

**First+Plus
(PPO) y (HMO)
Formulario 2010
(Listado de Medicamentos Cubiertos)**

**FAVOR LEER: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACION
SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN**

Nota a los miembros existentes: este formulario ha cambiado desde el año pasado. Por favor revise este documento para asegurarse de que aún contiene las drogas que toma.

Este documento incluye un formulario parcial de First Plus a partir del 1ro de enero de 2010. Para un formulario completo y actualizado, favor visitar nuestra página en el Internet, www.firstpluspr.com o llamar al Departamento de Servicio al Cliente de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. al 1-888-767-7717. Usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-672-4242.

Ultima revisión Octubre 2009

¿Qué es el Formulario de First Plus?

Un formulario es un listado de medicamentos cubiertos seleccionados por First Plus en consulta con un equipo de proveedores de cuidado de salud, los cuales representan la creencia de que las terapias prescritas son una parte necesaria del programa de tratamiento de calidad. First Plus cubrirá generalmente los medicamentos enumerados en nuestro formulario, siempre y cuando el medicamento sea médicamente necesario, la receta se obtenga en una farmacia de la red de First Plus, y otras normas del plan sean seguidas. Para más información sobre como obtener sus recetas, favor revise su Evidencia de Cubierta.

¿Puede cambiar el Formulario?

Generalmente, si usted está tomando un medicamento de nuestro formulario 2009 que estaba cubierto al comenzar el año, no descontinuaremos o reduciremos la cubierta del medicamento durante la cubierta del año 2009, excepto cuando un medicamento genérico nuevo, menos costoso, esté disponible o cuando una información adversa sobre la seguridad o efectividad del medicamento sea publicada. Otros tipos de cambios en el formulario, tales como eliminar un medicamento del formulario, no afectarán a los suscriptores quienes actualmente toman el medicamento. El medicamento continuará disponible al mismo costo compartido para aquellos suscriptores que lo estén tomando por el resto de la cubierta anual. Sabemos que es importante que usted continúe teniendo acceso por el resto de la cubierta anual al formulario de medicamentos que estaba disponible cuando usted escogió nuestro plan, excepto en casos en que usted economice o aumente la seguridad de sus medicamentos.

Si eliminamos medicamentos de nuestro formulario, añadimos autorizaciones previas, cantidades limitadas o aumentamos una categoría de medicamento a un costo compartido más alto, nosotros notificaremos a los suscriptores afectados sobre el cambio al menos 60 días antes que el cambio sea efectivo, o cuando el suscriptor solicite una repetición del medicamento, al tiempo que el suscriptor recibirá un suplido del medicamento para 60 días. Si la Administración de Alimentos y Drogas estima que un medicamento en nuestro formulario no es seguro o que el fabricante del medicamento remueva el medicamento del mercado, nosotros inmediatamente eliminaremos el medicamento de nuestro formulario y enviaremos notificación a los suscriptores que tomen el medicamento. El formulario adjunto está actualizado al 1ro de enero de 2010. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por First Plus, favor visitar nuestra página en el Internet, www.firstpluspr.com o llamar al Departamento de Servicio al Cliente de

lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. al 1-888-767-7717. Usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-672-4242.

En caso de cambios que puedan ocurrir a mediados de año, le enviaremos una hoja suelta a través del correo con dicha información. Además, cualquier cambio también serán posteados en nuestra página electrónica www.firstpluspr.com A través del año calendario 2010.

¿Cómo utilizo el Formulario?

Existen dos maneras de encontrar su medicamento en el formulario:

Condiciones Médicas

El formulario comienza en la página 8. Los medicamentos en el formulario están agrupados en categorías dependiendo en el tipo de condiciones médicas que ellos están acostumbrados a tratar. Por ejemplo, medicamentos usados para tratar condiciones del corazón están enumerados bajo la categoría cardiovascular. Si usted sabe para que se usa su medicamento, fíjese en el nombre de la categoría en el listado que comienza en la página 8. Luego busque bajo el nombre de la categoría de su medicamento.

Listado Alfabético

Si usted no está seguro bajo que categoría buscar, debe buscar su medicamento en el índice que comienza en la página 17. El índice provee un listado alfabético de todos los medicamentos incluidos en este documento. Ambos medicamentos de marca y medicamentos genéricos están enumerados en el índice. Busque en el índice y encuentre su medicamento. Al lado de su medicamento, usted verá el número de página donde usted puede encontrar la información de la cubierta. Pase a la página indicada en el índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna del listado.

¿Cuáles son los medicamentos genéricos?

First Plus cubre ambos medicamentos de marca y medicamentos genéricos. Un medicamento genérico tiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Los medicamentos genéricos usualmente cuestan menos que los medicamentos de marca y están aprobados por la Administración de Alimentos y Drogas (FDA).

¿Existen algunas restricciones en mi cubierta?

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

- **Autorización Previa:** First Plus requiere que usted o su médico obtenga una autorización previa para algunos medicamentos. Esto significa que usted necesitará aprobación de First Plus antes que usted obtenga su receta. Si usted no obtiene la aprobación, First Plus puede que no cubra el medicamento.
- **Cantidades Limitadas:** Para algunos medicamentos, First Plus limita la cantidad de medicamento que First Plus cubrirá. Por ejemplo, First Plus provee 25 tabletas por receta para *zolpidem*. Esto puede ser además de un suplido estándar de uno (1) a tres (3) meses.
- **Terapia Escalonada:** En algunos casos, First Plus requiere que usted primero trate ciertos medicamentos para tratar su condición médica antes de cubrirle otro medicamento para esa condición. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B ambos tratan su condición médica, First Plus puede no cubrir el Medicamento B a menos que usted trate el Medicamento A primero. Si el Medicamento A no le trabaja a usted, First Plus entonces le cubrirá el Medicamento B.

Usted puede saber si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales buscando en el formulario que comienza en la página 8.

Usted puede solicitar a First Plus que haga una excepción a estas restricciones o límites. Vea la sección, “¿Cómo solicito una excepción al formulario de First Plus?” en la página 5 para información sobre cómo solicitar una excepción.

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

Si su medicamento no está incluido en el formulario, usted debe primero comunicarse al Departamento de Servicio al Cliente, y preguntar si su medicamento está cubierto. Este documento incluye solo un listado parcial de los medicamentos cubierto, por lo que puede que First Plus cubra su medicamento. Usted puede llamar al Departamento de Servicio al Cliente de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. al 1-888-767-7717. Usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-672-4242.

Si usted se entera que First Plus no cubre su medicamento, usted tiene dos alternativas:

- Usted puede preguntar al Servicio al Cliente por un listado de medicamentos similares que estén cubiertos por First Plus. Cuando usted reciba el listado, muéstrelo a su médico y solicite que le recete un medicamento similar que esté cubierto por First Plus.
- Usted puede solicitar a First Plus que haga una excepción y cubra su medicamento. Véase más abajo información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo puedo solicitar una excepción al Formulario de First Plus?

Usted puede solicitar a First Plus que haga una excepción a nuestras normas de cubierta. Existen diferentes tipos de excepciones que usted puede solicitar que le hagan.

- Usted puede solicitar que le cubran un medicamento aunque no esté en nuestro formulario.
- Usted puede solicitar el prescindir de los requisitos o límites en su medicamento. Por ejemplo, en algunos medicamentos, First Plus limita la cantidad del medicamentos que nosotros cubriremos. Si su medicamento tiene una cantidad limitada, usted puede solicitarnos el prescindir de limitar y cubrir más.
- Usted puede solicitarnos el proveerle un nivel más alto de cubierta en su medicamento. Si su medicamento se encuentra en nuestra categoría de medicamentos especiales, usted puede solicitarnos cubrirlo a una cantidad de costo compartido que aplique a la categoría de medicamentos genéricos en su lugar. Esto puede disminuir la cantidad que usted paga por su medicamento. Por favor fíjese, si nosotros garantizamos su solicitud para cubrir un medicamento que no está en nuestro formulario, usted no puede solicitarnos el que se le provea un nivel alto de cubierta por el medicamento.

Generalmente, First Plus aprobará solamente su solicitud por una excepción si las alternativas de medicamentos incluidos en el formulario del plan, la categoría más baja de medicamento o restricciones de utilización adicionales no serán tan efectivas en el tratamiento de su condición y/o le causará efectos médicos adversos.

Usted puede comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de la cubierta inicial del formulario, categoría o excepción a la restricción de utilización. Cuando usted solicite un formulario, categoría o excepción a la restricción de utilización usted debe someter una justificación de su médico respaldando su solicitud. Generalmente, nosotros debemos tomar nuestra decisión dentro de 72 horas de haber recibido la justificación de su médico respaldando su solicitud. Usted puede solicitar una excepción expedita (rápida) si usted o su médico creen que su salud puede estar amenazada seriamente por esperar hasta 72 horas por una decisión. Si su solicitud es otorgada, nosotros tomaremos una decisión no más tarde de 24 horas después que recibamos la justificación médica.

¿Qué puedo hacer antes de hablar con mi médico sobre cambiar mis medicamentos o solicitar una excepción?

Como nuevo o suscriptor actual en nuestro plan usted puede estar tomando medicamentos que no están en nuestro formulario. O debe estar tomando un medicamento que está en nuestro formulario, pero su capacidad para obtenerlo está limitada. Por ejemplo, usted puede necesitar una autorización previa de nosotros

antes que su médico expida su receta. Usted debe hablar con su médico para decidir si usted debe cambiar a un medicamento apropiado que cubramos o solicitar una excepción al formulario, de manera que podamos cubrir el medicamento que usted tome. Mientras usted habla con su médico para determinar el curso de acción correcto para usted, nosotros cubriremos su medicamento en ciertos casos durante los primeros 90 días de su membresía en nuestro plan.

Por cada uno de sus medicamentos que no estén en nuestro formulario o si su capacidad para obtener sus medicamentos está limitada, nosotros le cubriremos un suplido temporero de 30 días (a menos que tenga una receta escrita por menos días) cuando usted acuda a una farmacia de la red. Luego de su primer suplido de 30 días, nosotros no pagaremos por estos medicamentos, incluso si usted ha sido suscriptor del plan por menos de 90 días.

Si usted es un residente de una facilidad de cuidado prolongado, nosotros cubriremos un suplido temporero de transición de 31 días (a menos que tenga una receta escrita por menos días). Nosotros cubriremos más de una repetición de esos medicamentos por los primeros 90 días de su membresía en nuestro plan. Si usted necesita un medicamento que no está en nuestro formulario o si capacidad de obtener sus medicamentos está limitada, pero usted ha pasado los primeros 90 días de membresía en nuestro plan, nosotros cubriremos un suplido de emergencia de 31 días de ese medicamento (a menos que tenga una receta por menos días) mientras usted da seguimiento a una excepción al formulario.

Para más información

Para más información detallada sobre la cubierta de medicamentos recetados de First Plus, favor revisar su Evidencia de Cubierta y otros materiales del plan.

Si usted tiene preguntas sobre First Plus, favor llamar al Departamento de Servicio al Cliente de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. al 1-888-767-7717. Usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-672-4242. O visite www.firstpluspr.com.

Si usted tiene preguntas generales sobre la cubierta de medicamentos recetados de Medicare, favor llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas al día, 7 días a la semana. Usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048. O visite www.medicare.gov.

Formulario First Plus

El formulario que comienza en la próxima página provee información sobre la cubierta de algunos de los medicamentos cubiertos por First Plus. Si usted tiene problemas encontrando su medicamento en el listado, vaya al índice que comienza en la 17. Recuerde, éste es sólo un listado parcial de los medicamentos cubiertos por First Plus. Si su medicamento no está en éste listado parcial, favor visitar nuestra página en Internet www.firstpluspr.com o llame Departamento de Servicio

al Cliente de lunes a viernes de 8:00am a 8:00 pm. Usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-672-4242.

La primera columna de la tabla enumera el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca aparecen en letras mayúsculas (e.g., ACTONEL) y los medicamentos genéricos están enumerados en letras minúsculas itálicas (e.g., *alendronate*)

La segunda columna indica el nivel de categoría

Categoría 1 – Genéricos

Categoría 2 – Marca Preferidos

Categoría 3 – Marca No Preferido

Categoría 4 – Medicamentos Especializados

La información en la columna que indica notas presenta los Requisitos/Límites y le indica si First Plus tiene algún requisito especial para la cubierta de su medicamento.

PA – Indica si Previa Autorización es requerida

QL – Indica Límites en las Cantidades

ST – Indica que requiere de Terapia Escalonada

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE COPAGO	REQUISITOS/ LÍMITES
------------------------	-----------------	---------------------

Analgesics [Analgésicos]		
<i>acetaminophen/caffeine/dihydrocodeine</i>	1	
<i>acetaminophen/codeine, elixir</i>	1	
<i>acetaminophen/codeine, tableta</i>	1	
AVINZA	3	
<i>butorphanol tartrate</i>	1	
DEMEROL, INYECCIÓN	3	
ENDOCET	1	
<i>fentanyl citrate</i>	SP	
<i>fentanyl, parche</i>	1	
<i>hydrocodone/acetaminophen</i>	1	
<i>hydromorphone, tableta</i>	1	
<i>hydromorphone, inyección 10mg/ml</i>	1	
KADIAN	2	
<i>meperidine</i>	1	
<i>methadone</i>	1	
<i>morphine</i>	1	
<i>oxycodone</i>	1	
<i>oxycodone/acetaminophen</i>	1	
OXYCONTIN	2	
<i>propoxyphene-n/acetaminophen</i>	1	
ROXICET 5/325, SOLUCIÓN ORAL, TABLETA	3	
SUBOXONE	3	
<i>tramadol</i>	1	
<i>tramadol/acetaminophen</i>	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE COPAGO	REQUISITOS/ LÍMITES
------------------------	-----------------	---------------------

Anesthetics [Anestésicos]		
<i>lidocaine</i>	1	
LIDODERM	2	

Antibacterials [Antibacterianos]		
ALTABAX	3	
<i>amoxicillin</i>	1	
AMOXIL, SUSPENSIÓN 250MG/5ML	3	
<i>amoxil, cápsula 500mg</i>	1	
<i>ampicillin, oral</i>	1	
AUGMENTIN XR	3	
AVELOX	3	
AVELOX, INYECCIÓN	3	
<i>azithromycin</i>	1	
<i>bacitracin, unguento oftálmico</i>	1	
<i>cefaclor, cápsula, suspensión</i>	1	
<i>cefadroxil</i>	1	
<i>cefdinir</i>	1	
<i>cefprozil</i>	1	
<i>ceftazidime</i>	1	
<i>cefuroxime axetil</i>	1	
<i>cefuroxime sodium</i>	1	
<i>cephalexin</i>	1	
CIPRO HC	3	
CIPRODEX	2	
<i>ciprofloxacin, solución oftálmica, tableta</i>	1	
<i>ciprofloxacin, inyección 400mg/40ml</i>	1	
<i>ciprofloxacin in D5W</i>	1	
<i>clarithromycin</i>	1	
<i>clarithromycin ER</i>	1	

PA=Autorización previa
 QL=Límites en la cantidad

PA**=Determinación para autorización previa solamente para Medicare Parte B vs. Parte D
 ST=Terapia escalonada
 *=Requisitos/límites aplica a nuevos comienzos solamente

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE COPAGO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>clindamycin hydrochloride</i>	1	
<i>clindamycin phosphate</i>	1	
<i>dicloxacillin</i>	1	
DORYX	3	
<i>doxycycline</i>	1	
E.E.S., TABLETA 400	1	
ERY-TAB	3	
ERYTHROCIN, TABLETA	1	
<i>erythromycin (base), tableta revestida</i>	1	
<i>erythromycin DR, cápsula, unguento 250mg</i>	1	
<i>erythromycin/ sulfisoxazole</i>	1	
FORTAZ, INYECCIÓN 500MG, 2GM/50ML	3	
GENTAK	1	
<i>gentamicin sulfate</i>	1	
KETEK	3	
LEVAQUIN	2	
<i>metronidazole</i>	1	
<i>metronidazole vaginal</i>	1	
<i>minocycline</i>	1	
<i>neomycin, tableta</i>	1	
<i>neomycin/polymyxin b/ dexamethasone</i>	1	
<i>neomycin/polymyxin/ hydrocortisone</i>	1	
<i>neomycin/polymyxin b/ gramicid</i>	1	
<i>nitrofurantoin</i>	1	
<i>ofloxacin</i>	1	
<i>penicillin v potassium</i>	1	
<i>polymyxin b sulfate/ trimethoprim</i>	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE COPAGO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>silver sulfadiazine</i>	1	
SPECTRACEF	3	
<i>sulfacetamide sodium, unguento, solución</i>	1	
<i>sulfamethoxazole/ trimethoprim</i>	1	
<i>tetracycline</i>	1	
SULFATRIM	1	
TOBRADEX	2	
<i>tobramycin</i>	1	
<i>trimethoprim, tableta 100mg</i>	1	
VANCOCIN, CÁPSULA	2	
VANCOCIN, SOLUCIÓN 1G/200ML	3	
<i>vancomycin</i>	1	
VANDAZOLE	1	
XIFAXAN	3	
ZYVOX, INYECCIÓN 2MG/ML	SP	
ZYVOX, SUSPENSIÓN 100MG/5ML	SP	PA, QL
ZYVOX, TABLETA 600MG	SP	PA, QL

Anticonvulsants [Anticonvulsivos]		
<i>carbamazepine</i>	1	
CARBATROL	2	
DEPAKOTE	2	
DEPAKOTE ER	2	
DEPAKOTE SPRINKLE	2	
DILANTIN	2	
<i>divalproex</i>	1	
<i>epitol</i>	1	

PA=Autorización previa
QL=Límites en la cantidad

PA**=Determinación para autorización previa solamente para Medicare Parte B vs. Parte D
ST=Terapia escalonada *=-Requisitos/límites aplica a nuevos comienzos solamente

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE COPAGO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>gabapentin, tableta 600mg, 800mg</i>	1	
GABITRIL	2	
KEPPRA	2	
LAMICTAL	2	
LAMICTAL ODT	2	
<i>lamotrigine</i>	1	
<i>levetiracetam</i>	1	
LYRICA	3	
NEURONTIN, SOLUCIÓN	3	
<i>oxcarbazepine</i>	1	
PHENYTEK	2	
<i>phenytoin, cápsula 100mg ER</i>	1	
<i>phenytoin, suspensión 125mg/5ml</i>	1	
<i>primidone</i>	1	
STAVZOR	2	
TEGRETOL	2	
TEGRETOL XR	2	
TRILEPTAL	2	
<i>valproic acid</i>	1	
<i>zonisamide</i>	1	

Antidementia Agents [Agentes antidemencia]		
ARICEPT, TABLETA	2	
ARICEPT ODT	2	
COGNEX	3	
EXELON	2	
<i>galantamine</i>	1	
<i>galantamine ER</i>	1	
NAMENDA, SOLUCIÓN, TABLETA	2	
RAZADYNE, SOLUCIÓN ORAL	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE COPAGO	REQUISITOS/ LÍMITES
Antidepressants [Antidepresivos]		
<i>amitriptyline</i>	1	
BUDEPRION SR	1	
BUDEPRION XL	1	
<i>bupropion</i>	1	
<i>bupropion SR</i>	1	
<i>citalopram</i>	1	
<i>clomipramine</i>	1	
CYMBALTA	2	
<i>desipramine</i>	1	
<i>doxepin</i>	1	
EFFEXOR XR	3	
<i>fluoxetine</i>	1	
<i>fluvoxamine</i>	1	
<i>imipramine</i>	1	
LEXAPRO	2	
LUVOX CR	3	
<i>mirtazapine</i>	1	
<i>nefazodone</i>	1	
<i>nortriptyline</i>	1	
<i>paroxetine</i>	1	
<i>paroxetine ER, tableta 12.5mg, 25mg</i>	1	
PRISTIQ	3	
PROZAC WEEKLY	3	
<i>sertraline</i>	1	
SYMBYAX	2	
<i>tranylcypromine</i>	1	
<i>trazodone</i>	1	
<i>venlafaxine</i>	1	
VENLAFAXINE ER	3	

Antidotes, Deterrents, and Toxicologic Agents [Antídotos, Disuasores y Agentes Toxicológicos]		
<i>amifostine</i>	1	

PA=Autorización previa
 QL=Límites en la cantidad

PA**=Determinación para autorización previa solamente para Medicare Parte B vs. Parte D
 ST=Terapia escalonada
 *=Requisitos/límites aplica a nuevos comienzos solamente

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE COPAGO	REQUISITOS/ LÍMITES
CAMPRAL	2	
CHANTIX, TABLETA, EMPAQUE DEL MES INICIAL	3	
<i>naloxone</i>	1	
<i>naltrexone</i>	1	

Antiemetics [Antieméticos]

<i>dronabinol</i>	1	
<i>meclizine</i>	1	
<i>metoclopramide</i>	1	
<i>ondansetron, inyección 2mg/ml</i>	1	
<i>ondansetron, solución 4mg/5ml</i>	1	PA**
<i>ondansetron ODT</i>	1	PA**
<i>ondansetron, tableta</i>	1	PA**
<i>prochlorperazine</i>	1	
<i>promethazine, inyección, supositorio, tableta</i>	1	
PROMETHEGAN	1	
TRANSDERM-SCOP	3	
<i>trimethobenzamide, inyección 100mg/ml</i>	1	
<i>trimethobenzamide, cápsula 300mg</i>	1	

Antifungals [Antifúngicos]

<i>ciclopirox, gel, laca de uñas</i>	1	
<i>ciclopirox olamine, crema, suspensión</i>	1	
<i>clotrimazole/ betamethasone</i>	1	
<i>fluconazole, suspensión, tableta</i>	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE COPAGO	REQUISITOS/ LÍMITES
GRIFUL VIN V, TABLETA 500MG	3	
GRIS-PEG	3	
<i>itraconazole</i>	1	PA
<i>ketoconazole</i>	1	
LAMISIL, SPRAY 1%	2	
<i>miconazole 3</i>	1	
<i>nystatin</i>	1	
<i>nystatin/triamcinolone</i>	1	
NYSTOP	1	
OXISTAT	3	
<i>terbinafine, tableta</i>	1	PA
<i>terconazole, supositorio</i>	1	
<i>terconazole, crema 0.4%, 0.8%</i>	1	
ZAZOLE	1	

Antigout Agents [Agentes antigota]

<i>allopurinol, tableta</i>	1	
<i>colchicine, tableta 0.6mg</i>	1	
<i>probenecid</i>	1	

Anti-Inflammatory Agents [Agentes antiinflamatorios]

ARTHROTEC	3	
CELEBREX	3	
<i>diclofenac potassium</i>	1	
<i>diclofenac sodium</i>	1	
<i>diflunisal, tableta 500mg</i>	1	
<i>etodolac</i>	1	
<i>flurbiprofen</i>	1	
<i>ibuprofen</i>	1	
<i>indomethacin, cápsula</i>	1	
<i>ketoprofen, tableta 50mg, 75mg</i>	1	

PA=Autorización previa
QL=Límites en la cantidad

PA**=Determinación para autorización previa solamente para Medicare Parte B vs. Parte D
ST=Terapia escalonada
*=Requisitos/límites aplica a nuevos comienzos solamente

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE COPAGO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>ketorolac</i>	1	QL
<i>meloxicam</i>	1	
<i>nabumetone</i>	1	
<i>naproxen</i>	1	
<i>oxaprozin</i>	1	
<i>piroxicam</i>	1	
PONSTEL	3	
<i>sulindac</i>	1	

Antimigraine Agents [Agentes antimigrañas]		
AMERGE	3	PA
AXERT	3	PA
FROVA	3	PA
MAXALT	2	PA
MAXALT MLT	2	PA
RELPAX	2	PA
<i>sumatriptan, inyección, tableta</i>	1	PA
TREXIMET	3	PA
ZOMIG	3	PA
ZOMIG ZMT	3	PA

Antimyasthenic Agents [Agentes contra debilidad muscular]		
MESTINON, JARABE	3	
<i>pyridostigmine</i>	1	

Antimycobacterials [Antimicrobianos]		
<i>dapsone</i>	1	
<i>ethambutol</i>	1	
<i>isoniazid</i>	1	
<i>rifampin</i>	1	

Antineoplastics [Antineoplásticos]		
ARIMIDEX	2	
AROMASIN	2	
FEMARA	2	
GLEEVEC, TABLETA	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE COPAGO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>hydroxyurea, cápsula</i>	1	
<i>mercaptopurine</i>	1	
<i>methotrexate</i>	1	
<i>tamoxifen</i>	1	
TARCEVA	2	

Antiparasitics [Antiparasíticos]		
<i>hydroxychloroquine</i>	1	
MALARONE	2	
<i>mebendazole</i>	1	
<i>permethrin, crema</i>	1	
STROMECTOL	2	

Antiparkinson Agents [Agentes antiparkinson]		
<i>amantadine, cápsula, tableta</i>	1	
AZILECT	2	
<i>benztropine</i>	1	
<i>bromocriptine</i>	1	
<i>carbidopa/levodopa</i>	1	
<i>carbidopa/levodopa ER</i>	1	
<i>carbidopa/levodopa ODT</i>	1	
COMTAN	2	
MIRAPEX	2	
PARCOPA	3	
REQUIP XL	3	
<i>ropinirole</i>	1	
<i>selegiline</i>	1	
STALEVO	2	
<i>trihexyphenidyl, elixir, tableta</i>	1	

Antipsychotics [Antipsicóticos]		
ABILIFY, TABLETA	2	
ABILIFY, SOLUCIÓN 1MG/ML	2	
<i>chlorpromazine</i>	1	

PA=Autorización previa
QL=Límites en la cantidad

PA**=Determinación para autorización previa solamente para Medicare Parte B vs. Parte D
ST=Terapia escalonada
*=Requisitos/límites aplica a nuevos comienzos solamente

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE COPAGO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>clozapine</i>	1	
FAZACLO	3	
<i>fluphenazine</i>	1	
GEODON	2	
<i>haloperidol</i>	1	
<i>haloperidol decanoate</i>	1	
<i>loxapine</i>	1	
<i>perphenazine, tableta</i>	1	
<i>risperidone, solución, tableta</i>	1	
SEROQUEL	2	
SEROQUEL XR	2	
<i>thioridazine, tableta</i>	1	
<i>thiothixene, cápsula</i>	1	
<i>trifluoperazine</i>	1	
ZYPREXA	2	

Antispasticity Agents [Agentes antiespasticidad]

<i>baclofen</i>	1	
<i>dantrolene</i>	1	
<i>tizanidine</i>	1	

Antivirals [Antivirales]

<i>acyclovir, cápsula, suspensión, tableta</i>	1	
ATRIPLA	2	
COMBIVIR	2	
EPIVIR	2	
EPZICOM	2	
<i>famciclovir</i>	1	
FUZEON	2	
<i>ganciclovir</i>	1	
HEPSERA	2	
KALETRA	2	
NORVIR	2	
REYATAZ	2	
<i>ribavirin</i>	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE COPAGO	REQUISITOS/ LÍMITES
SUSTIVA	2	
SYNAGIS	2	
TAMIFLU	2	QL
TRIZIVIR	2	
TRUVADA	2	
VALCYTE	SP	
VALTREX	2	
VIRACEPT	2	
VIRAMUNE	2	
VIREAD	2	
ZIAGEN	2	
ZOVIRAX, CREMA, UNGÜENTO	3	

Anxiolytics [Ansiolíticos]

<i>bupirone</i>	1	
<i>meprobamate</i>	1	

Bipolar Agents [Agentes bipolares]

<i>lithium carbonate</i>	1	
LITHOBID	2	

Blood Glucose Regulators [Reguladores de glucosa en la sangre]

<i>acarbose</i>	1	
ACTOPLUS MET	2	
ACTOS	2	
APIDRA	2	
AVANDAMET	2	
AVANDARYL	2	
AVANDIA	2	
BD, ALMOHADILLAS DE ALCOHOL DE UN SOLO USO	1	
BD, JERINGAS DE INSULINA (DESECHABLES)	2	

PA=Autorización previa
QL=Límites en la cantidad

PA**=Determinación para autorización previa solamente para Medicare Parte B vs. Parte D
ST=Terapia escalonada
*=Requisitos/límites aplica a nuevos comienzos solamente

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE COPAGO	REQUISITOS/ LÍMITES
BD, JERINGAS DE INSULINA SEGURAS	2	
BD, PLUMILLAS DE INSULINA	2	
BYETTA, INYECCIÓN DE PLUMA DOSIFICADA 10MCG	2	
<i>glimepiride</i>	1	
<i>glipizide</i>	1	
<i>glipizide ER, tableta 2.5mg</i>	1	
<i>glipizide XL, tableta 5mg, 10mg</i>	1	
<i>glipizide/metformin</i>	1	
GLUCAGON EMERGENCY KIT	2	
<i>glyburide</i>	1	
<i>glyburide micronized, tableta 1.5mg, 3mg, 6mg</i>	1	
<i>glyburide/metformin</i>	1	
GLYSET	3	
HUMALOG, PLUMA, FRASCO 100 UNITS/ML	2	
HUMALOG MIX 50/50, PLUMA, FRASCO	2	
HUMALOG MIX 75/25, PLUMA, FRASCO	2	
HUMULIN 70/30	2	
HUMULIN N	2	
HUMULIN R	2	
JANUMET	2	
JANUVIA	2	
LANTUS, FRASCO 100 UNIT/ML	2	
LANTUS SOLOSTAR	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE COPAGO	REQUISITOS/ LÍMITES
LEVEMIR	2	
LEVEMIR FLEXPEN	2	
<i>metformin</i>	1	
<i>metformin ER</i>	1	
NOVOLIN 70/30	2	
NOVOLIN N	2	
NOVOLIN N INNOLET	2	
NOVOLIN R	2	
NOVOLOG	2	
NOVOLOG MIX 70/30	2	
PRANDIMET	3	
PRANDIN	3	
STARLIX	2	
SYMLIN	2	

**Blood Products/Modifiers/Volume Expanders
[Productos de la sangre/Modificadores/
Expansores del volumen]**

AGGRENEX	2	
ARANESP ALBUMIN FREE	2	PA**
<i>cilostazol</i>	1	
COUMADIN	2	
<i>dipyridamole, tableta</i>	1	
EPOGEN	3	PA**
HEPARIN, INYECCIÓN 2,000 UNIT/ML	3	
HEPARIN, INYECCIÓN 2,500 UNIT/ML	3	
<i>heparin sodium</i>	1	
JANTOVEN	1	
LOVENOX	2	
<i>pentoxifylline</i>	1	
PLAVIX	2	

PA=Autorización previa
QL=Límites en la cantidad

PA**=Determinación para autorización previa solamente para Medicare Parte B vs. Parte D
ST=Terapia escalonada * =Requisitos/límites aplica a nuevos comienzos solamente

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE COPAGO	REQUISITOS/ LÍMITES
PROCRIT	2	PA**
<i>ticlopidine</i>	1	
<i>warfarin</i>	1	

Cardiovascular Agents [Agentes cardiovasculares]		
<i>acebutolol</i>	1	
ACEON	3	
AFEDITAB CR	1	
<i>amiloride</i>	1	
<i>amiodarone</i>	1	
<i>amlodipine</i>	1	
<i>amlodipine/benazepril</i>	1	
ATACAND	3	
ATACAND HCT	3	
<i>atenolol</i>	1	
AVALIDE	3	
AVAPRO	3	
AZOR	3	
<i>benazepril</i>	1	
<i>benazepril/HCTZ</i>	1	
BENICAR	3	
BENICAR HCT	3	
<i>betaxolol</i>	1	
BIDIL	2	
<i>bisoprolol</i>	1	
<i>bumetanide</i>	1	
CADUET	3	
<i>captopril</i>	1	
<i>captopril/HCTZ</i>	1	
CARDIZEM CD, CÁPSULA 360MG	3	
CARDIZEM LA	3	
CARTIA XT	1	
<i>carvedilol</i>	1	
CATAPRES-TTS	3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE COPAGO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>chlorthalidone, tableta 25mg, 50mg</i>	1	
<i>cholestyramine</i>	1	
<i>cholestyramine light</i>	1	
<i>clonidine</i>	1	
COREG CR	3	
COZAAR	3	
CRESTOR	3	
<i>digoxin</i>	1	
DILT-CD	1	
DILT-XR, CÁPSULA 180MG, 240MG	1	
<i>diltiazem</i>	1	
<i>diltiazem ER</i>	1	
DIOVAN, TABLETA	2	
DIOVAN HCT	2	
<i>disopyramide phosphate</i>	1	
<i>doxazosin</i>	1	
DYNACIRC CR, TABLETA 10MG	3	
<i>enalapril</i>	1	
<i>enalapril/HCTZ</i>	1	
EPIPEN 2-PAK	2	
EPIPEN JR 2-PAK	2	
<i>eplerenone</i>	1	
EXFORGE	2	
<i>felodipine ER</i>	1	
<i>fenofibrate</i>	1	
<i>flecainide</i>	1	
<i>fosinopril</i>	1	
<i>fosinopril/HCTZ</i>	1	
<i>furosemide</i>	1	
<i>gemfibrozil</i>	1	
<i>guanfacine</i>	1	
<i>hydralazine</i>	1	

PA=Autorización previa
QL=Límites en la cantidad

PA**=Determinación para autorización previa solamente para Medicare Parte B vs. Parte D
ST=Terapia escalonada * =Requisitos/límites aplica a nuevos comienzos solamente

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE COPAGO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>hydrochlorothiazide</i>	1	
HYZAAR	3	
<i>indapamide</i>	1	
<i>isosorbide dinitrate</i>	1	
<i>isosorbide mononitrate</i>	1	
<i>labetalol</i>	1	
LANOXIN	2	
LIPITOR	2	
<i>lisinopril</i>	1	
<i>lisinopril/HCTZ</i>	1	
LOTREL, CÁPSULA 5/40MG, 10/40MG	2	
<i>lovastatin</i>	1	
LOVAZA	3	
<i>methyclothiazide, tableta 5mg</i>	1	
<i>methyldopa</i>	1	
<i>methyldopa/HCTZ</i>	1	
<i>metolazone</i>	1	
<i>metoprolol</i>	1	
<i>metoprolol ER</i>	1	
MICARDIS	2	
MICARDIS HCT	2	
<i>minoxidil, tableta</i>	1	
<i>moexipril</i>	1	
MULTAQ	3	
<i>nadolol</i>	1	
NIASPAN	2	
NIFEDIAC CC	1	
NIFEDICAL XL	1	
<i>nifedipine</i>	1	
<i>nifedipine ER</i>	1	
NITRO-DUR, PARCHE 0.3MG/HR	3	
<i>nitroglycerin, inyección</i>	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE COPAGO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>nitroglycerin, parche</i>	1	
NITROSTAT	3	
PACERONE	3	
<i>pindolol</i>	1	
<i>pravastatin</i>	1	
<i>prazosin</i>	1	
<i>propafenone</i>	1	
<i>propranolol</i>	1	
<i>quinapril</i>	1	
<i>quinaretic</i>	1	
<i>quinidine sulfate</i>	1	
<i>quinidine sulfate ER</i>	1	
<i>ramipril</i>	1	
RANEXA	2	
RYTHMOL SR	3	
<i>simvastatin</i>	1	
<i>sotalol</i>	1	
<i>spironolactone</i>	1	
<i>spironolactone/HCTZ</i>	1	
TARKA	2	
TAZTIA XT	1	
<i>terazosin, cápsula</i>	1	
TEVETEN	3	
TEVETEN HCT	3	
TIKOSYN	3	
<i>toremide</i>	1	
<i>trandolapril</i>	1	
<i>triamterene/HCTZ</i>	1	
TRICOR, TABLETA 48MG, 145MG	3	
TRILIPIX	2	
<i>verapamil</i>	1	
VYTORIN	3	
WELCHOL	3	
ZETIA	2	

PA=Autorización previa
 QL=Límites en la cantidad

PA**=Determinación para autorización previa solamente para Medicare Parte B vs. Parte D
 ST=Terapia escalonada
 *=Requisitos/límites aplica a nuevos comienzos solamente

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE COPAGO	REQUISITOS/ LÍMITES
------------------------	-----------------	---------------------

Central Nervous System Agents [Agentes del sistema nervioso central]		
<i>amphetamine salt combo</i>	1	
CONCERTA	3	
<i>dexmethylphenidate</i>	1	
<i>dextroamphetamine, tableta</i>	1	
<i>dextroamphetamine CR, cápsula</i>	1	
FOCALIN, TABLETA 5MG, 10MG	3	
METADATE CD, TABLETA 10MG, 20MG, 30MG	3	
METHYLIN, SOLUCIÓN, TABLETA MASTICABLE	3	
METHYLIN, TABLETA	1	
METHYLIN ER	1	
<i>methylphenidate</i>	1	
PROVIGIL	2	
RITALIN LA	3	
STRATTERA	2	

Dental and Oral Agents [Agentes dentales y orales]		
<i>chlorhexidine</i>	1	
<i>clotrimazole</i>	1	
EVOXAC	2	
<i>pilocarpine, tableta</i>	1	
<i>triamcinolone, pasta</i>	1	

Dermatological Agents [Agentes dermatológicos]		
<i>ammonium lactate</i>	1	
AZELEX	3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE COPAGO	REQUISITOS/ LÍMITES
BACTROBAN NASAL	3	
<i>calcipotriene</i>	1	
CARAC	3	
CLINDESSE	3	
<i>clotrimazole</i>	1	
DENAVIR	3	
DOVONEX, CREMA	2	
<i>erythromycin, gel 2%</i>	1	
FINACEA	3	
FLECTOR	3	
METROGEL, GEL, TÓPICO 1%	3	
<i>mupirocin</i>	1	
NAFTIN	3	
NORITATE	3	
REGRANEX	2	
SANTYL	3	
<i>sodium sulfacetamide, loción</i>	1	
TAZORAC	2	
<i>tretinoin, cápsula, crema, gel</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide</i>	1	
ZONALON	3	

Enzyme Replacements/Modifiers [Reemplazos/Modificadores enzimáticos]		
ARALAST, INYECCIÓN 500MG	3	
CREON DR	2	
LIPRAM 4500	1	
ULTRASE MT	2	

Gastrointestinal Agents [Agentes gastrointestinales]		
<i>atropine, inyección 0.05mg/ml, 0.1mg/ml</i>	1	

PA=Autorización previa
QL=Límites en la cantidad

PA**=Determinación para autorización previa solamente para Medicare Parte B vs. Parte D
ST=Terapia escalonada
*=Requisitos/límites aplica a nuevos comienzos solamente

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE COPAGO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>cimetidine, solución 300mg/5ml</i>	1	
<i>cimetidine, tableta</i>	1	
<i>dicyclomine</i>	1	
<i>diphenoxylate/atropine</i>	1	
ENULOSE	1	
<i>famotidine, inyección 10mg/ml</i>	1	
<i>famotidine, tableta 20mg, 40mg</i>	1	
<i>famotidine, premezclado</i>	1	
<i>glycopyrrolate</i>	1	
GOLYTELY	3	
KRISTALOSE	3	
<i>lactulose</i>	1	
LONOX	1	
<i>loperamide, cápsula</i>	1	
<i>misoprostol</i>	1	
MOVIPREP	3	
NEXIUM, CÁPSULA, SUSPENSIÓN	2	
<i>nizatidine</i>	1	
<i>omeprazole, cápsula</i>	1	
PEG 3350 AND ELECTROLYTES	1	
PREVACID, CÁPSULA	3	
PREVACID NAPRAPAC 500	3	
PREVACID SOLUTAB	3	
PREVPAC	3	
PROTONIX, INYECCIÓN	3	
PYLERA	2	
<i>ranitidine</i>	1	
<i>sucralfate</i>	1	
<i>ursodiol</i>	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE COPAGO	REQUISITOS/ LÍMITES
Genitourinary Agents [Agentes genitourinarios]		
AVODART	3	
<i>bethanechol</i>	1	
DETROL	2	
DETROL LA	2	
ELMIRON	3	
ENABLEX	3	
<i>finasteride</i>	1	
FLOMAX	2	
FOSRENOL	3	
<i>oxybutynin, jarabe, tableta</i>	1	
<i>oxybutynin ER</i>	1	
OXYTROL	3	
PHOSLO, CÁPSULA	2	
<i>potassium citrate ER</i>	1	
RENVELA	2	
SANCTURA	3	
UROXATRAL	3	
VESICARE	2	

Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Adrenal) [Agentes hormonales, Estimulantes/ Reemplazo/Modificadores (Adrenales)]		
<i>augmented betamethasone dipropionate</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate (augmented), gel</i>	1	
<i>betamethasone valerate</i>	1	
BETA-VAL	1	
CAPEX	3	
CELESTONE, JARABE	3	
<i>clobetasol</i>	1	
CLOBEX	3	

PA=Autorización previa
 QL=Límites en la cantidad

PA**=Determinación para autorización previa solamente para Medicare Parte B vs. Parte D
 ST=Terapia escalonada
 *=Requisitos/límites aplica a nuevos comienzos solamente

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE COPAGO	REQUISITOS/ LÍMITES
CORDRAN, LOCIÓN	3	
CORTEF, TABLETA 10MG	3	
<i>cortisone, tableta</i>	1	
<i>desonide</i>	1	
<i>desoximetasone</i>	1	
<i>dexamethasone</i>	1	
<i>diflorasone, crema</i>	1	
ENTOCORT EC	3	
<i>fludrocortisone</i>	1	
<i>fluocinolone acetone</i>	1	
<i>fluticasone, crema, unguento</i>	1	
<i>hydrocortisone</i>	1	
<i>hydrocortisone butyrate</i>	1	
<i>hydrocortisone valerate</i>	1	
KENALOG SPRAY	3	
<i>methylprednisolone</i>	1	
<i>mometasone</i>	1	
<i>prednisolone</i>	1	
<i>prednisone</i>	1	
PROCTOSOL HC, CREMA	1	
PROCTOZONE-HC	1	
U-CORT	1	

Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Pituitary) [Agentes hormonales, Estimulantes/ Reemplazo/Modificadores (Pituitarias)]		
<i>desmopressin</i>	1	
HUMATROPE CARTRIDGE KIT	SP	

Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers) [Agentes hormonales, Estimulantes/ Reemplazo/Modificadores (Hormonas sexuales/Modificadores)]		
ACTIVELLA	3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE COPAGO	REQUISITOS/ LÍMITES
ALORA	2	
ANDRODERM	2	
ANDROGEL, PAQUETE DE GEL 1%(5G)	2	
APRI	1	
ARANELLE	1	
AVIANE	1	
BALZIVA	1	
CAMILA	1	
CENESTIN	2	
COMBIPATCH	2	
CRYSSELLE	1	
ENPRESSE	1	
ERRIN	1	
ESTRACE, CREMA	3	
ESTRADERM	2	
<i>estradiol</i>	1	
<i>estradiol valerate</i>	1	
<i>estradiol/norethindrone</i>	1	
ESTRING	3	
<i>estropipate</i>	1	
EVISTA	2	
FEMHRT	3	
FEMRING	3	
JOLIVETTE	1	
JUNEL FE	1	
KARIVA	1	
LESSINA-28	1	
LEVORA	1	
LOW-OGESTREL	1	
LUTERA	1	
<i>medroxyprogesterone</i>	1	
MEGACE ES	2	
<i>megestrol</i>	1	
<i>menest</i>	1	

PA=Autorización previa
QL=Límites en la cantidad

PA**=Determinación para autorización previa solamente para Medicare Parte B vs. Parte D
ST=Terapia escalonada

*=Requisitos/límites aplica a nuevos comienzos solamente

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE COPAGO	REQUISITOS/ LÍMITES
MICROGESTIN	1	
MICROGESTIN FE	1	
NECON 0.5/35 (28)	1	
NECON 1/35 (28)	1	
NECON 1/50 (28)	1	
NECON 7/7/7	1	
NORA-BE	1	
<i>norethindrone</i>	1	
NORTREL 0.5/35 (28)	1	
NORTREL 1/35	1	
NORTREL 7/7/7	1	
OCELLA	1	
OGESTREL	1	
ORTHO EVRA	3	
ORTHO TRI-CYCLEN LO	3	
PORTIA (28)	1	
PREFEST	3	
PREMARIN	2	
PREMPHASE	2	
PREMPRO	2	
PROMETRIUM	3	
QUASENSE	1	
RECLIPSEN	1	
SPRINTEC 28	1	
SRONYX	1	
TESTIM	3	
<i>testosterone cypionate, inyección 100mg/ml</i>	1	
TRI-LEGEST FE	1	
TRI-LO-SPRINTEC	1	
TRINESSA	1	
TRI-SPRINTEC	1	
TRIVORA-28	1	
VAGIFEM	2	
VELIVET	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE COPAGO	REQUISITOS/ LÍMITES
VIVELLE-DOT	2	
ZOVIA 1/35E (28)	1	

**Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Thyroid)
[Agentes hormonales, Estimulantes/ Reemplazo/Modificadores (Tiroides)]**

CYTOMEL	2	
LEVOTHROID	2	
<i>levothyroxine, tableta</i>	1	
LEVOXYL	2	
<i>liothyronine, tableta</i>	1	
SYNTHROID	2	
UNITHROID	2	

**Hormonal Agents, Suppressant (Parathyroid)
[Agentes hormonales, Supresores (Paratiroides)]**

SENSIPAR	2	
----------	---	--

**Hormonal Agents, Suppressant (Pituitary)
[Agentes hormonales, Supresores (Pituitarias)]**

<i>cabergoline</i>	1	
<i>leuprolide 2wk 1mg/0.2ml kit</i>	1	PA*
LUPRON DEPOT	2	PA*

Hormonal Agents, Suppressant (Sex Hormones/Modifiers) [Agentes hormonales, Supresores (Hormonas sexuales/Modificadores)]

<i>flutamide</i>	1	
NILANDRON	2	

**Hormonal Agents, Suppressant (Thyroid)
[Agentes hormonales, Supresores (Tiroides)]**

<i>methimazole</i>	1	
<i>propylthiouracil</i>	1	

Immunological Agents [Agentes inmunológicos]

ALDARA	2	
--------	---	--

PA=Autorización previa
QL=Límites en la cantidad

PA**=Determinación para autorización previa solamente para Medicare Parte B vs. Parte D
ST=Terapia escalonada * =Requisitos/límites aplica a nuevos comienzos solamente

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE COPAGO	REQUISITOS/ LÍMITES
ARCALYST	SP	
AVONEX	SP	
<i>azathioprine, tableta</i>	1	
BETASERON INJECTION KIT	SP	
CELLCEPT, CÁPSULA, SUSPENSIÓN, TABLETA	2	PA**
CIMZIA	SP	PA
COPAXONE	SP	
<i>cyclosporine, cápsula</i>	1	PA**
<i>cyclosporine, inyección 50mg/ml</i>	1	PA**
ELIDEL	2	
ENBREL	SP	PA
HUMIRA, AGUJA 40MG/ 0.8ML	SP	PA
HUMIRA CROHN'S STARTER PACK	SP	PA
<i>leflunomide</i>	1	
<i>mycophenolate, cápsula 250mg</i>	1	PA**
<i>mycophenolate, tableta 500mg</i>	1	PA**
NEORAL	2	PA**
PEGASYS 180MCG/0.5ML	2	
PROGRAF, CÁPSULA	2	PA**
PROGRAF, INYECCIÓN	3	PA**
PROTOPIC	3	
RAPAMUNE	2	PA**
REBIF	SP	

Inflammatory Bowel Disease Agents [Agentes para la enfermedad inflamatoria del intestino]

ASACOL	2	
--------	---	--

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE COPAGO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>balsalazide</i>	1	
CANASA, SUPOSITORIO 1000MG	2	
<i>HC pramoxine</i>	1	
PENTASA	2	
<i>sulfasalazine</i>	1	

Metabolic Bone Disease Agents [Agentes para la enfermedad metabólica ósea]

ACTONEL	3	
ACTONEL WITH CALCIUM	3	
<i>alendronate</i>	1	
BONIVA, TABLETA	2	
BONIVA KIT	2	
<i>calcitriol</i>	1	
FORTEO, INYECCIÓN DE PLUMA 600MCG/2.4ML	3	PA
FORTICAL	2	
FOSAMAX PLUS D	2	
HECTOROL	2	
MIACALCIN, INYECCIÓN 200 UNIT/ML	2	
ZEMPLAR	3	

Ophthalmic Agents [Agentes oftálmicos]

<i>acetazolamide, cápsula, tableta</i>	1	
ACULAR	2	
ACULAR LS	2	
ALPHAGAN P	2	
ALREX	2	
AZOPT	2	
<i>bacitracin/polymyxin b</i>	1	
BETIMOL	3	

PA=Autorización previa
QL=Límites en la cantidad

PA**=Determinación para autorización previa solamente para Medicare Parte B vs. Parte D
ST=Terapia escalonada
*=Requisitos/límites aplica a nuevos comienzos solamente

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE COPAGO	REQUISITOS/ LÍMITES
BETOPTIC S	2	
BLEPHAMIDE	3	
BLEPHAMIDE S.O.P.	3	
<i>brimonidine</i>	1	
<i>cromolyn, solución oftálmica</i>	1	
ELESTAT	2	
<i>fluorometholone</i>	1	
FML S.O.P.	3	
LOTEMAX	2	
LUMIGAN	2	
NEVANAC	2	
OPTIVAR	2	
PATADAY	2	
PATANOL	2	
<i>prednisolone acetate</i>	1	
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	1	
RESTASIS	2	
<i>timolol, gotas de ojos</i>	1	
TRAVATAN Z	2	
<i>trifluridine</i>	1	
VIGAMOX	2	
XALATAN	3	
ZYLET	2	
ZYMAR	2	

Otic Agents [Agentes óticos]

ACETASOL HC	1	
<i>acetic acid otic</i>	1	

Respiratory Tract Agents [Agentes del tracto respiratorio]

ACCOLATE	3	ST*
<i>acetylcysteine</i>	1	
ADVAIR DISKUS	2	
ADVAIR HFA	2	
AEROBID	3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE COPAGO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>albuterol, solución</i>	1	
<i>albuterol, jarabe, tableta</i>	1	
<i>albuterol ER</i>	1	
ALLEGRA, SUSPENSION	3	
ALLEGRA-D 12-HOUR	3	
ALLEGRA-D 24-HOUR	3	
ASMANEX	2	
ASTELIN	2	
ATROVENT HFA	3	
AZMACORT INHALER	3	
BECONASE AQ	3	
<i>cetirizine, jarabe</i>	1	
CLARINEX	3	
CLARINEX REDITABS	3	
CLARINEX-D	3	
COMBIVENT	2	
<i>cromolyn, solución para nebulizador</i>	1	
<i>cyproheptadine</i>	1	
<i>dexchlorpheniramine, jarabe</i>	1	
<i>diphenhydramine</i>	1	
<i>fexofenadine</i>	1	
FLOVENT HFA, DISKUS	2	
<i>flunisolide</i>	1	
<i>fluticasone, spray nasal</i>	1	
FORADIL AEROLIZER	2	
<i>hydroxyzine, tableta</i>	1	

PA=Autorización previa
QL=Límites en la cantidad

PA**=Determinación para autorización previa solamente para Medicare Parte B vs. Parte D
ST=Terapia escalonada * =Requisitos/límites aplica a nuevos comienzos solamente

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE COPAGO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>hydroxyzine pamoate, cápsula</i>	1	
<i>hydroxyzine, jarabe 10mg/5ml</i>	1	
<i>ipratropium bromide, spray nasal</i>	1	
MAXAIR AUTOHALER	3	
NASACORT AQ	2	
NASONEX	2	
PERFOROMIST	3	
PROAIR HFA	2	
<i>promethazine, jarabe</i>	1	
PULMICORT RESPULE, FLEXHALER	2	
PROVENTIL HFA	2	
QVAR	2	
RHINOCORT AQUA	3	
SEREVENT DISKUS	2	
SINGULAIR	2	ST*
SPIRIVA HANDIHALER	2	
SYMBICORT	2	
<i>terbutaline</i>	1	
THEO-24	2	
<i>theophylline anhydrous</i>	1	
<i>theophylline ER</i>	1	
TRACLEER	2	
UNIPHYL, TABLETA 600MG	2	
VENTOLIN HFA	3	
VERAMYST	2	
XOPENEX HFA	2	
XYZAL	3	
ZYFLO CR	3	ST*

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE COPAGO	REQUISITOS/LÍMITES
Sedatives/Hypnotics [Sedantes/Hipnóticos]		
AMBIEN CR	3	QL
LUNESTA	3	QL
ROZEREM	3	QL
<i>zaleplon</i>	1	QL
<i>zolpidem</i>	1	QL

Skeletal Muscle Relaxants [Relajantes musculoesqueletales]		
<i>carisoprodol</i>	1	
<i>chlorzoxazone</i>	1	
<i>cyclobenzaprine</i>	1	
<i>methocarbamol</i>	1	
<i>orphenadrine ER</i>	1	
SKELAXIN, TABLETA 800MG	3	

Therapeutic Nutrients/Minerals/Electrolytes [Nutrientes terapéuticos/Minerales/Electrolitos]		
KAON-CL 10	1	
KLOR-CON	1	
KLOR-CON M15, M20	1	
<i>potassium chloride</i>	1	

PA=Autorización previa
QL=Límites en la cantidad

PA**=Determinación para autorización previa solamente para Medicare Parte B vs. Parte D
ST=Terapia escalonada * =Requisitos/límites aplica a nuevos comienzos solamente

ÍNDICE

A			
ABILIFY, SOLUCIÓN			
1MG/ML.....	12		
ABILIFY, TABLETA.....	12		
<i>acarbose</i>	13		
ACCOLATE.....	22		
<i>acebutolol</i>	15		
ACEON.....	15		
<i>acetaminophen/caffeine/dihydr</i> <i>ocodeine</i>	8		
<i>acetaminophen/codeine, elixir</i>	8		
<i>acetaminophen/codeine, tableta</i>	8		
ACETASOL HC.....	22		
<i>acetazolamide, cápsula, tableta</i>	21		
<i>acetic acid otic</i>	22		
<i>acetylcysteine</i>	22		
ACTIVELLA.....	19		
ACTONEL.....	21		
ACTONEL WITH CALCIUM	21		
ACTOPLUS MET.....	13		
ACTOS.....	13		
ACULAR.....	21		
ACULAR LS.....	21		
<i>acyclovir, cápsula, suspensión,</i> <i>tableta</i>	13		
ADVAIR DISKUS.....	22		
ADVAIR HFA.....	22		
AEROBID.....	22		
AFEDITAB CR.....	15		
AGGRENOL.....	14		
<i>albuterol ER</i>	22		
<i>albuterol, jarabe, tableta</i>	22		
<i>albuterol, solución</i>	22		
ALDARA.....	20		
<i>alendronate</i>	21		
ALLEGRA, SUSPENSIÓN.....	22		
ALLEGRA-D 12-HOUR.....	22		
ALLEGRA-D 24-HOUR.....	22		
<i>allopurinol, tableta</i>	11		
ALORA.....	19		
ALPHAGAN P.....	21		
ALREX.....	21		
ALTABAX.....	8		
		<i>amantadine, cápsula, tableta</i>	12
		AMBIEN CR.....	23
		AMERGE.....	12
		<i>amifostine</i>	10
		<i>amiloride</i>	15
		<i>amiodarone</i>	15
		<i>amitriptyline</i>	10
		<i>amlodipine</i>	15
		<i>amlodipine/benazepril</i>	15
		<i>ammonium lactate</i>	17
		<i>amoxicillin</i>	8
		<i>amoxil, cápsula 500mg</i>	8
		AMOXIL, SUSPENSIÓN 250MG/5ML.....	8
		<i>amphetamine salt combo</i>	17
		<i>ampicillin, oral</i>	8
		ANDRODERM.....	19
		ANDROGEL, PAQUETE DE GEL 1%(5G).....	19
		APIDRA.....	13
		APRI.....	19
		ARALAST, INYECCIÓN 500MG.....	17
		ARANELLE.....	19
		ARANESP ALBUMIN FREE	14
		ARCALYST.....	21
		ARICEPT ODT.....	10
		ARICEPT, TABLETA.....	10
		ARIMIDEX.....	12
		AROMASIN.....	12
		ARTHROTEC.....	11
		ASACOL.....	21
		ASMANEX.....	22
		ASTELIN.....	22
		ATACAND.....	15
		ATACAND HCT.....	15
		<i>atenolol</i>	15
		ATRIPLA.....	13
		<i>atropine, inyección 0.05mg/ml,</i> <i>0.1mg/ml</i>	17
		ATROVENT HFA.....	22
		<i>augmented betamethasone</i> <i>dipropionate</i>	18
		AUGMENTIN XR.....	8
		AVALIDE.....	15
		AVANDAMET.....	13
		AVANDARYL.....	13
		AVANDIA.....	13
		AVAPRO.....	15
		AVELOX.....	8
		AVELOX, INYECCIÓN.....	8
		AVIANE.....	19
		AVINZA.....	8
		AVODART.....	18
		AVONEX.....	21
		AXERT.....	12
		<i>azathioprine, tableta</i>	21
		AZELEX.....	17
		AZILECT.....	12
		<i>azithromycin</i>	8
		AZMACORT INHALER.....	22
		AZOPT.....	21
		AZOR.....	15
		B	
		<i>bacitracin, unguento oftálmico</i>	8
		<i>bacitracin/polymyxin b</i>	21
		<i>baclofen</i>	13
		BACTROBAN NASAL.....	17
		<i>balsalazide</i>	21
		BALZIVA.....	19
		BD, ALMOHADILLAS DE ALCOHOL DE UN SOLO USO.....	13
		BD, JERINGAS DE INSULINA (DESECHABLES).....	13
		BD, JERINGAS DE INSULINA SEGURAS	14
		BD, PLUMILLAS DE INSULINA.....	14
		BECONASE AQ.....	22
		<i>benazepril</i>	15
		<i>benazepril/HCTZ</i>	15
		BENICAR.....	15
		BENICAR HCT.....	15
		<i>benztropine</i>	12
		<i>betamethasone dipropionate</i> <i>(augmented), gel</i>	18
		<i>betamethasone valerate</i>	18
		BETASERON INJECTION KIT.....	21

BETA-VAL.....	18
<i>betaxolol</i>	15
<i>bethanechol</i>	18
BETIMOL.....	21
BETOPTIC S.....	22
BIDIL.....	15
<i>bisoprolol</i>	15
BLEPHAMIDE.....	22
BLEPHAMIDE S.O.P.	22
BONIVA KIT.....	21
BONIVA, TABLETA.....	21
<i>brimonidine</i>	22
<i>bromocriptine</i>	12
BUDEPRION SR.....	10
BUDEPRION XL.....	10
<i>bumetanide</i>	15
<i>bupropion</i>	10
<i>bupropion SR</i>	10
<i>buspirone</i>	13
<i>butorphanol tartrate</i>	8
BYETTA, INYECCIÓN DE PLUMA DOSIFICADA 10MCG.....	14
C	
<i>cabergoline</i>	20
CADUET.....	15
<i>calcipotriene</i>	17
<i>calcitriol</i>	21
CAMILA.....	19
CAMPRAL.....	11
CANASA, SUPOSITORIO 1000MG.....	21
CAPEX.....	18
<i>captopril</i>	15
<i>captopril/HCTZ</i>	15
CARAC.....	17
<i>carbamazepine</i>	9
CARBATROL.....	9
<i>carbidopa/levodopa</i>	12
<i>carbidopa/levodopa ER</i>	12
<i>carbidopa/levodopa ODT</i>	12
CARDIZEM CD, CÁPSULA 360MG.....	15
CARDIZEM LA.....	15
<i>carisoprodol</i>	23
CARTIA XT.....	15
<i>carvedilol</i>	15
CATAPRES-TTS.....	15
<i>cefaclor, cápsula, suspensión</i> .	8
<i>cefadroxil</i>	8

<i>cefdinir</i>	8
<i>cefprozil</i>	8
<i>ceftazidime</i>	8
<i>cefuroxime axetil</i>	8
<i>cefuroxime sodium</i>	8
CELEBREX.....	11
CELESTON, JARABE.....	18
CELLCEPT, CÁPSULA SUSPENSIÓN, TABLETA	21
CENESTIN.....	19
<i>cephalexin</i>	8
<i>cetirizine, jarabe</i>	22
CHANTIX, TABLETA, EMPAQUE DEL MES INICIAL.....	11
<i>chlorhexidine</i>	17
<i>chlorpromazine</i>	12
<i>chlorthalidone, tableta 25mg, 50mg</i>	15
<i>chlorzoxazone</i>	23
<i>cholestyramine</i>	15
<i>cholestyramine light</i>	15
<i>ciclopirox olamine, crema, suspensión</i>	11
<i>ciclopirox, gel, laca de uñas</i> .	11
<i>cilostazol</i>	14
<i>cimetidine, solución 300mg/5ml</i>	18
<i>cimetidine, tableta</i>	18
CIMZIA.....	21
CIPRO HC.....	8
CIPRODEX.....	8
<i>ciprofloxacin in D5W</i>	8
<i>ciprofloxacin, inyección 400mg/40ml</i>	8
<i>ciprofloxacin, solución oftálmica, tableta</i>	8
<i>citalopram</i>	10
CLARINEX.....	22
CLARINEX REDITABS.....	22
CLARINEX-D.....	22
<i>clarithromycin</i>	8
<i>clarithromycin ER</i>	8
<i>clindamycin hydrochloride</i>	9
<i>clindamycin phosphate</i>	9
CLINDESSE.....	17
<i>clobetasol</i>	18
CLOBEX.....	18
<i>clomipramine</i>	10
<i>clonidine</i>	15

<i>clotrimazole</i>	17
<i>clotrimazole/betamethasone</i> .	11
<i>clozapine</i>	13
COGNEX.....	10
<i>colchicine, tableta 0.6mg</i>	11
COMBIPATCH.....	19
COMBIVENT.....	22
COMBIVIR.....	13
COMTAN.....	12
CONCERTA.....	17
COPAXONE.....	21
CORDRAN, LOCIÓN.....	19
COREG CR.....	15
CORTEF, TABLETA 10MG	19
<i>cortisone, tableta</i>	19
COUMADIN.....	14
COZAAR.....	15
CREON DR.....	17
CRESTOR.....	15
<i>cromolyn, solución oftálmica</i>	22
<i>cromolyn, solución para nebulizador</i>	22
CRYSELLE.....	19
<i>cyclobenzaprine</i>	23
<i>cyclosporine, cápsula</i>	21
<i>cyclosporine, inyección 50mg/ml</i>	21
CYMBALTA.....	10
<i>cyproheptadine</i>	22
CYTOMEL.....	20
D	
<i>dantrolene</i>	13
<i>dapsone</i>	12
DEMEROL, INYECCIÓN.....	8
DENAVIR.....	17
DEPAKOTE.....	9
DEPAKOTE ER.....	9
DEPAKOTE SPRINKLE.....	9
<i>desipramine</i>	10
<i>desmopressin</i>	19
<i>desonide</i>	19
<i>desoximetasone</i>	19
DETROL.....	18
DETROL LA.....	18
<i>dexamethasone</i>	19
<i>dexchlorpheniramine, jarabe</i>	22
<i>dexmethylphenidate</i>	17
<i>dextroamphetamine CR, cápsula</i>	17
<i>dextroamphetamine, tableta</i> ..	17

<i>diclofenac potassium</i>	11
<i>diclofenac sodium</i>	11
<i>dicloxacillin</i>	9
<i>dicyclomine</i>	18
<i>diflorasone, crema</i>	19
<i>diflunisal, tableta 500mg</i>	11
<i>digoxin</i>	15
DILANTIN	9
DILT-CD.....	15
<i>diltiazem</i>	15
<i>diltiazem ER</i>	15
DILT-XR, CÁPSULA 180MG, 240MG	15
DIOVAN HCT.....	15
DIOVAN, TABLETA.....	15
<i>diphenhydramine</i>	22
<i>diphenoxylate/atropine</i>	18
<i>dipyridamole, tableta</i>	14
<i>disopyramide phosphate</i>	15
<i>divalproex</i>	9
DORYX	9
DOVONEX, CREMA.....	17
<i>doxazosin</i>	15
<i>doxepin</i>	10
<i>doxycycline</i>	9
<i>dronabinol</i>	11
DYNACIRC CR, TABLETA 10MG	15

E

E.E.S., TABLETA 400	9
EFFEXOR XR	10
ELESTAT	22
ELIDEL.....	21
ELMIRON	18
ENABLEX.....	18
<i>enalapril</i>	15
<i>enalapril/HCTZ</i>	15
ENBREL.....	21
ENDOCET.....	8
ENPRESSE.....	19
ENTOCORT EC	19
ENULOSE	18
EPIPEN 2-PAK.....	15
EPIPEN JR 2-PAK	15
<i>epitrol</i>	9
EPIVIR.....	13
<i>eplerenone ER</i>	15
EPOGEN.....	14
EPZICOM.....	13
ERRIN.....	19

ERY-TAB	9
ERYTHROCIN, TABLETA... 9	
<i>erythromycin (base), tableta revestida</i>	9
<i>erythromycin DR, cápsula, ungüento 250mg</i>	9
<i>erythromycin, gel 2%</i>	17
<i>erythromycin/sulfisoxazole</i>	9
ESTRACE, CREMA.....	19
ESTRADERM	19
<i>estradiol</i>	19
<i>estradiol valerate</i>	19
<i>estradiol/norethindrone</i>	19
ESTRING.....	19
<i>estropipate</i>	19
<i>ethambutol</i>	12
<i>etodolac</i>	11
EVISTA	19
EVOXAC	17
EXELON.....	10
EXFORGE	15

F

<i>famciclovir</i>	13
<i>famotidine, inyección 10mg/ml</i>	18
<i>famotidine, premezclado</i>	18
<i>famotidine, tableta 20mg, 40mg</i>	18
FAZACLO	13
<i>felodipine ER</i>	15
FEMARA	12
FEMHRT	19
FEMRING.....	19
<i>fenofibrate</i>	15
<i>fentanyl citrate</i>	8
<i>fentanyl, parche</i>	8
<i>fexofenadine</i>	22
FINACEA	17
<i>finasteride</i>	18
<i>flecainide</i>	15
FLECTOR.....	17
FLOMAX.....	18
FLOVENT HFA, DISKUS... 22	
<i>fluconazole, suspensión, tableta</i>	11
<i>fludrocortisone</i>	19
<i>flunisolide</i>	22
<i>fluocinolone acetonide</i>	19
<i>fluorometholone</i>	22
<i>fluoxetine</i>	10

<i>fluphenazine</i>	13
<i>flurbiprofen</i>	11
<i>flutamide</i>	20
<i>fluticasone, crema, ungüento</i> 19	
<i>fluticasone, spray nasal</i>	22
<i>fluvoxamine</i>	10
FML S.O.P.....	22
FOCALIN, TABLETA 5MG, 10MG	17
FORADIL AEROLIZER.....	22
FORTAZ, INYECCIÓN 500MG, 2GM/50ML.....	9
FORTEO, INYECCIÓN DE PLUMA 600MCG/2.4ML 21	
FORTICAL.....	21
FOSAMAX PLUS D	21
<i>fosinopril</i>	15
<i>fosinopril/HCTZ</i>	15
FOSRENOL.....	18
FROVA.....	12
<i>furosemide</i>	15
FUZEON.....	13

G

<i>gabapentin, tableta 600mg, 800mg</i>	10
GABITRIL.....	10
<i>galantamine</i>	10
<i>galantamine ER</i>	10
<i>ganciclovir</i>	13
<i>gemfibrozil</i>	15
GENTAK	9
<i>gentamicin sulfate</i>	9
GEODON.....	13
GLEEVEC, TABLETA	12
<i>glimiperide</i>	14
<i>glipizide</i>	14
<i>glipizide ER, tableta 2.5mg</i> ... 14	
<i>glipizide XL, tableta 5mg, 10mg</i>	14
<i>glipizide/metformin</i>	14
GLUCAGON EMERGENCY KIT.....	14
<i>glyburide</i>	14
<i>glyburide micronized, tableta 1.5mg, 3mg, 6mg</i>	14
<i>glyburide/metformin</i>	14
<i>glycopyrrolate</i>	18
GLYSET	14
GOLYTELY	18

GRIFULVIN V, TABLETA	
500MG	11
GRIS-PEG.....	11
guanfacine.....	15

H

<i>haloperidol</i>	13
<i>haloperidol decanoate</i>	13
<i>HC pramoxine</i>	21
HECTOROL	21
<i>heparin sodium</i>	14
HEPARIN, INYECCIÓN 2,000	
UNIT/ML.....	14
HEPARIN, INYECCIÓN 2,500	
UNIT/ML.....	14
HEPSERA.....	13
HUMALOG MIX 50/50,	
PLUMA, FRASCO.....	14
HUMALOG MIX 75/25,	
PLUMA, FRASCO.....	14
HUMALOG, PLUMA,	
FRASCO 100 UNITS/ML	14
HUMATROPE CARTRIDGE	
KIT	19
HUMIRA CROHN'S	
STARTER PACK.....	21
HUMIRA, AGUJA 40MG/	
0.8ML.....	21
HUMULIN 70/30.....	14
HUMULIN N.....	14
HUMULIN R.....	14
<i>hydralazine</i>	15
<i>hydrochlorothiazide</i>	16
<i>hydrocodone/acetaminophen</i> ..	8
<i>hydrocortisone</i>	19
<i>hydrocortisone butyrate</i>	19
<i>hydrocortisone valerate</i>	19
<i>hydromorphone, inyección</i>	
10mg/ml.....	8
<i>hydromorphone, tableta</i>	8
<i>hydroxychloroquine</i>	12
<i>hydroxyurea, cápsula</i>	12
<i>hydroxyzine pamoate, cápsula</i>	
.....	23
<i>hydroxyzine, jarabe 10mg/5ml</i>	
.....	23
<i>hydroxyzine, tableta</i>	22
HYZAAR.....	16

I

<i>ibuprofen</i>	11
------------------------	----

<i>imipramine</i>	10
<i>indapamide</i>	16
<i>indomethacin, cápsula</i>	11
<i>ipratropium bromide, spray</i>	
nasal.....	23
<i>isoniazid</i>	12
<i>isosorbide dinitrate</i>	16
<i>isosorbide mononitrate</i>	16
<i>itraconazole</i>	11

J

JANTOVEN.....	14
JANUMET.....	14
JANUVIA	14
JOLIVETTE.....	19
JUNEL FE.....	19

K

KADIAN.....	8
KALETRA	13
KAON-CL 10.....	23
KARIVA.....	19
KENALOG SPRAY	19
KEPPRA	10
KETEK	9
<i>ketoconazole</i>	11
<i>ketoprofen, tableta 50mg, 75mg</i>	
.....	11
<i>ketorolac</i>	12
KLOR-CON.....	23
KLOR-CON M15, M20.....	23
KRISTALOSE	18

L

<i>labetalol</i>	16
<i>lactulose</i>	18
LAMICTAL.....	10
LAMICTAL ODT.....	10
LAMISIL, SPRAY 1%	11
<i>lamotrigine</i>	10
LANOXIN	16
LANTUS SOLOSTAR	14
LANTUS, FRASCO 100	
UNIT/ML.....	14
<i>leflunomide</i>	21
LESSINA-28.....	19
<i>leuprolide 2wk 1mg/0.2ml kit</i>	20
LEVAQUIN.....	9
LEVEMIR.....	14
LEVEMIR FLEXPEN	14

<i>levetiracetam</i>	10
LEVORA	19
LEVOTHROID.....	20
<i>levothyroxine, tableta</i>	20
LEVOXYL.....	20
LEXAPRO	10
<i>lidocaine</i>	8
LIDODERM	8
<i>liothyronine, tableta</i>	20
LIPITOR	16
LIPRAM 4500	17
<i>lisinopril</i>	16
<i>lisinopril/HCTZ</i>	16
<i>lithium carbonate</i>	13
LITHOBID.....	13
LONOX.....	18
<i>loperamide, cápsula</i>	18
LOTEMAX.....	22
LOTREL, CÁPSULA 5/40MG,	
10/40MG.....	16
<i>lovastatin</i>	16
LOVAZA	16
LOVENOX	14
LOW-OGESTREL.....	19
<i>loxapine</i>	13
LUMIGAN.....	22
LUNESTA	23
LUPRON DEPOT.....	20
LUTERA.....	19
LUVOX CR	10
LYRICA.....	10

M

MALARONE.....	12
MAXAIR AUTOHALER.....	23
MAXALT	12
MAXALT MLT	12
<i>mebendazole</i>	12
<i>meclizine</i>	11
<i>medroxyprogesterone</i>	19
MEGACE ES	19
<i>megestrol</i>	19
<i>meloxicam</i>	12
<i>menest</i>	19
<i>meperidine</i>	8
<i>meprobamate</i>	13
<i>mercaptopurine</i>	12
MESTINON, JARABE.....	12
METADATE CD, TABLETA	
10MG, 20MG, 30MG	17
<i>metformin</i>	14

<i>metformin ER</i>	14	<i>naloxone</i>	11	<i>nystatin</i>	11
<i>methadone</i>	8	<i>naltrexone</i>	11	<i>nystatin/triamcinolone</i>	11
<i>methimazole</i>	20	NAMENDA, SOLUCIÓN, TABLETA	10	NYSTOP	11
<i>methocarbamol</i>	23	<i>naproxen</i>	12	O	
<i>methotrexate</i>	12	NASACORT AQ	23	OCELLA	20
<i>methyclothiazide, tableta 5mg</i>	16	NASONEX	23	<i>ofloxacin</i>	9
<i>methyl dopa</i>	16	NECON 0.5/35 (28)	20	OGESTREL	20
<i>methyl dopa/HCTZ</i>	16	NECON 1/35 (28)	20	<i>omeprazole, cápsula</i>	18
METHYLIN ER	17	NECON 1/50 (28)	20	<i>ondansetron ODT</i>	11
METHYLIN, SOLUCIÓN, TABLETA MASTICABLE	17	NECON 7/7/7	20	<i>ondansetron, inyección 2mg/ml</i>	11
METHYLIN, TABLETA	17	<i>nefazodone</i>	10	<i>ondansetron, solución 4mg/5ml</i>	11
<i>methylphenidate</i>	17	<i>neomycin, tableta</i>	9	<i>ondansetron, tableta</i>	11
<i>methylprednisolone</i>	19	<i>neomycin/polymyxin</i> <i>b/dexamethasone</i>	9	OPTIVAR	22
<i>metoclopramide</i>	11	<i>neomycin/polymyxin b/gramicid</i>	9	<i>orphenadrine ER</i>	23
<i>metolazone</i>	16	<i>neomycin/polymyxin/hydrocorti</i> <i>sone</i>	9	ORTHO EVRA	20
<i>metoprolol</i>	16	NEORAL	21	ORTHO TRI-CYCLEN LO. ..	20
<i>metoprolol ER</i>	16	NEURONTIN, SOLUCIÓN. ..	10	<i>oxaprozin</i>	12
METROGEL, GEL, TÓPICO 1%	17	NEVANAC	22	<i>oxcarbazepine</i>	10
<i>metronidazole</i>	9	NEXIUM, CÁPSULA, SUSPENSIÓN	18	OXISTAT	11
<i>metronidazole vaginal</i>	9	NIASPAN	16	<i>oxybutynin ER</i>	18
MIACALCIN, INYECCIÓN 200 UNIT/ML	21	NIFEDIAC CC	16	<i>oxybutynin, jarabe, tableta</i> ...	18
MICARDIS	16	NIFEDICAL XL	16	<i>oxycodone</i>	8
MICARDIS HCT	16	<i>nifedipine</i>	16	<i>oxycodone/acetaminophen</i>	8
<i>miconazole 3</i>	11	<i>nifedipine ER</i>	16	OXYCONTIN	8
MICROGESTIN	20	NILANDRON	20	OXYTROL	18
MICROGESTIN FE	20	NITRO-DUR, PARCHE 0.3MG/HR	16	P	
<i>minocycline</i>	9	<i>nitrofurantoin</i>	9	PACERONE	16
<i>minoxidil, tableta</i>	16	<i>nitroglycerin, inyección</i>	16	PARCOPA	12
MIRAPEX	12	<i>nitroglycerin, parche</i>	16	<i>paroxetine</i>	10
<i>mirtazapine</i>	10	NITROSTAT	16	<i>paroxetine ER, tableta 12.5mg,</i> <i>25mg</i>	10
<i>misoprostol</i>	18	<i>nizatidine</i>	18	PATADAY	22
<i>moexipril</i>	16	NORA-BE	20	PATANOL	22
<i>mometasone</i>	19	<i>norethindrone</i>	20	PEG 3350 AND ELECTROLYTES	18
<i>morphine</i>	8	NORITATE	17	PEGASYS 180MCG/0.5ML. ..	21
MOVIPREP	18	NORTREL 0.5/35 (28)	20	<i>penicillin v potassium</i>	9
MULTAQ	16	NORTREL 1/35	20	PENTASA	21
<i>mupirocin</i>	17	NORTREL 7/7/7	20	<i>pentoxifylline</i>	14
<i>mycophenolate, cápsula 250mg</i>	21	<i>nortriptyline</i>	10	PERFOROMIST	23
<i>mycophenolate, tableta 500mg</i>	21	NORVIR	13	<i>permethrin, crema</i>	12
N		NOVOLIN 70/30	14	<i>perphenazine, tableta</i>	13
<i>nabumetone</i>	12	NOVOLIN N	14	PHENYTEK	10
<i>nadolol</i>	16	NOVOLIN N INNOLET	14	<i>phenytoin, cápsula 100mg E.</i> ..	10
NAFTIN	17	NOVOLIN R	14	<i>phenytoin, suspensión</i> <i>125mg/5ml</i>	10
		NOVOLOG	14	PHOSLO, CÁPSULA	18
		NOVOLOG MIX 70/30	14		

<i>pilocarpine, tableta</i>	17
<i>pindolol</i>	16
<i>piroxicam</i>	12
PLAVIX.....	14
<i>polymyxin b</i>	
<i>sulfate/trimethoprim</i>	9
PONSTEL.....	12
PORTIA (28).....	20
<i>potassium chloride</i>	23
<i>potassium citrate ER</i>	18
PRANDIMET.....	14
PRANDIN.....	14
<i>pravastatin</i>	16
<i>prazosin</i>	16
<i>prednisolone</i>	19
<i>prednisolone acetate</i>	22
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	
.....	22
<i>prednisone</i>	19
PREFEST.....	20
PREMARIN.....	20
PREMPHASE.....	20
PREMPRO.....	20
PREVACID NAPRAPAC 500	
.....	18
PREVACID SOLUTAB.....	18
PREVACID, CÁPSULA.....	18
PREVPAC.....	18
<i>primidone</i>	10
PRISTIQ.....	10
PROAIR HFA.....	23
<i>probenecid</i>	11
<i>prochlorperazine</i>	11
PROCRIT.....	15
PROCTOSOL HC, CREMA.....	19
PROCTOZONE-HC.....	19
PROGRAF, CÁPSULA.....	21
PROGRAF, INYECCIÓN.....	21
<i>promethazine, inyección,</i>	
<i>supositorio, tableta</i>	11
<i>promethazine, jarabe</i>	23
PROMETHEGAN.....	11
PROMETRIUM.....	20
<i>propafenone</i>	16
<i>propoxyphene-n/acetaminophen</i>	
.....	8
<i>propranolol</i>	16
<i>propylthiouracil</i>	20
PROTONIX, INYECCIÓN.....	18
PROTOPIC.....	21
PROVENTIL HFA.....	23

PROVIGIL.....	17
PROZAC WEEKLY.....	10
PULMICORT RESPULE,	
FLEXHALER.....	23
PYLERA.....	18
<i>pyridostigmine</i>	12

Q

QUASENSE.....	20
<i>quinapril</i>	16
<i>quinaretic</i>	16
<i>quinidine sulfate</i>	16
<i>quinidine sulfate ER</i>	16
QVAR.....	23

R

<i>ramipril</i>	16
RANEXA.....	16
<i>ranitidine</i>	18
RAPAMUNE.....	21
RAZADYNE, SOLUCIÓN	
ORAL.....	10
REBIF.....	21
RECLIPSEN.....	20
REGRANEX.....	17
RELPAK.....	12
REVELA.....	18
REQUIP XL.....	12
RESTASIS.....	22
REYATAZ.....	13
RHINOCORT AQUA.....	23
<i>ribavirin</i>	13
<i>rifampin</i>	12
<i>risperidone, solución, tableta</i>	13
RITALIN LA.....	17
<i>ropinirole</i>	12
ROXICET 5/325, SOLUCIÓN	
ORAL, TABLETA.....	8
ROZEREM.....	23
RYTHMOL SR.....	16

S

SANCTURA.....	18
SANTYL.....	17
<i>selegiline</i>	12
SENSIPAR.....	20
SEREVENT DISKUS.....	23
SEROQUEL.....	13
SEROQUEL XR.....	13
<i>sertraline</i>	10

<i>silver sulfadiazine</i>	9
<i>simvastatin</i>	16
SINGULAIR.....	23
SKELAXIN, TABLETA	
800MG.....	23
<i>sodium sulfacetamide, loción</i>	17
<i>sotalol</i>	16
SPECTRACEF.....	9
SPIRIVA HANDIHALER.....	23
<i>spironolactone</i>	16
<i>spironolactone/HCTZ</i>	16
SPRINTEC 28.....	20
SRONYX.....	20
STALEVO.....	12
STARLIX.....	14
STAVZOR.....	10
STRATTERA.....	17
STROMECTOL.....	12
SUBOXONE.....	8
<i>sucralfate</i>	18
<i>sulfacetamide sodium,</i>	
<i>ungüento, solución</i>	9
<i>sulfamethoxazole/ trimethoprim</i>	
.....	9
<i>sulfasalazine</i>	21
SULFATRIM.....	9
<i>sulindac</i>	12
<i>sumatriptan, inyección, tableta</i>	
.....	12
SUSTIVA.....	13
SYMBICORT.....	23
SYMBYAX.....	10
SYMLIN.....	14
SYNAGIS.....	13
SYNTHROID.....	20

T

TAMIFLU.....	13
<i>tamoxifen</i>	12
TARCEVA.....	12
TARKA.....	16
TAZORAC.....	17
TAZTIA XT.....	16
TEGRETOL.....	10
TEGRETOL XR.....	10
<i>terazosin, cápsula</i>	16
<i>terbinafine, tableta</i>	11
<i>terbutaline</i>	23
<i>terconazole, crema 0.4%, 0.8%</i>	
.....	11
<i>terconazole, supositorio</i>	11

TESTIM	20	TRI-LO-SPRINTEC	20	VIRAMUNE.....	13
<i>testosterone cypionate,</i>		<i>trimethobenzamide, cápsula</i>		VIREAD	13
<i>inyección 100mg/ml</i>	20	<i>300mg.....</i>	11	VIVELLE-DOT	20
<i>tetracycline.....</i>	9	<i>trimethobenzamide, inyección</i>		VYTORIN.....	16
TEVETEN.....	16	<i>100mg/ml.....</i>	11		
TEVETEN HCT.....	16	<i>trimethoprim, tableta 100mg ..</i>	9	W	
THEO-24.....	23	TRINESSA	20	<i>warfarin.....</i>	15
<i>theophylline anhydrous.....</i>	23	TRI-SPRINTEC.....	20	WELCHOL.....	16
<i>theophylline ER.....</i>	23	TRIVORA-28	20		
<i>thioridazine, tableta</i>	13	TRIZIVIR	13	X	
<i>thiothixene, cápsula</i>	13	TRUVADA.....	13	XALATAN	22
<i>ticlopidine</i>	15			XIFAXAN.....	9
TIKOSYN	16	U		XOPENEX HFA.....	23
<i>timolol, gotas de ojos</i>	22	U-CORT.....	19	XYZAL	23
<i>tizanidine.....</i>	13	ULTRASE MT.....	17		
TOBRADEX.....	9	UNIPHYL, TABLETA 600MG		Z	
<i>tobramycin</i>	9	23	<i>zaleplon</i>	23
<i>torse mide.....</i>	16	UNITHROID	20	ZAZOLE.....	11
TRACLEER.....	23	UROXATRAL.....	18	ZEMPLAR.....	21
<i>tramadol.....</i>	8	<i>ursodiol</i>	18	ZETIA.....	16
<i>tramadol/acetaminophen</i>	8			ZIAGEN.....	13
<i>trandolapril.....</i>	16	V		<i>zolpidem</i>	23
TRANSDERM-SCOP.....	11	VAGIFEM	20	ZOMIG	12
<i>tranylcypromine</i>	10	VALCYTE.....	13	ZOMIG ZMT	12
TRAVATAN Z.....	22	<i>valproic acid</i>	10	ZONALON	17
<i>trazodone.....</i>	10	VALTRESX.....	13	<i>zonisamide.....</i>	10
<i>tretinoin, cápsula, crema, gel</i>	17	VANCOCIN , SOLUCIÓN		ZOVIA 1/35E (28).....	20
TREXIMET	12	<i>1G/200ML.....</i>	9	ZOVIRAX, CREMA,	
<i>triamcinolone acetonide.....</i>	17	VANCOCIN, CÁPSULA	9	<i>UNGÜENTO</i>	13
<i>triamcinolone, pasta</i>	17	<i>vancomycin</i>	9	ZYFLO CR	23
<i>triamterene/HCTZ.....</i>	16	VANDAZOLE.....	9	ZYLET	22
TRICOR, TABLETA 48MG,		VELIVET.....	20	ZYMAR	22
<i>145MG</i>	16	<i>venlafaxine</i>	10	ZYPREXA	13
<i>trifluoperazine.....</i>	13	VENLAFAXINE ER	10	ZYVOX, INYECCIÓN	
<i>trifluridine</i>	22	VENTOLIN HFA	23	<i>2MG/ML.....</i>	9
<i>trihexyphenidyl, elixir, tableta</i>		VERAMYST.....	23	ZYVOX, SUSPENSIÓN	
.....	12	<i>verapamil</i>	16	<i>100MG/5ML.....</i>	9
TRI-LEGEST FE	20	VESICARE.....	18	ZYVOX, TABLETA 600MG. 9	
TRILEPTAL	10	VIGAMOX	22		
TRILIPIX.....	16	VIRACEPT.....	13		