

2016

Guía de Medicamentos Recetados

Formulario Abreviado de Humana

Lista parcial de medicamentos cubiertos

HumanaChoice H6609-078 (PPO)

Lexington
Área Metropolitana de Lexington



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

Este formulario abreviado se actualizó el 11/05/2016 y no es una lista completa de los medicamentos cubiertos por nuestro plan. Para un listado completo, información más reciente 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 2015, 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 (TTY: 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 2016 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.

Le notificaremos si se ve afectado por los siguientes cambios en nuestro formulario:

- Cuando eliminamos un medicamento 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 2016. Actualizaremos nuestros formularios impresos cada mes y estarán disponibles en **Humana.com/medicaredruglist**.

¿Cómo utilizo el formulario?

Hay dos maneras de encontrar su medicamento en el formulario:

Afección

El formulario empieza en la página 10. 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 10. 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, puede buscar el medicamento en el índice que empieza en la página 42. 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 cada 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 del 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 el plan
- **Nivel 2 - Genéricos:** 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 su afección y necesidad de 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 10.

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/medicaredruglist 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 costo compartido más bajo, u otras restricciones no fueran tan efectivos para el tratamiento de su afección médica, y/o si le causarían 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 hablar con su proveedor acerca de tomar un medicamento diferente 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.

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 al 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 periodo de transición si su solicitud de excepción o apelación no haya sido procesada antes de finalizar su periodo de transición inicial. Seguiremos proveyéndole los medicamentos necesarios si se extiende su periodo 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 la ficha de Medicare. 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 (TTY: 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 42.

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 y cursiva. 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 ^{EC}	4	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
abacavir-lamivudine-zidov tab ^{EC}	5	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
acyclovir 200 mg capsule; acyclovir 400 mg, 800 mg tablet ^{EC}	2	
acyclovir sodium 500 mg vial ^{EC}	3	
adefovir dipivoxil 10 mg tab ^{ES}	5	
amoxicillin 125 mg, 250 mg tab chew; amoxicillin 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml susp; amoxicillin 250 mg, 500 mg capsule; amoxicillin 500 mg, 875 mg tablet ^{EC}	1	
azithromycin 250 mg, 500 mg, 600 mg tablet ^{EC}	2	
bacitracin 50,000 units vial ^{EC}	2	
BETHKIS 300 MG/4 ML SOLUTION FOR NEBULIZATION ^{ES}	5	AP,LC (224 cada 28 d<Chr85>as)
cefaclor 250 mg, 500 mg capsule ^{EC}	2	
cefuroxime axetil 250 mg, 500 mg tab ^{EC}	3	
cephalexin 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml susp; cephalixin 250 mg, 500 mg capsule; cephalixin 250 mg, 500 mg tablet ^{EC}	2	
ciprofloxacin hcl 100 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg tab ^{EC}	1	
clarithromycin 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml sus; clarithromycin 250 mg, 500 mg tablet; clarithromycin er 500 mg tab ^{EC}	3	
clindamycin hcl 150 mg, 300 mg, 75 mg capsule ^{EC}	2	
CRIXIVAN 200 MG CAPSULE ^{EC}	4	LC (450 cada 30 d<Chr85>as)
CRIXIVAN 400 MG CAPSULE ^{EC}	4	LC (270 cada 30 d<Chr85>as)
famciclovir 125 mg, 250 mg, 500 mg tablet ^{EC}	3	LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
HARVONI 90 MG-400 MG TABLET ^{ES}	5	AP,LC (28 cada 28 d<Chr85>as)
isoniazid 100 mg, 300 mg tablet; isoniazid 100 mg/ml, 50 mg/5 ml solution; isoniazid 100 mg/ml, 50 mg/5 ml vial ^{EC}	1	
levofloxacin 250 mg, 500 mg, 750 mg tablet ^{EC}	2	
metronidazole 250 mg, 500 mg tablet ^{EC}	2	
NORVIR 100 MG CAPSULE; NORVIR 100 MG TABLET ^{EC}	4	LC (360 cada 30 d<Chr85>as)
PEGINTRON 120 MCG/0.5 ML, 150 MCG/0.5 ML, 50 MCG/0.5 ML, 80 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS KIT ^{ES}	5	AP,LC (2 cada 28 d<Chr85>as)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
PEGINTRON REDIPEN 120 MCG/0.5 ML, 150 MCG/0.5 ML, 50 MCG/0.5 ML, 80 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS KIT ^{ES}	5	AP,LC (2 cada 28 d<Chr85>as)
primaquine 26.3 mg tablet ^{EC}	3	
PYLERA 140 MG-125 MG-125 MG CAPSULE ^{EC}	4	LC (144 cada 30 d<Chr85>as)
quinine sulfate 324 mg capsule ^{EC}	4	AP,LC (42 cada 7 d<Chr85>as)
ribavirin 200 mg capsule; ribavirin 200 mg tablet ^{EC}	3	LC (168 cada 28 d<Chr85>as)
SOVALDI 400 MG TABLET ^{ES}	5	AP,LC (28 cada 28 d<Chr85>as)
sulfamethoxazole-tmp ds tablet; sulfamethoxazole-tmp inj vial; sulfamethoxazole-tmp ss tablet ^{EC}	1	
SUSTIVA 200 MG CAPSULE ^{ES}	5	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
SUSTIVA 50 MG CAPSULE ^{ES}	4	LC (480 cada 30 d<Chr85>as)
SUSTIVA 600 MG TABLET ^{ES}	5	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
tinidazole 250 mg, 500 mg tablet ^{EC}	3	
TRIZIVIR 300 MG-150 MG-300 MG TABLET ^{EC}	5	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
VIREAD 150 MG, 200 MG, 250 MG, 300 MG TABLET ^{ES}	5	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
VIREAD 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM) ORAL POWDER ^{ES}	5	LC (240 cada 30 d<Chr85>as)
MEDICAMENTOS ANTIHISTAMÍNICOS		
levocetirizine 5 mg tablet ^{EC}	2	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS		
anastrozole 1 mg tablet ^{EC}	2	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
bicalutamide 50 mg tablet ^{EC}	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
GILOTRIF 20 MG, 30 MG, 40 MG TABLET ^{ES}	5	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
GLEEVEC 100 MG TABLET ^{ES}	5	AP,LC (180 cada 30 d<Chr85>as)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

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
GLEEVEC 400 MG TABLET ^{ES}	5	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
ICLUSIG 15 MG TABLET ^{ES}	5	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
ICLUSIG 45 MG TABLET ^{ES}	5	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
IMBRUVICA 140 MG CAPSULE ^{ES}	5	AP,LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
INLYTA 1 MG TABLET ^{ES}	5	AP,LC (180 cada 30 d<Chr85>as)
INLYTA 5 MG TABLET ^{ES}	5	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
<i>letrozole 2.5 mg tablet</i> ^{EC}	2	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
MEKINIST 0.5 MG TABLET ^{ES}	5	AP,LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
MEKINIST 2 MG TABLET ^{ES}	5	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
<i>methotrexate 2.5 mg tablet</i> ^{EC}	2	B o D
REVLIMID 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG CAPSULE ^{ES}	5	AP,LC (28 cada 28 d<Chr85>as)
SPRYCEL 100 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG TABLET ^{ES}	5	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
SPRYCEL 140 MG TABLET ^{ES}	5	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
SPRYCEL 20 MG TABLET ^{ES}	5	AP,LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
SUTENT 12.5 MG, 25 MG, 37.5 MG, 50 MG CAPSULE ^{ES}	5	AP,LC (28 cada 28 d<Chr85>as)
TAFINLAR 50 MG CAPSULE ^{ES}	5	AP,LC (180 cada 30 d<Chr85>as)
TAFINLAR 75 MG CAPSULE ^{ES}	5	AP,LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
<i>tamoxifen 10 mg, 20 mg tablet</i> ^{EC}	2	
TARCEVA 100 MG, 150 MG TABLET ^{ES}	5	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
TARCEVA 25 MG TABLET ^{ES}	5	AP,LC (90 cada 30 d<Chr85>as)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

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
TARGRETIN 75 MG CAPSULE ^{ES}	5	AP,LC (300 cada 30 d<Chr85>as)
TASIGNA 150 MG, 200 MG CAPSULE ^{ES}	5	AP,LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
TRELSTAR 11.25 MG/2 ML, 22.5 MG/2 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE; TRELSTAR 22.5 MG INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{EC}	4	AP
TREXALL 10 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG TABLET ^{EC}	4	B o D
VOTRIENT 200 MG TABLET ^{ES}	5	AP,LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
XALKORI 200 MG, 250 MG CAPSULE ^{ES}	5	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
XTANDI 40 MG CAPSULE ^{ES}	5	AP,LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
ZYDELIG 100 MG, 150 MG TABLET ^{ES}	5	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
ZYKADIA 150 MG CAPSULE ^{ES}	5	AP,LC (150 cada 30 d<Chr85>as)
ZYTIGA 250 MG TABLET ^{ES}	5	AP,LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
BRILINTA 90 MG TABLET ^{EC}	3	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
<i>cilostazol 100 mg tablet</i> ^{EC}	2	
<i>cilostazol 50 mg tablet</i> ^{EC}	2	
<i>clopidogrel 300 mg tablet</i> ^{EC}	2	LC (1 cada 30 d<Chr85>as)
<i>clopidogrel 75 mg tablet</i> ^{EC}	1	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
EFFIENT 10 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
EFFIENT 5 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
ELIQUIS 2.5 MG TABLET ^{EC}	3	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
ELIQUIS 5 MG TABLET ^{EC}	3	LC (74 cada 30 d<Chr85>as)
<i>enoxaparin 100 mg/ml syringe</i> ^{IC,EC}	4	LC (28 cada 28 d<Chr85>as)
<i>enoxaparin 120 mg/0.8 ml syr</i> ^{IC,EC}	4	LC (22.4 cada 28 d<Chr85>as)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

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
enoxaparin 150 mg/ml syringe ^{IC,EC}	4	LC (28 cada 28 d<Chr85>as)
enoxaparin 30 mg/0.3 ml syr ^{IC,EC}	4	LC (16.8 cada 28 d<Chr85>as)
enoxaparin 300 mg/3 ml vial ^{EC}	4	LC (84 cada 28 d<Chr85>as)
enoxaparin 40 mg/0.4 ml syr ^{IC,EC}	4	LC (11.2 cada 28 d<Chr85>as)
enoxaparin 60 mg/0.6 ml syr ^{IC,EC}	4	LC (16.8 cada 28 d<Chr85>as)
enoxaparin 80 mg/0.8 ml syr ^{IC,EC}	4	LC (22.4 cada 28 d<Chr85>as)
fondaparinux 2.5 mg/0.5 ml syr ^{IC,EC}	4	LC (15 cada 30 d<Chr85>as)
fondaparinux 5 mg/0.4 ml syr ^{IC,EC}	5	LC (12 cada 30 d<Chr85>as)
fondaparinux 7.5 mg/0.6 ml syr ^{IC,EC}	5	LC (18 cada 30 d<Chr85>as)
NEUPOGEN 300 MCG/0.5 ML INJECTION SYRINGE ^{ES}	5	AP,LC (7 cada 30 d<Chr85>as)
NEUPOGEN 480 MCG/0.8 ML INJECTION SYRINGE ^{ES}	5	AP,LC (11.2 cada 30 d<Chr85>as)
NEUPOGEN 480 MCG/1.6 ML INJECTION SOLUTION ^{ES}	5	AP,LC (22.4 cada 30 d<Chr85>as)
PRADAXA 150 MG CAPSULE ^{EC}	4	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
PRADAXA 75 MG CAPSULE ^{EC}	4	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
PROCRT 10,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{ES}	4	AP,LC (14 cada 30 d<Chr85>as)
PROCRT 2,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{ES}	4	AP,LC (14 cada 30 d<Chr85>as)
PROCRT 20,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{ES}	5	AP,LC (14 cada 30 d<Chr85>as)
PROCRT 3,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{ES}	4	AP,LC (14 cada 30 d<Chr85>as)
PROCRT 4,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{ES}	4	AP,LC (14 cada 30 d<Chr85>as)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

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
PROCRIT 40,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{ES}	5	AP,LC (14 cada 30 d<Chr85>as)
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 d<Chr85>as)
XARELTO 15 MG TABLET ^{EC}	3	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
XARELTO 20 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
ZOSTAVAX (PF) 19,400 UNIT/0.65 ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION ^{EC}	3	LC (0.65 cada 365 d<Chr85>as)
MEDICAMENTOS AUTONÓMICOS		
albuterol 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg /3 ml (0.083 %), 2.5 mg/0.5 ml, 5 mg/ml sol; albuterol 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg /3 ml (0.083 %), 2.5 mg/0.5 ml, 5 mg/ml solution; albuterol sul 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg /3 ml (0.083 %), 2.5 mg/0.5 ml, 5 mg/ml sol; albuterol sul 2.5 mg/3 ml soln ^{EC}	2	B o D
albuterol sulf 2 mg/5 ml syrup ^{EC}	2	
albuterol sulfate 2 mg, 4 mg tab; albuterol sulfate er 4 mg, 8 mg tab ^{EC}	4	
alfuzosin hcl er 10 mg tablet ^{EC}	2	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
ANORO ELLIPTA 62.5 MCG-25 MCG/ACTUATION POWDER FOR INHALATION ^{EC}	3	
ARCAPTA NEOHALER 75 MCG CAPSULE WITH INHALATION DEVICE ^{EC}	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
baclofen 10 mg, 20 mg tablet ^{EC}	2	
bethanechol 10 mg, 25 mg, 5 mg tablet ^{EC}	3	
bethanechol 50 mg tablet ^{EC}	4	
CHANTIX 0.5 MG, 1 MG TABLET ^{EC}	4	LC (56 cada 28 d<Chr85>as)
COMBIVENT RESPIMAT 20 MCG-100 MCG/ACTUATION SOLUTION FOR INHALATION ^{EC}	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

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
donepezil hcl 10 mg tablet ^{EC}	1	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
donepezil hcl 10 mg, 5 mg, 5 mg tablet; donepezil hcl odt 10 mg, 5 mg, 5 mg tablet ^{EC}	1	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
EPIPEN 2-PAK 0.3 MG/0.3 ML INJECTION, AUTO-INJECTOR ^{EC}	3	
EPIPEN JR 2-PAK 0.15 MG/0.3 ML INJECTION,AUTO-INJECTOR ^{EC}	3	
EXELON PATCH 13.3 MG/24 HOUR, 4.6 MG/24 HR, 9.5 MG/24 HR TRANSDERMAL ^{EC}	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
FORADIL AEROLIZER 12 MCG CAPSULE WITH INHALATION DEVICE ^{EC}	3	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
galantamine er 16 mg, 24 mg, 8 mg capsule ^{EC}	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
galantamine hbr 12 mg, 4 mg, 8 mg tablet ^{EC}	4	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
RAPAFLO 4 MG, 8 MG CAPSULE ^{EC}	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
rivastigmine 1.5 mg, 3 mg capsule ^{EC}	4	LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
rivastigmine 4.5 mg, 6 mg capsule ^{EC}	4	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
SEREVENT DISKUS 50 MCG/DOSE POWDER FOR INHALATION ^{EC}	3	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
SPIRIVA RESPIMAT 1.25 MCG/ACTUATION, 2.5 MCG/ACTUATION SOLUTION FOR INHALATION ^{EC}	3	
SPIRIVA WITH HANDIHALER 18 MCG AND INHALATION CAPSULES ^{EC}	3	
tamsulosin hcl 0.4 mg capsule ^{EC}	2	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
TUDORZA PRESSAIR 400 MCG/ACTUATION BREATH ACTIVATED ^{EC}	4	
VENTOLIN HFA 90 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER ^{EC}	3	LC (36 cada 30 d<Chr85>as)
BRILINTA 90 MG TABLET ^{EC}	3	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
cilostazol 100 mg tablet ^{EC}	2	
cilostazol 50 mg tablet ^{EC}	2	
clopidogrel 300 mg tablet ^{EC}	2	LC (1 cada 30 d<Chr85>as)
clopidogrel 75 mg tablet ^{EC}	1	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

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 d<Chr85>as)
EFFIENT 5 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
ELIQUIS 2.5 MG TABLET ^{EC}	3	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
ELIQUIS 5 MG TABLET ^{EC}	3	LC (74 cada 30 d<Chr85>as)
enoxaparin 100 mg/ml syringe ^{IC,EC}	4	LC (28 cada 28 d<Chr85>as)
enoxaparin 120 mg/0.8 ml syr ^{IC,EC}	4	LC (22.4 cada 28 d<Chr85>as)
enoxaparin 150 mg/ml syringe ^{IC,EC}	4	LC (28 cada 28 d<Chr85>as)
enoxaparin 30 mg/0.3 ml syr ^{IC,EC}	4	LC (16.8 cada 28 d<Chr85>as)
enoxaparin 300 mg/3 ml vial ^{EC}	4	LC (84 cada 28 d<Chr85>as)
enoxaparin 40 mg/0.4 ml syr ^{IC,EC}	4	LC (11.2 cada 28 d<Chr85>as)
enoxaparin 60 mg/0.6 ml syr ^{IC,EC}	4	LC (16.8 cada 28 d<Chr85>as)
enoxaparin 80 mg/0.8 ml syr ^{IC,EC}	4	LC (22.4 cada 28 d<Chr85>as)
fondaparinux 2.5 mg/0.5 ml syr ^{IC,EC}	4	LC (15 cada 30 d<Chr85>as)
fondaparinux 5 mg/0.4 ml syr ^{IC,EC}	5	LC (12 cada 30 d<Chr85>as)
fondaparinux 7.5 mg/0.6 ml syr ^{IC,EC}	5	LC (18 cada 30 d<Chr85>as)
NEUPOGEN 300 MCG/0.5 ML INJECTION SYRINGE ^{ES}	5	AP,LC (7 cada 30 d<Chr85>as)
NEUPOGEN 480 MCG/0.8 ML INJECTION SYRINGE ^{ES}	5	AP,LC (11.2 cada 30 d<Chr85>as)
NEUPOGEN 480 MCG/1.6 ML INJECTION SOLUTION ^{ES}	5	AP,LC (22.4 cada 30 d<Chr85>as)
PRADAXA 150 MG CAPSULE ^{EC}	4	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

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
PRADAXA 75 MG CAPSULE ^{EC}	4	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
PROCRIT 10,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{ES}	4	AP,LC (14 cada 30 d<Chr85>as)
PROCRIT 2,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{ES}	4	AP,LC (14 cada 30 d<Chr85>as)
PROCRIT 20,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{ES}	5	AP,LC (14 cada 30 d<Chr85>as)
PROCRIT 3,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{ES}	4	AP,LC (14 cada 30 d<Chr85>as)
PROCRIT 4,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{ES}	4	AP,LC (14 cada 30 d<Chr85>as)
PROCRIT 40,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{ES}	5	AP,LC (14 cada 30 d<Chr85>as)
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 d<Chr85>as)
XARELTO 15 MG TABLET ^{EC}	3	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
XARELTO 20 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
ZOSTAVAX (PF) 19,400 UNIT/0.65 ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION ^{EC}	3	LC (0.65 cada 365 d<Chr85>as)
MEDICAMENTOS CARDIOVASCULARES		
acebutolol 200 mg, 400 mg capsule ^{EC}	2	
amiodarone 150 mg/3 ml syringe; amiodarone 900 mg/18 ml vial; amiodarone hcl 200 mg tablet ^{EC}	2	
amiodarone hcl 100 mg, 400 mg tablet ^{EC}	4	
amlodipine besylate 10 mg, 2.5 mg, 5 mg tab ^{EC}	1	
amlodipine-atorvast 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg ^{EC}	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

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
amlodipine-benazepril 10-20 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg; amlodipine-benazepril 2.5-10 ^{EC}	3	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
amlodipine-benazepril 10-40 mg, 5-40 mg ^{EC}	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
amlodipine-valsartan 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg ^{EC}	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
amlod-valsartan-hctz 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-12.5 mg, 5-160-25 mg; amlod-valsartan-hctz 10-160-12.5mg ^{EC}	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
AMTURNIDE 150-5-12.5 MG, 300-10-12.5 MG, 300-10-25 MG, 300-5-12.5 MG, 300-5-25 MG TAB ^{EC}	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
atenolol 100 mg, 25 mg, 50 mg tablet ^{EC}	1	
atorvastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg tablet ^{EC}	2	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
AZOR 10 MG-20 MG TABLET; AZOR 10 MG-40 MG TABLET; AZOR 5 MG-20 MG TABLET; AZOR 5 MG-40 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
benazepril hcl 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg tablet ^{EC}	1	
benazepril-hctz 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg tab ^{EC}	2	
BENICAR 20 MG, 40 MG, 5 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
BENICAR HCT 20 MG-12.5 MG TABLET; BENICAR HCT 40 MG-12.5 MG TABLET; BENICAR HCT 40 MG-25 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
BIDIL 20 MG-37.5 MG TABLET ^{EC}	3	LC (180 cada 30 d<Chr85>as)
BYSTOLIC 10 MG TABLET ^{EC}	3	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
BYSTOLIC 2.5 MG, 5 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
BYSTOLIC 20 MG TABLET ^{EC}	3	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
candesartan cilexetil 16 mg, 4 mg, 8 mg tab; candesartan cilexetil 16 mg, 4 mg, 8 mg tb ^{EC}	3	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
candesartan cilexetil 32 mg tb ^{EC}	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
candesartan-hctz 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg tab; candesartan-hctz 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg tb ^{EC}	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
captopril 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg tablet ^{EC}	1	
captopril-hctz 25-15 mg, 25-25 mg, 50-15 mg, 50-25 mg tablet ^{EC}	3	
cartia xt 120 mg, 180 mg, 240 mg capsule,extended release ^{EC}	2	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

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
cartia xt 300 mg capsule, extended release ^{EC}	2	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
carvedilol 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg tablet ^{EC}	1	
clonidine 0.1 mg/day patch; clonidine 0.2 mg/day patch; clonidine 0.3 mg/day patch ^{EC}	4	LC (4 cada 28 d<Chr85>as)
clonidine hcl 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg tablet ^{EC}	2	
COREG CR 10 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE ^{EC}	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
CRESTOR 10 MG, 20 MG, 40 MG, 5 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
digoxin 0.05 mg/ml solution; digoxin 250 mcg tablet ^{EC}	2	
digoxin 125 mcg tablet ^{EC}	2	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
dilt-xr 120 mg, 180 mg, 240 mg capsule, extended release ^{EC}	2	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
diltiazem 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg tablet; diltiazem 125 mg/25 ml vial; diltiazem 12hr er 120 mg, 60 mg, 90 mg cap ^{EC}	2	
diltiazem 24hr er 120 mg, 180 mg, 240 mg cap; diltiazem er 120 mg, 120 mg, 180 mg, 180 mg, 240 mg, 240 mg capsule; diltiazem hcl er 120 mg, 120 mg, 180 mg, 180 mg, 240 mg, 240 mg cap ^{EC}	2	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
diltiazem 24hr er 300 mg cap; diltiazem hcl er 300 mg, 360 mg, 420 mg cap ^{EC}	2	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
dipyridamole 25 mg, 50 mg, 75 mg tablet ^{EC}	4	
doxazosin mesylate 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg tab ^{EC}	2	
EDARBI 40 MG, 80 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
EDARBYCLOR 40 MG-12.5 MG TABLET; EDARBYCLOR 40 MG-25 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
enalapril maleate 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg tab; enalapril maleate 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg tablet ^{EC}	1	
enalapril-hctz 10-25 mg, 5-12.5 mg tab; enalapril-hctz 10-25 mg, 5-12.5 mg tablet ^{EC}	1	
felodipine er 10 mg, 2.5 mg, 5 mg tablet ^{EC}	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
fenofibrate 160 mg tablet ^{EC}	2	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
fenofibrate 54 mg tablet ^{EC}	2	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

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
fenofibrate 134 mg, 200 mg capsule ^{EC}	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
fenofibrate 67 mg capsule ^{EC}	3	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
fenofibrate 145 mg tablet ^{EC}	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
fenofibrate 48 mg tablet ^{EC}	4	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
fenofibric acid dr 135 mg, 45 mg cap ^{EC}	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
fosinopril sodium 10 mg, 20 mg, 40 mg tab ^{EC}	1	
gemfibrozil 600 mg tablet ^{EC}	2	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
hydralazine 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg tablet; hydralazine 20 mg/ml vial ^{EC}	2	
irbesartan 150 mg, 300 mg, 75 mg tablet ^{EC}	2	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
irbesartan-hctz 150-12.5 mg, 300-12.5 mg tb ^{EC}	2	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
labetalol hcl 100 mg, 200 mg, 300 mg tablet; labetalol hcl 100 mg/20 ml vl; labetalol hcl 20 mg/4 ml syr ^{EC}	2	
LESCOL XL 80 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{EC}	4	TP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
LIPTRUZET 10-10 MG, 10-20 MG, 10-40 MG, 10-80 MG TABLET ^{EC}	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
lisinopril 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg tablet ^{EC}	1	
lisinopril-hctz 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg tab ^{EC}	1	
LIVALO 1 MG, 2 MG, 4 MG TABLET ^{EC}	3	TP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
losartan potassium 100 mg, 25 mg, 50 mg tab ^{EC}	1	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
losartan-hctz 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg tab ^{EC}	1	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
lovastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg tablet ^{EC}	1	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
methyldopa 250 mg, 500 mg tablet ^{EC}	3	
metoprolol succ er 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg tab ^{EC}	2	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
metoprolol-hctz 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg tab ^{EC}	3	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

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
metoprolol 1 mg/ml carpject; metoprolol tart 5 mg/5 ml vial; metoprolol tartrate 100 mg, 25 mg, 50 mg tab ^{EC}	1	
minoxidil 10 mg, 2.5 mg tablet ^{EC}	2	
MULTAQ 400 MG TABLET ^{EC}	3	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
niacin er 1,000 mg, 500 mg, 750 mg tablet ^{EC}	4	
nifedipine er 30 mg, 30 mg, 60 mg, 60 mg, 90 mg, 90 mg tablet ^{EC}	3	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
nitroglycerin 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.6 mg/hr patch ^{EC}	2	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
nitroglycerin 0.4 mg/hr patch ^{EC}	2	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
omega-3 ethyl esters 1 gm cap ^{EC}	4	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
PACERONE 100 MG, 400 MG TABLET ^{EC}	4	
pacerone 200 mg tablet ^{EC}	2	
pravastatin sodium 10 mg, 20 mg, 80 mg tab ^{EC}	2	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
pravastatin sodium 40 mg tab ^{EC}	2	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
propafenone hcl er 225 mg, 325 mg, 425 mg cap ^{EC}	4	
propranolol 1 mg/ml, 20 mg/5 ml (4 mg/ml), 40 mg/5 ml (8 mg/ml) vial; propranolol 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg tablet; propranolol 20 mg/5 ml soln; propranolol 40 mg/5 ml soln ^{EC}	2	
ramipril 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg capsule ^{EC}	1	
RANEXA 1,000 MG, 500 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{EC}	3	TP,LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
sildenafil 20 mg tablet ^{EC}	3	AP,LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
simvastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg, 80 mg tablet ^{EC}	1	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
sotalol 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg tablet; sotalol hcl 150 mg/10 ml vial ^{EC}	2	
spironolactone 100 mg, 25 mg, 50 mg tablet ^{EC}	2	
taztia xt 120 mg, 180 mg, 240 mg capsule,extended release ^{EC}	2	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
taztia xt 300 mg, 360 mg capsule,extended release ^{EC}	2	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

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
TEKAMLO 150 MG-10 MG TABLET; TEKAMLO 150 MG-5 MG TABLET; TEKAMLO 300 MG-10 MG TABLET; TEKAMLO 300 MG-5 MG TABLET EC	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
TEKTURNA 150 MG, 300 MG TABLET EC	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
TEKTURNA HCT 150 MG-12.5 MG TABLET; TEKTURNA HCT 150 MG-25 MG TABLET; TEKTURNA HCT 300 MG-12.5 MG TABLET; TEKTURNA HCT 300 MG-25 MG TABLET EC	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
terazosin 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg capsule EC	1	
timolol maleate 10 mg, 20 mg, 5 mg tablet EC	2	
TRIBENZOR 20 MG-5 MG-12.5 MG TABLET; TRIBENZOR 40 MG-10 MG-12.5 MG TABLET; TRIBENZOR 40 MG-10 MG-25 MG TABLET; TRIBENZOR 40 MG-5 MG-12.5 MG TABLET; TRIBENZOR 40 MG-5 MG-25 MG TABLET EC	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
valsartan-hctz 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg tab EC	2	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
VASCEPA 1 GRAM CAPSULE EC	4	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
verapamil 120 mg, 40 mg, 80 mg tablet EC	1	
VYTORIN 10 MG-10 MG TABLET EC	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
VYTORIN 10 MG-20 MG TABLET EC	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
VYTORIN 10 MG-40 MG TABLET EC	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
VYTORIN 10 MG-80 MG TABLET EC	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
WELCHOL 3.75 GRAM ORAL POWDER PACKET; WELCHOL 625 MG TABLET EC	3	
ZETIA 10 MG TABLET EC	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
ABILIFY MAINTENA 300 MG INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED RELEASE; ABILIFY MAINTENA 300 MG SUSPENSION,EXTENDED REL. INTRAMUSCULAR SYRINGE EC	5	LC (1.5 cada 28 d<Chr85>as)
ABILIFY MAINTENA 400 MG INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED RELEASE; ABILIFY MAINTENA 400 MG SUSPENSION,EXTENDED REL. INTRAMUSCULAR SYRINGE EC	5	LC (2 cada 28 d<Chr85>as)
acamprosate calc dr 333 mg tab EC	4	
acetaminophen-cod #2 tablet; acetaminophen-cod #3 tablet; acetaminophen-cod #4 tablet EC	3	LC (390 cada 30 d<Chr85>as)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

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
alprazolam 0.25 mg, 0.5 mg tablet ^{EC}	2	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
alprazolam 1 mg tablet ^{EC}	2	LC (240 cada 30 d<Chr85>as)
alprazolam 2 mg tablet ^{EC}	2	LC (150 cada 30 d<Chr85>as)
amantadine 100 mg capsule; amantadine 100 mg tablet ^{EC}	4	
amitriptyline hcl 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg tab ^{EC}	1	
amoxapine 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg tablet ^{EC}	2	
aripiprazole 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg tablet ^{EC}	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
AZILECT 0.5 MG, 1 MG TABLET ^{EC}	3	
bupropion hcl sr 150 mg, 150 mg, 300 mg tablet; bupropion hcl xl 150 mg, 150 mg, 300 mg tablet ^{EC}	3	LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
bupropion hcl sr 200 mg tablet ^{EC}	3	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
buspirone hcl 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg tablet ^{EC}	2	
BUTISOL 30 MG, 50 MG TABLET; BUTISOL SODIUM 30 MG, 50 MG TABLET ^{EC}	4	
carbamazepine 100 mg tab chew ^{EC}	2	
carbamazepine 100 mg/5 ml susp; carbamazepine er 100 mg, 200 mg, 300 mg cap; carbamazepine er 100 mg, 200 mg, 400 mg tablet ^{EC}	4	
carbamazepine 200 mg tablet ^{EC}	3	
carbidopa-levo 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg odt ^{EC}	4	
carbidopa-levo er 25-100 tab; carbidopa-levo er 50-200 tab ^{EC}	3	
carbidopa-levodopa 10-100 tab; carbidopa-levodopa 25-100 tab; carbidopa-levodopa 25-250 tab ^{EC}	2	
citalopram hbr 10 mg, 40 mg tablet ^{EC}	1	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
citalopram hbr 20 mg tablet ^{EC}	1	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
clonazepam 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg dis tab; clonazepam 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg dis tablet; clonazepam 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg odt ^{EC}	4	
clonazepam 0.5 mg, 1 mg, 2 mg tablet ^{EC}	3	
clorazepate 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg tablet ^{EC}	4	
clozapine 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg tablet ^{EC}	3	
desipramine 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 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 9.

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
dexmethylphenidate 10 mg, 2.5 mg, 5 mg tab ^{EC}	3	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
dexmethylphenidate er 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg cap; dexmethylphenidate er 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg cp ^{EC}	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
dextroamp-amphet er 10 mg, 15 mg, 5 mg cap ^{EC}	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
dextroamp-amphet er 20 mg, 25 mg, 30 mg cap ^{EC}	4	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
diazepam 10 mg tablet ^{EC}	4	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
diazepam 2 mg, 5 mg tablet ^{EC}	4	LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
duloxetine hcl dr 20 mg, 30 mg, 60 mg cap ^{EC}	3	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
endocet 10 mg-325 mg tablet; endocet 2.5 mg-325 mg tablet; endocet 5 mg-325 mg tablet; endocet 7.5 mg-325 mg tablet ^{EC}	3	LC (360 cada 30 d<Chr85>as)
entacapone 200 mg tablet ^{EC}	4	LC (300 cada 30 d<Chr85>as)
escitalopram 10 mg tablet ^{EC}	1	LC (45 cada 30 d<Chr85>as)
escitalopram 20 mg, 5 mg tablet ^{EC}	1	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
escitalopram oxalate 5 mg/5 ml ^{EC}	4	LC (600 cada 30 d<Chr85>as)
fentanyl 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 patch; fentanyl 37.5 mcg/hr patch; fentanyl 62.5 mcg/hr patch; fentanyl 87.5 mcg/hr patch ^{EC}	4	LC (20 cada 30 d<Chr85>as)
FLECTOR 1.3 % TRANSDERMAL 12 HOUR PATCH ^{EC}	4	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
fluoxetine hcl 10 mg, 40 mg capsule ^{EC}	2	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
fluoxetine hcl 20 mg capsule ^{EC}	1	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
fluoxetine hcl 60 mg tablet ^{EC}	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
gabapentin 100 mg, 300 mg, 400 mg capsule ^{EC}	2	LC (270 cada 30 d<Chr85>as)
gabapentin 600 mg, 800 mg tablet ^{EC}	2	LC (180 cada 30 d<Chr85>as)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

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
haloperidol 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg tablet ^{EC}	2	
hydrocodon-acetaminoph 2.5-325; hydrocodon-acetaminoph 7.5-325; hydrocodon-acetaminophen 5-325; hydrocodon-acetaminophn 10-325 ^{EC}	3	LC (360 cada 30 d<Chr85>as)
hydroxyzine 10 mg/5 ml soln; hydroxyzine hcl 10 mg, 25 mg, 50 mg tablet ^{EC}	3	
ibuprofen 100 mg/5 ml susp; ibuprofen 400 mg, 600 mg, 800 mg tablet ^{EC}	1	
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75 ML, 234 MG/1.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	5	LC (1.5 cada 28 d<Chr85>as)
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	5	LC (1 cada 28 d<Chr85>as)
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25 ML, 78 MG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	4	LC (1.5 cada 28 d<Chr85>as)
LAMICTAL ODT 100 MG, 200 MG, 25 MG, 50 MG DISINTEGRATING TABLET ^{EC}	4	
lamotrigine 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 25 mg (35) tablet; lamotrigine 25 mg tb start kit; lamotrigine 25 mg, 5 mg disper tab; lamotrigine 25 mg, 5 mg disper tablet ^{EC}	2	
lamotrigine er 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg tablet; lamotrigine odt 100 mg, 200 mg, 25 mg, 25 mg (21) -50 mg (7), 25 mg(14)-50 mg (14)-100 mg (7), 50 mg, 50 mg (42) -100 mg (14) tablet; lamotrigine odt kit (blue); lamotrigine odt kit (green); lamotrigine odt kit (orange) ^{EC}	4	
LATUDA 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG TABLET ^{EC}	5	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
LATUDA 80 MG TABLET ^{EC}	5	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
levetiracetam 1,000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg tablet; levetiracetam 100 mg/ml soln; levetiracetam er 500 mg, 750 mg tablet ^{EC}	2	
lithium carbonate 150 mg, 300 mg, 600 mg cap; lithium carbonate 300 mg tab; lithium carbonate er 300 mg, 450 mg tb ^{EC}	2	
lorazepam 0.5 mg, 1 mg tablet ^{EC}	2	LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
lorazepam 2 mg tablet ^{EC}	2	LC (150 cada 30 d<Chr85>as)
LYRICA 100 MG, 150 MG, 200 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG CAPSULE ^{EC}	4	LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
LYRICA 20 MG/ML ORAL SOLUTION ^{EC}	4	LC (900 cada 30 d<Chr85>as)
LYRICA 225 MG, 300 MG CAPSULE ^{EC}	4	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
meloxicam 15 mg tablet ^{EC}	1	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

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
meloxicam 7.5 mg tablet ^{EC}	1	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
mirtazapine 15 mg, 30 mg, 45 mg odt ^{EC}	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
mirtazapine 15 mg, 30 mg, 45 mg tablet ^{EC}	2	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
mirtazapine 7.5 mg tablet ^{EC}	2	
modafinil 100 mg, 200 mg tablet ^{EC}	4	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
morphine sulf 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg suppos; morphine sulf er 100 mg tablet; morphine sulfate ir 15 mg, 30 mg tab ^{EC}	3	LC (180 cada 30 d<Chr85>as)
morphine sulf er 15 mg, 30 mg, 60 mg tablet ^{EC}	3	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
nabumetone 500 mg, 750 mg tablet ^{EC}	2	
NAMENDA 2 MG/ML ORAL SOLUTION ^{EC}	3	AP,LC (360 cada 30 d<Chr85>as)
NAMENDA XR 14 MG, 21 MG, 28 MG, 7 MG CAPSULE SPRINKLE,EXTENDED RELEASE ^{EC}	3	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
NAMENDA XR 7 MG-14 MG-21 MG-28 MG CAPSULE,SPRINKLE,ER 24HR,DOSE PACK ^{EC}	3	AP,LC (28 cada 28 d<Chr85>as)
naproxen 250 mg, 375 mg, 375 mg, 500 mg, 500 mg tablet; naproxen dr 250 mg, 375 mg, 375 mg, 500 mg, 500 mg tablet ^{EC}	2	
naratriptan hcl 1 mg, 2.5 mg tablet ^{EC}	3	LC (9 cada 30 d<Chr85>as)
NEUPRO 1 MG/24 HOUR, 2 MG/24 HOUR, 3 MG/24 HOUR, 4 MG/24 HOUR, 6 MG/24 HOUR, 8 MG/24 HOUR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH ^{EC}	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
nortriptyline hcl 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg cap ^{EC}	2	
NUJEXTA 20 MG-10 MG CAPSULE ^{EC}	3	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
NUVIGIL 150 MG, 200 MG, 250 MG TABLET ^{EC}	3	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
NUVIGIL 50 MG TABLET ^{EC}	3	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
olanzapine 10 mg vial; olanzapine 15 mg, 20 mg tablet ^{EC}	3	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
olanzapine 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg tablet ^{EC}	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
olanzapine odt 10 mg, 5 mg tablet ^{EC}	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

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
olanzapine odt 15 mg, 20 mg tablet ^{EC}	4	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
ONFI 10 MG, 20 MG TABLET ^{EC}	4	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
OPANA ER 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 5 MG, 7.5 MG TABLET, CRUSH RESISTANT, EXTENDED RELEASE ^{EC}	3	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
oxazepam 10 mg, 15 mg, 30 mg capsule ^{EC}	4	
oxycodone hcl 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg tablet; oxycodone hcl 5 mg capsule ^{EC}	3	LC (360 cada 30 d<Chr85>as)
oxycodon-acetaminophen 2.5-325; oxycodon-acetaminophen 7.5-325; oxycodone-acetaminophen 10-325; oxycodone-acetaminophen 5-325 ^{EC}	3	LC (360 cada 30 d<Chr85>as)
phenobarbital 100 mg, 16.2 mg, 32.4 mg, 64.8 mg, 97.2 mg tablet ^{EC}	3	LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
phenobarbital 15 mg, 60 mg tablet ^{EC}	3	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
phenobarbital 20 mg/5 ml elix ^{EC}	3	LC (1500 cada 30 d<Chr85>as)
phenobarbital 30 mg tablet ^{EC}	3	LC (300 cada 30 d<Chr85>as)
PHENYTEK 200 MG, 300 MG CAPSULE ^{EC}	4	
phenytoin 100 mg/4 ml, 125 mg/5 ml susp; phenytoin 50 mg tablet chew ^{EC}	2	
phenytoin sod ext 100 mg, 200 mg, 300 mg cap ^{EC}	2	
POTIGA 200 MG, 300 MG, 400 MG TABLET ^{EC}	5	AP
POTIGA 50 MG TABLET ^{EC}	4	AP
pramipexole 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg tablet ^{EC}	2	
PRISTIQ 100 MG, 25 MG, 50 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{EC}	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
quetiapine fumarate 100 mg, 300 mg, 400 mg tab ^{EC}	2	LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
quetiapine fumarate 200 mg, 25 mg, 50 mg tab ^{EC}	2	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
riluzole 50 mg tablet ^{ES}	4	
RISPERDAL CONSTA 12.5 MG/2 ML, 25 MG/2 ML, 37.5 MG/2 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	4	LC (4 cada 28 d<Chr85>as)
RISPERDAL CONSTA 50 MG/2 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	5	LC (4 cada 28 d<Chr85>as)
risperidone 0.25 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg odt ^{EC}	4	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

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 0.25 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg tablet ^{EC}	1	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
risperidone 0.5 mg odt ^{EC}	4	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
risperidone 0.5 mg tablet ^{EC}	1	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
rizatriptan 10 mg, 5 mg odt ^{EC}	4	LC (12 cada 30 d<Chr85>as)
rizatriptan 10 mg, 5 mg tablet ^{EC}	3	LC (12 cada 30 d<Chr85>as)
ropinirole hcl 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg tablet ^{EC}	2	
ropinirole hcl er 12 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg tablet ^{EC}	4	LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
SAVELLA 100 MG, 12.5 MG, 12.5 MG (5)-25 MG(8)-50 MG(42), 25 MG, 50 MG TABLET; SAVELLA 12.5 MG (5)-25 MG(8)-50MG(42) TABLETS IN A DOSE PACK ^{EC}	3	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
SEROQUEL XR 150 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{EC}	3	LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
SEROQUEL XR 200 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{EC}	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
SEROQUEL XR 300 MG, 400 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{EC}	3	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
SEROQUEL XR 50 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{EC}	3	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
sertraline hcl 100 mg tablet ^{EC}	1	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
sertraline hcl 25 mg, 50 mg tablet ^{EC}	1	LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
SILENOR 3 MG, 6 MG TABLET ^{EC}	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
SUBOXONE 2 MG-0.5 MG SUBLINGUAL FILM; SUBOXONE 4 MG-1 MG SUBLINGUAL FILM; SUBOXONE 8 MG-2 MG SUBLINGUAL FILM ^{EC}	4	AP,LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
sumatriptan 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml cart; sumatriptan 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml inject; sumatriptan 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml refill; sumatriptan 6 mg/0.5 ml syrng; sumatriptan 6 mg/0.5 ml vial ^{EC}	4	LC (6 cada 30 d<Chr85>as)
sumatriptan succ 100 mg, 25 mg, 50 mg tablet ^{EC}	2	LC (9 cada 30 d<Chr85>as)
temazepam 15 mg, 30 mg capsule ^{EC}	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
tiagabine hcl 2 mg, 4 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 9.

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
topiramate 100 mg, 200 mg, 50 mg tablet ^{EC}	2	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
topiramate 15 mg, 25 mg sprinkle cap ^{EC}	2	
topiramate 25 mg tablet ^{EC}	2	LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
tramadol hcl 50 mg tablet ^{EC}	2	LC (240 cada 30 d<Chr85>as)
trazodone 100 mg, 150 mg, 50 mg tablet ^{EC}	1	
trazodone 300 mg tablet ^{EC}	2	
venlafaxine hcl 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg tablet ^{EC}	2	
venlafaxine hcl er 150 mg cap ^{EC}	2	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
venlafaxine hcl er 150 mg, 225 mg, 37.5 mg tab ^{EC}	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
venlafaxine hcl er 37.5 mg cap ^{EC}	2	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
venlafaxine hcl er 75 mg cap ^{EC}	2	LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
venlafaxine hcl er 75 mg tab ^{EC}	4	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
VIIBRYD 10 MG (7)-20 MG (23) TABLETS IN A DOSE PACK; VIIBRYD 10 MG, 10 MG (7)- 20 MG (23), 10 MG (7)-20 MG (7)-40 MG (16), 20 MG, 40 MG TABLET; VIIBRYD 10-20-40 MG STARTER PK ^{EC}	4	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
VIMPAT 10 MG/ML ORAL SOLUTION ^{EC}	4	AP,LC (1395 cada 30 d<Chr85>as)
VOLTAREN 1 % TOPICAL GEL ^{EC}	4	
ziprasidone hcl 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg capsule ^{EC}	4	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
zolpidem tartrate 10 mg, 5 mg tablet ^{EC}	1	LC (90 cada 365 d<Chr85>as)
zonisamide 100 mg, 25 mg, 50 mg capsule ^{EC}	2	
BALANCE ELECTROLÍTICO, CALÓRICO Y DE AGUA		
amiloride hcl 5 mg tablet ^{EC}	3	
bumetanide 0.25 mg/ml vial; bumetanide 0.5 mg, 1 mg, 2 mg tablet ^{EC}	2	
chlorothiazide 250 mg, 500 mg tablet ^{EC}	2	
furosemide 10 mg/ml syringe; furosemide 10 mg/ml, 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml) solution; furosemide 20 mg, 40 mg, 80 mg tablet; furosemide 40 mg/4 ml vial; furosemide 40 mg/5 ml soln ^{EC}	1	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

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
hydrochlorothiazide 12.5 mg cp; hydrochlorothiazide 12.5 mg, 25 mg, 50 mg tab; hydrochlorothiazide 12.5 mg, 25 mg, 50 mg tb ^{EC}	1	
K-TAB 10 MEQ, 20 MEQ, 8 MEQ TABLET, EXTENDED RELEASE ^{EC}	4	
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	
metolazone 10 mg, 2.5 mg, 5 mg tablet ^{EC}	2	
potassium cl 10 meq/100 ml, 10 meq/50 ml, 20 meq/100 ml, 20 meq/50 ml, 30 meq/100 ml, 40 meq/100 ml sol; potassium cl 10% (20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml; potassium cl 20 meq/10 ml conc; potassium cl 20% (20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml; potassium cl er 10 meq, 20 meq tablet; potassium cl er 10 meq, 20 meq, 8 meq tablet; potassium cl er 10 meq, 8 meq capsule ^{EC}	2	
potassium citrate er 10 meq (1,080 mg), 15 meq, 5 meq (540 mg) tb; potassium citrate er 10 meq tb; potassium citrate er 5 meq tab ^{EC}	3	
REVELA 0.8 GRAM, 2.4 GRAM ORAL POWDER PACKET ^{EC}	3	
REVELA 800 MG TABLET ^{EC}	3	LC (540 cada 30 d<Chr85>as)
sodium lactate 5 meq/ml vial ^{EC}	1	
torseamide 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg tablet; toseamide 20 mg/2 ml vial; toseamide 50 mg/5 ml vial ^{EC}	2	
triamterene-hctz 37.5-25 mg cp; triamterene-hctz 37.5-25 mg, 75-50 mg tab; triamterene-hctz 37.5-25 mg, 75-50 mg tb ^{EC}	1	
PREPARACIONES (EENT) PARA LOS OJOS, EL OÍDO, LA NARIZ Y LA GARGANTA		
acetazolamide 125 mg, 250 mg tablet ^{EC}	2	
ALPHAGAN P 0.1 %, 0.15 % EYE DROPS ^{EC}	3	
AZASITE 1 % EYE DROPS ^{EC}	3	
AZOPT 1 % EYE DROPS, SUSPENSION ^{EC}	3	
BEPREVE 1.5 % EYE DROPS ^{EC}	4	
BESIVANCE 0.6 % EYE DROPS, SUSPENSION ^{EC}	3	
brimonidine 0.2% eye drop; brimonidine tartrate 0.15% drp ^{EC}	3	
COMBIGAN 0.2 %-0.5 % EYE DROPS ^{EC}	3	
dorzolamide hcl 2% eye drops ^{EC}	2	LC (10 cada 30 d<Chr85>as)
dorzolamide-timolol eye drops ^{EC}	2	LC (10 cada 30 d<Chr85>as)
DUREZOL 0.05 % EYE DROPS ^{EC}	3	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

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
DYMISTA 137 MCG-50 MCG/SPRAY NASAL SPRAY ^{EC}	3	
ILEVRO 0.3 % EYE DROPS,SUSPENSION ^{EC}	3	
LUMIGAN 0.01 % EYE DROPS ^{EC}	3	LC (2.5 cada 25 d<Chr85>as)
NASONEX 50 MCG/ACTUATION SPRAY ^{EC}	3	
OMNARIS 50 MCG NASAL SPRAY ^{EC}	3	
PATADAY 0.2 % EYE DROPS ^{EC}	3	
PAZEO 0.7 % EYE DROPS ^{EC}	3	LC (2.5 cada 25 d<Chr85>as)
<i>prednisolone ac 1% eye drop</i> ^{EC}	4	
QNASL 40 MCG/ACTUATION, 80 MCG/ACTUATION NASAL AEROSOL SPRAY ^{EC}	4	
RESTASIS 0.05 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE ^{EC}	3	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
<i>timolol 0.25% eye drops; timolol 0.5% eye drops</i> ^{EC}	2	
<i>timolol 0.25% gel-solution; timolol 0.5% gel-solution</i> ^{EC}	3	
<i>tobramycin-dexameth ophth susp</i> ^{EC}	4	
TRAVATAN Z 0.004 % EYE DROPS ^{EC}	3	LC (2.5 cada 25 d<Chr85>as)
VERAMYST 27.5 MCG/ACTUATION NASAL SPRAY,SUSPENSION ^{EC}	4	
VIGAMOX 0.5 % EYE DROPS ^{EC}	4	
ZETONNA 37 MCG/ACTUATION NASAL HFA INHALER ^{EC}	3	
MEDICAMENTOS GASTROINTESTINALES		
AMITIZA 24 MCG, 8 MCG CAPSULE ^{EC}	3	
APRISO 0.375 GRAM CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{EC}	3	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
<i>balsalazide disodium 750 mg cp</i> ^{EC}	4	
CANASA 1,000 MG RECTAL SUPPOSITORY ^{EC}	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
<i>cimetidine 200 mg, 300 mg, 400 mg, 800 mg tablet</i> ^{EC}	2	
CREON 12,000-38,000-60,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE; CREON 24,000-76,000-120,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE; CREON 3,000-9,500-15,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE; CREON 36,000-114,000-180,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE; CREON 6,000-19,000-30,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE ^{EC}	3	
DEXILANT 30 MG, 60 MG CAPSULE, DELAYED RELEASE ^{EC}	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
<i>esomeprazole mag dr 20 mg, 40 mg cap</i> ^{EC}	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

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
famotidine 20 mg, 40 mg tablet; famotidine 40 mg/4 ml vial ^{EC}	2	
lansoprazole dr 30 mg capsule ^{EC}	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
LIALDA 1.2 GRAM TABLET,DELAYED RELEASE ^{EC}	3	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
LINZESS 145 MCG, 290 MCG CAPSULE ^{EC}	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
metoclopramide 10 mg, 5 mg tablet ^{EC}	1	
misoprostol 100 mcg, 200 mcg tablet ^{EC}	3	
omeprazole dr 10 mg, 20 mg, 40 mg capsule ^{EC}	2	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
pantoprazole sod dr 20 mg, 40 mg tab ^{EC}	1	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
PENTASA 250 MG CAPSULE,CONTROLLED RELEASE ^{EC}	4	LC (150 cada 30 d<Chr85>as)
PENTASA 500 MG CAPSULE,CONTROLLED RELEASE ^{EC}	4	LC (300 cada 30 d<Chr85>as)
prochlorperazine 25 mg supp ^{EC}	3	
ranitidine 15 mg/ml syrup; ranitidine 150 mg, 300 mg tablet; ranitidine hcl 50 mg/2 ml vial ^{EC}	2	
ranitidine 150 mg, 300 mg capsule ^{EC}	3	
SANCUSO 3.1 MG/24 HOUR TRANSDERMAL PATCH ^{EC}	4	LC (4 cada 30 d<Chr85>as)
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; ZENPEP 15,000-51,000-82,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE; ZENPEP 20,000-68,000-109,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE; ZENPEP 25,000-85,000-136,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE; ZENPEP 3,000-10,000-16,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE; ZENPEP 40,000-136,000-218,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE; ZENPEP 5,000-17,000-27,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE ^{EC}	4	
HORMONAS Y SUSTITUTOS SINTÉTICOS		
acarbose 100 mg, 25 mg, 50 mg tablet ^{EC}	3	
ANDROGEL 1.62 % (20.25 MG/1.25 GRAM) TRANSDERMAL GEL PACKET ^{EC}	3	LC (37.5 cada 30 d<Chr85>as)
ANDROGEL 1.62 % (40.5 MG/2.5 GRAM) TRANSDERMAL GEL PACKET ^{EC}	3	LC (150 cada 30 d<Chr85>as)
ANDROGEL 20.25 MG/1.25 GRAM (1.62 %) TRANSDERMAL GEL PUMP ^{EC}	3	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

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
AVANDIA 2 MG, 4 MG TABLET ^{EC}	4	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
AVANDIA 8 MG TABLET ^{EC}	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
budesonide ec 3 mg capsule ^{EC}	5	
calcitonin-salmon 200 units sp ^{EC}	3	
danazol 100 mg, 200 mg, 50 mg capsule ^{EC}	4	
desmopressin 0.1 mg/ml sol; desmopressin ac 0.1 mg/ml (refrigerate), 4 mcg/ml vial; desmopressin acetate 0.1 mg, 0.2 mg tb ^{EC}	4	
dexamethasone 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg tablet; dexamethasone 0.5 mg/5 ml elx; dexamethasone 0.5 mg/5 ml liq ^{EC}	2	
estropipate 0.625(0.75 mg, 1.5 mg, 3 mg) tab; estropipate 1.25(0.75 mg, 1.5 mg, 3 mg) tab; estropipate 2.5(0.75 mg, 1.5 mg, 3 mg) tab ^{EC}	3	
FORTEO 20 MCG/DOSE (600 MCG/2.4 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{ES}	4	TP
FORTICAL 200 UNITS NASAL SPRAY ^{EC}	4	
glimepiride 1 mg, 2 mg, 4 mg tablet ^{EC}	1	
glipizide 10 mg, 5 mg tablet ^{EC}	1	
glipizide er 10 mg, 2.5 mg, 5 mg tablet ^{EC}	2	
glipizide-metformin 2.5-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg ^{EC}	2	
GLUCAGEN HYPOKIT 1 MG INJECTION ^{EC}	4	
GLUMETZA 500 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{EC}	4	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
GLYXAMBI 10 MG-5 MG TABLET; GLYXAMBI 25 MG-5 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
HUMALOG 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS CARTRIDGE; HUMALOG 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	3	
HUMALOG KWIKPEN 100 UNIT/ML, 200 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS ^{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 70/30 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION ^{EC}	3	
HUMULIN N 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION ^{EC}	3	
HUMULIN R 100 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	3	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) INSULIN 500 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLN ^{EC}	3	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

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
INVOKAMET 150 MG-1,000 MG TABLET; INVOKAMET 150 MG-500 MG TABLET; INVOKAMET 50 MG-1,000 MG TABLET; INVOKAMET 50 MG-500 MG TABLET ^{EC}	3	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
INVOKANA 100 MG, 300 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
JANUMET 50 MG-1,000 MG TABLET; JANUMET 50 MG-500 MG TABLET ^{EC}	3	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
JANUMET XR 100 MG-1,000 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{EC}	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
JANUMET XR 50 MG-1,000 MG TABLET,EXTENDED RELEASE; JANUMET XR 50 MG-500 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{EC}	3	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
JANUVIA 100 MG, 25 MG, 50 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
JARDIANCE 10 MG, 25 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
JENTADUETO 2.5 MG-1,000 MG TABLET; JENTADUETO 2.5 MG-500 MG TABLET; JENTADUETO 2.5 MG-850 MG TABLET ^{EC}	3	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
KAZANO 12.5 MG-1,000 MG TABLET; KAZANO 12.5 MG-500 MG TABLET ^{EC}	4	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
KOMBIGLYZE XR 2.5 MG-1,000 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{EC}	4	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
KOMBIGLYZE XR 5 MG-1,000 MG TABLET,EXTENDED RELEASE; KOMBIGLYZE XR 5 MG-500 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{EC}	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
LANTUS 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	3	
LANTUS SOLOSTAR 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS INSULIN PEN ^{EC}	3	
LEVEMIR 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	3	
LEVEMIR FLEXTOUCH 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS INSULIN PEN ^{EC}	3	
levothyroxine 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg tablet; levothyroxine 100 mcg, 200 mcg, 500 mcg vial ^{EC}	1	
LEVOXYL 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG TABLET ^{EC}	3	
metformin hcl 1,000 mg, 500 mg, 850 mg tablet ^{EC}	1	
metformin hcl er 500 mg tablet ^{EC}	1	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
metformin hcl er 750 mg tablet ^{EC}	1	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
nateglinide 120 mg, 60 mg tablet ^{EC}	3	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

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
NESINA 12.5 MG, 25 MG, 6.25 MG TABLET ^{EC}	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
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	
NOVOLOG PENFILL 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS CARTRIDGE ^{EC}	3	
ONGLYZA 2.5 MG, 5 MG TABLET ^{EC}	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
OSENI 12.5 MG-15 MG TABLET; OSENI 12.5 MG-30 MG TABLET; OSENI 12.5 MG-45 MG TABLET; OSENI 25 MG-15 MG TABLET; OSENI 25 MG-30 MG TABLET; OSENI 25 MG-45 MG TABLET ^{EC}	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
pioglitazone hcl 15 mg, 30 mg, 45 mg tablet ^{EC}	2	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
pioglitazone-glimepiride 30-2; pioglitazone-glimepiride 30-4 ^{EC}	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
pioglitazone-metformin 15-500; pioglitazone-metformin 15-850 ^{EC}	4	LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
prednisone 1 mg, 10 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 5 mg, 50 mg tab dose pack; prednisone 1 mg, 10 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 5 mg, 50 mg tablet; prednisone 5 mg/5 ml solution ^{EC}	1	B o D
PREMARIN 0.625 MG/GRAM VAGINAL CREAM ^{EC}	3	
repaglinide 0.5 mg, 1 mg, 2 mg tablet ^{EC}	4	
TOUJEO SOLOSTAR 300 UNIT/ML (1.5 ML) SUBCUTANEOUS INSULIN PEN ^{EC}	3	
TRADJENTA 5 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
TRULICITY 0.75 MG/0.5 ML, 1.5 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{EC}	3	LC (2 cada 28 d<Chr85>as)
VICTOZA 3-PAK 0.6 MG/0.1 ML (18 MG/3 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{EC}	3	LC (9 cada 30 d<Chr85>as)
AGENTES TERAPÉUTICOS VARIOS		
alendronate sodium 10 mg, 40 mg, 5 mg tab; alendronate sodium 10 mg, 40 mg, 5 mg tablet ^{EC}	1	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
alendronate sodium 35 mg, 70 mg tab ^{EC}	1	LC (4 cada 28 d<Chr85>as)
allopurinol 100 mg, 300 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 9.

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
AMPYRA 10 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{ES}	5	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
ATELVIA 35 MG TABLET,DELAYED RELEASE ^{EC}	4	
AUBAGIO 14 MG, 7 MG TABLET ^{ES}	5	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
AVODART 0.5 MG CAPSULE ^{EC}	4	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
AVONEX 30 MCG/0.5 ML, 30 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR; AVONEX 30 MCG/0.5 ML, 30 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR PEN KIT; AVONEX 30 MCG/0.5 ML, 30 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE; AVONEX 30 MCG/0.5 ML, 30 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT ^{ES}	5	AP,LC (2 cada 28 d<Chr85>as)
AVONEX (WITH ALBUMIN) 30 MCG INTRAMUSCULAR KIT ^{ES}	5	AP,LC (4 cada 28 d<Chr85>as)
azathioprine 50 mg tablet ^{EC}	2	B o D
BETASERON 0.3 MG SUBCUTANEOUS KIT; BETASERON 0.3 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{ES}	5	AP,LC (15 cada 30 d<Chr85>as)
BINOSTO 70 MG EFFERVESCENT TABLET ^{EC}	4	
CINRYZE 500 UNIT (5 ML) INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	5	AP,LC (100 cada 30 d<Chr85>as)
COLCRYS 0.6 MG TABLET ^{EC}	3	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
COPAXONE 20 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{ES}	5	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
COPAXONE 40 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{ES}	5	AP,LC (12 cada 28 d<Chr85>as)
cyclosporine 100 mg, 25 mg capsule; cyclosporine 50 mg/ml ampul ^{EC}	4	B o D
cyclosporine 100 mg/ml soln; cyclosporine modified 100 mg, 25 mg, 50 mg ^{EC}	4	B o D
ENBREL 25 MG (1 ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION; ENBREL 50 MG/ML (0.98 ML) SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{ES}	5	AP,LC (8 cada 28 d<Chr85>as)
ENBREL 25 MG/0.5 ML (0.51 ML) SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{ES}	5	AP,LC (4.08 cada 28 d<Chr85>as)
finasteride 5 mg tablet ^{EC}	2	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
GILENYA 0.5 MG CAPSULE ^{ES}	5	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
HUMIRA 10 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT ^{ES}	5	AP,LC (0.4 cada 28 d<Chr85>as)
HUMIRA 20 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT ^{ES}	5	AP,LC (2.4 cada 28 d<Chr85>as)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

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
HUMIRA 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT ^{ES}	5	AP,LC (4.8 cada 28 d<Chr85>as)
HUMIRA PEN CROHN'S-ULC COLITIS-HIDR SUP STARTER 40 MG/0.8 ML SUB-Q KIT ^{ES}	5	AP,LC (4.8 cada 28 d<Chr85>as)
<i>ibandronate sodium 150 mg tab</i> ^{EC}	3	LC (1 cada 28 d<Chr85>as)
JALYN 0.5 MG-0.4 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE ^{EC}	4	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
<i>leflunomide 10 mg, 20 mg tablet</i> ^{EC}	2	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
<i>mycophenolate 250 mg capsule; mycophenolate 500 mg tablet</i> ^{EC}	3	B o D
MYFORTIC 180 MG, 360 MG TABLET, DELAYED RELEASE ^{EC}	4	B o D
PROLIA 60 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	4	
REBIF (WITH ALBUMIN) 22 MCG/0.5 ML, 44 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{ES}	5	AP,LC (6 cada 28 d<Chr85>as)
REBIF TITRATION PACK 8.8 MCG/0.2 ML-22 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{ES}	5	AP,LC (4.2 cada 28 d<Chr85>as)
REMICADE 100 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	5	AP
<i>risedronate sod dr 35 mg tab</i> ^{EC}	4	
<i>risedronate sodium 30 mg, 5 mg tab; risedronate sodium 30 mg, 5 mg tablet</i> ^{EC}	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
<i>risedronate sodium 35 mg tab</i> ^{EC}	4	LC (4 cada 28 d<Chr85>as)
SENSIPAR 30 MG TABLET ^{EC}	3	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
SENSIPAR 60 MG TABLET ^{EC}	5	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
SENSIPAR 90 MG TABLET ^{EC}	5	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
SIMPONI 100 MG/ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR; SIMPONI 100 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{ES}	5	AP,LC (3 cada 30 d<Chr85>as)
TECFIDERA 120 MG (14)- 240 MG (46), 240 MG CAPSULE, DELAYED RELEASE; TECFIDERA 120 MG (14)-240 MG (46) CAPSULE, DELAYED RELEASE ^{ES}	5	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
TECFIDERA 120 MG CAPSULE, DELAYED RELEASE ^{ES}	5	AP,LC (14 cada 30 d<Chr85>as)
THALOMID 100 MG, 200 MG, 50 MG CAPSULE ^{ES}	5	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

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
THALOMID 150 MG CAPSULE ^{ES}	5	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
ULORIC 40 MG, 80 MG TABLET ^{EC}	3	TP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
AGENTES DEL TRACTO RESPIRATORIO		
ADEMPAS 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG TABLET ^{ES}	5	AP,LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
ADVAIR DISKUS 100 MCG-50 MCG/DOSE POWDER FOR INHALATION; ADVAIR DISKUS 250 MCG-50 MCG/DOSE POWDER FOR INHALATION; ADVAIR DISKUS 500 MCG-50 MCG/DOSE POWDER FOR INHALATION ^{EC}	3	
ADVAIR HFA 115 MCG-21 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER; ADVAIR HFA 230 MCG-21 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER; ADVAIR HFA 45 MCG-21 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER ^{EC}	3	
ALVESCO 160 MCG/ACTUATION, 80 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER ^{EC}	4	
ARALAST NP 1,000 MG, 500 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	5	AP
ASMANEX TWISTHALER 110 MCG (30 DOSES), 110 MCG (7 DOSES), 220 MCG (120 DOSES), 220 MCG (14 DOSES), 220 MCG (30 DOSES), 220 MCG (60 DOSES) BREATH ACTIVATED ^{EC}	3	
BREO ELLIPTA 100 MCG-25 MCG/DOSE POWDER FOR INHALATION; BREO ELLIPTA 200 MCG-25 MCG/DOSE POWDER FOR INHALATION ^{EC}	3	
budesonide 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml susp ^{EC}	4	B o D
cromolyn 20 mg/2 ml neb soln ^{EC}	2	B o D
DALIRESP 500 MCG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
DULERA 100 MCG-5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER; DULERA 200 MCG-5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER ^{EC}	4	
FLOVENT DISKUS 100 MCG/ACTUATION, 250 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION POWDER FOR INHALATION ^{EC}	3	
FLOVENT HFA 110 MCG/ACTUATION, 220 MCG/ACTUATION, 44 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER ^{EC}	3	
GLASSIA 1 GRAM/50 ML (2 %) INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	5	AP
LETAIRIS 10 MG, 5 MG TABLET ^{ES}	5	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
montelukast sod 10 mg tablet; montelukast sod 4 mg, 5 mg tab chew ^{EC}	2	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
montelukast sod 4 mg granules ^{EC}	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
OFEV 100 MG, 150 MG CAPSULE ^{ES}	5	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

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
OPSUMIT 10 MG TABLET ^{ES}	5	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
QVAR 40 MCG/ACTUATION, 80 MCG/ACTUATION METERED AEROSOL ORAL INHALER ^{EC}	3	
SYMBICORT 160 MCG-4.5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER; SYMBICORT 80 MCG-4.5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER ^{EC}	3	
TRACLEER 125 MG, 62.5 MG TABLET ^{ES}	5	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
zafirlukast 10 mg, 20 mg tablet ^{EC}	4	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
AGENTES DE LA PIEL Y LA MEMBRANA MUCOSA		
adapalene 0.1% cream; adapalene 0.1% gel ^{EC}	4	
betamethasone dp aug 0.05% crm; betamethasone dp aug 0.05% gel; betamethasone dp aug 0.05% lot; betamethasone dp aug 0.05% oin ^{EC}	3	
calcipotriene 0.005% cream ^{EC}	4	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
COSENTYX PEN 150 MG/ML SUBCUTANEOUS ^{ES}	5	AP,LC (2 cada 28 d<Chr85>as)
desonide 0.05% cream; desonide 0.05% lotion; desonide 0.05% ointment ^{EC}	4	
desoximetasone 0.05% cream; desoximetasone 0.05% gel; desoximetasone 0.05% ointment; desoximetasone 0.25% cream; desoximetasone 0.25% ointment ^{EC}	4	
diflorasone 0.05% cream; diflorasone 0.05% ointment ^{EC}	4	
fluorouracil 0.5% cream; fluorouracil 2% topical soln; fluorouracil 5% cream; fluorouracil 5% top solution ^{EC}	4	
fluticasone prop 0.005% oint; fluticasone prop 0.05% cream ^{EC}	2	
hydrocortisone buty 0.1% cream; hydrocortisone butyr 0.1% oint; hydrocortisone butyr 0.1% soln ^{EC}	3	
lidocaine 5% ointment ^{EC}	4	
lidocaine 5% patch ^{EC}	4	AP,LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
mupirocin 2% cream ^{EC}	4	
PICATO 0.015 %, 0.05 % TOPICAL GEL ^{EC}	4	
RECTIV 0.4 % (W/W) OINTMENT ^{EC}	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
SORIATANE 10 MG, 17.5 MG, 25 MG CAPSULE ^{EC}	5	
TACLONEX 0.005 %-0.064 % TOPICAL SUSPENSION ^{EC}	3	LC (420 cada 30 d<Chr85>as)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

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
TARGRETIN 1 % TOPICAL GEL ^{ES}	5	AP
triamcinolone 0.025% cream; triamcinolone 0.025% oint; triamcinolone 0.1% cream; triamcinolone 0.1% ointment; triamcinolone 0.5% cream; triamcinolone 0.5% ointment ^{EC}	2	
ZYCLARA 2.5 %, 3.75 % TOPICAL CREAM PUMP ^{EC}	4	LC (15 cada 30 d<Chr85>as)
ZYCLARA 3.75 % TOPICAL CREAM PACKET ^{EC}	4	
RELAJANTES DE LA MUSCULATURA LISA		
flavoxate hcl 100 mg tablet ^{EC}	3	
MYRBETRIQ 25 MG, 50 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{EC}	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
oxybutynin 5 mg tablet; oxybutynin 5 mg/5 ml syrup ^{EC}	2	
oxybutynin cl er 10 mg, 15 mg, 5 mg tablet ^{EC}	3	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
tolterodine tartrate 1 mg, 2 mg tab ^{EC}	3	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
TOVIAZ 4 MG, 8 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{EC}	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
trospium chloride 20 mg tablet ^{EC}	4	
trospium chloride er 60 mg cap ^{EC}	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
VESICARE 10 MG, 5 MG TABLET ^{EC}	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
VITAMINAS		
calcitriol 0.25 mcg, 0.5 mcg capsule; calcitriol 1 mcg/ml ampul ^{EC}	2	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

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

Índice

A

abacavir... 10
abacavir-lamivudine-zidovudine... 10
ABILIFY MAINTENA... 23
acamprosate... 23
acarbose... 33
acebutolol... 18
acetaminophen-codeine... 23
acetazolamide... 31
acyclovir sodium... 10
acyclovir... 10
adapalene... 40
adefovir... 10
ADEMPAS... 39
ADVAIR DISKUS... 39
ADVAIR HFA... 39
albuterol sulfate... 15
alendronate... 36
alfuzosin... 15
allopurinol... 36
ALPHAGAN P... 31
alprazolam... 24
ALVESCO... 39
amantadine hcl... 24
amiloride... 30
amiodarone... 18
AMITIZA... 32
amitriptyline... 24
amlodipine... 18
amlodipine-atorvastatin... 18

amlodipine-benazepril... 19
amlodipine-valsartan... 19
amlodipine-valsartan-hcthidiazid... 19
amoxapine... 24
amoxicillin... 10
AMPYRA... 37
AMTURNIDE... 19
anastrozole... 11
ANDROGEL... 33
ANORO ELLIPTA... 15
APRISO... 32
ARALAST NP... 39
ARCAPTA NEOHALER... 15
aripiprazole... 24
ASMANEX TWISTHALER... 39
ATELVIA... 37
atenolol... 19
atorvastatin... 19
AUBAGIO... 37
AVANDIA... 34
AVODART... 37
AVONEX (WITH ALBUMIN)... 37
AVONEX... 37
AZASITE... 31
azathioprine... 37
AZILECT... 24
azithromycin... 10
AZOPT... 31
AZOR... 19

B

bacitracin... 10
baclofen... 15
balsalazide... 32
benazepril... 19
benazepril-hydrochlorothiazide... 19
BENICAR HCT... 19
BENICAR... 19
BEPREVE... 31
BESIVANCE... 31
betamethasone, augmented... 40
BETASERON... 37
bethanechol chloride... 15
BETHKIS... 10
bicalutamide... 11
BIDIL... 19
BINOSTO... 37
BREO ELLIPTA... 39
BRILINTA... 13, 16
brimonidine... 31
budesonide... 34, 39
bumetanide... 30
bupropion hcl... 24
buspirone... 24
BUTISOL... 24
BYSTOLIC... 19

C

calcipotriene... 40
calcitonin (salmon)... 34
calcitriol... 41
CANASA... 32
candesartan... 19

candesartan-hydrochlorothiazid... 19
 captopril... 19
 captopril-hydrochlorothiazide... 19
 carbamazepine... 24
 carbidopa-levodopa... 24
 cartia xt... 19, 20
 carvedilol... 20
 cefaclor... 10
 cefuroxime axetil... 10
 cephalexin... 10
 CHANTIX... 15
 chlorothiazide... 30
 cilostazol... 13, 16
 cimetidine... 32
 CINRYZE... 37
 ciprofloxacin hcl... 10
 citalopram... 24
 clarithromycin... 10
 clindamycin hcl... 10
 clonazepam... 24
 clonidine hcl... 20
 clonidine... 20
 clopidogrel... 13, 16
 clorazepate dipotassium... 24
 clozapine... 24
 COLCRYS... 37
 COMBIGAN... 31
 COMBIVENT RESPIMAT... 15
 COPAXONE... 37
 COREG CR... 20
 COSENTYX PEN... 40
 CREON... 32

CRESTOR... 20
 CRIXIVAN... 10
 cromolyn... 39
 cyclosporine modified... 37
 cyclosporine... 37

D

DALIRESP... 39
 danazol... 34
 desipramine... 24
 desmopressin... 34
 desonide... 40
 desoximetasone... 40
 dexamethasone... 34
 DEXILANT... 32
 dexmethylphenidate... 25
 dextroamphetamine-amphetamine... 25
 diazepam... 25
 diflorasone... 40
 digoxin... 20
 dilt-xr... 20
 diltiazem hcl... 20
 dipyridamole... 20
 donepezil... 16
 dorzolamide... 31
 dorzolamide-timolol... 31
 doxazosin... 20
 DULERA... 39
 duloxetine... 25
 DUREZOL... 31
 DYMISTA... 32

E

EDARBI... 20

EDARBYCLOR... 20
 EFFIENT... 13, 17
 ELIQUIS... 13, 17
 enalapril maleate... 20
 enalapril-hydrochlorothiazide... 20
 ENBREL... 37
 endocet... 25
 enoxaparin... 13, 14, 17
 entacapone... 25
 EPIPEN JR 2-PAK... 16
 EPIPEN 2-PAK... 16
 escitalopram oxalate... 25
 esomeprazole magnesium... 32
 estropipate... 34
 EXELON... 16

F

famciclovir... 10
 famotidine... 33
 felodipine... 20
 fenofibrate micronized... 21
 fenofibrate nanocrystallized... 21
 fenofibrate... 20
 fenofibric acid (choline)... 21
 fentanyl... 25
 finasteride... 37
 flavoxate... 41
 FLECTOR... 25
 FLOVENT DISKUS... 39
 FLOVENT HFA... 39
 fluorouracil... 40
 fluoxetine... 25
 fluticasone... 40
 fondaparinux... 14, 17

FORADIL AEROLIZER... 16

FORTEO... 34

FORTICAL... 34

fosinopril... 21

furosemide... 30

G

gabapentin... 25

galantamine... 16

gemfibrozil... 21

GILENYA... 37

GILOTRIF... 11

GLASSIA... 39

GLEEVEC... 11, 12

glimepiride... 34

glipizide... 34

glipizide-metformin... 34

GLUCAGEN HYPOKIT... 34

GLUMETZA... 34

GLYXAMBI... 34

H

haloperidol... 26

HARVONI... 10

HUMALOG KWIKPEN... 34

HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN... 34

HUMALOG MIX 50-50... 34

HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN... 34

HUMALOG MIX 75-25... 34

HUMALOG... 34

HUMIRA PEN CROHN'S-UC-HS
START... 38

HUMIRA... 37, 38

HUMULIN N... 34

HUMULIN R U-500
(CONCENTRATED)... 34

HUMULIN R... 34

HUMULIN 70/30... 34

hydralazine... 21

hydrochlorothiazide... 31

hydrocodone-acetaminophen... 26

hydrocortisone butyrate... 40

hydroxyzine hcl... 26

I

ibandronate... 38

ibuprofen... 26

ICLUSIG... 12

ILEVRO... 32

IMBRUVICA... 12

INLYTA... 12

INVEGA SUSTENNA... 26

INVOKAMET... 35

INVOKANA... 35

irbesartan... 21

irbesartan-hydrochlorothiazide... 21

isoniazid... 10

J

JALYN... 38

JANUMET XR... 35

JANUMET... 35

JANUVIA... 35

JARDIANCE... 35

JENTADUETO... 35

K

K-TAB... 31

KAZANO... 35

KLOR-CON M15... 31

klor-con m20... 31

KLOR-CON 10... 31

KLOR-CON 8... 31

KOMBIGLYZE XR... 35

L

labetalol... 21

LAMICTAL ODT... 26

lamotrigine... 26

lansoprazole... 33

LANTUS SOLOSTAR... 35

LANTUS... 35

LATUDA... 26

leflunomide... 38

LESCOL XL... 21

LETAIRIS... 39

letrozole... 12

LEVEMIR FLEXTOUCH... 35

LEVEMIR... 35

levetiracetam... 26

levocetirizine... 11

levofloxacin... 10

levothyroxine... 35

LEVOXYL... 35

LIALDA... 33

lidocaine... 40

LINZESS... 33

LIPTRUZET... 21

lisinopril... 21

lisinopril-hydrochlorothiazide... 21

lithium carbonate... 26

LIVALO... 21

lorazepam... 26

losartan... 21

losartan-hydrochlorothiazide... 21

lovastatin... 21

LUMIGAN... 32

LYRICA... 26

M

MEKINIST... 12

meloxicam... 26, 27

metformin... 35

methotrexate sodium... 12

methyldopa... 21

metoclopramide hcl... 33

metolazone... 31

metoprolol succinate... 21

metoprolol ta-hydrochlorothiaz...
21

metoprolol tartrate... 22

metronidazole... 10

minoxidil... 22

mirtazapine... 27

misoprostol... 33

modafinil... 27

montelukast... 39

morphine... 27

MULTAQ... 22

mupirocin calcium... 40

mycophenolate mofetil... 38

MYFORTIC... 38

MYRBETRIQ... 41

N

nabumetone... 27

NAMENDA XR... 27

NAMENDA... 27

naproxen... 27

naratriptan... 27

NASONEX... 32

nateglinide... 35

NESINA... 36

NEUPOGEN... 14, 17

NEUPRO... 27

niacin... 22

nifedipine... 22

nitroglycerin... 22

nortriptyline... 27

NORVIR... 10

NOVOLIN N... 36

NOVOLIN R... 36

NOVOLIN 70/30... 36

NOVOLOG FLEXPEN... 36

NOVOLOG MIX 70-30 FLEXPEN... 36

NOVOLOG MIX 70-30... 36

NOVOLOG PENFILL... 36

NOVOLOG... 36

NUDEXTA... 27

NUVIGIL... 27

O

OFEV... 39

olanzapine... 27, 28

omega-3 acid ethyl esters... 22

omeprazole... 33

OMNARIS... 32

ONFI... 28

ONGLYZA... 36

OPANA ER... 28

OPSUMIT... 40

OSENI... 36

oxazepam... 28

oxybutynin chloride... 41

oxycodone... 28

oxycodone-acetaminophen... 28

P

PACERONE... 22

pantoprazole... 33

PATADAY... 32

PAZEO... 32

PEGINTRON REDIPEN... 11

PEGINTRON... 10

PENTASA... 33

phenobarbital... 28

PHENYTEK... 28

phenytoin sodium extended... 28

phenytoin... 28

PICATO... 40

pioglitazone... 36

pioglitazone-glimepiride... 36

pioglitazone-metformin... 36

potassium chloride... 31

potassium citrate... 31

POTIGA... 28

PRADAXA... 14, 17, 18

pramipexole... 28

pravastatin... 22

prednisolone acetate... 32

prednisone... 36

PREMARIN... 36

primaquine... 11

PRISTIQ... 28

prochlorperazine... 33

PROCRI... 14, 15, 18

PROLIA... 38

propafenone... 22

propranolol... 22

PYLERA... 11

Q

QNASL... 32

quetiapine... 28

quinine sulfate... 11

QVAR... 40

R

ramipril... 22

RANEXA... 22

ranitidine hcl... 33

RAPAFLO... 16

REBIF (WITH ALBUMIN)... 38

REBIF TITRATION PACK... 38

RECTIV... 40

REMICADE... 38

REVELA... 31

repaglinide... 36

RESTASIS... 32

REVLIMID... 12

ribavirin... 11

riluzole... 28

risedronate... 38

RISPERDAL CONSTA... 28

risperidone... 28, 29

rivastigmine tartrate... 16

rizatriptan... 29

ropinirole... 29

S

SANCUSO... 33

SAVELLA... 29

SENSIPAR... 38

SEREVENT DISKUS... 16

SEROQUEL XR... 29

sertraline... 29

sildenafil... 22

SILENOR... 29

SIMPONI... 38

simvastatin... 22

sodium lactate... 31

SORIATANE... 40

sotalol... 22

SOVALDI... 11

SPIRIVA RESPIMAT... 16

SPIRIVA WITH HANDIHALER... 16

spironolactone... 22

SPRYCEL... 12

SUBOXONE... 29

sulfamethoxazole-trimethoprim... 11

sumatriptan succinate... 29

SUPREP BOWEL PREP KIT... 33

SUSTIVA... 11

SUTENT... 12

SYMBICORT... 40

T

TACLONEX... 40

TAFINLAR... 12

tamoxifen... 12

tamsulosin... 16

TARCEVA... 12

TARGRETIN... 13, 41

TASIGNA... 13

taztia xt... 22

TECFIDERA... 38

TEKAMLO... 23

TEKURNA HCT... 23

TEKURNA... 23

temazepam... 29

terazosin... 23

THALOMID... 38, 39

tiagabine... 29

timolol maleate... 23, 32

tinidazole... 11

tobramycin-dexamethasone... 32

tolterodine... 41

topiramate... 30

torsemide... 31

TOUJEO SOLOSTAR... 36

TOVIAZ... 41

TRACLEER... 40

TRADJENTA... 36

tramadol... 30

TRAVATAN Z... 32

trazodone... 30

TRELSTAR... 13

TREXALL... 13

triamcinolone acetonide... 41

triamterene-hydrochlorothiazid... 31

TRIBENZOR... 23

TRIZIVIR... 11

tropium... 41

TRULICITY... 36

TUDORZA PRESSAIR... 16

U

ULORIC... 39

V

valsartan-hydrochlorothiazide... 23

VASCEPA... 23

venlafaxine... 30	ZYDELIG... 13
VENTOLIN HFA... 16	ZYKADIA... 13
VERAMYST... 32	ZYTIGA... 13
verapamil... 23	
VESICARE... 41	
VICTOZA 3-PAK... 36	
VIGAMOX... 32	
VIIBRYD... 30	
VIMPAT... 30	
VIREAD... 11	
VOLTAREN... 30	
VOTRIENT... 13	
VYTORIN 10-10... 23	
VYTORIN 10-20... 23	
VYTORIN 10-40... 23	
VYTORIN 10-80... 23	

W

warfarin... 15, 18
WELCHOL... 23

X

XALKORI... 13
XARELTO... 15, 18
XTANDI... 13

Z

zafirlukast... 40
ZENPEP... 33
ZETIA... 23
ZETONNA... 32
ziprasidone hcl... 30
zolpidem... 30
zonisamide... 30
ZOSTAVAX (PF)... 15, 18
ZYCLARA... 41

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

La discriminación es contra la ley

CHA HMO, INC., HUMANA MEDICAL PLAN, INC, HUMANA HEALTH PLAN, INC., HUMANA BENEFIT PLAN OF ILLINOIS, INC., HUMANA INSURANCE COMPANY, HUMANA HEALTH BENEFIT PLAN OF LOUISIANA, INC., HUMANA INSURANCE OF PUERTO RICO, INC., HUMANA MEDICAL PLAN OF UTAH, INC., HUMANA HEALTH COMPANY OF NEW YORK, INC., HUMANA HEALTH PLANS OF PUERTO RICO, INC., HUMANA EMPLOYERS HEALTH PLAN OF GEORGIA, INC., HUMANA REGIONAL HEALTH PLAN, INC. CARITEN HEALTH PLAN INC., HUMANA HEALTH INSURANCE COMPANY OF FLORIDA, INC., ARCADIAN HEALTH PLAN, INC., HUMANA INSURANCE COMPANY OF NEW YORK, HUMANA WI HEALTH ORGANIZATION INSURANCE CORP, HUMANA MEDICAL PLAN OF PENNSYLVANIA, INC., HUMANA MEDICAL PLAN OF MICHIGAN, INC. ("Humana") cumple con todas las leyes aplicables de derechos civiles federales y no discrimina por motivos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Humana no excluye a nadie, ni los trata de manera diferente por motivos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Humana proporciona:

- Ayudas y servicios auxiliares gratuitos, como por ejemplo intérpretes acreditados para hablar por señas, interpretación remota por video e información escrita en otros formatos para personas con discapacidades cuando dichas ayudas y servicios auxiliares sean necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades de participación.
- Servicios gratuitos de idiomas para personas cuyo idioma principal no es el inglés, cuando dichos servicios sean necesarios para proporcionar acceso útil, tales como documentos traducidos o interpretación oral.

Si necesita estos servicios, llame al 1-877-320-1235, si utiliza un TTY, llame al 711.

Si usted cree que Humana ha fallado en proveer estos servicios o discriminado de otra forma por motivos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal ante:

Discrimination Grievances
P.O. Box 14618
Lexington, KY 40512 - 4618

Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llame al 1-877-320-1235 o bien, si utiliza un TTY, llame al 711.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el **Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos**, Oficina de Derechos Civiles, por medios electrónicos a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o por teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios para quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

Multi-Language Interpreter Services

English: ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-457-4708 (TTY: 711).

Español (Spanish): ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-457-4708 (TTY: 711).

繁體中文 (Chinese): 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-457-4708 (TTY: 711)。

Tiếng Việt (Vietnamese): CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-457-4708 (TTY: 711).

한국어 (Korean): 주의 : 한국어를 사용하시는 경우 , 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다 . 1-800-457-4708 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오 .

Tagalog (Tagalog – Filipino): PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-457-4708 (TTY: 711).

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-457-4708 (телетайп: 711).

Kreyòl Ayisyen (French Creole): ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-457-4708 (TTY: 711).

Français (French): ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-457-4708 (ATS : 711).

Polski (Polish): UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-457-4708 (TTY: 711).

Português (Portuguese): ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-800-457-4708 (TTY: 711).

Italiano (Italian): ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-457-4708 (TTY: 711).

Deutsch (German): ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-457-4708 (TTY: 711).

العربية (Arabic):

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-457-4708 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

日本語 (Japanese): 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-457-4708 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

فارسی (Farsi):

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-800-457-4708 (TTY: 711) تماس بگیرید.

Diné Bizaad (Navajo): Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'éh, éí ná hólq, kojí' hódíłnih 1-800-457-4708 (TTY: 711).

[illegible]

[illegible]

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

H6609078000PDGSP1634716_v16

Este formulario abreviado se actualizó el 11/05/2016 y no es una lista completa de los medicamentos cubiertos por nuestro plan. Para un listado completo, información más reciente 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 PPO con un contrato con Medicare. La afiliación a este plan de Humana depende de la renovación del contrato.

Esta información 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 cada año. El formulario puede cambiar en cualquier momento. Recibirá una notificación cuando sea necesario.

Esta información está disponible sin costo en otros idiomas. Llame a nuestro departamento de Servicio al Cliente al **1-800-457-4708 (TTY: 711)**.

Humana®

Humana.com