUSPIN.....	PACERONE.....	18	<i>piperacillin-tazobactam</i>	75
NYAMYC.....	<i>paclitaxel</i>	96	PIRMELLA.....	37
<i>nystatin</i>	<i>paliperidone</i>	105	<i>piroxicam</i>	69
<i>nystatin-triamcinolone</i>	<i>pamidronate</i>	63	<i>podofilox</i>	28
NYSTOP.....	PANRETIN.....	101	<i>polyethylene glycol 3350</i> . 15, 31	
OCTAGAM.....	<i>pantoprazole</i>	30	<i>polymyxin b sulf-trimethoprim</i> 54	
<i>octreotide acetate</i>	<i>paricalcitol</i>	63	POMALYST.....	92
ODEFSEY.....	<i>paromomycin</i>	70	PORTIA.....	37
ODOMZO.....	<i>paroxetine hcl</i>	84	<i>potassium chlorid-d5-</i>	
OFEV.....	PASER.....	88	<i>0.45%nacl</i>	118
<i>ofloxacin</i>	PATADAY.....	53	<i>potassium chloride</i>	118, 119
OGESTREL (28).....	PATANOL.....	53	<i>potassium chloride in</i>	
<i>olanzapine</i>	PAXIL.....	84	<i>0.9%nacl</i>	118
<i>olanzapine-fluoxetine</i>	PCE.....	76	<i>potassium chloride in 5 %</i>	
<i>olopatadine</i>	PEDVAX HIB (PF).....	51	<i>dex</i>	118
<i>omega-3 acid ethyl esters</i>	PEGANONE.....	78	<i>potassium chloride in Ir-d5</i> ..	118
<i>omeprazole</i>	PEGASYS.....	106	<i>potassium chloride-0.45 %</i>	
<i>ondansetron</i>	PEGASYS PROCLICK.....	106	<i>nacl</i>	119
<i>ondansetron hcl</i>	<i>peg-electrolyte soln</i>	31	<i>potassium chloride-d5-</i>	
<i>ondansetron hcl (pf)</i>	PEGINTRON REDIPEN.....	106	<i>0.2%nacl</i>	119
ONFI.....	<i>pen needle, diabetic</i>	65	<i>potassium chloride-d5-</i>	
ONGLYZA.....	<i>penicillin g sodium</i>	75	<i>0.3%nacl</i>	119
OPDIVO.....	<i>penicillin v potassium</i>	75	<i>potassium chloride-d5-</i>	
OPSUMIT.....	PENTAM.....	101	<i>0.9%nacl</i>	119



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

<i>potassium citrate</i>	31	<i>promethazine</i>	58, 59, 87	REPATHA SURECLICK.....	21
PRADAXA.....	112	<i>promethazine vc</i>	57	REPATHA SYRINGE.....	21
<i>pramipexole</i>	102	PROMETHEGAN.....	87	RESCRIPTOR.....	109
<i>pravastatin</i>	21	<i>propafenone</i>	18	RESTASIS.....	54
<i>prazosin</i>	18	<i>proparacaine</i>	54	RETROVIR.....	110
PRED MILD.....	55	<i>propranolol</i>	19	REVLIMID.....	92
<i>prednicarbate</i>	42	<i>propranolol-</i>		REXULTI.....	105
<i>prednisolone acetate</i>	55	<i>hydrochlorothiazid</i>	17	REYATAZ.....	109
<i>prednisolone sodium</i>		<i>propylthiouracil</i>	45	RIBASPHERE.....	107
<i>phosphate</i>	42, 56	PROQUAD (PF).....	51	RIBASPHERE RIBAPAK....	107
<i>prednisone</i>	42	<i>protriptyline</i>	85	<i>ribavirin</i>	107
PREDNISONO INTENSOL....	42	PROVENTIL HFA.....	61	RIDAURA.....	50
PREGNYL.....	39	PULMICORT.....	59	<i>rifabutin</i>	88
PREMARIN.....	37	PULMICORT FLEXHALER...	59	<i>rifampin</i>	88
PREMASOL 10 %.....	116	PULMOZYME.....	57	RIFATER.....	88
PREMASOL 6 %.....	116	PURIXAN.....	94	<i>riluzole</i>	24
PREMPHASE.....	37	<i>pyrazinamide</i>	88	<i>rimantadine</i>	107
PREMPRO.....	37	<i>pyridostigmine bromide</i>	88	<i>ringer's</i>	116, 119
PRENATAL VITAMIN PLUS		QUADRACEL (PF).....	51	<i>risedronate</i>	63
LOW IRON.....	116	QUARTETTE.....	37	RISPERDAL CONSTA.....	105
PREVALITE.....	21	QUASENSE.....	37	RISPERDAL M-TAB.....	105
PREVIFEM.....	37	<i>quetiapine</i>	105	<i>risperidone</i>	105
PREZCOBIX.....	110	<i>quinapril</i>	23	RITUXAN.....	93
PREZISTA.....	108	<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	17	<i>rivastigmine</i>	82
PRIFTIN.....	88	<i>quinidine gluconate</i>	18	<i>rivastigmine tartrate</i>	82
<i>primaquine</i>	101	<i>quinidine sulfate</i>	18	<i>rizatriptan</i>	87
<i>primidone</i>	81	<i>quinine sulfate</i>	101	<i>ropinirole</i>	102
PRISTIQ.....	84	QVAR.....	59	<i>rosuvastatin</i>	21
PRIVIGEN.....	46	RABAVERT (PF).....	51	ROTARIX.....	52
PROAIR HFA.....	61	<i>raloxifene</i>	38	ROTATEQ VACCINE.....	52
<i>probenecid</i>	87	<i>ramipril</i>	23	ROWEEPRA.....	80
<i>probenecid-colchicine</i>	87	RANEXA.....	17	ROZEREM.....	64
<i>procainamide</i>	18	<i>ranitidine hcl</i>	15, 30	RUBRACA.....	96
PROCALAMINE 3%.....	116	RAPAMUNE.....	49	RYDAPT.....	99
<i>prochlorperazine</i>	87	RAVICTI.....	120	SABRIL.....	81
<i>prochlorperazine edisylate</i>	86	REBETOL.....	107	SANDIMMUNE.....	49
<i>prochlorperazine maleate</i>	86	REBIF (WITH ALBUMIN)....	26	SANTYL.....	28
PROCRIT.....	113	REBIF REBIDOSE.....	26	SAPHRIS (BLACK	
PROCTO-PAK.....	42	REBIF TITRATION PACK....	26	CHERRY).....	105
PROCTOSOL HC.....	42	RECLIPSEN (28).....	37	SAVELLA.....	27
PROCTOZONE-HC.....	43	RECOMBIVAX HB (PF).....	52	<i>selegiline hcl</i>	102
PROCYSBI.....	120	RECTIV.....	28	<i>selenium sulfide</i>	28
<i>progesterone micronized</i>	39	REGRANEX.....	28	SELZENTRY.....	110
PROGLYCEM.....	122	RELENZA DISKHALER.....	107	SENSIPAR.....	43, 44
PROGRAF.....	49	RELISTOR.....	29	SEREVENT DISKUS.....	61
PROLASTIN-C.....	57	REMICADE.....	49	SEROQUEL XR.....	105
PROLEUKIN.....	96	RENAGEL.....	32	<i>sertraline</i>	84
PROLIA.....	63	REVELA.....	32	SETLAKIN.....	37
PROMACTA.....	113	<i>repaglinide</i>	122	<i>sevelamer carbonate</i>	32



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

SHAROBEL.....	39	<i>sulindac</i>	69	<i>testosterone cypionate</i>	32
SIGNIFOR.....	45	<i>sumatriptan</i>	87	<i>testosterone enanthate</i>	32
SIGNIFOR LAR.....	45	<i>sumatriptan succinate</i>	87	<i>tetanus, diphtheria tox ped(pf)</i>	52
<i>sildenafil (antihypertensive)</i> ...	58	SUPRAX.....	73	<i>tetanus-diphtheria toxoids-td</i>	52
<i>silver sulfadiazine</i>	77	SUPREP BOWEL PREP KIT		<i>tetrabenazine</i>	24
SIMPONI.....	49	.....	119	<i>tetracycline</i>	77
SIMULECT.....	50	SURMONTIL.....	85	THALOMID.....	92
<i>simvastatin</i>	21	SUSTIVA.....	109	<i>theophylline</i>	61
<i>sirolimus</i>	49	SUTENT.....	100	<i>thioridazine</i>	103
SIRTURO.....	88	SYLATRON.....	96	<i>thiotepa</i>	96
<i>sodium chloride</i>	119	SYLVANT.....	93	<i>thiothixene</i>	103
<i>sodium chloride 0.45 %</i>	119	SYMBICORT.....	57	THYMOGLOBULIN.....	46
<i>sodium chloride 0.9 %</i>	119	SYMLINPEN 120.....	122	<i>tiagabine</i>	81
<i>sodium chloride 3 %</i>	119	SYMLINPEN 60.....	122	<i>tigecycline</i>	72
<i>sodium chloride 5 %</i>	119	SYNAGIS.....	50	TIKOSYN.....	18
<i>sodium lactate</i>	119	SYNAREL.....	45	<i>timolol maleate</i>	19, 53, 54
<i>sodium polystyrene (sorb</i>		SYNERCID.....	72	<i>tinidazole</i>	72
<i>free)</i>	113	SYNRIBO.....	96	TIVICAY.....	108
SOLTAMOX.....	93	SYNTHROID.....	43	<i>tizanidine</i>	124
SOMATULINE DEPOT.....	45	SYPRINE.....	113	TOBRADEX.....	54
SOMAVERT.....	45	TABLOID.....	94	<i>tobramycin</i>	70
<i>sotalol</i>	18	<i>tacrolimus</i>	28, 49	<i>tobramycin in 0.225 % nacl</i> ...	57
<i>sotalol af</i>	18	TAFINLAR.....	100	<i>tobramycin sulfate</i>	70
SOVALDI.....	107	TAGRISSO.....	100	<i>tobramycin-dexamethasone</i> ..	54
SPIRIVA RESPIMAT.....	60	TAMIFLU.....	107	TOBREX.....	70
SPIRIVA WITH		<i>tamoxifen</i>	93	<i>tolazamide</i>	122
HANDIHALER.....	60	<i>tamsulosin</i>	31	<i>tolbutamide</i>	122
<i>spironolactone</i>	22	TARCEVA.....	100	<i>tolcapone</i>	102
<i>spironolacton-</i>		TARGRETIN.....	101	<i>tolmetin</i>	69
<i>hydrochlorothiaz</i>	17	TARINA FE 1/20 (28).....	37	<i>tolterodine</i>	32
SPRINTEC (28).....	37	TASIGNA.....	100	<i>topiramate</i>	79
SPRITAM.....	80	<i>tazarotene</i>	29	TOPOSAR.....	98
SPRYCEL.....	99	TAZICEF.....	74	<i>topotecan</i>	98
SRONYX.....	37	TAZORAC.....	29	TORISEL.....	100
SSD.....	77	TECENTRIQ.....	93	<i>torseamide</i>	22
<i>stavudine</i>	110	TECFIDERA.....	26	TPN ELECTROLYTES.....	119
STIVARGA.....	100	TECHNIVIE.....	107	TRACLEER.....	58
STRATTERA.....	26	TEFLARO.....	74	<i>tramadol</i>	67
STRENSIQ.....	120	TEGRETOL XR.....	78	<i>tramadol-acetaminophen</i>	67
<i>streptomycin</i>	70	TEKTURNA.....	17	<i>trandolapril</i>	23
STRIBILD.....	108	TEKTURNA HCT.....	17	<i>tranexamic acid</i>	112
SUCRAID.....	120	<i>temazepam</i>	63	TRANSDERM-SCOP.....	87
<i>sucralfate</i>	31	TENIVAC (PF).....	52	<i>tranylcypromine</i>	83
<i>sulfacetamide sodium</i>	77	TENORMIN.....	19	TRAVASOL 10 %.....	116
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	77	<i>terazosin</i>	18	TRAVATAN Z.....	55
<i>sulfadiazine</i>	77	<i>terbinafine hcl</i>	90	<i>trazodone</i>	84
<i>sulfamethoxazole-</i>		<i>terbutaline</i>	61	TREANDA.....	91
<i>trimethoprim</i>	77	<i>terconazole</i>	90	TRECTOR.....	88
<i>sulfasalazine</i>	62	<i>testosterone</i>	32	TRELSTAR.....	45



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org

<i>tretinoin</i>	29	VARIVAX (PF).....	52	XGEVA.....	63
<i>tretinoin (chemotherapy)</i>	101	VECTIBIX.....	93	XOLAIR.....	57
TREXALL.....	49	VELCADE.....	97	XOPENEX HFA.....	61
<i>triamcinolone acetonide</i> ..	27, 43	VELIVET TRIPHASIC REGIMEN (28).....	38	XTANDI.....	91
<i>triamterene- hydrochlorothiazid</i>	17	VELTASSA.....	113	XULANE.....	38
<i>triazolam</i>	63	VENCLEXTA.....	100	XYREM.....	64
TRIDERM.....	43	VENCLEXTA STARTING PACK.....	100	YERVOY.....	93
<i>trifluoperazine</i>	103	<i>venlafaxine</i>	84	YF-VAX (PF).....	52
<i>trifluridine</i>	107	VENTAVIS.....	58	YONDELIS.....	97
<i>trihexyphenidyl</i>	102	VENTOLIN HFA.....	61	<i>yuvaferm</i>	38
TRI-LEGEST FE.....	37	<i>verapamil</i>	20	<i>zafirlukast</i>	59
<i>trimethoprim</i>	72	VERIPRED 20.....	43	<i>zaleplon</i>	63
<i>trimipramine</i>	85	VERSACLOZ.....	104	ZALTRAP.....	97
TRINESSA (28).....	37	VESTURA (28).....	38	ZANOSAR.....	97
TRINTELLIX.....	84	VICTOZA 3-PAK.....	122	ZARONTIN.....	82
TRI-PREVIFEM (28).....	37	VIDEX 2 GRAM PEDIATRIC	110	ZARXIO.....	113
TRISENOX.....	96	<i>vigabatrin</i>	81	ZAVESCA.....	120
TRI-SPRINTEC (28).....	37	VIGAMOX.....	77	ZEJULA.....	97
TRIUMEQ.....	110	VIIBRYD.....	84	ZELAPAR.....	103
TRIVORA (28).....	38	VIMPAT.....	78	ZELBORAF.....	100
TROPHAMINE 10 %.....	117	<i>vinblastine</i>	97	ZEMAIRA.....	57
TROPHAMINE 6%.....	117	VINCASAR PFS.....	97	ZENATANE.....	29
<i>tropium</i>	32	<i>vincristine</i>	97	ZENCHENT (28).....	38
TRUVADA.....	110	<i>vinorelbine</i>	97	ZENPEP.....	121
TUDORZA PRESSAIR.....	60	VIRACEPT.....	109	ZERBAXA.....	72
TWINRIX (PF).....	52	VIRAMUNE XR.....	109	ZERIT.....	110
TYBOST.....	110	VIREAD.....	110	ZETIA.....	22
TYGACIL.....	72	VIVELLE-DOT.....	38	ZIAGEN.....	110
TYKERB.....	100	VOLTAREN.....	29	<i>zidovudine</i>	110
TYPHIM VI.....	52	<i>voriconazole</i>	90, 91	<i>ziprasidone hcl</i>	105
TYSABRI.....	26	VOTRIENT.....	100	ZIRGAN.....	106
UCERIS.....	62	VPRIV.....	120	ZITHROMAX.....	76
ULORIC.....	87	VRAYLAR.....	105	ZMAX.....	76
UNITHROID.....	43	VYFEMLA (28).....	38	<i>zoledronic acid</i>	63
UPTRAVI.....	58	VYVANSE.....	25	<i>zoledronic acid-mannitol- water</i>	63
<i>ursodiol</i>	29	VYXEOS.....	97	ZOLINZA.....	97
VAGIFEM.....	38	<i>warfarin</i>	112	<i>zolpidem</i>	64
<i>valacyclovir</i>	107	<i>water for irrigation, sterile</i>	65	ZONEGRAN.....	82
VALCHLOR.....	91	WELCHOL.....	21, 22	<i>zonisamide</i>	82
VALCYTE.....	106	WYMZYA FE.....	38	ZORTRESS.....	50
<i>valganciclovir</i>	106	XALKORI.....	100	ZOSTAVAX (PF).....	52
<i>valproate sodium</i>	81	XARELTO.....	112	ZOVIA 1/35E (28).....	38
<i>valproic acid</i>	81	XATMEP.....	94	ZOVIA 1/50E (28).....	38
<i>valproic acid (as sodium salt)</i>	81	XELJANZ.....	49	ZOVIRAX.....	107
<i>valsartan</i>	18	XELJANZ XR.....	49	ZYDELIG.....	100
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	17	XENAZINE.....	24	ZYKADIA.....	100
<i>vancomycin</i>	72			ZYPREXA RELPREVV.....	105
VAQTA (PF).....	52			ZYTIGA.....	92



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite RiverSpringFIDA.org



Si tiene alguna pregunta, por favor llame al plan RiverSpringFIDA al 1-800-950-9000 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.hora del este. La llamada es gratuita. Para obtener mas informacion, visite RiverSpringFIDA.org