

2012 FORMULARIO DE FARMACIA



 **MAPFRE**
medicare
excel



**MAPFRE Medicare Excel (HMO-POS)
MAPFRE Medicare Excel Extended (HMO-POS)
MAPFRE Medicare Excel VIP (HMO)**

Formulario 2012

Listado de Medicamentos Cubiertos

**FAVOR DE LEER: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE MEDICAMENTOS
CUBIERTOS POR EL PLAN.**

Información para los miembros existentes: Este formulario ha cambiado desde el año pasado. Favor de leer este documento para verificar que aún contenga tu medicamento.

Los beneficiarios deben utilizar las farmacias de la red para acceder a su beneficio de medicamentos recetados. Beneficios, formulario, red de farmacias, primas y/o copagos/coaseguro pueden cambiar el 1ro de enero del 2012.

Una organización Medicare Advantage con un contrato con Medicare.

Si desea recibir información en algún otro idioma o formato que no sea español, puede comunicarse con el Departamento de Servicio al Cliente al 1-888-750-5288 (libre de cargos) o al 787-250-5288, 24 horas, 7 días de la semana. Usuarios de TTY deben llamar al 1-866-479-6677.

H5821_ENRpst0008_1F12 spa

F&U 09/05/2011

HPMS Approved Formulary File Submission 00012094 Versión 06

ESTA PÁGINA HA SIDO DEJADA EN
BLANCO DE MANERA INTENCIONAL

¿Qué es el formulario de Farmacia de MAPFRE Medicare Excel?

Un formulario es una lista de medicamentos seleccionados por MAPFRE Medicare Excel en consulta con un equipo de proveedores de salud que representa las terapias de medicamentos que se consideran parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. MAPFRE Medicare Excel generalmente cubrirá los medicamentos que aparecen en nuestro formulario, siempre que el medicamento sea médicamente necesario, la receta se adquiera en una farmacia de la red de MAPFRE Medicare Excel y se sigan otras reglas del plan. Si deseas más información sobre cómo puedes obtener tus recetas, revisa tu Evidencia de Cubierta.

¿Puede cambiar el Formulario?

Generalmente, si estás tomando un medicamento de nuestro formulario del 2011 que estaba cubierto desde principios del año, nosotros no descontinuaremos o reduciremos la cubierta del medicamento durante la cubierta del año 2012. Podrá haber una excepción si aparece un medicamento genérico de menos costo o si aparece información adversa sobre la seguridad o eficacia de un medicamento. Otro tipo de cambio en el formulario como eliminar algún medicamento del formulario no afectará a los miembros quienes están actualmente tomando el medicamento. Éste se mantendrá disponible al mismo costo para aquellos miembros que lo están tomando durante el resto del año de cubierta. Es importante que tengas acceso continuo el resto del año a la cubierta de medicamentos del formulario que estuvieron disponibles cuando seleccionaste tu plan, excepto en casos en que puedes ahorrar dinero adicional o podamos garantizar tu seguridad.

Si eliminamos medicamentos de nuestro formulario, o añadimos requisitos de preautorización y límites en la cantidad para un medicamento, o elevamos un medicamento a un nivel de copago compartido más elevado, debemos informar a los beneficiarios que toman ese medicamento que se eliminará al menos 60 días antes de que dicho cambio entre en vigor o en el momento en el que el beneficiario solicite volver a adquirir el medicamento y, en ese momento, el beneficiario recibirá una dispensación del medicamento para 60 días. Si la Administración de Drogas y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) considera que un medicamento incluido en nuestro formulario no es seguro o el fabricante del medicamento retira el medicamento del mercado, lo eliminaremos de inmediato de nuestro formulario y notificaremos a los beneficiarios que utilizan este medicamento. El formulario adjunto está actualizado al 1ro de enero del 2012. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por MAPFRE Medicare Excel (HMO-POS), MAPFRE Medicare Excel Extended (HMO-POS) y MAPFRE Medicare Excel VIP (HMO), visita nuestra página web en www.mapfremedicare.com o llama libre de cargo a Servicio al Cliente al 1-888-750-5288, 24 horas, 7 días a la semana. Los usuarios TTY/TDD deben llamar al 1-866-479-6677. Durante el año pueden surgir cambios en nuestro formulario de medicamentos, por esta razón, recibirás mensualmente por correo una Explicación de Beneficios (EOB), donde podrás ver estos cambios.

¿Cómo debo usar el Formulario?

Hay dos formas de saber si tu medicamento se encuentra incluido en el formulario:

Condición Médica

El formulario comienza en la **página 7**. Los medicamentos que se incluyen en este formulario aparecen agrupados por categorías dependiendo del tipo de condición médica para los que se usan en el tratamiento. A modo de ejemplo, los medicamentos que se utilizan para tratar una condición cardíaca aparecen listados bajo la categoría “Agentes cardiovasculares”. Si sabes para qué se usa el medicamento, busca el nombre de la categoría en la lista que comienza en la **página 7**. Luego busca el nombre del medicamento dentro de esa categoría.

Listado en orden alfabético

Si no estás seguro de la categoría en la que debes realizar la búsqueda, debes buscar tu medicamento en el Índice que comienza en la **página 48**. El Índice ofrece una lista en orden alfabético de todos los medicamentos incluidos en este documento. En el Índice se listan tanto medicamentos de marca como medicamentos bioequivalentes. Ve al Índice y busca tu medicamento. Junto al medicamento verás el número de la página en la que podrás encontrar información sobre la cubierta. Ve a la página que te indica en el Índice y busca el nombre del medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son medicamentos genéricos?

MAPFRE Medicare Excel cubre ambos medicamentos, de marca y genéricos. Un medicamento genérico es aprobado por la FDA porque tiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Generalmente, los medicamentos genéricos cuestan menos que los medicamentos de marca.

¿Existe alguna restricción en la cubierta?

Es posible que algunos medicamentos cubiertos tengan requisitos o limitaciones adicionales en la cubierta. Estos requisitos y limitaciones pueden incluir:

- **Autorización previa:** MAPFRE Medicare Excel requiere que tú o tu médico obtenga una autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que necesitarás la autorización de MAPFRE Medicare Excel antes de adquirir tus recetas. Si no obtienes la autorización, es posible que MAPFRE Medicare Excel no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad:** Para algunos medicamentos, MAPFRE Medicare Excel limita la cantidad del medicamento para la que dará cubierta. Por ejemplo, 6 tabletas por 25 días por receta para el medicamento Kytril. Esto puede ser adicional al despacho estándar para un mes o tres meses.
- **Terapia gradual:** En ciertos casos, MAPFRE Medicare Excel exige que primero intentes tratar tu afección médica con ciertos medicamentos antes de dar cubierta a otro medicamento para esa afección. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan tu afección médica, es posible que MAPFRE Medicare Excel no cubra el medicamento B a menos que primero pruebes con el medicamento A. Si el medicamento A no funciona en tu caso, MAPFRE Medicare Excel cubrirá el medicamento B.

Puedes saber si tu medicamento tiene algún requisito o limitación adicional consultando el formulario que comienza en la **página 7**. También puedes obtener más información acerca de las restricciones que aplican a ciertos medicamentos, verificando nuestro website en www.mapfremedicare.com.

Puedes solicitarle a MAPFRE Medicare Excel que haga una excepción a estas restricciones o limitaciones. Consulta la sección, “¿Cómo debo solicitar una excepción para el Formulario de MAPFRE Medicare Excel?” en la **página 3** si deseas información sobre cómo puedes solicitar una excepción.

¿Qué son medicamentos “Over the Counter” (OTC)?

Los medicamentos OTC son medicamentos no recetados que normalmente no son cubiertos por un plan de medicamentos de Medicare. MAPFRE Medicare Excel paga por ciertos medicamentos OTC. MAPFRE Medicare Excel te proveerá estos medicamentos OTC sin ningún costo. El costo para MAPFRE Medicare Excel de estos medicamentos OTC no contará para el costo total de tus medicamentos. Los beneficios de los medicamentos OTC sólo aplica al plan MAPFRE Medicare Excel Extended (HMO-POS) y MAPFRE Medicare Excel VIP (HMO). También puedes obtener más información acerca del listado de medicamentos OTC, verificando nuestro website en www.mapfremedicare.com o puedes contactar a Servicio al Cliente.

¿Qué sucede si el medicamento no aparece en el Formulario?

Si tu medicamento no aparece en este formulario, primero debes comunicarte con el Departamento de Servicio al Cliente y preguntar si el medicamento está cubierto. Si descubre que MAPFRE Medicare Excel no cubre este medicamento, tienes dos opciones:

- Puedes solicitar al Departamento de Servicio al Cliente una lista de medicamentos similares cubiertos por MAPFRE Medicare Excel. Cuando recibas la lista, muéstrasela a tu médico y pídele que te recete un medicamento similar que esté cubierto por MAPFRE Medicare Excel.
- Puedes solicitar a MAPFRE Medicare Excel que haga una excepción y que te cubra el medicamento. Consulta la información que sigue si deseas saber cómo puedes solicitar una excepción.

¿Cómo puedo solicitar una excepción al Formulario de MAPFRE Medicare Excel?

Puedes pedirle a MAPFRE Medicare Excel que haga una excepción en nuestras normas de cubierta. Hay varios tipos de excepciones que puedes pedirnos que hagamos.

- Puedes solicitar que cubramos tu medicamento aún cuando no aparezca en nuestro formulario.
- Puedes solicitar que ignoremos las restricciones o limitaciones de cubierta para tu medicamento. A modo de ejemplo, para ciertos medicamentos, MAPFRE Medicare Excel limita la cantidad del medicamento que cubrirá. Si tu medicamento tiene un límite de cantidad, puedes pedirnos que ignoremos el límite y te proporcionemos una cubierta mayor.

- Puedes solicitarnos que te proveamos un nivel más alto de cubierta para tu medicamento. Si tu medicamento no está en nuestro nivel no preferido/nivel más alto sujeto a proceso de excepciones, tú puedes solicitar que te cubramos por la cantidad del costo que aplica a los medicamentos en el nivel preferido/más bajo en vez de estar sujeto al proceso de excepciones. Esto reducirá la cantidad que pagarás para tu medicamento. Si nosotros te aprobamos tu solicitud de cubrir un medicamento que no está en nuestro formulario, no debes solicitarnos un nivel más alto de cubierta para el medicamento. Además, no debes solicitarnos un nivel más alto de cubierta de medicamento para un medicamento que se encuentra en un nivel más alto/especializados.

En general, MAPFRE Medicare Excel sólo aprobará tu solicitud para una excepción si los medicamentos alternos que se incluyen en el formulario, o las restricciones adicionales de utilización no son tan efectivas para el tratamiento de tu condición y/o te podrían causar efectos médicos adversos.

Debes ponerte en contacto con nosotros para solicitar una decisión inicial sobre la cubierta de una excepción en el formulario o restricción de uso. **Cuando solicites una excepción para el formulario, o restricción de uso, tendrás que presentar una declaración de tu médico que respalde la solicitud.** Por lo general, debemos tomar una decisión en el plazo de 72 horas después de recibir tu solicitud. Puedes solicitar una excepción expedita (rápida) si tú o tu médico creen que tu salud puede estar seriamente en peligro si esperas 72 horas para una decisión. Si tu solicitud expedita es aprobada, nosotros te daremos una decisión no más tarde de 24 horas después que recibamos la justificación de tu médico.

¿Qué debo hacer antes de hablarle a mi médico sobre los cambios en los medicamentos o solicitar una excepción?

Como un miembro nuevo o continuo de nuestro plan puedes estar tomando medicinas que no están en nuestro formulario, o puedes estar tomando un medicamento que está en nuestro formulario pero tu habilidad para recibirlo es limitada. Por ejemplo, puede ser que necesites una preautorización de nosotros antes que obtengas tu receta. Debes hablar con tu médico para decidir si debes cambiar a un medicamento más apropiado que el que nosotros cubrimos o solicitar una excepción del formulario para que nosotros podamos cubrir el medicamento que estás tomando. Mientras conversas con tu médico para determinar la toma de decisión que más te convenga, nosotros te podemos cubrir el medicamento en ciertas ocasiones durante los primeros 90 días de ser miembro de nuestro plan.

Para cada uno de tus medicamentos que no esté en nuestro formulario o si tu habilidad de recibir los medicamentos es limitada, nosotros cubriremos temporariamente un suministro de 30 días, a menos que tú tengas una receta escrita por menos días cuando tú vayas a una farmacia dentro de la red. Después de los 30 días de suministro, no pagaremos por estos medicamentos, aunque seas miembro del plan de 90 días.

Si eres un residente de una facilidad de cuidado a largo plazo, nosotros cubriremos la repetición de estos medicamentos por 91 días y hasta 98 días de suplido de transición, el cual sea consistente con el incremento de dispensación, (a menos que tengas una receta por menos días).

Nosotros cubriremos más de una repetición de estos medicamentos por los primeros 90 días de haber sido miembro de nuestro plan. Si necesitas un medicamento que no está en nuestro formulario o si tu habilidad para recibir medicamentos es limitado pero te has pasado de los primeros 90 días de membresía de nuestro plan, nosotros te cubrimos 31 días por suministro de emergencia del medicamento (a menos que tengas una receta por menos días) mientras solicitas una excepción del formulario.

Recuerda que nuestra política de transición aplica sólo a aquellos medicamentos que son medicamentos cubiertos por la Parte D y que se compran en una farmacia de la red. La política de transición no aplica para comprar medicamentos no cubiertos por la Parte D o un medicamento que se compre en una farmacia fuera de la red, a menos que cualifiques para acceso a farmacias fuera de la red. Consulta con tu Evidencia de Cubierta para más información sobre la política de transición.

Para más información

Si deseas información más detallada sobre la cubierta de medicamentos recetados que ofrece MAPFRE Medicare Excel, consulta tu Evidencia de Cubierta y los demás materiales del plan.

Si tienes alguna pregunta sobre MAPFRE Medicare Excel, comunícate con el Departamento de Servicio al Cliente llamando libre de cargo al 1-888-750-5288, 24 horas, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-479-6677 o visitar www.mapfremedicare.com.

Si tienes preguntas generales sobre la cubierta de Medicare de medicamentos recetados, comunícate con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios del sistema de audio impedidos TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048, o visitar www.medicare.gov.

Formulario MAPFRE Medicare Excel (HMO-POS), MAPFRE Medicare Excel Extended (HMO-POS) y MAPFRE Medicare Excel VIP (HMO)

El formulario que comienza en la **página 7** ofrece información sobre la cubierta de algunos de los medicamentos cubiertos por MAPFRE Medicare Excel. Si tienes dificultades para localizar un medicamento en la lista, consulta el Índice que comienza en la **página 48**.

La primera columna de la tabla lista el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca aparecen en mayúsculas (ej, LIPITOR) y los medicamentos genéricos aparecen en cursivo y minúsculas (ej, *amoxicillin*).

La información que aparece en la columna Requisitos/Límites indica si MAPFRE Medicare Excel aplica algún requisito especial para la cubierta del medicamento.

- Todos los planes tienen los medicamentos genéricos cubiertos en el Gap.
- Debido a cambios en Medicare, la mayoría de los Planes de Medicamentos Recetados no cubrirán los medicamentos de disfunción eréctil (ED) como Viagra, Cialis, Levitra y Caverject. MAPFRE Medicare Excel (HMO-POS), MAPFRE Medicare Excel Extended (HMO-POS) y MAPFRE Medicare Excel VIP (HMO) cubrirá estos medicamentos como una cubierta adicional. Para más información, puedes contactar al Departamento de Servicio al Cliente.

Todos los medicamentos para disfunción eréctil están cubiertos en todos los planes hasta un máximo de \$200 al año.

La siguiente tabla contiene medicamentos con beneficios adicionales que los planes de MAPFRE Medicare Excel (HMO-POS), MAPFRE Medicare Excel Extended (HMO-POS) y MAPFRE Medicare Excel VIP (HMO) ofrecen y no están cubiertos por Medicare.

MAPFRE Medicare Excel (HMO-POS)	MAPFRE Medicare Excel Extended (HMO-POS)	MAPFRE Medicare Excel VIP (HMO)
No hay cubierta de medicamentos "Over The Counter".	Cubierta hasta un máximo de \$25 trimestrales para medicamentos "Over The Counter".	Cubierta hasta un máximo de \$25 trimestrales para medicamentos "Over The Counter".
Cubierta hasta un máximo de \$200 cada año por medicamentos de Disfunción Eréctil.	Cubierta hasta un máximo de \$200 cada año por medicamentos de Disfunción Eréctil.	Cubierta hasta un máximo de \$200 cada año por medicamentos de Disfunción Eréctil.

Nivel de Copago	Medicamentos	MAPFRE Medicare Excel (HMO-POS) Copago/Coaseguro (Dispensación para 30 días)	MAPFRE Medicare Excel Extended (HMO-POS) Copago/Coaseguro (Dispensación para 30 días)	MAPFRE Medicare Excel VIP (HMO) Copago/Coaseguro (Dispensación para 30 días)
1	Genéricos Preferidos	\$5	\$3	\$3
2	Genéricos No Preferido/Marca Preferida	25%	\$25	\$18
3	Genéricos No Preferidos/Marca No Preferida	25%	\$35	\$45
4	Especializados	25%	30%	30%

Para información más detallada sobre cómo los niveles de copago son aplicados, por favor, revisa tu Evidencia de Cubierta.

Símbolos y abreviaturas utilizadas en el Formulario:

- PA – Autorización Previa
- QL – Límites de Cantidad
- ST – Terapia Escalonada
- B/D – Parte B o Parte D
- LA – Acceso Limitado

Listado de medicamentos

ESTA PÁGINA HA SIDO DEJADA EN
BLANCO DE MANERA INTENCIONAL

Medicamento	Nivel	Límites/Requisitos
ANALGESICS (ANALGÉSICOS)		
GOUT (GOTA)		
<i>allopurinol</i>	1	
<i>allopurinol inj 500mg</i>	1	
<i>colchicine w/ probenecid</i>	1	
COLCRYS	2	QL (60 tabs / 30 días)
<i>probenecid</i>	1	
ULORIC	2	ST
NARCOTIC ANALGESICS (ANALGÉSICOS NARCÓTICOS)		
<i>acetaminophen w/ codeine</i>	1	
<i>butalbital-acetaminophen-caffeine w/ codeine</i>	1	
<i>butalbital-aspirin-caffeine w/cod</i>	1	
<i>butorphanol tartrate</i>	1	
<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	1	
<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	1	
NARCOTIC ANALGESICS, CII (ANALGÉSICOS NARCÓTICOS, CII)		
AVINZA	3	QL (60 ea / 30 días)
DILAUDID-5	2	
EXALGO	2	QL (60 ea / 30 días)
<i>fentanyl citrate 200mcg</i>	2	QL (120 lpop / 30 días), PA
<i>fentanyl citrate 1200mcg, 1600mcg, 400mcg, 600mcg, 800mcg</i>	4	QL (120 lpop / 30 días), PA
<i>fentanyl citrate inj 0.05 mg/ml</i>	1	B/D
<i>fentanyl patch</i>	1	QL (10 ea / 30 días), PA
<i>hydromorphone hcl 10mg/ml</i>	1	B/D
<i>hydromorphone hcl 2mg, 4mg, 8mg</i>	1	
KADIAN	2	QL (60 ea / 30 días)
<i>methadone hcl 10mg, 5mg</i>	1	QL (240 tabs / 30 días)
<i>methadone hcl 10mg/5ml, 10mg/ml, 5mg/5ml</i>	1	
MORPHINE SUL 20MG/ML ORAL SOL	1	solución oral
<i>morphine sulfate .5mg/ml, 1mg/ml</i>	1	B/D
<i>morphine sulfate 100mg, 15mg, 30mg, 60mg</i>	1	QL (90 ea / 30 días); ext rel
<i>morphine sulfate 200mg</i>	1	QL (60 ea / 30 días)
MORPHINE SULFATE 15mg, 30mg	1	
MORPHINE SULFATE 10mg/5ml, 20mg/5ml	2	solución oral
OPANA ER	3	QL (120 ea / 30 días)

PA=Autorización Previa QL=Límites de cantidad ST=Terapia Escalonada
 B/D=Parte B o Parte D LA= Acceso Limitado

Medicamento	Nivel	Límites/Requisitos
<i>oxycodone hcl</i> 15mg, 30mg, 5mg	1	
OXYCODONE HCL 20mg/ml, 5mg	1	
<i>oxycodone w/ acetaminophen</i>	1	
<i>oxycodone w/ aspirin</i>	1	
OXYCONTIN	2	QL (120 ea / 30 días)
ROXICET SOL 5-325/5	2	
NON-NARCOTIC ANALGESICS (ANALGÉSICOS NO NARCÓTICOS)		
<i>tramadol hcl tab</i> 50 mg	1	QL (240 tabs / 30 días)
<i>tramadol-acetaminophen</i>	1	QL (240 tabs / 30 días)
NSAIDS		
CELEBREX	3	PA
<i>diclofenac potassium</i>	1	
<i>diclofenac sodium</i>	1	
<i>diflunisal</i>	1	
<i>etodolac</i>	1	
<i>flurbiprofen</i>	1	
<i>ibuprofen</i>	1	
INDOCIN	2	suspensión
<i>indomethacin</i>	1	
<i>ketoprofen</i>	1	
<i>meloxicam</i>	1	
<i>nabumetone</i>	1	
<i>naproxen</i>	1	
<i>naproxen sodium</i>	1	
<i>oxaprozin</i>	1	
<i>piroxicam</i>	1	
<i>sulindac</i>	1	
<i>tolmetin sodium</i>	1	
VIMOVO	2	
ANESTHETICS (ANESTÉTICOS)		
LOCAL ANESTHETICS (ANESTÉTICOS LOCALES)		
<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i>	1	
ANTI-INFECTIVES (ANTI-INFECCIOSOS)		
ANTIBACTERIALS (ANTIBACTERIALES)		
<i>amikacin sulfate</i>	1	
<i>amoxicillin</i>	1	
<i>amoxicillin & pot clavulanate</i>	1	
<i>ampicillin</i>	1	
<i>ampicillin & sulbactam sodium</i>	1	
<i>ampicillin sodium</i>	1	
AVELOX	2	
AVELOX ABC PACK	2	

PA=Autorización Previa QL=Límites de cantidad ST=Terapia Escalonada

B/D=Parte B o Parte D LA= Acceso Limitado

Medicamento	Nivel	Límites/Requisitos
<i>azithromycin</i>	1	
BICILLIN C-R	2	
BICILLIN L-A	2	
CEDAX	3	
<i>cefaclor</i>	1	
CEFACLOR ER	2	
<i>cefadroxil</i>	1	
CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML	2	
<i>cefazolin sodium</i>	1	
<i>cefdinir</i>	1	
<i>cefepime hcl</i>	1	
<i>cefotaxime sodium</i>	1	
<i>cefoxitin sodium</i>	1	
<i>cefpodoxime proxetil</i>	1	
<i>cefprozil</i>	1	
<i>ceftriaxone sodium</i>	1	
<i>cefuroxime axetil</i>	1	
<i>cefuroxime sodium</i>	1	
<i>cephalexin</i>	1	
CIPRO	2	suspensión
<i>ciprofloxacin</i>	1	
<i>ciprofloxacin er</i>	1	
<i>clarithromycin</i>	1	
<i>dicloxacillin sodium</i>	1	
<i>doxycycline (monohydrate)</i>	1	
<i>doxycycline hyclate</i>	1	
ERYPED 200	2	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE	2	
<i>erythromycin base</i>	1	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	1	
<i>erythromycin stearate</i>	1	
<i>gentamicin in saline</i>	1	
<i>gentamicin sulfate</i>	1	
LEVAQUIN	3	
<i>minocycline hcl</i>	1	
<i>nafcillin sodium</i>	1	
<i>neomycin sulfate</i>	1	
<i>paramomycin sulfate</i>	1	
<i>penicillin g potassium</i>	1	
PENICILLIN G PROCAINE	2	
<i>penicillin v potassium</i>	1	
<i>piperacillin sodium-tazobactam sodium</i>	1	
<i>streptomycin sulfate</i>	1	
SULFADIAZINE	2	

PA=Autorización Previa QL=Límites de cantidad ST=Terapia Escalonada
B/D=Parte B o Parte D LA= Acceso Limitado

Medicamento	Nivel	Límites/Requisitos
SUPRAX	3	
<i>tetracycline hcl</i>	1	
<i>tobramycin sulfate</i>	1	
ANTIFUNGALS (ANTIFÚNGICOS)		
<i>amphotericin b</i>	1	B/D
ANCOBON	2	
CANCIDAS	4	
<i>clotrimazole</i>	1	
<i>fluconazole</i>	1	
<i>fluconazole in dextrose</i>	1	
GRIS-PEG	2	
<i>griseofulvin microsize</i>	1	
<i>itraconazole</i>	1	PA
<i>ketoconazole</i>	1	
NOXAFIL	4	
<i>nystatin</i>	1	
SPORANOX	4	
<i>terbinafine hcl</i>	1	QL (90 tabs / año)
VFEND IV	2	
VFEND SUS 40MG/ML	4	
<i>voriconazole</i>	4	
ANTIMALARIALS (ANTIMALARIAS)		
<i>chloroquine phosphate</i>	1	
COARTEM	3	
DARAPRIM	2	
MALARONE	2	
<i>mefloquine hcl</i>	1	
QUALAQUIN	3	
ANTIRETROVIRAL AGENTS (AGENTES ANTIRETROVIRALES)		
APTIVUS	2	
ATRIPLA	4	
COMBIVIR	2	
CRIXIVAN	2	
<i>didanosine</i>	1	
EDURANT	4	
EMTRIVA	2	
EPIVIR	2	
EPZICOM	2	
FUZEON	4	
INTELENCE	2	
INVIRASE	2	
ISENTRESS	4	
KALETRA	2	
LEXIVA	2	

PA=Autorización Previa QL=Límites de cantidad ST=Terapia Escalonada

B/D=Parte B o Parte D LA= Acceso Limitado

Medicamento	Nivel	Límites/Requisitos
NORVIR	2	
PREZISTA 150mg, 75mg	2	
PREZISTA 400mg, 600mg	4	
RESCRIPTOR	2	
RETROVIR IV INFUSION	2	
REYATAZ	2	
SELZENTRY	4	
<i>stavudine</i>	1	
SUSTIVA	2	
TRIZIVIR	2	
TRUVADA	2	
VIDEX	2	
VIRACEPT	2	
VIRAMUNE	2	
VIRAMUNE XR	2	
VIREAD	2	
ZIAGEN	2	
<i>zidovudine</i>	1	
ANTITUBERCULAR AGENTS (AGENTES ANTITUBERCULOSOS)		
CAPASTAT SULFATE	3	
<i>ethambutol hcl</i>	1	
<i>isoniazid</i>	1	
MYCOBUTIN	2	
PASER	3	
PRIFTIN	3	
<i>pyrazinamide</i>	1	
<i>rifampin</i>	1	
SEROMYCIN	3	
TRECTOR	3	
ANTIVIRALS (ANTIVIRALES)		
<i>acyclovir</i>	1	
BARACLUDE .05mg/ml	2	
BARACLUDE .5mg, 1mg	4	
EPIVIR HBV	2	
<i>famciclovir</i>	1	
<i>ganciclovir</i> 250mg	1	
<i>ganciclovir</i> 500mg	4	
<i>ganciclovir inj</i> 500mg	1	B/D
HEPSERA	4	PA
REBETOL	4	PA
RELENZA DISKHALER	2	QL (3 inhaladores / 180 días)
<i>ribavirin (hepatitis c)</i> 200mg	1	PA
<i>ribavirin (hepatitis c)</i> 400mg, 600mg	4	PA

PA=Autorización Previa QL=Límites de cantidad ST=Terapia Escalonada

B/D=Parte B o Parte D LA= Acceso Limitado

Medicamento	Nivel	Límites/Requisitos
<i>rimantadine hydrochloride</i>	1	
TAMIFLU 12mg/ml	2	QL (10.5 botellas / 180 días)
TAMIFLU 30mg	2	QL (84 caps / 180 días)
TAMIFLU 45mg, 75mg	2	QL (42 caps / 180 días)
TYZEKA	4	PA
<i>valacyclovir hcl</i>	1	
VALCYTE	4	
VICTRELIS	4	PA
MISCELLANEOUS (MISCELÁNEOS)		
ALBENZA	2	
ALINIA 100mg/5ml	2	QL (3 botellas / 30 días)
ALINIA 500mg	2	QL (12 tabs / 30 días)
CLEOCIN	2	
CLEOCIN PEDIATRIC GRANULE	2	
<i>clindamycin hcl</i>	1	
<i>clindamycin phosphate</i>	1	
<i>colistimethate sodium</i>	1	B/D
CUBICIN	4	B/D
<i>dapsone</i>	1	
<i>erythromycin-sulfisoxazole</i>	1	
INVANZ	2	
MACRODANTIN CAP 25MG	2	
<i>mebendazole</i>	1	
MEPRON	4	
<i>methenamine hippurate</i>	1	
<i>metronidazole</i>	1	
<i>metronidazole in nacl</i>	1	
<i>nitrofurantoin</i>	1	
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	1	
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>	1	
PRIMAXIN	2	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	1	
<i>trimethoprim</i>	1	
TYGACIL	3	
VANCOGIN HCL	4	
<i>vancomycin hcl</i>	1	B/D
ZYVOX	4	
ANTINEOPLASTIC AGENTS (AGENTES ANTINEOPLÁSTICO)		
ALKYLATING AGENTS (AGENTES ALKILANTES)		
BICNU	2	B/D

PA=Autorización Previa QL=Límites de cantidad ST=Terapia Escalonada
B/D=Parte B o Parte D LA= Acceso Limitado

Medicamento	Nivel	Límites/Requisitos
BUSULFEX	2	B/D
CEENU	2	
<i>cyclophosphamide</i>	1	B/D
<i>dacarbazine</i>	1	B/D
EMCYT	2	
HEXALEN	4	
IFEX	2	B/D
IFOSFAMIDE	2	B/D
LEUKERAN	2	
<i>melphalan hcl</i>	1	B/D
MUSTARGEN	2	B/D
TREANDA	4	B/D
ANTHRACYCLINES (ANTRACICLINAS)		
<i>daunorubicin hcl</i>	1	B/D
DAUNOXOME	4	B/D
DOXIL	4	B/D
<i>doxorubicin hcl</i>	1	B/D
EPIRUBICIN HCL	4	B/D
<i>idarubicin hcl</i>	1	B/D
ANTIBIOTICS (ANTIBIÓTICOS)		
<i>bleomycin sulfate</i>	1	B/D
COSMEGEN	2	B/D
<i>mitomycin</i>	1	B/D
ANTIMETABOLITES (ANTIMETABÓLITOS)		
ALIMTA	4	B/D
<i>cytarabine</i>	1	B/D
<i>fluorouracil</i>	1	B/D
<i>gemcitabine hcl</i>	4	B/D
<i>mercaptopurine</i>	1	
<i>methotrexate sodium 1gm, 25mg/ml</i>	1	B/D
<i>pentostatin</i>	1	B/D
TABLOID	2	
VIDAZA	4	B/D
ANTIMITOTIC, TAXOIDS (ANTIMITÓTICOS, TAXOIDES)		
<i>paclitaxel</i>	2	B/D
TAXOTERE	4	B/D
ANTIMITOTIC, VINCA ALKALOIDS (ANTIMITÓTICOS, ALCALOIDES DE LA VINCA)		
VINBLASTINE SULFATE	2	B/D
<i>vincristine sulfate</i>	1	B/D
<i>vinorelbine tartrate</i>	1	B/D
BIOLOGIC RESPONSE MODIFIERS (MODIFICADORES DE RESPUESTA BIOLÓGICA)		
AVASTIN	4	B/D

PA=Autorización Previa QL=Límites de cantidad ST=Terapia Escalonada

B/D=Parte B o Parte D LA= Acceso Limitado

Medicamento	Nivel	Límites/Requisitos
CAMPATH	2	B/D
HERCEPTIN	4	B/D
ISTODAX	4	B/D
ONTAK	2	B/D
PROLEUKIN	4	B/D
RITUXAN	4	PA
VELCADE	4	B/D
ZOLINZA	4	
HORMONAL ANTINEOPLASTIC AGENTS (AGENTES ANTINEOPLÁSTICO HORMONAL)		
<i>anastrozole</i>	1	
<i>bicalutamide</i>	1	
DEPO-PROVERA INJ 400/ML	2	B/D
<i>exemestane</i>	1	
FARESTON	2	
FASLODEX	4	B/D
<i>flutamide</i>	1	
<i>letrozole</i>	1	
<i>leuprolide acetate</i>	1	PA
LUPRON DEPOT 11.25mg, 3.75mg	2	PA
LUPRON DEPOT 22.5mg, 30mg, 7.5mg	4	PA
LUPRON DEPOT-PED	4	PA
MEGACE ES	2	
<i>megestrol acetate</i>	1	
NILANDRON	2	
<i>tamoxifen citrate</i>	1	
TRELSTAR DEPOT MIXJECT	2	B/D
TRELSTAR LA MIXJECT	2	B/D
TRELSTAR MIXJECT	4	B/D
ZYTIGA	4	PA
KINASE INHIBITORS (INHIBIDOR DE KINASIA)		
AFINITOR	4	PA
GLEEVEC	4	PA
NEXAVAR	4	PA
SPRYCEL	4	PA
SUTENT	4	PA
TARCEVA	4	PA
TASIGNA	4	PA
TYKERB	4	PA
VANDETANIB	4	
VOTRIENT	4	PA
MISCELLANEOUS (MISCELÁNEOS)		
DROXIA	2	
ELSPAR	2	B/D

PA=Autorización Previa QL=Límites de cantidad ST=Terapia Escalonada

B/D=Parte B o Parte D LA= Acceso Limitado

Medicamento	Nivel	Límites/Requisitos
<i>hydroxyurea</i>	1	
IRINOTECAN	4	B/D
LYSODREN	4	
MATULANE	4	
<i>mitoxantrone hcl</i>	1	B/D
PHOTOFRIN	2	B/D
TARGRETIN 75mg	4	PA
TRETINOIN 10mg	4	cápsula
TRISENOX	2	B/D
NUCLEOSIDE ANALOGS (ANÁLOGOS NUCLEÓSIDOS)		
<i>cladribine</i>	1	B/D
FLUDARABINE PHOSPHATE	4	B/D
PLATINUM COORDINATION COMPLEX (COMPLEJO DE COORDINACIÓN PLATINO)		
<i>carboplatin</i>	1	B/D
<i>cisplatin</i>	1	B/D
OXALIPLATIN	4	B/D
PROTECTIVE AGENTS (AGENTES PROTECTORES)		
<i>amifostine crystalline</i>	4	B/D
<i>dexrazoxane</i>	1	B/D
ELITEK	4	B/D
<i>ifosfamide & mesna</i>	1	B/D
<i>leucovor ca inj</i>	1	B/D
<i>leucovorin calcium 25mg, 5mg</i>	1	
LEUCOVORIN CALCIUM 10mg, 15mg	2	
<i>mesna</i>	1	B/D
MESNEX	4	
TOPOISOMERASE INHIBITORS (INHIBIDORES DE TOPOISOMERASA)		
<i>etoposide</i>	1	B/D
<i>topotecan hcl</i>	4	B/D
CARDIOVASCULAR (AGENTES CARDIOVASCULARES)		
ACE INHIBITOR COMBINATIONS (COMBINACIONES INHIBIDORES ACE)		
<i>amlod/benazp cap 2.5-10mg</i>	1	QL (30 caps / 30 días)
<i>amlod/benazp cap 5-10mg</i>	1	QL (30 caps / 30 días)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl</i>	1	
<i>benazepril & hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>captopril & hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide</i>	1	

PA=Autorización Previa QL=Límites de cantidad ST=Terapia Escalonada

B/D=Parte B o Parte D LA= Acceso Limitado

Medicamento	Nivel	Límites/Requisitos
<i>moexipril-hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	1	
ACE INHIBITORS (INHIBIDORES ACE)		
<i>benazepril hcl</i>	1	
<i>captopril</i>	1	
<i>enalapril maleate</i>	1	
<i>fosinopril sodium</i>	1	
<i>lisinopril</i>	1	
<i>moexipril hcl</i>	1	
<i>perindopril erbumine</i>	1	
<i>quinapril hcl</i>	1	
<i>ramipril</i>	1	
<i>trandolapril</i>	1	
ADRENOLYTICS, CENTRAL (ADRENOLÍTICOS, CENTRAL)		
<i>clonidine hcl</i>	1	
<i>guanfacine hcl</i>	1	
ALDOSTERONE RECEPTOR ANTAGONISTS (ANTAGONISTA DE RECEPTORES DE ALDOSTERONA)		
<i>eplerenone</i>	1	PA
<i>spironolactone</i>	1	
ALPHA BLOCKERS (BLOQUEADORES ALFA)		
<i>doxazosin mesylate</i>	1	
<i>prazosin hcl</i>	1	
<i>terazosin hcl</i>	1	
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONIST COMBINATIONS (COMBINACIÓN ANTAGONISTA DE RECEPTORES DE ANGIOTESINA II)		
ATACAND HCT	3	
AZOR	2	
BENICAR HCT	2	
BENICAR HCT TAB 20-12.5	2	QL (30 tabs / 30 días)
DIOVAN HCT	2	
DIOVAN HCT TAB 160/12.5	2	QL (30 tabs / 30 días)
DIOVAN HCT TAB 80/12.5	2	QL (30 tabs / 30 días)
EXFORGE	2	
EXFORGE HCT	2	
EXFORGE TAB 5-160MG	2	QL (30 tabs / 30 días)
EXFORGEHCT/5-160-12.5	2	QL (30 tabs / 30 días)
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide</i>	1	
MICARDIS HCT	3	
TEVETEN HCT	3	
TRIBENZOR	2	

PA=Autorización Previa QL=Límites de cantidad ST=Terapia Escalonada
 B/D=Parte B o Parte D LA= Acceso Limitado

Medicamento	Nivel	Límites/Requisitos
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS (ANTAGONISTA RECEPTORES DE ANGIOTESINA II)		
ATACAND	3	
BENICAR	2	
DIOVAN	2	
<i>losartan potassium</i>	1	
MICARDIS	3	
TEVETEN	3	
ANTIARRHYTHMICS (ANTIARRÍTMICOS)		
<i>amiodarone hcl</i>	1	
<i>amiodarone inj 50mg/ml</i>	1	B/D
<i>disopyramide phosphate</i>	1	
<i>flecainide acetate</i>	1	
<i>mexiletine hcl</i>	1	
MULTAQ	2	
NORPACE CR	2	
PACERONE TAB 100MG	2	
<i>propafenone hcl</i>	1	
<i>quinidine gluconate</i>	1	
<i>quinidine sulfate</i>	1	
<i>sotalol hcl</i>	1	
TIKOSYN	2	
ANTILIPEMICS, HMG-COA REDUCTASE INHIBITORS (ANTILIPÉMICO, INHIBIDORES DE LA HMG-COA REDUCTASA)		
ALTOPREV 20mg	3	QL (30 ea / 30 días)
ALTOPREV 40mg, 60mg	3	
CRESTOR 10mg, 20mg, 5mg	2	QL (30 tabs / 30 días)
CRESTOR 40mg	2	
LESCOL	3	
LESCOL XL	3	
LIPITOR 10mg, 20mg, 40mg	2	QL (30 tabs / 30 días)
LIPITOR 80mg	2	
<i>lovastatin</i>	1	
<i>pravastatin sodium</i> 10mg, 20mg, 40mg	1	QL (30 tabs / 30 días)
<i>pravastatin sodium</i> 80mg	1	
<i>simvastatin</i> 10mg, 20mg, 40mg, 5mg	1	QL (30 tabs / 30 días)
<i>simvastatin</i> 80mg	1	
ANTILIPEMICS, MISCELLANEOUS (ANTILIPÉMICOS, MISCELÁNEOS)		
ADVICOR	3	
ANTARA	2	
<i>cholestyramine light</i>	1	
<i>colestipol hcl</i>	1	
<i>fenofibrate</i>	1	

PA=Autorización Previa QL=Límites de cantidad ST=Terapia Escalonada

B/D=Parte B o Parte D LA= Acceso Limitado

Medicamento	Nivel	Límites/Requisitos
<i>fenofibrate micronized</i>	1	
<i>gemfibrozil</i>	1	
LIPOFEN	2	
LOVAZA	3	
NIASPAN	2	
SIMCOR	3	
TRICOR	2	
TRILIPIX	2	
VYTORIN	3	
WELCHOL	2	
ZETIA	3	ST
BETA-BLOCKER/DIURETIC COMBINATIONS (COMBINACIONES DE BETA-BLOQUEADORES/DIURÉTICOS)		
<i>atenolol & chlorthalidone</i>	1	
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide</i>	1	
BETA-BLOCKERS (BETA-BLOQUEADORES)		
<i>acebutolol hcl</i>	1	
<i>atenolol</i>	1	
<i>bisoprolol fumarate</i>	1	
BYSTOLIC	3	
<i>carvedilol</i>	1	
COREG CR	3	
<i>labetalol hcl</i>	1	
<i>metoprolol succinate</i>	1	
<i>metoprolol tartrate</i>	1	
<i>nadolol</i>	1	
<i>pindolol</i>	1	
<i>propranolol hcl</i>	1	
CALCIUM CHANNEL BLOCKER/ANTILIPEMIC COMBINATIONS (COMBINACIONES DE BLOQUEADORES DE CANALES DE CALCIO/ANTILIPÉMICOS)		
CADUET	3	
CALCIUM CHANNEL BLOCKERS (BLOQUEADORES DE CANALES DE CALCIO)		
<i>amlodipine besylate</i>	1	
CARDIZEM CD	2	360mg
<i>diltiazem hcl</i>	1	
<i>diltiazem hcl coated beads</i>	1	
<i>diltiazem hcl extended release beads</i>	1	
<i>felodipine</i>	1	
<i>isradipine</i>	1	
<i>nifediac cc</i>	1	
<i>nifedical xl</i>	1	

PA=Autorización Previa QL=Límites de cantidad ST=Terapia Escalonada

B/D=Parte B o Parte D LA= Acceso Limitado

Medicamento	Nivel	Límites/Requisitos
<i>nifedipine</i>	1	
<i>nifedipine er</i>	1	
NIMODIPINE	2	
<i>nisoldipine</i>	1	
<i>verapamil hcl</i>	1	
DIGITALIS GLYCOSIDES (GLICÓSIDOS DIGITÁLICOS)		
<i>digoxin</i>	1	
DIGOXIN SOL 50MCG/ML	1	
LANOXIN	2	
DIRECT RENIN INHIBITORS/COMBINATIONS (INHIBIDORES DIRECTOS DE LA RENINA)		
AMTURNIDE	2	
TEKAMLO	2	
TEKURNA 150mg	2	QL (30 tabs / 30 días)
TEKURNA 300mg	2	
TEKURNA HCT	2	
VALTURNA	2	
VALTURNA TAB 150-160	2	QL (30 tabs / 30 días)
DIURETICS (DIURÉTICOS)		
<i>acetazolamide</i>	1	
<i>amiloride & hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>amiloride hcl</i>	1	
<i>bumetanide</i>	1	
<i>chlorothiazide</i>	1	
<i>chlorthalidone</i>	1	
<i>furosemide</i>	1	
<i>hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>indapamide</i>	1	
<i>methazolamide</i>	1	
<i>metolazone</i>	1	
<i>spironolactone & hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>toremide 100mg, 10mg, 20mg, 5mg</i>	1	
TORSEMIDE 20mg/2ml	2	
<i>triamterene & hydrochlorothiazide</i>	1	
MISCELLANEOUS (MISCELÁNEOS)		
BIDIL	2	
<i>hydralazine hcl</i>	1	
<i>methyldopa</i>	1	
<i>midodrine hcl</i>	1	
<i>minoxidil</i>	1	
RANEXA	2	PA
NITRATES (NITRATOS)		
ISORDIL TITRADOSE	2	
<i>isosorbide dinitrate</i>	1	

PA=Autorización Previa QL=Límites de cantidad ST=Terapia Escalonada

B/D=Parte B o Parte D LA= Acceso Limitado

Medicamento	Nivel	Límites/Requisitos
<i>isosorbide mononitrate</i>	1	
<i>minitran</i>	1	patch
NITRO-DUR	2	0.3mg, 0.8mg
<i>nitroglycerin</i>	1	patch
NITROLINGUAL PUMPSPRAY	2	
NITROSTAT	2	
PULMONARY ARTERIAL HYPERTENSION (HIPERTENSIÓN ARTERIAL/PULMONAL)		
ADCIRCA	4	PA
LETAIRIS	4	PA
REMODULIN	4	B/D
REVATIO	4	PA
TRACLEER	4	LA, PA
CENTRAL NERVOUS SYSTEM (SISTEMA NERVIOSO CENTRAL)		
ANTI-ANXIETY (ANTIANSIEDAD)		
<i>buspirone hcl</i>	1	
<i>fluvoxamine maleate</i> 100mg	1	
<i>fluvoxamine maleate</i> 25mg, 50mg	1	QL (45 tabs / 30 días)
ANTICONVULSANTS (ANTICONVULSANTES)		
BANZEL	3	PA
<i>carbamazepine</i>	1	
CARBATROL	3	
CELONTIN	2	
DILANTIN	2	
DILANTIN INFATABS	2	
<i>divalproex sodium</i>	1	
<i>ethosuximide</i>	1	
FELBATOL	3	
<i>gabapentin</i> 100mg	1	QL (1080 caps / 30 días)
<i>gabapentin</i> 250mg/5ml	1	QL (5 botellas / 30 días)
<i>gabapentin</i> 300mg	1	QL (360 caps / 30 días)
<i>gabapentin</i> 400mg	1	QL (270 caps / 30 días)
<i>gabapentin</i> 600mg	1	QL (180 tabs / 30 días)
<i>gabapentin</i> 800mg	1	QL (120 tabs / 30 días)
GABITRIL	3	
<i>lamotrigine</i>	1	
<i>levetiracetam</i>	1	

PA=Autorización Previa QL=Límites de cantidad ST=Terapia Escalonada
B/D=Parte B o Parte D LA= Acceso Limitado

Medicamento	Nivel	Límites/Requisitos
LYRICA 100mg, 150mg, 200mg, 225mg, 25mg, 50mg, 75mg	2	QL (120 caps / 30 días)
LYRICA 300mg	2	QL (60 caps / 30 días)
<i>oxcarbazepine</i>	1	
PEGANONE	2	
<i>phenytoin</i>	1	
<i>phenytoin inj 50mg/ml</i>	1	
<i>phenytoin sodium extended</i>	1	
<i>primidone</i>	1	
SABRIL	4	PA
TEGRETOL XR TAB 100MG	2	
<i>topiramate</i>	1	
<i>valproate sodium</i>	1	
<i>valproic acid</i>	1	
VIMPAT	2	
<i>zonisamide</i>	1	
ANTIDEMENTIA (ANTIDEMENCIA)		
<i>donepezil 10mg</i>	1	
<i>donepezil 5mg</i>	1	QL (30 ea / 30 días)
EXELON 2mg/ml	2	QL (2 botellas / 30 días); soln
EXELON 4.6mg/24hr, 9.5mg/24hr	2	QL (30 ea / 30 días); patch
<i>galantamine cap 8mg er</i>	1	QL (30 ea / 30 días)
<i>galantamine hydrobromide</i>	1	
NAMENDA	2	
NAMENDA TITRATION PAK	2	
<i>rivastigmine tartrate 1.5mg</i>	1	QL (240 caps / 30 días)
<i>rivastigmine tartrate 3mg</i>	1	QL (120 caps / 30 días)
<i>rivastigmine tartrate 4.5mg, 6mg</i>	1	QL (60 caps / 30 días)
ANTIDEPRESSANTS (ANTIDEPRESIVOS)		
<i>amitriptyline hcl</i>	1	
AMOXAPINE	2	
<i>bupropion hcl</i>	1	
<i>citalopram hydrobromide 10mg, 20mg</i>	1	QL (45 tabs / 30 días)
<i>citalopram hydrobromide 10mg/5ml, 40mg</i>	1	
<i>clomipramine hcl</i>	1	
CYMBALTA 20mg, 30mg	2	QL (30 ea / 30 días)
CYMBALTA 60mg	2	

PA=Autorización Previa QL=Límites de cantidad ST=Terapia Escalonada
B/D=Parte B o Parte D LA= Acceso Limitado

Medicamento	Nivel	Límites/Requisitos
<i>desipramine hcl</i>	1	
<i>doxepin hcl</i>	1	
EMSAM	2	QL (30 ea / 30 días), PA
<i>fluoxetine hcl</i> 10mg, 20mg	1	QL (30 caps / 30 días)
<i>fluoxetine hcl</i> 10mg	1	QL (45 tabs / 30 días)
<i>fluoxetine hcl</i> 20mg/5ml, 40mg	1	
<i>fluoxetine tab</i> 20mg	1	
<i>imipramine hcl</i>	1	
LEXAPRO 10mg, 5mg	3	QL (45 tabs / 30 días)
LEXAPRO 20mg, 5mg/5ml	3	
<i>maprotiline hcl</i>	1	
MARPLAN	2	
<i>mirtazapine</i> 15mg, 7.5mg	1	QL (45 tabs / 30 días)
<i>mirtazapine</i> 30mg, 45mg	1	
<i>mirtazapine tab</i> 15mg odt	1	QL (45 ea / 30 días)
<i>nefazodone hcl</i>	1	
<i>nortriptyline hcl</i>	1	
<i>paroxetine hcl</i> 10mg, 20mg	1	QL (45 tabs / 30 días)
<i>paroxetine hcl</i> 10mg/5ml, 25mg, 30mg, 37.5mg, 40mg	1	
<i>paroxetine hcl</i> 12.5mg	1	QL (30 ea / 30 días)
<i>phenelzine sulfate</i>	1	
PRISTIQ 100mg	3	ST
PRISTIQ 50mg	3	QL (30 ea / 30 días), ST
<i>protriptyline hcl</i>	1	
<i>sertraline hcl</i> 100mg, 20mg/ml	1	
<i>sertraline hcl</i> 25mg, 50mg	1	QL (45 tabs / 30 días)
SURMONTIL	2	
<i>tranylcypromine sulfate</i>	1	
<i>trazodone hcl</i>	1	
<i>venlafaxine hcl</i> 100mg, 150mg, 25mg, 37.5mg, 50mg, 75mg	1	
<i>venlafaxine hcl</i> 37.5mg, 75mg	1	QL (30 ea / 25 días); ext rel
VIIBRYD	3	ST
ANTIPARKINSONIAN AGENTS (AGENTES ANTIPARKINSON)		
<i>amantadine hcl</i>	1	
APOKYN	4	
AZILECT	2	
<i>benztropine mesylate</i>	1	
<i>bromocriptine mesylate</i>	1	

PA=Autorización Previa QL=Límites de cantidad ST=Terapia Escalonada
B/D=Parte B o Parte D LA= Acceso Limitado

Medicamento	Nivel	Límites/Requisitos
<i>carbidopa-levodopa</i>	1	
COMTAN	2	
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	1	
REQUIP XL	3	
<i>ropinirole hydrochloride</i>	1	
<i>selegiline hcl</i>	1	
STALEVO 100	2	
STALEVO 125	2	
STALEVO 150	2	
STALEVO 200	2	
STALEVO 50	2	
STALEVO 75	2	
<i>trihexyphenidyl hcl</i>	1	
ANTIPSYCHOTICS (ANTISICÓTICOS)		
ABILIFY 10mg, 15mg, 5mg	3	QL (30 tabs / 30 días)
ABILIFY 1mg/ml, 20mg, 2mg, 30mg, 9.75mg/1.3ml	3	
ABILIFY DISCMELT	3	
CHLORPROMAZ INJ 25MG/ML	2	
<i>chlorpromazine hcl</i>	1	
<i>clozapine</i>	1	
FANAPT	3	ST
FANAPT TITRATION PACK	3	ST
FAZACLO	3	PA
<i>fluphenazine decanoate</i>	1	
<i>fluphenazine hcl</i>	1	
GEODON 20mg	3	QL (240 caps / 30 días)
GEODON 40mg	3	QL (120 caps / 30 días)
GEODON 60mg, 80mg	3	QL (60 caps / 30 días)
GEODON INJ	3	
<i>haloperidol</i>	1	
<i>haloperidol decanoate</i>	1	
<i>haloperidol lactate</i>	1	
INVEGA 1.5mg, 3mg	3	QL (30 ea / 30 días), ST
INVEGA 6mg, 9mg	3	ST
INVEGA SUSTENNA 39mg/0.25ml, 78mg/0.5ml	3	PA
INVEGA SUSTENNA 117mg/0.75ml, 156mg/ml, 234mg/1.5ml	4	PA
LATUDA	3	ST

PA=Autorización Previa QL=Límites de cantidad ST=Terapia Escalonada

B/D=Parte B o Parte D LA= Acceso Limitado

Medicamento	Nivel	Límites/Requisitos
<i>loxapine succinate</i>	1	
ORAP	2	
<i>perphenazine</i>	1	
RISPERDAL CONSTA 12.5mg, 25mg	2	QL (2 vials / 30 días), PA
RISPERDAL CONSTA 37.5mg, 50mg	4	QL (2 vials / 30 días), PA
<i>risperidone</i> .25mg, .5mg	1	QL (90 ea / 30 días); ODT
<i>risperidone</i> .25mg, .5mg	1	QL (90 tabs / 30 días)
<i>risperidone</i> 1mg, 2mg, 3mg	1	QL (60 ea / 30 días); ODT
<i>risperidone</i> 1mg, 2mg, 3mg	1	QL (60 tabs / 30 días)
<i>risperidone</i> 1mg/ml, 4mg	1	
SAPHRIS	3	ST
SEROQUEL 100mg	2	QL (240 tabs / 30 días)
SEROQUEL 200mg	2	QL (120 tabs / 30 días)
SEROQUEL 25mg	2	QL (960 tabs / 30 días)
SEROQUEL 300mg, 400mg	2	QL (60 tabs / 30 días)
SEROQUEL 50mg	2	QL (480 tabs / 30 días)
SEROQUEL XR 150mg, 200mg	2	QL (30 ea / 30 días)
SEROQUEL XR 300mg, 400mg	2	QL (60 ea / 30 días)
SEROQUEL XR 50mg	2	QL (120 ea / 30 días)
<i>thioridazine hcl</i>	1	PA
<i>thiothixene</i>	1	
<i>trifluoperazine hcl</i>	1	
ZYPREXA 10mg, 15mg, 20mg	3	
ZYPREXA 2.5mg, 5mg, 7.5mg	3	QL (30 tabs / 30 días)
ZYPREXA ZYDIS 10mg, 15mg, 20mg	3	
ZYPREXA ZYDIS 5mg	3	QL (30 ea / 30 días)
ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER (DESORDEN DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD)		
<i>amphetamine-dextroamphetamine</i>	1	PA
CONCERTA	3	PA
<i>dextroamphetamine sulfate</i>	1	PA
METADATE CD	3	PA
METHYLIN	3	PA
<i>methylphenidate hcl</i> 10mg, 20mg	1	ext rel
<i>methylphenidate hcl</i> 10mg, 10mg/5ml, 20mg, 5mg, 5mg/5ml	1	PA

PA=Autorización Previa QL=Límites de cantidad ST=Terapia Escalonada
B/D=Parte B o Parte D LA= Acceso Limitado

Medicamento	Nivel	Límites/Requisitos
RITALIN LA	3	PA
STRATTERA	2	PA
HYPNOTICS (HIPNÓTICOS)		
LUNESTA	3	QL (30 tabs / 30 días), ST
<i>zaleplon</i>	1	QL (30 caps / 30 días)
<i>zolpidem tartrate</i>	1	QL (30 tabs / 30 días)
MIGRAINE (MIGRAÑA)		
<i>dihydroergotamine mesylate</i>	1	
<i>ergotamine w/ caffeine</i>	1	
FROVA	3	QL (18 tabs / 30 días), ST
MAXALT	2	QL (12 tabs / 30 días)
MAXALT-MLT	2	QL (12 ea / 30 días)
MIGERGOT	2	
RELPAK	3	QL (12 tabs / 30 días), ST
<i>sumatriptan succinate</i> 100mg, 25mg, 50mg	1	QL (9 tabs / 30 días)
<i>sumatriptan succinate</i> 4mg/0.5ml, 6mg/0.5ml	1	QL (20 vials / 30 días)
ZOMIG 2.5mg, 5mg	3	QL (12 tabs / 30 días), ST
ZOMIG 5mg	3	QL (2 botellas / 30 días), ST
ZOMIG ZMT	3	QL (12 ea / 30 días), ST
MISCELLANEOUS (MISCELÁNEOS)		
GUANIDINE HCL	2	
LITHIUM CARB TAB 300MG	1	
<i>lithium carbonate</i>	1	
LITHIUM CITRATE	2	
MESTINON	2	
MESTINON TIMESPAN	2	
NUEDEXTA	3	PA
<i>pyridostigmine bromide</i>	1	
REGONOL	2	
RILUTEK	4	
SAVELLA 100mg	3	QL (60 tabs / 30 días)
SAVELLA 12.5mg, 25mg, 50mg	3	
SAVELLA TITRATION PACK	3	
XENAZINE	4	PA

PA=Autorización Previa QL=Límites de cantidad ST=Terapia Escalonada
B/D=Parte B o Parte D LA= Acceso Limitado

Medicamento	Nivel	Límites/Requisitos
MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS (AGENTES DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE)		
AMPYRA	4	PA
AVONEX	4	QL (4 jeringas / 28 días), PA
COPAXONE	4	QL (30 jeringas / 30 días), PA
EXTAVIA	4	QL (14 jeringas / 28 días), PA
GILENYA	4	PA
REBIF	4	QL (12 jeringas / 28 días), PA
REBIF TITRATION PACK	4	QL (12 jeringas / 28 días), PA
MUSCULOSKELETAL THERAPY AGENTS (AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICO)		
<i>baclofen</i>	1	
<i>carisoprodol</i>	1	QL (120 tabs / 30 días), PA
<i>chlorzoxazone</i>	1	PA
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	1	PA
<i>dantrolene sodium</i>	1	
<i>metaxalone</i>	1	PA
<i>methocarbamol</i>	1	PA
<i>orphenadrine citrate</i>	1	PA
<i>orphenadrine w/ aspirin & caff</i>	1	PA
ROBAXIN INJ 100MG/ML	2	
<i>tizanidine hcl</i>	1	
NARCOLEPSY/CATAPLEXY (NARCOLEPSIA/CATAPLEXIA)		
NUVIGIL	2	PA
PROVIGIL 100mg	3	QL (90 tabs / 30 días), PA
PROVIGIL 200mg	3	QL (60 tabs / 30 días), PA
XYREM	4	LA, PA
PSYCHOTHERAPEUTIC-MISCELLANEOUS (SICOTERAPÉUTICOS-MISCELÁNEOS)		
ANTABUSE	2	
<i>buprenorphine hcl</i>	1	PA
<i>bupropion hcl (smoking deterrent)</i>	1	
CAMPRAL	2	PA
CHANTIX	3	PA
<i>naloxone hcl</i>	1	
<i>naltrexone hcl</i>	1	

PA=Autorización Previa QL=Límites de cantidad ST=Terapia Escalonada
B/D=Parte B o Parte D LA= Acceso Limitado

Medicamento	Nivel	Límites/Requisitos
NICOTROL INHALER	3	PA
NICOTROL NS	3	PA
<i>perphenazine-amitriptyline</i>	1	
SUBOXONE SL FILM	2	PA
ENDOCRINE AND METABOLIC (ENDOCRINO Y METABÓLICO)		
ANDROGENS (ANDRÓGENOS)		
ANADROL-50	4	PA
ANDRODERM	2	QL (30 ea / 30 días), PA
ANDROGEL	2	QL (300 gm / 30 días), PA
ANDROGEL PUMP	2	QL (150 gm / 30 días), PA
ANDROXY	2	PA
<i>oxandrolone 2.5mg</i>	1	PA
<i>oxandrolone 10mg</i>	4	PA
TESTIM	3	QL (300 gm / 30 días), PA
<i>testosterone cypionate</i>	1	
<i>testosterone enanthate</i>	1	
ANTIDIABETICS, INJECTABLE (ANTIDIABÉTICOS, INYECTABLES)		
ALCOHOL PREPS	2	
APIDRA	2	
APIDRA SOLOSTAR	2	
BYETTA	2	QL (1 pen / 30 días), PA
HUMALOG	2	
HUMALOG KWIKPEN	2	
HUMALOG MIX 50/50	2	
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	2	
HUMALOG MIX 75/25	2	
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	2	
HUMULIN 70/30	2	
HUMULIN 70/30 PEN	2	
HUMULIN N	2	
HUMULIN N U-100 PEN	2	
HUMULIN R	2	
HUMULIN R U-500 (CONCENTR	2	
LANTUS	2	
LANTUS SOLOSTAR	2	
LEVEMIR	2	
LEVEMIR FLEXPEN	2	
NOVOLIN 70/30	2	
NOVOLIN N	2	

PA=Autorización Previa QL=Límites de cantidad ST=Terapia Escalonada
B/D=Parte B o Parte D LA= Acceso Limitado

Medicamento	Nivel	Límites/Requisitos
NOVOLIN R	2	
NOVOLOG	2	
NOVOLOG FLEXPEN	2	
NOVOLOG MIX 70/30	2	
NOVOLOG MIX 70/30 PREFILL	2	
SYMLIN	2	PA
SYMLINPEN 120	2	PA
SYMLINPEN 60	2	PA
VICTOZA	2	QL (3 pens / 30 días)
ANTIDIABETICS, ORAL (ANTIDIABÉTICOS, ORAL)		
<i>acarbose</i>	1	
ACTOPLUS MET	2	QL (90 tabs / 30 días)
ACTOS 15mg	2	QL (90 tabs / 30 días)
ACTOS 30mg	2	QL (45 tabs / 30 días)
ACTOS 45mg	2	QL (30 tabs / 30 días)
DUETACT	2	QL (30 tabs / 30 días)
<i>glimepiride 1mg</i>	1	QL (240 tabs / 30 días)
<i>glimepiride 2mg</i>	1	QL (120 tabs / 30 días)
<i>glimepiride 4mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 días)
<i>glipizide 10mg</i>	1	QL (120 tabs / 30 días)
<i>glipizide 2.5mg</i>	1	QL (240 ea / 30 días)
<i>glipizide 5mg</i>	1	QL (240 tabs / 30 días)
<i>glipizide er tab 10mg</i>	1	QL (60 ea / 30 días)
<i>glipizide er tab 5mg</i>	1	QL (120 ea / 30 días)
<i>glipizide-metformin hcl</i>	1	
<i>glyburide 1.25mg</i>	1	QL (480 tabs / 30 días)
<i>glyburide 2.5mg</i>	1	QL (240 tabs / 30 días)
<i>glyburide 5mg</i>	1	QL (120 tabs / 30 días)
<i>glyburide micronized 1.5mg</i>	1	QL (240 tabs / 30 días)
<i>glyburide micronized 3mg</i>	1	QL (120 tabs / 30 días)
<i>glyburide micronized 6mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 días)
<i>glyburide-metformin</i>	1	
JANUMET	2	
JANUVIA 100mg	2	
JANUVIA 25mg, 50mg	2	QL (30 tabs / 30 días)

PA=Autorización Previa QL=Límites de cantidad ST=Terapia Escalonada

B/D=Parte B o Parte D LA= Acceso Limitado

Medicamento	Nivel	Límites/Requisitos
KOMBIGLYZE XR	2	
<i>metformin hcl</i> 1000mg, 850mg	1	QL (90 tabs / 30 días)
<i>metformin hcl</i> 500mg	1	QL (150 tabs / 30 días)
<i>metformin hcl</i> 750mg	1	QL (90 ea / 30 días)
<i>metformin tab</i> 500mg <i>er</i>	1	QL (120 ea / 30 días)
<i>nateglinide</i>	1	
ONGLYZA 2.5mg	2	QL (30 tabs / 30 días)
ONGLYZA 5mg	2	
PRANDIN	2	
BISPHOSPHONATES (BISFOSFONATOS)		
ACTONEL	3	
<i>alendronate sodium</i> 10mg, 40mg, 5mg	1	
<i>alendronate sodium</i> 35mg, 70mg	1	QL (4 tabs / 30 días)
BONIVA 150mg	2	
BONIVA 3mg/3ml	2	B/D
ZOMETA	4	B/D
CALCITONINS (CALCITONINAS)		
<i>calcitonin (salmon)</i>	1	
MIACALCIN	2	B/D; injection
CALCIUM RECEPTOR ANTAGONISTS (ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE CALCIO)		
SENSIPAR 30mg	2	
SENSIPAR 60mg, 90mg	4	
CHELATING AGENTS (AGENTES QUELANTES)		
EXJADE 125mg	2	PA
EXJADE 250mg, 500mg	4	PA
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	1	
SYPRINE	2	
CONTRACEPTIVES (ANTICONCEPTIVOS)		
<i>desogestrel & ethinyl estradiol</i>	1	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol (triphasic)</i>	1	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>	1	
<i>ethynodiol diacet & eth estrad</i>	1	
<i>levonorgestrel & eth estradiol</i>	1	
<i>levonorgestrel (emergency oc)</i>	1	
<i>levonorgestrel-eth estradiol (triphasic)</i>	1	
<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol (91-day)</i>	1	
<i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive)</i>	1	QL (1 vial / 90 días)
NECON 10/11-28	2	
<i>norethin acet & estrad-fe</i>	1	

PA=Autorización Previa QL=Límites de cantidad ST=Terapia Escalonada
B/D=Parte B o Parte D LA= Acceso Limitado

Medicamento	Nivel	Límites/Requisitos
<i>norethindrone & eth estradiol</i>	1	
<i>norethindrone (contraceptive)</i>	1	
<i>norethindrone acet & eth estra</i>	1	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol-fe</i>	1	
<i>norethindrone-eth estradiol (triphasic)</i>	1	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>	1	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol (triphasic)</i>	1	
<i>norgestrel & ethinyl estradiol</i>	1	
NUVARING	2	
ORTHO EVRA	2	
ORTHO TRI-CYCLEN LO	2	
<i>zovia</i>	1	
ENDOMETRIOSIS		
<i>danazol</i>	1	
SYNAREL	2	
ENZYME REPLACEMENTS (REEMPLAZOS DE ENZIMA)		
ADAGEN	4	PA
ALDURAZYME	4	PA
BUPHENYL	4	
CEREZYME	4	PA
CYSTADANE	4	
CYSTAGON	2	
ELAPRASE	4	PA
FABRAZYME	4	PA
KUVAN	4	PA
<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i>	1	B/D; tab and solution
MYOZYME	4	PA
NAGLAZYME	4	PA
ORFADIN	4	PA
VPRIV	4	PA
ZAVESCA	4	PA
ESTROGEN/PROGESTINS (ESTRÓGENO/PROGESTINAS)		
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol</i>	1	
ESTROGENS (ESTRÓGENOS)		
ESTRACE VAG CRE 0.1MG/GM	3	
ESTRADERM	2	
<i>estradiol</i>	1	
ESTRING	3	
<i>estropipate</i>	1	PA
FEMRING	3	
VAGIFEM	3	
VIVELLE-DOT	2	

PA=Autorización Previa QL=Límites de cantidad ST=Terapia Escalonada
B/D=Parte B o Parte D LA= Acceso Limitado

Medicamento	Nivel	Límites/Requisitos
GLUCOCORTICOIDS (GLUCOCORTICOIDES)		
<i>cortisone acetate</i>	1	
<i>dexamethasone</i>	1	
DEXAMETHASONE INTENSOL	2	
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	1	
<i>fludrocortisone acetate</i>	1	
<i>hydrocortisone</i>	1	
<i>hydrocortisone sod succinate</i>	1	
<i>methylprednisolone</i>	1	
<i>methylprednisolone acetate</i>	1	
<i>methylprednisolone sod succ</i>	1	
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	1	
<i>prednisone</i>	1	
PREDNISONA INTENSOL	2	
SOLU-CORTEF	2	
GLUCOSE ELEVATING AGENTS (AGENTES ELEVADORES DE GLUCOSA)		
GLUCAGEN HYPOKIT	2	
GLUCAGON EMERGENCY KIT	2	
PROGLYCEM	2	
HUMAN GROWTH HORMONES (HORMONAS DE CRECIMIENTO HUMANO)		
NORDITROPIN FLEXPOR	4	PA
NORDITROPIN NORDIFLEX PEN	4	PA
MISCELLANEOUS (MISCELÁNEOS)		
<i>cabergoline</i>	1	
<i>chorionic gonadotropin</i>	1	PA
INCRELEX	4	PA
<i>octreotide acetate</i> 100mcg/ml, 200mcg/ml, 50mcg/ml	2	PA
<i>octreotide acetate</i> 1000mcg/ml, 500mcg/ml	4	PA
PROLIA	3	PA
SANDOSTATIN LAR DEPOT	4	PA
SOMATULINE DEPOT	4	PA
SOMAVERT	4	PA
PARATHYROID HORMONES (HORMONAS PARATIROIDE)		
FORTEO	4	PA
PHOSPHATE BINDER AGENTS (AGENTES AGLUTINANTES DE FOSFATO)		
<i>calcium acetate (phosphate binder)</i>	1	
FOSRENOL	2	
PHOSLO	2	
RENAGEL	2	

PA=Autorización Previa QL=Límites de cantidad ST=Terapia Escalonada

B/D=Parte B o Parte D LA= Acceso Limitado

Medicamento	Nivel	Límites/Requisitos
RENVELA	2	
PROGESTINS (PROGESTINAS)		
<i>medroxyprogesterone acetate</i>	1	
<i>norethindrone acetate</i>	1	
PROMETRIUM	3	
SELECTIVE ESTROGEN RECEPTOR MODULATORS (MODULADORES RECEPTORES DE ESTRÓGENO SELECTIVO)		
EVISTA	2	
THYROID AGENTS (AGENTES DE TIROIDE)		
<i>levothyroxine sodium</i>	1	
<i>liothyronine sodium</i>	1	tableta
<i>methimazole</i>	1	
<i>propylthiouracil</i>	1	
SYNTHROID	2	
VASOPRESSINS (VASOPRESINAS)		
<i>desmopressin acetate</i>	1	
<i>desmopressin acetate refrigerated</i>	1	
<i>desmopressin acetate spray refrigerated</i>	1	
GASTROINTESTINAL (AGENTES GASTROINTESTINAL)		
ANTIEMETICS (ANTIEMÉTICOS)		
DRONABINOL 2.5mg, 5mg	2	QL (60 caps / 30 días), PA
DRONABINOL 10mg	4	QL (60 caps / 30 días), PA
EMEND 80mg	2	B/D, QL (4 caps / 30 días)
EMEND 125mg	2	B/D, QL (2 caps / 30 días)
EMEND 40mg	2	
<i>granisetron hcl</i>	1	B/D
<i>meclizine hcl</i>	1	
<i>metoclopramide hcl</i>	1	
<i>ondansetron hcl</i>	1	B/D
<i>ondansetron inj</i>	1	B/D
<i>ondansetron odt</i>	1	B/D
<i>prochlorperazine</i>	1	
<i>prochlorperazine edisylate</i>	1	
<i>prochlorperazine maleate</i>	1	
<i>promethazine hcl</i>	1	PA
<i>promethazine hcl inj</i>	1	
SANCUSO	2	QL (4 ptch / 30 días), PA
TRANSDERM-SCOP	2	QL (24 ea / año), PA

PA=Autorización Previa QL=Límites de cantidad ST=Terapia Escalonada

B/D=Parte B o Parte D LA= Acceso Limitado

Medicamento	Nivel	Límites/Requisitos
<i>trimethobenzamide hcl</i>	1	PA
ANTISPASMODICS (ANTIESPASMÓDICO)		
<i>dicyclomine hcl</i>	1	PA
<i>dicyclomine inj</i>	1	
<i>glycopyrrolate</i>	1	
H2-RECEPTOR ANTAGONISTS (ANTAGONISTAS DE RECEPTORES H2)		
<i>cimetidine</i>	1	
<i>cimetidine inj 150mg/ml</i>	1	
<i>cimetidine sol 300/5ml</i>	1	
<i>famotidine</i>	1	
<i>ranitidine hcl</i>	1	
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE (ENFERMEDAD INFLAMATORIA DEL INTESTINO)		
APRISO	2	
ASACOL	3	
<i>balsalazide disodium</i>	1	
CANASA	2	
DIPENTUM	3	
ENTOCORT EC	4	
<i>hydrocortisone (intrarectal)</i>	1	
LIALDA	2	
<i>mesalamine</i>	1	
PENTASA	2	
<i>sulfasalazine</i>	1	
LAXATIVES (LAXANTES)		
KRISTALOSE	3	
<i>lactulose</i>	1	
<i>lactulose (encephalopathy)</i>	1	
<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-sod chloride-sod sulfate</i>	1	
<i>peg 3350-potassium chloride-sod bicarbonate-sod chloride</i>	1	
<i>polyethylene glycol 3350</i>	1	
RELISTOR	2	PA
VISICOL	3	
MISCELLANEOUS (MISCELÁNEOS)		
AMITIZA	2	QL (60 caps / 30 días), ST
CARAFATE	2	suspensión
<i>diphenoxylate w/ atropine</i>	1	PA
GASTROCROM	4	
<i>loperamide hcl</i>	1	
LOTRONEX	2	
<i>misoprostol</i>	1	

PA=Autorización Previa QL=Límites de cantidad ST=Terapia Escalonada

B/D=Parte B o Parte D LA= Acceso Limitado

Medicamento	Nivel	Límites/Requisitos
<i>sucralfate</i>	1	
<i>ursodiol</i>	1	
XIFAXAN TAB 550MG	4	PA
PANCREATIC ENZYMES (ENZIMAS PANCREÁTICAS)		
CREON	3	ST
PANCREAZE	2	
ZENPEP	2	
PROTON PUMP INHIBITOR/ANTI-INFECTIVE COMBINATIONS (COMBINACIONES DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES/ANTI-INFECCIOSOS)		
PREVPAC	2	QL (1 box / año)
PROTON PUMP INHIBITORS (INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES)		
DEXILANT	2	QL (30 ea / 30 días)
<i>lansoprazole</i>	2	QL (30 ea / 30 días)
<i>lansoprazole odt</i>	2	QL (30 ea / 30 días)
NEXIUM	2	QL (30 ea / 30 días)
NEXIUM GRANULES	2	QL (30 / 30 días)
NEXIUM I.V.	2	
<i>omeprazole</i> 10mg	1	QL (30 ea / 30 días)
<i>omeprazole</i> 20mg	1	QL (60 ea / 30 días)
<i>omeprazole</i> 40mg	2	QL (30 ea / 30 días)
<i>pantoprazole sodium</i>	2	QL (30 ea / 30 días)
GENITOURINARY (GENITOURINARIO)		
BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA (HIPERPLASIA PROSTÁTICA)		
<i>finasteride</i>	1	
<i>tamsulosin hcl</i>	1	
UROXATRAL	2	ST
MISCELLANEOUS (MISCELÁNEOS)		
<i>bethanechol chloride</i>	1	
ELMIRON	3	
<i>potassium citrate (alkalinizer)</i>	1	
URINARY ANTISPASMODICS (ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS)		
DETROL	3	ST
DETROL LA 2mg	2	QL (30 ea / 30 días)
DETROL LA 4mg	2	
ENABLEX 15mg	2	
ENABLEX 7.5mg	2	QL (30 ea / 30 días)
GELNIQUE	2	
<i>oxybutynin chloride</i>	1	
OXYTROL	3	ST
SANCTURA XR	3	ST
TOVIAZ 4mg	3	QL (30 ea / 30 días), ST

PA=Autorización Previa QL=Límites de cantidad ST=Terapia Escalonada

B/D=Parte B o Parte D LA= Acceso Limitado

Medicamento	Nivel	Límites/Requisitos
TOVIAZ 8mg	3	ST
<i>trosipium chloride</i>	1	
VESICARE 10mg	2	
VESICARE 5mg	2	QL (30 tabs / 30 días)
VAGINAL ANTI-INFECTIVES (ANTI-INFECCIOSOS VAGINALES)		
CLEOCIN VAG SUPP 100MG	2	
<i>clindamycin cre 2% vag</i>	1	
<i>metronidazole vaginal</i>	1	
<i>terconazole vaginal</i>	1	
HEMATOLOGIC (HEMATOLÓGICO)		
ANTICOAGULANTS (ANTICOAGULANTES)		
ARIXTRA 2.5mg/0.5ml	2	QL (60 jeringas / 180 días)
ARIXTRA 10mg/0.8ml	4	QL (38 jeringas / 180 días)
ARIXTRA 5mg/0.4ml	4	QL (75 jeringas / 180 días)
ARIXTRA 7.5mg/0.6ml	4	QL (50 jeringas / 180 días)
COUMADIN	2	
<i>enoxaparin sodium</i> 100mg/ml, 150mg/ml	1	QL (60 jeringas / 180 días)
<i>enoxaparin sodium</i> 120mg/0.8ml, 80mg/0.8ml	1	QL (75 jeringas / 180 días)
<i>enoxaparin sodium</i> 30mg/0.3ml	1	QL (200 jeringas / 180 días)
<i>enoxaparin sodium</i> 40mg/0.4ml	1	QL (150 jeringas / 180 días)
<i>enoxaparin sodium</i> 60mg/0.6ml	1	QL (100 jeringas / 180 días)
FRAGMIN 25000unit/ml, 2500unit/0.2ml	2	QL (30 ml / 180 días)
FRAGMIN 5000unit/0.2ml	2	QL (150 jeringas / 180 días)
FRAGMIN 10000unit/ml	4	QL (30 jeringas / 180 días)
FRAGMIN 12500unit/0.5ml	4	QL (60 jeringas / 180 días)
FRAGMIN 15000unit/0.6ml	4	QL (50 jeringas / 180 días)
FRAGMIN 18000unt/0.72ml	4	QL (42 jeringas / 180 días)
FRAGMIN 7500unit/0.3ml	4	QL (100 jeringas / 180 días)
HEP SOD/NAACL INJ 25000	2	B/D

PA=Autorización Previa QL=Límites de cantidad ST=Terapia Escalonada

B/D=Parte B o Parte D LA= Acceso Limitado

Medicamento	Nivel	Límites/Requisitos
<i>heparin (porcine) in sodium chloride</i>	1	B/D
<i>heparin sod (porcine) in d5w</i>	1	B/D
HEPARIN SOD INJ 2000/ML	2	B/D
<i>heparin sodium (porcine)</i>	1	B/D
PRADAXA	2	
<i>warfarin sodium</i>	1	
HEMATOPOIETIC GROWTH FACTORS (FACTORES DE CRECIMIENTO HEMATOPOYÉTICO)		
ARANESP ALBUMIN FREE 25mcg/0.42ml, 25mcg/ml, 40mcg/0.4ml, 40mcg/ml, 60mcg/0.3ml, 60mcg/ml	2	PA
ARANESP ALBUMIN FREE 100mcg/0.5ml, 100mcg/ml, 150mcg/0.3ml, 200mcg/0.4ml, 200mcg/ml, 300mcg/0.6ml, 300mcg/ml, 500mcg/ml	4	PA
LEUKINE	4	PA
MOZOBIL	4	PA
NEUPOGEN	4	PA
PROCRIT 10000unit/ml, 2000unit/ml, 3000unit/ml, 4000unit/ml	2	QL (12 frascos / 30 días), PA
PROCRIT 20000unit/ml	4	QL (12 frascos / 30 días), PA
PROCRIT 40000unit/ml	4	QL (6 frascos / 30 días), PA
MISCELLANEOUS (MISCELÁNEOS)		
<i>anagrelide hcl</i>	1	PA
<i>cilostazol</i>	1	
CYKLOKAPRON	2	
<i>pentoxifylline</i>	1	
PROMACTA	4	PA
PLATELET AGGREGATION INHIBITORS (INHIBIDORES DE ACUMULACIÓN DE PLAQUETAS)		
AGGRENOX	2	
<i>dipyridamole</i>	1	PA
EFFIENT	2	
PLAVIX 300mg	2	QL (1 tabs / 30 días)
PLAVIX 75mg	2	
IMMUNOLOGIC AGENTS (AGENTES INMUNOLÓGICOS)		
DISEASE-MODIFYING ANTI-RHEUMATIC DRUGS (DMARDS) (MEDICAMENTOS ANTIREUMÁTICOS MODIFICADORES DE ENFERMEDAD)		
ACTEMRA	4	PA

PA=Autorización Previa QL=Límites de cantidad ST=Terapia Escalonada
B/D=Parte B o Parte D LA= Acceso Limitado

Medicamento	Nivel	Límites/Requisitos
ENBREL	4	PA
HUMIRA	4	PA
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	1	
<i>leflunomide</i>	1	
<i>methotrexate sodium 2.5mg</i>	1	
REMICADE	4	PA
RHEUMATREX	2	
IMMUNOGLOBULINS (INMUNOGLOBULINA)		
GAMASTAN S/D	2	B/D
GAMMAGARD LIQUID	4	PA
GAMUNEX	4	PA
IMMUNOMODULATORS (INMUNOMODULADORES)		
ACTIMMUNE	4	PA
ARCALYST	4	PA
INFERGEN	4	PA
INTRON-A	4	B/D
INTRON-A W/DILUENT	4	B/D
PEG-INTRON	4	PA
PEG-INTRON REDIPEN	4	PA
PEGASYS	4	PA
REVLIMID	4	LA, PA
THALOMID	4	PA
IMMUNOSUPPRESSANTS (INMUNOSUPRESORES)		
AZASAN	2	B/D
<i>azathioprine</i>	1	B/D
<i>azathioprine inj 100mg</i>	1	B/D
CELLCEPT	2	B/D
<i>cyclosporine</i>	1	B/D
<i>cyclosporine modified (for microemulsion)</i>	1	B/D
<i>mycophenolate mofetil</i>	1	B/D
MYFORTIC	2	B/D
NEORAL	2	B/D
PROGRAF .5mg, 1mg	2	B/D
PROGRAF 5mg	4	B/D
RAPAMUNE	2	B/D
SANDIMMUNE	2	B/D
<i>tacrolimus .5mg, 1mg</i>	1	B/D
<i>tacrolimus 5mg</i>	4	B/D
ZORTRESS .25mg, .5mg	2	B/D
ZORTRESS .75mg	4	B/D
VACCINES (VACUNAS)		
ACTHIB	2	
ADACEL	2	

PA=Autorización Previa QL=Límites de cantidad ST=Terapia Escalonada
B/D=Parte B o Parte D LA= Acceso Limitado

Medicamento	Nivel	Límites/Requisitos
BOOSTRIX	2	
CERVARIX	2	
COMVAX	2	
DAPTACEL	2	
DECAVAC	2	B/D
DIPHThERIA/TETANUS TOXOID	2	B/D
ENGERIX-B	2	B/D
GARDASIL	2	
HAVRIX	2	
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	2	
INFANRIX	2	
IPOL INACTIVATED IPV	2	
IXIARO	2	
JE-VAX	2	
M-M-R II W/DILUENT 10 DOS	2	
MENACTRA	2	
MENOMUNE-A/C/Y/W-135	2	
MENVEO	2	
PEDVAX HIB	2	
PROQUAD	2	
RABAVERT	2	
RECOMBIVAX HB	2	B/D
ROTATEQ	2	
TETANUS TOXOID ADSORBED	2	B/D
TETANUS/DIPHThERIA TOXOID	2	B/D
TRIPEDIA	2	
TWINRIX	2	
TYPHIM VI	2	
VAQTA	2	
VARIVAX	2	
YF-VAX	2	
ZOSTAVAX	2	QL (1 vial in lifetime)
NUTRITIONAL/SUPPLEMENTS (SUPLEMENTOS/NUTRICIÓN)		
<i>ELECTROLYTES (ELECTROLITOS)</i>		
KLOR-CON M15	2	
<i>parenteral electrolytes</i>	1	B/D
<i>potassium chloride 10meq, 2meq/ml, 8meq</i>	1	
<i>potassium chloride microencapsulated crystals cr</i>	1	
<i>sodium chloride 2.5meq/ml</i>	1	
<i>IV NUTRITION (NUTRICIÓN INTRAVENOSA)</i>		
<i>amino acid electrolyte infusion</i>	1	B/D
<i>amino acid infusion</i>	1	B/D

PA=Autorización Previa QL=Límites de cantidad ST=Terapia Escalonada
B/D=Parte B o Parte D LA= Acceso Limitado

Medicamento	Nivel	Límites/Requisitos
AMINOSYN	2	B/D
AMINOSYN II	2	B/D
AMINOSYN II 3.5%/DEXTROSE	2	B/D
AMINOSYN II 3.5/DEXTROSE	2	B/D
AMINOSYN II 4.25/DEXTROSE	2	B/D
AMINOSYN II 5/DEXTROSE 25	2	B/D
AMINOSYN II M 3.5%/DEXTRO	2	B/D
AMINOSYN M	2	B/D
AMINOSYN-HBC	2	B/D
AMINOSYN-PF	2	B/D
AMINOSYN-PF 7%	2	B/D
CLINIMIX 2.75%/DEXTROSE 5	2	B/D
CLINIMIX 4.25%/DEXTROSE 1	2	B/D
CLINIMIX 4.25%/DEXTROSE 2	2	B/D
CLINIMIX 4.25%/DEXTROSE 5	2	B/D
CLINIMIX 5%/DEXTROSE 15%	2	B/D
CLINIMIX 5%/DEXTROSE 20%	2	B/D
CLINIMIX 5%/DEXTROSE 25%	2	B/D
CLINIMIX E 2.75%/DEXTROSE	2	B/D
CLINIMIX E 4.25%/DEXTROSE	2	B/D
CLINIMIX E 5%/DEXTROSE 15	2	B/D
CLINIMIX E 5%/DEXTROSE 20	2	B/D
CLINIMIX E 5%/DEXTROSE 25	2	B/D
<i>fat emulsion</i>	1	B/D
FREAMINE III 3%	2	B/D
HEPATASOL	2	B/D
INTRALIPID	2	B/D
LIPOSYN II	2	B/D
LIPOSYN III	2	B/D
NEPHRAMINE	2	B/D
PREMASOL	2	B/D
PROCALAMINE	2	B/D
PROSOL	2	B/D
TRAVASOL	2	B/D
TROPHAMINE	2	B/D
IV REPLACEMENT SOLUTIONS (SOLUCIÓN DE REEMPLAZO INTRAVENOSO)		
<i>dextrose</i>	1	
DEXTROSE 5%	2	
DEXTROSE 5%/POTASSIUM CHL	2	
<i>dextrose w/ sodium chloride</i>	1	
<i>electrolyte-m in dextrose</i>	1	
<i>electrolyte-r</i>	1	
<i>electrolyte-r in dextrose</i>	1	

PA=Autorización Previa QL=Límites de cantidad ST=Terapia Escalonada
B/D=Parte B o Parte D LA= Acceso Limitado

Medicamento	Nivel	Límites/Requisitos
IONOSOL-B/DEXTROSE 5%	2	
IONOSOL-MB/DEXTROSE 5%	2	
IONOSOL-T/DEXTROSE 5%	2	
ISOLYTE-H/DEXTROSE 5%	2	
ISOLYTE-P/DEXTROSE 5%	2	
ISOLYTE-S	2	
ISOLYTE-S/DEXTROSE 5%	2	
KCL 0.15%/D10W/NACL 0.2%	2	
KCL 0.15%/D5W/LR	2	
KCL 0.15%/D5W/NACL 0.225%	2	
KCL 0.3%/D5W/NACL 0.9%	2	
<i>lactated ringer's</i>	1	
MAGNESIUM SULFATE IN D5W	2	
NORMOSOL-R	2	
PLASMA-LYTE 56	2	
PLASMA-LYTE A	2	
PLASMA-LYTE-148	2	
PLASMA-LYTE-148/D5W	2	
PLASMA-LYTE-56/D5W	2	
<i>potassium chloride .4meq/ml, 10meq/100ml, 10meq/50ml, 30meq/100ml</i>	1	
POTASSIUM CHLORIDE 0.3%/	2	
<i>potassium chloride in d5w lactated ringers</i>	1	
<i>potassium chloride in dextrose</i>	1	
<i>potassium chloride in dextrose & sodium chloride</i>	1	
<i>potassium chloride in nacl ringer's</i>	1	
<i>sodium chloride .45%, .9%, 3%, 5%</i>	1	
VITAMINS (VITAMINAS)		
<i>calcitriol</i>	1	B/D
HECTOROL	3	B/D
ZEMPLAR	2	B/D
OPHTHALMIC (OFTALMOLÓGICO)		
ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORY (ANTI-INFECCIOSO/ANTI-INFLAMATORIO)		
<i>bacitracin-poly-neomycin-hc</i>	1	
BLEPHAMIDE S.O.P.	2	
<i>neomycin-polymy-dexameth</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-hc (ophth)</i>	1	
<i>sulfacetamide sod-prednisolone</i>	1	
TOBRADEX	3	ungüento

PA=Autorización Previa QL=Límites de cantidad ST=Terapia Escalonada
B/D=Parte B o Parte D LA= Acceso Limitado

Medicamento	Nivel	Límites/Requisitos
<i>tobramycin-dexamethasone</i>	1	
ANTI-INFECTIVES (ANTI-INFECCIOSOS)		
AZASITE	2	
<i>bacitracin (ophthalmic)</i>	1	
<i>bacitracin-polymyxin b (ophth)</i>	1	
CILOXAN	2	ungüento
<i>ciprofloxacin hcl (ophth)</i>	1	
<i>erythromycin (ophth)</i>	1	
<i>gentamicin sulfate (ophth)</i>	1	
<i>levofloxacin (ophth)</i>	1	
NATACYN	2	
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyxin</i>	1	
<i>neomycin-polymy-gramicid</i>	1	
<i>ofloxacin (ophth)</i>	1	
<i>polymyxin b-trimethoprim</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium (ophth)</i>	1	
<i>tobramycin sulfate (ophth)</i>	1	
TOBEX OINT 0.3%	2	
<i>trifluridine</i>	1	
VIGAMOX	2	
ZYMAR	2	
ZYMAXID	2	
ANTI-INFLAMMATORIES (ANTI-INFLAMATORIOS)		
<i>bromfenac sodium (ophth)</i>	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate (ophth)</i>	1	
<i>diclofenac sodium (ophth)</i>	1	
<i>fluorometholone (ophth)</i>	1	
<i>flurbiprofen sodium</i>	1	
FML	2	ungüento
<i>ketorolac tromethamine (ophth)</i>	1	
LOTEMAX	3	
PRED MILD	3	
<i>prednisolone acetate (ophth)</i>	1	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSP	2	
ANTIALLERGICS (ANTIALERGÉNICOS)		
ALOCRIAL	3	
ALOMIDE	3	
ALREX	2	
<i>azelastine hcl (ophth)</i>	1	
<i>cromolyn sodium (ophth)</i>	1	
PATADAY	2	
PATANOL	2	
ANTIGLAUCOMA		

PA=Autorización Previa QL=Límites de cantidad ST=Terapia Escalonada
B/D=Parte B o Parte D LA= Acceso Limitado

Medicamento	Nivel	Límites/Requisitos
ALPHAGAN P	2	
AZOPT	2	
<i>betaxolol hcl (ophth)</i>	1	
BETIMOL	3	
BETOPTIC-S	2	
<i>brimonidine tartrate</i>	1	
<i>carteolol hcl (ophth)</i>	1	
COMBIGAN	2	
<i>dorzolamide hcl</i>	1	
<i>dorzolamide hcl-timolol maleate</i>	1	
<i>latanoprost</i>	1	QL (2.5ml / 30 días)
<i>levobunolol hcl</i>	1	
LUMIGAN	2	QL (2.5ml / 30 días)
<i>metipranolol</i>	1	
PILOPINE HS	2	
<i>timolol maleate (ophth) .25%, .5%</i>	1	gel
<i>timolol maleate (ophth) .25%, .5%</i>	1	
TRAVATAN Z	2	QL (2.5ml / 30 días)
MISCELLANEOUS (MISCELÁNEOS)		
LACRISERT	2	
<i>naphazoline hcl</i>	1	
<i>proparacaine hcl</i>	1	
RESTASIS	2	
RESPIRATORY (RESPIRATORIO)		
ANTICHOLINERGIC/BETA AGONIST COMBINATIONS (COMBINACIONES ANTICOLINÉRGICO/AGONISTAS BETAS)		
COMBIVENT	2	QL (2 inhaladores / 30 días)
<i>ipratropium-albuterol</i>	1	B/D
ANTICHOLINERGICS (ANTICOLINÉRGICOS)		
ATROVENT HFA	2	QL (2 inhaladores / 30 días)
<i>ipratropium bromide (nasal)</i>	1	
<i>ipratropium sol inhal</i>	1	B/D
SPIRIVA HANDIHALER	2	QL (30 caps / 30 días)
ANTI-HISTAMINES (ANTIESTAMÍNICOS)		
ASTEPRO	2	QL (2 spray-botellas / 30 días)
<i>azelastine hcl</i>	1	QL (2 botellas / 30 días)
<i>cetirizine hcl</i>	1	syrup
<i>clemastine fumarate</i>	1	

PA=Autorización Previa QL=Límites de cantidad ST=Terapia Escalonada

B/D=Parte B o Parte D LA= Acceso Limitado

Medicamento	Nivel	Límites/Requisitos
<i>cyproheptadine hcl</i>	1	PA
<i>diphenhydram inj 50mg/ml</i>	1	
<i>fexofenadine hcl</i>	1	
<i>hydroxyzine hcl</i>	1	PA
<i>hydroxyzine hcl inj</i>	1	
<i>hydroxyzine pamoate</i>	1	PA
<i>levocetirizine tab 5 mg</i>	1	
BETA AGONISTS (AGONISTAS BETAS)		
<i>albuterol sulfate .083%, .5%, .63mg/3ml, 1.25mg/3ml</i>	1	B/D
<i>albuterol sulfate 2mg, 2mg/5ml, 4mg, 8mg</i>	1	
FORADIL AEROLIZER	2	QL (60 caps / 30 días)
<i>levalbuterol hcl</i>	1	B/D
PERFOROMIST	3	B/D
PROAIR HFA	2	QL (2 inhaladores / 30 días)
SEREVENT DISKUS	3	QL (1 inhalador / 30 días)
<i>terbutaline sulfate</i>	1	
XOPENEX	3	B/D
LEUKOTRIENE RECEPTOR ANTAGONISTS (ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE LEUKOTRIENE)		
SINGULAIR	2	ST
<i>zafirlukast</i>	1	
MAST CELL STABILIZERS (ESTABILIZADORES DE CÉLULAS MASTOCITAS)		
<i>cromolyn sodium</i>	1	B/D
MISCELLANEOUS (MISCELÁNEOS)		
<i>acetylcysteine</i>	1	B/D
ARALAST NP	4	PA
CAYSTON	4	PA
<i>epinephrine hcl</i>	1	
EPIPEN 2-PAK	2	
EPIPEN-JR 2-PAK	2	
<i>promethazine & phenylephrine</i>	1	PA
PULMOZYME	4	B/D
TOBI	4	B/D
XOLAIR	4	PA
NASAL STEROIDS (ESTEROIDES NASALES)		
<i>flunisolide (nasal)</i>	1	QL (2 botellas / 30 días)

PA=Autorización Previa QL=Límites de cantidad ST=Terapia Escalonada
B/D=Parte B o Parte D LA= Acceso Limitado

Medicamento	Nivel	Límites/Requisitos
<i>fluticasone propionate (nasal)</i>	1	QL (1 botella / 30 días)
NASACORT AQ	2	QL (1 inhalador / 30 días)
NASONEX	3	QL (2 inhaladores / 30 días), ST
RHINOCORT AQUA	3	QL (2 inhaladores / 30 días), ST
STEROID INHALANTS (INHALANTES DE ESTEROIDES)		
ASMANEX 120 METERED DOSES	2	QL (2 inhaladores / 30 días)
ASMANEX 14 METERED DOSES	2	QL (2 inhaladores / 30 días)
ASMANEX 30 METERED DOSES	2	QL (2 inhaladores / 30 días)
ASMANEX 60 METERED DOSES	2	QL (2 inhaladores / 30 días)
<i>budesonide (inhalation)</i>	1	B/D
PULMICORT FLEXHALER 180mcg/act	3	QL (2 inhaladores / 30 días)
PULMICORT FLEXHALER 90mcg/act	3	QL (4 inhaladores / 30 días)
QVAR	2	QL (3 inhaladores / 30 días)
STEROID/BETA-AGONIST COMBINATIONS (COMBINACIONES DE ESTEROIDES/AGONISTAS BETAS)		
DULERA	2	QL (1 inhalador / 30 días)
SYMBICORT	2	QL (1 inhaladores / 30 días)
XANTHINES (XANTINAS)		
<i>aminophylline</i>	1	
ELIXOPHYLLIN	2	
THEO-24	2	
<i>theophylline</i>	1	
TOPICAL (TÓPICO)		
DERMATOLOGY, ACNE (DERMATOLOGÍA, ACNÉ)		
<i>adapalene</i>	1	
AZELEX	3	
<i>benzoyl peroxide-erythromycin</i>	1	
<i>clindamycin phosphate (topical)</i>	1	
<i>clindamycin phosphate-benzoyl peroxide</i>	1	
<i>erythromycin (acne aid)</i>	1	

PA=Autorización Previa QL=Límites de cantidad ST=Terapia Escalonada
B/D=Parte B o Parte D LA= Acceso Limitado

Medicamento	Nivel	Límites/Requisitos
<i>isotretinoin cap 10 mg</i>	1	
RETIN-A MICRO	3	
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	1	
<i>tretinoin .01%, .025%, .05%, .1%</i>	1	
DERMATOLOGY, ACTINIC KERATOSIS (DERMATOLOGÍA, QUERATOSIS ACTÍNICA)		
CARAC	2	
FLUOROPLEX	3	
<i>fluorouracil (topical)</i>	1	
SOLARAZE	2	
DERMATOLOGY, ANTIBIOTICS (DERMATOLOGÍA, ANTIBIÓTICOS)		
ALTABAX	3	
BACTROBAN	2	crema
<i>gentamicin sulfate (topical)</i>	1	
<i>mupirocin</i>	1	
<i>silver sulfadiazine</i>	1	
DERMATOLOGY, ANTIFUNGALS (DERMATOLOGÍA, ANTIFÚNGICOS)		
<i>ciclopirox</i>	1	
<i>ciclopirox olamine</i>	1	
<i>clotrimazole (topical)</i>	1	
<i>econazole nitrate</i>	1	
<i>ketoconazole (topical) 2%</i>	1	
MENTAX	3	
<i>nystatin (topical)</i>	1	
<i>nystatin pow 100000</i>	1	
OXISTAT	3	
DERMATOLOGY, ANTIPRURITIC (DERMATOLOGÍA, ANTIPRURÍTICO)		
CORTIFOAM	3	
<i>hydrocortisone (rectal) 2.5%</i>	1	
ZONALON	2	
DERMATOLOGY, ANTIPSORIATICS (DERMATOLOGÍA, ANTISORIÁTICO)		
<i>calcipotriene</i>	1	
DOVONEX	2	crema
OXSORALEN ULTRA	4	PA
SORIATANE	4	PA
TAZORAC	3	PA
DERMATOLOGY, ANTISEBORRHEICS (DERMATOLOGÍA, ANTISEBORREICOS)		
<i>ketoconazole (topical) 2%</i>	1	
<i>selenium sulfide</i>	1	
DERMATOLOGY, ANTIVIRALS (DERMATOLOGÍA, ANTIVIRALES)		
DENAVIR	2	
ZOVIRAX	2	crema, ungüento

PA=Autorización Previa QL=Límites de cantidad ST=Terapia Escalonada

B/D=Parte B o Parte D LA= Acceso Limitado

Medicamento	Nivel	Límites/Requisitos
DERMATOLOGY, CORTICOSTEROIDS (DERMATOLOGÍA, CORTICOSTEROIDE)		
<i>alclometasone dipropionate</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate (topical)</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate augmented</i>	1	
<i>betamethasone valerate</i>	1	
<i>clobetasol propionate</i>	1	
<i>clobetasol propionate emollient base</i>	1	
CORDRAN	3	
CORDRAN TAPE	3	
DERMA-SMOOTH/FS BODY OIL	2	
<i>desonide</i>	1	
<i>desoximetasone</i>	1	
<i>diflorasone diacetate</i>	1	
<i>fluocinolone acetonide</i>	1	
<i>fluocinonide</i>	1	
<i>fluocinonide emulsified base</i>	1	
<i>fluticasone propionate</i>	1	
<i>halobetasol propionate</i>	1	
<i>hydrocortisone (rectal) 1%</i>	1	
<i>hydrocortisone (topical)</i>	1	
<i>hydrocortisone butyrate</i>	1	
<i>hydrocortisone valerate</i>	1	
KENALOG	3	
LOCOID LIPOCREAM	3	
LUXIQ	3	
<i>mometasone furoate</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i>	1	
DERMATOLOGY, IMMUNOMODULATORS (DERMATOLOGÍA, INMUNOMODULADORES)		
ELIDEL	2	PA
PROTOPIC	2	PA
DERMATOLOGY, LOCAL ANESTHETICS (DERMATOLOGÍA, ANESTÉSICOS LOCALES)		
<i>lidocaine</i>	1	
<i>lidocaine hcl</i>	1	
<i>lidocaine-prilocaine</i>	1	
LIDODERM	2	QL (90 patch / 25 días), PA
DERMATOLOGY, MISCELLANEOUS SKIN AND MUCOUS MEMBRANE (DERMATOLOGÍA, PIEL Y MEMBRANA MUCOSA MISCELÁNEAS)		
CONDYLOX	3	gel
<i>imiquimod</i>	1	

PA=Autorización Previa QL=Límites de cantidad ST=Terapia Escalonada

B/D=Parte B o Parte D LA= Acceso Limitado

Medicamento	Nivel	Límites/Requisitos
<i>lactic acid (ammonium lactate)</i>	1	
PANRETIN	4	
PENNSAID	2	
<i>podofilox</i>	1	
TARGRETIN 1%	4	
VOLTAREN GEL 1%	2	
ZYCLARA	2	
DERMATOLOGY, ROSACEA (DERMATOLOGÍA, ROSACEA)		
FINACEA	3	
METROGEL	2	
<i>metronidazole (topical)</i>	1	
ORACEA	2	
DERMATOLOGY, SCABICIDES AND PEDICULIDES (DERMATOLOGÍA, ESCABICIDAS Y PELICULOIDES)		
EURAX	3	
<i>malathion</i>	1	
<i>permethrin</i>	1	
DERMATOLOGY, WOUND CARE AGENTS (DERMATOLOGÍA, AGENTES DE CUIDADO DE HERIDAS)		
REGRANEX	4	PA
SANTYL	2	
<i>sodium chloride (gu irrigant)</i>	1	
MOUTH/THROAT/DENTAL AGENTS (AGENTES BOCA/GARGANTA/DENTALES)		
<i>chlorhexidine gluconate (mouth-throat)</i>	1	
EVOXAC	2	
<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i>	1	
<i>nystatin (mouth-throat)</i>	1	
ORAVIG	2	
<i>pilocarpine hcl (oral)</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide (mouth)</i>	1	
OTIC (ÓTICO)		
<i>acetic acid (otic)</i>	1	
CIPRO HC	3	
CIPRODEX	3	
DERMOTIC	2	
<i>hydrocortisone w/acetic acid</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-hc (otic)</i>	1	
<i>ofloxacin (otic)</i>	1	

PA=Autorización Previa QL=Límites de cantidad ST=Terapia Escalonada
B/D=Parte B o Parte D LA= Acceso Limitado

ESTA PÁGINA HA SIDO DEJADA EN
BLANCO DE MANERA INTENCIONAL

Índice (por nombre)

Índice

A

ABILIFY	23
ABILIFY DISCMELT	23
<i>acarbose</i>	28
<i>acebutolol hcl</i>	18
<i>acetaminophen w/ codeine</i>	7
<i>acetazolamide</i>	19
<i>acetic acid (otic)</i>	47
<i>acetylcysteine</i>	43
ACTEMRA	36
ACTHIB	37
ACTIMMUNE	37
ACTONEL	29
ACTOPLUS MET	28
ACTOS	28
<i>acyclovir</i>	11
ADACEL	37
ADAGEN	30
<i>adapalene</i>	44
ADCIRCA	20
ADVICOR	17
AFINITOR	14
AGGRENOLX	36
ALBENZA	12
<i>albuterol sulfate</i>	43
<i>alclometasone dipropionate</i>	46
ALCOHOL PREPS	27
ALDURAZYME	30
<i>alendronate sodium</i>	29
ALIMTA	13
ALINIA	12
<i>allopurinol</i>	7
<i>allopurinol inj 500mg</i>	7
ALOCRIAL	41
ALOMIDE	41
ALPHAGAN P	42
ALREX	41
ALTABAX	45
ALTOPREV	17
<i>amantadine hcl</i>	22
<i>amifostine crystalline</i>	15
<i>amikacin sulfate</i>	8
<i>amiloride & hydrochlorothiazide</i>	19
<i>amiloride hcl</i>	19
<i>amino acid electrolyte infusion</i>	38
<i>amino acid infusion</i>	38

<i>aminophylline</i>	44
AMINOSYN	39
AMINOSYN II	39
AMINOSYN II 3.5%/DEXTROSE	39
AMINOSYN II 3.5/DEXTROSE	39
AMINOSYN II 4.25/DEXTROSE	39
AMINOSYN II 5/DEXTROSE 25	39
AMINOSYN II M 3.5%/DEXTRO	39
AMINOSYN M	39
AMINOSYN-HBC	39
AMINOSYN-PF	39
AMINOSYN-PF 7%	39
<i>amiodarone hcl</i>	17
<i>amiodarone inj 50mg/ml</i>	17
AMITIZA	33
<i>amitriptyline hcl</i>	21
<i>amlod/benazp cap 2.5-10mg</i>	15
<i>amlod/benazp cap 5-10mg</i>	15
<i>amlodipine besylate</i>	18
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl</i>	15
AMOXAPINE	21
<i>amoxicillin</i>	8
<i>amoxicillin & pot clavulanate</i>	8
<i>amphetamine-dextroamphetamine</i>	24
<i>amphotericin b</i>	10
<i>ampicillin</i>	8
<i>ampicillin & sulbactam sodium</i>	8
<i>ampicillin sodium</i>	8
AMPYRA	26
AMTURNIDE	19
ANADROL-50	27
<i>anagrelide hcl</i>	36
<i>anastrozole</i>	14
ANCOBON	10
ANDRODERM	27
ANDROGEL	27
ANDROGEL PUMP	27
ANDROXY	27
ANTABUSE	26
ANTARA	17
APIDRA	27
APIDRA SOLOSTAR	27
APOKYN	22
APRISO	33
APTIVUS	10
ARALAST NP	43
ARANESP ALBUMIN FREE	36

ARCALYST.....	37
ARIXTRA.....	35
ASACOL.....	33
ASMANEX 120 METERED DOSES.....	44
ASMANEX 14 METERED DOSES.....	44
ASMANEX 30 METERED DOSES.....	44
ASMANEX 60 METERED DOSES.....	44
ASTEPRO.....	42
ATACAND.....	17
ATACAND HCT.....	16
<i>atenolol</i>	18
<i>atenolol & chlorthalidone</i>	18
ATRIPLA.....	10
ATROVENT HFA.....	42
AVASTIN.....	13
AVELOX.....	8
AVELOX ABC PACK.....	8
AVINZA.....	7
AVONEX.....	26
AZASAN.....	37
AZASITE.....	41
<i>azathioprine</i>	37
<i>azathioprine inj 100mg</i>	37
<i>azelastine hcl</i>	42
<i>azelastine hcl (ophth)</i>	41
AZELEX.....	44
AZILECT.....	22
<i>azithromycin</i>	9
AZOPT.....	42
AZOR.....	16

B

<i>bacitracin (ophthalmic)</i>	41
<i>bacitracin-polymyxin b (ophth)</i>	41
<i>bacitracin-poly-neomycin-hc</i>	40
<i>baclofen</i>	26
BACTROBAN.....	45
<i>balsalazide disodium</i>	33
BANZEL.....	20
BARACLUDE.....	11
<i>benazepril & hydrochlorothiazide</i>	15
<i>benazepril hcl</i>	16
BENICAR.....	17
BENICAR HCT.....	16
BENICAR HCT TAB 20-12.5.....	16
<i>benzoyl peroxide-erythromycin</i>	44
<i>benztropine mesylate</i>	22
<i>betamethasone dipropionate (topical)</i> ..	46

<i>betamethasone dipropionate augmented</i>	46
<i>betamethasone valerate</i>	46
<i>betaxolol hcl (ophth)</i>	42
<i>bethanechol chloride</i>	34
BETIMOL.....	42
BETOPTIC-S.....	42
<i>bicalutamide</i>	14
BICILLIN C-R.....	9
BICILLIN L-A.....	9
BICNU.....	12
BIDIL.....	19
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide</i>	18
<i>bisoprolol fumarate</i>	18
<i>bleomycin sulfate</i>	13
BLEPHAMIDE S.O.P.....	40
BONIVA.....	29
BOOSTRIX.....	38
<i>brimonidine tartrate</i>	42
<i>bromfenac sodium (ophth)</i>	41
<i>bromocriptine mesylate</i>	22
<i>budesonide (inhalation)</i>	44
<i>bumetanide</i>	19
BUPHENYL.....	30
<i>buprenorphine hcl</i>	26
<i>bupropion hcl</i>	21
<i>bupropion hcl (smoking deterrent)</i>	26
<i>bupirone hcl</i>	20
BUSULFEX.....	13
<i>butalbital-acetaminophen-caffeine w/</i> <i>codeine</i>	7
<i>butalbital-aspirin-caffeine w/cod</i>	7
<i>butorphanol tartrate</i>	7
BYETTA.....	27
BYSTOLIC.....	18

C

<i>cabergoline</i>	31
CADUET.....	18
<i>calcipotriene</i>	45
<i>calcitonin (salmon)</i>	29
<i>calcitriol</i>	40
<i>calcium acetate (phosphate binder)</i>	31
CAMPATH.....	14
CAMPRAL.....	26
CANASA.....	33
CANCIDAS.....	10
CAPASTAT SULFATE.....	11

<i>captopril</i>	16	<i>ciclopirox olamine</i>	45
<i>captopril & hydrochlorothiazide</i>	15	<i>cilostazol</i>	36
CARAC	45	CILOXAN	41
CARAFATE	33	<i>cimetidine</i>	33
<i>carbamazepine</i>	20	<i>cimetidine inj 150mg/ml</i>	33
CARBATROL	20	<i>cimetidine sol 300/5ml</i>	33
<i>carbidopa-levodopa</i>	23	CIPRO	9
<i>carboplatin</i>	15	CIPRO HC	47
CARDIZEM CD	18	CIPRODEX	47
<i>carisoprodol</i>	26	<i>ciprofloxacin</i>	9
<i>carteolol hcl (ophth)</i>	42	<i>ciprofloxacin er</i>	9
<i>carvedilol</i>	18	<i>ciprofloxacin hcl (ophth)</i>	41
CAYSTON	43	<i>cisplatin</i>	15
CEDAX	9	<i>citalopram hydrobromide</i>	21
CEENU	13	<i>cladribine</i>	15
<i>cefaclor</i>	9	<i>clarithromycin</i>	9
CEFACLOR ER	9	<i>clemastine fumarate</i>	42
<i>cefadroxil</i>	9	CLEOCIN	12
CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML	9	CLEOCIN PEDIATRIC GRANULE	12
<i>cefazolin sodium</i>	9	CLEOCIN VAG SUPP 100MG	35
<i>cefdinir</i>	9	<i>clindamycin cre 2% vag</i>	35
<i>cefepime hcl</i>	9	<i>clindamycin hcl</i>	12
<i>cefotaxime sodium</i>	9	<i>clindamycin phosphate</i>	12
<i>cefoxitin sodium</i>	9	<i>clindamycin phosphate (topical)</i>	44
<i>cefpodoxime proxetil</i>	9	<i>clindamycin phosphate-benzoyl peroxide</i>	44
<i>cefprozil</i>	9	CLINIMIX 2.75%/DEXTROSE 5	39
<i>ceftriaxone sodium</i>	9	CLINIMIX 4.25%/DEXTROSE 1	39
<i>cefuroxime axetil</i>	9	CLINIMIX 4.25%/DEXTROSE 2	39
<i>cefuroxime sodium</i>	9	CLINIMIX 4.25%/DEXTROSE 5	39
CELEBREX	8	CLINIMIX 5%/DEXTROSE 15%	39
CELLCEPT	37	CLINIMIX 5%/DEXTROSE 20%	39
CELONTIN	20	CLINIMIX 5%/DEXTROSE 25%	39
<i>cephalexin</i>	9	CLINIMIX E 2.75%/DEXTROSE	39
CEREZYME	30	CLINIMIX E 4.25%/DEXTROSE	39
CERVARIX	38	CLINIMIX E 5%/DEXTROSE 15	39
<i>cetirizine hcl</i>	42	CLINIMIX E 5%/DEXTROSE 20	39
CHANTIX	26	CLINIMIX E 5%/DEXTROSE 25	39
<i>chlorhexidine gluconate (mouth-throat)</i>	47	<i>clobetasol propionate</i>	46
<i>chloroquine phosphate</i>	10	<i>clobetasol propionate emollient base</i> ..	46
<i>chlorothiazide</i>	19	<i>clomipramine hcl</i>	21
CHLORPROMAZ INJ 25MG/ML	23	<i>clonidine hcl</i>	16
<i>chlorpromazine hcl</i>	23	<i>clotrimazole</i>	10
<i>chlorthalidone</i>	19	<i>clotrimazole (topical)</i>	45
<i>chlorzoxazone</i>	26	<i>clozapine</i>	23
<i>cholestyramine light</i>	17	COARTEM	10
<i>chorionic gonadotropin</i>	31	<i>colchicine w/ probenecid</i>	7
<i>ciclopirox</i>	45	COLCRYS	7

<i>colestipol hcl</i>	17
<i>colistimethate sodium</i>	12
COMBIGAN.....	42
COMBIVENT	42
COMBIVIR.....	10
COMTAN	23
COMVAX	38
CONCERTA.....	24
CONDYLOX	46
COPAXONE.....	26
CORDRAN	46
CORDRAN TAPE	46
COREG CR	18
CORTIFOAM	45
<i>cortisone acetate</i>	31
COSMEGEN	13
COUMADIN	35
CREON	34
CRESTOR.....	17
CRIXIVAN	10
<i>cromolyn sodium</i>	43
<i>cromolyn sodium (ophth)</i>	41
CUBICIN	12
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	26
<i>cyclophosphamide</i>	13
<i>cyclosporine</i>	37
<i>cyclosporine modified (for microemulsion)</i>	37
CYKLOKAPRON	36
CYMBALTA	21
<i>cyproheptadine hcl</i>	43
CYSTADANE	30
CYSTAGON.....	30
<i>cytarabine</i>	13

D

<i>dacarbazine</i>	13
<i>danazol</i>	30
<i>dantrolene sodium</i>	26
<i>dapsone</i>	12
DAPTACEL.....	38
DARAPRIM	10
<i>daunorubicin hcl</i>	13
DAUNOXOME.....	13
DECAVAC.....	38
DENAVIR	45
DEPO-PROVERA INJ 400/ML.....	14
DERMA-SMOOTH/FS BODY OIL	46

DERMOTIC	47
<i>desipramine hcl</i>	22
<i>desmopressin acetate</i>	32
<i>desmopressin acetate refrigerated</i>	32
<i>desmopressin acetate spray refrigerated</i>	32
<i>desogestrel & ethinyl estradiol</i>	29
<i>desogestrel-ethinyl estradiol (triphasic)</i>	29
<i>desonide</i>	46
<i>desoximetasone</i>	46
DETROL	34
DETROL LA.....	34
<i>dexamethasone</i>	31
DEXAMETHASONE INTENSOL.....	31
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	31
<i>dexamethasone sodium phosphate (ophth)</i>	41
DEXILANT	34
<i>dexrazoxane</i>	15
<i>dextroamphetamine sulfate</i>	24
<i>dextrose</i>	39
DEXTROSE 5%	39
DEXTROSE 5%/POTASSIUM CHL.....	39
<i>dextrose w/ sodium chloride</i>	39
<i>diclofenac potassium</i>	8
<i>diclofenac sodium</i>	8
<i>diclofenac sodium (ophth)</i>	41
<i>dicloxacillin sodium</i>	9
<i>dicyclomine hcl</i>	33
<i>dicyclomine inj</i>	33
<i>didanosine</i>	10
<i>diflorasone diacetate</i>	46
<i>diflunisal</i>	8
<i>digoxin</i>	19
DIGOXIN SOL 50MCG/ML.....	19
<i>dihydroergotamine mesylate</i>	25
DILANTIN.....	20
DILANTIN INFATABS.....	20
DILAUDID-5	7
<i>diltiazem hcl</i>	18
<i>diltiazem hcl coated beads</i>	18
<i>diltiazem hcl extended release beads</i> ..	18
DIOVAN	17
DIOVAN HCT	16
DIOVAN HCT TAB 160/12.5	16
DIOVAN HCT TAB 80/12.5	16
DIPENTUM.....	33

<i>diphenhydram inj 50mg/ml</i>	43
<i>diphenoxylate w/ atropine</i>	33
DIPHThERIA/TETANUS TOXOID	38
<i>dipyridamole</i>	36
<i>disopyramide phosphate</i>	17
<i>divalproex sodium</i>	20
<i>donepezil 10mg</i>	21
<i>donepezil 5mg</i>	21
<i>dorzolamide hcl</i>	42
<i>dorzolamide hcl-timolol maleate</i>	42
DOVONEX	45
<i>doxazosin mesylate</i>	16
<i>doxepin hcl</i>	22
DOXIL	13
<i>doxorubicin hcl</i>	13
<i>doxycycline (monohydrate)</i>	9
<i>doxycycline hyclate</i>	9
DRONABINOL	32
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>	29
DROXIA	14
DUETACT	28
DULERA	44

E

<i>econazole nitrate</i>	45
EDURANT.....	10
EFFIENT.....	36
ELAPRASE	30
<i>electrolyte-m in dextrose</i>	39
<i>electrolyte-r</i>	39
<i>electrolyte-r in dextrose</i>	39
ELIDEL	46
ELITEK	15
ELIXOPHYLLIN.....	44
ELMIRON	34
ELSPAR	14
EMCYT.....	13
EMEND	32
EMSAM	22
EMTRIVA	10
ENABLEX	34
<i>enalapril maleate</i>	16
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide</i>	15
ENBREL	37
ENGERIX-B	38
<i>enoxaparin sodium</i>	35
ENTOCORT EC	33

<i>epinephrine hcl</i>	43
EPIPEN 2-PAK.....	43
EPIPEN-JR 2-PAK	43
EPIRUBICIN HCL	13
EPIVIR	10
EPIVIR HBV	11
<i>eplerenone</i>	16
EPZICOM.....	10
<i>ergotamine w/ caffeine</i>	25
ERYPED 200	9
ERYTHROCIN LACTOBIONATE	9
<i>erythromycin (acne aid)</i>	44
<i>erythromycin (ophth)</i>	41
<i>erythromycin base</i>	9
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	9
<i>erythromycin stearate</i>	9
<i>erythromycin-sulfisoxazole</i>	12
ESTRACE VAG CRE 0.1MG/GM	30
ESTRADERM	30
<i>estradiol</i>	30
ESTRING.....	30
<i>estropipate</i>	30
<i>ethambutol hcl</i>	11
<i>ethosuximide</i>	20
<i>ethynodiol diacet & eth estrad</i>	29
<i>etodolac</i>	8
<i>etoposide</i>	15
EURAX	47
EVISTA	32
EVOXAC	47
EXALGO	7
EXELON	21
<i>exemestane</i>	14
EXFORGE	16
EXFORGE HCT.....	16
EXFORGE TAB 5-160MG	16
EXFORGEHCT/5-160-12.5	16
EXJADE.....	29
EXTAVIA	26

F

FABRAZYME.....	30
<i>famciclovir</i>	11
<i>famotidine</i>	33
FANAPT.....	23
FANAPT TITRATION PACK.....	23
FARESTON	14
FASLODEX.....	14

<i>fat emulsion</i>	39
FAZACLO	23
FELBATOL	20
<i>felodipine</i>	18
FEMRING	30
<i>fenofibrate</i>	17
<i>fenofibrate micronized</i>	18
<i>fentanyl citrate</i>	7
<i>fentanyl citrate inj 0.05 mg/ml</i>	7
<i>fentanyl patch</i>	7
<i>fexofenadine hcl</i>	43
FINACEA	47
<i>finasteride</i>	34
<i>flecainide acetate</i>	17
<i>fluconazole</i>	10
<i>fluconazole in dextrose</i>	10
FLUDARABINE PHOSPHATE	15
<i>fludrocortisone acetate</i>	31
<i>flunisolide (nasal)</i>	43
<i>fluocinolone acetonide</i>	46
<i>fluocinonide</i>	46
<i>fluocinonide emulsified base</i>	46
<i>fluorometholone (ophth)</i>	41
FLUOROPLEX	45
<i>fluorouracil</i>	13
<i>fluorouracil (topical)</i>	45
<i>fluoxetine hcl</i>	22
<i>fluoxetine tab 20mg</i>	22
<i>fluphenazine decanoate</i>	23
<i>fluphenazine hcl</i>	23
<i>flurbiprofen</i>	8
<i>flurbiprofen sodium</i>	41
<i>flutamide</i>	14
<i>fluticasone propionate</i>	46
<i>fluticasone propionate (nasal)</i>	44
<i>flvoxamine maleate</i>	20
FML	41
FORADIL AEROLIZER	43
FORTEO	31
<i>fosinopril sodium</i>	16
<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide</i>	15
FOSRENOL	31
FRAGMIN	35
FREAMINE III 3%	39
FROVA	25
<i>furosemide</i>	19
FUZEON	10

G

<i>gabapentin</i>	20
GABITRIL	20
<i>galantamine cap 8mg er</i>	21
<i>galantamine hydrobromide</i>	21
GAMASTAN S/D	37
GAMMAGARD LIQUID	37
GAMUNEX	37
<i>ganciclovir</i>	11
<i>ganciclovir inj 500mg</i>	11
GARDASIL	38
GASTROCROM	33
GELNIQUE	34
<i>gemcitabine hcl</i>	13
<i>gemfibrozil</i>	18
<i>gentamicin in saline</i>	9
<i>gentamicin sulfate</i>	9
<i>gentamicin sulfate (ophth)</i>	41
<i>gentamicin sulfate (topical)</i>	45
GEODON	23
GEODON INJ	23
GILENYA	26
GLEEVEC	14
<i>glimepiride</i>	28
<i>glipizide</i>	28
<i>glipizide er tab 10mg</i>	28
<i>glipizide er tab 5mg</i>	28
<i>glipizide-metformin hcl</i>	28
GLUCAGEN HYPOKIT	31
GLUCAGON EMERGENCY KIT	31
<i>glyburide</i>	28
<i>glyburide micronized</i>	28
<i>glyburide-metformin</i>	28
<i>glycopyrrolate</i>	33
<i>granisetron hcl</i>	32
<i>griseofulvin microsize</i>	10
GRIS-PEG	10
<i>guanfacine hcl</i>	16
GUANIDINE HCL	25

H

<i>halobetasol propionate</i>	46
<i>haloperidol</i>	23
<i>haloperidol decanoate</i>	23
<i>haloperidol lactate</i>	23
HAVRIX	38
HECTOROL	40

HEP SOD/NACL INJ 25000	35
<i>heparin (porcine) in sodium chloride</i> ...	36
<i>heparin sod (porcine) in d5w</i>	36
HEPARIN SOD INJ 2000/ML.....	36
<i>heparin sodium (porcine)</i>	36
HEPATASOL.....	39
HEPSERA	11
HERCEPTIN	14
HEXALEN	13
HUMALOG	27
HUMALOG KWIKPEN.....	27
HUMALOG MIX 50/50	27
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	27
HUMALOG MIX 75/25	27
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	27
HUMIRA.....	37
HUMULIN 70/30.....	27
HUMULIN 70/30 PEN	27
HUMULIN N.....	27
HUMULIN N U-100 PEN.....	27
HUMULIN R	27
HUMULIN R U-500 (CONCENTR.....	27
<i>hydralazine hcl</i>	19
<i>hydrochlorothiazide</i>	19
<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	7
<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	7
<i>hydrocortisone</i>	31
<i>hydrocortisone (intrarectal)</i>	33
<i>hydrocortisone (rectal)</i>	45, 46
<i>hydrocortisone (topical)</i>	46
<i>hydrocortisone butyrate</i>	46
<i>hydrocortisone sod succinate</i>	31
<i>hydrocortisone valerate</i>	46
<i>hydrocortisone w/acetic acid</i>	47
<i>hydromorphone hcl</i>	7
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	37
<i>hydroxyurea</i>	15
<i>hydroxyzine hcl</i>	43
<i>hydroxyzine hcl inj</i>	43
<i>hydroxyzine pamoate</i>	43
I	
<i>ibuprofen</i>	8
<i>idarubicin hcl</i>	13
IFEX.....	13
IFOSFAMIDE	13
<i>ifosfamide & mesna</i>	15
<i>imipramine hcl</i>	22

<i>imiquimod</i>	46
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	38
INCRELEX	31
<i>indapamide</i>	19
INDOCIN.....	8
<i>indomethacin</i>	8
INFANRIX.....	38
INFERGEN	37
INTELENCE.....	10
INTRALIPID	39
INTRON-A	37
INTRON-A W/DILUENT.....	37
INVANZ	12
INVEGA.....	23
INVEGA SUSTENNA	23
INVIRASE.....	10
IONOSOL-B/DEXTROSE 5%.....	40
IONOSOL-MB/DEXTROSE 5%	40
IONOSOL-T/DEXTROSE 5%	40
IPOL INACTIVATED IPV.....	38
<i>ipratropium bromide (nasal)</i>	42
<i>ipratropium sol inhal</i>	42
<i>ipratropium-albuterol</i>	42
IRINOTECAN.....	15
ISENTRESS	10
ISOLYTE-H/DEXTROSE 5%	40
ISOLYTE-P/DEXTROSE 5%	40
ISOLYTE-S	40
ISOLYTE-S/DEXTROSE 5%	40
<i>isoniazid</i>	11
ISORDIL TITRADOSE	19
<i>isosorbide dinitrate</i>	19
<i>isosorbide mononitrate</i>	20
<i>isotretinoin cap 10 mg</i>	45
<i>isradipine</i>	18
ISTODAX.....	14
<i>itraconazole</i>	10
IXIARO	38
J	
JANUMET	28
JANUVIA	28
JE-VAX.....	38
K	
KADIAN	7
KALETRA.....	10
KCL 0.15%/D10W/NACL 0.2%	40

KCL 0.15%/D5W/LR.....	40
KCL 0.15%/D5W/NACL 0.225%.....	40
KCL 0.3%/D5W/NACL 0.9%	40
KENALOG.....	46
<i>ketoconazole</i>	10
<i>ketoconazole (topical)</i>	45
<i>ketoprofen</i>	8
<i>ketorolac tromethamine (ophth)</i>	41
KLOR-CON M15	38
KOMBIGLYZE XR.....	29
KRISTALOSE	33
KUVAN	30

L

<i>labetalol hcl</i>	18
LACRISERT	42
<i>lactated ringer's</i>	40
<i>lactic acid (ammonium lactate)</i>	47
<i>lactulose</i>	33
<i>lactulose (encephalopathy)</i>	33
<i>lamotrigine</i>	20
LANOXIN	19
<i>lansoprazole</i>	34
<i>lansoprazole odt</i>	34
LANTUS	27
LANTUS SOLOSTAR.....	27
<i>latanoprost</i>	42
LATUDA	23
<i>leflunomide</i>	37
LESCOL	17
LESCOL XL.....	17
LETAIRIS	20
<i>letrozole</i>	14
<i>leucovor ca inj</i>	15
<i>leucovorin calcium</i>	15
LEUCOVORIN CALCIUM.....	15
LEUKERAN	13
LEUKINE	36
<i>leuprolide acetate</i>	14
<i>levalbuterol hcl</i>	43
LEVAQUIN.....	9
LEVEMIR.....	27
LEVEMIR FLEXPEN	27
<i>levetiracetam</i>	20
<i>levobunolol hcl</i>	42
<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i>	30
<i>levocetirizine tab 5 mg</i>	43
<i>levofloxacin (ophth)</i>	41

<i>levonorgestrel & eth estradiol</i>	29
<i>levonorgestrel (emergency oc)</i>	29
<i>levonorgestrel-eth estradiol (triphasic)</i> 29	
<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol (91-day)</i>	29
<i>levothyroxine sodium</i>	32
LEXAPRO.....	22
LEXIVA	10
LIALDA	33
<i>lidocaine</i>	46
<i>lidocaine hcl</i>	46
<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i>	8
<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i>	47
<i>lidocaine-prilocaine</i>	46
LIDODERM	46
<i>liothyronine sodium</i>	32
LIPITOR	17
LIPOFEN.....	18
LIPOSYN II	39
LIPOSYN III.....	39
<i>lisinopril</i>	16
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide</i>	15
LITHIUM CARB TAB 300MG.....	25
<i>lithium carbonate</i>	25
LITHIUM CITRATE	25
LOCOID LIPOCREAM	46
<i>loperamide hcl</i>	33
<i>losartan potassium</i>	17
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide</i>	16
LOTEMAX	41
LOTRONEX	33
<i>lovastatin</i>	17
LOVAZA	18
<i>loxapine succinate</i>	24
LUMIGAN	42
LUNESTA.....	25
LUPRON DEPOT.....	14
LUPRON DEPOT-PED.....	14
LUXIQ.....	46
LYRICA	21
LYSODREN	15

M

MACRODANTIN CAP 25MG.....	12
MAGNESIUM SULFATE IN D5W.....	40
MALARONE.....	10
<i>malathion</i>	47

<i>maprotiline hcl</i>	22	METROGEL	47
MARPLAN	22	<i>metronidazole</i>	12
MATULANE	15	<i>metronidazole (topical)</i>	47
MAXALT	25	<i>metronidazole in nacl</i>	12
MAXALT-MLT	25	<i>metronidazole vaginal</i>	35
<i>mebendazole</i>	12	<i>mexiletine hcl</i>	17
<i>meclizine hcl</i>	32	MIACALCIN.....	29
<i>medroxyprogesterone acetate</i>	32	MICARDIS	17
<i>medroxyprogesterone acetate</i> (contraceptive).....	29	MICARDIS HCT	16
<i>mefloquine hcl</i>	10	<i>midodrine hcl</i>	19
MEGACE ES.....	14	MIGERGOT	25
<i>megestrol acetate</i>	14	<i>minitran</i>	20
<i>meloxicam</i>	8	<i>minocycline hcl</i>	9
<i>melphalan hcl</i>	13	<i>minoxidil</i>	19
MENACTRA.....	38	<i>mirtazapine</i>	22
MENOMUNE-A/C/Y/W-135.....	38	<i>mirtazapine tab 15mg odt</i>	22
MENTAX	45	<i>misoprostol</i>	33
MENVEO	38	<i>mitomycin</i>	13
MEPRON	12	<i>mitoxantrone hcl</i>	15
<i>mercaptopurine</i>	13	M-M-R II W/DILUENT 10 DOS.....	38
<i>mesalamine</i>	33	<i>moexipril hcl</i>	16
<i>mesna</i>	15	<i>moexipril-hydrochlorothiazide</i>	16
MESNEX	15	<i>mometasone furoate</i>	46
MESTINON	25	MORPHINE SUL 20MG/ML ORAL SOL.....	7
MESTINON TIMESPAN	25	<i>morphine sulfate</i>	7
METADATE CD	24	MORPHINE SULFATE	7
<i>metaxalone</i>	26	MOZOBIL	36
<i>metformin hcl</i>	29	MULTAQ	17
<i>metformin tab 500mg er</i>	29	<i>mupirocin</i>	45
<i>methadone hcl</i>	7	MUSTARGEN.....	13
<i>methazolamide</i>	19	MYCOBUTIN	11
<i>methenamine hippurate</i>	12	<i>mycophenolate mofetil</i>	37
<i>methimazole</i>	32	MYFORTIC	37
<i>methocarbamol</i>	26	MYOZYME.....	30
<i>methotrexate sodium</i>	13, 37	N	
<i>methyl dopa</i>	19	<i>nabumetone</i>	8
METHYLIN.....	24	<i>nadolol</i>	18
<i>methylphenidate hcl</i>	24	<i>nafcillin sodium</i>	9
<i>methylprednisolone</i>	31	NAGLAZYME	30
<i>methylprednisolone acetate</i>	31	<i>naloxone hcl</i>	26
<i>methylprednisolone sod succ</i>	31	<i>naltrexone hcl</i>	26
<i>metipranolol</i>	42	NAMENDA	21
<i>metoclopramide hcl</i>	32	NAMENDA TITRATION PAK	21
<i>metolazone</i>	19	<i>naphazoline hcl</i>	42
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide</i>	18	<i>naproxen</i>	8
<i>metoprolol succinate</i>	18	<i>naproxen sodium</i>	8
<i>metoprolol tartrate</i>	18	NASACORT AQ.....	44

NASONEX	44	30
NATACYN	41	<i>norgestrel & ethinyl estradiol</i>	30
<i>nateglinide</i>	29	NORMOSOL-R	40
NECON 10/11-28	29	NORPACE CR	17
<i>nefazodone hcl</i>	22	<i>nortriptyline hcl</i>	22
<i>neomycin sulfate</i>	9	NORVIR	11
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyxin</i>	41	NOVOLIN 70/30	27
<i>neomycin-polymy-dexameth</i>	40	NOVOLIN N	27
<i>neomycin-polymy-gramicid</i>	41	NOVOLIN R	28
<i>neomycin-polymyxin-hc (ophth)</i>	40	NOVOLOG	28
<i>neomycin-polymyxin-hc (otic)</i>	47	NOVOLOG FLEXPEN	28
NEORAL	37	NOVOLOG MIX 70/30	28
NEPHRAMINE	39	NOVOLOG MIX 70/30 PREFILL	28
NEUPOGEN	36	NOXAFIL	10
NEXAVAR	14	NUEDEXTA	25
NEXIUM	34	NUVARING	30
NEXIUM GRANULES	34	NUVIGIL	26
NEXIUM I.V.	34	<i>nystatin</i>	10
NIASPAN	18	<i>nystatin (mouth-throat)</i>	47
NICOTROL INHALER	27	<i>nystatin (topical)</i>	45
NICOTROL NS	27	<i>nystatin pow 100000</i>	45
<i>nifediac cc</i>	18	O	
<i>nifedical xl</i>	18	<i>octreotide acetate</i>	31
<i>nifedipine</i>	19	<i>ofloxacin (ophth)</i>	41
<i>nifedipine er</i>	19	<i>ofloxacin (otic)</i>	47
NILANDRON	14	<i>omeprazole</i>	34
NIMODIPINE	19	<i>ondansetron hcl</i>	32
<i>nisoldipine</i>	19	<i>ondansetron inj</i>	32
NITRO-DUR	20	<i>ondansetron odt</i>	32
<i>nitrofurantoin</i>	12	ONGLYZA	29
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	12	ONTAK	14
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>	12	OPANA ER	7
<i>nitroglycerin</i>	20	ORACEA	47
NITROLINGUAL PUMPSPRAY	20	ORAP	24
NITROSTAT	20	ORAVIG	47
NORDITROPIN FLEXPRO	31	ORFADIN	30
NORDITROPIN NORDIFLEX PEN	31	<i>orphenadrine citrate</i>	26
<i>norethin acet & estrad-fe</i>	29	<i>orphenadrine w/ aspirin & caff</i>	26
<i>norethindrone & eth estradiol</i>	30	ORTHO EVRA	30
<i>norethindrone (contraceptive)</i>	30	ORTHO TRI-CYCLEN LO	30
<i>norethindrone acet & eth estra</i>	30	OXALIPLATIN	15
<i>norethindrone acetate</i>	32	<i>oxandrolone</i>	27
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol</i> 30		<i>oxaprozin</i>	8
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol-</i>		<i>oxcarbazepine</i>	21
<i>fe</i>	30	OXISTAT	45
<i>norethindrone-eth estradiol (triphasic)</i> 30		OXSORALEN ULTRA	45
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>	30	<i>oxybutynin chloride</i>	34
<i>norgestimate-ethinyl estradiol (triphasic)</i>			

<i>oxycodone hcl</i>	8
OXYCODONE HCL.....	8
<i>oxycodone w/ acetaminophen</i>	8
<i>oxycodone w/ aspirin</i>	8
OXYCONTIN	8
OXYTROL	34

P

PACERONE TAB 100MG.....	17
<i>paclitaxel</i>	13
PANCREAZE	34
PANRETIN	47
<i>pantoprazole sodium</i>	34
<i>parenteral electrolytes</i>	38
<i>paromomycin sulfate</i>	9
<i>paroxetine hcl</i>	22
PASER	11
PATADAY	41
PATANOL	41
PEDVAX HIB	38
<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-sod chloride-sod sulfate</i>	33
<i>peg 3350-potassium chloride-sod bicarbonate-sod chloride</i>	33
PEGANONE.....	21
PEGASYS	37
PEG-INTRON	37
PEG-INTRON REDIPEN	37
<i>penicillin g potassium</i>	9
PENICILLIN G PROCAINE	9
<i>penicillin v potassium</i>	9
PENNSAID	47
PENTASA	33
<i>pentostatin</i>	13
<i>pentoxifylline</i>	36
PERFOROMIST	43
<i>perindopril erbumine</i>	16
<i>permethrin</i>	47
<i>perphenazine</i>	24
<i>perphenazine-amitriptyline</i>	27
<i>phenelzine sulfate</i>	22
<i>phenytoin</i>	21
<i>phenytoin inj 50mg/ml</i>	21
<i>phenytoin sodium extended</i>	21
PHOSLO.....	31
PHOTOFRIN.....	15
<i>pilocarpine hcl (oral)</i>	47
PILOPINE HS	42

<i>pindolol</i>	18
<i>piperacillin sodium-tazobactam sodium</i> .	9
<i>piroxicam</i>	8
PLASMA-LYTE 56.....	40
PLASMA-LYTE A	40
PLASMA-LYTE-148.....	40
PLASMA-LYTE-148/D5W	40
PLASMA-LYTE-56/D5W.....	40
PLAVIX	36
<i>podofilox</i>	47
<i>polyethylene glycol 3350</i>	33
<i>polymyxin b-trimethoprim</i>	41
<i>potassium chloride</i>	38, 40
POTASSIUM CHLORIDE 0.3%/	40
<i>potassium chloride in d5w lactated ringers</i>	40
<i>potassium chloride in dextrose</i>	40
<i>potassium chloride in dextrose & sodium chloride</i>	40
<i>potassium chloride in nacl</i>	40
<i>potassium chloride microencapsulated crystals cr</i>	38
<i>potassium citrate (alkalinizer)</i>	34
PRADAXA	36
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	23
PRANDIN.....	29
<i>pravastatin sodium</i>	17
<i>prazosin hcl</i>	16
PRED MILD	41
<i>prednisolone acetate (ophth)</i>	41
PREDNISOLONE SODIUM PHOSP.....	41
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	31
<i>prednisone</i>	31
PREDNISONE INTENSOL	31
PREMASOL	39
PREVPAC.....	34
PREZISTA.....	11
PRIFTIN	11
PRIMAXIN	12
<i>primidone</i>	21
PRISTIQ.....	22
PROAIR HFA	43
<i>probenecid</i>	7
PROCALAMINE	39
<i>prochlorperazine</i>	32
<i>prochlorperazine edisylate</i>	32
<i>prochlorperazine maleate</i>	32
PROCRIT	36

PROGLYCEM	31
PROGRAF	37
PROLEUKIN	14
PROLIA	31
PROMACTA.....	36
<i>promethazine & phenylephrine</i>	43
<i>promethazine hcl</i>	32
<i>promethazine hcl inj</i>	32
PROMETRIUM	32
<i>propafenone hcl</i>	17
<i>propracaine hcl</i>	42
<i>propranolol hcl</i>	18
<i>propylthiouracil</i>	32
PROQUAD	38
PROSOL.....	39
PROTOPIC.....	46
<i>protriptyline hcl</i>	22
PROVIGIL	26
PULMICORT FLEXHALER.....	44
PULMOZYME.....	43
<i>pyrazinamide</i>	11
<i>pyridostigmine bromide</i>	25

Q

QUALAQUIN	10
<i>quinapril hcl</i>	16
<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	16
<i>quinidine gluconate</i>	17
<i>quinidine sulfate</i>	17
QVAR	44

R

RABAVERT	38
<i>ramipril</i>	16
RANEXA.....	19
<i>ranitidine hcl</i>	33
RAPAMUNE.....	37
REBETOL	11
REBIF.....	26
REBIF TITRATION PACK.....	26
RECOMBIVAX HB	38
REGONOL	25
REGRANEX.....	47
RELENZA DISKHALER.....	11
RELISTOR	33
RELPAK	25
REMICADE	37
REMODULIN	20

RENAGEL	31
REVELA.....	32
REQUIP XL	23
RESCRIPTOR	11
RESTASIS	42
RETIN-A MICRO	45
RETROVIR IV INFUSION.....	11
REVATIO	20
REVLIMID.....	37
REYATAZ.....	11
RHEUMATREX	37
RHINOCORT AQUA	44
<i>ribavirin (hepatitis c)</i>	11
<i>rifampin</i>	11
RILUTEK	25
<i>rimantadine hydrochloride</i>	12
<i>ringer's</i>	40
RISPERDAL CONSTA.....	24
<i>risperidone</i>	24
RITALIN LA.....	25
RITUXAN	14
<i>rivastigmine tartrate</i>	21
ROBAXIN INJ 100MG/ML.....	26
<i>ropinirole hydrochloride</i>	23
ROTATEQ.....	38
ROXICET SOL 5-325/5.....	8

S

SABRIL	21
SANCTURA XR	34
SANCUSO.....	32
SANDIMMUNE.....	37
SANDOSTATIN LAR DEPOT	31
SANTYL.....	47
SAPHRIS	24
SAVELLA	25
SAVELLA TITRATION PACK	25
<i>selegiline hcl</i>	23
<i>selenium sulfide</i>	45
SELZENTRY	11
SENSIPAR	29
SEREVENT DISKUS.....	43
SEROMYCIN.....	11
SEROQUEL	24
SEROQUEL XR	24
<i>sertraline hcl</i>	22
<i>silver sulfadiazine</i>	45
SIMCOR	18

<i>simvastatin</i>	17
SINGULAIR	43
<i>sodium chloride</i>	38, 40
<i>sodium chloride (gu irrigant)</i>	47
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	29
SOLARAZE	45
SOLU-CORTEF	31
SOMATULINE DEPOT	31
SOMAVERT.....	31
SORIATANE.....	45
<i>sotalol hcl</i>	17
SPIRIVA HANDIHALER	42
<i>spironolactone</i>	16
<i>spironolactone & hydrochlorothiazide</i> ..	19
SPORANOX	10
SPRYCEL.....	14
STALEVO 100	23
STALEVO 125	23
STALEVO 150	23
STALEVO 200	23
STALEVO 50	23
STALEVO 75.....	23
<i>stavudine</i>	11
STRATTERA.....	25
<i>streptomycin sulfate</i>	9
SUBOXONE SL FILM	27
<i>sucralfate</i>	34
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	45
<i>sulfacetamide sodium (ophth)</i>	41
<i>sulfacetamide sod-prednisolone</i>	40
SULFADIAZINE	9
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	12
<i>sulfasalazine</i>	33
<i>sulindac</i>	8
<i>sumatriptan succinate</i>	25
SUPRAX	10
SURMONTIL	22
SUSTIVA.....	11
SUTENT	14
SYMBICORT	44
SYMLIN	28
SYMLINPEN 120.....	28
SYMLINPEN 60	28
SYNAREL	30
SYNTHROID	32
SYPRINE	29

T

TABLOID	13
<i>tacrolimus</i>	37
TAMIFLU	12
<i>tamoxifen citrate</i>	14
<i>tamsulosin hcl</i>	34
TARCEVA	14
TARGRETIN	15, 47
TASIGNA.....	14
TAXOTERE.....	13
TAZORAC	45
TEGRETOL XR TAB 100MG	21
TEKAMLO	19
TEKTURNA	19
TEKTURNA HCT.....	19
<i>terazosin hcl</i>	16
<i>terbinafine hcl</i>	10
<i>terbutaline sulfate</i>	43
<i>terconazole vaginal</i>	35
TESTIM	27
<i>testosterone cypionate</i>	27
<i>testosterone enanthate</i>	27
TETANUS TOXOID ADSORBED	38
TETANUS/DIPHThERIA TOXOID	38
<i>tetracycline hcl</i>	10
TEVETEN	17
TEVETEN HCT	16
THALOMID	37
THEO-24	44
<i>theophylline</i>	44
<i>thioridazine hcl</i>	24
<i>thiothixene</i>	24
TIKOSYN	17
<i>timolol maleate (ophth)</i>	42
<i>tizanidine hcl</i>	26
TOBI.....	43
TOBRADEX	40
<i>tobramycin sulfate</i>	10
<i>tobramycin sulfate (ophth)</i>	41
<i>tobramycin-dexamethasone</i>	41
TOBREX OINT 0.3%	41
<i>tolmetin sodium</i>	8
<i>topiramate</i>	21
<i>topotecan hcl</i>	15
<i>toremide</i>	19
TORSEMIDE.....	19
TOVIAZ.....	34, 35

TRACLEER.....	20	<i>valproate sodium</i>	21
<i>tramadol hcl tab 50 mg</i>	8	<i>valproic acid</i>	21
<i>tramadol-acetaminophen</i>	8	VALTURNA.....	19
<i>trandolapril</i>	16	VALTURNA TAB 150-160	19
TRANSDERM-SCOP.....	32	VANCOCIN HCL.....	12
<i>tranylcyromine sulfate</i>	22	<i>vancomycin hcl</i>	12
TRAVASOL	39	VANDETANIB	14
TRAVATAN Z	42	VAQTA	38
<i>trazodone hcl</i>	22	VARIVAX	38
TREANDA.....	13	VELCADE.....	14
TRECTOR	11	<i>venlafaxine hcl</i>	22
TRELSTAR DEPOT MIXJECT	14	<i>verapamil hcl</i>	19
TRELSTAR LA MIXJECT	14	VESICARE	35
TRELSTAR MIXJECT.....	14	VFEND IV	10
<i>tretinoin</i>	45	VFEND SUS 40MG/ML.....	10
TRETINOIN	15	VICTOZA.....	28
<i>triamcinolone acetonide (mouth)</i>	47	VICTRELIS	12
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i>	46	VIDAZA.....	13
<i>triamterene & hydrochlorothiazide</i>	19	VIDEX.....	11
TRIBENZOR.....	16	VIGAMOX	41
TRICOR	18	VIIBRYD.....	22
<i>trifluoperazine hcl</i>	24	VIMOVO	8
<i>trifluridine</i>	41	VIMPAT	21
<i>trihexyphenidyl hcl</i>	23	VINBLASTINE SULFATE	13
TRILIPIX.....	18	<i>vincristine sulfate</i>	13
<i>trimethobenzamide hcl</i>	33	<i>vinorelbine tartrate</i>	13
<i>trimethoprim</i>	12	VIRACEPT.....	11
TRIPEDIA.....	38	VIRAMUNE	11
TRISENOX.....	15	VIRAMUNE XR.....	11
TRIZIVIR	11	VIREAD.....	11
TROPHAMINE	39	VISICOL.....	33
<i>trospium chloride</i>	35	VIVELLE-DOT.....	30
TRUVADA.....	11	VOLTAREN GEL 1%	47
TWINRIX	38	<i>voriconazole</i>	10
TYGACIL	12	VOTRIENT	14
TYKERB	14	VPRIV	30
TYPHIM VI	38	VYTORIN	18
TYZEKA	12	W	
U		<i>warfarin sodium</i>	36
ULORIC	7	WELCHOL.....	18
UROXATRAL	34	X	
<i>ursodiol</i>	34	XENAZINE	25
V		XIFAXAN TAB 550MG.....	34
VAGIFEM	30	XOLAIR.....	43
<i>valacyclovir hcl</i>	12	XOPENEX	43
VALCYTE.....	12	XYREM.....	26

Y

YF-VAX38

Z*zafirlukast*43*zaleplon*25

ZAVESCA30

ZEMPLAR40

ZENPEP34

ZETIA18

ZIAGEN11

zidovudine11

ZOLINZA14

zolpidem tartrate25

ZOMETA29

ZOMIG 25

ZOMIG ZMT 25

ZONALON 45

zonisamide 21

ZORTRESS 37

ZOSTAVAX 38

zovia 30

ZOVIRAX 45

ZYCLARA 47

ZYMAR 41

ZYMAXID 41

ZYPREXA 24

ZYPREXA ZYDIS 24

ZYTIGA 14

ZYVOX 12

ESTA PÁGINA HA SIDO DEJADA EN
BLANCO DE MANERA INTENCIONAL

ESTA PÁGINA HA SIDO DEJADA EN
BLANCO DE MANERA INTENCIONAL

ESTA PÁGINA HA SIDO DEJADA EN
BLANCO DE MANERA INTENCIONAL

ESTA PÁGINA HA SIDO DEJADA EN
BLANCO DE MANERA INTENCIONAL



MedicareRx
Cobertura Para Recetas Médicas X

Los planes MAPFRE Medicare Excel (HMO y HMO-POS) están suscritos por MAPFRE LIFE INSURANCE COMPANY. Una compañía Medicare Advantage con un contrato con Medicare. Los planes MAPFRE Medicare Excel (HMO y HMO-POS) están diseñados y disponibles para todos los beneficiarios de Medicare con Parte A y Parte B en los 78 municipios de Puerto Rico.

H5821_ENRpst0008_1F12 spa
F&U 09/05/2011