

2015

Guía de Medicamentos Recetados

Formulario Abreviado de Humana

Lista parcial de los medicamentos cubiertos

HumanaChoice H6609-126 (PPO)

Arkansas, Oklahoma
Condados seleccionados en AR, KS, MO
y OK



**FAVOR LEER: ESTE DOCUMENTO
CONTIENE INFORMACIÓN ACERCA DE
ALGUNOS DE LOS MEDICAMENTOS
CUBIERTOS POR ESTE PLAN.**

Este formulario abreviado se actualizó el 11/02/2015 y no es una lista completa de los medicamentos cubiertos por nuestro plan. Para un listado completo u otras preguntas, contacte Humana al 1-800-457-4708 o, para usuarios de TTY, 711, 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. No obstante, observe que nuestro sistema telefónico automatizado podrá responder llamadas durante los fines de semana y días festivos entre el 15 de febrero y el 30 de septiembre. Por favor deje su nombre y número de teléfono y le devolveremos la llamada antes del final del siguiente día laborable, o visite Humana.com.

Las instrucciones para obtener información sobre todos los medicamentos cubiertos están en el interior.

Humana®

¡Bienvenidos a Humana!

Nota para los afiliados actuales: Este formulario cambia cada año. Si estuvo afiliado al plan en el 2014, revise este documento para asegurarse de que aún contiene los medicamentos que usted está tomando.

¿Qué es el formulario?

Un formulario es la lista de medicamentos cubiertos que fueron seleccionados por Humana. Humana trabajó con un equipo de médicos y farmacéuticos para crear un formulario que representa los medicamentos recetados que creemos son necesarios para un programa de tratamiento de calidad. Por lo general, Humana cubrirá los medicamentos que aparecen en nuestro formulario, siempre y cuando el medicamento sea necesario por razones médicas, el medicamento recetado sea obtenido en una farmacia de la red de Humana y se cumpla con otras reglas del plan. Para obtener más información sobre cómo obtener sus medicamentos recetados, consulte su Evidencia de Cobertura.

Este documento es un formulario parcial, lo que significa que incluye sólo algunos de los medicamentos cubiertos por Humana. Para buscar en la lista completa de todos los medicamentos recetados cubiertos por Humana, puede visitar **Humana.com/medicaredruglist**. La herramienta de búsqueda, le permite buscar su medicamento por nombre o tipo de medicamento.

Para obtener ayuda o una lista completa de los medicamentos cubiertos, también puede llamar al departamento de Atención al Cliente de Humana al **1-800-457-4708**. Si usa un TTY, llame al **711**. Puede llamarnos siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. No obstante, observe que nuestro sistema telefónico automatizado podrá responder llamadas durante los fines de semana y días festivos entre el 15 de febrero y el 30 de septiembre. Por favor deje su nombre y número de teléfono y le devolveremos la llamada antes del final del siguiente día laborable.

¿Puede cambiar el formulario?

Por lo general, no descontinuaremos ni reduciremos la cobertura de dicho medicamento durante el año de cobertura del 2015 si usted toma un medicamento que estaba cubierto al comienzo del año. No obstante, podemos cambiar el formulario cuando un nuevo medicamento genérico menos costoso se hace disponible o cuando se publica nueva información acerca de la seguridad o eficacia de un medicamento.

Notificaremos a los afiliados afectados por los siguientes cambios en nuestro formulario:

- Cuando eliminamos medicamentos del formulario
- Cuando agregamos autorizaciones previas, límites de cantidad o restricciones al tratamiento por pasos para un medicamento
- Cuando pasamos un medicamento a un nivel de costo compartido más alto

¿Qué sucede si usted está afectado por un cambio en el formulario?

Le notificaremos por lo menos 60 días antes de que ocurra uno de estos cambios o cuando usted solicite una repetición del medicamento afectado.

Si la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) decide que un medicamento de nuestro formulario no es seguro o si el fabricante del medicamento lo retira del mercado, eliminaremos de inmediato el medicamento de nuestro formulario y le notificaremos si usted está tomando el medicamento.

El formulario adjunto es vigente a partir de noviembre de 2015. Actualizaremos nuestros formularios impresos cada mes y estarán disponibles en **Humana.com**.

¿Cómo utilizo el formulario?

Hay dos maneras de encontrar su medicamento en el formulario:

Afección

El formulario empieza en la página 11. Hemos agrupado los medicamentos dependiendo del tipo de afección médica para el que sean usados. Por ejemplo, los medicamentos que tratan afecciones cardíacas aparecen bajo la categoría: “Medicamentos cardiovasculares”. Si sabe para qué afección médica se utiliza su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que empieza en la página 11. Luego busque bajo el nombre de la categoría para su medicamento. En el formulario también están el Nivel y los Requisitos de administración de usos para cada medicamento (consulte la página 5 para más información sobre Requisitos de administración de usos).

Listado en orden alfabético

Si no sabe muy bien la categoría o grupo de su medicamento, debe buscar el medicamento en el índice que empieza en la página 39. El índice es una lista en orden alfabético de todos los medicamentos incluidos en este documento. Tanto los medicamentos genéricos como los de marca aparecen. Busque su medicamento en el índice. Junto al nombre de su medicamento, usted verá un número de página donde puede encontrar información sobre la cobertura. Vaya a la página que aparece en el índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

Los medicamentos recetados están agrupados en uno de cinco niveles. Humana cubre tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) por tener el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos cuestan menos que los medicamentos de marca.

- **Nivel 1 - Genéricos preferidos:** Medicamentos genéricos o de marca que están disponibles al costo compartido más bajo para este plan
- **Nivel 2 - Genéricos no preferidos:** Medicamentos genéricos o de marca que el plan le ofrece a un costo mayor que los medicamentos genéricos preferidos del Nivel 1
- **Nivel 3 - De marca preferidos:** Medicamentos genéricos o de marca que el plan le ofrece a un costo menor que los medicamentos de marca no preferidos del Nivel 4
- **Nivel 4 - De marca no preferidos:** Medicamentos genéricos o de marca que el plan le ofrece a un costo mayor que los medicamentos de marca preferidos del Nivel 3
- **Nivel 5 - Especializados:** Algunos medicamentos inyectables y otros de alto costo

¿Cuánto dinero pagaré por los medicamentos cubiertos?

Humana pagará una parte de los costos de sus medicamentos cubiertos y usted también pagará una parte.

La cantidad de dinero que usted paga depende de:

- El nivel en que se encuentra su medicamento
- Si usted compra el medicamento en una farmacia de la red.
- La etapa del beneficio en que se encuentra para el pago de medicamentos. Por favor, lea su Evidencia de Cobertura (EOC) para más información

Si usted califica para obtener ayuda adicional con el costo de sus medicamentos, sus costos pueden ser distintos a los descritos anteriormente. Consulte su Evidencia de Cobertura (EOC) o llame al departamento de Atención al Cliente para verificar cuáles son sus costos.

¿Hay algunas restricciones de mi cobertura?

Algunos medicamentos cubiertos pueden tener requisitos adicionales o límites en la cobertura. Éstos se llaman Requisitos de administración de usos. Estos requisitos y límites pueden incluir:

- **Autorización Previa (AP):** Humana requiere que usted obtenga una autorización previa para que ciertos medicamentos sean cubiertos por su plan. Esto significa que usted necesitará obtener aprobación de Humana antes de obtener sus medicamentos recetados. Si usted no obtiene aprobación, es posible que Humana no cubra el medicamento.
- **Límites de Cantidad (LC):** Para algunos medicamentos, Humana limita la cantidad de medicamento que nosotros cubriremos. Humana puede limitar el número de repeticiones que usted puede obtener o la cantidad de un medicamento que puede llevar cada vez que obtiene su medicamento recetado. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar sólo una pastilla por día de cierto medicamento, podemos limitar la cobertura de su receta a no más de una pastilla diaria. Los medicamentos especializados están limitados a provisiones de 30 días independientemente de su ubicación en el nivel.
- **Tratamiento por Pasos (TP):** En algunos casos, Humana exige que usted primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de que cubramos otros medicamentos para esa afección. Por ejemplo, si tanto el Medicamento A como el Medicamento B tratan su afección médica, es posible que Humana no cubra el Medicamento B a menos que usted pruebe primero el Medicamento A. Si el Medicamento A no funciona en su caso, Humana entonces cubrirá el Medicamento B.
- **Parte B o Parte D (B o D):** Algunos medicamentos pueden estar cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare dependiendo de las circunstancias. Es posible que se necesite proveer información a Humana que describe el uso y el lugar donde usted recibe y toma el medicamento para poder hacer una determinación.

Para medicamentos que requieren autorización previa, tratamiento por pasos o medicamentos que sobrepasan los límites de cantidad, el médico puede enviar información por fax sobre esos medicamentos a Humana en **1-877-486-2621**. Tenemos representantes a su disposición de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m.

Puede verificar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales consultando el formulario que empieza en la página 11.

También puede visitar **Humana.com/medicaredruglist** para obtener más información acerca de las restricciones que se aplican a medicamentos específicos cubiertos.

Puede pedirle a Humana que haga una excepción a estas restricciones o límites. Consulte la sección “¿Cómo solicito una excepción al formulario?” en la página 6, para obtener información acerca de cómo solicitar una excepción.

¿Tiene un impacto en mi cobertura la reforma al sistema de salud?

Desde 2011, Medicare ha hecho cambios para ayudar con el costo de medicamentos mientras los afiliados se encuentran en el período sin cobertura del Plan de Medicamentos Recetados. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) trabajan junto con las compañías que fabrican medicamentos recetados y planes de salud para que reciba un descuento cercano al 55 por ciento en el costo de muchos medicamentos recetados de marca cubiertos durante el período sin cobertura. Los afiliados de Medicare que reciban el subsidio por bajos ingresos ("Ayuda Adicional") o que estén cubiertos por un plan de medicamentos recetados comercial calificado a través de un patrono no recibirán este descuento.

¿Qué sucede si mi medicamento no aparece en el formulario?

Si su medicamento no aparece en la lista de medicamentos cubiertos, visite **Humana.com** para verificar si su plan cubre su medicamento. Usted también puede llamar al departamento de Atención al Cliente y preguntar si su medicamento está cubierto.

Si Humana no cubre su medicamento, usted tiene dos opciones:

- Puede solicitar al departamento de Atención al Cliente una lista de medicamentos similares que Humana cubre. Muestre la lista a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por Humana.
- Puede pedirle a Humana que haga una excepción y cubra su medicamento. Lea lo siguiente para ver información sobre cómo solicitar una excepción.

Hable con su médico para decidir si debe cambiarse a otro medicamento que cubramos o si debe solicitar una excepción al formulario de manera que cubramos su medicamento.

¿Cómo solicito una excepción al formulario?

Puede pedirle a Humana que haga una excepción a nuestras reglas de cobertura. Hay varios tipos de excepciones que usted puede solicitarnos.

- **Excepción al formulario:** puede solicitar que cubramos su medicamento si no está en nuestro formulario.
- **Excepción a la restricción de usos:** puede solicitarnos que no apliquemos las restricciones o límites de cobertura de su medicamento. Por ejemplo, si su medicamento tiene un límite de cantidad, usted puede solicitarnos que no apliquemos el límite y que cubramos más dosis del medicamento.
- **Excepción al nivel:** puede solicitarnos que proveamos un mayor nivel de cobertura para su medicamento. Por ejemplo, si su medicamento normalmente es considerado como un medicamento no preferido, puede solicitarnos que en vez de eso lo cubramos como un medicamento preferido. Esto reduciría la cantidad de dinero que usted debe pagar por el medicamento. Recuerde que no podrá pedirnos que le proveamos un mayor nivel de cobertura para el medicamento si aprobamos su solicitud para cubrir un medicamento que no está en nuestro formulario.

Por lo general, Humana sólo aprobará su solicitud de una excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan, el medicamento de nivel más bajo u otras restricciones no fueran tan efectivos para el tratamiento de su afección médica, y/o si le causaran efectos médicos adversos.

Usted debe contactarnos para solicitar una decisión de cobertura inicial para una excepción al formulario, al nivel o a la restricción de usos. Cuando usted solicita una excepción, debería presentar una declaración de su médico que respalde su solicitud. Esto se conoce como una declaración probatoria.

Por lo general, debemos tomar una decisión en un término de 72 horas luego de que se haya recibido declaración probatoria de su médico. Puede solicitar una excepción más rápida o acelerada si usted o su médico piensa que su salud podría verse seriamente afectada por el hecho de tener que esperar hasta 72 horas por una decisión. Si su solicitud para una decisión acelerada es otorgada, debemos darle una decisión en no más de 24 horas después de que recibamos la declaración probatoria de su médico.

¿Cubrirá mi plan mis medicamentos si no están en el formulario?

Usted puede tomar medicamentos que su plan no cubre. O, usted puede tomar un medicamento que su plan cubre, pero ese medicamento podría tener un Requisito de administración de usos, tal como una Autorización previa o el Tratamiento por pasos, que le impida obtener el medicamento de inmediato. En ciertos casos, podemos cubrir hasta una provisión de 30 días de su medicamento durante los primeros 90 días en que esté afiliado a nuestro plan. Hablaremos con su médico durante este período para decidir las medidas adecuadas a tomar.

Esto es lo que haremos para cada uno de sus medicamentos actuales de la Parte D que no están en nuestro formulario, o si su capacidad para obtener los medicamentos se encuentra limitada:

- Temporalmente cubriremos hasta un suministro de 30 días de su medicina cuando va a una farmacia..
- No pagaremos por estos medicamentos después de su primer suministro de 30 días, incluso si usted ha sido afiliado del plan por menos de 90 días, a menos que le hayamos otorgado una excepción de formulario.

Si usted es residente de un centro de atención médica a largo plazo y toma medicamentos de la Parte D que no están en nuestro formulario, cubriremos hasta una provisión de 31 días, más repeticiones para un máximo de una provisión de 91 a 98 días de su actual tratamiento con medicamentos (a menos que usted tenga una receta para menos días). Cubriremos más de una repetición de estos medicamentos durante los primeros 90 días en que esté afiliado a nuestro plan. Cubriremos una provisión de emergencia de 31 días de su medicamento (a menos que tenga una receta para menos días) mientras usted consigue una excepción al formulario si:

- Necesita un medicamento que no está en nuestro formulario o
- Su capacidad para obtener los medicamentos se encuentra limitada y
- Ya pasaron los primeros 90 días de afiliación en nuestro plan

Durante el año del plan, usted podría tener un cambio del lugar de su tratamiento (el lugar donde recibe y toma su medicamento) debido a la cantidad de atención que necesite. Estos cambios incluyen:

- Afiliados dados de alta de un hospital o de un centro de enfermería especializada a sus hogares
- Afiliados admitidos a un hospital o a un centro de enfermería especializada desde sus hogares
- Afiliados transferidos de un centro de enfermería especializada a otro y que usan una farmacia distinta
- Afiliados que finalizan su estadía en un centro de enfermería especializada de la Parte A de Medicare (donde los pagos incluyen todos los cargos de farmacia) y que ahora necesitan usar el beneficio de la Parte D de su plan
- Afiliados que renuncian a su condición de hospicio y retoman su cobertura estándar de la Parte A y B de Medicare
- Afiliados dados de alta de hospitales para pacientes psiquiátricos crónicos con regímenes de medicamentos altamente individualizados

Para estos cambios en los lugares de tratamiento, Humana cubrirá una provisión temporal de hasta 31 días de un medicamento cubierto de la Parte D cuando su medicamento recetado es obtenido en una farmacia. Si usted cambia de lugar de tratamiento muchas veces durante el mismo mes, posiblemente deba solicitar una excepción o una autorización previa y recibir aprobación para la cobertura ininterrumpida de su medicamento. Humana revisará estas solicitudes de continuidad de tratamiento, caso por caso, teniendo en cuenta los riesgos que conllevaría el cambio de terapia cuando usted se encuentre estable en un régimen de medicamentos.

Transición extendida

Humana considerará sobre una base de estudio caso por caso para una extensión del período de transición si su solicitud de excepción o apelación no haya sido procesada antes de finalizar su período de transición inicial. Seguiremos proveyéndole los medicamentos necesarios si se extiende su período de transición.

Una Política de Transición está disponible en el sitio Web de Medicare de Humana, **Humana.com**, en la misma sección donde aparecen las Guías de Medicamentos Recetados.

MyHumana - Su sitio Web seguro

Regístrese en MyHumana, su sitio Web seguro en **Humana.com**, para obtener más información sobre su plan de medicamentos recetados. Puede iniciar sesión en MyHumana para obtener los detalles acerca de sus beneficios, ver sus reclamaciones y explorar el Centro de Salud para Adultos Mayores. También puede usar el Rx Calculator bajo "Pharmacy Tools" (Herramientas de farmacia) en MyHumana para:

- Calcular el costo mensual de sus medicamentos y cuánto tiempo le tomará alcanzar las diversas "etapas" de costo de su plan de medicamentos recetados
- Obtener información sobre precios, cobertura, uso, dosis, interacciones y otros detalles de más de 10,000 medicamentos
- Verificar si una alternativa de un medicamento genérico puede ayudarle a ahorrar dinero

Para obtener más información

Para obtener información más detallada acerca de la cobertura de medicamentos recetados de Humana, lea su Evidencia de Cobertura (EOC) y otros materiales del plan.

Si tiene preguntas acerca de Humana, visite nuestro sitio Web en **Humana.com/medicaredruglist**. La herramienta de búsqueda de la “Drug List” (Lista de Medicamentos) le permite buscar su medicamento por nombre o tipo de medicamento.

También puede llamar al departamento de Atención al Cliente de Humana al **1-800-457-4708**. Si usa un TTY, llame al **711**. Puede llamarnos siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. No obstante, observe que nuestro sistema telefónico automatizado podrá responder llamadas durante los fines de semana y días festivos entre el 15 de febrero y el 30 de septiembre. Por favor deje su nombre y número de teléfono y le devolveremos la llamada antes del final del siguiente día laborable.

Si tiene preguntas generales acerca de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, llame a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** 24 horas del día, siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. También puede visitar **www.medicare.gov**.

Formulario de Humana

El formulario que empieza en la siguiente página le provee información de cobertura sobre algunos de los medicamentos cubiertos por Humana. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, consulte el índice que empieza en la página 39.

Recuerde: ésta es sólo una lista parcial de los medicamentos cubiertos por Humana. Si su medicamento recetado no aparece en este formulario parcial, visite nuestro sitio Web en **Humana.com**. Nuestra información de contacto adicional aparece en la página anterior.

Cómo leer su formulario

En la primera columna de la tabla aparecen las categorías de afecciones médicas en orden alfabético. Los nombres de los medicamentos aparecen a continuación en orden alfabético dentro de cada categoría. Los nombres de los medicamentos de marca están escritos con MAYÚSCULAS y los nombres de los medicamentos genéricos están escritos en minúsculas. Al lado del nombre del medicamento es posible que aparezca un indicador para brindarle información adicional de cobertura para ese medicamento. Es posible que vea los siguientes indicadores:

IC - medicamentos de infusión casera que están cubiertos en el período sin cobertura

ES - medicamentos que por lo general están disponibles a través de una farmacia especializada. Contacte su farmacia especializada para verificar si su medicamento está disponible.

EC - medicamentos que por lo general están disponibles a través del servicio de envío por correo. Contacte su farmacia de envío por correo para verificar si su medicamento está disponible.

En la segunda columna aparece el nivel del medicamento. Consulte la página 4 para obtener más detalles acerca de los niveles de medicamentos que se utilizan en su plan.

En la tercera columna aparecen los Requisitos de administración de usos para el medicamento. Es posible que Humana tenga requisitos particulares para la cobertura de ese medicamento. Si la columna está en blanco, entonces no hay requisitos de usos para ese medicamento. La provisión de cada medicamento se basa en los beneficios y en si su médico receta una provisión de 30, 60 ó 90 días. La cantidad de cualquier límite de cantidad también estará en esta columna (Por ejemplo: "LC - 30 por 30 días" significa que sólo puede obtener 30 dosis cada 30 días). Consulte la página 5 para obtener más información acerca de estos requisitos para su plan.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
AGENTES ANTIINFECTIVOS		
abacavir 300 mg tablet ^{ES}	4	LC (60 cada 30 días)
acyclovir 200 mg capsule ^{EC}	1	
acyclovir 400 mg tablet ^{EC}	2	
acyclovir 800 mg tablet ^{EC}	2	
acyclovir sodium 500 mg vial ^{EC}	2	
adefovir dipivoxil 10 mg tab ^{ES}	5	
bacitracin 50,000 units vial ^{EC}	3	
BETHKIS 300 MG/4 ML SOLUTION FOR NEBULIZATION ^{ES}	5	AP,LC (224 cada 28 días)
ciprofloxacin hcl 250 mg tab ^{EC}	1	
ciprofloxacin hcl 500 mg tab ^{EC}	1	
ciprofloxacin hcl 750 mg tab ^{EC}	2	
clarithromycin 250 mg tablet ^{EC}	3	
clarithromycin 500 mg tablet ^{EC}	3	
clindamycin hcl 75 mg capsule ^{EC}	2	
CRIXIVAN 200 MG CAPSULE ^{ES}	4	LC (450 cada 30 días)
CRIXIVAN 400 MG CAPSULE ^{ES}	4	LC (270 cada 30 días)
famciclovir 125 mg tablet ^{EC}	3	LC (60 cada 30 días)
famciclovir 250 mg tablet ^{EC}	3	LC (60 cada 30 días)
famciclovir 500 mg tablet ^{EC}	3	LC (60 cada 30 días)
isoniazid 100 mg/ml vial ^{EC}	2	
levofloxacin 250 mg tablet ^{EC}	2	
levofloxacin 500 mg tablet ^{EC}	2	
MEPRON 750 MG/5 ML ORAL SUSPENSION ^{EC}	5	
NORVIR 100 MG TABLET ^{ES}	4	LC (360 cada 30 días)
PEGASYS 180 MCG/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{ES}	5	AP,LC (4 cada 28 días)
PEGINTRON 50 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS KIT ^{ES}	5	AP,LC (4 cada 28 días)
PEGINTRON REDIPEN 120 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS KIT ^{ES}	5	AP,LC (4 cada 28 días)
PEGINTRON REDIPEN 150 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS KIT ^{ES}	5	AP,LC (4 cada 28 días)
PEGINTRON REDIPEN 50 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS KIT ^{ES}	5	AP,LC (4 cada 28 días)
PEGINTRON REDIPEN 80 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS KIT ^{ES}	5	AP,LC (4 cada 28 días)
primaquine 26.3 mg tablet ^{EC}	4	
quinine sulfate 324 mg capsule ^{EC}	4	AP,LC (42 cada 7 días)
ribavirin 200 mg capsule ^{ES}	3	LC (168 cada 28 días)
ribavirin 200 mg tablet ^{ES}	3	LC (168 cada 28 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización Previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
sulfamethoxazole-tmp ds tablet ^{EC}	1	
sulfamethoxazole-tmp ss tablet ^{EC}	1	
SUSTIVA 200 MG CAPSULE ^{ES}	4	LC (120 cada 30 días)
SUSTIVA 50 MG CAPSULE ^{ES}	4	LC (480 cada 30 días)
SUSTIVA 600 MG TABLET ^{ES}	5	LC (30 cada 30 días)
tinidazole 250 mg tablet ^{EC}	3	
tinidazole 500 mg tablet ^{EC}	3	
TRIZIVIR 300 MG-150 MG-300 MG TABLET ^{ES}	5	LC (60 cada 30 días)
VIREAD 150 MG TABLET ^{ES}	5	LC (30 cada 30 días)
VIREAD 200 MG TABLET ^{ES}	5	LC (30 cada 30 días)
VIREAD 250 MG TABLET ^{ES}	5	LC (30 cada 30 días)
VIREAD 300 MG TABLET ^{ES}	5	LC (30 cada 30 días)
VIREAD 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM) ORAL POWDER ^{ES}	5	LC (240 cada 30 días)
AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS		
anastrozole 1 mg tablet ^{EC}	2	LC (30 cada 30 días)
bicalutamide 50 mg tablet ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)
letrozole 2.5 mg tablet ^{EC}	2	LC (30 cada 30 días)
methotrexate 2.5 mg tablet ^{EC}	2	B o D
tamoxifen 10 mg tablet ^{EC}	2	
tamoxifen 20 mg tablet ^{EC}	2	
TRELSTAR 22.5 MG INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{EC}	4	AP
TREXALL 10 MG TABLET ^{EC}	4	B o D
TREXALL 15 MG TABLET ^{EC}	4	B o D
TREXALL 5 MG TABLET ^{EC}	4	B o D
TREXALL 7.5 MG TABLET ^{EC}	4	B o D
ZYTIGA 250 MG TABLET ^{ES}	5	AP,LC (120 cada 30 días)
AGENTES DE LA PIEL Y LA MEMBRANA MUCOSA		
betamethasone dp aug 0.05% gel ^{EC}	3	
calcipotriene 0.005% cream ^{EC}	4	LC (120 cada 30 días)
desoximetasone 0.05% ointment ^{EC}	4	
fluorouracil 2% topical soln ^{EC}	4	
fluorouracil 5% top solution ^{EC}	4	
hydrocortisone 0.1% soln ^{EC}	3	
hydrocortisone buty 0.1% cream ^{EC}	3	
hydrocortisone butyr 0.1% oint ^{EC}	3	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización Previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
mupirocin 2% cream ^{EC}	4	
SORIATANE 17.5 MG CAPSULE ^{EC}	5	
AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
ABILIFY 10 MG TABLET ^{EC}	4	LC (30 cada 30 días)
ABILIFY 15 MG TABLET ^{EC}	4	LC (30 cada 30 días)
ABILIFY 2 MG TABLET ^{EC}	4	LC (30 cada 30 días)
ABILIFY 20 MG TABLET ^{EC}	4	LC (30 cada 30 días)
ABILIFY 30 MG TABLET ^{EC}	4	LC (30 cada 30 días)
ABILIFY 5 MG TABLET ^{EC}	4	LC (30 cada 30 días)
ABILIFY DISCMELT 10 MG TABLET ^{EC}	4	LC (60 cada 30 días)
ABILIFY DISCMELT 15 MG TABLET ^{EC}	4	LC (60 cada 30 días)
acetaminophen-cod #2 tablet ^{EC}	3	LC (390 cada 30 días)
alprazolam 0.25 mg tablet ^{EC}	4	LC (120 cada 30 días)
alprazolam 0.5 mg tablet ^{EC}	4	LC (120 cada 30 días)
alprazolam 1 mg tablet ^{EC}	4	LC (240 cada 30 días)
alprazolam 2 mg tablet ^{EC}	4	LC (150 cada 30 días)
amantadine 100 mg tablet ^{EC}	3	
amitriptyline hcl 10 mg tab ^{EC}	1	AP
amitriptyline hcl 100 mg tab ^{EC}	1	AP
amitriptyline hcl 25 mg tab ^{EC}	1	AP
amitriptyline hcl 50 mg tab ^{EC}	1	AP
amoxapine 100 mg tablet ^{EC}	3	
amoxapine 150 mg tablet ^{EC}	3	
amoxapine 25 mg tablet ^{EC}	3	
amoxapine 50 mg tablet ^{EC}	3	
budeprion sr 100 mg tablet ^{EC}	3	LC (120 cada 30 días)
budeprion sr 150 mg tablet ^{EC}	3	LC (90 cada 30 días)
bupropion hcl sr 150 mg tablet ^{EC}	3	LC (90 cada 30 días)
bupropion hcl sr 200 mg tab ^{EC}	3	LC (60 cada 30 días)
bupropion hcl xl 150 mg tablet ^{EC}	3	LC (90 cada 30 días)
bupropion hcl xl 300 mg tablet ^{EC}	3	LC (90 cada 30 días)
buspirone hcl 15 mg tablet ^{EC}	2	
buspirone hcl 7.5 mg tablet ^{EC}	2	
BUTISOL 30 MG TABLET ^{EC}	4	AP
BUTISOL SODIUM 50 MG TABLET ^{EC}	4	AP

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización Previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
carbamazepine 100 mg tab chew ^{EC}	2	
carbamazepine 200 mg tablet ^{EC}	2	
carbamazepine xr 200 mg tablet ^{EC}	4	
carbamazepine xr 400 mg tablet ^{EC}	4	
carbidopa-levo 10-100 mg odt ^{EC}	3	
carbidopa-levo 25-100 mg odt ^{EC}	3	
carbidopa-levo 25-250 mg odt ^{EC}	3	
carbidopa-levo er 25-100 tab ^{EC}	3	
carbidopa-levo er 50-200 tab ^{EC}	3	
carbidopa-levodopa 10-100 tab ^{EC}	3	
carbidopa-levodopa 25-100 tab ^{EC}	3	
carbidopa-levodopa 25-250 tab ^{EC}	3	
citalopram hbr 10 mg tablet ^{EC}	2	LC (30 cada 30 días)
citalopram hbr 20 mg tablet ^{EC}	1	LC (60 cada 30 días)
citalopram hbr 40 mg tablet ^{EC}	1	LC (30 cada 30 días)
clonazepam 0.125 mg dis tab ^{EC}	4	
clonazepam 0.25 mg odt ^{EC}	4	
clonazepam 0.5 mg dis tablet ^{EC}	4	
clonazepam 0.5 mg tablet ^{EC}	4	
clonazepam 1 mg dis tablet ^{EC}	4	
clonazepam 1 mg tablet ^{EC}	4	
clonazepam 2 mg odt ^{EC}	4	
clonazepam 2 mg tablet ^{EC}	4	
clorazepate 15 mg tablet ^{EC}	4	
clorazepate 3.75 mg tablet ^{EC}	4	
clorazepate 7.5 mg tablet ^{EC}	4	
clozapine 100 mg tablet ^{EC}	3	
clozapine 200 mg tablet ^{EC}	3	
clozapine 25 mg tablet ^{EC}	3	
clozapine 50 mg tablet ^{EC}	3	
desipramine 10 mg tablet ^{EC}	4	
desipramine 100 mg tablet ^{EC}	4	
desipramine 25 mg tablet ^{EC}	4	
desipramine 50 mg tablet ^{EC}	4	
desipramine 75 mg tablet ^{EC}	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización Previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
dextroamp-amphet er 10 mg cap ^{EC}	4	LC (30 cada 30 días)
dextroamp-amphet er 15 mg cap ^{EC}	4	LC (30 cada 30 días)
dextroamp-amphet er 20 mg cap ^{EC}	4	LC (60 cada 30 días)
dextroamp-amphet er 25 mg cap ^{EC}	4	LC (60 cada 30 días)
dextroamp-amphet er 30 mg cap ^{EC}	4	LC (60 cada 30 días)
dextroamp-amphet er 5 mg cap ^{EC}	4	LC (30 cada 30 días)
diazepam 10 mg tablet ^{EC}	4	LC (120 cada 30 días)
diazepam 2 mg tablet ^{EC}	4	LC (90 cada 30 días)
diazepam 5 mg tablet ^{EC}	4	LC (90 cada 30 días)
duloxetine hcl dr 20 mg cap ^{EC}	3	LC (60 cada 30 días)
duloxetine hcl dr 30 mg cap ^{EC}	3	LC (60 cada 30 días)
duloxetine hcl dr 60 mg cap ^{EC}	3	LC (60 cada 30 días)
endocet 10 mg-325 mg tablet ^{EC}	3	LC (360 cada 30 días)
endocet 5 mg-325 mg tablet ^{EC}	3	LC (360 cada 30 días)
endocet 7.5 mg-325 mg tablet ^{EC}	3	LC (360 cada 30 días)
entacapone 200 mg tablet ^{EC}	4	LC (300 cada 30 días)
escitalopram 10 mg tablet ^{EC}	2	LC (45 cada 30 días)
escitalopram 20 mg tablet ^{EC}	2	LC (30 cada 30 días)
escitalopram 5 mg tablet ^{EC}	2	LC (30 cada 30 días)
escitalopram oxalate 5 mg/5 ml ^{EC}	4	LC (600 cada 30 días)
fentanyl 100 mcg/hr patch ^{EC}	4	LC (20 cada 30 días)
fluoxetine hcl 10 mg capsule ^{EC}	1	LC (60 cada 30 días)
fluoxetine hcl 20 mg capsule ^{EC}	1	LC (120 cada 30 días)
fluoxetine hcl 40 mg capsule ^{EC}	1	LC (60 cada 30 días)
fluoxetine hcl 60 mg tablet ^{EC}	4	LC (30 cada 30 días)
gabapentin 300 mg capsule ^{EC}	2	LC (270 cada 30 días)
gabapentin 400 mg capsule ^{EC}	2	LC (270 cada 30 días)
gabapentin 600 mg tablet ^{EC}	2	LC (180 cada 30 días)
gabapentin 800 mg tablet ^{EC}	2	LC (180 cada 30 días)
haloperidol 1 mg tablet ^{EC}	1	
haloperidol 2 mg tablet ^{EC}	1	
hydrocodon-acetaminoph 7.5-325 ^{EC}	3	LC (360 cada 30 días)
hydrocodon-acetaminophen 5-325 ^{EC}	3	LC (360 cada 30 días)
hydrocodon-acetaminophn 10-325 ^{EC}	3	LC (360 cada 30 días)
ibuprofen 600 mg tablet ^{EC}	1	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización Previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
ibuprofen 800 mg tablet ^{EC}	1	
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	5	LC (2 cada 30 días)
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	5	LC (2 cada 30 días)
INVEGA SUSTENNA 234 MG/1.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	5	LC (2 cada 30 días)
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	4	LC (2 cada 30 días)
INVEGA SUSTENNA 78 MG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	4	LC (2 cada 30 días)
lamotrigine 100 mg tablet ^{EC}	2	
lamotrigine 150 mg tablet ^{EC}	2	
lamotrigine 200 mg tablet ^{EC}	2	
lamotrigine 25 mg disper tab ^{EC}	2	
lamotrigine 25 mg tablet ^{EC}	2	
lamotrigine 5 mg disper tablet ^{EC}	2	
lamotrigine er 100 mg tablet ^{EC}	4	
lamotrigine er 200 mg tablet ^{EC}	4	
lamotrigine er 25 mg tablet ^{EC}	4	
lamotrigine er 250 mg tablet ^{EC}	4	
lamotrigine er 300 mg tablet ^{EC}	4	
lamotrigine er 50 mg tablet ^{EC}	4	
LATUDA 20 MG TABLET ^{EC}	4	AP,LC (30 cada 30 días)
LATUDA 40 MG TABLET ^{EC}	4	AP,LC (30 cada 30 días)
LATUDA 80 MG TABLET ^{EC}	4	AP,LC (60 cada 30 días)
levetiracetam 1,000 mg tablet ^{EC}	2	
levetiracetam 250 mg tablet ^{EC}	2	
levetiracetam 500 mg tablet ^{EC}	2	
levetiracetam 750 mg tablet ^{EC}	2	
lithium carbonate 150 mg cap ^{EC}	2	
lithium carbonate er 300 mg tb ^{EC}	2	
lorazepam 0.5 mg tablet ^{EC}	2	LC (90 cada 30 días)
lorazepam 1 mg tablet ^{EC}	2	LC (90 cada 30 días)
lorazepam 2 mg tablet ^{EC}	2	LC (150 cada 30 días)
LYRICA 100 MG CAPSULE ^{EC}	4	LC (90 cada 30 días)
LYRICA 150 MG CAPSULE ^{EC}	4	LC (90 cada 30 días)
LYRICA 20 MG/ML ORAL SOLUTION ^{EC}	4	LC (900 cada 30 días)
LYRICA 200 MG CAPSULE ^{EC}	4	LC (90 cada 30 días)
LYRICA 225 MG CAPSULE ^{EC}	4	LC (60 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización Previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
LYRICA 25 MG CAPSULE ^{EC}	4	LC (90 cada 30 días)
LYRICA 300 MG CAPSULE ^{EC}	4	LC (60 cada 30 días)
LYRICA 50 MG CAPSULE ^{EC}	4	LC (90 cada 30 días)
LYRICA 75 MG CAPSULE ^{EC}	4	LC (90 cada 30 días)
meloxicam 15 mg tablet ^{EC}	1	LC (30 cada 30 días)
meloxicam 7.5 mg tablet ^{EC}	1	LC (60 cada 30 días)
methylphenidate er 27 mg tab ^{EC}	4	LC (30 cada 30 días)
mirtazapine 15 mg odt ^{EC}	4	LC (30 cada 30 días)
mirtazapine 15 mg tablet ^{EC}	2	LC (30 cada 30 días)
mirtazapine 30 mg odt ^{EC}	4	LC (30 cada 30 días)
mirtazapine 30 mg tablet ^{EC}	2	LC (30 cada 30 días)
mirtazapine 45 mg odt ^{EC}	4	LC (30 cada 30 días)
mirtazapine 45 mg tablet ^{EC}	2	LC (30 cada 30 días)
mirtazapine 7.5 mg tablet ^{EC}	2	
modafinil 100 mg tablet ^{EC}	4	AP,LC (60 cada 30 días)
modafinil 200 mg tablet ^{EC}	4	AP,LC (60 cada 30 días)
morphine sulf er 100 mg tablet ^{EC}	3	LC (180 cada 30 días)
morphine sulf er 30 mg tablet ^{EC}	3	LC (120 cada 30 días)
NAMENDA 10 MG TABLET ^{EC}	3	AP,LC (60 cada 30 días)
NAMENDA 10 MG/5 ML ORAL SOLUTION ^{EC}	3	AP,LC (360 cada 30 días)
NAMENDA 5 MG TABLET ^{EC}	3	AP,LC (60 cada 30 días)
NAMENDA TITRATION PAK 5 MG-10 MG TABLETS IN A DOSE PACK ^{EC}	3	AP,LC (98 cada 30 días)
NAMENDA XR 14 MG CAPSULE SPRINKLE,EXTENDED RELEASE ^{EC}	3	AP,LC (30 cada 30 días)
NAMENDA XR 21 MG CAPSULE SPRINKLE,EXTENDED RELEASE ^{EC}	3	AP,LC (30 cada 30 días)
NAMENDA XR 28 MG CAPSULE SPRINKLE,EXTENDED RELEASE ^{EC}	3	AP,LC (30 cada 30 días)
NAMENDA XR 7 MG CAPSULE SPRINKLE,EXTENDED RELEASE ^{EC}	3	AP,LC (30 cada 30 días)
naproxen 250 mg tablet ^{EC}	2	
naproxen 375 mg tablet ^{EC}	1	
naproxen 500 mg tablet ^{EC}	1	
naratriptan hcl 1 mg tablet ^{EC}	4	LC (9 cada 30 días)
naratriptan hcl 2.5 mg tablet ^{EC}	4	LC (9 cada 30 días)
NEUPRO 1 MG/24 HOUR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH ^{EC}	4	LC (30 cada 30 días)
NEUPRO 2 MG/24 HOUR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH ^{EC}	4	LC (30 cada 30 días)
NEUPRO 3 MG/24 HOUR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH ^{EC}	4	LC (30 cada 30 días)
NEUPRO 4 MG/24 HOUR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH ^{EC}	4	LC (30 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización Previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
NEUPRO 6 MG/24 HOUR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH ^{EC}	4	LC (30 cada 30 días)
NEUPRO 8 MG/24 HOUR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH ^{EC}	4	LC (30 cada 30 días)
nortriptyline hcl 75 mg cap ^{EC}	2	
NUVIGIL 150 MG TABLET ^{EC}	4	AP,LC (30 cada 30 días)
NUVIGIL 250 MG TABLET ^{EC}	4	AP,LC (30 cada 30 días)
NUVIGIL 50 MG TABLET ^{EC}	4	AP,LC (60 cada 30 días)
olanzapine 10 mg tablet ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)
olanzapine 10 mg vial ^{EC}	3	LC (60 cada 30 días)
olanzapine 15 mg tablet ^{EC}	3	LC (60 cada 30 días)
olanzapine 2.5 mg tablet ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)
olanzapine 20 mg tablet ^{EC}	3	LC (60 cada 30 días)
olanzapine 5 mg tablet ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)
olanzapine 7.5 mg tablet ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)
olanzapine odt 10 mg tablet ^{EC}	4	LC (30 cada 30 días)
olanzapine odt 15 mg tablet ^{EC}	4	LC (60 cada 30 días)
olanzapine odt 20 mg tablet ^{EC}	4	LC (60 cada 30 días)
olanzapine odt 5 mg tablet ^{EC}	4	LC (30 cada 30 días)
ONFI 10 MG TABLET ^{EC}	4	AP,LC (60 cada 30 días)
ONFI 20 MG TABLET ^{EC}	4	AP,LC (60 cada 30 días)
oxazepam 10 mg capsule ^{EC}	4	
oxazepam 15 mg capsule ^{EC}	4	
oxazepam 30 mg capsule ^{EC}	4	
oxycodone hcl 10 mg tablet ^{EC}	3	LC (360 cada 30 días)
oxycodone hcl 20 mg tablet ^{EC}	3	LC (360 cada 30 días)
phenobarbital 100 mg tablet ^{EC}	3	AP,LC (90 cada 30 días)
phenobarbital 15 mg tablet ^{EC}	3	AP,LC (120 cada 30 días)
phenobarbital 16.2 mg tablet ^{EC}	3	AP,LC (90 cada 30 días)
phenobarbital 20 mg/5 ml elix ^{EC}	3	AP,LC (1500 cada 30 días)
phenobarbital 30 mg tablet ^{EC}	3	AP,LC (300 cada 30 días)
phenobarbital 32.4 mg tablet ^{EC}	3	AP,LC (90 cada 30 días)
phenobarbital 60 mg tablet ^{EC}	3	AP,LC (120 cada 30 días)
phenobarbital 64.8 mg tablet ^{EC}	3	AP,LC (90 cada 30 días)
phenobarbital 97.2 mg tablet ^{EC}	3	AP,LC (90 cada 30 días)
PHENYTEK 200 MG CAPSULE ^{EC}	3	
PHENYTEK 300 MG CAPSULE ^{EC}	3	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización Previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
phenytoin 50 mg tablet chew ^{EC}	3	
phenytoin sod ext 100 mg cap ^{EC}	2	
phenytoin sod ext 200 mg cap ^{EC}	2	
phenytoin sod ext 300 mg cap ^{EC}	2	
POTIGA 200 MG TABLET ^{EC}	4	AP
POTIGA 300 MG TABLET ^{EC}	4	AP
POTIGA 400 MG TABLET ^{EC}	4	AP
POTIGA 50 MG TABLET ^{EC}	4	AP
pramipexole 0.125 mg tablet ^{EC}	2	
pramipexole 0.25 mg tablet ^{EC}	2	
pramipexole 0.5 mg tablet ^{EC}	2	
pramipexole 0.75 mg tablet ^{EC}	2	
pramipexole 1 mg tablet ^{EC}	2	
pramipexole 1.5 mg tablet ^{EC}	2	
PRISTIQ 100 MG TABLET, EXTENDED RELEASE ^{EC}	4	LC (30 cada 30 días)
PRISTIQ 50 MG TABLET, EXTENDED RELEASE ^{EC}	4	LC (30 cada 30 días)
quetiapine fumarate 100 mg tab ^{EC}	2	LC (90 cada 30 días)
quetiapine fumarate 200 mg tab ^{EC}	2	LC (120 cada 30 días)
quetiapine fumarate 25 mg tab ^{EC}	2	LC (120 cada 30 días)
quetiapine fumarate 300 mg tab ^{EC}	2	LC (90 cada 30 días)
quetiapine fumarate 400 mg tab ^{EC}	2	LC (90 cada 30 días)
quetiapine fumarate 50 mg tab ^{EC}	2	LC (120 cada 30 días)
RISPERDAL CONSTA 12.5 MG/2 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	4	LC (2 cada 28 días)
RISPERDAL CONSTA 25 MG/2 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	4	LC (2 cada 28 días)
RISPERDAL CONSTA 37.5 MG/2 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	4	LC (4 cada 28 días)
RISPERDAL CONSTA 50 MG/2 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	5	LC (4 cada 28 días)
risperidone 0.25 mg odt ^{EC}	4	LC (60 cada 30 días)
risperidone 0.25 mg tablet ^{EC}	2	LC (60 cada 30 días)
risperidone 0.5 mg odt ^{EC}	4	LC (120 cada 30 días)
risperidone 0.5 mg tablet ^{EC}	2	LC (120 cada 30 días)
risperidone 1 mg tablet ^{EC}	2	LC (60 cada 30 días)
risperidone 2 mg odt ^{EC}	4	LC (60 cada 30 días)
risperidone 2 mg tablet ^{EC}	2	LC (60 cada 30 días)
risperidone 3 mg odt ^{EC}	4	LC (60 cada 30 días)
risperidone 3 mg tablet ^{EC}	2	LC (60 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización Previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
risperidone 4 mg odt ^{EC}	4	LC (60 cada 30 días)
risperidone 4 mg tablet ^{EC}	2	LC (60 cada 30 días)
rizatriptan 10 mg odt ^{EC}	4	LC (12 cada 30 días)
rizatriptan 10 mg tablet ^{EC}	4	LC (12 cada 30 días)
rizatriptan 5 mg odt ^{EC}	4	LC (12 cada 30 días)
rizatriptan 5 mg tablet ^{EC}	4	LC (12 cada 30 días)
ropinirole hcl 0.25 mg tablet ^{EC}	2	
ropinirole hcl 0.5 mg tablet ^{EC}	2	
ropinirole hcl 1 mg tablet ^{EC}	2	
ropinirole hcl 2 mg tablet ^{EC}	2	
ropinirole hcl 3 mg tablet ^{EC}	2	
ropinirole hcl 4 mg tablet ^{EC}	2	
ropinirole hcl 5 mg tablet ^{EC}	2	
ropinirole hcl er 12 mg tablet ^{EC}	4	LC (90 cada 30 días)
ropinirole hcl er 2 mg tablet ^{EC}	4	LC (90 cada 30 días)
ropinirole hcl er 4 mg tablet ^{EC}	4	LC (90 cada 30 días)
ropinirole hcl er 6 mg tablet ^{EC}	4	LC (90 cada 30 días)
ropinirole hcl er 8 mg tablet ^{EC}	4	LC (90 cada 30 días)
SAVELLA 100 MG TABLET ^{EC}	3	LC (60 cada 30 días)
SAVELLA 12.5 MG TABLET ^{EC}	3	LC (60 cada 30 días)
SAVELLA 25 MG TABLET ^{EC}	3	LC (60 cada 30 días)
SAVELLA 50 MG TABLET ^{EC}	3	LC (60 cada 30 días)
SEROQUEL XR 150 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{EC}	3	LC (90 cada 30 días)
SEROQUEL XR 200 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)
SEROQUEL XR 300 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{EC}	3	LC (60 cada 30 días)
SEROQUEL XR 400 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{EC}	3	LC (60 cada 30 días)
SEROQUEL XR 50 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{EC}	3	LC (120 cada 30 días)
sertraline hcl 100 mg tablet ^{EC}	2	LC (60 cada 30 días)
sertraline hcl 25 mg tablet ^{EC}	2	LC (90 cada 30 días)
sertraline hcl 50 mg tablet ^{EC}	2	LC (90 cada 30 días)
SUBOXONE 2 MG-0.5 MG SUBLINGUAL FILM ^{EC}	4	AP,LC (90 cada 30 días)
SUBOXONE 8 MG-2 MG SUBLINGUAL FILM ^{EC}	4	AP,LC (90 cada 30 días)
sumatriptan 6 mg/0.5 ml vial ^{EC}	4	LC (6 cada 30 días)
sumatriptan succ 100 mg tablet ^{EC}	2	LC (9 cada 30 días)
sumatriptan succ 25 mg tablet ^{EC}	2	LC (9 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización Previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
sumatriptan succ 50 mg tablet ^{EC}	2	LC (9 cada 30 días)
temazepam 15 mg capsule ^{EC}	4	LC (30 cada 30 días)
temazepam 30 mg capsule ^{EC}	4	LC (30 cada 30 días)
tiagabine hcl 2 mg tablet ^{EC}	4	
tiagabine hcl 4 mg tablet ^{EC}	4	
topiramate 100 mg tablet ^{EC}	2	LC (120 cada 30 días)
topiramate 15 mg sprinkle cap ^{EC}	2	
topiramate 200 mg tablet ^{EC}	2	LC (120 cada 30 días)
topiramate 25 mg sprinkle cap ^{EC}	2	
topiramate 25 mg tablet ^{EC}	2	LC (90 cada 30 días)
topiramate 50 mg tablet ^{EC}	2	LC (120 cada 30 días)
tramadol hcl 50 mg tablet ^{EC}	2	LC (240 cada 30 días)
trazodone 150 mg tablet ^{EC}	1	
trazodone 300 mg tablet ^{EC}	2	
venlafaxine hcl 100 mg tablet ^{EC}	3	
venlafaxine hcl 25 mg tablet ^{EC}	3	
venlafaxine hcl 37.5 mg tablet ^{EC}	3	
venlafaxine hcl 50 mg tablet ^{EC}	3	
venlafaxine hcl 75 mg tablet ^{EC}	3	
venlafaxine hcl er 150 mg cap ^{EC}	2	LC (60 cada 30 días)
venlafaxine hcl er 150 mg tab ^{EC}	4	LC (30 cada 30 días)
venlafaxine hcl er 225 mg tab ^{EC}	4	LC (30 cada 30 días)
venlafaxine hcl er 37.5 mg cap ^{EC}	2	LC (30 cada 30 días)
venlafaxine hcl er 75 mg cap ^{EC}	2	LC (90 cada 30 días)
venlafaxine hcl er 75 mg tab ^{EC}	4	LC (60 cada 30 días)
VIIBRYD 10-20-40 MG STARTER PK ^{EC}	4	AP,LC (30 cada 30 días)
VIMPAT 10 MG/ML ORAL SOLUTION ^{EC}	4	AP,LC (1395 cada 30 días)
VOLTAREN 1 % TOPICAL GEL ^{EC}	4	
ziprasidone hcl 20 mg capsule ^{EC}	4	LC (60 cada 30 días)
ziprasidone hcl 40 mg capsule ^{EC}	4	LC (60 cada 30 días)
ziprasidone hcl 60 mg capsule ^{EC}	4	LC (60 cada 30 días)
ziprasidone hcl 80 mg capsule ^{EC}	4	LC (60 cada 30 días)
zolpidem tartrate 10 mg tablet ^{EC}	2	LC (90 cada 365 días)
zolpidem tartrate 5 mg tablet ^{EC}	2	LC (90 cada 365 días)
zonisamide 100 mg capsule ^{EC}	2	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización Previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
zonisamide 25 mg capsule ^{EC}	2	
zonisamide 50 mg capsule ^{EC}	2	
AGENTES DEL TRACTO RESPIRATORIO		
ADVAIR DISKUS 100 MCG-50 MCG/DOSE POWDER FOR INHALATION ^{EC}	3	LC (60 cada 30 días)
ADVAIR DISKUS 250 MCG-50 MCG/DOSE POWDER FOR INHALATION ^{EC}	3	LC (60 cada 30 días)
ADVAIR DISKUS 500 MCG-50 MCG/DOSE POWDER FOR INHALATION ^{EC}	3	LC (60 cada 30 días)
ADVAIR HFA 115 MCG-21 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER ^{EC}	3	LC (12 cada 30 días)
ADVAIR HFA 230 MCG-21 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER ^{EC}	3	LC (12 cada 30 días)
ADVAIR HFA 45 MCG-21 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER ^{EC}	3	LC (12 cada 30 días)
ASMANEX TWISTHALER 110 MCG (30 DOSES) BREATH ACTIVATED ^{EC}	3	LC (1 cada 30 días)
ASMANEX TWISTHALER 220 MCG (120 DOSES) BREATH ACTIVATED ^{EC}	3	LC (1 cada 30 días)
ASMANEX TWISTHALER 220 MCG (30 DOSES) BREATH ACTIVATED ^{EC}	3	LC (1 cada 30 días)
ASMANEX TWISTHALER 220 MCG (60 DOSES) BREATH ACTIVATED ^{EC}	3	LC (1 cada 30 días)
budesonide 0.25 mg/2 ml susp ^{EC}	4	B o D
budesonide 0.5 mg/2 ml susp ^{EC}	4	B o D
cromolyn 20 mg/2 ml neb soln ^{EC}	3	B o D
DULERA 100 MCG-5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER ^{EC}	4	LC (13 cada 30 días)
DULERA 200 MCG-5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER ^{EC}	4	LC (13 cada 30 días)
FLOVENT DISKUS 100 MCG/ACTUATION POWDER FOR INHALATION ^{EC}	3	LC (60 cada 30 días)
FLOVENT DISKUS 250 MCG/ACTUATION POWDER FOR INHALATION ^{EC}	3	LC (60 cada 30 días)
FLOVENT DISKUS 50 MCG/ACTUATION POWDER FOR INHALATION ^{EC}	3	LC (60 cada 30 días)
FLOVENT HFA 110 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER ^{EC}	3	LC (24 cada 30 días)
FLOVENT HFA 220 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER ^{EC}	3	LC (24 cada 30 días)
FLOVENT HFA 44 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER ^{EC}	3	LC (11 cada 30 días)
LETAIRIS 10 MG TABLET ^{ES}	5	AP,LC (30 cada 30 días)
LETAIRIS 5 MG TABLET ^{ES}	5	AP,LC (30 cada 30 días)
montelukast sod 10 mg tablet ^{EC}	2	LC (30 cada 30 días)
montelukast sod 4 mg granules ^{EC}	4	LC (30 cada 30 días)
montelukast sod 4 mg tab chew ^{EC}	2	LC (30 cada 30 días)
montelukast sod 5 mg tab chew ^{EC}	2	LC (30 cada 30 días)
QVAR 40 MCG/ACTUATION METERED AEROSOL ORAL INHALER ^{EC}	3	LC (35 cada 30 días)
QVAR 80 MCG/ACTUATION METERED AEROSOL ORAL INHALER ^{EC}	3	LC (17 cada 30 días)
SYMBICORT 160 MCG-4.5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER ^{EC}	3	LC (11 cada 30 días)
SYMBICORT 80 MCG-4.5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER ^{EC}	3	LC (11 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización Previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
zafirlukast 10 mg tablet ^{EC}	4	LC (60 cada 30 días)
zafirlukast 20 mg tablet ^{EC}	4	LC (60 cada 30 días)
AGENTES TERAPÉUTICOS VARIOS		
alendronate sodium 10 mg tab ^{EC}	2	LC (30 cada 30 días)
alendronate sodium 35 mg tab ^{EC}	1	LC (4 cada 28 días)
alendronate sodium 40 mg tab ^{EC}	2	LC (30 cada 30 días)
alendronate sodium 5 mg tablet ^{EC}	2	LC (30 cada 30 días)
alendronate sodium 70 mg tab ^{EC}	1	LC (4 cada 28 días)
allopurinol 300 mg tablet ^{EC}	1	
AMPYRA 10 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{ES}	5	AP,LC (60 cada 30 días)
AVODART 0.5 MG CAPSULE ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)
AVONEX (WITH ALBUMIN) 30 MCG INTRAMUSCULAR KIT ^{ES}	5	AP,LC (4 cada 28 días)
AVONEX 30 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT ^{ES}	5	AP,LC (1 cada 28 días)
azathioprine 50 mg tablet ^{ES}	2	B o D
BINOSTO 70 MG EFFERVESCENT TABLET ^{EC}	4	LC (4 cada 28 días)
COLCRYS 0.6 MG TABLET ^{EC}	3	LC (120 cada 30 días)
cyclosporine modified 25 mg ^{ES}	4	B o D
ENBREL 25 MG (1 ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{ES}	5	AP,LC (8 cada 28 días)
ENBREL 25 MG/0.5 ML (0.51 ML) SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{ES}	5	AP,LC (8 cada 28 días)
ENBREL 50 MG/ML (0.98 ML) SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{ES}	5	AP,LC (8 cada 28 días)
finasteride 5 mg tablet ^{EC}	2	LC (30 cada 30 días)
GILENYA 0.5 MG CAPSULE ^{ES}	5	AP,LC (30 cada 30 días)
HUMIRA 20 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT ^{ES}	5	AP
HUMIRA 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT ^{ES}	5	AP,LC (6 cada 28 días)
HUMIRA PEN CROHN'S-ULC COLITIS-HIDR SUP STARTER 40 MG/0.8 ML SUB-Q KIT ^{ES}	5	AP,LC (6 cada 28 días)
ibandronate sodium 150 mg tab ^{EC}	4	LC (1 cada 28 días)
JALYN 0.5 MG-0.4 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)
leflunomide 10 mg tablet ^{EC}	2	LC (30 cada 30 días)
leflunomide 20 mg tablet ^{EC}	2	LC (30 cada 30 días)
mycophenolate 250 mg capsule ^{ES}	3	B o D
mycophenolate 500 mg tablet ^{ES}	3	B o D
PROLIA 60 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	4	AP
REMICADE 100 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	5	AP
SENSIPAR 30 MG TABLET ^{EC}	3	LC (60 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización Previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
SENSIPAR 60 MG TABLET ^{EC}	5	LC (60 cada 30 días)
SENSIPAR 90 MG TABLET ^{EC}	5	LC (120 cada 30 días)
BALANCE ELECTROLÍTICO, CALÓRICO Y DE AGUA		
bumetanide 1 mg tablet ^{EC}	1	
bumetanide 2 mg tablet ^{EC}	2	
chlorothiazide 250 mg tablet ^{EC}	2	
chlorothiazide 500 mg tablet ^{EC}	2	
furosemide 20 mg tablet ^{EC}	1	
furosemide 40 mg tablet ^{EC}	1	
furosemide 80 mg tablet ^{EC}	1	
hydrochlorothiazide 25 mg tab ^{EC}	1	
KLOR-CON 10 MEQ TABLET,EXTENDED RELEASE ^{EC}	2	
KLOR-CON 8 MEQ TABLET,EXTENDED RELEASE ^{EC}	2	
KLOR-CON M15 MEQ TABLET,EXTENDED RELEASE ^{EC}	2	
klor-con m20 meq tablet,extended release ^{EC}	2	
potassium citrate er 10 meq tb ^{EC}	3	
potassium citrate er 5 meq tab ^{EC}	3	
potassium cl er 20 meq tablet ^{EC}	2	
potassium cl er 8 meq capsule ^{EC}	2	
REVELA 0.8 GRAM ORAL POWDER PACKET ^{EC}	3	LC (540 cada 30 días)
REVELA 2.4 GRAM ORAL POWDER PACKET ^{EC}	3	LC (180 cada 30 días)
REVELA 800 MG TABLET ^{EC}	3	LC (540 cada 30 días)
sodium lactate 5 meq/ml vial ^{EC}	2	
torseamide 10 mg tablet ^{EC}	2	
torseamide 100 mg tablet ^{EC}	2	
torseamide 20 mg tablet ^{EC}	2	
torseamide 5 mg tablet ^{EC}	2	
triamterene-hctz 37.5-25 mg cp ^{EC}	1	
triamterene-hctz 37.5-25 mg tb ^{EC}	1	
triamterene-hctz 75-50 mg tab ^{EC}	1	
FORMACIÓN, COAGULACIÓN Y TROMBOSIS SANGUÍNEA		
cilostazol 100 mg tablet ^{EC}	2	
cilostazol 50 mg tablet ^{EC}	2	
clopidogrel 300 mg tablet ^{EC}	2	LC (1 cada 30 días)
clopidogrel 75 mg tablet ^{EC}	2	LC (30 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización Previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
EFFIENT 10 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)
EFFIENT 5 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)
ELIQUIS 2.5 MG TABLET ^{EC}	3	LC (60 cada 30 días)
ELIQUIS 5 MG TABLET ^{EC}	3	LC (74 cada 30 días)
enoxaparin 100 mg/ml syringe ^{IC,ES}	4	LC (28 cada 28 días)
enoxaparin 120 mg/0.8 ml syr ^{IC,ES}	4	LC (28 cada 28 días)
enoxaparin 150 mg/ml syringe ^{IC,ES}	4	LC (28 cada 28 días)
enoxaparin 30 mg/0.3 ml syr ^{IC,ES}	4	LC (28 cada 28 días)
enoxaparin 300 mg/3 ml vial ^{ES}	4	LC (14 cada 28 días)
enoxaparin 40 mg/0.4 ml syr ^{IC,ES}	4	LC (28 cada 28 días)
enoxaparin 60 mg/0.6 ml syr ^{IC,ES}	4	LC (28 cada 28 días)
enoxaparin 80 mg/0.8 ml syr ^{IC,ES}	4	LC (28 cada 28 días)
fondaparinux 2.5 mg/0.5 ml syr ^{IC,ES}	4	LC (14 cada 30 días)
fondaparinux 5 mg/0.4 ml syr ^{IC,ES}	5	LC (14 cada 30 días)
fondaparinux 7.5 mg/0.6 ml syr ^{IC,ES}	5	LC (14 cada 30 días)
NEUPOGEN 300 MCG/0.5 ML INJECTION SYRINGE ^{ES}	5	AP,LC (14 cada 30 días)
NEUPOGEN 480 MCG/0.8 ML INJECTION SYRINGE ^{ES}	5	AP,LC (14 cada 30 días)
NEUPOGEN 480 MCG/1.6 ML INJECTION SOLUTION ^{ES}	5	AP,LC (14 cada 30 días)
PRADAXA 150 MG CAPSULE ^{EC}	3	LC (60 cada 30 días)
PRADAXA 75 MG CAPSULE ^{EC}	3	LC (60 cada 30 días)
PROCRT 10,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{ES}	4	AP,LC (14 cada 30 días)
PROCRT 2,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{ES}	4	AP,LC (14 cada 30 días)
PROCRT 20,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{ES}	5	AP,LC (14 cada 30 días)
PROCRT 3,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{ES}	4	AP,LC (14 cada 30 días)
PROCRT 4,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{ES}	4	AP,LC (14 cada 30 días)
PROCRT 40,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{ES}	5	AP,LC (14 cada 30 días)
warfarin sodium 1 mg tablet ^{EC}	1	
warfarin sodium 2 mg tablet ^{EC}	1	
warfarin sodium 2.5 mg tablet ^{EC}	1	
warfarin sodium 3 mg tablet ^{EC}	1	
warfarin sodium 4 mg tablet ^{EC}	1	
warfarin sodium 5 mg tablet ^{EC}	1	
warfarin sodium 6 mg tablet ^{EC}	1	
warfarin sodium 7.5 mg tablet ^{EC}	1	
XARELTO 10 MG TABLET ^{EC}	3	LC (35 cada 60 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización Previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
XARELTO 15 MG TABLET ^{EC}	3	LC (60 cada 30 días)
XARELTO 20 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)
HORMONAS Y SUSTITUTOS SINTÉTICOS		
acarbose 100 mg tablet ^{EC}	4	
acarbose 50 mg tablet ^{EC}	4	
ANDROGEL 1 % (50 MG/5 GRAM) TRANSDERMAL GEL PACKET ^{EC}	3	LC (300 cada 30 días)
ANDROGEL 20.25 MG/1.25 GRAM (1.62 %) TRANSDERMAL GEL PUMP ^{EC}	3	LC (176 cada 30 días)
AVANDIA 2 MG TABLET ^{EC}	4	LC (60 cada 30 días)
AVANDIA 4 MG TABLET ^{EC}	4	LC (60 cada 30 días)
AVANDIA 8 MG TABLET ^{EC}	4	LC (30 cada 30 días)
BYDUREON 2 MG SUBCUTANEOUS EXTENDED RELEASE SUSPENSION ^{EC}	3	LC (4 cada 28 días)
BYETTA 10 MCG/DOSE(250 MCG/ML)2.4 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{EC}	4	LC (3 cada 30 días)
BYETTA 5 MCG/DOSE (250 MCG/ML)1.2 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{EC}	4	LC (3 cada 30 días)
calcitonin-salmon 200 units sp ^{EC}	3	LC (4 cada 28 días)
danazol 100 mg capsule ^{EC}	4	
danazol 50 mg capsule ^{EC}	4	
desmopressin acetate 0.1 mg tb ^{EC}	3	
desmopressin acetate 0.2 mg tb ^{EC}	3	
dexamethasone 1 mg tablet ^{EC}	2	
dexamethasone 1.5 mg tablet ^{EC}	2	
dexamethasone 2 mg tablet ^{EC}	2	
dexamethasone 4 mg tablet ^{EC}	1	
dexamethasone 6 mg tablet ^{EC}	2	
DUETACT 30 MG-2 MG TABLET ^{EC}	4	LC (30 cada 30 días)
DUETACT 30 MG-4 MG TABLET ^{EC}	4	LC (30 cada 30 días)
EVISTA 60 MG TABLET ^{EC}	4	AP,LC (30 cada 30 días)
FORTEO 20 MCG/DOSE (600 MCG/2.4 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{ES}	4	TP,LC (2 cada 28 días)
FORTICAL 200 UNIT/ACTUATION NASAL SPRAY ^{EC}	4	LC (4 cada 28 días)
glimepiride 1 mg tablet ^{EC}	1	
glimepiride 2 mg tablet ^{EC}	1	
glimepiride 4 mg tablet ^{EC}	1	
glipizide 10 mg tablet ^{EC}	1	
glipizide er 2.5 mg tablet ^{EC}	2	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización Previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
glipizide-metformin 2.5-250 mg ^{EC}	3	
glipizide-metformin 2.5-500 mg ^{EC}	3	
glipizide-metformin 5-500 mg ^{EC}	3	
glyburid-metformin 1.25-250 mg ^{EC}	2	AP
glyburide 2.5 mg tablet ^{EC}	1	AP
glyburide micro 1.5 mg tab ^{EC}	2	AP
glyburide micro 3 mg tablet ^{EC}	1	AP
glyburide micro 6 mg tablet ^{EC}	1	AP
glyburide-metformin 2.5-500 mg ^{EC}	2	AP
glyburide-metformin 5-500 mg ^{EC}	2	AP
HUMALOG 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS CARTRIDGE ^{EC}	3	
HUMALOG 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	3	
HUMALOG MIX 50-50 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION ^{EC}	3	
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS PEN ^{EC}	3	
HUMALOG MIX 75-25 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION ^{EC}	3	
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS INSULIN PEN ^{EC}	3	
HUMULIN 70-30 PEN ^{EC}	3	
HUMULIN 70/30 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION ^{EC}	3	
HUMULIN N 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION ^{EC}	3	
HUMULIN N 100 UNITS/ML PEN ^{EC}	3	
HUMULIN R 100 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	3	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) INSULIN 500 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLN ^{EC}	3	
INVOKANA 100 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)
INVOKANA 300 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)
JANUMET 50 MG-1,000 MG TABLET ^{EC}	3	LC (60 cada 30 días)
JANUMET 50 MG-500 MG TABLET ^{EC}	3	LC (60 cada 30 días)
JANUMET XR 100 MG-1,000 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)
JANUMET XR 50 MG-1,000 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{EC}	3	LC (60 cada 30 días)
JANUMET XR 50 MG-500 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{EC}	3	LC (60 cada 30 días)
JANUVIA 100 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)
JANUVIA 25 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)
JANUVIA 50 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)
JENTADUETO 2.5 MG-1,000 MG TABLET ^{EC}	3	LC (60 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización Previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
JENTADUETO 2.5 MG-500 MG TABLET ^{EC}	3	LC (60 cada 30 días)
JENTADUETO 2.5 MG-850 MG TABLET ^{EC}	3	LC (60 cada 30 días)
KOMBIGLYZE XR 2.5 MG-1,000 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{EC}	4	LC (60 cada 30 días)
KOMBIGLYZE XR 5 MG-1,000 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{EC}	4	LC (30 cada 30 días)
KOMBIGLYZE XR 5 MG-500 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{EC}	4	LC (30 cada 30 días)
LANTUS 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	3	
LEVEMIR 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	3	
LEVEMIR FLEXPEN 100 UNITS/ML ^{EC}	3	
levothyroxine 112 mcg tablet ^{EC}	1	
levothyroxine 88 mcg tablet ^{EC}	1	
LEVOXYL 100 MCG TABLET ^{EC}	3	
LEVOXYL 112 MCG TABLET ^{EC}	3	
LEVOXYL 125 MCG TABLET ^{EC}	3	
LEVOXYL 137 MCG TABLET ^{EC}	3	
LEVOXYL 150 MCG TABLET ^{EC}	3	
LEVOXYL 175 MCG TABLET ^{EC}	3	
LEVOXYL 200 MCG TABLET ^{EC}	3	
LEVOXYL 25 MCG TABLET ^{EC}	3	
LEVOXYL 50 MCG TABLET ^{EC}	3	
LEVOXYL 75 MCG TABLET ^{EC}	3	
LEVOXYL 88 MCG TABLET ^{EC}	3	
metformin hcl 1,000 mg tablet ^{EC}	1	
metformin hcl 500 mg tablet ^{EC}	1	
metformin hcl 850 mg tablet ^{EC}	1	
metformin hcl er 500 mg tablet ^{EC}	1	LC (120 cada 30 días)
metformin hcl er 750 mg tablet ^{EC}	2	LC (60 cada 30 días)
nateglinide 120 mg tablet ^{EC}	3	
nateglinide 60 mg tablet ^{EC}	3	
NOVOLIN 70/30 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION ^{EC}	3	
NOVOLIN N 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION ^{EC}	3	
NOVOLIN R 100 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	3	
NOVOLOG 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	3	
NOVOLOG FLEXPEN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS ^{EC}	3	
NOVOLOG MIX 70-30 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	3	
NOVOLOG MIX 70-30 FLEXPEN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS PEN ^{EC}	3	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización Previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
ONGLYZA 2.5 MG TABLET ^{EC}	4	LC (30 cada 30 días)
ONGLYZA 5 MG TABLET ^{EC}	4	LC (30 cada 30 días)
pioglitazone hcl 15 mg tablet ^{EC}	2	LC (30 cada 30 días)
pioglitazone hcl 30 mg tablet ^{EC}	2	LC (30 cada 30 días)
pioglitazone hcl 45 mg tablet ^{EC}	2	LC (30 cada 30 días)
pioglitazone-glimepiride 30-2 ^{EC}	4	LC (30 cada 30 días)
pioglitazone-glimepiride 30-4 ^{EC}	4	LC (30 cada 30 días)
pioglitazone-metformin 15-500 ^{EC}	4	LC (90 cada 30 días)
pioglitazone-metformin 15-850 ^{EC}	4	LC (90 cada 30 días)
prednisone 1 mg tablet ^{EC}	2	B o D
prednisone 10 mg tablet ^{EC}	2	B o D
prednisone 2.5 mg tablet ^{EC}	1	B o D
PREMARIN 0.625 MG/GRAM VAGINAL CREAM ^{EC}	3	
TRADJENTA 5 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)
VICTOZA 3-PAK 0.6 MG/0.1 ML (18 MG/3 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{EC}	3	LC (9 cada 30 días)
MEDICAMENTOS ANTIHISTAMÍNICOS		
levocetirizine 5 mg tablet ^{EC}	2	LC (30 cada 30 días)
MEDICAMENTOS AUTONÓMICOS		
albuterol 5 mg/ml solution ^{EC}	2	B o D
albuterol sul 1.25 mg/3 ml sol ^{EC}	2	B o D
albuterol sulf 2 mg/5 ml syrup ^{EC}	2	
albuterol sulfate 2 mg tab ^{EC}	3	
baclofen 10 mg tablet ^{EC}	1	
baclofen 20 mg tablet ^{EC}	2	
bethanechol 10 mg tablet ^{EC}	3	
bethanechol 25 mg tablet ^{EC}	3	
bethanechol 5 mg tablet ^{EC}	3	
bethanechol 50 mg tablet ^{EC}	4	
CHANTIX 0.5 MG TABLET ^{EC}	4	LC (56 cada 28 días)
CHANTIX 1 MG TABLET ^{EC}	4	LC (56 cada 28 días)
donepezil hcl 10 mg tablet ^{EC}	2	LC (60 cada 30 días)
donepezil hcl 5 mg tablet ^{EC}	2	LC (30 cada 30 días)
donepezil hcl odt 10 mg tablet ^{EC}	2	LC (30 cada 30 días)
donepezil hcl odt 5 mg tablet ^{EC}	2	LC (30 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización Previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
EXELON PATCH 4.6 MG/24 HR TRANSDERMAL ^{EC}	4	LC (30 cada 30 días)
EXELON PATCH 9.5 MG/24 HR TRANSDERMAL ^{EC}	4	LC (30 cada 30 días)
galantamine er 16 mg capsule ^{EC}	4	LC (30 cada 30 días)
galantamine er 24 mg capsule ^{EC}	4	LC (30 cada 30 días)
galantamine er 8 mg capsule ^{EC}	4	LC (30 cada 30 días)
galantamine hbr 12 mg tablet ^{EC}	4	LC (60 cada 30 días)
galantamine hbr 4 mg tablet ^{EC}	4	LC (60 cada 30 días)
galantamine hbr 8 mg tablet ^{EC}	4	LC (60 cada 30 días)
PROAIR HFA 90 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER ^{EC}	3	LC (36 cada 30 días)
rivastigmine 1.5 mg capsule ^{EC}	4	LC (90 cada 30 días)
rivastigmine 3 mg capsule ^{EC}	4	LC (90 cada 30 días)
rivastigmine 4.5 mg capsule ^{EC}	4	LC (60 cada 30 días)
rivastigmine 6 mg capsule ^{EC}	4	LC (60 cada 30 días)
SEREVENT DISKUS 50 MCG/DOSE POWDER FOR INHALATION ^{EC}	3	LC (60 cada 30 días)
SPIRIVA WITH HANDIHALER 18 MCG & INHALATION CAPSULES ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)
tamsulosin hcl 0.4 mg capsule ^{EC}	2	LC (60 cada 30 días)
VENTOLIN HFA 90 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER ^{EC}	3	LC (36 cada 30 días)
MEDICAMENTOS CARDIOVASCULARES		
acebutolol 200 mg capsule ^{EC}	2	
acebutolol 400 mg capsule ^{EC}	2	
AGGRENOX 25 MG-200 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE ^{EC}	4	TP
amiodarone hcl 200 mg tablet ^{EC}	2	
amiodarone hcl 400 mg tablet ^{EC}	2	
amlodipine besylate 10 mg tab ^{EC}	2	
amlodipine besylate 2.5 mg tab ^{EC}	2	
amlodipine besylate 5 mg tab ^{EC}	2	
amlodipine-benazepril 10-20 mg ^{EC}	3	LC (60 cada 30 días)
amlodipine-benazepril 10-40 mg ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)
amlodipine-benazepril 2.5-10 ^{EC}	3	LC (60 cada 30 días)
amlodipine-benazepril 5-10 mg ^{EC}	3	LC (60 cada 30 días)
amlodipine-benazepril 5-20 mg ^{EC}	3	LC (60 cada 30 días)
amlodipine-benazepril 5-40 mg ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)
AMTURNIDE 150-5-12.5 MG TAB ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)
AMTURNIDE 300-10-12.5 MG TAB ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)
AMTURNIDE 300-10-25 MG TAB ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización Previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
AMTURNIDE 300-5-12.5 MG TAB ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)
AMTURNIDE 300-5-25 MG TAB ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)
atenolol 100 mg tablet ^{EC}	1	
atenolol 25 mg tablet ^{EC}	1	
atenolol 50 mg tablet ^{EC}	1	
atorvastatin 10 mg tablet ^{EC}	2	LC (30 cada 30 días)
atorvastatin 20 mg tablet ^{EC}	2	LC (30 cada 30 días)
atorvastatin 40 mg tablet ^{EC}	2	LC (30 cada 30 días)
atorvastatin 80 mg tablet ^{EC}	2	LC (30 cada 30 días)
AZOR 10 MG-20 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)
AZOR 10 MG-40 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)
AZOR 5 MG-20 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)
AZOR 5 MG-40 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)
benazepril hcl 10 mg tablet ^{EC}	1	
benazepril hcl 40 mg tablet ^{EC}	1	
benazepril hcl 5 mg tablet ^{EC}	1	
benazepril-hctz 10-12.5 mg tab ^{EC}	2	
benazepril-hctz 20-12.5 mg tab ^{EC}	2	
benazepril-hctz 20-25 mg tab ^{EC}	2	
benazepril-hctz 5-6.25 mg tab ^{EC}	2	
BENICAR 20 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)
BENICAR 40 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)
BENICAR 5 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)
BENICAR HCT 20 MG-12.5 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)
BENICAR HCT 40 MG-12.5 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)
BENICAR HCT 40 MG-25 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)
candesartan cilexetil 16 mg tb ^{EC}	3	LC (60 cada 30 días)
candesartan cilexetil 32 mg tb ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)
candesartan cilexetil 4 mg tab ^{EC}	3	LC (60 cada 30 días)
candesartan cilexetil 8 mg tab ^{EC}	3	LC (60 cada 30 días)
candesartan-hctz 16-12.5 mg tb ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)
candesartan-hctz 32-12.5 mg tb ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)
candesartan-hctz 32-25 mg tab ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)
captopril 100 mg tablet ^{EC}	2	
captopril 12.5 mg tablet ^{EC}	2	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización Previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
captopril 25 mg tablet ^{EC}	2	
captopril 50 mg tablet ^{EC}	2	
captopril-hctz 25-15 mg tablet ^{EC}	2	
captopril-hctz 25-25 mg tablet ^{EC}	2	
captopril-hctz 50-15 mg tablet ^{EC}	2	
captopril-hctz 50-25 mg tablet ^{EC}	2	
cartia xt 120 mg capsule,extended release ^{EC}	3	LC (60 cada 30 días)
cartia xt 240 mg capsule,extended release ^{EC}	3	LC (60 cada 30 días)
cartia xt 300 mg capsule,extended release ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)
carvedilol 12.5 mg tablet ^{EC}	1	
carvedilol 25 mg tablet ^{EC}	1	
carvedilol 3.125 mg tablet ^{EC}	1	
carvedilol 6.25 mg tablet ^{EC}	1	
clonidine hcl 0.1 mg tablet ^{EC}	1	
clonidine hcl 0.2 mg tablet ^{EC}	1	
clonidine hcl 0.3 mg tablet ^{EC}	2	
CRESTOR 10 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)
CRESTOR 20 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)
CRESTOR 40 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)
CRESTOR 5 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)
digoxin 125 mcg tablet ^{EC}	2	LC (30 cada 30 días)
digoxin 250 mcg tablet ^{EC}	2	AP
dilt-xr 180 mg capsule, extended release ^{EC}	3	LC (60 cada 30 días)
diltiazem 120 mg tablet ^{EC}	2	
diltiazem 24hr cd 120 mg cap ^{EC}	3	LC (60 cada 30 días)
diltiazem 24hr er 240 mg cap ^{EC}	3	LC (60 cada 30 días)
diltiazem 24hr er 300 mg cap ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)
diltiazem er 180 mg capsule ^{EC}	3	LC (60 cada 30 días)
diltiazem hcl er 360 mg cap ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)
diltiazem hcl er 420 mg cap ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)
DIOVAN 160 MG TABLET ^{EC}	3	AP,LC (60 cada 30 días)
DIOVAN 320 MG TABLET ^{EC}	3	AP,LC (60 cada 30 días)
DIOVAN 40 MG TABLET ^{EC}	3	AP,LC (60 cada 30 días)
DIOVAN 80 MG TABLET ^{EC}	3	AP,LC (60 cada 30 días)
doxazosin mesylate 1 mg tab ^{EC}	2	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización Previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
doxazosin mesylate 2 mg tab ^{EC}	2	
doxazosin mesylate 4 mg tab ^{EC}	2	
doxazosin mesylate 8 mg tab ^{EC}	2	
enalapril maleate 10 mg tab ^{EC}	1	
enalapril-hctz 10-25 mg tablet ^{EC}	1	
EXFORGE 10 MG-160 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)
EXFORGE 10 MG-320 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)
EXFORGE 5 MG-160 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)
EXFORGE 5 MG-320 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)
EXFORGE HCT 10 MG-160 MG-12.5 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)
EXFORGE HCT 10 MG-160 MG-25 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)
EXFORGE HCT 10 MG-320 MG-25 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)
EXFORGE HCT 5 MG-160 MG-12.5 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)
EXFORGE HCT 5 MG-160 MG-25 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)
felodipine er 10 mg tablet ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)
felodipine er 2.5 mg tablet ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)
felodipine er 5 mg tablet ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)
fenofibrate 134 mg capsule ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)
fenofibrate 145 mg tablet ^{EC}	4	LC (30 cada 30 días)
fenofibrate 200 mg capsule ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)
fenofibrate 48 mg tablet ^{EC}	4	LC (60 cada 30 días)
fenofibrate 54 mg tablet ^{EC}	2	LC (60 cada 30 días)
fenofibrate 67 mg capsule ^{EC}	3	LC (60 cada 30 días)
fenofibric acid dr 135 mg cap ^{EC}	4	LC (30 cada 30 días)
fenofibric acid dr 45 mg cap ^{EC}	4	LC (30 cada 30 días)
fosinopril sodium 10 mg tab ^{EC}	1	
gemfibrozil 600 mg tablet ^{EC}	2	LC (60 cada 30 días)
hydralazine 10 mg tablet ^{EC}	1	
hydralazine 100 mg tablet ^{EC}	2	
hydralazine 25 mg tablet ^{EC}	1	
hydralazine 50 mg tablet ^{EC}	2	
irbesartan 150 mg tablet ^{EC}	2	LC (30 cada 30 días)
irbesartan 300 mg tablet ^{EC}	2	LC (30 cada 30 días)
irbesartan 75 mg tablet ^{EC}	2	LC (30 cada 30 días)
irbesartan-hctz 150-12.5 mg tb ^{EC}	2	LC (30 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización Previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
irbesartan-hctz 300-12.5 mg tb ^{EC}	2	LC (30 cada 30 días)
labetalol hcl 100 mg tablet ^{EC}	2	
labetalol hcl 200 mg tablet ^{EC}	2	
labetalol hcl 300 mg tablet ^{EC}	2	
lisinopril 10 mg tablet ^{EC}	1	
lisinopril 20 mg tablet ^{EC}	1	
lisinopril 30 mg tablet ^{EC}	2	
lisinopril 40 mg tablet ^{EC}	2	
lisinopril-hctz 10-12.5 mg tab ^{EC}	1	
lisinopril-hctz 20-12.5 mg tab ^{EC}	1	
lisinopril-hctz 20-25 mg tab ^{EC}	1	
losartan potassium 100 mg tab ^{EC}	1	LC (60 cada 30 días)
losartan potassium 25 mg tab ^{EC}	1	LC (60 cada 30 días)
losartan potassium 50 mg tab ^{EC}	1	LC (60 cada 30 días)
losartan-hctz 100-12.5 mg tab ^{EC}	2	LC (60 cada 30 días)
losartan-hctz 100-25 mg tab ^{EC}	2	LC (60 cada 30 días)
losartan-hctz 50-12.5 mg tab ^{EC}	2	LC (60 cada 30 días)
lovastatin 10 mg tablet ^{EC}	1	LC (60 cada 30 días)
lovastatin 20 mg tablet ^{EC}	1	LC (60 cada 30 días)
lovastatin 40 mg tablet ^{EC}	2	LC (60 cada 30 días)
LOVAZA 1 GRAM CAPSULE ^{EC}	4	AP,LC (120 cada 30 días)
metoprolol succ er 100 mg tab ^{EC}	3	LC (60 cada 30 días)
metoprolol succ er 200 mg tab ^{EC}	3	LC (60 cada 30 días)
metoprolol succ er 25 mg tab ^{EC}	3	LC (60 cada 30 días)
metoprolol succ er 50 mg tab ^{EC}	3	LC (60 cada 30 días)
metoprolol tartrate 100 mg tab ^{EC}	1	
metoprolol tartrate 25 mg tab ^{EC}	1	
metoprolol tartrate 50 mg tab ^{EC}	1	
metoprolol-hctz 100-25 mg tab ^{EC}	3	
metoprolol-hctz 100-50 mg tab ^{EC}	3	
metoprolol-hctz 50-25 mg tab ^{EC}	3	
minoxidil 10 mg tablet ^{EC}	2	
minoxidil 2.5 mg tablet ^{EC}	2	
niacin er 1,000 mg tablet ^{EC}	4	
niacin er 500 mg tablet ^{EC}	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización Previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
niacin er 750 mg tablet ^{EC}	4	
nifedipine er 30 mg tablet ^{EC}	3	LC (60 cada 30 días)
nitroglycerin 0.2 mg/hr patch ^{EC}	2	LC (30 cada 30 días)
nitroglycerin 0.4 mg/hr patch ^{EC}	2	LC (60 cada 30 días)
nitroglycerin 0.6 mg/hr patch ^{EC}	2	LC (30 cada 30 días)
omega-3 ethyl esters 1 gm cap ^{EC}	3	LC (120 cada 30 días)
PACERONE 100 MG TABLET ^{EC}	4	
pacerone 200 mg tablet ^{EC}	4	
PACERONE 400 MG TABLET ^{EC}	4	
pravastatin sodium 10 mg tab ^{EC}	2	LC (30 cada 30 días)
pravastatin sodium 20 mg tab ^{EC}	2	LC (30 cada 30 días)
pravastatin sodium 40 mg tab ^{EC}	2	LC (60 cada 30 días)
pravastatin sodium 80 mg tab ^{EC}	2	LC (30 cada 30 días)
propafenone hcl er 225 mg cap ^{EC}	4	
propafenone hcl er 325 mg cap ^{EC}	4	
propafenone hcl er 425 mg cap ^{EC}	4	
propranolol 40 mg tablet ^{EC}	1	
propranolol 60 mg tablet ^{EC}	2	
propranolol 80 mg tablet ^{EC}	1	
ramipril 1.25 mg capsule ^{EC}	2	
ramipril 10 mg capsule ^{EC}	2	
ramipril 2.5 mg capsule ^{EC}	2	
ramipril 5 mg capsule ^{EC}	2	
RANEXA 1,000 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{EC}	3	TP,LC (120 cada 30 días)
RANEXA 500 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{EC}	3	TP,LC (120 cada 30 días)
sildenafil 20 mg tablet ^{ES}	3	AP,LC (90 cada 30 días)
simvastatin 10 mg tablet ^{EC}	2	LC (30 cada 30 días)
simvastatin 20 mg tablet ^{EC}	2	LC (30 cada 30 días)
simvastatin 40 mg tablet ^{EC}	2	LC (30 cada 30 días)
simvastatin 5 mg tablet ^{EC}	2	LC (30 cada 30 días)
simvastatin 80 mg tablet ^{EC}	2	LC (30 cada 30 días)
sotalol 160 mg tablet ^{EC}	2	
sotalol 240 mg tablet ^{EC}	2	
sotalol 80 mg tablet ^{EC}	1	
spironolactone 100 mg tablet ^{EC}	2	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización Previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
spironolactone 25 mg tablet ^{EC}	1	
spironolactone 50 mg tablet ^{EC}	2	
TEKAMLO 150 MG-10 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)
TEKAMLO 150 MG-5 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)
TEKAMLO 300 MG-10 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)
TEKAMLO 300 MG-5 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)
TEKTURNA 150 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)
TEKTURNA 300 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)
TEKTURNA HCT 150 MG-12.5 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)
TEKTURNA HCT 150 MG-25 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)
TEKTURNA HCT 300 MG-12.5 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)
TEKTURNA HCT 300 MG-25 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)
timolol maleate 10 mg tablet ^{EC}	2	
timolol maleate 20 mg tablet ^{EC}	2	
timolol maleate 5 mg tablet ^{EC}	2	
TRIBENZOR 20 MG-5 MG-12.5 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)
TRIBENZOR 40 MG-10 MG-12.5 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)
TRIBENZOR 40 MG-10 MG-25 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)
TRIBENZOR 40 MG-5 MG-12.5 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)
TRIBENZOR 40 MG-5 MG-25 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)
valsartan-hctz 160-12.5 mg tab ^{EC}	2	LC (30 cada 30 días)
valsartan-hctz 160-25 mg tab ^{EC}	2	LC (30 cada 30 días)
valsartan-hctz 320-12.5 mg tab ^{EC}	2	LC (30 cada 30 días)
valsartan-hctz 320-25 mg tab ^{EC}	2	LC (30 cada 30 días)
valsartan-hctz 80-12.5 mg tab ^{EC}	2	LC (30 cada 30 días)
verapamil 120 mg tablet ^{EC}	1	
verapamil 80 mg tablet ^{EC}	1	
WELCHOL 625 MG TABLET ^{EC}	3	
ZETIA 10 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)
MEDICAMENTOS GASTROINTESTINALES		
AMITIZA 24 MCG CAPSULE ^{EC}	3	
AMITIZA 8 MCG CAPSULE ^{EC}	3	
cimetidine 300 mg tablet ^{EC}	2	
cimetidine 400 mg tablet ^{EC}	2	
cimetidine 800 mg tablet ^{EC}	1	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización Previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
CREON 3,000-9,500-15,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE ^{EC}	3	
DEXILANT 30 MG CAPSULE, DELAYED RELEASE ^{EC}	4	LC (30 cada 30 días)
DEXILANT 60 MG CAPSULE, DELAYED RELEASE ^{EC}	4	LC (30 cada 30 días)
famotidine 20 mg tablet ^{EC}	1	
famotidine 40 mg tablet ^{EC}	2	
GOLYTELY 227.1 GRAM-21.5 GRAM-6.36 GRAM ORAL POWDER PACKET ^{EC}	3	
GOLYTELY 236 GRAM-22.74 GRAM-6.74 GRAM-5.86 GRAM ORAL SOLUTION ^{EC}	3	
lansoprazole dr 30 mg capsule ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)
LINZESS 145 MCG CAPSULE ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)
LINZESS 290 MCG CAPSULE ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)
metoclopramide 10 mg tablet ^{EC}	2	
metoclopramide 5 mg tablet ^{EC}	2	
misoprostol 100 mcg tablet ^{EC}	3	
NEXIUM 20 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)
NEXIUM 40 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)
NULYTELY WITH FLAVOR PACKS 420 GRAM ORAL SOLUTION ^{EC}	3	
omeprazole dr 20 mg capsule ^{EC}	2	LC (60 cada 30 días)
omeprazole dr 40 mg capsule ^{EC}	2	LC (30 cada 30 días)
pantoprazole sod dr 20 mg tab ^{EC}	2	LC (60 cada 30 días)
pantoprazole sod dr 40 mg tab ^{EC}	2	LC (60 cada 30 días)
prochlorperazine 25 mg supp ^{EC}	4	
ranitidine 150 mg capsule ^{EC}	3	
ranitidine 150 mg tablet ^{EC}	1	
ranitidine 300 mg capsule ^{EC}	3	
ranitidine 300 mg tablet ^{EC}	1	
SUPREP BOWEL PREP KIT 17.5 GRAM-3.13 GRAM-1.6 GRAM ORAL SOLUTION ^{EC}	3	
ZENPEP 10,000-34,000-55,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE ^{EC}	3	
ZENPEP 15,000-51,000-82,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE ^{EC}	3	
ZENPEP 20,000-68,000-109,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE ^{EC}	3	
ZENPEP 5,000-17,000-27,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE ^{EC}	3	
PREPARACIONES (EENT) PARA LOS OJOS, EL OÍDO, LA NARIZ Y LA GARGANTA		
acetazolamide 250 mg tablet ^{EC}	2	
AZOPT 1 % EYE DROPS,SUSPENSION ^{EC}	3	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización Previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
dorzolamide hcl 2% eye drops ^{EC}	2	LC (10 cada 30 días)
dorzolamide-timolol eye drops ^{EC}	2	LC (10 cada 30 días)
ILEVRO 0.3 % EYE DROPS,SUSPENSION ^{EC}	3	
LUMIGAN 0.01 % EYE DROPS ^{EC}	3	LC (3 cada 25 días)
NASONEX 50 MCG/ACTUATION SPRAY ^{EC}	3	LC (34 cada 30 días)
NEVANAC 0.1 % EYE DROPS,SUSPENSION ^{EC}	4	
PATADAY 0.2 % EYE DROPS ^{EC}	3	
RESTASIS 0.05 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE ^{EC}	4	LC (60 cada 30 días)
timolol 0.25% eye drops ^{EC}	1	
timolol 0.25% gel-solution ^{EC}	3	
timolol 0.5% eye drops ^{EC}	1	
timolol 0.5% gel-solution ^{EC}	3	
TRAVATAN Z 0.004 % EYE DROPS ^{EC}	3	LC (3 cada 25 días)
VERAMYST 27.5 MCG/ACTUATION NASAL SPRAY,SUSPENSION ^{EC}	4	LC (10 cada 30 días)
RELAJANTES DE LA MUSCULATURA LISA		
DETROL LA 2 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{EC}	4	AP,LC (30 cada 30 días)
DETROL LA 4 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{EC}	4	AP,LC (30 cada 30 días)
oxybutynin 5 mg tablet ^{EC}	2	
oxybutynin cl er 10 mg tablet ^{EC}	3	LC (60 cada 30 días)
oxybutynin cl er 15 mg tablet ^{EC}	3	LC (60 cada 30 días)
oxybutynin cl er 5 mg tablet ^{EC}	3	LC (60 cada 30 días)
tolterodine tartrate 1 mg tab ^{EC}	3	LC (60 cada 30 días)
tolterodine tartrate 2 mg tab ^{EC}	3	LC (60 cada 30 días)
TOVIAZ 4 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)
TOVIAZ 8 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)
tropium chloride 20 mg tablet ^{EC}	4	
SUEROS, TOXOIDES Y VACUNAS		
ZOSTAVAX (PF) 19,400 UNIT/0.65 ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION ^{EC}	3	LC (1 cada 365 días)
VITAMINAS		
calcitriol 0.5 mcg capsule ^{EC}	3	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización Previa • B o D - Parte B o Parte D

Índice

A		atorvastatin 31	
abacavir	11	AVANDIA	26
ABILIFY	13	AVODART	23
ABILIFY DISCMELT	13	AVONEX	23
acarbose	26	AVONEX (WITH ALBUMIN)	23
acebutolol	30	azathioprine	23
acetaminophen-codeine	13	AZOPT	37
acetazolamide	37	AZOR	31
acyclovir	11	B	
acyclovir sodium	11	bacitracin	11
adefovir	11	baclofen	29
ADVAIR DISKUS	22	benazepril	31
ADVAIR HFA	22	benazepril-hydrochlorothiazide	31
AGGRENOX	30	BENICAR	31
albuterol sulfate	29	BENICAR HCT	31
alendronate	23	betamethasone, augmented	12
allopurinol	23	bethanechol chloride	29
alprazolam	13	BETHKIS	11
amantadine hcl	13	bicalutamide	12
amiodarone	30	BINOSTO	23
AMITIZA	36	budeprion sr	13
amitriptyline	13	budesonide	22
amlodipine	30	bumetanide	24
amlodipine-benazepril	30	bupropion hcl	13
amoxapine	13	buspirone	13
AMPYRA	23	BUTISOL	13
AMTURNIDE	30, 31	BYDUREON	26
anastrozole	12	BYETTA	26
ANDROGEL	26	C	
ASMANEX TWISTHALER	22	calcipotriene	12
atenolol	31	calcitonin (salmon)	26

calcitriol	38	DETROL LA	38
candesartan	31	dexamethasone	26
candesartan-hydrochlorothiazid	31	DEXILANT	37
captopril	31, 32	dextroamphetamine-amphetamine	15
captopril-hydrochlorothiazide	32	diazepam	15
carbamazepine	14	digoxin	32
carbidopa-levodopa	14	dilt-xr	32
cartia xt	32	diltiazem hcl	32
carvedilol	32	DIOVAN	32
CHANTIX	29	donepezil	29
chlorothiazide	24	dorzolamide	38
cilostazol	24	dorzolamide-timolol	38
cimetidine	36	doxazosin	32, 33
ciprofloxacin hcl	11	DUETACT	26
citalopram	14	DULERA	22
clarithromycin	11	duloxetine	15
clindamycin hcl	11	E	
clonazepam	14	EFFIENT	25
clonidine hcl	32	ELIQUIS	25
clopidogrel	24	enalapril maleate	33
clorazepate dipotassium	14	enalapril-hydrochlorothiazide	33
clozapine	14	ENBREL	23
COLCRYS	23	endocet	15
CREON	37	enoxaparin	25
CRESTOR	32	entacapone	15
CRIXIVAN	11	escitalopram oxalate	15
cromolyn	22	EVISTA	26
cyclosporine modified	23	EXELON	30
D		EXFORGE	33
danazol	26	EXFORGE HCT	33
desipramine	14	F	
desmopressin	26	famciclovir	11
desoximetasone	12	famotidine	37

felodipine	33	HUMALOG MIX 75-25	27
fenofibrate	33	HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	27
fenofibrate micronized	33	HUMIRA	23
fenofibrate nanocrystallized	33	HUMIRA PEN CROHN'S-UC-HS START	23
fenofibric acid (choline)	33	HUMULIN N	27
fentanyl	15	HUMULIN N PEN	27
finasteride	23	HUMULIN R	27
FLOVENT DISKUS	22	HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	27
FLOVENT HFA	22	HUMULIN 70/30	27
fluorouracil	12	HUMULIN 70/30 PEN	27
fluoxetine	15	hydralazine	33
fondaparinux	25	hydrochlorothiazide	24
FORTEO	26	hydrocodone-acetaminophen	15
FORTICAL	26	hydrocortisone butyrate	12
fosinopril	33	I	
furosemide	24	ibandronate	23
G		ibuprofen	15, 16
gabapentin	15	ILEVRO	38
galantamine	30	INVEGA SUSTENNA	16
gemfibrozil	33	INVOKANA	27
GILENYA	23	irbesartan	33
glimepiride	26	irbesartan-hydrochlorothiazide	33, 34
glipizide	26	isoniazid	11
glipizide-metformin	27	J	
glyburide	27	JALYN	23
glyburide micronized	27	JANUMET	27
glyburide-metformin	27	JANUMET XR	27
GOLYTELY	37	JANUVIA	27
H		JENTADUETO	27, 28
haloperidol	15	K	
HUMALOG	27	KLOR-CON M15	24
HUMALOG MIX 50-50	27	klor-con m20	24
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	27	KLOR-CON 10	24

KLOR-CON 8	24	methotrexate sodium	12
KOMBIGLYZE XR	28	methylphenidate	17
L		metoclopramide hcl	37
labetalol	34	metoprolol succinate	34
lamotrigine	16	metoprolol ta-hydrochlorothiaz	34
lansoprazole	37	metoprolol tartrate	34
LANTUS	28	minoxidil	34
LATUDA	16	mirtazapine	17
leflunomide	23	misoprostol	37
LETAIRIS	22	modafinil	17
letrozole	12	montelukast	22
LEVEMIR	28	morphine	17
LEVEMIR FLEXPEN	28	mupirocin calcium	13
levetiracetam	16	mycophenolate mofetil	23
levocetirizine	29	N	
levofloxacin	11	NAMENDA	17
levothyroxine	28	NAMENDA TITRATION PAK	17
LEVOXYL	28	NAMENDA XR	17
LINZESS	37	naproxen	17
lisinopril	34	naratriptan	17
lisinopril-hydrochlorothiazide	34	NASONEX	38
lithium carbonate	16	nateglinide	28
lorazepam	16	NEUPOGEN	25
losartan	34	NEUPRO	17, 18
losartan-hydrochlorothiazide	34	NEVANAC	38
lovastatin	34	NEXIUM	37
LOVAZA	34	niacin	34, 35
LUMIGAN	38	nifedipine	35
LYRICA	16, 17	nitroglycerin	35
M		nortriptyline	18
meloxicam	17	NORVIR	11
MEPRON	11	NOVOLIN N	28
metformin	28	NOVOLIN R	28

NOVOLIN 70/30	28	PRADAXA	25
NOVOLOG	28	pramipexole	19
NOVOLOG FLEXPEN	28	pravastatin	35
NOVOLOG MIX 70-30	28	prednisone	29
NOVOLOG MIX 70-30 FLEXPEN	28	PREMARIN	29
NULYTELY WITH FLAVOR PACKS	37	primaquine	11
NUVIGIL	18	PRISTIQ	19
O		PROAIR HFA	30
olanzapine	18	prochlorperazine	37
omega-3 acid ethyl esters	35	PROCRIT	25
omeprazole	37	PROLIA	23
ONFI	18	propafenone	35
ONGLYZA	29	propranolol	35
oxazepam	18	Q	
oxybutynin chloride	38	quetiapine	19
oxycodone	18	quinine sulfate	11
P		QVAR	22
PACERONE	35	R	
pantoprazole	37	ramipril	35
PATADAY	38	RANEXA	35
PEGASYS	11	ranitidine hcl	37
PEGINTRON	11	REMICADE	23
PEGINTRON REDIPEN	11	RENVELA	24
phenobarbital	18	RESTASIS	38
PHENYTEK	18	ribavirin	11
phenytoin	19	RISPERDAL CONSTA	19
phenytoin sodium extended	19	risperidone	19, 20
pioglitazone	29	rivastigmine tartrate	30
pioglitazone-glimepiride	29	rizatriptan	20
pioglitazone-metformin	29	ropinirole	20
potassium chloride	24	S	
potassium citrate	24	SAVELLA	20
POTIGA	19	SENSIPAR	23, 24

SEREVENT DISKUS	30	trazodone	21
SEROQUEL XR	20	TRELSTAR	12
sertraline	20	TREXALL	12
sildenafil	35	triamterene-hydrochlorothiazid	24
simvastatin	35	TRIBENZOR	36
sodium lactate	24	TRIZIVIR	12
SORIATANE	13	tropium	38
sotalol	35	V	
SPIRIVA WITH HANDIHALER	30	valsartan-hydrochlorothiazide	36
spironolactone	35, 36	venlafaxine	21
SUBOXONE	20	VENTOLIN HFA	30
sulfamethoxazole-trimethoprim	12	VERAMYST	38
sumatriptan succinate	20, 21	verapamil	36
SUPREP BOWEL PREP KIT	37	VICTOZA 3-PAK	29
SUSTIVA	12	VIIBRYD	21
SYMBICORT	22	VIMPAT	21
T		VIREAD	12
tamoxifen	12	VOLTAREN	21
tamsulosin	30	W	
TEKAMLO	36	warfarin	25
TEKTURNA	36	WELCHOL	36
TEKTURNA HCT	36	X	
temazepam	21	XARELTO	25, 26
tiagabine	21	Z	
timolol maleate	36, 38	zafirlukast	23
tinidazole	12	ZENPEP	37
tolterodine	38	ZETIA	36
topiramate	21	ziprasidone hcl	21
toremide	24	zolpidem	21
TOVIAZ	38	zonisamide	21, 22
TRADJENTA	29	ZOSTAVAX (PF)	38
tramadol	21	ZYTIGA	12
TRAVATAN Z	38		

Forma Farmacéutica

Inglés	Español	Inglés	Español
PATCH	PARCHE	GAS	GAS
AEROSOL	AEROSOL	GEL FORMING SOLUTION	SOLUCION PARA LA FORMACION DE GEL
AEROSOL POWDER	POLVO DE AEROSOL	GRANULES	GRANULOS
AEROSOL SOLUTION	SOLUCION DE AEROSOL	GUM	GOMA
AEROSOL SPRAY	SPRAY DE AEROSOL	INHALER	INHALADOR
ALLERGEN	ALERGENO	HYPODERMIC TABLET	TABLETA HIPODERMICA
BANDAGE	VENDA	IMPLANT	IMPLANTE
BAR	BARRA	INFUSION SET	INFUSION SE PUSO
BATH	BAÑO	INHALER	INHALADOR
BEADS	CUENTAS	INHALER KIT	EQUIPO DE INHALADOR
BLOOD ADMINISTRATION SET	ADMINISTRACION DE SANGRE	INJECTABLE	INYECTABLE
BOTTLE	BOTELLA	INSERT	ENCARTE
CAKE	PASTEL	INSULIN PEN	PLUMA DE INSULINA
CAPSULE	CAPSULA	INTRAPERITONEAL	INTRAPERITONEAL
CARTRIDGE	CARTUCHO	INTRAVENOUS	INTRAVENOSO
CEMENT	CEMENTO	IRRIGATION SET	IRRIGACION SE PUSO
CLEANSER	PRODUCTO DE LIMPIEZA	IUD	IUD
COMBO PACK	PAQUETE DE GRUPO	GEL WITH APPLICATOR	GEL CON APLICADOR
CONCENTRATE	CONCENTRADO	KIT	EQUIPO
CONCENTRATED SOLUTION	SOLUCION CONCENTRADA	LEAVES	HOJAS
CONTRACEPTIVE SPONGE	ESPONJA ANTICONCEPTIVA	LENTE	LENTE
CREAM	CREMA	LINIMENT	LINIMENTO
CRYSTALS	CRISTALES	LIQUID	LIQUIDO
DEVICE	APARATO	LOTION	LOCION
DIAGNOSTIC TEST	PRUEBA DIAGNOSTICA	LOZENGE	PASTILLA
DIAPHRAGM	DIAFRAGMA	LUBRICANT	LUBRICANTE
DISK	DISCO	LUMP	TERRON
DOUCHE	DUCHA	MEDICATED SHAVING CREAM	CREMA DE AFEITAR MEDICINAL
DROPS	GOTAS	MISCELLANEOUS	DIVERSO
GEL	GEL	MIST	NIEBLA
CAPSULE	CAPSULA	MOUTHWASH	ENJUAGUE BUCAL
ELASTOMERIC PUMP	BOMBA de ELASTOMERIC	MUCOADHESIVE	MUCOADHESIVAS
ELIXIR	ELIXIR	NAIL FILM	PELICULA DE UÑA
EMULSION	EMULSION	NEEDLE	AGUJA
ENEMA	ENEMA	NEEDLE FREE INJECTOR	AGUJA INYECTOR LIBRE
FILM	CINTA	OCULAR SYSTEM	SISTEMA OCULAR
FILM FORMING SOLUTION	PELICULA QUE FORMA SOLUCION	OIL	ACEITE
FLAKES	ESCAMAS	CREAM	CREMA
FLUID EXTRACT	EXTRACTO FLUIDO	OINTMENT	UNGÜENTO
FOAM	ESPUMA	PACKAGE	PAQUETE

Inglés	Español
PADS	ALMOHADILLAS
PARENTERAL SOLUTION	SOLUCION PARENTERAL
PASTE	PASTA
PATCH	PARCHE
PATCH 24 HR.	PARCHE 24 HR.
PATCH 72 HR.	PARCHE 72 HR.
PELLET	BOLITA
PEN INJECTOR	INYECTOR DE PLUMA
PEN INJECTOR	INYECTOR DE PLUMA
PIGGYBACK	PIGGYBACK
PIPETTE	PIPETA
PLASTER	YESO
PLASTIC BAG FOR INJECTION	BOLSA DE PLASTICO PARA INYECCION
POWDER	POLVO
PUMP	BOMBA
SOLUTION	SOLUCION
SYRINGE	JERINGUILLA
PUDDING	BUDIN
SOLUTION	SOLUCION
RING	ARO
SHAMPOO	CHAMPU
SHEET	HOJA
SOAP	JABON
SOLUTION	SOLUCION
SPIRIT	LICOR
SPONGE	ESPONJA
SPRAY	SPRAY
SPRAY	SPRAY
STICK	PALO
STRIP	TIRA
SUPPOSITORY	SUPOSITORIO
SUSPENSION	SUSPENSION
SWAB	HISOPO
SYRINGE	JERINGUILLA
SYRUP	JARABE
TABLET	TABLETA
TABLET AND CAPSULE	TABLETA Y CAPSULA
CHEWABLE TABLET	TABLETA de MASTICAR
TAMPON	TAMPON
TAPE	CINTA
TAR	ALQUITRAN
TEA	TE
TINCTURE	TINTURA

Inglés	Español
TOOTHPASTE	PASTA DE DIENTES
TOWELETTE	TOWELETTE
TRANSDERMAL SYSTEM	SISTEMA TRANSDERMICO
TRAY	BANDEJA
TROUCHE	TROUCHE
UNIT	UNIDAD
WAFER	OBLEA
WAX	CERA
WHIP	FUSTA

H6609126000PDGRS1508215_v1

Este formulario abreviado se actualizó el 11/02/2015 y no es una lista completa de los medicamentos cubiertos por nuestro plan. Para un listado completo u otras preguntas, contacte Humana al 1-800-457-4708 o, para usuarios de TTY, 711, 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. No obstante, observe que nuestro sistema telefónico automatizado podrá responder llamadas durante los fines de semana y días festivos entre el 15 de febrero y el 30 de septiembre. Por favor deje su nombre y número de teléfono y le devolveremos la llamada antes del final del siguiente día laborable, o visite Humana.com.

Humana es una organización de Medicare Advantage con un contrato con Medicare. La afiliación a este plan de Humana depende de la renovación del contrato.

La información de beneficios provista aquí es un breve resumen y no es una descripción completa de los beneficios. Contacte el plan para obtener más información. Pueden aplicarse limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, la prima y/o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de cada año.

Esta información está disponible sin costo en otros idiomas. Llame a nuestro departamento de Servicio al Cliente al 1-800-457-4708. Si usa un TTY, llame al 711.

Humana®

Humana.com