



**GEMCare Medicare Plus (HMO)
Formulario de 2011
(Lista de medicamentos cubiertos)**

LEA LO SIGUIENTE: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN ACERCA DE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN

Nota para los miembros actuales: Este formulario cambió con respecto al año pasado. Revise este documento para asegurarse de que aún contiene los medicamentos que toma.

Los beneficiarios deben utilizar las farmacias de la red para tener acceso al beneficio de medicamentos con receta. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias, la prima y/o los copagos o el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2012.

GEMCare Health Plan es una organización para el mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés) habilitada por el gobierno federal en virtud de un contrato con Medicare.

Para solicitar este documento en otro formato o idioma, llame al 1-877-697-2464, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-888-833-9312.

H5609_MKT_128_2011_SP_Standard Formulary_File and Use 10062010
HPMS Approved Formulary File Submission ID and version number: 11410v9

Última actualización 9/27/2010

¿En qué consiste el formulario de GEMCare Medicare Plus (HMO)?

Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por GEMCare Medicare Plus (HMO) con la colaboración de un equipo de proveedores de atención de salud, que representa los tratamientos recetados considerados parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Normalmente, GEMCare Medicare Plus (HMO) cubrirá los medicamentos incluidos en el formulario siempre que el medicamento sea necesario desde el punto de vista médico, que el medicamento con receta se obtenga en una farmacia de la red de GEMCare Medicare Plus (HMO) y se cumpla con otras normas del plan. Para obtener más información acerca de cómo obtener los medicamentos con receta, consulte la Evidencia de cobertura.

¿El Formulario está sujeto a cambios?

En términos generales, si usted toma un medicamento de nuestro formulario de 2011, que estaba cubierto al comienzo del año, no suspenderemos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2011, excepto cuando esté disponible un nuevo medicamento genérico menos costoso o cuando se dé a conocer nueva información contraria acerca de la seguridad o eficacia del medicamento. Otros tipos de cambios en el formulario, como el retiro de un medicamento del formulario, no afectarán a los miembros que estén tomando el medicamento en ese momento, ya que el mismo continuará disponible al mismo costo compartido para aquellos miembros que estén tomándolo durante el resto del año de cobertura. Consideramos que es importante que tenga acceso continuo a los medicamentos del formulario que estaban disponibles cuando eligió nuestro plan durante el resto del año de cobertura, salvo los casos en los que usted podría ahorrar más dinero o que nosotros podríamos garantizarle su seguridad.

Si retiramos medicamentos del formulario, o agregamos autorizaciones previas, límites de cantidad y/o restricciones en tratamientos escalonados en relación con un medicamento, o bien si pasamos un medicamento a un nivel de costo compartido superior, debemos notificar sobre el cambio a los miembros afectados al menos 60 días antes de que entre en vigencia dicho cambio, o en el momento que el miembro solicite un resurtido del medicamento, momento en el cual el miembro recibirá un suministro del medicamento para 60 días. Si la Administración de Drogas y Alimentos (*Food and Drug Administration*, FDA) considera inseguro un medicamento del formulario, o si el fabricante del medicamento lo retira del mercado, quitaremos de inmediato el medicamento del formulario y notificaremos a los miembros que tomen el medicamento en cuestión. El formulario adjunto está vigente desde el 27 de septiembre de 2010.

Para obtener información actualizada sobre los medicamentos que cubre GEMCare Medicare Plus (HMO), visite nuestro sitio web en www.gemcarehealthplan.com o llame al Servicio para los miembros al 1-800-546-5677, durante las 24 horas, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-866-706-4757.

En caso de que durante el año del plan se efectúen cambios en el formulario que no sean de mantenimiento, GEMCare Medicare Plus (HMO) se los comunicará a través de

fe de erratas que se le enviarán por correo. También puede visitar nuestro sitio web, donde encontrará un enlace a la fe de erratas.

¿Cómo utilizo el Formulario?

Hay dos formas para encontrar su medicamento en el formulario:

Enfermedad

El formulario empieza en la página 8. Los medicamentos de este formulario están agrupados en categorías, según el tipo de enfermedad para cuyo tratamiento se los usa. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar una afección cardíaca se incluyen en la categoría AGENTES CARDIOVASCULARES. Si sabe para qué se utiliza el medicamento que toma, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página 115. Luego busque el medicamento bajo esa categoría.

Listado alfabético

Si no está seguro sobre qué categoría debe consultar, busque el medicamento en el índice que comienza en la página 115. El índice proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento, tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Busque en el índice y encuentre su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de página donde puede encontrar información acerca de la cobertura. Vaya a la página que figura en el índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

GEMCare Medicare Plus (HMO) cubre tanto los medicamentos de marca como los genéricos. La FDA aprueba un medicamento genérico que tiene el mismo componente activo que el medicamento de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos son más económicos que los de marca.

¿Hay alguna restricción en mi cobertura?

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

- **Autorización previa:** GEMCare Medicare Plus (HMO) exige que usted o su médico obtengan una autorización previa para determinados medicamentos. Esto significa que necesitará tener la aprobación previa de GEMCare Medicare Plus (HMO) antes de obtener sus medicamentos con receta. Si no consigue la aprobación, es posible que GEMCare Medicare Plus (HMO) no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad:** Para ciertos medicamentos, GEMCare Medicare Plus (HMO) limita la cantidad del medicamento que cubrirá. Por ejemplo,

GEMCare Medicare Plus (HMO) proporciona seis comprimidos de Zomig al mes por receta. Esto puede ser complementario a un suministro estándar para un mes o tres meses.

- **Tratamiento escalonado:** En algunos casos, GEMCare Medicare Plus (HMO) requiere que usted primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su enfermedad antes de que cubramos otro medicamento para esa enfermedad. Por ejemplo, si tanto el medicamento A como el medicamento B se utilizan para tratar su enfermedad, GEMCare Medicare Plus (HMO) puede no cubrir el medicamento B a menos que usted pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no funciona en su caso, entonces GEMCare Medicare Plus (HMO) cubrirá el medicamento B.

Puede averiguar si su medicamento tiene algún otro requisito o límite en el formulario, que comienza en la página 8. También puede obtener más información sobre las restricciones que se aplican a medicamentos cubiertos específicos en nuestro sitio web en www.gemcarehealthplan.com.

Puede pedirle a GEMCare Medicare Plus (HMO) que haga una excepción a estas restricciones o límites. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte la sección “¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al formulario de GEMCare Medicare Plus (HMO)?”, en la página 5.

¿Qué son los medicamentos de venta libre?

Los medicamentos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés) son medicamentos sin receta que, normalmente, están cubiertos por un plan de medicamentos con receta de Medicare. GEMCare Medicare Plus (HMO) cubre determinados medicamentos de venta libre. A continuación, se incluye una lista de estos fármacos:

- omeprazole OTC

GEMCare Medicare Plus (HMO) proveerá estos medicamentos de venta libre sin costo alguno para usted. El costo de estos medicamentos de venta libre para GEMCare Medicare Plus (HMO) no se tendrá en cuenta en los costos totales de los medicamentos que le corresponden a usted.

¿Qué pasa si mi medicamento no está en el formulario?

Si el medicamento que toma no está incluido en este formulario, primero debe ponerse en contacto con el Servicio para los miembros y confirmar si su medicamento no está cubierto. Si sabe que GEMCare Medicare Plus (HMO) no cubre el medicamento que toma, tiene dos alternativas:

- Puede solicitar al Servicio para los miembros una lista de medicamentos similares que GEMCare Medicare Plus (HMO) cubra. Cuando reciba la lista, muéstrasela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por GEMCare Medicare Plus (HMO).

- Puede pedirle a GEMCare Medicare Plus (HMO) que haga una excepción en su caso y cubra el medicamento. Consulte más abajo para obtener información acerca de cómo solicitar una excepción.

¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al formulario de GEMCare Medicare Plus (HMO)?

Puede pedirle a GEMCare Medicare Plus (HMO) que haga una excepción a nuestras normas de cobertura. Hay varios tipos de excepciones que puede solicitarnos.

- Puede pedirnos que cubramos su medicamento aunque no esté en nuestro formulario.
- Puede pedirnos que no apliquemos restricciones o límites de cobertura para su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, GEMCare Medicare Plus (HMO) limita la cantidad del medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite en la cantidad, puede pedirnos que hagamos una excepción al límite y cubramos una cantidad mayor.

Puede pedirnos que le brindemos un nivel de cobertura superior para su medicamento. Si el fármaco se encuentra en el nivel de medicamentos no preferidos, puede pedirnos que lo cubramos al costo compartido que se aplica a los medicamentos incluidos en el nivel de medicamentos preferidos, con sujeción al proceso de excepciones de nivel. Esto reduciría la cantidad que usted debe pagar por su medicamento. Tenga en cuenta que si le concedemos su solicitud de cubrir un medicamento no incluido en el formulario, no podrá pedirnos que le brindemos un nivel de cobertura superior para el medicamento. Además, no podrá pedirnos que le proporcionemos un nivel de cobertura superior para los medicamentos que estén incluidos en el nivel de medicamentos especiales.

Por lo general, GEMCare Medicare Plus (HMO) sólo aprobará su solicitud de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan, el medicamento del nivel más bajo o las restricciones de uso adicionales no dieran tan buenos resultados para tratar su enfermedad y/o pudieran causarle efectos médicos adversos.

Debe ponerse en contacto con nosotros para solicitarnos una decisión de cobertura inicial para una excepción al formulario, a la categoría o a la restricción de uso. **Cuando solicite cualquiera de estos tipos de excepciones, debe presentar una declaración de su médico que avale su pedido.** Por lo general, debemos tomar una decisión dentro de las 72 horas de haber recibido la declaración que respalda su pedido de parte del médico o del profesional que le extiende la receta. Puede solicitar una excepción rápida (acelerada) si usted o su médico consideran que la espera de hasta 72 horas para la toma de la decisión podría perjudicar gravemente su salud. Si se le concede el trámite rápido de la excepción, debemos comunicarle nuestra decisión a más tardar dentro de las 24 horas después de recibida la declaración que respalda su pedido de parte del médico o del profesional que le extiende la receta.

¿Qué debo hacer antes de hablar con mi médico sobre el cambio de los medicamentos que tomo o la solicitud de una excepción?

Como miembro nuevo o permanente de nuestro plan, es posible que esté tomando medicamentos que no están incluidos en el formulario. O, tal vez, esté tomando un medicamento incluido en el formulario pero para el cual tenga una capacidad limitada para conseguirlo. Por ejemplo, puede necesitar una autorización previa de parte nuestra antes de que pueda obtener su medicamento con receta. Debe consultar con su médico para decidir si debe cambiar su medicamento por otro apropiado que nosotros cubramos o si debe solicitar una excepción al formulario para que cubramos el medicamento que toma. Mientras evalúa con su médico el curso de acción adecuado en su caso, podremos cubrir su medicamento en ciertos casos durante los primeros noventa (90) días que usted es miembro del plan.

Para cada uno de los medicamentos que no están incluidos en el formulario, o si su capacidad para conseguir los medicamentos es limitada, cubriremos un suministro temporal para treinta (30) días (a menos que tenga una receta para menos días) cuando acuda a una farmacia de la red. Después del primer suministro para 30 días, no pagaremos los medicamentos, incluso si ha sido miembro del plan durante menos de 90 días.

Si reside en un centro de atención a largo plazo, cubriremos un suministro de transición temporal para 31 días (a menos que tenga una receta para menos tiempo). Cubriremos más de un resurtido de estos medicamentos durante los primeros 90 días que usted es miembro del plan. Si necesita un medicamento que no está incluido en el formulario o si su capacidad para obtener los medicamentos es limitada, pero ya han pasado los primeros 90 días de ser miembro del plan, cubriremos un suministro de emergencia del medicamento para 31 días (a menos que tenga una receta para menos tiempo) mientras solicita la excepción al formulario.

Las excepciones se encuentran disponibles para los beneficiarios que hayan experimentado un cambio en el nivel de atención que reciben y que requiere que se transfieran de una instalación o centro de tratamiento a otro. A continuación, se incluyen ejemplos de situaciones en las que los beneficiarios serían elegibles para la única excepción temporal para obtener el medicamento cuando se encuentren fuera de la fecha de vigencia de tres meses del programa de la Parte D:

- i. Por ejemplo, si al beneficiario se le dio de alta del hospital y se le dio una lista de medicamentos basados en el formulario del hospital.
- ii. Los beneficiarios que finalizan su estadía de la Parte A de Medicare en un centro de atención de enfermería especializada (donde los pagos incluyen todos los cargos de farmacia) y que necesitan volver a su formulario del plan de la Parte D.
- iii. Los beneficiarios que abandonan su situación de hospicio para volver a los beneficios estándar de las Partes A y B de Medicare.
- iv. Los beneficiarios a los que se dio de alta de hospitales psiquiátricos crónicos con régimen de medicamentos que son muy individualizados.

Todas estas situaciones justificarían una única excepción temporal para obtener los medicamentos, independientemente de si el beneficiario se encuentra en los primeros noventa (90) días de inscripción en el programa.

Para obtener más información

Para obtener más información más detallada sobre la cobertura para medicamentos con receta de GEMCare Medicare Plus (HMO), consulte la Evidencia de cobertura y la demás documentación del plan.

Si tiene alguna pregunta sobre GEMCare Medicare Plus (HMO), llame al Servicio al cliente al 1-877-697-2464, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-888-833-9312. O visite www.gemcarehealthplan.com.

Si tiene preguntas generales acerca de la cobertura para medicamentos con receta de Medicare, comuníquese con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048. O visite www.medicare.gov.

Formulario de GEMCare Medicare Plus (HMO)

El formulario que se incluye a continuación ofrece información sobre la cobertura de algunos de los medicamentos que cubre GEMCare Medicare Plus (HMO). Si tiene alguna dificultad para encontrar en la lista el medicamento que toma, consulte el índice que comienza en la página 115.

La primera columna de la tabla indica el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están en mayúsculas (p. ej., LIPITOR) y los medicamentos genéricos figuran en letra cursiva minúscula (p. ej., *lisinopril*).

La información incluida en la columna Notas	Nombre del nivel
1	Genérico preferido
2	Genérico
3	Genérico no preferido y marca preferida
4	Marca no preferida
5	Inyectable
6	Especializados

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
ANALGÉSICOS		
Antiinflamatorios no esteroideos		
ARTHROTEC	4	Se aplica protocolo de tratamiento escalonado
CELEBREX	4	Cantidad límite: 60 cápsulas cada 30 días. Se aplica protocolo de tratamiento escalonado
<i>diclofenac dr</i>	1	
<i>diclofenac ec</i>	1	
<i>diclofenac potassium</i>	1	
<i>diclofenac xr</i>	1	
<i>Diflunisal</i>	2	
<i>Etodolac</i>	3	
<i>etodolac er</i>	2	
<i>Fenoprofen</i>	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>Flurbiprofen</i>	2	
<i>Ibuprofeno</i>	1	Suspensión oral
<i>Ibuprofeno</i>		Este medicamento con receta es parte del Programa "Free First Fill" (Primer surtido gratis)
		Se suministra sin costo alguno cuando selecciona este medicamento en lugar de la versión de marca de los medicamentos seleccionados.
INDOCIN	4	Suspensión oral
<i>Indomethacin</i>	2	
<i>indomethacin er</i>	2	
<i>Ketoprofen</i>	2	
<i>ketoprofen er</i>	2	
<i>Ketorolac</i>	5	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
<i>Ketorolac</i>	2	Cantidad límite: 20 comprimidos cada 30 días
<i>meclofenamate</i>	2	
<i>meloxicam</i>	1	Cantidad límite: 30 comprimidos cada 30 días. Este medicamento con receta es parte del programa "Free First Fill" y se suministra sin costo alguno cuando selecciona este medicamento en lugar de la versión de marca de los medicamentos seleccionados.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>nabumetone</i>	2	
<i>naproxen</i>	1	
<i>naproxen dr</i>	1	
<i>Naproxen sodium</i>	1	
<i>oxaprozin</i>	2	
<i>piroxicam</i>	3	
<i>Sulindac</i>	2	
<i>tolmetin sodium</i>	2	
Analgésicos opioides		
<i>acetaminophen/codeine</i>	2	Cantidad límite: 400 comprimidos cada 30 días
	2	
AVINZA	4	45mg, 75mg
AVINZA		Cantidad límite: 30 cápsulas cada 30 días. Se aplica protocolo de tratamiento escalonado; 120mg, 30mg, 60mg, 90mg.
		Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
<i>buprenorphine</i>	5	
<i>buprenorphine</i>	3	
<i>butalbital/acetaminophen/caffeine/codeine</i>	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>butorphanol</i>	2	Cantidad límite: 10ml cada 30 días. Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento.
<i>co-gesic</i>	2	Cantidad límite: 240 comprimidos cada 30 días
DARVON-N	4	
<i>endocet</i>	2	Cantidad límite: no superar los 4.000mg de acetaminophen (paracetamol) por día de 5/325mg y 7.5/325mg
<i>fentanyl</i>	3	Cantidad límite: 30 parches cada 30 días; dosis de formulación transdérmica
<i>hydrocodone/acetaminophen</i>	2	10/325mg
<i>hydrocodone/acetaminophen</i>	2	Cantidad límite: no superar los 4,000mg de acetaminophen (paracetamol) por día
<i>hydrocodone/acetaminophen</i>	2	Cantidad límite: 3600ml cada 30 días; solución oral
<i>hydrocodone/ibuprofen</i>	2	Cantidad límite: no superar los 4,000mg de acetaminophen (paracetamol) por día
<i>hydromorphone</i>	2	
<i>levorphanol</i>	2	
<i>margesic-h</i>	2	Cantidad límite: 240 cápsulas cada 30 días
<i>meperidine</i>	2	
<i>methadone</i>	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>methadone</i>		Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según
		las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
<i>methadose</i>	1	
<i>morphine sulfate</i>	5	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
<i>morphine sulfate</i>	2	
<i>morphine sulfate er</i>	2	
<i>nalbuphine</i>	5	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
<i>oxycodone</i>	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>oxycodone/</i> Error! Bookmark not defined. <i>acetaminophen</i>	2	Cantidad límite: no superar los 4,000mg de acetaminophen (paracetamol) por día de 5/500mg, 10/325mg, 5/325mg y 7.5/325mg, 7.5/500mg
<i>oxycodone/aspirin</i>	2	Cantidad límite: 360 comprimidos cada 30 días
<i>oxycodone/</i> Error! Bookmark not defined.	2	
OXYCONTIN	4	Cantidad límite: 120 comprimidos cada 30 días
<i>propoxyphene</i> Error!	2	
<i>propoxyphene/acetaminophen</i>	2	Cantidad límite: no superar los 4,000mg de acetaminophen (paracetamol) por día
<i>propoxyphene</i> Error! Bookmark not defined. <i>n/acetaminophen</i>	2	Cantidad límite: no superar los 4,000mg de acetaminophen (paracetamol) por día
<i>stagesic</i>	2	Cantidad límite: 240 cápsulas cada 30 días
SUBOXONE		
<i>tramadol</i>	2	Cantidad límite: 240 comprimidos cada 30 días
<i>tramadol/acetaminophen</i>	2	Cantidad límite: 240 comprimidos cada 30 días
<i>zerlor</i>	2	
ZYDONE	4	
ANESTÉSICOS		
Anestésicos locales		
<i>lidocaine</i>	1	
<i>lidocaine/prilocaine</i>	2	Cantidad límite: 30 gramos por receta; formulación de dosis tópica
ANTIBACTERIANO		
Aminoglucósidos		
<i>ak-tob</i>	1	Dosis de formulación oftalmológica

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>gentak</i>	2	Dosis de formulación oftalmológica
<i>gentamicin</i>	2	Dosis de formulación tópica
<i>gentamicin</i>	5	Dosis de formulación inyectable
<i>gentamicin</i>	2	Dosis de formulación oftalmológica
<i>gentamicin/nacl</i>	5	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
<i>gentasol</i>	2	Dosis de formulación oftalmológica
<i>kanamycin</i>	5	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
NEO-FRADIN	4	Solución oral
<i>neomycin</i>	2	
<i>paromomycin</i>	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>tobramycin</i>		Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias.
		Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
<i>tobramycin</i>	3	Dosis de formulación oftalmológica
<i>tobrasol</i>	1	Dosis de formulación oftalmológica
Antibacterianos, otros		
<i>baciim</i>	5	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
<i>bacitracin</i>	2	Dosis de formulación oftalmológica
<i>bacitracin/polymyxin</i>	2	Dosis de formulación oftalmológica
CLEOCIN	4	Dosis de formulación vaginal
<i>clindamycin</i>	2	
<i>clindamycin</i>	2	Dosis de formulación vaginal
<i>clindamycin</i>	2	Dosis de formulación tópica

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>clindamycin</i>	5	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
<i>colistimethate</i>	5	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
CUBICIN		Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación
		inyectable
<i>ees/sulfisoxazole</i>	2	Suspensión oral
FURADANTIN	4	Suspensión oral
<i>methenamine hippurate</i>	3	
METROGEL	4	Dosis de formulación tópica; 1%
<i>metronidazole</i>	2	
<i>metronidazole</i>	2	Dosis de formulación tópica

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>metronidazole</i>	2	Dosis de formulación vaginal
MONUROL	4	Suspensión oral
<i>mupirocin</i>	2	Dosis de formulación tópica
<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	2	Dosis de formulación vaginal
<i>neomycin/polymyxin/gramicidan</i>	2	Suspensión oral
<i>nitrofurantoin</i>	1	Dosis de formulación tópica
<i>nitrofurantoin macrocrystalline</i>	1	Dosis de formulación oftalmológica
NORITATE	4	Dosis de formulación oftalmológica
<i>polycin b</i>	2	
		Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
SYNERCID	5	
<i>trimethoprim</i>	2	
<i>trimethoprim/polymyxin</i>	2	Dosis de formulación oftalmológica
		Se requiere autorización previa; dosis de formulación inyectable
TYGACIL	5	
VANCOGIN	6	Se requiere autorización previa
<i>vancomycin</i>	5	Se requiere autorización previa; dosis de formulación inyectable
<i>vancomycin/dextrose</i>	5	Se requiere autorización previa; dosis de formulación inyectable
<i>vandazole</i>	2	Dosis de formulación vaginal
ZYVOX	6	Se requiere autorización previa; dosis de formulación inyectable

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
ZYVOX	6	Cantidad límite: 56 comprimidos cada 28 días; se requiere autorización previa
Betalactámicos, cefalosporinas		
<i>cefactor</i>	2	
<i>cefactor er</i>	2	
<i>cefadroxil</i>	2	
<i>cefazolin</i>		Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento;
<i>cefdinir</i>	2	
<i>cefoxitin</i>	5	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
<i>cefpodoxime</i>	2	
<i>cefprozil</i>	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>ceftriaxone</i>	5	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
<i>ceftriaxone/dextrose</i> Error! Bookmark not defined.	5	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
<i>cefuroxime</i>	2	
<i>cephalexin</i>	1	
MAXIPIME	5	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
SPECTRACEF		200mg
SUPRAX	4	
Betalactámicos, otros		

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
AZACTAM	5	Se requiere autorización previa; dosis de formulación inyectable
AZACTAM/DEXTROSE	5	Se requiere autorización previa; dosis de formulación inyectable
INVANZ	5	Se requiere autorización previa; dosis de formulación inyectable
MERREM	5	Dosis de formulación inyectable
PRIMAXIN IM	5	Se requiere autorización previa; dosis de formulación inyectable
PRIMAXIN IV	5	Se requiere autorización previa; dosis de formulación inyectable
Betalactámicos, penicilinas		
<i>amoxicillin</i>	1	
<i>amoxicillin/potassium clavulanate</i>	2	
<i>amoxicillin/potassium clavulanate er</i>	2	
<i>ampicillin</i>	1	
<i>ampicillin</i>	5	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>Ampicillin sulbactam</i>	5	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
<i>dicloxacillin</i>	2	
<i>naftillin</i>		Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
<i>penicillin g procaine</i>	5	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>penicillin g sodium</i>	5	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
<i>penicillin gk</i>	5	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
<i>penicillin gk/dextrose</i>	5	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
<i>penicillin vk</i>	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>piperacillin</i>	5	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
<i>piperacillin/tazobactam</i>	5	Se requiere autorización previa; dosis de formulación inyectable
ZOSYN		Se requiere autorización previa; dosis de formulación inyectable
Macrólidos		
<i>azithromycin</i>	5	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
<i>azithromycin</i>	2	Cantidad límite: 6 comprimidos por receta
<i>clarithromycin</i>	2	Cantidad límite: 28 comprimidos por receta
<i>clarithromycin er</i>	3	Cantidad límite: 28 comprimidos por receta
<i>e.e.s.</i>	1	
<i>ery</i>	1	
<i>ery-tab</i>	1	
<i>erythrocin</i>	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
ERYTHROCIN	5	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
<i>erythromycin</i>	1	Dosis de formulación tópica
<i>erythromycin</i>	1	Dosis de formulación oftalmológica
<i>erythromycin</i>	1	
<i>romycin</i>	1	Dosis de formulación oftalmológica
ZMAX	4	
Quinolonas		
AVELOX	5	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
AVELOX	4	Cantidad límite: 14 comprimidos por receta
AVELOX ABC		Cantidad límite: 14 comprimidos por receta
CILOXAN	4	Dosis de formulación oftalmológica
<i>ciprofloxacin</i>	1	Dosis de formulación oftalmológica

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>ciprofloxacin</i>	1	
<i>ciprofloxacin er</i>	3	
FACTIVE	4	Cantidad límite: 7 comprimidos por receta
LEVAQUIN	3	Cantidad límite: 14 comprimidos por receta
LEVAQUIN	5	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
LEVAQUIN/D5W	5	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
NOROXIN	4	
<i>ofloxacin</i>	2	Dosis de formulación oftalmológica
<i>ofloxacin</i>	2	Formulación de dosis ótica
<i>ofloxacin</i>	2	
QUIXIN	4	Dosis de formulación oftalmológica
VIGAMOX	4	Dosis de formulación oftalmológica
ZYMAR	4	Dosis de formulación oftalmológica
Sulfonamides		
<i>silver sulfadiazine</i>	2	Dosis de formulación tópica

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>sodium sulfacetamide</i>	2	Dosis de formulación oftalmológica
<i>ssd</i>	2	Dosis de formulación tópica
<i>sulfacetamide</i>	2	Dosis de formulación tópica
<i>sulfadiazine</i>	2	
		Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>		
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>	1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	1	
SULFAMYLON	4	Dosis de formulación tópica
<i>sulfatrim</i>	2	Suspensión oral
<i>thermazene</i>	2	Dosis de formulación tópica
Tetracyclines		
<i>demeclocycline</i>	2	
<i>doxycycline</i>	2	
<i>doxycycline hyclate</i>	2	
		Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
<i>doxycycline hyclate</i>	5	
<i>doxycycline monohydrate</i>	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>minocycline</i>	2	
<i>minocycline er</i>	1	
<i>tetracycline</i>	1	
ANTICONVULSIVOS		
Anticonvulsivos, otros		
BANZEL	4	
		Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
KEPPRA	5	
KEPPRA XR	4	
<i>levetiracetam</i>	3	Solución oral
<i>levetiracetam</i>	2	
VIMPAT	4	
VIMPAT	5	Cantidad límite: 1200ml cada 30 días; dosis de formulación inyectable
Modificadores de canales de calcio		
CELONTIN	4	
<i>ethosuximide</i>		
LYRICA	4	
<i>zonisamide</i>	1	
Aumentadores del ácido gamma-aminobutírico (GABA)		

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
DEPACON	5	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
<i>depakote sprinkle</i>	4	
<i>divalproex</i>	2	
<i>divalproex dr</i>	2	
<i>gabapentin</i>	2	Cantidad límite: 360 cápsulas de 100mg cada 30 días y 270 cápsulas de 300mg cada 30 días
<i>gabapentin</i>	2	Cantidad límite: 180 comprimidos de 600mg cada 30 días; 120 comprimidos de 800mg cada 30 días
GABITRIL	4	
NEURONTIN	4	Solución oral
<i>primidone</i>	2	
SABRIL	6	Cantidad límite: 180 cada 30 días; se requiere autorización previa al administrar el medicamento por primera vez; es posible que sólo se encuentre disponible en ciertas farmacias. Para obtener más información llame al 1-800-546-5677, durante las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-866-706-4757.
STAVZOR	4	
<i>valproate</i>	5	Dosis de formulación inyectable
<i>valproic acid</i>	2	
Reductores del glutamato		

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
FELBATOL	4	
LAMICTAL XR	4	
<i>lamotrigine</i>	2	
<i>topiramate</i>	2	
Inhibidores de los canales de sodio		
<i>carbamazepine</i>	1	
<i>carbamazepine er</i>	3	
CARBATROL	4	
CEREBYX		Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
DILANTIN	4	
<i>epitol</i>	2	
		Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
<i>fosphenytoin</i>	5	
<i>oxcarbazepine</i>	2	
PEGANONE	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
		Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
<i>phenytoin</i>	5	
<i>phenytoin</i>	1	
<i>phenytoin er</i>	1	
AGENTES ANTIDEMENCIA		
Agentes antidemencia, otros		
<i>ergoloid mesylate</i>	2	
Inhibidores de la colinesterasa		
ARICEPT	4	Cantidad límite: 30 comprimidos cada 30 días
COGNEX	4	Cantidad límite: 120 cápsulas cada 30 días
EXELON	4	Cantidad límite: 60 cápsulas cada 30 días; 180ml cada 30 días de solución oral
EXELON	4	Dosis de formulación transdérmica
<i>galantamine</i>	2	Cantidad límite: 180ml cada 30 días de solución oral
<i>galantamine er</i>		
Modificadores de la vía del glutamato		
NAMENDA	3	Cantidad límite: 60 comprimidos cada 30 días; 360ml cada 30 días de solución oral
ANTIDEPRESIVOS		
Antidepresivos, otros		
<i>amoxapine</i>	2	
<i>budeprion sr</i>	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>budeprion xl</i>	2	Cantidad límite: 30 comprimidos de 300mg cada 30 días
<i>bupropion</i>	2	
<i>bupropion sr</i>	2	
<i>maprotiline</i>	2	
<i>mirtazapine</i>	2	Cantidad límite: 30 comprimidos cada 30 días
<i>mirtazapine odt</i>	2	Cantidad límite: 30 comprimidos cada 30 días
<i>nefazodone</i>	2	
<i>perphenazine/amitriptyline</i>	2	
<i>trazodone</i>	1	
Inhibidores de la monoaminooxidasa		
		Cantidad límite: 30 parches cada 30 días; se requiere autorización previa al administrar el medicamento por primera vez. Dosis de formulación transdérmica
EMSAM	4	
MARPLAN	4	
NARDIL	3	
<i>tranylcypromine</i>	2	
Inhibidores de la recaptación de serotonina/norepinefrina		
<i>citalopram</i>	1	Solución oral
<i>citalopram</i>	1	Este medicamento con receta es parte del programa "Free First Fill" y se suministra sin costo alguno cuando se selecciona este medicamento en lugar de la versión de marca dentro de los medicamentos seleccionados.
CYMBALTA	4	Cantidad límite: 60 cápsulas de 20mg cada 30 días; 30 cápsulas de 30mg y 60mg cada 30 días
EFFEXOR XR		Cantidad límite: 60 cápsulas de 150mg cada 30 días; 180 cápsulas de 37.5mg cada 30 días; 90 cápsulas de 75mg

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>fluoxetine</i>	1	
<i>fluvoxamine</i>	2	Cantidad límite: 90 comprimidos de 100mg cada 30 días; 45 comprimidos de 25mg cada 30 días; 60 comprimidos de 50mg cada 30 días
LEXAPRO	4	Cantidad límite: 30 comprimidos cada 30 días; 620ml cada 30 días de solución oral
LUVOX CR	4	Cantidad límite: 60 cápsulas cada 30 días
<i>paroxetine</i>	2	Cantidad límite: 946ml cada 30 días; suspensión oral
<i>paroxetine</i>	2	Cantidad límite: 30 comprimidos cada 30 días. Este medicamento con receta es parte del programa "Free First Fill" y se suministra sin costo alguno cuando selecciona este medicamento en lugar de la versión de marca de los medicamentos seleccionados.
<i>paroxetine er</i>	2	12.5mg, 25mg
PRISTIQ	4	Cantidad límite: 30 comprimidos cada 30 días
<i>sertraline</i>	1	Cantidad límite: 60 comprimidos de 100mg cada 30 días; 30 comprimidos de 25mg cada 30 días; 300ml de solución oral cada 30 días

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>venlafaxine</i>	2	Cantidad límite: 90 comprimidos cada 30 días; 150 comprimidos de 75mg cada 30 días. Este medicamento con receta es parte del programa "Free First Fill" y se suministra sin costo alguno cuando se selecciona este medicamento en lugar de la versión de marca dentro de los medicamentos seleccionados.
VENLAFAXINE ER	4	
Tricíclicos		
<i>amitriptyline</i>	1	
<i>clomipramine</i>	2	
<i>desipramine</i>	2	
<i>doxepin</i>	1	
<i>imipramine</i>	2	
<i>nortriptyline</i>	1	
<i>nortriptyline</i>	2	Solución oral
<i>protriptyline</i>	2	
SURMONTIL		
NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
ANTÍDOTOS, DISUASIVOS Y AGENTES TOXICOLÓGICOS		
Antídotos		
ACETADOTE	5	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
ANTIZOL	6	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
CUPRIMINE	4	
DEPEN TITRA	4	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento.
EXJADE	6	Se requiere autorización previa; suspensión oral
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	2	Suspensión oral
SYPRINE	4	
Disuasivos		
<i>buproban</i>	2	
CAMPRAL	4	
CHANTIX	4	Se requiere autorización previa
NICOTROL NS	4	Cantidad límite: 40ml cada 30 días
Agentes toxicológicos		
<i>amifostine</i>	6	Se requiere autorización previa al administrar el medicamento por primera vez; dosis de formulación inyectable
<i>depade</i>	3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>leucovorin calcium</i>		Se requiere autorización previa al administrar el medicamento por primera vez; dosis de formulación inyectable
<i>leucovorin calcium</i>	4	Se requiere autorización previa al administrar el medicamento de 10mg por primera vez
MESNEX	6	
<i>naloxone</i>	5	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento
<i>naltrexone</i>	2	
ANTIEMÉTICOS		
Antieméticos		
ALOXI	5	Cantidad límite: 5ml por receta. Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis inyectable

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
ANZEMET	5	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
ANZEMET	4	Cantidad límite: 10 comprimidos por receta. Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento.
<i>chlorpromazine</i>	5	Dosis de formulación inyectable
<i>chlorpromazine</i>	2	
<i>diphenhydramine</i>		50mg; solución
<i>diphenhydramine</i>	5	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
<i>dronabinol</i>	3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
EMEND	4	Cantidad límite: 5 cápsulas por receta. Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento.
<i>granisetron</i>	3	Cantidad límite: 10 comprimidos por receta. Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento.
<i>granisol</i>	2	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; solución oral
<i>hydroxyzine pamoate</i>	2	
<i>mecizine</i>	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>metoclopramide</i>	5	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
<i>metoclopramide</i>	1	
<i>ondansetron</i>	5	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
<i>ondansetron</i>	2	Cantidad límite: 10 comprimidos con receta; 50ml de suspensión oral con receta. Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
		Cantidad límite: 10 comprimidos por receta. Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento.
<i>Ondansetron odt</i>	2	
<i>Perphenazine</i>	2	
<i>phenadoz</i>	2	Dosis de formulación rectal
<i>prochlorperazine</i>	5	Dosis de formulación inyectable
<i>prochlorperazine</i>	2	
		Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
<i>promethazine</i>	5	
<i>promethazine</i>	2	Dosis de formulación rectal
<i>promethazine</i>	2	Solución oral
<i>promethazine</i>	1	
<i>promethegan</i>	2	Dosis de formulación rectal
TRANSDERM-SCOP	4	Cantidad límite: 24 parches cada 30 días; dosis de formulación transdérmica
Antimicóticos		
ABELCET	6	Se requiere autorización previa; dosis de formulación inyectable
<i>amphotericin b</i>	5	Se requiere autorización previa; dosis de formulación inyectable
ANCOBON	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
		Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
CANCIDAS	6	
<i>ciclopirox</i>	3	Dosis de formulación tópica
<i>clotrimazole</i>	2	Dosis de formulación tópica
<i>clotrimazole</i>	2	Trocisco
<i>econazole</i>	2	Dosis de formulación tópica
ERAXIS	5	Se requiere autorización previa; dosis de formulación inyectable
EXELDERM	4	Dosis de formulación tópica
<i>fluconazole</i>	2	
<i>griseofulvin</i>	4	Suspensión oral
<i>itraconazole</i>	3	Se requiere autorización previa
<i>ketoconazole</i>	2	Dosis de formulación tópica
<i>ketoconazole</i>	2	
<i>kuric</i>	2	Dosis de formulación tópica
<i>miconazole</i>	2	Dosis de formulación vaginal
NAFTIN	4	Dosis de formulación tópica
NATACYN	3	Dosis de formulación oftalmológica
<i>nystatin</i>	1	Dosis de formulación tópica
<i>nystatin</i>	1	
<i>nystatin/triamcinolone</i>	1	Dosis de formulación tópica
<i>nystop</i>	1	Dosis de formulación tópica
OXISTAT	4	Dosis de formulación tópica
<i>pedi-dri</i>	1	Dosis de formulación tópica
<i>terbinafine</i>	2	
<i>terconazole</i>	2	Dosis de formulación vaginal
VFEND	6	Se requiere autorización previa
VFEND IV	6	Se requiere autorización previa; dosis de formulación inyectable
Agentes antigota		
<i>allopurinol</i>	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
COLCRYS	4	
<i>probenecid</i>	2	
<i>probenecid/colchicine</i>	2	
ANTIINFLAMATORIOS		
Glucocorticoides		
		Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
<i>a-methapred</i>	5	
CELESTONE	4	Solución oral
<i>cortisone</i>	2	
<i>dexamethasone</i>	1	
<i>hydrocortisone</i>	2	
<i>methylprednisolone</i>	2	
		Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
<i>Methylprednisolone acetate</i>	5	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>methylprednisolonesodium succinate</i>	5	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
<i>prednisolone</i>	2	Solución oral
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	2	Solución oral
<i>prednisone</i>	1	Solución oral
ANTIJAQUECOSOS		
Abortivos		
AMERGE	4	Cantidad límite: 9 comprimidos cada 30 días
AXERT		Cantidad límite: 12 comprimidos cada 30 días
<i>dihydroergotamine</i>	5	Dosis de formulación inyectable
ERGOMAR	4	Cantidad límite: 20 comprimidos cada 28 días
FROVA	4	Cantidad límite: 12 comprimidos cada 30 días
MAXALT	4	Cantidad límite: 12 comprimidos cada 30 días
MAXALT-MLT	4	Cantidad límite: 12 comprimidos cada 30 días
<i>migergot</i>	2	Dosis de formulación rectal
MIGRANAL	4	Cantidad límite: 16ml cada 30 días
RELPAK	4	Cantidad límite: 6 comprimidos cada 30 días
<i>sumatriptan</i>	2	Cantidad límite: 6ml cada 30 días; dosis de formulación inyectable
<i>sumatriptan</i>	2	
ZOMIG	3	Cantidad límite: 6 comprimidos cada 30 días
ZOMIG SPRAY	3	Cantidad límite: 1 inhalador cada 30 días

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
ZOMIG ZMT	3	Cantidad límite: 6 comprimidos cada 30 días
Profilácticos		
<i>divalproex er</i>	2	
<i>timolol maleate</i>	1	
ANTIMIASTÉNICOS		
Parasimpaticomiméticos		
GUANIDINE	3	
MESTINON	4	Jarabe
MESTINON TIMESPAN	4	
MYTELASE	4	
<i>pyridostigmine</i>	2	
ANTIMICOBACTERIANOS		
Antimicobacterianos, otros		
DAPSONE	3	
MYCOBUTIN	4	
Antituberculosos		
		Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
CAPASTAT	5	
<i>ethambutol</i>	2	
<i>isonarif</i>	2	
<i>isoniazid</i>	2	
PASER	4	
PRIFTIN	4	
<i>pyrazinamide</i>	2	
<i>rifampin</i>	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>rifampin</i>	5	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
RIFATER	4	
SEROMYCIN	4	
TRECATOR	4	
Alquilantes		
CEENU	4	Se requiere autorización previa al administrar el medicamento por primera vez
EMCYT	4	Se requiere autorización previa al administrar el medicamento por primera vez
HEXALEN	6	Se requiere autorización previa al administrar el medicamento por primera vez
LEUKERAN	3	
MATULANE	4	
ZANOSAR	5	Se requiere autorización previa al administrar el medicamento por primera vez; dosis de formulación inyectable
Antiangiogénicos		

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
REVLIMID	6	Se requiere autorización previa al administrar el medicamento de por primera vez; es posible que sólo se encuentre disponible en ciertas farmacias. Para obtener más información, llame al 1-800-546-5677, durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-866-706-4757.
THALOMID	6	Se requiere autorización previa al administrar el medicamento por primera vez
Antiestrógenos/modificadores		
FARESTON	4	
<i>tamoxifen</i>	2	
Antimetabolitos		
DROXIA	4	
<i>hydroxyurea</i>	2	
<i>mercaptopurine</i>	2	
TABLOID	4	Se requiere autorización previa al administrar el medicamento por primera vez
Antineoplásicos, otros		
AFINITOR	6	Cantidad límite: 60 comprimidos cada 30 días
ALIMTA	6	Se requiere autorización previa al administrar el medicamento por primera vez; dosis de formulación inyectable

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
ARRANON	6	Se requiere autorización previa al administrar el medicamento por primera vez; dosis de formulación inyectable
<i>bleomycin</i>	5	Se requiere autorización previa al administrar el medicamento por primera vez; dosis de formulación inyectable
<i>cyclophosphamide</i>	2	Se requiere autorización previa al administrar el medicamento por primera vez
ELITEK	6	Se requiere autorización previa al administrar el medicamento por primera vez; dosis de formulación inyectable
ISTODAX	6	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
<i>mitoxantrone</i>	6	Se requiere autorización previa al administrar el medicamento por primera vez; dosis de formulación inyectable
ONTAK	6	Se requiere autorización previa al administrar el medicamento por primera vez; dosis de formulación inyectable
<i>oxaliplatin</i>	5	Dosis de formulación inyectable

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
PROLEUKIN	6	Se requiere autorización previa al administrar el medicamento por primera vez; dosis de formulación inyectable
TRISENOX	5	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
TYKERB	6	Se requiere autorización previa al administrar el medicamento por primera vez
VELCADE	6	Se requiere autorización previa al administrar el medicamento por primera vez; dosis de formulación inyectable
VIDAZA	6	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
ZOLINZA	6	
Inhibidores de la aromatasa, 3.º generación		
ARIMIDEX	3	Cantidad límite: 30 comprimidos cada 30 días
AROMASIN	3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
FEMARA	4	
Inhibidores de dianas moleculares		
GLEEVEC	6	Cantidad límite: 90 comprimidos de 100mg cada 30 días y 60 comprimidos de 400mg cada 30 días; se requiere autorización previa al administrar el medicamento por primera vez
IRESSA	6	Cantidad límite: 30 comprimidos cada 30 días; se requiere autorización previa al administrar el medicamento por primera vez
NEXAVAR	6	Cantidad límite: 120 comprimidos cada 30 días; se requiere autorización previa al administrar el medicamento por primera vez
SPRYCEL		Se requiere autorización previa al administrar el medicamento de 20mg, 50mg y 70mg por primera vez
SUTENT	6	Se requiere autorización previa al administrar el medicamento por primera vez
TARCEVA	6	Se requiere autorización previa al administrar el medicamento por primera vez
TASIGNA	6	
VOTRIENT	6	Se requiere autorización previa al administrar el medicamento por primera vez
Anticuerpos monoclonales		

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
ARZERRA	6	Se requiere autorización previa al administrar el medicamento por primera vez; dosis de formulación inyectable
AVASTIN	6	Se requiere autorización previa al administrar el medicamento por primera vez; dosis de formulación inyectable
CAMPATH	6	Se requiere autorización previa al administrar el medicamento por primera vez; dosis de formulación inyectable
HERCEPTIN	6	Se requiere autorización previa al administrar el medicamento por primera vez; dosis de formulación inyectable
RITUXAN	6	Se requiere autorización previa al administrar el medicamento por primera vez; dosis de formulación inyectable
Retinoides		
PANRETIN	6	Dosis de formulación tópica
TARGRETIN	6	Se requiere autorización previa al administrar el medicamento por primera vez
TARGRETIN	6	Cantidad límite: 60 gramos por receta; se requiere autorización previa al administrar el medicamento por primera vez; dosis de formulación tópica
<i>tretinoin</i>	2	Se requiere autorización previa al administrar el medicamento por primera vez
Antihelmiticos		
BILTRICIDE	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>mebendazole</i>	2	
STROMEKTOL	4	
Antiprotozoarios		
ALINIA	4	
<i>chloroquine</i>	2	
DARAPRIM		
<i>hydroxychloroquine</i>	2	
MALARONE	4	
<i>mefloquine</i>	2	
MEPRON	4	Se requiere autorización previa; suspensión oral
PRIMAQUINE	4	
TINDAMAX	4	
Pediculicidas/Escabicidas		
<i>acticin</i>	2	Dosis de formulación tópica
<i>lindane</i>	2	Dosis de formulación tópica
<i>malathion</i>	3	Dosis de formulación tópica
<i>permethrin</i>	2	Dosis de formulación tópica
AGENTES ANTIPARKINSONIANOS		
Antiparkinsonianos		
<i>amantadine</i>	2	
APOKYN	6	Se requiere autorización previa; dosis de formulación inyectable
<i>atamet</i>	2	
AZILECT	4	
<i>benztropine</i>	1	
<i>bromocriptine</i>	2	
<i>carbidopa/levodopa</i>	2	
<i>carbidopa/levodopa er</i>	2	
<i>carbidopa/levodopa sr</i>	2	
COMTAN	3	Cantidad límite: 240 comprimidos cada 30 días
LODOSYN	4	
MIRAPEX	3	Cantidad límite: 90 comprimidos cada 30 días; 0.75mg
<i>pramipexole</i>	3	Cantidad límite: 90 comprimidos cada 30 días
REQUIP XL	4	
<i>ropinirole</i>	2	
<i>selegiline</i>	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
STALEVO	4	
TASMAR	4	
<i>trihexyphenidyl</i>	1	
ANTIPSICÓTICOS		
Atípicos		
		Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias.
ABILIFY	5	Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
ABILIFY	4	Cantidad límite: 30 comprimidos cada 30 días; 900ml cada 30 días de solución oral
ABILIFY DISCMELT	4	Cantidad límite: 60 comprimidos cada 30 días
<i>clozapine</i>	2	Cantidad límite: 120 comprimidos cada 30 días
FANAPT	4	
FAZACLO	4	Cantidad límite: 270 comprimidos cada 30 días
GEODON	4	Cantidad límite: 60 cápsulas cada 30 días
GEODON	5	Dosis de formulación inyectable
INVEGA	4	Cantidad límite: 60 comprimidos de 1.5mg y 6mg cada 30 días; 30 comprimidos de 3mg y 9mg cada 30 días
INVEGA SUSTENNA	6	Se requiere autorización previa al administrar el medicamento por primera vez; dosis de formulación inyectable; 117mg/0.75ml, 156mg/ml, 234mg/1.5ml

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
INVEGA SUSTENNA	5	Se requiere autorización previa al administrar el medicamento por primera vez; dosis de formulación inyectable; 39mg/0.25ml, 78mg/0.5ml
RISPERDAL <i>Risperidone</i>	5	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable.
<i>risperidone</i>		Solución oral
<i>risperidone</i>		Este medicamento con receta es parte del programa "Free First Fill" y se suministra sin costo alguno cuando se selecciona este medicamento en lugar de la versión de marca dentro de los medicamentos seleccionados.
<i>Risperidone odt</i>	2	Cantidad límite: 60 comprimidos cada 30 días; 120 comprimidos de 4mg cada 30 días
SAPHRIS	4	Cantidad límite: 60 comprimidos cada 30 días
SEROQUEL	4	Cantidad límite: 120 comprimidos de 100mg, 25mg y 50mg cada 30 días; 90 comprimidos de 200mg y 300mg cada 30 días; 60 comprimidos de 400mg cada 30 días
SEROQUEL XR	4	Cantidad límite: 30 comprimidos de 200mg cada 30 días; 60 comprimidos de 300mg y 400mg cada 30 días

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
SYMBYAX	4	Cantidad límite: 30 cápsulas cada 30 días
ZYPREXA	5	Cantidad límite: 30ml cada 30 días. Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
ZYPREXA	4	Cantidad límite: 30 comprimidos cada 30 días
ZYPREXA ZYDIS	4	Cantidad límite: 30 comprimidos cada 30 días
Convencionales		
COMPRO	2	Dosis de formulación rectal
<i>fluphenazine</i>	5	Dosis de formulación inyectable
<i>fluphenazine</i>	2	Solución oral
<i>fluphenazine</i>	2	
<i>haloperidol</i>	1	
<i>haloperido decanoate</i>	5	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
<i>haloperidol lactate</i>	5	Dosis de formulación inyectable
<i>loxapine</i>	2	Dosis de formulación rectal
ORAP	4	Dosis de formulación inyectable
<i>prochlorperazine</i>	2	Dosis de formulación rectal
<i>thioridazine</i>	1	
<i>thiothixene</i>	2	
<i>trifluoperazine</i>	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
ANTIESPÁSTICOS		
Antiespásticos		
<i>baclofen</i>	2	
<i>dantrolene</i>	2	
<i>tizanidine</i>	2	
ANTIVIRÓICOS		
Agentes anticitomegalovirus (CMV)		
<i>foscarnet</i>	5	Dosis de formulación inyectable
<i>ganciclovir</i>	2	
VALCYTE	6	
VISTIDE	6	Dosis de formulación inyectable
Antihepatitis		
BARACLUDE	4	Cantidad límite: 600ml cada 30 días; se requiere autorización previa al administrar el medicamento por primera vez; solución oral
BARACLUDE	6	Cantidad límite: 30 comprimidos cada 30 días; se requiere autorización previa
HEPSERA	6	Se requiere autorización previa al administrar el medicamento por primera vez
<i>ribasphere</i>	2	
<i>ribavirin</i>	2	
TYZEKA	4	Se requiere autorización previa al administrar el medicamento por primera vez
Antiherpéticos		
<i>acyclovir</i>	1	Cantidad límite: 1.5 gramos cada 28 días; formulación de dosis tópica
DENAVIR	4	
<i>famciclovir</i>	3	Dosis de formulación oftalmológica
<i>trifluridine</i>	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>valacyclovir</i>	3	Cantidad límite: 10 gramos cada 30 días; formulación de dosis tópica
ZOVIRAX	4	Cantidad límite: 1.5 gramos cada 28 días; formulación de dosis tópica
Agentes anti-VIH, inhibidores no nucleosídicos de la transcriptasa inversa		
INTELENCE	4	
RESCRIPTOR		
SUSTIVA	3	
VIRAMUNE	3	
Agentes anti-VIH, inhibidores nucleosídicos y nucleotídicos de la transcriptasa		
ATRIPLA	4	
COMBIVIR	3	
<i>didanosine</i>	3	
EMTRIVA	4	
EPIVIR	3	
EPIVIR HBV	3	
EPZICOM	4	
RETROVIR	5	Dosis de formulación inyectable
<i>stavudine</i>	3	
TRIZIVIR	4	
TRUVADA	4	
VIDEX	4	Solución oral
VIDEX EC	4	
VIREAD	4	
ZIAGEN	3	Solución oral
<i>zidovudine</i>	2	
Agentes anti-VIH, otros		
FUZEON	6	Dosis de formulación inyectable
ISENTRESS	6	
SELZENTRY	6	
Agentes anti-VIH, inhibidores de la proteasa		
APTIVUS	4	Cantidad límite: 300ml cada 30 días; solución oral
CRIXIVAN	4	
INVIRASE	4	
KALETRA	4	Solución oral
KALETRA	3	
LEXIVA	3	
NORVIR	3	
NORVIR	4	Solución oral
PREZISTA	4	
REYATAZ	3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
VIRACEPT	4	
RELENZA	4	
Antigripales		
<i>rimantadine</i>	3	
TAMIFLU	3	
ANSIOLÍTICOS		
Ansiolíticos, otros		
<i>bupirone</i>		
<i>meprobamate</i>	2	
AGENTES PARA EL TRASTORNO BIPOLAR		
Agentes para el trastorno bipolar		
<i>lithium carbonate</i>	2	
<i>lithium carbonate er</i>	2	
<i>lithium citrate</i>	2	Solución oral
REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
Antidiabéticos		
<i>acarbose</i>	2	
ACTOPLUS MET	4	Cantidad límite: 90 comprimidos cada 30 días
ACTOS	3	Cantidad límite: 90 comprimidos de 15mg cada 30 días; 30 comprimidos de 30mg y 45mg cada 30 días
AVANDAMET	4	Cantidad límite: 60 comprimidos cada 30 días; 30 comprimidos de 2-100mg cada 30 días
AVANDARYL	4	Cantidad límite: 60 comprimidos cada 30 días
AVANDIA	4	Cantidad límite: 60 comprimidos cada 30 días
BYETTA	5	Cantidad límite: 1 lapicera cada 30 días; dosis de formulación inyectable
<i>glimepiride</i>	1	
<i>glipizide/metformin</i>	1	
<i>glipizide</i>	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>glipizide er</i>	1	
<i>glipizide xl</i>	1	
<i>glyburide/metformin</i>	1	
<i>glyburide microsize</i>	1	
<i>glyburide</i>	1	
<i>glycron</i>	1	
GLYSET	4	
JANUMET	4	Se aplica protocolo de tratamiento escalonado
JANUVIA	3	Cantidad límite: 30 comprimidos cada 30 días
<i>metformin</i>	1	
<i>metformin er</i>	1	
<i>nateglinide</i>	1	Cantidad límite: 90 comprimidos cada 30 días
PRANDIMET		
PRANDIN	4	Cantidad límite: 240 comprimidos cada 30 días
SYMLIN	4	Cantidad límite: 20ml cada 30 días; dosis de formulación inyectable
SYMLN PEN	5	Dosis de formulación inyectable
<i>tolazamide</i>	2	
<i>tolbutamide</i>	2	
Reguladores de glucosa en la sangre, varios		
ALCOHOL PREP PAD	2	
GAUZE PADS	3	
INSULIN SYRINGES	2	
INSULIN PEN NEEDLE	2	
Glucemiantes		
GLUCAGEN	5	Dosis de formulación inyectable
GLUCAGON	5	Dosis de formulación inyectable
PROGLYCEM	3	Suspensión oral
Insulinas		
APIDRA	5	Cantidad límite: 30ml cada 30 días; dosis de formulación inyectable
HUMALOG	5	Cantidad límite: 30ml cada 30 días; dosis de formulación inyectable
HUMALOG MIX 50/50	5	Cantidad límite: 30ml cada 30 días; dosis de formulación inyectable

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
HUMALOG MIX 75/25	5	Cantidad límite: 30ml cada 30 días; dosis de formulación inyectable
HUMULIN 70/30	5	Cantidad límite: 30ml cada 30 días; dosis de formulación inyectable
HUMULIN N	5	Cantidad límite: 30ml cada 30 días; dosis de formulación inyectable
HUMULIN R	5	Cantidad límite: 30ml cada 30 días; dosis de formulación inyectable
HUMULIN R U-500	5	Cantidad límite: 30ml cada 30 días; dosis de formulación inyectable
LANTUS	5	Cantidad límite: 30ml cada 30 días; dosis de formulación inyectable
LEVEMIR	5	Cantidad límite: 30ml cada 30 días; dosis de formulación inyectable
NOVOLIN 70/30	5	Cantidad límite: 30ml cada 30 días; dosis de formulación inyectable
NOVOLIN N	5	Cantidad límite: 30ml cada 30 días; dosis de formulación inyectable
NOVOLIN R	5	Cantidad límite: 30ml cada 30 días; dosis de formulación inyectable
NOVOLOG	5	Cantidad límite: 30ml cada 30 días; dosis de formulación inyectable
NOVOLOG MIX 70/30	5	Cantidad límite: 30ml cada 30 días; dosis de formulación inyectable
RELION R	5	Cantidad límite: 30ml cada 30 días; dosis de formulación inyectable
EXPANSORES DE VOLUMEN/MODIFICADORES/PRODUCTOS SANGUÍNEOS		

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
Anticoagulantes		
ARIXTRA	6	Cantidad límite: 30 jeringas cada 30 días; se requiere autorización previa; dosis de formulación inyectable
ARIXTRA	4	Cantidad límite: 30 jeringas cada 30 días; se requiere autorización previa; dosis de formulación inyectable; 2.5/0.5
COUMADIN	6	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
COUMADIN	3	
FRAGMIN	6	Se requiere autorización previa Dosis de formulación inyectable
<i>heparin sodium/d5w</i>	5	Se requiere autorización previa; dosis de formulación inyectable
<i>heparin sodium/nacl</i>	5	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
INNOHEP	5	Se requiere autorización previa; dosis de formulación inyectable
JANTOVEN	1	
LOVENOX	4	Dosis de formulación inyectable
<i>warfarin</i>	1	
Productos formadores de sangre		
ARANESP	6	Se aplican límites en la cantidad; se requiere autorización previa; dosis de formulación inyectable
ARANESP	5	Se aplican límites en la cantidad; se requiere autorización previa; dosis de formulación inyectable; 25mcg y 40mcg
EPOGEN	6	Se aplican límites en la cantidad; se requiere autorización previa; dosis de formulación inyectable
EPOGEN	5	Cantidad límite: 12ml cada 28 días; se requiere autorización previa; dosis de formulación inyectable; 2000/ml, 3000/ml, 4000/ml
LEUKINE	5	Se requiere autorización previa; dosis de formulación inyectable
METHERGINE	5	
NEULASTA	6	Se requiere autorización previa; dosis de formulación inyectable
NEUMEGA	6	Se requiere autorización previa; dosis de formulación inyectable
NEUPOGEN	6	Se requiere autorización previa; dosis de formulación inyectable
PROCRIT	6	Se requiere autorización previa; dosis de formulación inyectable; 2000/ml, 4000/m

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
PROCRIT	6	Cantidad límite: 12ml cada 28 días; se requiere autorización previa; Dosis de formulación inyectable; 2000/ml, 3000/ml, 4000/m
PROCRIT	3	Se requiere autorización previa; dosis de formulación inyectable; 10000/ml
PROMACTA	6	Cantidad límite: 90 comprimidos cada 30 días; se requiere autorización previa
Coagulantes		
CYKLOKAPRON	5	Dosis de formulación inyectable
Inhibidores de agregación plaquetaria		
AGGRENOX	6	Cantidad límite: 90 comprimidos cada 30 días; se requiere autorización previa
<i>anagrelide</i>	2	
<i>cilostazol</i>	2	
EFFIENT	3	Cantidad límite: 30 comprimidos cada 30 días
<i>pentopak cr</i>	2	
<i>pentoxiphylline er</i>	2	
PLAVIX	3	Cantidad límite: 30 comprimidos de 75mg cada 30 días
<i>ticlopidine</i>	2	
AGENTES CARDIOVASCULARES		
Agonistas alfa-adrenérgicos		
CATAPRES	4	Cantidad límite: 4 parches cada 28 días; dosis de formulación transdérmica
<i>clonidine</i>	3	Dosis de formulación transdérmica
<i>clonidine</i>	1	
<i>guanabenz</i>	2	
<i>guanfacine</i>	2	
<i>methyldopa/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>methyldopa</i>	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
		Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
<i>methyldopate</i>	5	
<i>midodrine</i>	2	
Bloqueadores alfa-adrenérgicos		
<i>doxazosin</i>	1	
<i>prazosin</i>	2	
<i>reserpine</i>	2	
<i>terazosin</i>	1	
Antiarrítmicos		
<i>acebutolol</i>	2	
<i>amiodarone</i>	2	
<i>cartia xt</i>	2	
<i>diltiazem</i>	2	
<i>dilt-xr</i>	2	
<i>disopyramide</i>	2	
<i>flecainide</i>	2	
<i>mexiletine</i>	2	
MULTAQ	4	Cantidad límite: 60 comprimidos cada 30 días
<i>pacerone</i>	2	
		Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
<i>procainamide</i>	5	
<i>propafenone</i>	2	
<i>quinidine gluconate</i>	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>quinidine sulfate</i>	2	
<i>quinidine sulfate er</i>	2	
<i>sorine</i>	2	
<i>sotalol</i>	2	
<i>asita xt</i>	2	
TIKOSYN	4	
<i>verapamil</i>	2	
<i>verapamil</i>	5	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
<i>verapamil er</i>		
Bloqueadores beta-adrenérgicos		
<i>atenolol</i>	1	
<i>atenolol/chlorthalidone</i>	1	
<i>betaxolol</i>	2	
<i>bisoprolol fumarate</i>	2	
<i>bisoprolol/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>carvedilol</i>	1	Este medicamento con receta es parte del programa "Free First Fill" y se suministra sin costo alguno cuando se selecciona este medicamento en lugar de la versión de marca dentro de los medicamentos seleccionados.
COREG CR	4	Cantidad límite: 30 cápsulas cada 30 días
EXFORGE	4	Cantidad límite: 30 comprimidos cada 30 días

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>labetalol</i>	5	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
<i>labetalol</i>	2	
<i>levatol</i>	2	
<i>metoprolol</i>	5	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
<i>metoprolol er</i>	2	Cantidad límite: 30 comprimidos cada 30 días
<i>metoprolol tartrate</i>	1	
<i>metoprolol/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>nadolol</i>	1	
<i>nadolol/bendroflumethiazide</i>	2	
<i>pindolol</i>	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
		Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
<i>propranolol</i>	5	
<i>propranolol</i>	1	
<i>propranolol er</i>	2	
<i>Propranolol/hydrochlorothiazide</i>	1	
Bloqueadores de canales de calcio		
<i>afeditab cr</i>	2	
<i>amlodipine</i>	1	Cantidad límite: 30 comprimidos cada 30 días
<i>amlodipine/benazepril</i>	2	Cantidad límite: 30 cápsulas cada 30 días
<i>felodipine er</i>	3	
<i>isradipine</i>	2	
<i>nicardipine</i>	2	Cantidad límite: 30 comprimidos cada 30 días
<i>nifediac cc er</i>	2	
<i>nifedical xl</i>	2	
<i>nifedipine</i>	2	
<i>nifedipine er</i>	2	
<i>nimodipine</i>	3	
Agentes cardiovasculares, otros		
<i>digoxin</i>	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
LANOXIN	5	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
LANOXIN	3	
RANEXA	4	Cantidad límite: 120 comprimidos cada 30 días
Diuréticos		
<i>amiloride</i>	1	
<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>bumetanide</i>	4	Cantidad límite: 120 comprimidos cada 30 días
<i>chlorothiazide</i>	2	
<i>chlorthalidone</i>	2	
<i>eplerenone</i>	3	
<i>furosemide</i>		Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
<i>furosemide</i>	1	
<i>hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>indapamide</i>	1	
<i>methazolamide</i>	1	
<i>methyclothiazide</i>	2	
<i>metolazone</i>	2	
<i>spironolactone</i>	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>spironolactone/ hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>toremide</i>	2	
<i>triamterene/hydrochlorothiazide</i>	1	
Dislipidémicos		
ADVICOR	4	Cantidad límite: 30 comprimidos cada 30 días
CADUET	4	Cantidad límite: 30 comprimidos cada 30 días
<i>chloestyramine light</i>	2	Suspensión oral
<i>colestipol</i>	2	
CRESTOR	3	Cantidad límite: 30 comprimidos cada 30 días
<i>fenofibrate</i>	2	
<i>gemfibrozil</i>	2	
LESCOL	4	Cantidad límite: 60 cápsulas cada 30 días
LESCOL XL	4	Cantidad límite: 30 comprimidos cada 30 días
LIPITOR	3	Cantidad límite: 30 comprimidos cada 30 días
<i>lovastatin</i>	2	Cantidad límite: 30 comprimidos cada 30 días; 60 comprimidos de 40mg cada 30 días
LOVAZA	4	Cantidad límite: 120 cápsulas cada 30 días
<i>niacor</i>	2	
NIASPAN	4	Cantidad límite: 60 comprimidos cada 30 días
<i>pravastatin</i>		Cantidad límite: 30 comprimidos cada 30 días; 60 comprimidos de 40mg cada 30 días
<i>prevalite</i>	2	Suspensión oral
SIMCOR	4	Cantidad límite: 60 comprimidos cada 30 días

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>simvastatin</i>	1	Cantidad límite: 30 comprimidos cada 30 días. Este medicamento con receta es parte del programa "Free First Fill" y se suministra sin costo alguno cuando selecciona este medicamento en lugar de la versión de marca de los medicamentos seleccionados.
TRICOR	4	Cantidad límite: 30 comprimidos cada 30 días
TRILIPIX	4	
VYTORIN	4	Cantidad límite: 30 comprimidos cada 30 días
WELCHOL	4	
ZETIA	4	Cantidad límite: 30 comprimidos cada 30 días
Inhibidores del sistema renina-angiotensina-aldosterona		
ATACAND	3	Cantidad límite: 30 comprimidos cada 30 días
ATACAND HCT	3	Cantidad límite: 30 comprimidos de 16-12.5mg y 32- 12.5mg cada 30 días
AVALIDE	4	Cantidad límite: 30 comprimidos cada 30 días; se aplica protocolo de tratamiento escalonado
AVAPRO	4	Cantidad límite: 30 comprimidos cada 30 días; se aplica protocolo de tratamiento escalonado
<i>benazepril</i>	1	
<i>benazepril/hydrochlorothiazide</i>	1	
BENICAR	4	Cantidad límite: 30 comprimidos cada 30 días; se aplica protocolo de tratamiento escalonado
BENICAR HCT	4	Cantidad límite: 30 comprimidos cada 30 días; se aplica protocolo de tratamiento escalonado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>captopril</i>	1	
<i>captopril/hydrochlorothiazide</i>	1	
COZAAR	4	Cantidad límite: 30 comprimidos cada 30 días; se aplica protocolo de tratamiento escalonado
DIOVAN		Cantidad límite: 30 comprimidos cada
		30 días; se aplica protocolo de tratamiento escalonado
DIOVAN HCT	3	Cantidad límite: 30 comprimidos cada 30 días; se aplica protocolo de tratamiento escalonado
<i>enalapril</i>	1	Este medicamento con receta es parte del programa "Free First Fill" y se suministra sin costo alguno cuando se selecciona este medicamento en lugar de la versión de marca dentro de los medicamentos seleccionados.
<i>Enalapril/hydrochlorothiazide</i>	1	Este medicamento con receta es parte del programa "Free First Fill" y se suministra sin costo alguno cuando se selecciona este medicamento en lugar de la versión de marca dentro de los medicamentos seleccionados.
<i>Fosinopril</i>	2	
<i>fosinopril/hydrochlorothiazide</i>	2	
HYZAAR	4	Cantidad límite: 30 comprimidos cada 30 días; se aplica protocolo de tratamiento escalonado
<i>lisinopril</i>	1	
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>losartan</i>	2	Cantidad límite: 30 comprimidos cada 30 días; se aplica protocolo de tratamiento escalonado
<i>losartan/hydrochlorothiazide</i>	2	Cantidad límite: 30 comprimidos cada 30 días; se aplica protocolo de tratamiento escalonado
MICARDIS	4	Cantidad límite: 30 comprimidos cada 30 días; se aplica protocolo de tratamiento escalonado
MICARDIS HCT	4	Cantidad límite: 30 comprimidos cada 30 días; se aplica protocolo de tratamiento escalonado
<i>moexipril</i>	2	
<i>moexipril/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>quinapril</i>	2	
<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	2	
TARKA	4	Cantidad límite: 30 comprimidos cada 30 días
TEKTURNA		Cantidad límite: 30 comprimidos cada 30 días; se aplica protocolo de tratamiento escalonado
TEKTURNA HCT	4	Cantidad límite: 30 comprimidos cada 30 días; se aplica protocolo de tratamiento escalonado
<i>trandolapril</i>	2	
VALTURNA	4	Cantidad límite: 30 comprimidos cada 30 días; se aplica protocolo de tratamiento escalonado
Vasodilatadores		
BIDIL	4	Se requiere autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>hydralazine</i>	5	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
<i>hydralazine</i>	2	
<i>isochron</i>	2	
<i>isosorbide dinitrate</i>	1	
<i>isosorbide dinitrate er</i>	1	
<i>isosorbide mononitrate</i>	1	
<i>isosorbide mononitrate er</i>	1	
LETAIRIS	6	Se requiere autorización previa; es posible que sólo se encuentre disponible en ciertas farmacias. Para obtener más información llame al 1-800-546-5677, durante las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-866706-4757.
<i>Minitran</i>	2	Dosis de formulación transdérmica
<i>minoxidil</i>	2	
NITRO-DUR	4	Dosis de formulación transdérmica
<i>nitroglycerin</i>	2	Dosis de formulación transdérmica

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>nitroglycerin</i>	5	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
NITROLINGUAL	4	
NITROSTAT		
AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
Anfetaminas, ADHD		
<i>amphetamine</i>	2	Cantidad límite: 90 comprimidos cada 30 días
<i>dextroamphetamine</i>	2	Cantidad límite: 180 comprimidos cada 30 días
<i>dextroamphetamine er</i>	2	Cantidad límite: 120 cápsulas cada 30 días
No anfetaminas, ADHD		
CONCERTA	4	Cantidad límite: 30 comprimidos cada 30 días; 60 comprimidos de 36mg cada 30 días
<i>dexmethylphenidate</i>	2	Cantidad límite: 90 comprimidos cada 30 días
METADATE CD	4	Cantidad límite: 180 cápsulas cada 30 días
<i>metadate er</i>	2	Cantidad límite: 90 comprimidos cada 30 días
<i>methylin</i>	2	Cantidad límite: 90 comprimidos cada 30 días
<i>methylin er</i>	2	Cantidad límite: 90 comprimidos cada 30 días
<i>methylphenidate</i>	2	Cantidad límite: 90 comprimidos cada 30 días
<i>methylphenidate sr</i>	2	Cantidad límite: 90 comprimidos cada 30 días

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
RITALIN LA	4	Cantidad límite: 60 cápsulas cada 30 días
STRATTERA	4	Cantidad límite: 60 cápsulas cada 30 días
No anfetaminas, otros		
PROVIGIL	3	Cantidad límite: 60 comprimidos cada 30 días
RILUTEK	4	Se requiere autorización previa
XENAZINE	6	Se requiere autorización previa
XYREM		Se requiere autorización previa; es posible que sólo se encuentre disponible en ciertas farmacias. Para obtener más información llame al 1-800-546-5677, durante las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-866706-4757; solución oral

AGENTES ORALES Y DENTALES

Agentes orales y dentales

APHTHASOL	4	
<i>chlorhexidine gluconate oral rinse</i>	2	
<i>lidocaine viscous</i>	2	
<i>periogard</i>	2	
<i>pilocarpine</i>	2	
<i>triamcinolone/orabase</i>	2	

AGENTES DERMATOLÓGICOS

Agentes dermatológicos

8-MOP	3	Se requiere autorización previa
ALDARA	4	Dosis de formulación tópica
<i>ammonium lactate</i>	2	Dosis de formulación tópica
<i>avita</i>	2	Dosis de formulación tópica
<i>calcipotriene</i>	2	Dosis de formulación tópica
<i>clindamycinbenzoyl peroxide</i>	2	Dosis de formulación tópica
<i>clotrimazole/betamethasone</i>	2	Dosis de formulación tópica
<i>colocort</i>	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
DIFFERIN	4	Se requiere autorización previa; dosis de formulación tópica
ELIDEL	4	Cantidad límite: 30 gramos por receta; se requiere autorización previa; dosis de formulación tópica
<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i>	2	Dosis de formulación tópica
<i>fluorouracil</i>	3	Dosis de formulación tópica; crema
<i>fluorouracil</i>	2	Dosis de formulación tópica; solución
<i>hydrocortisone enema</i>	1	
<i>imiquimod</i>	2	Dosis de formulación tópica
<i>laclotion</i>	2	Dosis de formulación tópica
<i>lidocaine</i>	1	Dosis de formulación tópica
LIDODERM	2	Dosis de formulación tópica
ORACEA	4	
OXSORALEN-ULTRA	4	Se requiere autorización previa al administrar el medicamento por primera vez
<i>podofilox</i>	3	Dosis de formulación tópica
<i>proctocream-hc</i>	2	Dosis de formulación rectal
<i>proctosol-hc</i>	2	Dosis de formulación rectal
<i>proctozone hc</i>	2	Dosis de formulación rectal
PROTOPIC	4	Cantidad límite: 30 gramos por receta; se requiere autorización previa al administrar el medicamento por primera vez; dosis de formulación tópica
REGANEX	4	Cantidad límite: 15 gramos cada 30 días; se requiere autorización previa; formulación de dosis tópica
RETIN-A MICRO GEL	4	Dosis de formulación tópica
SANTYL	3	Cantidad límite: 30 gramos por receta; formulación de dosis tópica
<i>selenium sulfide</i>	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
SOLARAZE	4	Cantidad límite: 50 gramos por receta; se requiere autorización previa; dosis de formulación tópica
TAZORAC	4	Dosis de formulación tópica
<i>tretinoin</i>	2	Dosis de formulación tópica
<i>u-cort</i>	2	Dosis de formulación tópica
REEMPLAZOS/MODIFICADORES ENZIMÁTICOS		
Reemplazos/modificadores enzimáticos		
ADAGEN	6	Se requiere autorización previa; dosis de formulación inyectable
ALDURAZYME	6	Se requiere autorización previa; dosis de formulación inyectable
BUPHENYL	4	
CEREDASE	6	Se requiere autorización previa; dosis de formulación inyectable
CEREZYME	6	Se requiere autorización previa; dosis de formulación inyectable
CREON	4	Unidades de 6000, 12000 y 24000
CYSTADANE	4	Solución oral
CYSTAGON	4	
ELAPRASE	6	Se requiere autorización previa; dosis de formulación inyectable
FABRAZYME	6	Se requiere autorización previa; dosis de
KUVAN	6	Se requiere autorización previa; solución oral
<i>levocarnitine</i>	2	
MYOZYME	6	Se requiere autorización previa; dosis de formulación inyectable
NAGLAZYME	6	Se requiere autorización previa Dosis de formulación inyectable
ORFADIN	6	Se requiere autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
SUCRAID	4	Solución oral
ZAVESCA	4	
AGENTES GASTROINTESTINALES		
Antiespasmódicos, gastrointestinales		
		Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
<i>atropine sulfate</i>	5	
CANTIL	4	
<i>dicyclomine</i>	1	
<i>glycopyrrolate</i>	2	
<i>methscopolamine</i>	2	
Agentes gastrointestinales, otros		
COLYTE	2	Solución oral
<i>constulose</i>	2	Solución oral
<i>diphenoxylate/atropine</i>	2	
<i>enulose</i>	2	Solución oral
GASTROCROM	4	
<i>generlac</i>	2	Solución oral
HELIDAC	4	
<i>lactulose</i>	2	Solución oral
<i>loperamide</i>	2	
MOTOFEN	4	
NULYTELY	3	Solución oral
<i>trilyte</i>	2	Solución oral
URSO FORTE	4	
<i>ursodiol</i>	2	
Bloqueadores de la histamina2 (H2)		
<i>cimetidine</i>	1	
<i>famotidine</i>	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>famotidine</i>	1	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
<i>nizatidine</i>	1	
<i>ranitidine</i>	1	
<i>ranitidine</i>	5	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
Agentes para tratar el síndrome del intestino irritable		
LOTRONEX	3	Cantidad límite: 60 comprimidos cada 30 días; se requiere autorización previa
Protectores		
<i>misoprostol</i>	2	
<i>sucralfate</i>	2	
Inhibidores de la bomba de protones		
<i>lansoprazole</i>	3	Cantidad límite: 30 cápsulas cada 30 días
NEXIUM	4	Cantidad límite: 30 cápsulas cada 30 días; se aplica protocolo de tratamiento escalonado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
NEXIUM GRANULES	4	Se aplica protocolo de tratamiento escalonado; suspensión oral
NEXIUM I.V.	5	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
<i>omeprazole</i>	1	Cantidad límite: 60 cápsulas cada 30 días. Este medicamento con receta es parte del programa "Free First Fill" y se suministra sin costo alguno cuando se selecciona este medicamento en lugar de la versión de marca dentro de los medicamentos seleccionados; 10mg y 20mg
<i>pantoprazole</i>		Cantidad límite: 30 comprimidos cada 30 días
AGENTES GENITOURINARIOS		
Antiespasmódicos, urinarios		
<i>bethanechol</i>	1	Cantidad límite: 60 cápsulas cada 30 días. Este medicamento con receta es parte del programa "Free First Fill" y se suministra sin costo alguno cuando se selecciona este medicamento en lugar de la versión de marca dentro de los medicamentos seleccionados.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
DETROL	3	Cantidad límite: 60 comprimidos cada 30 días; se aplica protocolo de tratamiento escalonado
DETROL LA	3	Cantidad límite: 30 cápsulas cada 30 días
ENABLEX	4	Cantidad límite: 30 comprimidos cada 30 días; se aplica protocolo de tratamiento escalonado
<i>flavoxate</i>	2	
<i>oxybutynin</i>	1	
<i>oxybutynin er</i>	2	Cantidad límite: 90 comprimidos de 10mg cada 30 días; 60 comprimidos de 15mg cada 30 días; 180 comprimidos de 5mg cada 30 días
OXYTROL	4	Dosis de formulación transdérmica
SANCTURA	4	Cantidad límite: 30 cápsulas cada 30 días; se aplica protocolo de tratamiento escalonado
VESICARE	4	Cantidad límite: 30 cápsulas cada 30 días; se aplica protocolo de tratamiento escalonado
Agentes para el tratamiento de la hipertrofia prostática benigna		
AVODART	4	Cantidad límite: 30 cápsulas cada 30 días
<i>finasteride</i>	2	Cantidad límite: 30 comprimidos cada 30 días
<i>tamsulosin</i>	2	Cantidad límite: 60 cápsulas cada 30 días
UROXATRAL	3	Cantidad límite: 30 comprimidos cada 30 días
Agentes genitourinarios, otros		
<i>neomycin/polymyxin gu</i>	2	
<i>sodium chloride irrigation</i>		
<i>sterile water irrigation</i>	2	
THIOLA	3	
Ligadores de fosfatos		

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>calcium acetate</i>	2	
RENAGEL	4	
REVELA	4	
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/REEMPLAZOS/ MODIFICADORES (glándulas suprarrenales)		
Glucocorticoides/mineralocorticoides		
<i>ala cort</i>	2	Dosis de formulación tópica
<i>alclometasone</i>	2	Dosis de formulación tópica
<i>amcinonide</i>	2	Dosis de formulación tópica
<i>augmented betamethasone</i>	2	Dosis de formulación tópica
<i>betamethasone dipropionate</i>	1	Dosis de formulación tópica
<i>betamethasone valerate</i>	1	Dosis de formulación tópica
<i>beta-val</i>	1	Dosis de formulación tópica
<i>clobetasol</i>	2	Dosis de formulación tópica
DERMA-SMOOTH OIL/FS BODY	4	Dosis de formulación tópica
<i>desonide</i>	2	Dosis de formulación tópica
<i>desoximetasone</i>	2	Dosis de formulación tópica
<i>diflorasone</i>	2	Dosis de formulación tópica
<i>fludrocortisone</i>	2	
<i>fluocinolone acetonide</i>	2	Dosis de formulación tópica
<i>fluocinonide</i>	2	Dosis de formulación tópica
<i>fluticasone</i>	2	Dosis de formulación tópica
<i>halobetasol</i>	2	Dosis de formulación tópica
HALOG	4	Dosis de formulación tópica
<i>hydrocortisone</i>	1	Dosis de formulación tópica
<i>hydrocortisone butyrate</i>	2	Dosis de formulación tópica
<i>hydrocortisone valerate</i>	2	Dosis de formulación tópica
<i>isovate</i>	2	Dosis de formulación tópica
<i>lokara</i>	2	Dosis de formulación tópica
<i>mometasone</i>	2	Dosis de formulación tópica
<i>prednicarbate</i>	2	Dosis de formulación tópica
<i>procto-pak</i>	2	Dosis de formulación rectal
<i>triamcinolone</i>	1	Dosis de formulación tópica
<i>triderm</i>	2	Dosis de formulación tópica
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/REEMPLAZOS/ MODIFICADORES (HIPÓFISIS)		

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
Agentes hormonales, estimulantes/reemplazos/modificadores (hipófisis)		
<i>desmopressin</i>	5	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento.
<i>desmopressin</i>	3	
GENOTROPIN	5	Se requiere autorización previa; dosis de formulación inyectable
GENOTROPIN	6	Se requiere autorización previa; dosis de formulación inyectable; 12mg, 5mg
HUMATROPE	6	Se requiere autorización previa; dosis de formulación inyectable
INCRELEX	5	Se requiere autorización previa; dosis de formulación inyectable
NORDITROPIN	6	Se requiere autorización previa; dosis de formulación inyectable
NUTROPIN	6	Se requiere autorización previa; dosis de formulación inyectable
NUTROPIN AQ	6	Se requiere autorización previa; dosis de formulación inyectable
SAIZEN	6	Se requiere autorización previa; dosis de formulación inyectable
SEROSTIM	6	Se requiere autorización previa; dosis de

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
SOMATULINE	6	Se requiere autorización previa; dosis de formulación inyectable
ZORBTIVE	6	Se requiere autorización previa; dosis de formulación inyectable
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/REEMPLAZOS/ MODIFICADORES (MODIFICADORES/HORMONAS SEXUALES)		
Esteroides anabólicos		
ANADROL-50	4	
<i>oxandrolone</i>	2	
Andrógenos		
ANDRODERM	4	Cantidad límite: 30 parches cada 30 días; dosis de formulación transdérmica
ANDROGEL		Cantidad límite: 300 gramos cada 30 días; dosis de formulación tópica
ANDROID	4	
<i>androxy</i>	2	
<i>danazol</i>	2	
STRIANT	4	Se requiere autorización previa
TESTIM	4	Dosis de formulación tópica
<i>testosterone enanthate</i>	5	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
TESTRED	4	
Estrógenos		
ACTIVELLA	3	0.5-1mg

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
ALORA	4	Dosis de formulación transdérmica
<i>apri</i>	2	
<i>aranelle</i>	2	
<i>aviane</i>	2	
<i>balziva</i>	2	
CENESTIN	3	
<i>cesia</i>	2	
<i>cryselle-28</i>	2	
<i>enpresse-28</i>	3	
ESTRACE	4	Dosis de formulación vaginal
ESTRADERM	4	Dosis de formulación transdérmica
<i>estradiol</i>	2	Dosis de formulación transdérmica
<i>estradiol</i>	2	
<i>estradiol/norethindrone</i>	2	
ESTRASORB	4	Dosis de formulación tópica Cantidad límite: 1 anillo cada 90 días; dosis de formulación vaginal
ESTRING	4	
<i>estropipate</i>	2	
FEMHRT	4	
<i>junel</i>	2	
<i>junel fe</i>	2	
<i>kariva</i>	2	
<i>kelnor</i>	2	
<i>leena</i>	2	
<i>lessina-28</i>	2	
<i>levora-28</i>	2	
<i>low-ogestrel</i>	2	
<i>lutra</i>	2	
MENEST	3	
<i>microgestin</i>	2	
<i>microgestin fe</i>	2	
<i>mononessa</i>	2	
<i>necon</i>	2	
<i>necon 7/7/7</i>	2	
<i>nortrel</i>	2	
<i>nortrel 7/7/7</i>	2	
NUVARING	4	Dosis de formulación vaginal
<i>ocella</i>	2	
<i>ogestrel</i>	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
ORTHO EVRA	4	Dosis de formulación transdérmica
<i>ortho-est</i>	2	
<i>portia-28</i>	2	
PREFEST	2	
PREMARIN	2	Dosis de formulación vaginal
		Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
PREMARIN	5	
PREMARIN	2	
PREMPHASE	3	
PREMPRO	3	
<i>previfem</i>	2	
<i>quasense</i>	2	
<i>reclipsen</i>	2	
<i>solia</i>	2	
<i>sprintec</i>	2	
<i>sronyx</i>	2	
<i>tri-legest fe</i>	2	
<i>tri-nessa</i>	2	
<i>tri-previfem</i>	2	
<i>tri-sprintec</i>	2	
<i>trivora-18</i>	2	
VAGIFEM	4	Dosis de formulación vaginal
<i>velivet</i>	2	
VIVELLE-DOT	4	Dosis de formulación transdérmica
<i>zovia</i>		
Gestágenos		
<i>camila</i>	2	
CRINONE	4	Dosis de formulación vaginal
<i>errin</i>	2	
<i>jolivette</i>	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>medroxyprogesterone acetate</i>	5	Dosis de formulación inyectable
<i>medroxyprogesterone acetate</i>	2	
MEGACE ES	4	Se requiere autorización previa al administrar el medicamento por primera vez; suspensión oral
<i>megestrol</i>	3	Se requiere autorización previa al administrar el medicamento por primera vez
<i>nora-be</i>	2	
<i>norethindrone</i>	2	
PROCHIEVE	4	Dosis de formulación vaginal
PROMETRIUM	4	
Modificadores selectivos de los receptores de estrógeno		
EVISTA	3	Cantidad límite: 30 comprimidos cada 30 días
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/REEMPLAZOS/MODIFICADORES (TIROIDES)		
Agentes hormonales, estimulantes/reemplazos/modificadores (tiroides)		
CYTOMEL	3	
<i>levothroid</i>	1	
<i>levothyroxine</i>	1	
LEVOXYL	1	
<i>liothyronine</i>	1	
SYNTHROID	3	
THYROLAR	3	
<i>unithroid</i>	1	
AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (GLÁNDULAS SUPRARRENALES)		
Agentes hormonales, supresores (glándulas suprarrenales)		
LYSODREN	1	
AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (GLÁNDULAS PARATIROIDEAS)		

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
Agentes hormonales, supresores (glándulas paratiroides)		
SENSIPAR	3	
AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (HIPÓFISIS)		
Agentes hormonales, supresores (hipófisis)		
<i>cabergoline</i>	3	
ELIGARD		Se requiere autorización previa; Dosis de formulación inyectable
<i>leuprolide</i>	5	Se requiere autorización previa; dosis de formulación inyectable
OCTREOTIDE	5	Se requiere autorización previa; dosis de formulación inyectable de 50mg
OCTREOTIDE	6	Se requiere autorización previa; dosis de formulación inyectable
SANDOSTATIN	6	Se requiere autorización previa; dosis de formulación inyectable
SOMAVERT	6	Se requiere autorización previa; dosis de formulación inyectable
SYNAREL	6	Se requiere autorización previa; dosis de formulación inyectable
AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (MODIFICADORES/HORMONAS SEXUALES)		
Antiandrogénicos		
<i>bicalutamide</i>	2	Cantidad límite: 30 comprimidos cada 30 días
<i>flutamide</i>	2	
NILANDRON	4	
AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (TIROIDES)		
Antitiroideos		

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>methimazole</i>	2	
<i>propylthiouracil</i>	2	
AGENTES INMUNITARIOS		
Inmunosupresores		
ARCALYST	6	Se requiere autorización previa; dosis de formulación inyectable
AZASAN	4	Se requiere autorización previa al administrar el medicamento por primera vez
<i>azathioprine</i>	2	Se requiere autorización previa al administrar el medicamento por primera vez
CELLCEPT	4	Se requiere autorización previa al administrar el medicamento por primera vez
CELLCEPT IV	5	Se requiere autorización previa al administrar el medicamento por primera vez; dosis de formulación inyectable
<i>cyclosporine</i>	3	Se requiere autorización previa al administrar el medicamento por primera vez
<i>cyclosporine</i>	5	Se requiere autorización previa al administrar el medicamento por primera vez; dosis de formulación inyectable
<i>cyclosporine modified</i>	3	Se requiere autorización previa al administrar el medicamento de 50mg y la solución
ENBREL	6	Cantidad límite: 8ml cada 28 días en 50mg; 16ml cada 28 días en 25mg; se requiere autorización previa; dosis de formulación inyectable

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
HUMIRA	6	Cantidad límite: 8 cada 28 días; se requiere autorización previa; dosis de formulación
HUMIRA PEN CROHNS	6	Cantidad límite: 8 cada 28 días; se requiere autorización previa; dosis de formulación inyectable
<i>methotrexate</i>	5	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
<i>methotrexate</i>	2	
<i>mycophenolate</i>	1	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento.
MYFORTIC	4	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
NEORAL	4	Se requiere autorización previa al administrar el medicamento por primera vez
ORENCIA	6	Se requiere autorización previa; dosis de formulación inyectable
ORTHOCLONE	6	Se requiere autorización previa al administrar el medicamento por primera vez; dosis de formulación inyectable
PROGRAF	4	Se requiere autorización previa al administrar el medicamento por primera vez
PROGRAF	5	Se requiere autorización previa al administrar el medicamento por primera vez; dosis de formulación inyectable
RAPAMUNE	4	Se requiere autorización previa al administrar el medicamento por primera vez
REMICADE	6	Se requiere autorización previa; dosis de formulación inyectable
SANDIMMUNE	4	Se requiere autorización previa al administrar el medicamento por primera vez
SIMPONI	6	Se requiere autorización previa; Se aplica protocolo de tratamiento escalonado; dosis de formulación inyectable

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
SIMULECT	6	Se requiere autorización previa al administrar el medicamento por primera vez; dosis de formulación inyectable
<i>tacrolimus</i>	3	Se requiere autorización previa al administrar el medicamento por primera vez
Inmunizantes, pasivos		
<i>carimune nf</i>	6	Se requiere autorización previa al administrar el medicamento por primera vez; dosis de formulación inyectable
<i>flebogamma</i>	6	Se requiere autorización previa; dosis de formulación inyectable
<i>gamastan s/d</i>	5	Se requiere autorización previa; dosis de formulación inyectable
<i>gammagard</i>	6	Se requiere autorización previa; dosis de formulación inyectable
<i>octagam</i>	6	Se requiere autorización previa; dosis de formulación inyectable
VIVAGLOBIN	6	Se requiere autorización previa; dosis de formulación inyectable
Inmunomoduladores		
ACTIMMUNE	6	Se requiere autorización previa; dosis de formulación inyectable
ALFERON N	6	Se requiere autorización previa; dosis de formulación inyectable

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
AVONEX	6	Cantidad límite: 1 kit cada 28 días; se requiere autorización previa; dosis de formulación inyectable
BETASERON	6	Se requiere autorización previa al administrar el medicamento por primera vez; dosis de formulación inyectable
COPAXONE	6	Cantidad límite: 1 kit cada 30 días; se requiere autorización previa; dosis de formulación inyectable
INFERGEN	6	Se requiere autorización previa; dosis de formulación inyectable
INTRON-A	6	Se requiere autorización previa al administrar el medicamento por primera vez; dosis de formulación inyectable; lapicera de 10MU, 18MU y 5MU
INTRON-A	5	Se requiere autorización previa al administrar el medicamento por primera vez; dosis de formulación inyectable; lapiceras de 10MU y 3MU
KINERET	6	Se requiere autorización previa al administrar el medicamento por primera vez; dosis de formulación inyectable
<i>leflunomide</i>	2	
PEGASYS	6	Cantidad límite: 1 kit cada 28 días; se requiere autorización previa; dosis de formulación inyectable
PEG-INTRON	6	Cantidad límite: 1 kit cada 28 días; se requiere autorización previa; dosis de formulación inyectable

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
REBIF	6	Cantidad límite: 12ml cada 30 días; se requiere autorización previa; dosis de formulación inyectable
REBIF TITRATION PACK	6	Cantidad límite: 6ml cada 30 días; se requiere autorización previa; dosis de formulación inyectable
RIDAURA	4	
TYSABRI	6	Se requiere autorización previa; es posible que sólo se encuentre disponible en ciertas farmacias. Para obtener más información llame al 1-800-546-5677, durante las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-866-706-4757; dosis de formulación inyectable
Vacunas		
ACTHIB	5	Dosis de formulación inyectable
ADACEL	5	Dosis de formulación inyectable
ATTENUVAX	5	Dosis de formulación inyectable
BOOSTRIX	5	Dosis de formulación inyectable
CERVARIX	5	Dosis de formulación inyectable
COMVAX	5	Dosis de formulación inyectable
DAPTACEL		Dosis de formulación inyectable
DECAVAC	5	Dosis de formulación inyectable
DIPHThERIA/TETANUS PEDIATRIC	5	Dosis de formulación inyectable

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
ENGERIX-B	5	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
GARDASIL	5	Se requiere autorización previa; dosis de formulación inyectable
HAVRIX	5	Dosis de formulación inyectable
IMOVAX RABIES	5	Dosis de formulación inyectable
INFANRIX	5	Dosis de formulación inyectable
IPOL	5	Dosis de formulación inyectable
JE-VAX	5	Dosis de formulación inyectable
MENACTRA	5	Dosis de formulación inyectable
MENOMUNE	5	Dosis de formulación inyectable
MERUVAX II	5	Dosis de formulación inyectable
M-M-R II	5	Dosis de formulación inyectable
PEDIARIX	5	Dosis de formulación inyectable
<i>pedvax hib</i>	5	Dosis de formulación inyectable
PROQUAD	5	Dosis de formulación inyectable
RABAVERT	5	Dosis de formulación inyectable
RECOMBIVAX-HB	5	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
ROTATEQ	5	Suspensión oral
TETANUS TOXOID ADSORBED	3	Dosis de formulación inyectable

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
TETANUS/DIPHThERIA TOXOID	5	Dosis de formulación inyectable
TRIHIBIT	5	Dosis de formulación inyectable
TRIPEDIA	5	Dosis de formulación inyectable
TWINRIX	5	Dosis de formulación inyectable
TYPHIM VI	5	Dosis de formulación inyectable
VAQTA		Dosis de formulación inyectable
VARIVAX	5	Dosis de formulación inyectable
VIVOTIF	5	Dosis de formulación inyectable
YF-VAX	5	Dosis de formulación inyectable
ZOSTAVAX	5	Se requiere autorización previa; dosis de formulación inyectable
AGENTES PARA LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL		
Glucocorticoides		
ENTOCORT EC	4	
<i>prednisone</i>	1	
Salicilatos		
ASACOL	4	
<i>balsalazide</i>	3	
CANASA	4	Dosis de formulación rectal
DIPENTUM	4	
<i>mesalamine</i>	2	
PENTASA	4	
Sulfonamidas		
<i>sulfasalazine</i>	2	
<i>sulfazine ec</i>	2	
AGENTES PARA LA ENFERMEDAD METABÓLICA ÓSEA		
Agentes para las osteopatías metabólicas		
ACTONEL	4	150mg
ACTONEL	4	Cantidad límite: 5 comprimidos de 30mg y 35mg cada 30 días; 30 comprimidos de 5mg cada 30 días; se aplica protocolo de tratamiento escalonado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>alendronate</i>	1	Cantidad límite: 120 comprimidos de 10mg cada 30 días; 5 comprimidos de 35mg y 70mg cada 30 días; 30 comprimidos de 40mg cada 30 días; 240 comprimidos de 5mg cada 30 días. Este medicamento con receta es parte del programa "Free First Fill" y se suministra sin costo alguno cuando se selecciona este medicamento en lugar de la versión de marca dentro de los medicamentos seleccionados.
BONIVA	5	Cantidad límite: 1 comprimido cada 30 días; se aplica protocolo de tratamiento escalonado
BONIVA	5	Cantidad límite: 1 kit cada 30 días; es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento. Se aplica protocolo de tratamiento escalonado; dosis de formulación inyectable
<i>calcitonin</i>	3	
<i>calcitriol</i>	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>calcitriol</i>	5	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
<i>etidronate disodium</i>	3	
FORTEO	6	Se requiere autorización previa; dosis de formulación inyectable
<i>fortical</i>	4	
HECTOROL	4	
HECTOROL	5	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>pamidronate</i>	5	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
SKELID	4	
ZEMPLAR	4	Se requiere autorización previa
ZEMPLAR	5	Se requiere autorización previa; dosis de formulación inyectable
ZOMETA	5	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
AGENTES OFTÁLMICOS		
Agentes oftálmicos, otros		
<i>ak-con</i>	1	Dosis de formulación oftalmológica
BLEPHAMIDE S.O.P.	4	Dosis de formulación oftalmológica
<i>dexasporin</i>	2	Dosis de formulación oftalmológica
LACRISERT	3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>naphazoline</i>	1	Dosis de formulación oftalmológica
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin</i>	2	Dosis de formulación oftalmológica
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i>	2	Dosis de formulación oftalmológica
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i>	2	Dosis de formulación oftalmológica
<i>parcaine</i>	2	Dosis de formulación oftalmológica
<i>poly-dex</i>	2	Dosis de formulación oftalmológica
POLY-PRED	4	Dosis de formulación oftalmológica
PRED-G	4	Dosis de formulación oftalmológica
PRED-G S.O.P.	4	Dosis de formulación oftalmológica
<i>proparacaine</i>	2	Dosis de formulación oftalmológica
RESTASIS	4	Se requiere autorización previa; formulación de dosis oftalmológica
<i>sulfacetamide/prednisolone</i>	2	Dosis de formulación oftalmológica
<i>tobramycin/dexamethasone</i>	3	Dosis de formulación oftalmológica
Agentes oftálmicos antialérgicos		
ALAMAST	4	Dosis de formulación oftalmológica
ALOCRIL	4	Dosis de formulación oftalmológica
ALOMIDE	4	Dosis de formulación oftalmológica
<i>azelastine</i>	3	Dosis de formulación oftalmológica
<i>cromolyn sodium</i>	2	Dosis de formulación oftalmológica

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
PATANOL	4	Dosis de formulación oftalmológica
Agentes oftálmicos antiglaucoma		
<i>acetazolamide</i>	2	Dosis de formulación oftalmológica
ALPHAGAN P	4	Dosis de formulación oftalmológica
<i>apraclonidine</i>	3	Dosis de formulación oftalmológica
AZOPT	3	Dosis de formulación oftalmológica
<i>betaxolol</i>	2	Dosis de formulación oftalmológica
BETIMOL	4	Dosis de formulación oftalmológica
BETOPTIC-S	4	Dosis de formulación oftalmológica
<i>brimonidine</i>		Dosis de formulación oftalmológica
NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>carteolol</i>	2	Dosis de formulación oftalmológica
<i>dorzolamide</i>	2	Dosis de formulación oftalmológica
<i>dorzolamide/timolol</i>	2	Dosis de formulación oftalmológica
IOPIDINE	4	Dosis de formulación oftalmológica; 1%
<i>levobunolol</i>	2	Dosis de formulación oftalmológica
<i>metipranolol</i>	2	Dosis de formulación oftalmológica
<i>mydral</i>	2	Dosis de formulación oftalmológica
PHOSPHOLINE	4	Dosis de formulación oftalmológica
PILOPINE HS	4	Dosis de formulación oftalmológica
<i>timolol</i>	1	Dosis de formulación oftalmológica

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>timolol maleate</i>	1	Dosis de formulación oftalmológica
<i>tropicamide</i>	2	Dosis de formulación oftalmológica
Antiinflamatorios oftálmicos		
ALREX	4	Dosis de formulación oftalmológica
<i>dexamethasone phosphate</i>	2	Dosis de formulación oftalmológica
<i>diclofenac</i>	2	Dosis de formulación oftalmológica
FLAREX	4	Dosis de formulación oftalmológica
<i>fluorometholone</i>	2	Dosis de formulación oftalmológica
<i>flurbiprofen</i>	2	Dosis de formulación oftalmológica
FML	4	Dosis de formulación oftalmológica
FML FORTE	4	Dosis de formulación oftalmológica
<i>ketorolac</i>	2	Dosis de formulación oftalmológica
LOTEMAX	4	Dosis de formulación oftalmológica
MAXIDEX	4	Dosis de formulación oftalmológica
NEVANAC	4	Dosis de formulación oftalmológica
PRED MILD	4	Dosis de formulación oftalmológica
<i>prednisolone</i>	2	Dosis de formulación oftalmológica
<i>prednisolone sodium</i>	2	Dosis de formulación oftalmológica
VEXOL	4	Dosis de formulación oftalmológica
Análogos de la prostamida y prostaglandina oftálmicos		
LUMIGAN	4	Cantidad límite: 7.5ml cada 30 días; dosis de formulación oftalmológica

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
TRAVATAN Z	3	Cantidad límite: 5ml cada 30 días; dosis de formulación oftalmológica
XALATAN	3	Cantidad límite: 5ml cada 30 días; dosis de formulación oftalmológica
AGENTES ÓTICOS		
Agentes óticos		
<i>acetazol hc</i>		Formulación de dosis ótica
<i>acetic acid</i>	2	Formulación de dosis ótica
<i>acetic acid/hydrocortisone</i>	2	Formulación de dosis ótica
<i>borofair</i>	2	Formulación de dosis ótica
CIPRO HC	3	Formulación de dosis ótica
CIPRODEX	4	Formulación de dosis ótica
COLY-MYCIN S	4	Formulación de dosis ótica
<i>cortomycin</i>	2	Formulación de dosis ótica
DERMOTIC	3	Formulación de dosis ótica
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i>	2	Formulación de dosis ótica
AGENTES DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS		
Antihistamínicos		
ASTELIN	4	Cantidad límite: 1 inhalador cada 30 días
<i>carbinoxamine</i>	2	Solución oral
<i>clemastine</i>	2	Solución oral
<i>cyproheptadine</i>	2	
<i>dexchlorpheniramine</i>	2	Solución oral
<i>fexofenadine</i>	2	Cantidad límite: 30 comprimidos de 180mg cada 30 días; 60 comprimidos de 30mg y 60mg cada 30 días

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>hydroxyzine hydrochloride</i>	5	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
<i>hydroxyzine hydrochloride</i>	2	
<i>palgic</i>	2	Solución oral
Antiinflamatorios, corticoesteroides inhalados		
AEROBID-M	3	Cantidad límite: 3 inhaladores cada 30 días
ASMANEX 120	4	Cantidad límite: 2 inhaladores cada 30 días
ASMANEX 14	4	Cantidad límite: 4 inhaladores cada 30 días
ASMANEX 30	4	Cantidad límite: 2 inhaladores cada 30 días
ASMANEX 60	4	Cantidad límite: 2 inhaladores cada 30 días
BECONASE AQ	3	Cantidad límite: 2 inhaladores cada 30 días
FLOVENT HFA	3	Cantidad límite: 2 inhaladores cada 30 días
<i>flunisolide</i>	1	Cantidad límite: 1 inhalador cada 30 días
<i>fluticasone</i>	1	Cantidad límite: 1 inhalador cada 30 días; este medicamento con receta es parte del programa "Free First Fill" y se suministra sin costo alguno cuando se selecciona este medicamento en lugar de la versión de marca dentro de los medicamentos seleccionados.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
NASACORT AQ	4	Cantidad límite: 2 inhaladores cada 30 días
NASONEX	4	Cantidad límite: 2 inhaladores cada 30 días
PULMICORT	3	Cantidad límite: 2 inhaladores cada 30 días
QVAR	3	Cantidad límite: 3 inhaladores cada 30 días
RHINOCORT AQUA	3	Cantidad límite: 3 inhaladores cada 30 días
VERAMYST	3	
Antileucotrienos		
ACCOLATE	4	Cantidad límite: 60 comprimidos cada 30 días
SINGULAIR	3	Cantidad límite: 30 comprimidos cada 30 días
SINGULAIR GRANULES	3	Cantidad límite: 30 paquetes cada 30 días
ZYFLO CR	4	Cantidad límite: 120 comprimidos cada 30 días
Broncodilatadores, anticolinérgicos		
ATROVENT HFA	3	Cantidad límite: 2 inhaladores cada 30 días
<i>ipratropium</i>	1	Cantidad límite: 1 inhalador cada 30 días
SPIRIVA	3	Cantidad límite: 3 inhaladores cada 30 días
Broncodilatadores, 2 inhibidores de la fosfodiesterasa (xantinas)		
		Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
<i>aminophylline</i>		
<i>aminophylline</i>	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>theochron cr</i>	2	
<i>theophylline er</i>	2	
Broncodilatadores, simpaticomiméticos		
ADVAIR DISKUS	3	Cantidad límite: 1 inhalador cada 30 días
ADVAIR HFA	3	Cantidad límite: 1 inhalador cada 30 días
<i>albuterol</i>	2	
<i>albuterol er</i>	2	
<i>albuterol nebulized</i>	2	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento.
COMBIVENT	3	Cantidad límite: 2 inhaladores cada 30 días
EPIPEN 2-PAK	5	Dosis de formulación inyectable
EPIPEN-JR 2-PAK	5	Dosis de formulación inyectable
FORADIL	3	Cantidad límite: 1 inhalador cada 30 días
<i>metaproterenol</i>	2	
PROAIR HFA	4	Cantidad límite: 2 inhaladores cada 30 días
PROVENTILHFA	4	Cantidad límite: 2 inhaladores cada 30 días
SEREVENT DISKUS	3	Cantidad límite: 1 inhalador cada 30 días
SYMBICORT	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>terbutaline</i>	5	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
<i>terbutaline</i>	2	
TWINJECT	5	Dosis de formulación inyectable
VENTOLIN HFA		Cantidad límite: 2 inhaladores cada 30 días
<i>vospire er</i>	2	
XOPENEX HFA	3	Cantidad límite: 2 inhaladores cada 30 días
Estabilizadores de mastocitos		
<i>cromolyn sodium nebulized</i>	2	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento.
Antihipertensores pulmonares		
ADCIRCA	6	Se requiere autorización previa
REVATIO	6	Se requiere autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
TRACLEER	6	Se requiere autorización previa; es posible que sólo se encuentre disponible en ciertas farmacias. Para obtener más información llame al 1-800-546-5677, durante las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-866706-4757.
Agentes de las vías respiratorias, otros		
ARALAST NP	6	Se requiere autorización previa al administrar el medicamento por primera vez; dosis de formulación inyectable
CLARINEX-D	4	Cantidad límite: 60 comprimidos de 2.5-120 cada 30 días; 30 comprimidos de 5-
PROLASTIN	6	Dosis de formulación inyectable
<i>promethazine vc</i>	2	Solución oral
TYZINE	3	
TYZINE PEDIATRIC	3	
VENTAVIS	6	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento.
XOLAIR	6	Se requiere autorización previa; dosis de formulación inyectable
ZEMAIRA	5	Se requiere autorización previa; dosis de formulación inyectable

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
SEDANTES/HIPNÓTICOS		
Sedantes/Hipnóticos		
AMBIEN CR	4	Cantidad límite: 30 comprimidos cada 30 días; se aplica protocolo de
ROZEREM	4	Cantidad límite: 30 comprimidos cada 30 días; se aplica protocolo de
<i>zaleplon</i>	2	
<i>zolpidem</i>	1	Cantidad límite: 30 comprimidos cada 30 días. Este medicamento con receta es parte del programa "Free First Fill" y se suministra sin costo alguno cuando selecciona este medicamento en lugar de la versión de marca de los medicamentos seleccionados.
MIORRELAJANTES		
Miorrelajantes		
<i>carisoprodol</i>	2	
<i>carisoprodol/aspirin/codeine</i>	2	
<i>chlorzoxazone</i>	2	
<i>cyclobenzaprine</i>	1	Este medicamento con receta es parte del programa "Free First Fill" y se suministra sin costo alguno cuando se selecciona este medicamento en lugar de la versión de marca dentro de los medicamentos seleccionados.
<i>metaxalone</i>	2	
<i>methocarbamol</i>	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
MYOBLOC	5	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
<i>orphenadrine</i>	5	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento. Dosis de formulación inyectable
<i>orphenadrine compound</i>	2	
<i>orphenadrine er</i>	2	
<i>orphenadrine/aspirin/caffeine</i>	2	
NUTRIENTES/MINERALES/ELECTROLITOS TERAPÉUTICOS		
Electrolitos/minerales		

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
AMINOSYN II /D5	5	<p>Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias.</p> <p>Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable</p>
AMINOSYN II/D20	5	<p>Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias.</p> <p>Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable</p>
AMINOSYN II/LYTES	5	<p>Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias.</p> <p>Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable</p>

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
AMINOSYN M	5	<p>Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias.</p> <p>Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable</p>
AMINOSYN/D25	5	<p>Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias.</p> <p>Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable</p>
AMINOSYN/LYTES	5	<p>Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias.</p> <p>Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable</p>

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
AMINOSYN-HBC	5	<p>Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias.</p> <p>Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable</p>
AMINOSYN-HF	5	<p>Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias.</p> <p>Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable</p>
AMINOSYN-PF	5	<p>Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias.</p> <p>Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable</p>

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>d10w/nacl</i>	5	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
<i>d2.5w/nacl</i>	5	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
<i>d5w/lytes</i>	5	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>d5w/nacl</i>	5	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
<i>dextrose</i>	5	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
<i>ed k+10</i>	1	
FREAMINE III	5	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>intralipid</i>	5	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
<i>kaon-cl</i>	1	
<i>kcl/d10/nacl</i>	5	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
<i>kcl/d5w</i>	5	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>kcl/d5w/lr</i>	5	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
<i>kcl/d5w/nacl</i>	5	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
<i>kcl/nacl</i>	5	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
<i>klor-con</i>	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>lactated ringer</i>	5	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
<i>magnesium sulfate</i>	5	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
<i>potassium chloride</i>	5	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
<i>potassium chloride cr</i>	2	
<i>potassium chloride er</i>	2	
<i>potassium chloride sr</i>	2	
<i>potassium citrate</i>	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>sodium bicarbonate</i>	5	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
<i>sodium chloride</i>	5	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
<i>tpn electrolytes</i>	5	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
TRAVASOL	5	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
TROPHAMINE	5	Es posible que este medicamento tenga la cobertura de la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento; dosis de formulación inyectable
Vitaminas		
PRENATABS	2	
<i>sodium fluoride</i>	2	

Index of Drugs

Therapeutic Classes and Categories

Therapeutic Categories are listed in Bold

Therapeutic Classes are also listed in Bold

8-MOP	73	Agentes gastrointestinales, otros	76
ABELCET	39	AGENTES GENITOURINARIOS	78
ABILIFY	51	Agentes genitourinarios, otros	79
ABILIFY DISCMELT	51	AGENTES HORMONALES,	
Abortivos	42	ESTIMULANTES/REEMPLAZOS/	80, 82
<i>acarbose</i>	56	Agentes hormonales,	
ACCOLATE	103	estimulantes/reemplazos/modificadores	
<i>acebutolol</i>	62	(hipófisis)	81
ACETADOTE	33	Agentes hormonales,	
<i>acetaminophen/codeine</i>	10	estimulantes/reemplazos/modificadores	
<i>acetazol hc</i>	101	(tiroides)	85
<i>acetazolamide</i>	99	AGENTES HORMONALES,	
<i>acetic acid</i>	101	ESTIMULANTES/REEMPLAZOS/MODIFICADO	
<i>acetic acid/hydrocortisone</i>	101	RES (TIROIDES)	85
ACTHIB	92	Agentes hormonales, supresores (glándulas	
<i>acticin</i>	50	paratiroides)	86
ACTIMMUNE	90	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES	
ACTIVELLA	82	(GLÁNDULAS PARATIROIDES)	85
ACTONEL	94	Agentes hormonales, supresores (glándulas	
ACTOPLUS MET	56	suprarrenales)	85
ACTOS	56	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES	
<i>acyclovir</i>	54	(GLÁNDULAS SUPRARRENALES)	85
ADACEL	92	Agentes hormonales, supresores (hipófisis) ..	86
ADAGEN	75	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES	
ADCIRCA	105	(HIPÓFISIS)	86
ADVAIR DISKUS	104	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES	
ADVAIR HFA	104	(TIROIDES)	86
ADVICOR	67	AGENTES INMUNITARIOS	87
AEROBID-M	102	AGENTES OFTÁLMICOS	97
<i>afeditab cr</i>	65	Agentes oftálmicos antialérgicos	98
AFINITOR	45	Agentes oftálmicos antiglaucoma	99
Agentes anticitomegalovirus (CMV)	54	Agentes oftálmicos, otros	97
AGENTES ANTIDEMENCIA	30	Agentes orales y dentales	73
Agentes antidemencia, otros	30	AGENTES ORALES Y DENTALES	73
Agentes antigota	40	Agentes óticos	101
AGENTES ANTIPARKINSONIANOS	50	AGENTES ÓTICOS	101
Agentes anti-VIH, inhibidores de la proteasa ..	55	Agentes para el trastorno bipolar	56
Agentes anti-VIH, inhibidores no nucleosídicos		AGENTES PARA EL TRASTORNO BIPOLAR ..	56
de la transcriptasa inversa	55	Agentes para el tratamiento de la hipertrofia	
Agentes anti-VIH, inhibidores nucleosídicos y		prostática benigna	79
nucleotídicos de la transcriptasa	55	AGENTES PARA LA ENFERMEDAD	
Agentes anti-VIH, otros	55	INFLAMATORIA INTESTINAL	94
AGENTES CARDIOVASCULARES	3, 61	AGENTES PARA LA ENFERMEDAD	
Agentes cardiovasculares, otros	65	METABÓLICA ÓSEA	94
AGENTES DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS ..	101	Agentes para las osteopatías metabólicas ..	94
Agentes de las vías respiratorias, otros	106	Agentes para tratar el síndrome del intestino	
AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		irritable	77
.....	72	Agentes toxicológicos	34
Agentes dermatológicos	73	AGGRENOX	61
AGENTES DERMATOLÓGICOS	73	Agonistas alfa-adrenérgicos	61
AGENTES GASTROINTESTINALES	76	<i>ak-con</i>	97
		<i>ak-tob</i>	13
		<i>ala cort</i>	80

ALAMAST	98	ANDROID	82
<i>albuterol</i>	104	<i>androxy</i>	82
<i>albuterol er</i>	104	ANESTÉSICOS	13
<i>alclometasone</i>	80	Anestésicos locales	13
ALCOHOL PREP PAD	57	Anfetaminas, ADHD	72
ALDARA	73	ANSIOLÍTICOS	56
ALDURAZYME	75	Ansiolíticos, otros	56
ALFERON N	90	Antiandrogénicos	86
ALIMTA	45	Antiangiogénicos	44
ALINIA	50	Antiarrítmicos	62
<i>allopurinol</i>	40	ANTIBACTERIANO	13
ALOCRIL	98	Anticoagulantes	59
ALOMIDE	98	ANTICONVULSIVOS	27
ALORA	83	Anticonvulsivos, otros	27
ALOXI	35	Anticuerpos monoclonales	48
ALPHAGAN P	99	ANTIDEPRESIVOS	30
Alquilantes	44	Antidepresivos, otros	30
ALREX	100	Antidiabéticos	56
<i>amantadine</i>	50	Antídotos	33
AMBIEN CR	107	ANTÍDOTOS, DISUASIVOS Y AGENTES	
<i>amcinonide</i>	80	TOXICOLÓGICOS	33
AMERGE	42	Antieméticos	35
<i>amifostine</i>	34	ANTIEMÉTICOS	35
<i>amiloride</i>	66	Antiespasmódicos, urinarios	78
<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	66	Antiespásticos	54
Aminoglucósidos	13	ANTIESPÁSTICOS	54
<i>aminophylline</i>	103	Antiestrógenos/modificadores	45
AMINOSYN II /D5	109	Antigripales	56
AMINOSYN II/D20	109	Antihelmiticos	49
AMINOSYN II/LYTES	109	Antihepatitis	54
AMINOSYN M	110	Antiherpéticos	54
AMINOSYN/D25	110	Antihipertensores pulmonares	105
AMINOSYN/LYTES	110	Antihistamínicos	101
AMINOSYN-HBC	111	ANTIINFLAMATORIOS	41
AMINOSYN-HF	111	Antiinflamatorios no esteroideos	8
AMINOSYN-PF	111	Antiinflamatorios oftálmicos	100
<i>amiodarone</i>	62	Antiinflamatorios, corticoesteroides inhalados	
<i>amitriptyline</i>	33	102
<i>amlodipine</i>	65	ANTIJAQUECOSOS	42
<i>amlodipine/benazepril</i>	65	Antileucotrienos	103
<i>ammonium lactate</i>	73	Antimetabolitos	45
<i>amoxapine</i>	30	ANTIMICOBACTERIANOS	43
<i>amoxicillin</i>	20	Antimicobacterianos, otros	43
<i>amoxicillin/potassium clavulanate</i>	20	Antimicóticos	39
<i>amoxicillin/potassium clavulanate er</i>	20	Antineoplásicos, otros	45
<i>amphetamine</i>	72	Antiparkinsonianos	50
<i>amphotericin b</i>	39	Antiprotozoarios	50
<i>ampicillin</i>	20	ANTIPSICÓTICOS	51
<i>Ampicillin sulbactam</i>	21	Antitiroideos	86
ANADROL-50	82	Antituberculosos	43
<i>anagrelide</i>	61	ANTIVIRÓSICOS	54
ANALGÉSICOS	8	ANTIZOL	34
Analgésicos opioides	10	ANZEMET	36
Análogos de la prostamida y prostaglandina		APHTHASOL	73
oftálmicos	100	APIDRA	57
ANCOBON	39	APOKYN	50
ANDRODERM	82	<i>apraclonidine</i>	99
ANDROGEL	82	<i>apri</i>	83
Andrógenos	82	APTIVUS	55

ARALAST NP	106	<i>balsalazide</i>	94
<i>aranelle</i>	83	<i>balziva</i>	83
ARANESP	60	BANZEL	27
ARCALYST	87	BARACLUDE	54
ARICEPT	30	BECONASE AQ	102
ARIMIDEX	47	<i>benazepril</i>	68
ARIXTRA	59	<i>benazepril/hydrochlorothiazide</i>	68
AROMASIN	47	BENICAR	68
ARRANON	46	BENICAR HCT	68
ARTHROTEC	8	<i>benztropine</i>	50
ARZERRA	49	Betalactámicos, cefalosporinas	18
ASACOL	94	Betalactámicos, otros	19
<i>ascomp/codeine</i>	10	Betalactámicos, penicilinas	20
<i>asita xt</i>	63	<i>betamethasone dipropionate</i>	80
ASMANEX 120.....	102	<i>betamethasone valerate</i>	80
ASMANEX 14.....	102	BETASERON	91
ASMANEX 30.....	102	<i>beta-val</i>	80
ASMANEX 60.....	102	<i>betaxolol</i>	63, 99
ASTELIN	101	<i>bethanechol</i>	78
ATACAND	68	BETIMOL	99
ATACAND HCT.....	68	BETOPTIC-S	99
<i>atamet</i>	50	<i>bicalutamide</i>	86
<i>atenolol</i>	63	BIDIL.....	70
<i>atenolol/chlorthalidone</i>	63	BILTRICIDE	49
Atípicos	51	<i>bisoprolol fumarate</i>	63
ATRIPLA	55	<i>bisoprolol/hydrochlorothiazide</i>	63
<i>atropine sulfate</i>	76	<i>bleomycin</i>	46
ATROVENT HFA	103	BLEPHAMIDE S.O.P.	97
ATTENUVAX	92	Bloqueadores alfa-adrenérgicos	62
<i>augmented betamethasone</i>	80	Bloqueadores beta-adrenérgicos	63
Aumentadores del ácido gamma-aminobutírico		Bloqueadores de canales de calcio	65
(GABA)	27	Bloqueadores de la histamina2 (H2)	76
AVALIDE	68	BONIVA.....	95
AVANDAMET	56	BOOSTRIX	92
AVANDARYL.....	56	<i>borofair</i>	101
AVANDIA	56	<i>brimonidine</i>	99
AVAPRO	68	<i>bromocriptine</i>	50
AVASTIN.....	49	Broncodilatadores, 2 inhibidores de la	
AVELOX.....	24	fosfodiesterasa (xantinas)	103
AVELOX ABC.....	24	Broncodilatadores, anticolinérgicos	103
<i>aviane</i>	83	Broncodilatadores, simpaticomiméticos	104
AVINZA.....	10	<i>budeprion sr</i>	30
<i>avita</i>	73	<i>budeprion xl</i>	31
AVODART.....	79	<i>bumetanide</i>	66
AVONEX	91	BUPHENYL	75
AXERT	42	<i>buprenorphine</i>	10
AZACTAM.....	20	<i>buproban</i>	34
AZACTAM/DEXTROSE	20	<i>bupropion</i>	31
AZASAN	87	<i>bupropion sr</i>	31
<i>azathioprine</i>	87	<i>buspirone</i>	56
<i>azelastine</i>	98	<i>butalbital/acetaminophen/ caffeine/codeine</i>	10
AZILECT.....	50	<i>butorphanol</i>	11
<i>azithromycin</i>	23	BYETTA	56
AZOPT	99		
		<i>cabergoline</i>	86
<i>baciiim</i>	15	CADUET	67
<i>bacitracin</i>	15	<i>calcipotriene</i>	73
<i>bacitracin/polymyxin</i>	15	<i>calcitonin</i>	95
<i>baclofen</i>	54	<i>calcitriol</i>	95, 96

<i>calcium acetate</i>	80
<i>camila</i>	84
CAMPATH.....	49
CAMPRAL.....	34
CANASA.....	94
CANCIDAS.....	40
CANTIL.....	76
CAPASTAT.....	43
<i>captopril</i>	69
<i>captopril/hydrochlorothiazide</i>	69
<i>carbamazepine</i>	29
<i>carbamazepine er</i>	29
CARBATROL.....	29
<i>carbidopa/levodopa</i>	50
<i>carbidopa/levodopa er</i>	50
<i>carbidopa/levodopa sr</i>	50
<i>carbinoxamine</i>	101
<i>carimune nf</i>	90
<i>carisoprodol</i>	107
<i>carisoprodol/aspirin/codeine</i>	107
<i>carteolol</i>	99
<i>cartia xt</i>	62
<i>carvedilol</i>	63
CATAPRES.....	61
CEENU.....	44
<i>cefaclor</i>	18
<i>cefaclor er</i>	18
<i>cefadroxil</i>	18
<i>cefazolin</i>	18
<i>cefdinir</i>	18
<i>cefoxitin</i>	18
<i>cefpodoxime</i>	18
<i>cefprozil</i>	18
<i>ceftriaxone</i>	19
<i>ceftriaxone/dextrose</i>	19
<i>cefuroxime</i>	19
CELEBREX.....	8
CELESTONE.....	41
CELLCEPT.....	87
CELLCEPT IV.....	87
CELONTIN.....	27
CENESTIN.....	83
<i>cephalexin</i>	19
CEREBYX.....	29
CEREDASE.....	75
CEREZYME.....	75
CERVARIX.....	92
<i>cesia</i>	83
CHANTIX.....	34
<i>cholestyramine light</i>	67
<i>chlorhexidine gluconate oral rinse</i>	73
<i>chloroquine</i>	50
<i>chlorothiazide</i>	66
<i>chlorpromazine</i>	36
<i>chlorthalidone</i>	66
<i>chlorzoxazone</i>	107
<i>ciclopirox</i>	40
<i>cilostazol</i>	61
CILOXAN.....	24

<i>cimetidine</i>	76
CIPRO HC.....	101
CIPRODEX.....	101
<i>ciprofloxacin</i>	24, 25
<i>ciprofloxacin er</i>	25
<i>citalopram</i>	31
CLARINEX-D.....	106
<i>clarithromycin</i>	23
<i>clarithromycin er</i>	23
<i>clemastine</i>	101
CLEOCIN.....	15
<i>clindamycin</i>	15, 16
<i>clindamycin/benzoyl peroxide</i>	73
<i>clobetasol</i>	80
<i>clomipramine</i>	33
<i>clonidine</i>	61
<i>clotrimazole</i>	40
<i>clotrimazole/betamethasone</i>	73
<i>clozapine</i>	51
Coagulantes	61
<i>co-gesic</i>	11
COGNEX.....	30
COLCRYS.....	41
<i>colestipol</i>	67
<i>colistimethate</i>	16
<i>colocort</i>	73
COLY-MYCIN S.....	101
COLYTE.....	76
COMBIVENT.....	104
COMBIVIR.....	55
COMPRO.....	53
COMTAN.....	50
COMVAX.....	92
CONCERTA.....	72
<i>constulose</i>	76
Convencionales	53
COPAXONE.....	91
COREG CR.....	63
<i>cortisone</i>	41
<i>cortomycin</i>	101
COUMADIN.....	59
COZAAR.....	69
CREON.....	75
CRESTOR.....	67
CRINONE.....	84
CRIXIVAN.....	55
<i>cromolyn sodium</i>	98
<i>cromolyn sodium nebulized</i>	105
<i>cryselle-28</i>	83
CUBICIN.....	16
CUPRIMINE.....	34
<i>cyclobenzaprine</i>	107
<i>cyclophosphamide</i>	46
<i>cyclosporine</i>	87
<i>cyclosporine modified</i>	87
CYKLOKAPRON.....	61
CYMBALTA.....	31
<i>cyproheptadine</i>	101
CYSTADANE.....	75

CYSTAGON.....	75
CYTOMEL.....	85
<i>d10w/nacl</i>	112
<i>d2.5w/nacl</i>	112
<i>d5w/lytes</i>	112
<i>d5w/nacl</i>	113
<i>danazol</i>	82
<i>dantrolene</i>	54
DAPSONE.....	43
DAPTACEL.....	92
DARAPRIM.....	50
DARVON-N.....	11
DECAVAC.....	92
<i>demeclocycline</i>	26
DENAVIR.....	54
DEPACON.....	28
<i>depade</i>	34
<i>depakote sprinkle</i>	28
DEPEN TITRA.....	34
DERMA-SMOOTH OIL/FS BODY.....	80
DERMOTIC.....	101
<i>desipramine</i>	33
<i>desmopressin</i>	81
<i>desonide</i>	80
<i>desoximetasone</i>	80
DETROL.....	79
DETROL LA.....	79
<i>dexamethasone</i>	41
<i>dexamethasone phosphate</i>	100
<i>dexasporin</i>	97
<i>dexchlorpheniramine</i>	101
<i>dexmethylphenidate</i>	72
<i>dextroamphetamine</i>	72
<i>dextroamphetamine er</i>	72
<i>dextrose</i>	22, 113
<i>diclofenac</i>	8, 100
<i>diclofenac dr</i>	8
<i>diclofenac ec</i>	8
<i>diclofenac potassium</i>	8
<i>diclofenac xr</i>	8
<i>dicloxacillin</i>	21
<i>dicyclomine</i>	76
<i>didanosine</i>	55
DIFFERIN.....	74
<i>diflorasone</i>	80
<i>Diflunisal</i>	8
<i>digoxin</i>	65
<i>dihydroergotamine</i>	42
DILANTIN.....	29
<i>diltiazem</i>	62
<i>dilt-xr</i>	62
DIOVAN.....	69
DIOVAN HCT.....	69
DIPENTUM.....	94
<i>diphenhydramine</i>	36
<i>diphenoxylate/atropine</i>	76
DIPHThERIA/TETANUS PEDIATRIC.....	92
Dislipidémicos	67

<i>disopyramide</i>	62
Disuasivos	34
Diuréticos	66
<i>divalproex</i>	28, 43
<i>divalproex dr</i>	28
<i>divalproex er</i>	43
<i>dorzolamide</i>	99
<i>dorzolamide/timolol</i>	99
<i>doxazosin</i>	62
<i>doxepin</i>	33
<i>doxycycline</i>	26
<i>doxycycline hyclate</i>	26
<i>doxycycline monohydrate</i>	26
<i>dronabinol</i>	36
DROXIA.....	45
<i>e. e. s.</i>	23
<i>econazole</i>	40
<i>ed k+10</i>	113
<i>ees/sulfisoxazole</i>	16
EFFEXOR XR.....	31
EFFIENT.....	61
ELAPRASE.....	75
Electrolitos/minerales	108
ELIDEL.....	74
ELIGARD.....	86
ELITEK.....	46
EMCYT.....	44
EMEND.....	37
EMSAM.....	31
EMTRIVA.....	55
ENABLEX.....	79
<i>enalapril</i>	69
<i>Enalapril/hydrochlorothiazide</i>	69
ENBREL.....	87
<i>endocet</i>	11
ENGERIX-B.....	93
<i>enpresse-28</i>	83
ENTOCORT EC.....	94
<i>enulose</i>	76
EIPEN 2-PAK.....	104
EIPEN-JR 2-PAK.....	104
<i>epitol</i>	29
EPIVIR.....	55
EPIVIR HBV.....	55
<i>eplerenone</i>	66
EPOGEN.....	60
EPZICOM.....	55
ERAXIS.....	40
<i>ergoloid mesylate</i>	30
ERGOMAR.....	42
<i>errin</i>	84
<i>ery</i>	23
<i>ery-tab</i>	23
<i>erythrocin</i>	23
ERYTHROCIN.....	24
<i>erythromycin</i>	24
<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i>	74
Estabilizadores de mastocitos	105

Esteroides anabólicos	82
ESTRACE.....	83
ESTRADERM.....	83
<i>estradiol</i>	83
<i>estradiol/norethindrone</i>	83
ESTRASORB.....	83
ESTRING.....	83
Estrógenos	82
<i>estropipate</i>	83
<i>ethambutol</i>	43
<i>ethosuximide</i>	27
<i>etidronate disodium</i>	96
<i>Etodolac</i>	8
<i>etodolac er</i>	8
EVISTA.....	85
EXELDERM.....	40
EXELON.....	30
EXFORGE.....	63
EXJADE.....	34
EXPANSORES DE VOLUMEN/MODIFICADORES/PRODUCTOS SANGUÍNEOS	58
FABRAZYME.....	75
FACTIVE.....	25
<i>famciclovir</i>	54
<i>famotidine</i>	76, 77
FANAPT.....	51
FARESTON.....	45
FAZACLO.....	51
FELBATOL.....	29
<i>felodipine er</i>	65
FEMARA.....	48
FEMHRT.....	83
<i>fenofibrate</i>	67
<i>Fenoprofen</i>	8
<i>fentanyl</i>	11
<i>fexofenadine</i>	101
<i>finasteride</i>	79
FLAREX.....	100
<i>flavoxate</i>	79
<i>flebogamma</i>	90
<i>flecainide</i>	62
FLOVENT HFA.....	102
<i>fluconazole</i>	40
<i>fludrocortisone</i>	80
<i>flunisolide</i>	102
<i>fluocinolone acetonide</i>	80
<i>fluocinonide</i>	80
<i>fluorometholone</i>	100
<i>fluorouracil</i>	74
<i>fluoxetine</i>	32
<i>fluphenazine</i>	53
<i>flurbiprofen</i>	100
<i>Flurbiprofen</i>	9
<i>flutamide</i>	86
<i>fluticasone</i>	80, 102
<i>fluvoxamine</i>	32
FML.....	100

FML FORTE.....	100
FORADIL.....	104
FORTEO.....	96
<i>fortical</i>	96
<i>foscarnet</i>	54
<i>Fosinopril</i>	69
<i>fosinopril/hydrochlorothiazide</i>	69
<i>fosphenytoin</i>	29
FRAGMIN.....	59
FREAMINE III.....	113
FROVA.....	42
FURADANTIN.....	16
<i>furosemide</i>	66
FUZEON.....	55
<i>gabapentin</i>	28
GABITRIL.....	28
<i>galantamine</i>	30
<i>galantamine er</i>	30
<i>gamastan s/d</i>	90
<i>gammagard</i>	90
<i>ganciclovir</i>	54
GARDASIL.....	93
GASTROCROM.....	76
GAUZE PADS.....	57
<i>gemfibrozil</i>	67
<i>generlac</i>	76
GENOTROPIN.....	81
<i>gentak</i>	14
<i>gentamicin</i>	14
<i>gentamicin/nacl</i>	14
<i>gentasol</i>	14
GEODON.....	51
Gestágenos	84
GLEEVEC.....	48
<i>glimepiride</i>	56
<i>glipizide</i>	56
<i>glipizide er</i>	57
<i>glipizide xl</i>	57
<i>glipizide/metformin</i>	56
GLUCAGEN.....	57
GLUCAGON.....	57
Glucemiantes	57
Glucocorticoides	41, 80, 94
Glucocorticoides/mineralocorticoides	80
<i>glyburide</i>	57
<i>glyburide microsize</i>	57
<i>glyburide/metformin</i>	57
<i>glycopyrrolate</i>	76
<i>glycron</i>	57
GLYSET.....	57
<i>granisetron</i>	37
<i>granisol</i>	37
<i>griseofulvin</i>	40
<i>guanabenz</i>	61
<i>guanfacine</i>	61
GUANIDINE.....	43
<i>halobetasol</i>	80

HALOG	80
<i>haloperidol</i>	53
<i>haloperidol decanoate</i>	53
<i>haloperidol lactate</i>	53
HAVRIX	93
HECTOROL	96
HELIDAC	76
<i>heparin sodium/d5w</i>	59
<i>heparin sodium/nacl</i>	59
HEPSERA	54
HERCEPTIN	49
HEXALEN	44
HUMALOG	57, 58
HUMALOG MIX 50/50	57
HUMALOG MIX 75/25	58
HUMATROPE	81
HUMIRA	88
HUMIRA PEN CROHNS	88
HUMULIN 70/30	58
HUMULIN N	58
HUMULIN R	58
HUMULIN R U-500	58
<i>hydralazine</i>	71
<i>hydrochlorothiazide</i>	66
<i>hydrocodone/acetaminophen</i>	11
<i>hydrocodone/ibuprofen</i>	11
<i>hydrocortisone</i>	41, 74, 80
<i>hydrocortisone butyrate</i>	80
<i>hydrocortisone enema</i>	74
<i>hydrocortisone valerate</i>	80
<i>hydromorphone</i>	11
<i>hydroxychloroquine</i>	50
<i>hydroxyurea</i>	45
<i>hydroxyzine hydrochloride</i>	102
<i>hydroxyzine pamoate</i>	37
HYZAAR	69
<i>Ibuprofeno</i>	9
<i>imipramine</i>	33
<i>imiquimod</i>	74
IMOVAX RABIES	93
INCRELEX	81
<i>indapamide</i>	66
INDOCIN	9
<i>Indomethacin</i>	9
<i>indomethacin er</i>	9
INFANRIX	93
INFERGEN	91
Inhibidores de agregación plaquetaria	61
Inhibidores de dianas moleculares	48
Inhibidores de la aromatasas, 3.º generación	47
Inhibidores de la bomba de protones	77
Inhibidores de la colinesterasa	30
Inhibidores de la monoaminooxidasa	31
Inhibidores de la recaptación de serotonina/norepinefrina	31
Inhibidores de los canales de sodio	29
Inhibidores del sistema renina-angiotensina-aldosterona	68

Inmunizantes, pasivos	90
Inmunomoduladores	90
Inmunosupresores	87
INNOHEP	60
INSULIN PEN NEEDLE	57
INSULIN SYRINGES	57
Insulinas	57
INTELENCE	55
<i>intralipid</i>	114
INTRON-A	91
INVANZ	20
INVEGA	51
INVEGA SUSTENNA	51, 52
INVIRASE	55
IOPIDINE	99
IPOL	93
<i>ipratropium</i>	103
IRESSA	48
ISENTRESS	55
<i>isochron</i>	71
<i>isonarif</i>	43
<i>isoniazid</i>	43
<i>isosorbide dinitrate</i>	71
<i>isosorbide dinitrate er</i>	71
<i>isosorbide mononitrate</i>	71
<i>isosorbide mononitrate er</i>	71
<i>isovate</i>	80
<i>isradipine</i>	65
ISTODAX	46
<i>itraconazole</i>	40
JANTOVEN	60
JANUMET	57
JANUVIA	57
JE-VAX	93
<i>jolivette</i>	84
<i>junel</i>	83
<i>junel fe</i>	83
KALETRA	55
<i>kanamycin</i>	14
<i>kaon-cl</i>	114
<i>kariva</i>	83
<i>kcl/d10/nacl</i>	114
<i>kcl/d5w</i>	114
<i>kcl/d5w/lr</i>	115
<i>kcl/d5w/nacl</i>	115
<i>kcl/nacl</i>	115
<i>kelnor</i>	83
KEPPRA	27
KEPPRA XR	27
<i>ketoconazole</i>	40
<i>Ketoprofen</i>	9
<i>ketoprofen er</i>	9
<i>ketorolac</i>	100
<i>Ketorolac</i>	9
KINERET	91
<i>klor-con</i>	115
<i>kuric</i>	40

KUVAN	75
<i>labetalol</i>	64
<i>laclotion</i>	74
LACRISERT	97
<i>lactated ringer</i>	116
<i>lactulose</i>	76
LAMICTAL XR.....	29
<i>lamotrigine</i>	29
LANOXIN	66
<i>lansoprazole</i>	77
LANTUS	58
<i>leena</i>	83
<i>leflunomide</i>	91
LESCOL	67
LESCOL XL	67
<i>lessina-28</i>	83
LETAIRIS	71
<i>leucovorin calcium</i>	35
LEUKERAN	44
LEUKINE	60
<i>leuprolide</i>	86
LEVAQUIN.....	25
LEVAQUIN/D5W.....	25
<i>levatol</i>	64
LEVEMIR	58
<i>levetiracetam</i>	27
<i>levobunolol</i>	99
<i>levocarnitine</i>	75
<i>levora-28</i>	83
<i>levorphanol</i>	11
<i>levothroid</i>	85
<i>levothyroxine</i>	85
LEVOXYL.....	85
LEXAPRO	32
LEXIVA	55
<i>lidocaine</i>	13, 73, 74
<i>lidocaine viscous</i>	73
LIDODERM	74
Ligadores de fosfatos	79
<i>lindane</i>	50
<i>liothyronine</i>	85
LIPITOR	8, 67
<i>lisinopril</i>	8, 69
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	69
<i>lithium carbonate</i>	56
<i>lithium carbonate er</i>	56
<i>lithium citrate</i>	56
LODOSYN	50
<i>lokara</i>	80
<i>loperamide</i>	76
<i>losartan</i>	70
<i>losartan/hydrochlorothiazide</i>	70
LOTEMAX.....	100
LOTRONEX	77
<i>lovastatin</i>	67
LOVAZA	67
LOVENOX.....	60
<i>low-ogestrel</i>	83

<i>loxapine</i>	53
LUMIGAN.....	100
<i>lutera</i>	83
LUVOX CR	32
LYRICA	27
LYSODREN.....	85
<i>magnesium sulfate</i>	116
MALARONE	50
<i>malathion</i>	50
<i>maprotiline</i>	31
<i>margesic-h</i>	11
MARPLAN.....	31
MATULANE	44
MAXALT	42
MAXALT-MLT.....	42
MAXIDEX	100
MAXIPIME	19
<i>mebendazole</i>	50
<i>mecizine</i>	37
<i>meclofenamate</i>	9
<i>medroxyprogesterone acetate</i>	85
<i>mefloquine</i>	50
MEGACE ES	85
<i>megestrol</i>	85
<i>meloxicam</i>	9
MENACTRA	93
MENEST	83
MENOMUNE	93
<i>meperidine</i>	11
<i>meprobamate</i>	56
MEPRON	50
<i>mercaptopurine</i>	45
MERREM	20
MERUVAX II.....	93
<i>mesalamine</i>	94
MESNEX.....	35
MESTINON.....	43
MESTINON TIMESPAN	43
METADATE CD	72
<i>metadate er</i>	72
<i>metaproterenol</i>	104
<i>metaxalone</i>	107
<i>metformin</i>	57
<i>metformin er</i>	57
<i>methadone</i>	11, 12
<i>methadose</i>	12
<i>methazolamide</i>	66
<i>methenamine hippurate</i>	16
METHERGINE	60
<i>methimazole</i>	87
<i>methocarbamol</i>	107
<i>methotrexate</i>	88
<i>methscopolamine</i>	76
<i>methyclothiazide</i>	66
<i>methyldopa</i>	61
<i>methyldopa/hydrochlorothiazide</i>	61
<i>methyldopate</i>	62
<i>methylin</i>	72

<i>methylin er</i>	72
<i>methylphenidate</i>	72
<i>methylphenidate sr</i>	72
<i>methylprednisolone</i>	41
<i>methylprednisolone acetate</i>	41
<i>methylprednisolone sodium succinate</i>	42
<i>metipranolol</i>	99
<i>metoclopramide</i>	38
<i>metolazone</i>	66
<i>metoprolol</i>	64
<i>metoprolol er</i>	64
<i>metoprolol tartrate</i>	64
<i>metoprolol/hydrochlorothiazide</i>	64
METROGEL	16
<i>metronidazole</i>	16, 17
<i>mexiletine</i>	62
MICARDIS	70
MICARDIS HCT	70
<i>miconazole</i>	40
<i>microgestin</i>	83
<i>microgestin fe</i>	83
<i>midodrine</i>	62
<i>migergot</i>	42
MIGRANAL	42
<i>Minitran</i>	71
<i>minocycline</i>	27
<i>minocycline er</i>	27
<i>minoxidil</i>	71
Miorrelajantes	107
MIORRELAJANTES	107
MIRAPEX	50
<i>mirtazapine</i>	31
<i>mirtazapine odt</i>	31
<i>misoprostol</i>	77
<i>mitoxantrone</i>	46
M-M-R II	93
MODIFICADORES (HIPÓFISIS)	80
Modificadores de canales de calcio	27
Modificadores de la vía del glutamato	30
Modificadores selectivos de los receptores de estrógeno	85
<i>moexipril</i>	70
<i>moexipril/hydrochlorothiazide</i>	70
<i>mometasone</i>	80
<i>mononessa</i>	83
MONUROL	17
<i>morphine sulfate</i>	12
<i>morphine sulfate er</i>	12
MOTOFEN	76
MULTAQ	62
<i>mupirocin</i>	17
MYCOBUTIN	43
<i>mycophenolate</i>	88
<i>mydral</i>	99
MYFORTIC	88
MYOBLOC	108
MYOZYME	75
MYTELASE	43

<i>nabumetone</i>	10
<i>nadolol</i>	64
<i>nadolol/bendroflumethiazide</i>	64
<i>nafcillin</i>	21
NAFTIN	40
NAGLAZYME	75
<i>nalbuphine</i>	12
<i>naloxone</i>	35
<i>naltrexone</i>	35
NAMENDA	30
<i>naphazoline</i>	98
<i>naproxen</i>	10
<i>naproxen dr</i>	10
<i>Naproxen sodium</i>	10
NARDIL	31
NASACORT AQ	103
NASONEX	103
NATACYN	40
<i>nateglinide</i>	57
<i>necon</i>	83
<i>necon 7/7/7</i>	83
<i>nefazodone</i>	31
NEO-FRADIN	14
<i>neomycin</i>	14, 17, 79
<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	17
<i>neomycin/polymyxin gu</i>	79
<i>neomycin/polymyxin/ hydrocortisone</i>	101
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin</i>	98
<i>neomycin/polymyxin/dexametha sone</i>	98
<i>neomycin/polymyxin/gramicidan</i>	17
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortis one</i>	98
NEORAL	89
NEULASTA	60
NEUMEGA	60
NEUPOGEN	60
NEURONTIN	28
NEVANAC	100
NEXAVAR	48
NEXIUM	77
NEXIUM GRANULES	78
NEXIUM I.V.	78
<i>niacor</i>	67
NIASPAN	67
<i>nicardipine</i>	65
NICOTROL NS	34
<i>nifediac cc er</i>	65
<i>nifedical xl</i>	65
<i>nifedipine</i>	65
<i>nifedipine er</i>	65
NILANDRON	86
<i>nimodipine</i>	65
NITRO-DUR	71
<i>nitrofurantoin</i>	17
<i>nitrofurantoin macrocrystalline</i>	17
<i>nitroglycerin</i>	71, 72
NITROLINGUAL	72
NITROSTAT	72
<i>nizatidine</i>	77

No anfetaminas, ADHD	72	OXYTROL.....	79
No anfetaminas, otros	73	<i>pacerone</i>	62
<i>nora-be</i>	85	<i>palgic</i>	102
NORDITROPIN	81	<i>pamidronate</i>	97
<i>norethindrone</i>	85	PANRETIN.....	49
NORITATE.....	17	<i>pantoprazole</i>	78
NOROXIN	25	Parasimpaticomiméticos	43
<i>nortrel</i>	83	<i>parcaine</i>	98
<i>nortrel 7/7/7</i>	83	<i>paromomycin</i>	14
<i>nortriptyline</i>	33	<i>paroxetine</i>	32
NORVIR	55	<i>paroxetine er</i>	32
NOVOLIN 70/30	58	PASER	43
NOVOLIN N	58	PATANOL	99
NOVOLIN R	58	PEDIARIX	93
NOVOLOG.....	58	Pediculicidas/Escabicidas	50
NOVOLOG MIX 70/30.....	58	<i>pedi-dri</i>	40
NULYTELY	76	<i>pedvax hib</i>	93
NUTRIENTES/MINERALES/ELECTROLITOS		PEGANONE	29
TERAPÉUTICOS	108	PEGASYS.....	91
NUTROPIN	81	PEG-INTRON.....	91
NUTROPIN AQ	81	<i>penicillin g procaine</i>	21
NUVARING.....	83	<i>penicillin g sodium</i>	22
<i>nystatin</i>	40	<i>penicillin gk</i>	22
<i>nystatin/triamcinolone</i>	40	<i>penicillin vk</i>	22
<i>nystop</i>	40	PENTASA	94
 		<i>pentopak cr</i>	61
<i>ocella</i>	83	<i>pentoxiphylline er</i>	61
<i>octagam</i>	90	<i>periogard</i>	73
OCTREOTIDE.....	86	<i>permethrin</i>	50
<i>ofloxacin</i>	25	<i>Perphenazine</i>	39
<i>ogestrel</i>	83	<i>perphenazine/amitriptyline</i>	31
<i>omeprazole</i>	4, 78	<i>phenadoz</i>	39
<i>ondansetron</i>	38	<i>phenytoin</i>	30
<i>Ondansetron odt</i>	39	<i>phenytoin er</i>	30
ONTAK	46	PHOSPHOLINE	99
ORACEA	74	<i>pilocarpine</i>	73
ORAP.....	53	PILOPINE HS.....	99
ORENCIA.....	89	<i>pindolol</i>	64
ORFADIN.....	75	<i>piperacillin</i>	23
<i>orphenadrine</i>	108	<i>piperacillin/tazobactam</i>	23
<i>orphenadrine compound</i>	108	<i>piroxicam</i>	10
<i>orphenadrine er</i>	108	PLAVIX.....	61
<i>orphenadrine/aspirin/caffeine</i>	108	<i>podofilox</i>	74
ORTHO EVRA.....	84	<i>polycin b</i>	17
ORTHOCLONE	89	<i>poly-dex</i>	98
<i>ortho-est</i>	84	POLY-PRED.....	98
<i>oxaliplatin</i>	46	<i>portia-28</i>	84
<i>oxandrolone</i>	82	<i>potassium chloride</i>	116
<i>oxaprozin</i>	10	<i>potassium chloride cr</i>	116
<i>oxcarbazepine</i>	29	<i>potassium chloride er</i>	116
OXISTAT	40	<i>potassium chloride sr</i>	116
OXSORALEN-ULTRA.....	74	<i>potassium citrate</i>	116
<i>oxybutynin</i>	79	<i>pramipexole</i>	50
<i>oxybutynin er</i>	79	PRANDIMET	57
<i>oxycodone</i>	12	PRANDIN	57
<i>oxycodone/acetaminophen</i>	13	<i>pravastatin</i>	67
<i>oxycodone/aspirin</i>	13	<i>prazosin</i>	62
<i>oxycodone/ibuprofen</i>	13	PRED MILD	100
OXYCONTIN	13		

PRED-G	98	<i>pyrazinamide</i>	43
PRED-G S.O.P.....	98	<i>pyridostigmine</i>	43
<i>prednicarbate</i>	80	<i>quasense</i>	84
<i>prednisolone</i>	42, 100	<i>quinapril</i>	70
<i>prednisolone sodium</i>	42, 100	<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	70
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	42	<i>quinidine gluconate</i>	62
<i>prednisone</i>	42, 94	<i>quinidine sulfate</i>	63
PREFEST.....	84	<i>quinidine sulfate er</i>	63
PREMARIN.....	84	Quinolonas	24
PREMPHASE.....	84	QUIXIN.....	25
PREMPRO.....	84	QVAR.....	103
PRENATABS.....	118		
<i>prevalite</i>	67	RABAVERT.....	93
<i>previfem</i>	84	RANEXA.....	66
PREZISTA.....	55	<i>ranitidine</i>	77
PRIFTIN.....	43	RAPAMUNE.....	89
PRIMAQUINE.....	50	REBIF.....	92
PRIMAXIN IM.....	20	REBIF TITRATION PACK.....	92
PRIMAXIN IV.....	20	<i>reclipsen</i>	84
<i>primidone</i>	28	RECOMBIVAX-HB.....	93
PRISTIQ.....	32	Reductores del glutamato	28
PROAIR HFA.....	104	Reemplazos/modificadores enzimáticos	75
<i>probenecid</i>	41	REEMPLAZOS/MODIFICADORES	
<i>probenecid/colchicine</i>	41	ENZIMÁTICOS	75
<i>procainamide</i>	62	REGRANEX.....	74
PROCHIEVE.....	85	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA	
<i>prochlorperazine</i>	39, 53	SANGRE	56
PROCRIT.....	60, 61	Reguladores de glucosa en la sangre, varios	57
<i>proctocream-hc</i>	74	RELENZA.....	56
<i>procto-pak</i>	80	RELION R.....	58
<i>proctosol-hc</i>	74	RELPAK.....	42
<i>proctozone hc</i>	74	REMICADE.....	89
Productos formadores de sangre	60	RENAGEL.....	80
Profilácticos	43	REVELA.....	80
PROGLYCEM.....	57	REQUIP XL.....	50
PROGRAF.....	89	RESCRIPTOR.....	55
PROLASTIN.....	106	<i>reserpine</i>	62
PROLEUKIN.....	47	RESTASIS.....	98
PROMACTA.....	61	RETIN-A MICRO GEL.....	74
<i>promethazine</i>	39, 106	Retinoides	49
<i>promethazine vc</i>	106	RETROVIR.....	55
<i>promethegan</i>	39	REVATIO.....	105
PROMETRIUM.....	85	REVLIMID.....	45
<i>propafenone</i>	62	REYATAZ.....	55
<i>proparacaine</i>	98	RHINOCORT AQUA.....	103
<i>propoxyphene</i>	13	<i>ribasphere</i>	54
<i>propoxyphene/acetaminophen</i>	13	<i>ribavirin</i>	54
<i>propoxyphenen/acetaminophen</i>	13	RIDAURA.....	92
<i>propranolol</i>	65	<i>rifampin</i>	43, 44
<i>propranolol er</i>	65	RIFATER.....	44
<i>propranolol/hydrochlorothiazide</i>	65	RILUTEK.....	73
<i>propylthiouracil</i>	87	<i>rimantadine</i>	56
PROQUAD.....	93	RISPERDAL.....	52
Protectores	77	<i>risperidone</i>	52
PROTOPIC.....	74	<i>Risperidone</i>	52
<i>protriptyline</i>	33	<i>Risperidone odt</i>	52
PROVENTILHFA.....	104	RITALIN LA.....	73
PROVIGIL.....	73	RITUXAN.....	49
PULMICORT.....	103		

<i>romycin</i>	24
<i>ropinirole</i>	50
ROTATEQ	93
ROZEREM	107
SABRIL	28
SAIZEN	81
Salicilatos	94
SANCTURA	79
SANDIMMUNE	89
SANDOSTATIN	86
SANTYL	74
SAPHRIS	52
Sedantes/Hipnóticos	107
SEDANTES/HIPNÓTICOS	107
<i>selegiline</i>	50
<i>selenium sulfide</i>	74
SELZENTRY	55
SENSIPAR	86
SEREVENT DISKUS	104
SEROMYCIN	44
SEROQUEL	52
SEROQUEL XR	52
SEROSTIM	81
<i>sertraline</i>	32
<i>silver sulfadiazine</i>	25
SIMCOR	67
SIMPONI	89
SIMULECT	90
<i>simvastatin</i>	68
SINGULAIR	103
SINGULAIR GRANULES	103
SKELID	97
<i>sodium bicarbonate</i>	117
<i>sodium chloride</i>	79, 117
<i>sodium chloride irrigation</i>	79
<i>sodium fluoride</i>	118
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	34
<i>sodium sulfacetamide</i>	26
SOLARAZE	75
<i>solia</i>	84
SOMATULINE	82
SOMAVERT	86
<i>sorine</i>	63
<i>sotalol</i>	63
SPECTRACEF	19
SPIRIVA	103
<i>spironolactone</i>	66
<i>spironolactone/ hydrochlorothiazide</i>	67
<i>sprintec</i>	84
SPRYCEL	48
<i>sronyx</i>	84
<i>ssd</i>	26
<i>stagesic</i>	13
STALEVO	51
<i>stavudine</i>	55
STAVZOR	28
<i>sterile water irrigation</i>	79
STRATTERA	73

STRIANT	82
STROMECTOL	50
SUBOXONE	13
SUCRAID	76
<i>sucralfate</i>	77
<i>sulfacetamide</i>	26
<i>sulfacetamide/prednisolone</i>	98
<i>sulfadiazine</i>	26
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>	26
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	26
SULFAMYLON	26
<i>sulfasalazine</i>	94
<i>sulfatrim</i>	26
<i>sulfazine ec</i>	94
Sulfonamides	25
<i>Sulindac</i>	10
<i>sumatriptan</i>	42
SUPRAX	19
SURMONTIL	33
SUSTIVA	55
SUTENT	48
SYMBICORT	104
SYMBYAX	53
SYMLIN	57
SYMLN PEN	57
SYNAREL	86
SYNERCID	17
SYNTHROID	85
SYPRINE	34
TABLOID	45
<i>tacrolimus</i>	90
TAMIFLU	56
<i>tamoxifen</i>	45
<i>tamsulosin</i>	79
TARCEVA	48
TARGRETIN	49
TARKA	70
TASIGNA	48
TASMAR	51
TAZORAC	75
TEKURNA	70
TEKURNA HCT	70
<i>terazosin</i>	62
<i>terbinafine</i>	40
<i>terbutaline</i>	105
<i>terconazole</i>	40
TESTIM	82
<i>testosterone enanthate</i>	82
TESTRED	82
TETANUS TOXOID ADSORBED	93
TETANUS/DIPHThERIA TOXOID	94
<i>tetracycline</i>	27
Tetracyclines	26
THALOMID	45
<i>theochron cr</i>	104
<i>theophylline er</i>	104
<i>thermazene</i>	26
THIOLA	79

<i>thioridazine</i>	53	TYSABRI.....	92
<i>thiothixene</i>	53	TYZEKA.....	54
THYROLAR.....	85	TYZINE.....	106
<i>ticlopidine</i>	61	TYZINE PEDIATRIC.....	106
TIKOSYN.....	63	<i>u-cort</i>	75
<i>timolol</i>	43, 99	<i>unithroid</i>	85
<i>timolol maleate</i>	43, 100	UROXATRAL.....	79
TINDAMAX.....	50	URSO FORTE.....	76
<i>tizanidine</i>	54	<i>ursodiol</i>	76
<i>tobramycin</i>	15	Vacunas	92
<i>tobramycin/dexamethasone</i>	98	VAGIFEM.....	84
<i>tobrasol</i>	15	<i>valacyclovir</i>	55
<i>tolazamide</i>	57	VALCYTE.....	54
<i>tolbutamide</i>	57	<i>valproate</i>	28
<i>tolmetin sodium</i>	10	<i>valproic acid</i>	28
<i>topiramate</i>	29	VALTURNA.....	70
<i>torseamide</i>	67	VANCOCIN.....	17
<i>tpn electrolytes</i>	117	<i>vancomycin</i>	17
TRACLEER.....	106	<i>vancomycin/dextrose</i>	17
<i>tramadol</i>	13	<i>vandazole</i>	17
<i>tramadol/acetaminophen</i>	13	VAQTA.....	94
<i>trandolapril</i>	70	VARIVAX.....	94
TRANSDERM-SCOP.....	39	Vasodilatadores	70
<i>tranylcypromine</i>	31	VELCADE.....	47
TRAVASOL.....	118	<i>velivet</i>	84
TRAVATAN Z.....	101	<i>venlafaxine</i>	33
<i>trazodone</i>	31	VENLAFAXINE ER.....	33
TRECTOR.....	44	VENTAVIS.....	106
<i>tretinoin</i>	49, 75	VENTOLIN HFA.....	105
<i>triamcinolone</i>	73, 80	VERAMYST.....	103
<i>triamcinolone/orabase</i>	73	<i>verapamil</i>	63
<i>triamterene/hydrochlorothiazide</i>	67	<i>verapamil er</i>	63
Tricíclicos	33	VESICARE.....	79
TRICOR.....	68	VEXOL.....	100
<i>triderm</i>	80	VFEND.....	40
<i>trifluoperazine</i>	53	VFEND IV.....	40
<i>trifluridine</i>	54	VIDAZA.....	47
<i>trihexyphenidyl</i>	51	VIDEX.....	55
TRIHIBIT.....	94	VIDEX EC.....	55
<i>tri-legest fe</i>	84	VIGAMOX.....	25
TRILIPIX.....	68	VIMPAT.....	27
<i>trilyte</i>	76	VIRACEPT.....	56
<i>trimethoprim</i>	17	VIRAMUNE.....	55
<i>trimethoprim/polymyxin</i>	17	VIREAD.....	55
<i>tri-nessa</i>	84	VISTIDE.....	54
TRIPEDIA.....	94	Vitaminas	118
<i>tri-previfem</i>	84	VIVAGLOBIN.....	90
TRISENOX.....	47	VIVELLE-DOT.....	84
<i>tri-sprintec</i>	84	VIVOTIF.....	94
<i>trivora-18</i>	84	<i>vospire er</i>	105
TRIZIVIR.....	55	VOTRIENT.....	48
TROPHAMINE.....	118	VYTORIN.....	68
<i>tropicamide</i>	100	<i>warfarin</i>	60
TRUVADA.....	55	WELCHOL.....	68
TWINJECT.....	105	XALATAN.....	101
TWINRIX.....	94		
TYGACIL.....	17		
TYKERB.....	47		
TYPHIM VI.....	94		

XENAZINE	73	<i>zolpidem</i>	107
XOLAIR	106	ZOMETA	97
XOPENEX HFA.....	105	ZOMIG.....	42
XYREM.....	73	ZOMIG SPRAY	42
YF-VAX.....	94	ZOMIG ZMT	43
<i>zaleplon</i>	107	<i>zonisamide</i>	27
ZANOSAR.....	44	ZORBTIVE.....	82
ZAVESCA	76	ZOSTAVAX.....	94
ZEMAIRA	106	ZOSYN	23
ZEMPLAR	97	<i>zovia</i>	84
<i>zerlor</i>	13	ZOVIRAX	55
ZETIA.....	68	ZYDONE	13
ZIAGEN	55	ZYFLO CR.....	103
<i>zidovudine</i>	55	ZYMAR.....	25
ZMAX.....	24	ZYPREXA	53
ZOLINZA	47	ZYPREXA ZYDIS	53
		ZYVOX	17, 18