



# ALIGNMENT

— HEALTH PLAN —

**2020**

**Condados de Santa Clara y Marin**

My Choice (HMO) 007  
Platinum Plan (HMO) 018

EL PLAN DE VISIÓN DE 2020 NUNCA HA SIDO TAN CLARO.

¿NO ES HORA DE VER SU PLAN DE SALUD DESDE UNA NUEVA PERSPECTIVA?

Gracias por considerar Alignment Health Plan (HMO) como su Plan Medicare Advantage.

Nos complace compartir con usted opciones de planes de salud que son asequibles y se ajustan a sus necesidades específicas.

Sabemos que tiene variadas opciones cuando se trata de seleccionar un plan de atención médica. Es una decisión importante que requiere consideración y reflexión y, en ocasiones, pedir una segunda opinión.

La misión de Alignment Health Plan es proporcionarle la atención efectiva, coordinada y asequible que merece.

Prometemos lograr que la atención médica sea lo más conveniente posible, al ofrecer acceso las 24 horas del día, los 7 días a la semana, en los 365 días al año, al servicio de asistencia personal.

La información de este manual le ayudará a explorar los beneficios de convertirse en miembro de Alignment Health Plan. Le recomendamos que revise el Resumen de Beneficios, ya que proporciona información detallada sobre la cobertura en relación con los planes que ofrecemos.

Llámenos si tiene alguna pregunta o necesita más ayuda para completar el formulario de inscripción o elegir un médico. Permítanos brindarle una visión clara de su plan de atención médica, Alignment Health Plan.

**Esperamos poder brindarle nuestros servicios tanto hoy como en el futuro.**

Dawn Maroney, Presidente de la División de Clientes





**ALIGNMENT**  
HEALTH PLAN

## ¡SOMOS ECOLÓGICOS!

¡Alignment se complace en ofrecerle todos los materiales de su plan de salud por vía electrónica al enviarle un simple correo electrónico con todos los materiales de su plan en lugar de ocupar espacio en su buzón con materiales impresos! ¡Cuando se inscriba, asegúrese de proporcionarnos su dirección de correo electrónico y nos encargaremos del resto!

Si cambia de opinión en cualquier momento o si decide que hay un material específico que le gustaría en un formato impreso, solo llámenos al:

**1-866-634-2247 (TTY 711)**

de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (excepto días feriados) desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.



Al enviarnos su dirección de correo electrónico, usted acepta recibir correos electrónicos sobre beneficios, programas de salud y otros servicios del plan. Para cambiar sus preferencias de correo electrónico en cualquier momento, llame al 1-866-634-2247 (TTY 711).



## ÁREAS DE COBERTURA

¿Dónde se encuentran disponibles los planes My Choice (HMO) 007 y Platinum Plan (HMO) 018 de Alignment Health Plan?

Debe vivir en una de estas áreas para unirse al plan.



### Condado de Santa Clara

Alignment Health Plan  
My Choice (HMO) 007



### Condado de Marin

Alignment Health Plan  
Platinum Plan (HMO) 018

# DESCRIPCIÓN DE LOS PERÍODOS DE INSCRIPCIÓN DE MEDICARE

Existen diversos tipos de períodos de inscripción durante el año en los cuales las personas pueden inscribirse o realizar cambios en su plan de Medicare.

---

## Período de Inscripción Inicial (IEP)

El período de inscripción inicial para las Partes A y B es de 7 meses; comienza 3 meses antes del mes de elegibilidad para obtener Medicare y finaliza 3 meses después del mes de elegibilidad. El mes de elegibilidad es el mes en que cumple 65 años, si reúne los requisitos para obtener Medicare porque cumple 65 años. O bien, si es elegible debido a una discapacidad, el mes de elegibilidad es el mes 25 desde que recibió el Seguro de Discapacidad del Seguro Social (SSDI).

## Período de Elección Anual (AEP) Desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre

Durante este tiempo, puede decidir cómo recibirá su cobertura de salud de Medicare y de qué manera se inscribirá en la cobertura de medicamentos de Medicare, o cómo la modificará o la dará de baja.

## Período de Inscripción Abierta (OEP) Desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo

Durante este período, si tiene un plan Medicare Advantage, puede abandonar su plan y regresar a Original Medicare o abandonar su plan actual e inscribirse en un plan Medicare Advantage diferente (Plan MAPD).

## Período de Elección Especial (SEP)

Asimismo, solo puede cambiar la manera en la que obtiene su cobertura de salud e inscribirse en su cobertura para medicamentos de la Parte D, modificarla o cancelarla si reúne los requisitos para un Período de Inscripción Especial (SEP), una vez por trimestre calendario durante los primeros tres trimestres del año (de enero a septiembre).

## Servicios y beneficios adicionales

Se incluyen en su plan de salud los siguientes beneficios:

- ▶ Membresía para gimnasio/acondicionamiento físico
- ▶ Transporte hacia y desde citas médicas
- ▶ Tarjeta Access Black (acceso al servicio de asistencia personal las 24 horas, los 7 días de la semana, telesalud, OTC)
- ▶ Subsidio para gastos mensuales en medicamentos de venta libre (OTC)

Cada año, el programa de Medicare califica todos los planes de salud y de medicamentos con receta según la calidad y el desempeño que hayan exhibido. Las Calificaciones de Estrellas de Medicare lo ayudan a determinar la calidad del trabajo que realiza el plan. Puede usar esta Calificación de Estrellas para comparar el desempeño de nuestro plan con el de otros planes. Hay dos tipos principales de Calificaciones de Estrellas:

1. Calificación de Estrellas General, que combina todos nuestros puntajes del plan.
2. Calificación de Estrellas Resumida, que se centra en los servicios médicos o de medicamentos con receta que ofrecemos.

A continuación figuran algunas de las áreas que Medicare revisa para calificar:

- la calificación que nuestros miembros otorgan a los servicios y la atención que reciben de nuestro plan;
- la eficacia con la que nuestros médicos detectan enfermedades y mantienen sanos a los miembros;
- la ayuda que nuestro plan les brinda a los miembros en cuanto al uso de medicamentos con receta recomendados y seguros.

En 2020, Alignment Health Plan recibió la siguiente **Calificación de Estrellas General** de Medicare.



Recibimos la siguiente Calificación de Estrellas Resumida por los servicios del plan de salud/de medicamentos de Alignment Health Plan:

**Servicios del plan de salud:**



**Servicios del plan de medicamentos:**



La cantidad de estrellas muestra el nivel de desempeño de nuestro plan.

- ★ ★ ★ ★ ★ 5 estrellas: excelente
- ★ ★ ★ ★ 4 estrellas: por encima del promedio
- ★ ★ ★ 3 estrellas: promedio
- ★ ★ 2 estrellas: por debajo del promedio
- ★ 1 estrella: deficiente

Visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) para obtener más información sobre nuestro plan y sobre cómo nos distinguimos con respecto a otros planes.

También puede ponerse en contacto con nosotros los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Pacífico, al 888-979-2247 (número gratuito) o al 711 (TTY), del 1 de octubre al 14 de febrero. Nuestro horario de atención del 15 de febrero al 30 de septiembre es de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Hora del Pacífico.

Los miembros actuales deben llamar al 1-866-634-2247 (número gratuito) o al 711 (TTY).

\* Las Calificaciones de Estrellas se basan en un sistema de 5 estrellas. Las Calificaciones de Estrellas se evalúan anualmente y pueden cambiar de un año a otro. Alignment Health Plan es un plan HMO y HMO SNP con un contrato de Medicare. La inscripción en Alignment Health Plan depende de la renovación del contrato. Alignment Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Alignment Health Plan no excluye a personas ni las trata diferente por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. ATENCIÓN: si habla un idioma que no sea inglés, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-634-2247 (TTY 711): ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-634-2247 (TTY 711) 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-634-2247 (TTY 711).



# 2020

## TABLA DE BENEFICIOS

Condados de  
Santa Clara y Marin



### MY CHOICE (HMO) 007

Condado de Santa Clara

### PLATINUM (HMO) 018

Condado de Marin

Prima del plan	\$0	\$25
Máx. de gastos que paga de bolsillo	\$3,400	

#### BENEFICIOS CUBIERTOS POR MEDICARE

Servicios hospitalarios para pacientes internados	Copago de \$100 del día 1 al 5 Copago de \$0 del día 6 al 90 (cantidad ilimitada de días por internación)	Copago de \$0 del día 1 al 3 Copago de \$50 del día 4 al 7 Copago de \$0 del día 8 al 90 (cantidad ilimitada de días por internación)
Centro de atención de enfermería especializada	Copago de \$0 del día 1 al 20 Copago de \$100 del día 21 al 100 (no se requiere hospitalización previa)	Copago de \$0 del día 1 al 20 Copago de \$50 del día 21 al 100 (no se requiere hospitalización previa)
Consultas médicas	Copago de PCP de \$0 Copago de especialista de \$0	
Servicios de ambulancia terrestres y aéreos	Copago de \$175 (no se cobra si lo internan)	Copago de \$75 (no se cobra si lo internan)
Atención de emergencia/posterior a la estabilización	Copago de \$85 (NO se exime si lo internan)	Copago de \$65 (no se cobra si lo internan dentro de las 48 h)
Servicios de urgencia	Copago de \$0 a \$10 (no se cobra si lo internan dentro de las 24 h)	
Equipo médico duradero	Coseguro del 20%	Coseguro del 0% para artículos de \$50 o menos Coseguro del 20% para artículos de \$50.01 o más
Diagnóstico ambulatorio (Pruebas/Servicios de laboratorio)	Copago de \$0	

 <b>Radiología ambulatoria</b> (Radiografías/ diagnósticos/ procedimientos terapéuticos)	<p>Copago de \$0 (radiografías/diagnósticos) Coseguro de 20% (procedimientos terapéuticos)</p>
--	--

**BENEFICIOS PARA MEDICAMENTOS CON RECETA**  
(suministro de minorista preferido para 30 días)

 <b>Límite de cobertura inicial</b>	<p align="center">\$4,020</p>	
 <b>Deducible de la Parte D</b>	<p align="center">\$0</p>	
 <b>Período sin cobertura</b>	<p>Nivel 6: todos los medicamentos</p>	<p>Nivel 1: todos los medicamentos Nivel 6: todos los medicamentos</p>
 <b>Medicamentos genéricos preferidos</b>	<p align="center">Copago de \$0</p>	
 <b>Medicamentos genéricos</b>	<p align="center">Copago de \$5</p>	<p align="center">Copago de \$3</p>
 <b>Medicamentos de marca preferidos</b>	<p align="center">Copago de \$40</p>	<p align="center">Copago de \$30</p>
 <b>Medicamentos de marca no preferidos</b>	<p align="center">Copago de \$100</p>	<p align="center">Copago de \$75</p>
 <b>Medicamentos especializados</b>	<p align="center">Coseguro de 33%</p>	
 <b>Medicamentos de atención seleccionados</b>	<p align="center">Copago de \$5</p>	

**BENEFICIOS ADICIONALES - ¡MÁS QUE MEDICARE ORIGINAL!**

 <b>Servicios de audiología</b>	<p>Copago de \$0 para beneficios cubiertos por Medicare Copago de \$0 para examen/ colocación/evaluación 1 por año</p>	<p>Copago de \$0 para beneficios cubiertos por Medicare Copago de \$0 para examen/ colocación/evaluación 1 por año</p>
 <b>Audífono</b>	<p align="center">Sin cobertura</p>	<p>Copago de \$0 por 2 audífonos para ambos oídos combinados con un límite de \$1,000 cada dos años</p>
 <b>Servicios odontológicos</b>	<p align="center">Copago de \$0 por 1 examen y 1 limpieza cada 6 meses Consultar el resumen de beneficios para conocer los detalles de la cobertura</p>	
 <b>Servicios oftalmológicos</b>	<p align="center">Copago de \$0 para 1 examen de la vista de rutina por año</p>	
 <b>Gafas</b>	<p>Copago de \$0 para cristales/lentes de contacto cada dos años Límite de cobertura de \$75 cada dos años</p>	<p>Copago de \$0 para cristales/lentes de contacto cada dos años Límite de cobertura de \$200 cada dos años</p>

 <b>Transporte</b>	Copago de \$0 para 8 viajes de ida a lugares aprobados por el plan por año (dentro de un radio de 20 millas)	Copago de \$0 para 24 viajes de ida a ubicaciones aprobadas por el plan por año (dentro de un radio de 25 millas)
 <b>Acondicionamiento físico</b>	Copago de \$0	
 <b>Tarjeta AHC Black</b> (acceso al servicio de asistencia personal las 24 horas, los 7 días a la semana, telesalud, OTC)	Copago de \$0	
 <b>Medicamentos de venta libre (OTC)</b>	Copago de \$0 para un subsidio mensual de \$10 (sin transferencia)	Copago de \$0 para un subsidio mensual de \$40 (sin transferencia)
 <b>Prevención de nueva admisión/comidas después del alta</b>	Sin cobertura	Copago de \$0 para comidas después del alta 28 días, 56 comidas
 <b>Necesidades sociales</b>	Sin cobertura	Copago de \$0 12 horas por trimestre, 48 horas por año



# MATERIALES

## ¡DISPONIBLES EN LÍNEA!

Cuando visita el sitio web de Alignment Health Plan (HMO) tiene acceso a una lista completa de proveedores, farmacias, formulario (lista de medicamentos) de Alignment Health Plan (HMO) y su evidencia de cobertura.

Para buscar estos ítems, visite: **alignmenthealthplan.com**



Búsqueda de  
proveedores



Búsqueda para  
encontrar una farmacia:

Elija  
**“Provider Search”**  
(Búsqueda de  
proveedores)

Elija  
**“Pharmacy Search”**  
(Búsqueda  
de farmacias)



Búsqueda de  
Formulario de  
medicamentos:

Elija  
**“Find a Drug”**  
(Encontrar un  
medicamento)



Búsqueda de Evidencia  
de cobertura:

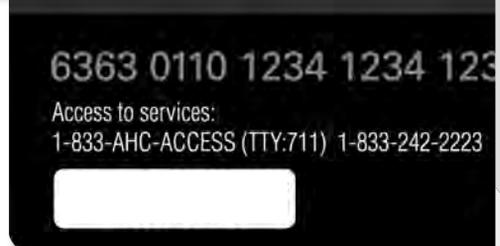
Elija las  
**pestañas “Members”**  
(Miembros); **“Member  
Forms and Publications”**  
(Formularios y publicaciones  
para los miembros); **“Evidence  
of Coverage”** (Evidencia  
de cobertura)



Alignment Health Plan es un plan HMO, PPO y HMO SNP con un contrato de Medicare. La inscripción en Alignment Health Plan depende de la renovación del contrato. Alignment Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. ATENCIÓN: si usted habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia con el idioma gratuitos. Llame al 1-877-399-2247 (TTY 711).



# ¡TARJETA ACCESS BLACK!



UN MÉDICO  
por teléfono o chat  
de video en su  
teléfono inteligente



SUS  
BENEFICIOS



SU PROPIO EQUIPO  
DE ASISTENCIA  
PERSONAL

En la parte posterior de su tarjeta Access Black, encontrará información de contacto del servicio de asistencia personal a pedido.

## ¡Cuando se inscribe en uno de los planes ofrecidos por Alignment Health Plan (HMO), recibirá la tarjeta Access Black!

La tarjeta Access Black le ofrece el servicio de asistencia personal las 24 horas, los 7 días de la semana. También le brinda acceso para hablar con un médico, día o noche. Con la tarjeta Access Black, recibirá ayuda para coordinar el transporte hacia y desde sus citas e información sobre sus beneficios y recetas. ¡Cuando participa en actividades selectas de bienestar y exámenes de prevención, como una vacuna contra la gripe, un mamograma o un examen de ojo diabético, se cargarán recompensas directamente en su tarjeta Access Black!\*

Para obtener más información, visite [www.alignmenthealthplan.com/access](http://www.alignmenthealthplan.com/access) o llame a su Equipo de Asistencia Personal al

**1-833-AHC-ACCESS**, (1-833-242-2223) TTY: 711. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

\*Puede variar por plan. Alignment Health Plan es un plan HMO, PPO y HMO SNP con un contrato de Medicare. La inscripción en Alignment Health Plan depende de la renovación del contrato. Alignment Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. ATENCIÓN: si usted habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia con el idioma gratuitos. Llame al 1-877-399-2247 (TTY 711).

Y0141\_20033SP\_M



# RESUMEN DE BENEFICIOS DE 2020

Este es un resumen de los medicamentos y servicios de atención médica cubiertos por **Alignment Health Plan My Choice (HMO) 007** y **Alignment Health Plan Platinum (HMO) 018** para el período del 1 de enero de 2020 al 31 de diciembre de 2020.

Los planes de Alignment Health Plan (HMO) son planes Medicare Advantage HMO con un contrato con Medicare. La inscripción en los planes depende de la renovación del contrato.

La información sobre los beneficios que proporcionamos no enumera cada uno de los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, solicite la “Evidencia de Cobertura”.

Para inscribirse en **Alignment Health Plan My Choice (HMO) 007** o **Alignment Health Plan Platinum (HMO) 018** debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y residir en nuestra área de servicio. El área de servicio de **Alignment Health Plan My Choice (HMO) 007** es el Condado de Santa Clara. El área de servicio de **Alignment Health Plan Platinum (HMO) 018** es el Condado de Marin.

Si consulta a proveedores que no pertenecen a nuestra red, es posible que no cubramos esos servicios. Para conocer la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual vigente “**Medicare & You**” (Medicare y Usted). Puede consultarlo en línea en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) o solicitar una copia impresa llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Este documento está disponible en otros formatos, como braille, letra grande o audio. Para obtener más información, llame al 1-866-634-2247 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) del 1 de octubre al 31 de marzo: los siete días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., excepto en el Día de Acción de Gracias y en Navidad. Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., (excepto los feriados). O visítenos en [alignmenthealthplan.com](http://alignmenthealthplan.com).

<b>PRIMAS Y BENEFICIOS</b>	<b>Alignment Health Plan My Choice (HMO) 007 Condado de Santa Clara</b>	<b>Alignment Health Plan Platinum (HMO) 018 Condado de Marin</b>
<b>Prima mensual del plan</b> • Parte C y Parte D	\$0 Usted debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare.	\$25 Usted debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare.
<b>Deducible</b>	Sin deducible	Sin deducible
<b>Responsabilidad por el monto máximo que paga de su bolsillo</b> (no incluye medicamentos con receta)	No paga más de \$3,400 por año Incluye copagos y otros costos por servicios médicos durante el año	No paga más de \$3,400 por año Incluye copagos y otros costos por servicios médicos durante el año
<b>Paciente internado<sup>1,2</sup></b>	Copago de \$100 del día 1 al 5 Copago de \$0 del día 6 al 90 (cantidad ilimitada de días por internación)	Copago de \$0 del día 1 al 3 Copago de \$50 del día 4 al 7 Copago de \$0 del día 8 al 90 (cantidad ilimitada de días por internación)
<b>Paciente ambulatorio</b> • Servicios en el hospital • Servicios de observación	Copago de \$200 Copago de \$0	Copago de \$100 Copago de \$0
<b>Centro quirúrgico ambulatorio</b>	Copago de \$100	Copago de \$0
<b>Consultas médicas</b> • Atención primaria • Especialistas <sup>1,2</sup>	Copago de \$0 Copago de \$0 (se requiere autorización previa para las consultas a especialistas)	Copago de \$0 Copago de \$0 (se requiere autorización previa para las consultas a especialistas)
<b>Atención preventiva.</b> (p. ej., vacuna contra la gripe, exámenes de detección de diabetes)	Copago de \$0 Hay otros servicios preventivos disponibles Hay algunos servicios cubiertos que tienen un costo	Copago de \$0 Hay otros servicios preventivos disponibles Hay algunos servicios cubiertos que tienen un costo
<b>Atención de emergencia/ posterior a la estabilización</b>	Copago de \$85 (NO se exime si lo internan)	Copago de \$65 (no se cobra si lo internan en un plazo de 48 horas)
<b>Servicios de urgencia</b>	Copago de \$0 a \$10 (no se cobra si lo internan dentro de las 24 h)	Copago de \$0 a \$10 (no se cobra si lo internan dentro de las 24 h)
<b>Diagnóstico ambulatorio<sup>1,2</sup></b> • Procedimientos, pruebas, servicios de laboratorio • Radiografías/Diagnósticos • Servicios radiológicos terapéuticos (como radioterapia contra el cáncer)	Copago de \$0  Copago de \$0 Coseguro del 20%	Copago de \$0  Copago de \$0 Coseguro del 20%
<b>Servicios de audiología<sup>1,2</sup></b> • Examen auditivo de rutina  • Audífono	Copago de \$0 para examen/ colocación/evaluación (1 por año) Sin cobertura	Copago de \$0 para examen/ colocación/evaluación (1 por año) Copago de \$0 por 2 audífonos (cada dos años) Límite de \$1,000 (cada dos años) El beneficio máximo aplica a ambos oídos combinados

<b>PRIMAS Y BENEFICIOS</b>	<b>Alignment Health Plan My Choice (HMO) 007 Condado de Santa Clara</b>	<b>Alignment Health Plan Platinum (HMO) 018 Condado de Marin</b>
<b>Servicios odontológicos<sup>1,2</sup></b> • Examen bucal y limpieza • Tratamiento con flúor • Radiografías	Copago de \$0 (1 cada seis meses) Copago de \$0-20 (1 cada seis meses) Copago de \$0-30 (1 cada tres años)	Copago de \$0 (1 cada seis meses) Copago de \$0-20 (1 cada seis meses) Copago de \$0-30 (1 cada tres años)
<b>Servicios oftalmológicos</b> • Examen de rutina • Límite de cobertura de gafas	Copago de \$0 (1 por año) Copago de \$0 para cristales/lentes de contacto (cada dos años) Límite de cobertura de \$75 (cada dos años)	Copago de \$0 (1 por año) Copago de \$0 para cristales/lentes de contacto (cada dos años) Límite de cobertura de \$200 (cada dos años)
<b>Servicios de salud mental<sup>1,2</sup></b> • Consulta de terapia grupal/individual para pacientes externos	Copago de \$0	Copago de \$0
<b>Centro de atención de enfermería especializada<sup>1,2</sup></b>	Copago de \$0 del día 1 al 20 Copago de \$100 del día 21 al 100 (no se requiere hospitalización previa)	Copago de \$0 del día 1 al 20 Copago de \$50 del día 21 al 100 (no se requiere hospitalización previa)
<b>Terapia física<sup>1</sup></b>	Copago de \$0	Copago de \$0
<b>Servicios de ambulancia terrestres y aéreos<sup>1</sup></b>	Copago de \$175 (no se cobra si lo internan)	Copago de \$75 (no se cobra si lo internan)
<b>Transporte</b>	Copago de \$0 8 viajes de ida a lugares aprobados por el plan por año dentro de un radio de 20 millas	Copago de \$0 24 viajes de ida a lugares aprobados por el plan por año dentro de un radio de 25 millas
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b>	20 % del costo para otros medicamentos de la Parte B	20 % del costo para otros medicamentos de la Parte B

**MEDICAMENTOS  
CON RECETA PARA  
PACIENTES EXTERNOS**

**Alignment Health Plan My Choice (HMO) 007**  
Condado de Santa Clara

<b>Deducible de la Parte D</b>	\$0		
<b>Límite de cobertura inicial</b>	\$4,020		
<b>Umbral del monto que paga de su bolsillo de la Parte D</b>	\$6,350		
	<b>Receta de suministro para 30 días en el minorista preferido</b>	<b>Receta de suministro para 30 días en el minorista no preferido</b>	<b>Suministro para 100 días mediante orden por correo</b>
<b>Cobertura inicial</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos</li> <li>• Nivel 2: Medicamentos genéricos</li> <li>• Nivel 3: Medicamento de marca preferida</li> <li>• Nivel 4: Medicamentos de marca no preferida</li> <li>• Nivel 5: Nivel de especialidad</li> <li>• Nivel 6: Medicamentos de atención selecta</li> </ul>	<p>Copago de \$0</p> <p>Copago de \$5</p> <p>Copago de \$40</p> <p>Copago de \$100</p> <p>Coseguro de 33%</p> <p>Copago de \$5</p>	<p>Copago de \$7</p> <p>Copago de \$12</p> <p>Copago de \$47</p> <p>Copago de \$100</p> <p>Coseguro de 33%</p> <p>Copago de \$5</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Copago de \$15</p> <p>Copago de \$120</p> <p>Copago de \$300</p> <p>Sin cobertura</p> <p>Copago de \$0</p>
<b>Período sin cobertura</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel 6: todos los medicamentos</li> </ul>	El costo compartido puede cambiar según la farmacia que elija y el momento en que ingrese en otra de las cuatro fases del beneficio de la Parte D. Si reside en un centro de atención a largo plazo, paga lo mismo que pagaría en una farmacia minorista preferida por un suministro para 31 días.		

**MEDICAMENTOS  
CON RECETA PARA  
PACIENTES EXTERNOS**

**Alignment Health Plan Platinum (HMO) 018**  
Condado de Marin

<b>Deducible de la Parte D</b>	\$0		
<b>Límite de cobertura inicial</b>	\$4,020		
<b>Umbral del monto que paga de su bolsillo de la Parte D</b>	\$6,350		
	<b>Receta de suministro para 30 días en el minorista preferido</b>	<b>Receta de suministro para 30 días en el minorista no preferido</b>	<b>Suministro para 100 días mediante orden por correo</b>
<b>Cobertura inicial</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos</li> <li>• Nivel 2: Medicamentos genéricos</li> <li>• Nivel 3: Medicamento de marca preferida</li> <li>• Nivel 4: Medicamentos de marca no preferida</li> <li>• Nivel 5: Nivel de especialidad</li> <li>• Nivel 6: Medicamentos de atención selecta</li> </ul>	Copago de \$0	Copago de \$7	Copago de \$0
	Copago de \$3	Copago de \$10	Copago de \$9
	Copago de \$30	Copago de \$37	Copago de \$90
	Copago de \$75	Copago de \$82	Copago de \$225
	Coseguro de 33%	Coseguro de 33%	Sin cobertura
	Copago de \$5	Copago de \$5	Copago de \$0
<b>Período sin cobertura</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Niveles 1 y 6: todos los medicamentos</li> </ul>	El costo compartido puede cambiar según la farmacia que elija y el momento en que ingrese en otra de las cuatro fases del beneficio de la Parte D. Si reside en un centro de atención a largo plazo, paga lo mismo que pagaría en una farmacia minorista preferida por un suministro para 31 días.		

**NOTA:**

Los servicios marcados con un 1 pueden requerir autorización previa.

Los servicios marcados con un 2 pueden requerir una remisión de su médico.

Los planes pueden ofrecer beneficios adicionales además de los beneficios de la Parte C y los beneficios de la Parte D.

Alignment Health Plan es un plan HMO, PPO y HMO SNP con un contrato de Medicare. La inscripción en Alignment Health Plan depende de la renovación del contrato. Alignment Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. ATENCIÓN: si usted habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia con el idioma gratuitos. Llame al 1-877-399-2247 (TTY 711).

Y0141\_20059SP\_M

# EXPLICACIÓN DE LOS BENEFICIOS Y LAS NORMAS



Antes de tomar una decisión de inscripción, es importante que comprenda plenamente nuestros beneficios y nuestras normas. Si tiene alguna pregunta, puede comunicarse con un representante del servicio de atención al cliente al siguiente número:

**1-888-979-2247 (LOS USUARIOS DE TTY DEBEN LLAMAR AL 711)**

Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (excepto días feriados) desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.

## INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS

Revise la lista completa de beneficios en la Evidencia de Cobertura (EOC), especialmente para aquellos servicios para los que consulta a un médico de manera rutinaria. Visite [alignmenthealthplan.com](http://alignmenthealthplan.com) o llame al **1-866-634-2247** para ver una copia de la EOC.

Revise el directorio de proveedores (o pregunte a su médico) para asegurarse de que los médicos que consulta ahora integran la red. Si no se encuentran en la lista, significa que es probable que deba seleccionar un nuevo médico.

Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que usa para obtener sus medicamentos con receta integra la red. Si la farmacia no se encuentra en la lista, es probable que deba seleccionar una nueva farmacia para obtener sus medicamentos con receta.

## INFORMACIÓN SOBRE LAS NORMAS IMPORTANTES

Además de su prima mensual del plan, debe continuar pagando la prima de la Parte B. Normalmente, esta prima se descuenta cada mes de su cheque del Seguro Social.

Los beneficios, las primas y/o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2021.

Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no figuran en el directorio de proveedores).



**MEDICAMENTOS  
ALTERNATIVOS  
CUBIERTOS  
2020**



## MEDICAMENTOS ALTERNATIVOS CUBIERTOS

Alignment Health Plan cubre más de 30,000 medicamentos en nuestro formulario. Si un miembro actualmente está tomando un medicamento que no se cubre, hay medicamentos alternativos en nuestro formulario que el miembro podría probar. Esta es una lista parcial de medicamentos que el plan no cubre, junto con medicamentos alternativos que sí están cubiertos. Los miembros pueden consultar con su médico para ver si las alternativas del formulario que se mencionan a continuación son adecuadas.

MEDICAMENTOS NO CUBIERTOS EN EL FORMULARIO	MEDICAMENTOS CUBIERTOS EN EL FORMULARIO	NIVEL (RESTRICCIONES)
Benicar	Olmesartan	6 (QL)
Bystolic	Atenolol Metoprolol (tartrato o succinato)	1 1
Colesevelam	Colestiramina o colestiramina light Colestipol	2 2
Crestor	Atorvastatin Rosuvastatin	6 (QL) 6 (QL)
Dexilant	Omeprazol cap Pantoprazol tab	1 (QL) 1 (QL)
Eucrisa	Pimecrolimus Tacrolimus ungüento	4 (PA) 3 (PA)
Farxiga	Invokana Jardiance	3 (QL) 3 (QL)
Horizant	Gabapentina cap Pregabalin	1 (QL) 3 (QL)
Lotemax	Solución oftálmica de fosfato sódico de dexametasona Suspensión oftálmica de fluorometolona Suspensión oftálmica de acetato de prednisolona	3 2 3
Movantik	Amitiza Lactulose	3 (PA) 2
Neupro	Pramipexol (liberación inmediata) Ropinirol (liberación inmediata)	1 2
Vial de Novolin R	Vial de Humulin R	1 (QL)
Vial de Novolin N	Vial de Humulin N	1 (QL)
FlexPen o vial de Novolin 70/30	Vial de Humulin 70/30 Pluma de Humulin 70/30	1 (QL) 3 (QL)
FlexPen, cartucho o vial de Novolog	Vial de Humulin R Pluma de Humalog R	1 (QL) 3 (QL)
FlexPen o vial de Novolog Mix 70/30	Vial de Humulin 70/30 Pluma o vial de Humalog 50/50 Pluma o vial de Humalog 75/25	1 (QL) 3 (QL) 3 (QL)
Praluent	Repatha	3 (PA, QL)
Proventil HFA o sulfato de albuterol HFA	ProAir Ventolin HFA	3 (QL) 3 (QL)
Xiidra	Restasis	3 (PA, QL)
Zetia	Ezetimibe	2 (QL)
Tiras reactivas y medidores: Contour, OneTouch, Accu-Check, TrueMetrix, otras marcas	Tiras reactivas y medidores FreeStyle	Parte B: sin copago





**LISTA DE  
MEDICAMENTOS  
ADICIONALES  
2020**



## LISTA DE MEDICAMENTOS ADICIONALES

(LISTA SUPLEMENTARIA DE MEDICAMENTOS ELEGIBLES QUE NO SON DE LA PARTE D)

Alignment Health Plan ofrece una Lista suplementaria de medicamentos elegibles que no son de la Parte D, también conocida como Lista de medicamentos adicionales, para brindar cobertura adicional a su beneficio de la Parte D. La Lista de medicamentos adicionales incluye ciertos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos con receta de Medicare. El monto que pagará se determinará según el nivel de medicamento. Si recibe Ayuda adicional de Medicare para pagar sus medicamentos con receta, no obtendrá ayuda adicional para pagar estos medicamentos.

El monto que paga cuando obtiene una receta para estos medicamentos no se tiene en cuenta para su deducible o [costos por medicamentos totales] (sus pagos más los pagos de la Parte D del plan que lo ayudan a calificar para cobertura en situaciones catastróficas). Además, las excepciones de nivel no se aplican a estos medicamentos. Los medicamentos sin receta no se cubren. Se pueden aplicar limitaciones y restricciones. La Lista de medicamentos adicionales está sujeta a cambio en cualquier momento.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<b>Tos y resfrío</b>		
benzonatato cap 100 mg	4	
benzonatato cap 150 mg	4	
benzonatato cap 200 mg	4	
jarabe de prometazina c/ codeína 6.25-10 mg/5 ml	4	
jarabe de prometazina-dm 6.25-15 mg/5 ml	4	
jarabe de pseudoefed-bromfen-dm 30-2-10 mg/5 ml	4	
<b>Vitaminas con receta</b>		
cianocobalamina iny 1000 mcg/ml	4	
ergocalciferol cap 50,000 unidades	2	
ácido fólico tab 1 mg	2	
<b>Disfunción sexual</b>		
citrato de sildenafil tab 25 mg (genérico de Viagra)	2	QL (6 tabletas/30 días)
citrato de sildenafil tab 50 mg (genérico de Viagra)	2	QL (6 tabletas/30 días)
citrato de sildenafil tab 100 mg (genérico de Viagra)	2	QL (6 tabletas/30 días)
<b>Pérdida de peso</b>		
fentermina hcl cap 15 mg	4	
fentermina hcl cap 30 mg	4	
fentermina hcl cap 37.5 mg	4	
fentermina hcl tab 37.5 mg	4	





# **LISTA DE MEDICAMENTOS 2020**



# MEDICAMENTOS CUBIERTOS

## A

abaca/lamivu tab 600-300, T4, QL  
 abacav/lamiv tab /zidovud, T5, QL  
 abacavir sol 20mg/ml, T3, QL  
 abacavir tab 300mg, T3, QL  
 abiraterone tab 250mg, T5, PA, QL  
 ABSTRAL SUB 100MCG, T5, PA, QL  
 ABSTRAL SUB 200MCG, T5, PA, QL  
 ABSTRAL SUB 300MCG, T5, PA, QL  
 ABSTRAL SUB 400MCG, T5, PA, QL  
 ABSTRAL SUB 600MCG, T5, PA, QL  
 ABSTRAL SUB 800MCG, T5, PA, QL  
 acampro cal tab 333mg, T3  
 acarbose tab 100mg, T2, QL  
 acarbose tab 25mg, T2, QL  
 acarbose tab 50mg, T2, QL  
 acebutolol cap 200mg, T2  
 acebutolol cap 400mg, T2  
 acetazolamid cap 500mg er, T3  
 acetazolamid tab 125mg, T2  
 acetazolamid tab 250mg, T2  
 acetic acid sol 2% otic, T2  
 acetylcyst sol 10%, T3, PA  
 acetylcyst sol 20%, T2, PA  
 acitretin cap 10mg, T4  
 acitretin cap 17.5mg, T5  
 acitretin cap 25mg, T3  
 ACTHAR INJ 80UNIT, T5, PA  
 ACTHIB INJ, T3  
 ACTIMMUNE INJ 2MU/0.5, T5, PA  
 acyclovir cap 200mg, T2  
 acyclovir na inj 50mg/ml, T3, PA  
 acyclovir oin 5%, T4, PA  
 acyclovir sus 200/5ml, T3  
 acyclovir tab 400mg, T2

acyclovir tab 800mg, T2  
 ADACEL INJ, T3  
 adefov dipiv tab 10mg, T5  
 ADEMPAS TAB 0.5MG, T5, PA, QL  
 ADEMPAS TAB 1.5MG, T5, PA, QL  
 ADEMPAS TAB 1MG, T5, PA, QL  
 ADEMPAS TAB 2.5MG, T5, PA, QL  
 ADEMPAS TAB 2MG, T5, PA, QL  
 ADVAIR DISKU AER 100/50, T3, QL  
 ADVAIR DISKU AER 250/50, T3, QL  
 ADVAIR DISKU AER 500/50, T3, QL  
 ADVAIR HFA AER 115/21, T3, QL  
 ADVAIR HFA AER 230/21, T3, QL  
 ADVAIR HFA AER 45/21, T3, QL  
 AFINITOR DIS TAB 2MG, T5, PA, QL  
 AFINITOR DIS TAB 3MG, T5, PA, QL  
 AFINITOR DIS TAB 5MG, T5, PA, QL  
 AFINITOR TAB 10MG, T5, PA, QL  
 AFINITOR TAB 2.5MG, T5, PA, QL  
 AFINITOR TAB 5MG, T5, PA, QL  
 AFINITOR TAB 7.5MG, T5, PA, QL  
 ala-cort cre 1%, T2, QL  
 ala-cort cre 2.5%, T2, QL  
 albendazole tab 200mg, T5  
 albuterol neb 0.083%, T2, PA  
 albuterol neb 0.5%, T2, PA  
 albuterol neb 0.63mg/3, T2, PA  
 albuterol neb 1.25mg/3, T2, PA  
 albuterol syp 2mg/5ml, T1  
 albuterol tab 2mg, T4  
 albuterol tab 4mg, T4  
 ALBUTEROL TAB 4MG ER, T3  
 ALBUTEROL TAB 8MG ER, T3  
 alclometason cre 0.05%, T2, QL  
 alclometason oin 0.05%, T2, QL  
 ALCOHOL PREP PAD, T2

ALECENSA CAP 150MG, T5, PA, QL  
 alendronate tab 10mg, T1, QL  
 alendronate tab 35mg, T1, QL  
 alendronate tab 5mg, T1, QL  
 alendronate tab 70mg, T1, QL  
 alfuzosin tab 10mg er, T1, QL  
 ALINIA SUS 100/5ML, T5  
 ALINIA TAB 500MG, T5  
 aliskiren tab 150mg, T3, QL  
 aliskiren tab 300mg, T3, QL  
 allopurinol tab 100mg, T1  
 allopurinol tab 300mg, T1  
 alosetron tab 0.5mg, T5, PA, QL  
 alosetron tab 1mg, T5, PA, QL  
 ALPHAGAN P SOL 0.1%, T3  
 alprazolam tab 0.25mg, T1, QL  
 alprazolam tab 0.5mg, T1, QL  
 alprazolam tab 1mg, T1, QL  
 alprazolam tab 2mg, T1, QL  
 altavera tab, T2  
 ALUNBRIG PAK, T5, PA, QL  
 ALUNBRIG TAB 180MG, T5, PA, QL  
 ALUNBRIG TAB 30MG, T5, PA, QL  
 ALUNBRIG TAB 90MG, T5, PA, QL  
 alyacen tab 1/35, T2  
 alyq tab 20mg, T5, PA, QL  
 amabelz tab 0.5-0.1, T3  
 amabelz tab 1-0.5mg, T3  
 amantadine cap 100mg, T2  
 amantadine syp 50mg/5ml, T2  
 amantadine tab 100mg, T2  
 AMBISOME INJ 50MG, T5, PA  
 ambrisentan tab 10mg, T5, PA, QL  
 ambrisentan tab 5mg, T5, PA, QL  
 amethia lo tab, T2  
 amethia tab, T2

## GUÍA DE SIGLAS:

PA: Autorización previa  
 QL: Límites de cantidad  
 ST: Tratamiento escalonado

T 1: Medicamentos genéricos preferidos  
 T 2: Medicamentos genéricos  
 T 3: Medicamentos de marca preferidos

T 4: Medicamentos de marca no preferidos  
 T 5: Medicamentos especializados  
 T 6: Medicamentos de atención selecta

**La cobertura de medicamentos varía según la forma de dosificación. Si bien un medicamento puede aparecer en la lista de medicamentos cubiertos, la forma de dosificación particular podría no satisfacer los requisitos de cobertura. Consulte el formulario completo para obtener información detallada sobre cobertura.** La mayoría de los medicamentos genéricos están escritos en letras minúsculas. La mayoría de los medicamentos de marca están escritos en letras mayúsculas. Los medicamentos del nivel 6 se encuentran disponibles con un copago de \$0 para obtener un suministro para entre 90 y 100 días en todas las farmacias de la red. Los beneficios de farmacia están sujetos a cambio.

amikacin inj 500/2ml, T3  
 amilor/hctz tab 5-50, T2  
 amiloride tab 5mg, T2  
 amiodarone tab 200mg, T1  
 amiodarone tab 400mg, T3  
 AMITIZA CAP 24MCG, T3, PA  
 AMITIZA CAP 8MCG, T3, PA  
 amitriptylin tab 100mg, T2  
 amitriptylin tab 10mg, T2  
 amitriptylin tab 150mg, T2  
 amitriptylin tab 25mg, T2  
 amitriptylin tab 50mg, T2  
 amitriptylin tab 75mg, T2  
 amlod/atorva tab 10-10mg, T6  
 amlod/atorva tab 10-20mg, T6  
 amlod/atorva tab 10-40mg, T6  
 amlod/atorva tab 10-80mg, T6  
 amlod/atorva tab 2.5-10mg, T6  
 amlod/atorva tab 2.5-20mg, T6  
 amlod/atorva tab 2.5-40mg, T6  
 amlod/atorva tab 5-10mg, T6  
 amlod/atorva tab 5-20mg, T6  
 amlod/atorva tab 5-40mg, T6  
 amlod/atorva tab 5-80mg, T6  
 amlod/benazp cap 10-20mg, T6  
 amlod/benazp cap 10-40mg, T6  
 amlod/benazp cap 2.5-10mg, T6  
 amlod/benazp cap 5-10mg, T6  
 amlod/benazp cap 5-20mg, T6  
 amlod/benazp cap 5-40mg, T6  
 amlod/valsar tab /hctz, T6, QL  
 amlod/valsar tab 10-160mg, T6, QL  
 amlod/valsar tab 10-320mg, T6, QL  
 amlod/valsar tab 5-160mg, T6, QL  
 amlod/valsar tab 5-320mg, T6, QL  
 amlodipine tab 10mg, T1  
 amlodipine tab 2.5mg, T1  
 amlodipine tab 5mg, T1  
 ammonium lac cre 12%, T2  
 ammonium lac lot 12%, T2  
 amnesteem cap 10mg, T3  
 amnesteem cap 20mg, T3  
 amnesteem cap 40mg, T3  
 AMOX/K CLAV CHW 200MG, T3  
 AMOX/K CLAV CHW 400MG, T3  
 amox/k clav sus 200/5ml, T2  
 amox/k clav sus 400/5ml, T2  
 amox/k clav sus 600/5ml, T2  
 amox/k clav tab 250-125, T2  
 amox/k clav tab 500-125, T2  
 amox/k clav tab 875-125, T2  
 AMOXAPINE TAB 100MG, T3, PA  
 AMOXAPINE TAB 150MG, T3, PA  
 AMOXAPINE TAB 25MG, T3, PA  
 AMOXAPINE TAB 50MG, T3, PA  
 amoxicillin cap 250mg, T1  
 amoxicillin cap 500mg, T1  
 amoxicillin sus 125/5ml, T1  
 amoxicillin sus 200/5ml, T1  
 amoxicillin sus 250/5ml, T1  
 amoxicillin sus 400/5ml, T1  
 amoxicillin tab 500mg, T1  
 amoxicillin tab 875mg, T1  
 amp-sulbacta inj 2-1gm, T3  
 amphet/dextr cap 10mg er, T3, QL  
 amphet/dextr cap 15mg er, T3, QL  
 amphet/dextr cap 20mg er, T3, QL  
 amphet/dextr cap 25mg er, T3, QL  
 amphet/dextr cap 30mg er, T3, QL  
 amphet/dextr cap 5mg er, T3, QL  
 amphet/dextr tab 10mg, T2, QL  
 amphet/dextr tab 12.5mg, T2, QL  
 amphet/dextr tab 15mg, T2, QL  
 amphet/dextr tab 20mg, T2, QL  
 amphet/dextr tab 30mg, T2, QL  
 amphet/dextr tab 5mg, T2, QL  
 amphet/dextr tab 7.5mg, T2, QL  
 AMPHOTERICIN INJ 50MG, T3, PA  
 AMPICILLIN CAP 500MG, T2  
 ampicillin inj 10gm, T3  
 ampicillin inj 1gm, T3  
 ANADROL-50 TAB 50MG, T5, PA  
 anagrelide cap 0.5mg, T2  
 anagrelide cap 1mg, T3  
 anastrozole tab 1mg, T1  
 ANDRODERM DIS 2MG/24HR, T3, PA, QL  
 ANDRODERM DIS 4MG/24HR, T3, PA, QL  
 ANORO ELLIPT AER 62.5-25, T3, QL  
 apap/codeine sol 120-12/5, T2, QL  
 apap/codeine tab 300-15mg, T2, QL  
 apap/codeine tab 300-30mg, T2, QL  
 apap/codeine tab 300-60mg, T2, QL  
 APOKYN INJ 10MG/ML, T5, PA, QL  
 aprepitant cap 125mg, T2, PA  
 aprepitant cap 40mg, T3, PA  
 aprepitant cap 80mg, T3, PA  
 aprepitant pak 80 & 125, T3, PA  
 apri tab, T2  
 APRISO CAP 0.375GM, T4, QL  
 APTIOM TAB 200MG, T5  
 APTIOM TAB 400MG, T5  
 APTIOM TAB 600MG, T5  
 APTIOM TAB 800MG, T5  
 APTIVUS CAP 250MG, T5, QL  
 APTIVUS SOL, T5, QL  
 aranelle tab, T2  
 ARANESP INJ 100MCG, T5, PA  
 ARANESP INJ 10MCG, T4, PA  
 ARANESP INJ 150MCG, T5, PA  
 ARANESP INJ 200MCG, T5, PA  
 ARANESP INJ 25MCG, T4, PA  
 ARANESP INJ 300MCG, T5, PA  
 ARANESP INJ 40MCG, T4, PA  
 ARANESP INJ 500MCG, T5, PA  
 ARANESP INJ 60MCG, T5, PA  
 ARCALYST INJ 220MG, T5, PA  
 aripiprazole sol 1mg/ml, T2, PA, QL  
 aripiprazole tab 10mg, T2, QL  
 aripiprazole tab 10mg odt, T5, PA, QL  
 aripiprazole tab 15mg, T2, QL

**La cobertura de medicamentos varía según la forma de dosificación. Si bien un medicamento puede aparecer en la lista de medicamentos cubiertos, la forma de dosificación particular podría no satisfacer los requisitos de cobertura. Consulte el formulario completo para obtener información detallada sobre cobertura.** La mayoría de los medicamentos genéricos están escritos en letras minúsculas. La mayoría de los medicamentos de marca están escritos en letras mayúsculas. Los medicamentos del nivel 6 se encuentran disponibles con un copago de \$0 para obtener un suministro para entre 90 y 100 días en todas las farmacias de la red. Los beneficios de farmacia están sujetos a cambio.

aripiprazole tab 15mg odt, T5, PA, QL  
 aripiprazole tab 20mg, T2, QL  
 aripiprazole tab 2mg, T2, QL  
 aripiprazole tab 30mg, T2, QL  
 aripiprazole tab 5mg, T2, QL  
 ARISTADA INJ 1064MG, T5, PA, QL  
 ARISTADA INJ 441MG/1., T5, PA, QL  
 ARISTADA INJ 662MG/2, T5, PA, QL  
 ARISTADA INJ 882MG/3, T5, PA, QL  
 ARISTADA INJ INITIO, T5, PA, QL  
 armodafinil tab 150mg, T3, PA, QL  
 armodafinil tab 200mg, T3, PA, QL  
 armodafinil tab 250mg, T3, PA, QL  
 armodafinil tab 50mg, T3, PA, QL  
 ARNUITY ELPT INH 100MCG, T3, QL  
 ARNUITY ELPT INH 200MCG, T3, QL  
 ARNUITY ELPT INH 50MCG, T3, QL  
 asa/dipyrida cap 25-200mg, T3  
 ashlyna tab, T2  
 ASMANEX 120 AER 220MCG, T3, QL  
 ASMANEX 30 AER 110MCG, T3, QL  
 ASMANEX 30 AER 220MCG, T3, QL  
 ASMANEX 60 AER 220MCG, T3, QL  
 ASMANEX HFA AER 100 MCG, T3, QL  
 ASMANEX HFA AER 200 MCG, T3, QL  
 atazanavir cap 150mg, T5, QL  
 atazanavir cap 200mg, T5, QL  
 atazanavir cap 300mg, T5, QL  
 atenol/chlor tab 100-25mg, T1  
 atenol/chlor tab 50-25mg, T1  
 atenolol tab 100mg, T1  
 atenolol tab 25mg, T1  
 atenolol tab 50mg, T1  
 atomoxetine cap 100mg, T3, QL  
 atomoxetine cap 10mg, T3, QL  
 atomoxetine cap 18mg, T3, QL  
 atomoxetine cap 25mg, T3, QL

atomoxetine cap 40mg, T3, QL  
 atomoxetine cap 60mg, T3, QL  
 atomoxetine cap 80mg, T3, QL  
 atorvastatin tab 10mg, T6, QL  
 atorvastatin tab 20mg, T6, QL  
 atorvastatin tab 40mg, T6, QL  
 atorvastatin tab 80mg, T6, QL  
 atovaq/progu tab 250-100, T3  
 atovaq/progu tab 62.5-25, T2  
 atovaquone sus 750/5ml, T5  
 ATRIPLA TAB, T5, QL  
 ATROVENT HFA AER 17MCG, T4, QL  
 AUBAGIO TAB 14MG, T5, PA, QL  
 AUBAGIO TAB 7MG, T5, PA, QL  
 aubra tab 0.1-0.02, T2  
 aug betamet cre 0.05%, T2, QL  
 AUG BETAMET GEL 0.05%, T3, QL  
 aug betamet lot 0.05%, T3, QL  
 aug betamet oin 0.05%, T3, QL  
 AURYXIA TAB 210MG, T5, PA, QL  
 aviane tab, T2  
 avita cre 0.025%, T3  
 avita gel 0.025%, T3  
 AVONEX KIT 30MCG, T5, PA, QL  
 AVONEX PEN KIT 30MCG, T5, PA, QL  
 AVONEX PREFL KIT 30MCG, T5, PA, QL  
 azathioprine tab 50mg, T2, PA  
 azelastine dro 0.05%, T2  
 azelastine spr 0.1%, T2, QL  
 azelastine spr 0.15%, T2, QL  
 azithromycin inj 500mg, T3  
 AZITHROMYCIN POW 1GM PAK, T3  
 azithromycin sus 100/5ml, T2  
 azithromycin sus 200/5ml, T2  
 azithromycin tab 250mg, T2  
 azithromycin tab 500mg, T2  
 azithromycin tab 600mg, T2  
 AZOPT SUS 1% OP, T4  
 aztreonam inj 1gm, T3

## B

bacit/polymy oin op, T2  
 BACITRACIN OIN OP, T3  
 baclofen tab 10mg, T2  
 baclofen tab 20mg, T2  
 balsalazide cap 750mg, T3  
 BALVERSA TAB 3MG, T5, PA, QL  
 BALVERSA TAB 4MG, T5, PA, QL  
 BALVERSA TAB 5MG, T5, PA, QL  
 balziva tab, T2  
 BANZEL SUS 40MG/ML, T5  
 BANZEL TAB 200MG, T4  
 BANZEL TAB 400MG, T5  
 BARACLUDE SOL .05MG/ML, T5  
 BASAGLAR INJ 100UNIT, T4, QL  
 BCG VACCINE INJ, T3  
 BD PEN NEEDL MIS 29GX12.7, T2  
 benazep/hctz tab 10-12.5, T6  
 benazep/hctz tab 20-12.5, T6  
 benazep/hctz tab 20-25mg, T6  
 benazep/hctz tab 5-6.25, T6  
 benazepril tab 10mg, T6  
 benazepril tab 20mg, T6  
 benazepril tab 40mg, T6  
 benazepril tab 5mg, T6  
 BENLYSTA INJ 200MG/ML, T5, PA  
 BENZNIDAZOLE TAB 100MG, T4  
 BENZNIDAZOLE TAB 12.5MG, T4  
 benzotropine tab 0.5mg, T2  
 benzotropine tab 1mg, T2  
 benzotropine tab 2mg, T2  
 BESIVANCE SUS 0.6%, T4  
 betameth dip cre 0.05%, T3, QL  
 betameth dip lot 0.05%, T2, QL  
 betameth dip oin 0.05%, T3, QL  
 betameth val cre 0.1%, T2, QL  
 betameth val lot 0.1%, T3, QL  
 betameth val oin 0.1%, T2, QL  
 BETASERON INJ 0.3MG, T5, PA, QL  
 betaxolol sol 0.5% op, T2  
 betaxolol tab 10mg, T2

### GUÍA DE SIGLAS:

PA: Autorización previa  
 QL: Límites de cantidad  
 ST: Tratamiento escalonado

T 1: Medicamentos genéricos preferidos  
 T 2: Medicamentos genéricos  
 T 3: Medicamentos de marca preferidos

T 4: Medicamentos de marca no preferidos  
 T 5: Medicamentos especializados  
 T 6: Medicamentos de atención selecta

betaxolol tab 20mg, T2  
bethanechol tab 10mg, T2  
bethanechol tab 25mg, T2  
bethanechol tab 50mg, T2  
bethanechol tab 5mg, T2  
BETOPTIC-S SUS 0.25% OP, T4  
BEVYXXA CAP 40MG, T4, QL  
BEVYXXA CAP 80MG, T4, QL  
bexarotene cap 75mg, T5, PA  
BEXSERO INJ, T3  
bicalutamide tab 50mg, T2  
BICILLIN L-A INJ 1200000, T4  
BICILLIN L-A INJ 2400000, T4  
BICILLIN L-A INJ 600000, T4  
BIKTARVY TAB, T5, QL  
bimatoprost sol 0.03%, T3  
bisoprl/hctz tab 10/6.25, T1  
bisoprl/hctz tab 2.5/6.25, T1  
bisoprl/hctz tab 5-6.25mg, T1  
bisoprol fum tab 10mg, T2  
bisoprol fum tab 5mg, T2  
blisovi 24 tab fe 1/20, T2  
blisovi fe tab 1.5/30, T2  
BOOSTRIX INJ, T3  
bosentan tab 125mg, T5, PA, QL  
bosentan tab 62.5mg, T5, PA, QL  
BOSULIF TAB 100MG, T5, PA, QL  
BOSULIF TAB 400MG, T5, PA, QL  
BOSULIF TAB 500MG, T5, PA, QL  
BRAFTOVI CAP 75MG, T5, PA, QL  
BREO ELLIPTA INH 100-25, T3, QL  
BREO ELLIPTA INH 200-25, T3, QL  
briellyn tab, T2  
BRILINTA TAB 60MG, T3  
BRILINTA TAB 90MG, T3  
brimonidine sol 0.15%, T3  
brimonidine sol 0.2% op, T1  
BRIVIACT SOL 10MG/ML, T5  
BRIVIACT TAB 100MG, T5  
BRIVIACT TAB 10MG, T5  
BRIVIACT TAB 25MG, T5  
BRIVIACT TAB 50MG, T5

BRIVIACT TAB 75MG, T5  
BROMFENAC SOL 0.09% OP, T4  
bromocriptin cap 5mg, T3  
bromocriptin tab 2.5mg, T3  
budesonide cap 3mg dr, T4, QL  
budesonide sus 0.25mg/2, T3, PA  
budesonide sus 0.5mg/2, T3, PA  
budesonide sus 1mg/2ml, T3, PA  
bumetanide inj 0.25/ml, T2  
bumetanide tab 0.5mg, T2  
bumetanide tab 1mg, T2  
bumetanide tab 2mg, T2  
bupren/nalox mis 12-3mg, T2, QL  
bupren/nalox mis 2-0.5mg, T2, QL  
bupren/nalox mis 4-1mg, T2, QL  
bupren/nalox mis 8-2mg, T2, QL  
bupren/nalox sub 2-0.5mg, T2, QL  
bupren/nalox sub 8-2mg, T2, QL  
buprenorphin sub 2mg, T2, QL  
buprenorphin sub 8mg, T2, QL  
bupropion tab 100mg, T2, QL  
bupropion tab 100mg sr, T2, QL  
bupropion tab 150mg sr, T2, QL  
bupropion tab 150mg sr (smoking deterrent), T2  
bupropion tab 200mg sr, T2, QL  
bupropion tab 75mg, T2, QL  
bupropn hcl tab 150mg xl, T2, QL  
bupropn hcl tab 300mg xl, T2, QL  
buspirone tab 10mg, T1  
buspirone tab 15mg, T1  
buspirone tab 30mg, T2  
buspirone tab 5mg, T1  
buspirone tab 7.5mg, T2  
but/apap/caf cap, T3, QL  
but/apap/caf tab, T3, QL  
but/asa/caff cap, T3, QL  
butal/apap tab 50-325mg, T3, QL  
butorphanol sol 10mg/ml, T3, QL  
BYDUREON BC INJ 2/0.85ML, T3, QL, ST

BYDUREON PEN INJ 2MG, T3, QL, ST

## C

cabergoline tab 0.5mg, T3  
CABOMETYX TAB 20MG, T5, PA, QL  
CABOMETYX TAB 40MG, T5, PA, QL  
CABOMETYX TAB 60MG, T5, PA, QL  
calc acetate cap 667mg, T2  
calc acetate tab 667mg, T2  
calcipotrien cre 0.005%, T4  
calcipotrien oin 0.005%, T4  
calcipotrien sol 0.005%, T4  
calcitonin spr 200/act, T2  
calcitriol cap 0.25mcg, T2  
calcitriol cap 0.5mcg, T2  
calcitriol sol 1mcg/ml, T3  
CALQUENCE CAP 100MG, T5, PA, QL  
camila tab 0.35mg, T2  
camrese lo tab, T2  
candes/hctz tab 16-12.5, T6, QL  
candes/hctz tab 32-12.5, T6, QL  
candes/hctz tab 32-25mg, T6, QL  
candesartan tab 16mg, T6, QL  
candesartan tab 32mg, T6, QL  
candesartan tab 4mg, T6, QL  
candesartan tab 8mg, T6, QL  
CAPRELSA TAB 100MG, T5, PA, QL  
CAPRELSA TAB 300MG, T5, PA, QL  
captopril tab 100mg, T6  
captopril tab 12.5mg, T6  
captopril tab 25mg, T6  
captopril tab 50mg, T6  
CARB/LEVO 50 TAB /ENTACAP, T4  
CARB/LEVO 75 TAB /ENTACAP, T4  
carb/levo er tab 25-100mg, T2  
carb/levo er tab 50-200mg, T2  
carb/levo tab 10-100mg, T2  
carb/levo tab 25-100mg, T2  
carb/levo tab 25-250mg, T2  
CARB/LEVO100 TAB /ENTACAP, T4

**La cobertura de medicamentos varía según la forma de dosificación. Si bien un medicamento puede aparecer en la lista de medicamentos cubiertos, la forma de dosificación particular podría no satisfacer los requisitos de cobertura. Consulte el formulario completo para obtener información detallada sobre cobertura.** La mayoría de los medicamentos genéricos están escritos en letras minúsculas. La mayoría de los medicamentos de marca están escritos en letras mayúsculas. Los medicamentos del nivel 6 se encuentran disponibles con un copago de \$0 para obtener un suministro para entre 90 y 100 días en todas las farmacias de la red. Los beneficios de farmacia están sujetos a cambio.

CARB/LEVO125 TAB /ENTACAP, T4  
 CARB/LEVO150 TAB /ENTACAP, T4  
 CARB/LEVO200 TAB /ENTACAP, T4  
 CARBAGLU TAB 200MG, T5, PA  
 carbamazepin cap 100mg er, T3  
 carbamazepin cap 200mg er, T3  
 carbamazepin cap 300mg er, T3  
 carbamazepin chw 100mg, T2  
 carbamazepin sus 100/5ml, T2  
 carbamazepin tab 100mg, T3  
 carbamazepin tab 200mg, T2  
 carbamazepin tab 200mg er, T3  
 carbamazepin tab 400mg er, T3  
 carbidopa tab 25mg, T5  
 carisoprodol tab 350mg, T2  
 CARTEOLOL SOL 1% OP, T1  
 cartia xt cap 120/24hr, T2  
 cartia xt cap 180/24hr, T2  
 cartia xt cap 240/24hr, T2  
 cartia xt cap 300/24hr, T2  
 carvedilol tab 12.5mg, T1  
 carvedilol tab 25mg, T1  
 carvedilol tab 3.125mg, T1  
 carvedilol tab 6.25mg, T1  
 caspofungin inj 50mg, T5  
 caspofungin inj 70mg, T5  
 caziant pak, T2  
 cefaclor cap 250mg, T2  
 cefaclor cap 500mg, T2  
 cefadroxil cap 500mg, T2  
 cefadroxil sus 250/5ml, T2  
 cefadroxil sus 500/5ml, T2  
 cefadroxil tab 1gm, T2  
 cefazolin inj 10gm, T3  
 cefazolin inj 1gm, T3  
 cefazolin inj 500mg, T3  
 cefdinir cap 300mg, T2  
 cefdinir sus 125/5ml, T2  
 cefdinir sus 250/5ml, T2  
 cefepime inj 1gm, T3  
 cefepime inj 2gm, T3  
 cefoxitin inj 10gm, T3

cefoxitin inj 1gm, T3  
 cefoxitin inj 2gm, T3  
 cefpodo prox sus 100/5ml, T3  
 cefpodo prox sus 50mg/5ml, T2  
 cefpodoxime tab 100mg, T3  
 cefpodoxime tab 200mg, T3  
 cefprozil sus 125/5ml, T2  
 cefprozil sus 250/5ml, T3  
 cefprozil tab 250mg, T2  
 cefprozil tab 500mg, T2  
 ceftazidime inj 1gm, T3  
 ceftazidime inj 2gm, T3  
 ceftazidime inj 6gm, T3  
 ceftriaxone inj 10gm, T3  
 ceftriaxone inj 1gm, T3  
 ceftriaxone inj 250mg, T3  
 ceftriaxone inj 2gm, T3  
 ceftriaxone inj 500mg, T3  
 cefuroxime inj 1.5gm, T3  
 cefuroxime inj 7.5gm, T2  
 cefuroxime inj 750mg, T3  
 cefuroxime tab 250mg, T2  
 cefuroxime tab 500mg, T2  
 celecoxib cap 100mg, T2, QL  
 celecoxib cap 200mg, T2, QL  
 celecoxib cap 400mg, T3, QL  
 celecoxib cap 50mg, T2, QL  
 CELONTIN CAP 300MG, T4  
 cephalixin cap 250mg, T1  
 cephalixin cap 500mg, T1  
 cephalixin cap 750mg, T3  
 cephalixin sus 125/5ml, T2  
 cephalixin sus 250/5ml, T2  
 CHANTIX PAK 0.5& 1MG, T3  
 CHANTIX PAK 1MG, T3  
 CHANTIX TAB 0.5MG, T3  
 CHANTIX TAB 1MG, T3  
 CHEMET CAP 100MG, T5  
 CHENODAL TAB 250MG, T5, PA  
 chlorhex glu sol 0.12%, T1  
 CHLOROQUINE TAB 250MG, T3  
 chloroquine tab 500mg, T2

CHLOROTHIAZ TAB 250MG, T2  
 chlorothiaz tab 500mg, T2  
 chlorpromaz tab 100mg, T4, PA  
 chlorpromaz tab 10mg, T3, PA  
 chlorpromaz tab 200mg, T5, PA  
 chlorpromaz tab 25mg, T3, PA  
 chlorpromaz tab 50mg, T3, PA  
 chlorthalid tab 25mg, T2  
 chlorthalid tab 50mg, T2  
 cholestyram pow 4gm, T2  
 cholestyram pow 4gm lite, T2  
 ciclopirox cre 0.77%, T2  
 ciclopirox gel 0.77%, T3  
 ciclopirox sha 1%, T3  
 ciclopirox sol 8%, T2  
 ciclopirox sus 0.77%, T2  
 cilostazol tab 100mg, T2  
 cilostazol tab 50mg, T2  
 CIMDUO TAB 300-300, T5, QL  
 CIMETIDINE SOL 300/5ML, T2  
 cimetidine tab 200mg, T1  
 cimetidine tab 300mg, T2  
 cimetidine tab 400mg, T2  
 cimetidine tab 800mg, T2  
 cinacalcet tab 30mg, T5, PA  
 cinacalcet tab 60mg, T5, PA  
 cinacalcet tab 90mg, T5, PA  
 CINRYZE SOL 500 UNIT, T5, PA, QL  
 CIPRODEX SUS 0.3-0.1%, T4  
 ciprofloxacin inj 200mg, T2  
 ciprofloxacin sol 0.3% op, T1  
 ciprofloxacin sus 500mg/5, T2  
 CIPROFLOXACN TAB 100MG, T3  
 ciprofloxacin tab 250mg, T1  
 ciprofloxacin tab 500mg, T1  
 ciprofloxacin tab 750mg, T1  
 citalopram sol 10mg/5ml, T3, QL  
 citalopram tab 10mg, T1, QL  
 citalopram tab 20mg, T1, QL  
 citalopram tab 40mg, T1, QL  
 claravis cap 10mg, T3  
 claravis cap 20mg, T3

## GUÍA DE SIGLAS:

PA: Autorización previa  
 QL: Límites de cantidad  
 ST: Tratamiento escalonado

T 1: Medicamentos genéricos preferidos  
 T 2: Medicamentos genéricos  
 T 3: Medicamentos de marca preferidos

T 4: Medicamentos de marca no preferidos  
 T 5: Medicamentos especializados  
 T 6: Medicamentos de atención selecta

claravis cap 30mg, T3  
 claravis cap 40mg, T3  
 CLARITHROMYC SUS 125/5ML, T2  
 CLARITHROMYC SUS 250/5ML, T3  
 clarithromyc tab 250mg, T2  
 clarithromyc tab 500mg, T2  
 clarithromyc tab 500mg er, T2  
 CLEMASTINE TAB 2.68MG, T3, PA  
 CLINDACIN-P PAD 1%, T3  
 clindamy/ben gel 1-5%, T3  
 clindamycin cap 150mg, T2  
 clindamycin cap 300mg, T2  
 clindamycin cap 75mg, T2  
 clindamycin cre 2% vag, T3  
 clindamycin gel 1%, T3  
 clindamycin inj 300/2ml, T2  
 clindamycin inj 300mg, T2  
 clindamycin inj 600/4ml, T2  
 clindamycin inj 600mg, T2  
 clindamycin inj 900/6ml, T2  
 clindamycin inj 900mg, T2  
 clindamycin lot 10mg/ml, T3  
 CLINDAMYCIN MIS 1%, T3  
 clindamycin sol 1%, T3  
 clinisol sf inj 15%, T3, PA  
 clobazam sus 2.5mg/ml, T3, PA, QL  
 clobazam tab 10mg, T3, PA, QL  
 clobazam tab 20mg, T3, PA, QL  
 clobetasol cre 0.05%, T4, QL  
 clobetasol e cre 0.05%, T4, QL  
 clobetasol gel 0.05%, T4, QL  
 clobetasol oin 0.05%, T4, QL  
 clobetasol sol 0.05%, T4, QL  
 clomipramine cap 25mg, T3, PA  
 clomipramine cap 50mg, T3, PA  
 clomipramine cap 75mg, T3, PA  
 clonazep odt tab 0.125mg, T3, QL  
 clonazep odt tab 0.25mg, T3, QL  
 clonazep odt tab 0.5mg, T3, QL  
 clonazep odt tab 1mg, T3, QL  
 clonazep odt tab 2mg, T3, QL  
 clonazepam tab 0.5mg, T1, QL  
 clonazepam tab 1mg, T1, QL  
 clonazepam tab 2mg, T1, QL  
 clonidine dis 0.1/24hr, T3  
 clonidine dis 0.2/24hr, T3  
 clonidine dis 0.3/24hr, T3  
 clonidine tab 0.1mg, T1  
 clonidine tab 0.1mg er, T3, QL  
 clonidine tab 0.2mg, T1  
 clonidine tab 0.3mg, T1  
 clopidogrel tab 75mg, T1  
 cloraz dipot tab 15mg, T2, QL  
 cloraz dipot tab 3.75mg, T2, QL  
 cloraz dipot tab 7.5mg, T2, QL  
 clotrim/beta cre diprop, T2  
 clotrim/beta lot diprop, T3  
 clotrimazole cre 1%, T2  
 clotrimazole loz 10mg, T2  
 clozapine tab 100/odt, T5, QL  
 clozapine tab 100mg, T2, QL  
 clozapine tab 12.5/odt, T3, QL  
 clozapine tab 200mg, T2, QL  
 clozapine tab 25mg, T2, QL  
 clozapine tab 25mg odt, T3, QL  
 clozapine tab 50mg, T2, QL  
 COARTEM TAB 20-120MG, T4  
 codeine sulf tab 30mg, T3, QL  
 CODEINE SULF TAB 60MG, T3, QL  
 COLCRYST TAB 0.6MG, T3  
 colestipol gra 5gm, T2  
 colestipol tab 1gm, T2  
 colistimeth inj 150mg, T5  
 colocort ene 100mg, T3  
 COMBIGAN SOL 0.2/0.5%, T3  
 COMBIVENT AER 20-100, T4, QL  
 COMETRIQ KIT 100MG, T5, PA, QL  
 COMETRIQ KIT 140MG, T5, PA, QL  
 COMETRIQ KIT 60MG, T5, PA, QL  
 COMPLERA TAB, T5, QL  
 compro sup 25mg, T3  
 constulose sol 10gm/15, T2  
 COPAXONE INJ 20MG/ML, T5, PA, QL  
 COPAXONE INJ 40MG/ML, T5, PA, QL  
 COPIKTRA CAP 15MG, T5, PA, QL  
 COPIKTRA CAP 25MG, T5, PA, QL  
 CORLANOR TAB 5MG, T3, PA, QL  
 CORLANOR TAB 7.5MG, T3, PA, QL  
 CORTISONE AC TAB 25MG, T3  
 COSENTYX INJ 300DOSE, T5, PA  
 COSENTYX PEN INJ 300DOSE, T5, PA  
 COTELLIC TAB 20MG, T5, PA, QL  
 COUMADIN TAB 10MG, T4  
 COUMADIN TAB 1MG, T4  
 COUMADIN TAB 2.5MG, T4  
 COUMADIN TAB 2MG, T4  
 COUMADIN TAB 3MG, T4  
 COUMADIN TAB 4MG, T4  
 COUMADIN TAB 5MG, T4  
 COUMADIN TAB 6MG, T4  
 COUMADIN TAB 7.5MG, T4  
 CREON CAP 12000UNT, T3  
 CREON CAP 24000UNT, T3  
 CREON CAP 3000UNIT, T3  
 CREON CAP 36000UNT, T3  
 CREON CAP 6000UNIT, T3  
 CRESEMBA CAP 186 MG, T5, PA  
 CRIVIVAN CAP 200MG, T3, QL  
 CRIVIVAN CAP 400MG, T3, QL  
 cromolyn sod con 100/5ml, T3  
 cromolyn sod neb 20mg/2ml, T3, PA  
 cromolyn sod sol 4% op, T1  
 cryselle-28 tab 28 tabs, T2  
 CURITY GAUZE PAD 2"X2", T2  
 cyclofem tab 1/35, T2  
 cyclofem tab 7/7/7, T2  
 cyclobenzapr tab 10mg, T1, PA  
 cyclobenzapr tab 5mg, T1, PA  
 cyclophosph cap 25mg, T3, PA  
 cyclophosph cap 50mg, T3, PA  
 CYCLOSET TAB 0.8MG, T4, QL  
 cyclosporine cap 100mg, T3, PA

**La cobertura de medicamentos varía según la forma de dosificación. Si bien un medicamento puede aparecer en la lista de medicamentos cubiertos, la forma de dosificación particular podría no satisfacer los requisitos de cobertura. Consulte el formulario completo para obtener información detallada sobre cobertura.** La mayoría de los medicamentos genéricos están escritos en letras minúsculas. La mayoría de los medicamentos de marca están escritos en letras mayúsculas. Los medicamentos del nivel 6 se encuentran disponibles con un copago de \$0 para obtener un suministro para entre 90 y 100 días en todas las farmacias de la red. Los beneficios de farmacia están sujetos a cambio.

cyclosporine cap 100mg md, T3, PA  
 cyclosporine cap 25mg, T3, PA  
 cyclosporine cap 25mg mod, T3, PA  
 CYCLOSPORINE CAP 50MG MOD,  
 T3, PA  
 cyclosporine sol modified, T3, PA  
 cyred tab, T2  
 CYSTADANE POW, T5  
 CYSTAGON CAP 150MG, T4, PA  
 CYSTAGON CAP 50MG, T4, PA  
 CYSTARAN SOL 0.44%, T5, PA

## D

D2.5W/NACL INJ 0.45%, T2  
 d5w/nacl inj 0.2%, T3  
 d5w/nacl inj 0.33%, T1  
 d5w/nacl inj 0.45%, T2  
 d5w/nacl inj 0.9%, T1  
 DAKLINZA TAB 30MG, T5, PA  
 DAKLINZA TAB 60MG, T5, PA  
 dalfampridin tab 10mg er, T5, PA  
 DALIRESP TAB 250MCG, T4, PA, QL  
 DALIRESP TAB 500MCG, T4, PA, QL  
 DALVANCE SOL 500MG, T5  
 danazol cap 100mg, T3, PA  
 danazol cap 200mg, T3, PA  
 danazol cap 50mg, T3, PA  
 dantrolene cap 100mg, T3  
 dantrolene cap 25mg, T3  
 dantrolene cap 50mg, T3  
 dapsona tab 100mg, T3  
 dapsona tab 25mg, T3  
 DAPTACEL INJ, T3  
 daptomycin inj 500mg, T5  
 DARAPRIM TAB 25MG, T5  
 DAURISMO TAB 100MG, T5, PA, QL  
 DAURISMO TAB 25MG, T5, PA, QL  
 deblitane tab 0.35mg, T2  
 deferasirox tab 125mg, T5, PA  
 deferasirox tab 250mg, T5, PA  
 deferasirox tab 500mg, T5, PA  
 DELSTRIGO TAB, T5, QL

delyla tab 0.1-0.02, T2  
 demeclocycl tab 150mg, T3  
 demeclocycl tab 300mg, T3  
 DEMSER CAP 250MG, T5  
 DENAVIR CRE 1%, T5  
 DEPEN TITRA TAB 250MG, T5  
 DEPO-PROVERA INJ 400/ML, T4  
 DESCOVY TAB 200/25, T5, QL  
 desipramine tab 100mg, T3  
 desipramine tab 10mg, T3  
 desipramine tab 150mg, T3  
 desipramine tab 25mg, T3  
 desipramine tab 50mg, T3  
 desipramine tab 75mg, T3  
 desmopressin spr 0.01%, T3  
 desmopressin tab 0.1mg, T2  
 desmopressin tab 0.2mg, T2  
 deso/ethinyl tab estradio, T2  
 desonide cre 0.05%, T4, QL  
 desonide lot 0.05%, T3, QL  
 desonide oin 0.05%, T3, QL  
 desoximetas cre 0.05%, T3, QL  
 desoximetas cre 0.25%, T3, QL  
 desoximetas gel 0.05%, T3, QL  
 desoximetas oin 0.25%, T3, QL  
 desvenlafax tab 100mg er, T2, QL  
 desvenlafax tab 25mg er, T2, QL  
 desvenlafax tab 50mg er, T2, QL  
 DEXAMETH PHO SOL 0.1% OP, T3  
 dexamethason elx 0.5/5ml, T2  
 dexamethason tab 0.5mg, T2  
 dexamethason tab 0.75mg, T2  
 dexamethason tab 1.5mg, T2  
 DEXAMETHASON TAB 1MG, T2  
 DEXAMETHASON TAB 2MG, T2  
 dexamethason tab 4mg, T2  
 dexamethason tab 6mg, T2  
 dexmethylph tab 10mg, T2, QL  
 dexmethylph tab 2.5mg, T2, QL  
 dexmethylph tab 5mg, T2, QL  
 dextroamphet cap 10mg er, T3, QL  
 dextroamphet cap 15mg er, T3, QL

dextroamphet cap 5mg er, T2, QL  
 dextroamphet tab 10mg, T3, QL  
 dextroamphet tab 5mg, T3, QL  
 dextrose inj 10%, T3  
 dextrose inj 5%, T3  
 DIASTAT ACDL GEL 12.5-20, T4, QL  
 DIASTAT ACDL GEL 5-10MG, T4, QL  
 DIASTAT PED GEL 2.5M GEL, T4, QL  
 diazepam con 5mg/ml, T2, PA, QL  
 DIAZEPAM SOL 5MG/5ML, T3, PA,  
 QL  
 diazepam tab 10mg, T1, QL  
 diazepam tab 2mg, T1, QL  
 diazepam tab 5mg, T1, QL  
 diclo/misopr tab 50-0.2mg, T3, QL  
 diclo/misopr tab 75-0.2mg, T3, QL  
 diclofen pot tab 50mg, T2, QL  
 diclofenac gel 1%, T3  
 diclofenac sol 0.1% op, T2  
 diclofenac tab 100mg er, T2, QL  
 diclofenac tab 25mg dr, T2, QL  
 diclofenac tab 50mg dr, T2, QL  
 diclofenac tab 75mg dr, T2, QL  
 dicloxacill cap 250mg, T2  
 dicloxacill cap 500mg, T2  
 dicyclomine cap 10mg, T2  
 dicyclomine tab 20mg, T2  
 didanosine cap 200mg, T2, QL  
 didanosine cap 250mg, T2, QL  
 didanosine cap 400mg, T3, QL  
 DIFICID TAB 200MG, T5  
 diflorasone oin 0.05%, T3, QL  
 digitek tab 0.125mg, T2, QL  
 digitek tab 0.25mg, T2, QL  
 digox tab 0.125mg, T2, QL  
 digox tab 0.25mg, T2, QL  
 DIGOXIN SOL 50MCG/ML, T3, QL  
 digoxin tab 0.125mg, T2, QL  
 digoxin tab 0.25mg, T2, QL  
 DILANTIN CAP 30MG, T2  
 DILT-XR CAP 120MG, T2  
 dilt-xr cap 180mg, T2

## GUÍA DE SIGLAS:

PA: Autorización previa  
 QL: Límites de cantidad  
 ST: Tratamiento escalonado

T 1: Medicamentos genéricos preferidos  
 T 2: Medicamentos genéricos  
 T 3: Medicamentos de marca preferidos

T 4: Medicamentos de marca no preferidos  
 T 5: Medicamentos especializados  
 T 6: Medicamentos de atención selecta

dilt-xr cap 240mg, T2  
diltiazem cap 120mg er, T2  
diltiazem cap 180mg er, T2  
diltiazem cap 240mg er, T2  
diltiazem cap 300mg er, T2  
diltiazem cap 360mg er, T2  
diltiazem cap 420mg/24, T2  
diltiazem cap 60mg er, T2  
diltiazem cap 90mg er, T2  
diltiazem tab 120mg, T2  
diltiazem tab 30mg, T2  
diltiazem tab 60mg, T2  
diltiazem tab 90mg, T2  
DIP/TET PED INJ 25-5LFU, T3  
DIPENTUM CAP 250MG, T5  
diphen/atrop tab 2.5mg, T2  
dipyridamole tab 25mg, T3  
dipyridamole tab 50mg, T2  
dipyridamole tab 75mg, T2  
disulfiram tab 250mg, T3  
disulfiram tab 500mg, T2  
divalproex cap 125mg, T2  
divalproex tab 125mg dr, T2  
divalproex tab 250mg dr, T2  
divalproex tab 250mg er, T2  
divalproex tab 500mg dr, T2  
divalproex tab 500mg er, T2  
DIVIGEL GEL 1MG/GM, T4, PA  
dofetilide cap 125mcg, T3  
dofetilide cap 250mcg, T3  
dofetilide cap 500mcg, T3  
donepezil tab 10mg, T1  
donepezil tab 10mg odt, T2  
donepezil tab 5mg, T1  
donepezil tab 5mg odt, T2  
donepezil tab hcl 23mg, T3  
dorzol/timol sol 22.3-6.8, T2  
dorzolamide sol 2% op, T2  
DOVATO TAB 50-300MG, T5, QL  
doxazosin tab 1mg, T2, QL  
doxazosin tab 2mg, T2, QL

doxazosin tab 4mg, T2, QL  
doxazosin tab 8mg, T2, QL  
doxepin hcl cap 100mg, T2  
doxepin hcl cap 10mg, T2  
DOXEPIN HCL CAP 150MG, T2  
doxepin hcl cap 25mg, T2  
doxepin hcl cap 50mg, T2  
doxepin hcl cap 75mg, T2  
doxepin hcl con 10mg/ml, T2  
doxy 100 inj 100mg, T3  
doxycyc mono cap 100mg, T2  
doxycyc mono cap 150mg, T3  
doxycyc mono cap 50mg, T2  
doxycyc mono cap 75mg, T3  
doxycyc mono tab 100mg, T2  
doxycyc mono tab 150mg, T3  
doxycyc mono tab 50mg, T2  
doxycyc mono tab 75mg, T2  
doxycycl hyc cap 100mg, T2  
doxycycl hyc cap 50mg, T2  
doxycycl hyc tab 100mg, T2  
doxycycline tab 20mg, T2  
dronabinol cap 10mg, T3, PA  
dronabinol cap 2.5mg, T3, PA  
dronabinol cap 5mg, T3, PA  
drospir/ethi tab 3-0.03mg, T2  
drospire/eth tab estr/lev, T2  
drospirenone tab ethy est, T2  
DUAVEE TAB 0.45-20, T4, PA  
DULERA AER 100-5MCG, T4, QL  
DULERA AER 200-5MCG, T4, QL  
duloxetine cap 20mg, T2, QL  
duloxetine cap 30mg, T2, QL  
duloxetine cap 60mg, T2, QL  
DUPIXENT INJ 200/1.14, T5, PA  
DUPIXENT INJ 300/2ML, T5, PA  
duramorph inj 0.5mg/ml, T3, PA  
duramorph inj 1mg/ml, T3, PA  
DUREZOL EMU 0.05%, T3  
dutast/tamsu cap 0.5-0.4, T4, QL  
dutasteride cap 0.5mg, T2, QL

## E

econazole cre 1%, T4  
EDURANT TAB 25MG, T5, QL  
efavirenz cap 200mg, T5, QL  
efavirenz cap 50mg, T2, QL  
efavirenz tab 600mg, T5, QL  
EGRIFTA SOL 1MG, T5, PA  
ELIGARD INJ 22.5MG, T4, PA  
ELIGARD INJ 30MG, T4, PA  
ELIGARD INJ 45MG, T4, PA  
ELIGARD INJ 7.5MG, T4, PA  
ELIQUIS ST P TAB 5MG, T3, QL  
ELIQUIS TAB 2.5MG, T3, QL  
ELIQUIS TAB 5MG, T3, QL  
EMCYT CAP 140MG, T5  
emoquette tab, T2  
EMSAM DIS 12MG/24H, T5  
EMSAM DIS 6MG/24HR, T5  
EMSAM DIS 9MG/24HR, T5  
EMTRIVA CAP 200MG, T4, QL  
EMTRIVA SOL 10MG/ML, T4, QL  
enalapr/hctz tab 10-25mg, T6  
enalapr/hctz tab 5-12.5mg, T6  
enalapril tab 10mg, T6  
enalapril tab 2.5mg, T6  
enalapril tab 20mg, T6  
enalapril tab 5mg, T6  
ENBREL INJ 25/0.5ML, T5, PA  
ENBREL INJ 25MG, T5, PA  
ENBREL INJ 50MG/ML, T5, PA  
ENBREL SRCLK INJ 50MG/ML, T5,  
PA  
endocet tab 10-325mg, T3, QL  
endocet tab 5-325mg, T2, QL  
endocet tab 7.5-325, T2, QL  
ENGERIX-B INJ 10/0.5ML, T3, PA  
ENGERIX-B INJ 20MCG/ML, T3, PA  
enoxaparin inj 100mg/ml, T3, QL  
enoxaparin inj 120/0.8, T3, QL  
enoxaparin inj 150mg/ml, T3, QL  
enoxaparin inj 30/0.3ml, T3, QL

**La cobertura de medicamentos varía según la forma de dosificación. Si bien un medicamento puede aparecer en la lista de medicamentos cubiertos, la forma de dosificación particular podría no satisfacer los requisitos de cobertura. Consulte el formulario completo para obtener información detallada sobre cobertura.** La mayoría de los medicamentos genéricos están escritos en letras minúsculas. La mayoría de los medicamentos de marca están escritos en letras mayúsculas. Los medicamentos del nivel 6 se encuentran disponibles con un copago de \$0 para obtener un suministro para entre 90 y 100 días en todas las farmacias de la red. Los beneficios de farmacia están sujetos a cambio.

enoxaparin inj 40/0.4ml, T3, QL  
 enoxaparin inj 60/0.6ml, T3, QL  
 enoxaparin inj 80/0.8ml, T3, QL  
 enpresse-28 tab, T2  
 enskyce tab, T2  
 entacapone tab 200mg, T4  
 entecavir tab 0.5mg, T4  
 entecavir tab 1mg, T4  
 ENTRESTO TAB 24-26MG, T3, PA,  
 QL  
 ENTRESTO TAB 49-51MG, T3, PA,  
 QL  
 ENTRESTO TAB 97-103MG, T3, PA,  
 QL  
 enulose sol 10gm/15, T2  
 EPCLUSA TAB 400-100, T5, PA  
 EPIDIOLEX SOL 100MG/ML, T5, PA  
 epinastine dro 0.05%, T2  
 EPINEPHRINE INJ 0.15MG, T3  
 epinephrine inj 0.3mg, T3  
 epitol tab 200mg, T2  
 EPIVIR HBV SOL 5MG/ML, T3  
 eplerenone tab 25mg, T3  
 eplerenone tab 50mg, T3  
 EPOGEN INJ 10000/ML, T4, PA  
 EPOGEN INJ 2000/ML, T4, PA  
 EPOGEN INJ 20000/ML, T5, PA  
 EPOGEN INJ 3000/ML, T4, PA  
 EPOGEN INJ 4000/ML, T4, PA  
 ERGOLOID MES TAB 1MG ORAL, T3  
 ergot/caffen tab 1-100mg, T3  
 ERIVEDGE CAP 150MG, T5, PA, QL  
 ERLEADA TAB 60MG, T5, PA, QL  
 erlotinib tab 100mg, T5, PA, QL  
 erlotinib tab 150mg, T5, PA, QL  
 erlotinib tab 25mg, T5, PA, QL  
 errin tab 0.35mg, T2  
 ertapenem inj 1gm, T5  
 ery pad 2%, T2  
 ery/benzoyl gel 5-3%, T3  
 ERYTHROCIN INJ 500MG, T4  
 erythrom eth sus 200/5ml, T3

erythrom eth sus 400/5ml, T4  
 erythromycin oin op, T2  
 erythromycin sol 2%, T2  
 erythromycin tab 250mg bs, T3  
 erythromycin tab 500mg bs, T3  
 ESBRIET CAP 267MG, T5, PA, QL  
 ESBRIET TAB 267MG, T5, PA, QL  
 ESBRIET TAB 801MG, T5, PA, QL  
 escitalopram sol 5mg/5ml, T3, QL  
 escitalopram tab 10mg, T1, QL  
 escitalopram tab 20mg, T1, QL  
 escitalopram tab 5mg, T1, QL  
 esomepra mag cap 20mg dr, T2, QL  
 esomepra mag cap 40mg dr, T2, QL  
 estarylla tab 0.25-35, T2  
 estra/noreth tab 0.5-0.1, T3  
 estra/noreth tab 1-0.5mg, T3  
 estradiol cre 0.01%, T3  
 estradiol dis 0.025mg, T3  
 estradiol dis 0.0375mg, T3  
 estradiol dis 0.05mg, T3  
 estradiol dis 0.06mg, T3  
 estradiol dis 0.075mg, T3  
 estradiol dis 0.1mg, T3  
 estradiol tab 0.5mg, T1  
 estradiol tab 10mcg, T3  
 estradiol tab 1mg, T1  
 estradiol tab 2mg, T1  
 eszopiclone tab 1mg, T2  
 eszopiclone tab 2mg, T2  
 eszopiclone tab 3mg, T2  
 ethambutol tab 100mg, T2  
 ethambutol tab 400mg, T2  
 ethosuximide cap 250mg, T3  
 ethosuximide sol 250/5ml, T2  
 ethy eth est tab 1-35, T2  
 ethynodiol tab 1-50, T2  
 etodolac cap 200mg, T2, QL  
 etodolac cap 300mg, T2, QL  
 etodolac er tab 400mg, T2, QL  
 etodolac er tab 500mg, T2, QL  
 etodolac er tab 600mg, T2, QL  
 etodolac tab 400mg, T2, QL

etodolac tab 500mg, T2, QL  
 EVOTAZ TAB 300-150, T5, QL  
 exemestane tab 25mg, T3  
 ezetim/simva tab 10-10mg, T6, QL  
 ezetim/simva tab 10-20mg, T6, QL  
 ezetim/simva tab 10-40mg, T6, QL  
 ezetim/simva tab 10-80mg, T6, QL  
 ezetimibe tab 10mg, T2, QL

## F

falmina tab, T2  
 famciclovir tab 125mg, T2  
 famciclovir tab 250mg, T2  
 famciclovir tab 500mg, T2  
 famotidine sus 40mg/5ml, T3  
 famotidine tab 20mg, T1  
 famotidine tab 40mg, T1  
 FANAPT PAK, T4, PA, QL  
 FANAPT TAB 10MG, T5, PA, QL  
 FANAPT TAB 12MG, T5, PA, QL  
 FANAPT TAB 1MG, T4, PA, QL  
 FANAPT TAB 2MG, T4, PA, QL  
 FANAPT TAB 4MG, T4, PA, QL  
 FANAPT TAB 6MG, T5, PA, QL  
 FANAPT TAB 8MG, T5, PA, QL  
 FARYDAK CAP 10MG, T5, PA, QL  
 FARYDAK CAP 15MG, T5, PA, QL  
 FARYDAK CAP 20MG, T5, PA, QL  
 felbamate sus 600/5ml, T5  
 felbamate tab 400mg, T3  
 felbamate tab 600mg, T3  
 felodipine tab 10mg er, T2  
 felodipine tab 2.5mg er, T2  
 felodipine tab 5mg er, T2  
 femynor tab 0.25-35, T2  
 fenofibrate cap 134mg, T2, QL  
 fenofibrate cap 200mg, T2, QL  
 fenofibrate cap 67mg, T2, QL  
 fenofibrate tab 145mg, T2, QL  
 fenofibrate tab 160mg, T2, QL  
 fenofibrate tab 48mg, T2, QL  
 fenofibrate tab 54mg, T2, QL

## GUÍA DE SIGLAS:

PA: Autorización previa  
 QL: Límites de cantidad  
 ST: Tratamiento escalonado

T 1: Medicamentos genéricos preferidos  
 T 2: Medicamentos genéricos  
 T 3: Medicamentos de marca preferidos

T 4: Medicamentos de marca no preferidos  
 T 5: Medicamentos especializados  
 T 6: Medicamentos de atención selecta

fenofibric cap 135mg dr, T2, QL  
 fenofibric cap 45mg dr, T2, QL  
 fentanyl dis 100mcg/h, T4, PA, QL  
 fentanyl dis 12mcg/hr, T4, PA, QL  
 fentanyl dis 25mcg/hr, T4, PA, QL  
 fentanyl dis 50mcg/hr, T4, PA, QL  
 fentanyl dis 75mcg/hr, T4, PA, QL  
 fentanyl ot loz 1200mcg, T5, PA, QL  
 fentanyl ot loz 1600mcg, T5, PA, QL  
 fentanyl ot loz 200mcg, T5, PA, QL  
 fentanyl ot loz 400mcg, T5, PA, QL  
 fentanyl ot loz 600mcg, T5, PA, QL  
 fentanyl ot loz 800mcg, T5, PA, QL  
 FETZIMA CAP 120MG, T4, QL  
 FETZIMA CAP 20MG, T4, QL  
 FETZIMA CAP 40MG, T4, QL  
 FETZIMA CAP 80MG, T4, QL  
 FETZIMA CAP TITRATIO, T4, QL  
 finasteride tab 5mg, T1, QL  
 FIRAZYR INJ 30MG/3ML, T5, PA, QL  
 FIRMAGON INJ 120MG, T5  
 FIRMAGON INJ 80MG, T4  
 flac oil 0.01%, T3  
 flecainide tab 100mg, T2  
 flecainide tab 150mg, T2  
 flecainide tab 50mg, T2  
 FLOVENT DISK AER 100MCG, T3, QL  
 FLOVENT DISK AER 250MCG, T3, QL  
 FLOVENT DISK AER 50MCG, T3, QL  
 FLOVENT HFA AER 110MCG, T3, QL  
 FLOVENT HFA AER 220MCG, T3, QL  
 FLOVENT HFA AER 44MCG, T3, QL  
 fluconazole sus 10mg/ml, T3  
 fluconazole sus 40mg/ml, T3  
 fluconazole tab 100mg, T2  
 fluconazole tab 150mg, T2  
 fluconazole tab 200mg, T2  
 fluconazole tab 50mg, T2  
 fluconazole/ inj nacl 200, T3  
 fluconazole/ inj nacl 400, T3

flucytosine cap 250mg, T5  
 flucytosine cap 500mg, T5  
 fludrocort tab 0.1mg, T2  
 fluocin acet cre 0.01%, T3, QL  
 fluocin acet oil 0.01%, T3  
 fluocinonide cre e 0.05%, T3, QL  
 fluocinonide gel 0.05%, T3, QL  
 fluocinonide oin 0.05%, T3, QL  
 fluocinonide sol 0.05%, T3, QL  
 fluoromethol sus 0.1% op, T2  
 FLUOROURACIL CRE 0.5%, T5  
 fluorouracil cre 5%, T4  
 FLUOROURACIL SOL 2%, T3  
 FLUOROURACIL SOL 5%, T3  
 fluoxetine cap 10mg, T1, QL  
 fluoxetine cap 20mg, T1, QL  
 fluoxetine cap 40mg, T1, QL  
 FLUOXETINE CAP 90MG DR, T3, QL  
 fluoxetine sol 20mg/5ml, T2, QL  
 fluoxetine tab 10mg, T2, QL  
 fluoxetine tab 20mg, T2, QL  
 fluphenaz de inj 25mg/ml, T3  
 FLUPHENAZINE CON 5MG/ML, T3, PA  
 FLUPHENAZINE ELX 2.5/5ML, T3, PA  
 FLUPHENAZINE INJ 2.5MG/ML, T3, PA  
 FLUPHENAZINE TAB 10MG, T3, PA  
 FLUPHENAZINE TAB 1MG, T3, PA  
 FLUPHENAZINE TAB 2.5MG, T2, PA  
 FLUPHENAZINE TAB 5MG, T3, PA  
 FLURBIPROFEN SOL 0.03% OP, T3  
 flurbiprofen tab 100mg, T2, QL  
 flurbiprofen tab 50mg, T2, QL  
 flutamide cap 125mg, T3  
 FLUTIC/SALME INH 113/14, T3, QL  
 FLUTIC/SALME INH 232/14, T3, QL  
 FLUTIC/SALME INH 55/14, T3, QL  
 fluticasone cre 0.05%, T2, QL  
 fluticasone oin 0.005%, T2, QL  
 fluticasone spr 50mcg, T2, QL

fluvoxamine tab 100mg, T2, QL  
 fluvoxamine tab 25mg, T2, QL  
 fluvoxamine tab 50mg, T2, QL  
 fondaparinux inj 10/0.8ml, T5, QL  
 fondaparinux inj 2.5/0.5, T3, QL  
 fondaparinux inj 5/0.4ml, T5, QL  
 fondaparinux inj 7.5/0.6, T5, QL  
 FORTEO SOL 600/2.4, T5, PA  
 fosamprenavi tab 700mg, T5, QL  
 fosinop/hctz tab 10/12.5, T6  
 fosinop/hctz tab 20/12.5, T6  
 fosinopril tab 10mg, T6  
 fosinopril tab 20mg, T6  
 fosinopril tab 40mg, T6  
 FOSRENOL POW 1000MG, T5, QL  
 FOSRENOL POW 750MG, T5, QL  
 FULPHILA INJ 6/0.6ML, T5, PA  
 furosemide inj 100/10ml, T2  
 furosemide inj 10mg/ml, T2  
 furosemide sol 10mg/ml, T2  
 furosemide tab 20mg, T1  
 furosemide tab 40mg, T1  
 furosemide tab 80mg, T1  
 FUZEON INJ 90MG, T5, QL  
 FYCOMPA SUS 0.5MG/ML, T5  
 FYCOMPA TAB 10MG, T5  
 FYCOMPA TAB 12MG, T5  
 FYCOMPA TAB 2MG, T4  
 FYCOMPA TAB 4MG, T5  
 FYCOMPA TAB 6MG, T5  
 FYCOMPA TAB 8MG, T5

## G

gabapentin cap 100mg, T1, QL  
 gabapentin cap 300mg, T1, QL  
 gabapentin cap 400mg, T1, QL  
 gabapentin sol 250/5ml, T2, QL  
 gabapentin tab 600mg, T2, QL  
 gabapentin tab 800mg, T2, QL  
 galantamine cap 16mg er, T3  
 galantamine cap 24mg er, T3  
 galantamine cap 8mg er, T3

**La cobertura de medicamentos varía según la forma de dosificación. Si bien un medicamento puede aparecer en la lista de medicamentos cubiertos, la forma de dosificación particular podría no satisfacer los requisitos de cobertura. Consulte el formulario completo para obtener información detallada sobre cobertura.** La mayoría de los medicamentos genéricos están escritos en letras minúsculas. La mayoría de los medicamentos de marca están escritos en letras mayúsculas. Los medicamentos del nivel 6 se encuentran disponibles con un copago de \$0 para obtener un suministro para entre 90 y 100 días en todas las farmacias de la red. Los beneficios de farmacia están sujetos a cambio.

GALANTAMINE SOL 4MG/ML, T3  
 galantamine tab 12mg, T2  
 galantamine tab 4mg, T2  
 galantamine tab 8mg, T2  
 GAMMAGARD INJ 2.5GM/25, T5, PA  
 GAMMAGARD SD INJ 10GM HU, T5, PA  
 GAMMAGARD SD INJ 5GM HU, T5, PA  
 GAMMAPLEX INJ 10%, T5, PA  
 GAMMAPLEX INJ 5%, T5, PA  
 GAMUNEX-C INJ 1GM/10ML, T5, PA  
 GARDASIL 9 INJ, T3  
 GATTEX KIT 5MG, T5, PA  
 gavilyte-c sol, T2  
 gavilyte-g sol, T2  
 gavilyte-n sol flav pk, T2  
 gemfibrozil tab 600mg, T1, QL  
 generlac sol 10gm/15, T2  
 gengraf cap 100mg, T3, PA  
 gengraf cap 25mg, T3, PA  
 gengraf sol 100mg/ml, T3, PA  
 GENTAK OIN 0.3% OP, T2  
 GENTAM/NACL INJ 100MG, T3  
 gentam/nacl inj 60mg, T3  
 GENTAM/NACL INJ 80MG, T3  
 gentamicin cre 0.1%, T2  
 gentamicin inj 40mg/ml, T3  
 gentamicin oin 0.1%, T3  
 gentamicin sol 0.3% op, T2  
 GENVOYA TAB, T5, QL  
 GEODON INJ 20MG, T4, PA, QL  
 gianvi tab 3-0.02mg, T2  
 GILOTRIF TAB 20MG, T5, PA, QL  
 GILOTRIF TAB 30MG, T5, PA, QL  
 GILOTRIF TAB 40MG, T5, PA, QL  
 glatiramer inj 20mg/ml, T5, PA, QL  
 glatiramer inj 40mg/ml, T5, PA, QL  
 glatopa inj 20mg/ml, T5, PA, QL  
 glatopa inj 40mg/ml, T5, PA, QL

GLEOSTINE CAP 100MG, T5  
 GLEOSTINE CAP 10MG, T4  
 GLEOSTINE CAP 40MG, T4  
 glimepiride tab 1mg, T6, QL  
 glimepiride tab 2mg, T6, QL  
 glimepiride tab 4mg, T6, QL  
 glip/metform tab 2.5-250m, T6, QL  
 glip/metform tab 2.5-500m, T6, QL  
 glip/metform tab 5-500mg, T6, QL  
 glipizide er tab 10mg, T6, QL  
 glipizide er tab 2.5mg, T6, QL  
 glipizide er tab 5mg, T6, QL  
 glipizide tab 10mg, T6, QL  
 glipizide tab 5mg, T6, QL  
 GLUCAGEN INJ HYPOKIT, T3  
 GLUCAGON KIT 1MG, T4  
 glyb/metform tab 1.25-250, T6, QL  
 glyb/metform tab 2.5-500, T6, QL  
 glyb/metform tab 5-500mg, T6, QL  
 glyburide tab 1.25mg, T6, QL  
 glyburide tab 2.5mg, T6, QL  
 glyburide tab 5mg, T6, QL  
 glycopyrrol tab 1mg, T2  
 glycopyrrol tab 2mg, T2  
 GLYXAMBI TAB 10-5 MG, T4, QL  
 GLYXAMBI TAB 25-5 MG, T4, QL  
 granisetron tab 1mg, T2, PA  
 GRANIX INJ 300/0.5, T5, PA  
 GRANIX INJ 300/1ML, T5, PA  
 GRANIX INJ 480/0.8, T5, PA  
 GRANIX INJ 480/1.6, T5, PA  
 griseofulvin sus 125/5ml, T3  
 griseofulvin tab ultr 125, T3  
 griseofulvin tab ultr 250, T3  
 GUANIDINE TAB 125MG, T3

## H

HAEGARDA INJ 2000UNIT, T5, PA, QL  
 HAEGARDA INJ 3000UNIT, T5, PA, QL  
 hailey 24 tab fe, T2

halobetasol cre 0.05%, T4, QL  
 halobetasol oin 0.05%, T3, QL  
 haloper dec inj 100mg/ml, T2  
 haloper dec inj 50mg/ml, T2  
 haloper lac inj 5mg/ml, T3  
 haloperidol con 2mg/ml, T2  
 haloperidol tab 0.5mg, T2  
 haloperidol tab 10mg, T2  
 haloperidol tab 1mg, T2  
 haloperidol tab 20mg, T2  
 haloperidol tab 2mg, T2  
 haloperidol tab 5mg, T2  
 HARVONI TAB 90-400MG, T5, PA  
 HAVRIX INJ 1440UNIT, T3  
 HAVRIX INJ 720UNIT, T3  
 hc butyrate cre 0.1%, T2, QL  
 hc butyrate oin 0.1%, T3, QL  
 hc butyrate sol 0.1%, T3, QL  
 hc valerate cre 0.2%, T3, QL  
 hc valerate oin 0.2%, T3, QL  
 hc/acet acid sol otic, T3  
 heparin sod inj 1000/ml, T3  
 heparin sod inj 10000/ml, T3  
 heparin sod inj 20000/ml, T3  
 heparin sod inj 5000/ml, T3  
 HEPATAMINE SOL 8%, T3, PA  
 HETLIOZ CAP 20MG, T5, PA, QL  
 HIBERIX SOL 10MCG, T3  
 HUMALOG INJ 100/ML, T3, QL  
 HUMALOG JR INJ 100/ML, T3, QL  
 HUMALOG KWIK INJ 100/ML, T3, QL  
 HUMALOG KWIK INJ 200/ML, T3, QL  
 HUMALOG MIX INJ 50/50, T3, QL  
 HUMALOG MIX INJ 50/50KWP, T3, QL  
 HUMALOG MIX INJ 75/25KWP, T3, QL  
 HUMALOG MIX SUS 75/25, T3, QL  
 HUMIRA INJ 10/0.1ML, T5, PA  
 HUMIRA INJ 10MG/0.2, T5, PA

## GUÍA DE SIGLAS:

PA: Autorización previa  
 QL: Límites de cantidad  
 ST: Tratamiento escalonado

T 1: Medicamentos genéricos preferidos  
 T 2: Medicamentos genéricos  
 T 3: Medicamentos de marca preferidos

T 4: Medicamentos de marca no preferidos  
 T 5: Medicamentos especializados  
 T 6: Medicamentos de atención selecta

HUMIRA INJ 20/0.2ML, T5, PA  
HUMIRA INJ 40/0.4ML, T5, PA  
HUMIRA KIT 20MG/0.4, T5, PA  
HUMIRA KIT 40MG/0.8, T5, PA  
HUMIRA PEDIA INJ CROHNS, T5, PA  
HUMIRA PEN INJ 40/0.4ML, T5, PA  
HUMIRA PEN INJ 40MG/0.8, T5, PA  
HUMIRA PEN INJ CD/UC/HS, T5, PA  
HUMIRA PEN INJ PS/UV, T5, PA  
HUMIRA PEN KIT CD/UC/HS, T5, PA  
HUMIRA PEN KIT PS/UV, T5, PA  
HUMULIN INJ 70/30, T1, QL  
HUMULIN INJ 70/30KWP, T3, QL  
HUMULIN N INJ U-100, T1, QL  
HUMULIN N INJ U-100KWP, T3, QL  
HUMULIN R INJ U-100, T1, QL  
HUMULIN R INJ U-500  
(CONCENTRATE), T3, PA  
HUMULIN R INJ U-500 KWIKPEN,  
T3, QL  
hydralazine tab 100mg, T1  
hydralazine tab 10mg, T1  
hydralazine tab 25mg, T1  
hydralazine tab 50mg, T1  
hydrochlorot cap 12.5mg, T1  
hydrochlorot tab 12.5mg, T1  
hydrochlorot tab 25mg, T1  
hydrochlorot tab 50mg, T1  
hydroco/apap sol 7.5-325, T3, QL  
hydroco/apap tab 10-300mg, T3,  
QL  
hydroco/apap tab 10-325mg, T2,  
QL  
hydroco/apap tab 5-300mg, T3, QL  
hydroco/apap tab 5-325mg, T2, QL  
hydroco/apap tab 7.5-300, T3, QL  
hydroco/apap tab 7.5-325, T2, QL  
hydrocod/ibu tab 10-200mg, T2,  
QL  
hydrocod/ibu tab 5-200mg, T2, QL  
hydrocod/ibu tab 7.5-200, T2, QL  
hydrocort cre 1%, T2, QL  
hydrocort cre 2.5%, T2, QL

hydrocort ene 100mg, T3  
hydrocort lot 2.5%, T2, QL  
hydrocort oin 1%, T1, QL  
hydrocort oin 2.5%, T1, QL  
hydrocort tab 10mg, T2  
hydrocort tab 20mg, T2  
hydrocort tab 5mg, T2  
hydromorphon inj 10mg/ml, T3, PA  
hydromorphon inj 2mg/ml, T3, PA  
hydromorphon inj 50mg/5ml, T3,  
PA  
hydromorphon liq 1mg/ml, T3, QL  
hydromorphon tab 2mg, T3, QL  
hydromorphon tab 4mg, T3, QL  
hydromorphon tab 8mg, T3, QL  
hydroxychlor tab 200mg, T2  
hydroxyurea cap 500mg, T2  
hydroxyz hcl syp 10mg/5ml, T2  
hydroxyz hcl tab 10mg, T2  
hydroxyz hcl tab 25mg, T2  
hydroxyz hcl tab 50mg, T2  
hydroxyz pam cap 25mg, T2  
hydroxyz pam cap 50mg, T2

## I

ibandronate tab 150mg, T2, QL  
IBRANCE CAP 100MG, T5, PA, QL  
IBRANCE CAP 125MG, T5, PA, QL  
IBRANCE CAP 75MG, T5, PA, QL  
ibu tab 600mg, T1, QL  
ibu tab 800mg, T1, QL  
ibuprofen sus 100/5ml, T2  
ibuprofen tab 400mg, T1, QL  
ibuprofen tab 600mg, T1, QL  
ibuprofen tab 800mg, T1, QL  
ICLUSIG TAB 15MG, T5, PA, QL  
ICLUSIG TAB 45MG, T5, PA, QL  
IDHIFA TAB 100MG, T5, PA, QL  
IDHIFA TAB 50MG, T5, PA, QL  
ILEVRO DRO 0.3% OP, T3  
imatinib mes tab 100mg, T5, PA,  
QL

imatinib mes tab 400mg, T5, PA,  
QL  
IMBRUVICA CAP 140MG, T5, PA,  
QL  
IMBRUVICA CAP 70MG, T5, PA, QL  
IMBRUVICA TAB 140MG, T5, PA, QL  
IMBRUVICA TAB 280MG, T5, PA, QL  
IMBRUVICA TAB 420MG, T5, PA, QL  
IMBRUVICA TAB 560MG, T5, PA, QL  
imipenem/cil inj 250mg, T3  
imipenem/cil inj 500mg, T3  
imipram hcl tab 10mg, T2  
imipram hcl tab 25mg, T2  
imipram hcl tab 50mg, T2  
imiquimod cre 5%, T4  
IMOVAX RABIE INJ 2.5/ML, T3, PA  
incassia tab 0.35mg, T2  
INCRELEX INJ 40MG/4ML, T5  
INCRUSE ELPT INH 62.5MCG, T3,  
QL  
indapamide tab 1.25mg, T2  
indapamide tab 2.5mg, T2  
indomethacin cap 25mg, T2, QL  
indomethacin cap 50mg, T2, QL  
indomethacin cap 75mg er, T3, QL  
INFANRIX INJ, T3  
INLYTA TAB 1MG, T5, PA, QL  
INLYTA TAB 5MG, T5, PA, QL  
INSULIN SYRG MIS 0.3/31G, T2  
INSULIN SYRG MIS 0.5/30G, T2  
INSULIN SYRG MIS 1ML/29G, T2  
INSULIN SYRG MIS 1ML/31G, T2  
INTELENCE TAB 100MG, T5, QL  
INTELENCE TAB 200MG, T5, QL  
INTELENCE TAB 25MG, T4, QL  
INTRALIPID INJ 20%, T4, PA  
INTRON A INJ 10MU, T5  
INTRON A INJ 18MU, T5  
INTRON A INJ 25MU, T5  
INTRON A INJ 50MU, T5  
introvale tab, T2

**La cobertura de medicamentos varía según la forma de dosificación. Si bien un medicamento puede aparecer en la lista de medicamentos cubiertos, la forma de dosificación particular podría no satisfacer los requisitos de cobertura. Consulte el formulario completo para obtener información detallada sobre cobertura.** La mayoría de los medicamentos genéricos están escritos en letras minúsculas. La mayoría de los medicamentos de marca están escritos en letras mayúsculas. Los medicamentos del nivel 6 se encuentran disponibles con un copago de \$0 para obtener un suministro para entre 90 y 100 días en todas las farmacias de la red. Los beneficios de farmacia están sujetos a cambio.

INVEGA SUST INJ 117/0.75, T5, PA, QL  
 INVEGA SUST INJ 156MG/ML, T5, PA, QL  
 INVEGA SUST INJ 234/1.5, T5, PA, QL  
 INVEGA SUST INJ 39/0.25, T4, PA, QL  
 INVEGA SUST INJ 78/0.5ML, T5, PA, QL  
 INVEGA TRINZ INJ 273MG, T5, PA, QL  
 INVEGA TRINZ INJ 410MG, T5, PA, QL  
 INVEGA TRINZ INJ 546MG, T5, PA, QL  
 INVEGA TRINZ INJ 819MG, T5, PA, QL  
 INVIRASE TAB 500MG, T5, QL  
 INVOKAMET TAB 150-1000, T3, QL  
 INVOKAMET TAB 150-500, T3, QL  
 INVOKAMET TAB 50-1000, T3, QL  
 INVOKAMET TAB 50-500MG, T3, QL  
 INVOKAMET XR TAB 150-1000, T3, QL  
 INVOKAMET XR TAB 150-500, T3, QL  
 INVOKAMET XR TAB 50-1000, T3, QL  
 INVOKAMET XR TAB 50-500MG, T3, QL  
 INVOKANA TAB 100MG, T3, QL  
 INVOKANA TAB 300MG, T3, QL  
 IPOL INJ INACTIVE, T3  
 ipratropium sol 0.02%inh, T2, PA  
 ipratropium spr 0.03%, T2, QL  
 ipratropium spr 0.06%, T2, QL  
 irbesar/hctz tab 150-12.5, T6, QL  
 irbesar/hctz tab 300-12.5, T6, QL  
 irbesartan tab 150mg, T6, QL  
 irbesartan tab 300mg, T6, QL

irbesartan tab 75mg, T6, QL  
 IRESSA TAB 250MG, T5, PA, QL  
 ISENTRESS CHW 100MG, T3, QL  
 ISENTRESS CHW 25MG, T3, QL  
 ISENTRESS HD TAB 600MG, T5, QL  
 ISENTRESS POW 100MG, T4, QL  
 ISENTRESS TAB 400MG, T5, QL  
 isibloom tab, T2  
 isoniazid tab 100mg, T1  
 isoniazid tab 300mg, T1  
 isosorb din tab 10mg, T2  
 isosorb din tab 20mg, T2  
 ISOSORB DIN TAB 30MG, T2  
 isosorb din tab 5mg, T2  
 isosorb mono tab 10mg, T2  
 isosorb mono tab 120mg er, T1  
 isosorb mono tab 20mg, T2  
 isosorb mono tab 30mg er, T1  
 isosorb mono tab 60mg er, T1  
 isotretinoin cap 10mg, T3  
 isotretinoin cap 20mg, T3  
 isotretinoin cap 30mg, T3  
 isotretinoin cap 40mg, T3  
 isradipine cap 2.5mg, T2  
 isradipine cap 5mg, T2  
 itraconazole cap 100mg, T4  
 ivermectin tab 3mg, T2  
 IXIARO INJ, T3

## J

JADENU SPRKL GRA 180MG, T5, PA  
 JADENU SPRKL GRA 360MG, T5, PA  
 JADENU SPRKL GRA 90MG, T5, PA  
 JADENU TAB 180MG, T5, PA  
 JADENU TAB 360MG, T5, PA  
 JADENU TAB 90MG, T5, PA  
 JAKAFI TAB 10MG, T5, PA, QL  
 JAKAFI TAB 15MG, T5, PA, QL  
 JAKAFI TAB 20MG, T5, PA, QL  
 JAKAFI TAB 25MG, T5, PA, QL  
 JAKAFI TAB 5MG, T5, PA, QL  
 jantoven tab 10mg, T1

jantoven tab 1mg, T1  
 jantoven tab 2.5mg, T1  
 jantoven tab 2mg, T1  
 jantoven tab 3mg, T1  
 jantoven tab 4mg, T1  
 jantoven tab 5mg, T1  
 jantoven tab 6mg, T1  
 jantoven tab 7.5mg, T1  
 JANUMET TAB 50-1000, T3, QL  
 JANUMET TAB 50-500MG, T3, QL  
 JANUMET XR TAB 100-1000, T3, QL  
 JANUMET XR TAB 50-1000, T3, QL  
 JANUMET XR TAB 50-500MG, T3, QL  
 JANUVIA TAB 100MG, T3, QL  
 JANUVIA TAB 25MG, T3, QL  
 JANUVIA TAB 50MG, T3, QL  
 JARDIANCE TAB 10MG, T3, QL  
 JARDIANCE TAB 25MG, T3, QL  
 jasmiel tab 3-0.02mg, T2  
 JENTADUETO TAB 2.5-1000, T4, QL  
 JENTADUETO TAB 2.5-500, T4, QL  
 JENTADUETO TAB 2.5-850, T4, QL  
 JENTADUETO TAB XR, T4, QL  
 jolivette tab 0.35mg, T2  
 juleber tab, T2  
 JULUCA TAB 50-25MG, T5, QL  
 junel 1.5/30 tab, T2  
 junel 1/20 tab, T2  
 junel fe 24 tab 1/20, T2  
 junel fe tab 1.5/30, T2  
 junel fe tab 1/20, T2

## K

kaitlib fe chw, T2  
 KALETRA TAB 100-25MG, T4, QL  
 KALETRA TAB 200-50MG, T5, QL  
 KALYDECO PAK 25MG, T5, PA, QL  
 KALYDECO PAK 50MG, T5, PA, QL  
 KALYDECO PAK 75MG, T5, PA, QL  
 KALYDECO TAB 150MG, T5, PA, QL  
 kariva tab 28 day, T2

### GUÍA DE SIGLAS:

PA: Autorización previa  
 QL: Límites de cantidad  
 ST: Tratamiento escalonado

T 1: Medicamentos genéricos preferidos  
 T 2: Medicamentos genéricos  
 T 3: Medicamentos de marca preferidos

T 4: Medicamentos de marca no preferidos  
 T 5: Medicamentos especializados  
 T 6: Medicamentos de atención selecta

KCL/D5W/LACT INJ 20MEQ/L, T3  
 kcl/d5w/nacl inj .075/.45, T3  
 kcl/d5w/nacl inj .15-.45%, T3  
 KCL/D5W/NACL INJ .15/.33%, T2  
 kcl/d5w/nacl inj .224/.45, T2  
 kcl/d5w/nacl inj 0.15/0.2, T2  
 kcl/d5w/nacl inj 0.3/0.45, T3  
 kelnor 1/50 tab, T2  
 kelnor tab 1/35, T2  
 ketoconazole cre 2%, T3  
 ketoconazole sha 2%, T2  
 ketoconazole tab 200mg, T2  
 ketorolac sol 0.4%, T2  
 ketorolac sol 0.5%, T2  
 KINERET INJ, T5, PA  
 KINRIX INJ, T3  
 kionex sus 15gm/60, T2  
 KISQALI 200 PAK FEMARA, T5, PA,  
 QL  
 KISQALI 400 PAK FEMARA, T5, PA,  
 QL  
 KISQALI 600 PAK FEMARA, T5, PA,  
 QL  
 KISQALI TAB 200DOSE, T5, PA, QL  
 KISQALI TAB 400DOSE, T5, PA, QL  
 KISQALI TAB 600DOSE, T5, PA, QL  
 klor-con 10 tab 10meq er, T2  
 klor-con 8 tab 8meq er, T2  
 klor-con m10 tab 10meq er, T2  
 klor-con m20 tab 20meq er, T2  
 klor-con spr cap 8meq, T2  
 KOMBIGLYZ XR TAB 2.5-1000, T3,  
 QL  
 KOMBIGLYZ XR TAB 5-1000MG, T3,  
 QL  
 KOMBIGLYZ XR TAB 5-500MG, T3,  
 QL  
 KORLYM TAB 300MG, T5, PA, QL  
 kurvelo tab 0.15/30, T2  
 KUVAN POW 100MG, T5, PA  
 KUVAN POW 500MG, T5, PA  
 KUVAN TAB 100MG, T5, PA

## L

labetalol tab 100mg, T2  
 labetalol tab 200mg, T2  
 labetalol tab 300mg, T2  
 LACRISERT MIS 5MG OP, T4  
 lactulose sol 10gm/15, T2  
 lamivud/zido tab 150-300, T3, QL  
 lamivudine sol 10mg/ml, T3, QL  
 lamivudine tab 100mg, T3  
 lamivudine tab 150mg, T3, QL  
 lamivudine tab 300mg, T3, QL  
 lamotrigine chw 25mg, T1  
 lamotrigine chw 5mg, T1  
 lamotrigine tab 100mg, T1  
 lamotrigine tab 150mg, T1  
 lamotrigine tab 200mg, T1  
 lamotrigine tab 25mg, T1  
 lansoprazole cap 15mg dr, T2, QL  
 lansoprazole cap 30mg dr, T2, QL  
 lanthanum chw 1000mg, T5, QL  
 lanthanum chw 500mg, T5, QL  
 lanthanum chw 750mg, T5, QL  
 LANTUS INJ 100/ML, T3, QL  
 LANTUS SOLOS INJ 100/ML, T3, QL  
 larin fe tab 1.5/30, T2  
 larin fe tab 1/20, T2  
 larin tab 1.5/30, T2  
 larin tab 1/20, T2  
 larissia tab, T2  
 latanoprost sol 0.005%, T1  
 LATUDA TAB 120MG, T5, PA, QL  
 LATUDA TAB 20MG, T5, PA, QL  
 LATUDA TAB 40MG, T5, PA, QL  
 LATUDA TAB 60MG, T5, PA, QL  
 LATUDA TAB 80MG, T5, PA, QL  
 layolis fe chw, T2  
 LAZANDA SPR 100MCG, T5, PA, QL  
 LAZANDA SPR 300MCG, T5, PA, QL  
 LAZANDA SPR 400MCG, T5, PA, QL  
 leena tab, T2  
 leflunomide tab 10mg, T2

leflunomide tab 20mg, T2  
 LENVIMA CAP 10 MG, T5, PA, QL  
 LENVIMA CAP 12MG, T5, PA, QL  
 LENVIMA CAP 14 MG, T5, PA, QL  
 LENVIMA CAP 18 MG, T5, PA, QL  
 LENVIMA CAP 20 MG, T5, PA, QL  
 LENVIMA CAP 24 MG, T5, PA, QL  
 LENVIMA CAP 4MG, T5, PA, QL  
 LENVIMA CAP 8 MG, T5, PA, QL  
 lessina tab, T2  
 letrozole tab 2.5mg, T2  
 LEUCOVOR CA TAB 10MG, T3  
 LEUCOVOR CA TAB 15MG, T3  
 leucovor ca tab 25mg, T3  
 leucovor ca tab 5mg, T3  
 LEUKERAN TAB 2MG, T5  
 LEUKINE INJ 250MCG, T5, PA  
 leuprolide inj 1mg/0.2, T5, PA  
 LEVEMIR INJ, T3, QL  
 LEVEMIR INJ FLEXTOUNC, T3, QL  
 levetiraceta sol 100mg/ml, T2  
 levetiraceta tab 1000mg, T2  
 levetiraceta tab 250mg, T2  
 levetiraceta tab 500mg, T2  
 levetiraceta tab 750mg, T2  
 levo-eth est tab 90-20mcg, T2  
 levo-t tab 100mcg, T1  
 levo-t tab 112mcg, T1  
 levo-t tab 125mcg, T1  
 levo-t tab 137mcg, T1  
 levo-t tab 150mcg, T1  
 levo-t tab 175mcg, T1  
 levo-t tab 200 mcg, T1  
 levo-t tab 25mcg, T1  
 levo-t tab 300 mcg, T1  
 levo-t tab 50mcg, T1  
 levo-t tab 75mcg, T1  
 levo-t tab 88mcg, T1  
 levobunolol sol 0.5% op, T1  
 levocarnitin sol 1gm/10ml, T2  
 levocarnitin tab 330mg, T3  
 levocetirizi tab 5mg, T1

**La cobertura de medicamentos varía según la forma de dosificación. Si bien un medicamento puede aparecer en la lista de medicamentos cubiertos, la forma de dosificación particular podría no satisfacer los requisitos de cobertura. Consulte el formulario completo para obtener información detallada sobre cobertura.** La mayoría de los medicamentos genéricos están escritos en letras minúsculas. La mayoría de los medicamentos de marca están escritos en letras mayúsculas. Los medicamentos del nivel 6 se encuentran disponibles con un copago de \$0 para obtener un suministro para entre 90 y 100 días en todas las farmacias de la red. Los beneficios de farmacia están sujetos a cambio.

levoflox/d5w inj 500/100m, T3  
 levoflox/d5w inj 750/150, T3  
 levofloxacin inj 25mg/ml, T3  
 levofloxacin sol 25mg/ml, T3  
 levofloxacin tab 250mg, T1  
 levofloxacin tab 500mg, T1  
 levofloxacin tab 750mg, T1  
 levonest tab, T2  
 levonor/ethi tab, T2  
 levonor/ethi tab 0.1-0.02, T2  
 levonor/ethi tab estradio, T2  
 levora-28 tab 0.15/30, T2  
 levothyroxin tab 100mcg, T1  
 levothyroxin tab 112mcg, T1  
 levothyroxin tab 125mcg, T1  
 levothyroxin tab 137mcg, T1  
 levothyroxin tab 150mcg, T1  
 levothyroxin tab 175mcg, T1  
 levothyroxin tab 200mcg, T1  
 levothyroxin tab 25mcg, T1  
 levothyroxin tab 300mcg, T1  
 levothyroxin tab 50mcg, T1  
 levothyroxin tab 75mcg, T1  
 levothyroxin tab 88mcg, T1  
 levoxyl tab 100mcg, T1  
 levoxyl tab 112mcg, T1  
 levoxyl tab 125mcg, T1  
 levoxyl tab 137mcg, T1  
 levoxyl tab 150mcg, T1  
 levoxyl tab 175mcg, T1  
 levoxyl tab 200mcg, T1  
 levoxyl tab 25mcg, T1  
 levoxyl tab 50mcg, T1  
 levoxyl tab 75mcg, T1  
 levoxyl tab 88mcg, T1  
 LEXIVA SUS 50MG/ML, T4, QL  
 lido/prilocn cre 2.5-2.5%, T4, PA, QL  
 lidocaine gel 2% jelly, T4, PA, QL  
 lidocaine oin 5%, T4, PA, QL  
 lidocaine pad 5%, T4, PA, QL  
 lidocaine sol 2% visc, T2

lidocaine sol 4%, T3, PA, QL  
 LINDANE SHA 1%, T3  
 linezolid inj 2mg/ml, T5  
 linezolid sus 100/5ml, T5, PA  
 linezolid tab 600mg, T4  
 LINZESS CAP 145MCG, T3, PA  
 LINZESS CAP 290MCG, T3, PA  
 LINZESS CAP 72MCG, T3, PA  
 liothyronine tab 25mcg, T2  
 liothyronine tab 50mcg, T2  
 liothyronine tab 5mcg, T2  
 lisinop/hctz tab 10-12.5, T6  
 lisinop/hctz tab 20-12.5, T6  
 lisinop/hctz tab 20-25mg, T6  
 lisinopril tab 10mg, T6  
 lisinopril tab 2.5mg, T6  
 lisinopril tab 20mg, T6  
 lisinopril tab 30mg, T6  
 lisinopril tab 40mg, T6  
 lisinopril tab 5mg, T6  
 lithium carb cap 150mg, T1  
 lithium carb cap 300mg, T1  
 lithium carb cap 600mg, T1  
 lithium carb tab 300mg, T1  
 lithium carb tab 300mg er, T2  
 lithium carb tab 450mg er, T2  
 LITHIUM SOL 8MEQ/5ML, T3  
 LONSURF TAB 15-6.14, T5, PA, QL  
 LONSURF TAB 20-8.19, T5, PA, QL  
 loperamide cap 2mg, T2  
 lopin/riton sol 80-20/ml, T5, QL  
 loppreeza tab 1-0.5mg, T3  
 lorazepam tab 0.5mg, T1, QL  
 lorazepam tab 1mg, T1, QL  
 lorazepam tab 2mg, T1, QL  
 LORBRENA TAB 100MG, T5, PA, QL  
 LORBRENA TAB 25MG, T5, PA, QL  
 lorcet hd tab 10-325mg, T2, QL  
 lorcet plus tab 7.5-325, T2, QL  
 lorcet tab 5-325mg, T2, QL  
 loryna tab 3-0.02mg, T2  
 losartan pot tab 100mg, T6, QL

losartan pot tab 25mg, T6, QL  
 losartan pot tab 50mg, T6, QL  
 losartan/hct tab 100-12.5, T6, QL  
 losartan/hct tab 100-25, T6, QL  
 losartan/hct tab 50-12.5, T6, QL  
 lovastatin tab 10mg, T6, QL  
 lovastatin tab 20mg, T6, QL  
 lovastatin tab 40mg, T6, QL  
 low-ogestrel tab, T2  
 loxapine cap 10mg, T2  
 loxapine cap 25mg, T2  
 loxapine cap 50mg, T2  
 loxapine cap 5mg, T2  
 LUMIGAN SOL 0.01%, T3  
 LUPRON DEPOT INJ 11.25MG, T5, PA  
 LUPRON DEPOT INJ 22.5MG, T5, PA  
 LUPRON DEPOT INJ 3.75MG, T5, PA  
 LUPRON DEPOT INJ 30MG, T5, PA  
 LUPRON DEPOT INJ 45MG, T5, PA  
 LUPRON DEPOT INJ 7.5MG, T5, PA  
 lutera tab, T2  
 LYNPARZA TAB 100MG, T5, PA, QL  
 LYNPARZA TAB 150MG, T5, PA, QL  
 LYRICA CAP 100MG, T3, QL  
 LYRICA CAP 150MG, T3, QL  
 LYRICA CAP 200MG, T3, QL  
 LYRICA CAP 225MG, T3, QL  
 LYRICA CAP 25MG, T3, QL  
 LYRICA CAP 300MG, T3, QL  
 LYRICA CAP 50MG, T3, QL  
 LYRICA CAP 75MG, T3, QL  
 LYRICA SOL 20MG/ML, T3, QL  
 LYSODREN TAB 500MG, T5  
 lyza tab 0.35mg, T2

## M

M-M-R II INJ, T3  
 magnesium su inj 50%, T2  
 malathion lot 0.5%, T3  
 MAPROTILINE TAB 25MG, T3, QL  
 MAPROTILINE TAB 50MG, T3, QL

### GUÍA DE SIGLAS:

PA: Autorización previa  
 QL: Límites de cantidad  
 ST: Tratamiento escalonado

T 1: Medicamentos genéricos preferidos  
 T 2: Medicamentos genéricos  
 T 3: Medicamentos de marca preferidos

T 4: Medicamentos de marca no preferidos  
 T 5: Medicamentos especializados  
 T 6: Medicamentos de atención selecta

MAPROTILINE TAB 75MG, T3, QL  
marlissa tab 0.15/30, T2  
MARPLAN TAB 10MG, T4  
MATULANE CAP 50MG, T5, PA  
matzim la tab 180mg/24, T3  
matzim la tab 240mg/24, T3  
matzim la tab 300mg/24, T3  
matzim la tab 360mg/24, T3  
matzim la tab 420mg/24, T3  
MAVYRET TAB 100-40MG, T5, PA  
meclizine tab 12.5mg, T2  
meclizine tab 25mg, T2  
medroxypr ac inj 150mg/ml, T2  
medroxypr ac tab 10mg, T1  
medroxypr ac tab 2.5mg, T1  
medroxypr ac tab 5mg, T1  
MEFLOQUINE TAB 250MG, T2  
megestrol ac sus 40mg/ml, T2  
megestrol ac tab 20mg, T2  
megestrol ac tab 40mg, T2  
MEKINIST TAB 0.5MG, T5, PA, QL  
MEKINIST TAB 2MG, T5, PA, QL  
MEKTOVI TAB 15MG, T5, PA, QL  
meloxicam tab 15mg, T1, QL  
meloxicam tab 7.5mg, T1, QL  
memant titra pak 5-10mg, T3, PA  
memantine hc sol 2mg/ml, T3, PA  
memantine tab hcl 10mg, T2, PA  
memantine tab hcl 5mg, T2, PA  
MENACTRA INJ, T3  
MENEST TAB 0.3MG, T3  
MENEST TAB 0.625MG, T3  
MENEST TAB 1.25MG, T3  
MENVEO INJ, T3  
mercaptapur tab 50mg, T3  
meropenem inj 1gm, T2  
meropenem inj 500mg, T3  
mesalamine cap 400mg dr, T4, QL  
mesalamine ene 4gm, T4  
mesalamine sup 1000mg, T5  
mesalamine tab 1.2gm, T4, QL  
mesalamine tab 800mg dr, T4, QL

MESNEX TAB 400MG, T5  
metadate tab 20mg er, T3, QL  
metformin tab 1000mg, T6, QL  
metformin tab 500mg, T6, QL  
metformin tab 500mg er, T6, QL  
metformin tab 750mg er, T6, QL  
metformin tab 850mg, T6, QL  
methadone tab 10mg, T2, QL  
methadone tab 5mg, T2, QL  
methazolamid tab 25mg, T3  
methazolamid tab 50mg, T4  
methenam hip tab 1gm, T3  
methimazole tab 10mg, T1  
methimazole tab 5mg, T1  
methocarbam tab 500mg, T2  
methocarbam tab 750mg, T2  
methotrexate inj 25mg/ml, T2  
methotrexate inj 50mg/2ml, T2  
methotrexate tab 2.5mg, T2  
methoxsalen cap 10mg, T5  
methscopolam tab 2.5mg, T2  
methscopolam tab 5mg, T3  
methylphenid tab 10mg, T2, QL  
methylphenid tab 20mg, T2, QL  
methylphenid tab 20mg er, T3, QL  
methylphenid tab 5mg, T2, QL  
methylpred tab 16mg, T2  
methylpred tab 32mg, T3  
methylpred tab 4mg, T2  
methylpred tab 8mg, T2  
METHYLTESTOS CAP 10MG, T5, PA  
metoclopram sol 5mg/5ml, T1  
metoclopram tab 10mg, T1  
metoclopram tab 5mg, T1  
metolazone tab 10mg, T2  
metolazone tab 2.5mg, T2  
metolazone tab 5mg, T2  
metoprl/hctz tab 100-25mg, T2  
metoprl/hctz tab 50-25mg, T2  
metoprol suc tab 100mg er, T1  
metoprol suc tab 200mg er, T1  
metoprol suc tab 25mg er, T1

metoprol suc tab 50mg er, T1  
metoprol tar tab 100mg, T1  
metoprol tar tab 25mg, T1  
metoprol tar tab 50mg, T1  
metron/nacl inj 500mg, T3  
metronidazol cap 375mg, T3  
metronidazol cre 0.75%, T3  
metronidazol gel 0.75%, T3  
metronidazol gel 0.75%vag, T3  
metronidazol gel 1%, T4  
metronidazol lot 0.75%, T3  
metronidazol tab 250mg, T2  
metronidazol tab 500mg, T2  
MEXILETINE CAP 150MG, T3  
MEXILETINE CAP 200MG, T3  
MEXILETINE CAP 250MG, T3  
microgestin tab 1.5/30, T2  
microgestin tab 1/20, T2  
microgestin tab fe 1/20, T2  
microgestin tab fe1.5/30, T2  
midodrine tab 10mg, T2  
midodrine tab 2.5mg, T2  
midodrine tab 5mg, T2  
MIGERGOT SUP 2/100, T5  
miglustat cap 100mg, T5, PA, QL  
MIGRANAL SPR 4MG/ML, T5, QL  
mili tab 0.25/35, T2  
mimvey lo tab 0.5-0.1, T3  
mimvey tab 1-0.5mg, T3  
minitran dis 0.1mg/hr, T2  
minitran dis 0.2mg/hr, T2  
minitran dis 0.4mg/hr, T2  
minitran dis 0.6mg/hr, T2  
minocycline cap 100mg, T2  
minocycline cap 50mg, T2  
minocycline cap 75mg, T2  
minocycline tab 100mg, T3  
minocycline tab 50mg, T3  
minocycline tab 75mg, T3  
minoxidil tab 10mg, T2  
minoxidil tab 2.5mg, T2  
mirtazapine tab 15mg, T1, QL

**La cobertura de medicamentos varía según la forma de dosificación. Si bien un medicamento puede aparecer en la lista de medicamentos cubiertos, la forma de dosificación particular podría no satisfacer los requisitos de cobertura. Consulte el formulario completo para obtener información detallada sobre cobertura.** La mayoría de los medicamentos genéricos están escritos en letras minúsculas. La mayoría de los medicamentos de marca están escritos en letras mayúsculas. Los medicamentos del nivel 6 se encuentran disponibles con un copago de \$0 para obtener un suministro para entre 90 y 100 días en todas las farmacias de la red. Los beneficios de farmacia están sujetos a cambio.

mirtazapine tab 15mg odt, T2, QL  
 mirtazapine tab 30mg, T1, QL  
 mirtazapine tab 30mg odt, T2, QL  
 mirtazapine tab 45mg, T2, QL  
 mirtazapine tab 45mg odt, T2, QL  
 mirtazapine tab 7.5mg, T2, QL  
 misoprostol tab 100mcg, T2  
 misoprostol tab 200mcg, T2  
 modafinil tab 100mg, T3, PA, QL  
 modafinil tab 200mg, T3, PA, QL  
 moexipril tab 15mg, T6  
 moexipril tab 7.5mg, T6  
 MOLINDONE TAB HCL 10MG, T3,  
 PA  
 MOLINDONE TAB HCL 25MG, T3,  
 PA  
 MOLINDONE TAB HCL 5MG, T3, PA  
 mometasone cre 0.1%, T2, QL  
 mometasone oin 0.1%, T2, QL  
 mometasone sol 0.1%, T2, QL  
 mometasone spr 50mcg, T4, QL  
 mondoxyne nl cap 100mg, T2  
 mondoxyne nl cap 75mg, T3  
 mononessa tab, T2  
 montelukast chw 4mg, T1  
 montelukast chw 5mg, T1  
 montelukast gra 4mg, T2  
 montelukast tab 10mg, T1  
 morgidox cap 1x50mg, T2  
 morphine sul sol 100/5ml, T3, QL  
 morphine sul sol 10mg/5ml, T3, QL  
 morphine sul sol 20mg/5ml, T3, QL  
 morphine sul tab 100mg er, T3, QL  
 MORPHINE SUL TAB 15MG, T3, QL  
 morphine sul tab 15mg er, T3, QL  
 morphine sul tab 200mg er, T3, QL  
 MORPHINE SUL TAB 30MG, T3, QL  
 morphine sul tab 30mg er, T3, QL  
 morphine sul tab 60mg er, T3, QL  
 MOVIPREP SOL, T4  
 MOXEZA SOL 0.5%, T4  
 moxifloxacin inj 400/250, T3

moxifloxacin sol hcl 0.5%, T2  
 moxifloxacin tab 400mg, T3  
 MULTAQ TAB 400MG, T3  
 mupirocin oin 2%, T2  
 MYALEPT INJ 11.3MG, T5, PA  
 MYCAMINE INJ 100MG, T5  
 MYCAMINE INJ 50MG, T5  
 mycophenolat cap 250mg, T2, PA  
 mycophenolat sus 200mg/ml, T5,  
 PA  
 mycophenolat tab 500mg, T2, PA  
 mycophenolic tab 180mg dr, T3, PA  
 mycophenolic tab 360mg dr, T3, PA  
 myorisan cap 10mg, T3  
 myorisan cap 20mg, T3  
 myorisan cap 30mg, T3  
 myorisan cap 40mg, T3  
 MYRBETRIQ TAB 25MG, T4, QL  
 MYRBETRIQ TAB 50MG, T4, QL

## N

nabumetone tab 500mg, T2, QL  
 nabumetone tab 750mg, T2, QL  
 nadolol tab 20mg, T2  
 nadolol tab 40mg, T2  
 nadolol tab 80mg, T2  
 nafcillin inj 10gm, T5  
 nafcillin inj 1gm, T5  
 nafcillin inj 2gm, T4  
 naloxone inj 0.4mg/ml, T2  
 NALOXONE INJ 0.4MG/ML (SOLN),  
 T3  
 NALOXONE INJ 1MG/ML, T3  
 naltrexone tab 50mg, T2  
 naproxen dr tab 375mg, T2, QL  
 naproxen dr tab 500mg, T2, QL  
 naproxen sod tab 275mg, T3, QL  
 naproxen sod tab 550mg, T3, QL  
 naproxen sus 125/5ml, T3, QL  
 naproxen tab 250mg, T1, QL  
 naproxen tab 375mg, T1, QL  
 naproxen tab 500mg, T1, QL

naratriptan tab 1mg, T2, QL  
 naratriptan tab 2.5mg, T3, QL  
 NARCAN SPR, T4  
 NATACYN SUS 5% OP, T4  
 nateglinide tab 120mg, T6, QL  
 nateglinide tab 60mg, T6, QL  
 NATPARA INJ 100MCG, T5, PA, QL  
 NATPARA INJ 25MCG, T5, PA, QL  
 NATPARA INJ 50MCG, T5, PA, QL  
 NATPARA INJ 75MCG, T5, PA, QL  
 NEBUPENT INH 300MG, T4, PA  
 necon tab 0.5/35, T2  
 NEFAZODONE TAB 100MG, T3  
 NEFAZODONE TAB 150MG, T3  
 NEFAZODONE TAB 200MG, T3  
 NEFAZODONE TAB 250MG, T3  
 NEFAZODONE TAB 50MG, T3  
 neo/bac/poly oin op, T2  
 neo/poly/bac oin /hc 1%op, T2  
 neo/poly/dex oin 0.1% op, T2  
 neo/poly/dex sus 0.1% op, T2  
 NEO/POLY/GRA SOL OP, T2  
 neo/poly/hc sol 1% otic, T3  
 neo/poly/hc sus 1% otic, T3  
 neomycin tab 500mg, T2  
 NERLYNX TAB 40MG, T5, PA, QL  
 nevirapine sus 50mg/5ml, T4, QL  
 nevirapine tab 100mg, T3, QL  
 nevirapine tab 200mg, T2, QL  
 nevirapine tab 400mg er, T3, QL  
 NEXAVAR TAB 200MG, T5, PA, QL  
 NEXIUM GRA 10MG DR, T4, QL  
 NEXIUM GRA 2.5MG DR, T4, QL  
 NEXIUM GRA 20MG DR, T4, QL  
 NEXIUM GRA 40MG DR, T4, QL  
 NEXIUM GRA 5MG DR, T4, QL  
 niacin er tab 1000mg, T2, QL  
 niacin er tab 500mg, T2, QL  
 niacin er tab 750mg, T2, QL  
 nicardipine cap 20mg, T2  
 nicardipine cap 30mg, T3  
 NICOTROL INH, T4

## GUÍA DE SIGLAS:

PA: Autorización previa  
 QL: Límites de cantidad  
 ST: Tratamiento escalonado

T 1: Medicamentos genéricos preferidos  
 T 2: Medicamentos genéricos  
 T 3: Medicamentos de marca preferidos

T 4: Medicamentos de marca no preferidos  
 T 5: Medicamentos especializados  
 T 6: Medicamentos de atención selecta

NICOTROL NS SPR 10MG/ML, T4  
 nifedipine cap 10mg, T2  
 nifedipine cap 20mg, T2  
 nifedipine tab 30mg er, T2  
 nifedipine tab 60mg er, T2  
 nifedipine tab 90mg er, T2  
 nikki tab 3-0.02mg, T2  
 nilutamide tab 150mg, T5  
 nimodipine cap 30mg, T5  
 NINLARO CAP 2.3MG, T5, PA, QL  
 NINLARO CAP 3MG, T5, PA, QL  
 NINLARO CAP 4MG, T5, PA, QL  
 nisoldipine tab 17mg er, T3  
 NISOLDIPINE TAB 25.5MG, T3  
 nisoldipine tab 34mg er, T3  
 nisoldipine tab 8.5mg er, T3  
 NITRO-BID OIN 2%, T2  
 nitrofur mac cap 100mg, T3  
 nitrofur mac cap 50mg, T3  
 nitrofurantn cap 100mg, T3  
 nitrofurantn sus 25mg/5ml, T3  
 nitroglycer dis 0.1mg/hr, T2  
 nitroglycer dis 0.2mg/hr, T2  
 nitroglycer dis 0.4mg/hr, T2  
 nitroglycer dis 0.6mg/hr, T2  
 nitroglyceri sub 0.6mg, T2  
 nitroglycer sub 0.3mg, T2  
 nitroglycer sub 0.4mg, T2  
 nitroglycer spr 0.4mg, T3  
 NIVESTYM INJ 300/0.5, T5, PA  
 NIVESTYM INJ 300MCG, T5, PA  
 NIVESTYM INJ 480/0.8, T5, PA  
 NIVESTYM INJ 480MCG, T5, PA  
 nizatidine cap 150mg, T2  
 nizatidine cap 300mg, T2  
 nora-be tab 0.35mg, T2  
 nore/eth/fer chw 0.4mg-35, T2  
 noreth/ethin chw fe, T2  
 noreth/ethin tab 1/20, T2  
 noreth/ethin tab fe 1/20, T2  
 norethin ace tab 5mg, T2  
 norethindron tab 0.35mg, T2  
 norgest/ethi tab 0.25/35, T2

norgest/ethi tab estradio, T2  
 norlyroc tab 0.35mg, T2  
 NORMOSOL -M INJ /D5W, T4  
 NORTHERA CAP 100MG, T5, PA  
 NORTHERA CAP 200MG, T5, PA  
 NORTHERA CAP 300MG, T5, PA  
 nortrel tab 0.5/35, T2  
 nortrel tab 1/35, T2  
 nortrel tab 7/7/7, T2  
 nortriptylin cap 10mg, T2  
 nortriptylin cap 25mg, T2  
 nortriptylin cap 50mg, T2  
 nortriptylin cap 75mg, T2  
 NORTRIPTYLIN SOL 10MG/5ML,  
 T2, PA  
 NORVIR POW 100MG, T4, QL  
 NORVIR SOL 80MG/ML, T4, QL  
 NOXAFIL SUS 40MG/ML, T5, PA  
 NOXAFIL TAB 100MG, T5, PA  
 NUCYNTA ER TAB 100MG, T3, PA,  
 QL  
 NUCYNTA ER TAB 150MG, T3, PA,  
 QL  
 NUCYNTA ER TAB 200MG, T3, PA,  
 QL  
 NUCYNTA ER TAB 250MG, T3, PA,  
 QL  
 NUCYNTA ER TAB 50MG, T3, PA, QL  
 NUEDEXTA CAP 20-10MG, T3, PA,  
 QL  
 NUPLAZID CAP 34MG, T5, PA, QL  
 NUPLAZID TAB 10MG, T5, PA, QL  
 NUTRILIPID EMU 20%, T4, PA  
 nyamyc pow 100000, T3  
 nystat/triam cre, T4  
 nystat/triam oin, T4  
 nystatin cre 100000, T2  
 nystatin oin 100000, T2  
 nystatin pow 100000, T3  
 nystatin sus 100000, T2  
 nystatin tab 500000, T2  
 nystop pow 100000, T3

## O

OCALIVA TAB 10MG, T5, PA, QL  
 OCALIVA TAB 5MG, T5, PA, QL  
 ocella tab 3-0.03mg, T2  
 octreotide inj 1000mcg, T5, PA  
 octreotide inj 100mcg, T3, PA  
 octreotide inj 200mcg, T3, PA  
 octreotide inj 500mcg, T5, PA  
 octreotide inj 50mcg/ml, T3, PA  
 ODEFSEY TAB, T5, QL  
 ODOMZO CAP 200MG, T5, PA, QL  
 OFEV CAP 100MG, T5, PA, QL  
 OFEV CAP 150MG, T5, PA, QL  
 ofloxacin dro 0.3% op, T2  
 ofloxacin dro 0.3%otic, T3  
 ofloxacin tab 400mg, T2  
 olanzapine inj 10mg, T3, PA, QL  
 olanzapine tab 10mg, T2, QL  
 olanzapine tab 10mg odt, T3, QL  
 olanzapine tab 15mg, T2, QL  
 olanzapine tab 15mg odt, T3, QL  
 olanzapine tab 2.5mg, T2, QL  
 olanzapine tab 20mg, T2, QL  
 olanzapine tab 20mg odt, T3, QL  
 olanzapine tab 5mg, T2, QL  
 olanzapine tab 5mg odt, T3, QL  
 olanzapine tab 7.5mg, T2, QL  
 olm med/hctz tab 20-12.5, T6, QL  
 olm med/hctz tab 40-12.5, T6, QL  
 olm med/hctz tab 40-25mg, T6, QL  
 olmesa medox tab 20mg, T6, QL  
 olmesa medox tab 40mg, T6, QL  
 olmesa medox tab 5mg, T6, QL  
 olopatadine dro 0.1%, T2  
 olopatadine sol 0.2%, T3  
 olopatadine spr 0.6%, T3, QL  
 omega-3-acid cap 1gm, T3  
 omeprazole cap 10mg, T1, QL  
 omeprazole cap 20mg, T1, QL  
 omeprazole cap 40mg, T1, QL  
 OMNITROPE INJ 10/1.5ML, T5, PA

**La cobertura de medicamentos varía según la forma de dosificación. Si bien un medicamento puede aparecer en la lista de medicamentos cubiertos, la forma de dosificación particular podría no satisfacer los requisitos de cobertura. Consulte el formulario completo para obtener información detallada sobre cobertura.** La mayoría de los medicamentos genéricos están escritos en letras minúsculas. La mayoría de los medicamentos de marca están escritos en letras mayúsculas. Los medicamentos del nivel 6 se encuentran disponibles con un copago de \$0 para obtener un suministro para entre 90 y 100 días en todas las farmacias de la red. Los beneficios de farmacia están sujetos a cambio.

OMNITROPE INJ 5.8MG, T5, PA  
 OMNITROPE INJ 5/1.5ML, T5, PA  
 ondansetron sol 4mg/5ml, T3, PA  
 ondansetron tab 24mg, T3, PA  
 ondansetron tab 4mg, T3, PA  
 ondansetron tab 4mg odt, T2, PA  
 ondansetron tab 8mg, T3, PA  
 ondansetron tab 8mg odt, T2, PA  
 ONGLYZA TAB 2.5MG, T3, QL  
 ONGLYZA TAB 5MG, T3, QL  
 OPSUMIT TAB 10MG, T5, PA, QL  
 ORACEA CAP 40MG, T4  
 ORALAIR SUB 300 IR, T4, PA, QL  
 ORENCIA CLCK INJ 125MG/ML, T5, PA  
 ORENCIA INJ 125MG/ML, T5, PA  
 ORENCIA INJ 50/0.4, T5, PA  
 ORENCIA INJ 87.5/0.7, T5, PA  
 ORFADIN CAP 10MG, T5  
 ORFADIN CAP 20MG, T5  
 ORFADIN CAP 2MG, T5  
 ORFADIN CAP 5MG, T5  
 ORFADIN SUS 4MG/ML, T5  
 ORKAMBI GRA 100-125, T5, PA, QL  
 ORKAMBI GRA 150-188, T5, PA, QL  
 ORKAMBI TAB 100-125, T5, PA, QL  
 ORKAMBI TAB 200-125, T5, PA, QL  
 orsythia tab, T2  
 oseltamivir cap 30mg, T3  
 oseltamivir cap 45mg, T3  
 oseltamivir cap 75mg, T3  
 oseltamivir sus 6mg/ml, T3  
 OTEZLA TAB 10/20/30, T5, PA  
 OTEZLA TAB 30MG, T5, PA  
 oxandrolone tab 10mg, T5, PA  
 oxandrolone tab 2.5mg, T3, PA  
 oxaprozin tab 600mg, T3, QL  
 oxcarbazepin sus 300mg/5m, T3  
 oxcarbazepin tab 150mg, T2  
 oxcarbazepin tab 300mg, T2  
 oxcarbazepin tab 600mg, T2  
 oxybutynin syp 5mg/5ml, T2, QL

oxybutynin tab 10mg er, T2, QL  
 oxybutynin tab 15mg er, T2, QL  
 oxybutynin tab 5mg, T2, QL  
 oxybutynin tab 5mg er, T2, QL  
 oxycod/apap tab 10-325mg, T3, QL  
 oxycod/apap tab 2.5-325, T3, QL  
 oxycod/apap tab 5-325mg, T2, QL  
 oxycod/apap tab 7.5-325, T2, QL  
 oxycod/asa tab, T3, QL  
 oxycodone tab 10mg, T2, QL  
 oxycodone tab 15mg, T2, QL  
 oxycodone tab 20mg, T2, QL  
 oxycodone tab 30mg, T2, QL  
 oxycodone tab 5mg, T2, QL  
 OZEMPIC INJ 2/1.5ML, T3, QL, ST

## P

pacerone tab 200mg, T1  
 pacerone tab 400mg, T3  
 paliperidone tab er 1.5mg, T4, PA, QL  
 paliperidone tab er 3mg, T4, PA, QL  
 paliperidone tab er 6mg, T4, PA, QL  
 paliperidone tab er 9mg, T5, PA, QL  
 PALYNZIQ INJ 10/0.5ML, T5, PA  
 PALYNZIQ INJ 2.5/0.5, T5, PA  
 PALYNZIQ INJ 20MG/ML, T5, PA  
 PANRETIN GEL 0.1%, T5  
 pantoprazole tab 20mg, T1, QL  
 pantoprazole tab 40mg, T1, QL  
 paricalcitol cap 1 mcg, T3  
 paricalcitol cap 2 mcg, T3  
 paricalcitol cap 4 mcg, T3  
 paromomycin cap 250mg, T3  
 paroxetine tab 10mg, T1, QL  
 paroxetine tab 20mg, T1, QL  
 paroxetine tab 30mg, T1, QL  
 paroxetine tab 40mg, T1, QL  
 PASER GRA 4GM, T3  
 PAXIL SUS 10MG/5ML, T4, PA, QL  
 PAZEO DRO 0.7%, T3  
 PEDIARIX INJ 0.5ML, T3

PEDVAX HIB INJ, T3  
 peg 3350 sol electrol, T2  
 peg-3350 sol electrol, T2  
 peg-3350/kcl sol /sodium, T2  
 PEGANONE TAB 250MG, T4  
 PEGASYS INJ, T5, PA  
 PEGASYS INJ 180MCG/M, T5, PA  
 PEGASYS INJ PROCLICK, T5, PA  
 PEN G SOD INJ 5000000, T3  
 PENICILL GK/ INJ DEX 2MU, T3  
 PENICILL GK/ INJ DEX 3MU, T3  
 penicillin gk inj 20mu, T3  
 PENICILLN VK SOL 125/5ML, T2  
 PENICILLN VK SOL 250/5ML, T2  
 penicillin vk tab 250mg, T1  
 penicillin vk tab 500mg, T1  
 PENTAM 300 INJ 300MG, T4  
 PENTASA CAP 250MG CR, T4, QL  
 PENTASA CAP 500MG CR, T4, QL  
 pentoxifylli tab 400mg er, T2  
 perindopril tab 2mg, T6  
 perindopril tab 4mg, T6  
 perindopril tab 8mg, T6  
 permethrin cre 5%, T3  
 perphenazine tab 16mg, T3  
 perphenazine tab 2mg, T3  
 perphenazine tab 4mg, T3  
 perphenazine tab 8mg, T3  
 PERSERIS INJ 120MG, T5, PA, QL  
 PERSERIS INJ 90MG, T5, PA, QL  
 phenadoz sup 12.5mg, T3  
 phenelzine tab 15mg, T2  
 phenobarb elx 20mg/5ml, T2  
 phenobarb tab 100mg, T2  
 phenobarb tab 15mg, T2  
 phenobarb tab 16.2mg, T2  
 phenobarb tab 30mg, T2  
 phenobarb tab 32.4mg, T2  
 phenobarb tab 60mg, T2  
 phenobarb tab 64.8mg, T2  
 phenobarb tab 97.2mg, T2  
 phenoxybenza cap 10mg, T5

## GUÍA DE SIGLAS:

PA: Autorización previa  
 QL: Límites de cantidad  
 ST: Tratamiento escalonado

T 1: Medicamentos genéricos preferidos  
 T 2: Medicamentos genéricos  
 T 3: Medicamentos de marca preferidos

T 4: Medicamentos de marca no preferidos  
 T 5: Medicamentos especializados  
 T 6: Medicamentos de atención selecta

phenylbutyra pow sodium, T5, PA  
 phenytoin chw 50mg, T2  
 phenytoin ex cap 100mg, T2  
 phenytoin ex cap 200mg, T2  
 phenytoin ex cap 300mg, T2  
 phenytoin sus 125/5ml, T2  
 PHOSLYRA SOL, T3  
 PHOSPHOLINE SOL 0.125%OP, T4  
 phrenilin cap forte, T3, QL  
 PICATO GEL 0.015%, T3, QL  
 PICATO GEL 0.05%, T3, QL  
 PIFELTRO TAB 100MG, T5, QL  
 pilocarpine sol 1% op, T2  
 pilocarpine sol 2% op, T2  
 pilocarpine sol 4% op, T2  
 pilocarpine tab 5mg, T3  
 pilocarpine tab 7.5mg, T3  
 pimecrolimus cre 1%, T4, PA  
 PIMOZIDE TAB 1MG, T2  
 PIMOZIDE TAB 2MG, T2  
 pimtrea tab, T2  
 pindolol tab 10mg, T2  
 pindolol tab 5mg, T2  
 pioglit/glim tab 30-2mg, T6, QL  
 pioglit/glim tab 30-4mg, T6, QL  
 pioglita/met tab 15-500mg, T6, QL  
 pioglita/met tab 15-850mg, T6, QL  
 pioglitazone tab 15mg, T6, QL  
 pioglitazone tab 30mg, T6, QL  
 pioglitazone tab 45mg, T6, QL  
 piper/tazoba inj 2-0.25gm, T2  
 piper/tazoba inj 3-0.375g, T3  
 piper/tazoba inj 4-0.5gm, T3  
 PIQRAY 200MG TAB DOSE, T5, PA,  
 QL  
 PIQRAY 250MG TAB DOSE, T5, PA,  
 QL  
 PIQRAY 300MG TAB DOSE, T5, PA,  
 QL  
 pirmella tab 1/35, T2  
 piroxicam cap 10mg, T3, QL  
 piroxicam cap 20mg, T3, QL  
 PLEGRIDY INJ, T5, PA, QL  
 PLEGRIDY INJ PEN, T5, PA, QL  
 PLEGRIDY INJ STARTER, T5, PA, QL  
 PLEGRIDY PEN INJ STARTER, T5, PA,  
 QL  
 plenamine inj 15%, T3, PA  
 podofilox sol 0.5%, T3  
 polymyxin b/ sol trimethp, T1  
 POMALYST CAP 1MG, T5, PA, QL  
 POMALYST CAP 2MG, T5, PA, QL  
 POMALYST CAP 3MG, T5, PA, QL  
 POMALYST CAP 4MG, T5, PA, QL  
 portia-28 tab, T2  
 pot chl/d5w inj 20meq/l, T2  
 POT CHL/D5W INJ 40MEQ/L, T3  
 pot chl/nacl inj 20meq/l, T3  
 pot chloride cap 10meq er, T2  
 pot chloride cap 8meq er, T2  
 pot chloride inj 2meq/ml, T2  
 pot chloride sol 10%, T4  
 pot chloride tab 10meq er, T2  
 POT CHLORIDE TAB 20MEQ ER, T3  
 pot chloride tab 8meq er, T2  
 pot citrate tab 1080mg, T3  
 pot citrate tab 1620mg, T3  
 pot citrate tab 540mg er, T3  
 pot cl micro tab 10meq cr, T2  
 pot cl micro tab 20meq er, T2  
 PRADAXA CAP 110MG, T4, QL  
 PRADAXA CAP 150MG, T4, QL  
 PRADAXA CAP 75MG, T4, QL  
 pramipexole tab 0.125mg, T1  
 pramipexole tab 0.25mg, T1  
 pramipexole tab 0.5mg, T1  
 pramipexole tab 0.75mg, T1  
 pramipexole tab 1.5mg, T1  
 pramipexole tab 1mg, T1  
 prasugrel tab 10mg, T3  
 prasugrel tab 5mg, T3  
 pravastatin tab 10mg, T6, QL  
 pravastatin tab 20mg, T6, QL  
 pravastatin tab 40mg, T6, QL  
 pravastatin tab 80mg, T6, QL  
 praziquantel tab 600mg, T4  
 prazosin hcl cap 1mg, T2  
 prazosin hcl cap 2mg, T2  
 prazosin hcl cap 5mg, T2  
 pred sod pho sol 5mg/5ml, T3  
 PREDNICARBAT CRE 0.1%, T3, QL  
 PREDNICARBAT OIN 0.1%, T2, QL  
 PREDNISOLONE SOL 15MG/5ML,  
 T2  
 PREDNISOLONE SUS 1% OP, T3  
 prednisone pak 10mg, T1  
 prednisone pak 5mg, T1  
 PREDNISONE SOL 5MG/5ML, T2  
 prednisone tab 10mg, T1  
 prednisone tab 1mg, T1  
 prednisone tab 2.5mg, T1  
 prednisone tab 20mg, T1  
 PREDNISONE TAB 50MG, T1  
 prednisone tab 5mg, T1  
 PREMARIN TAB 0.3MG, T3  
 PREMARIN TAB 0.45MG, T3  
 PREMARIN TAB 0.625MG, T3  
 PREMARIN TAB 0.9MG, T3  
 PREMARIN TAB 1.25MG, T3  
 PREMARIN VAG CRE 0.625MG, T3  
 premasol sol 6%, T3, PA  
 PREMPHASE TAB, T3  
 PREMPRO TAB .625-2.5, T3  
 PREMPRO TAB 0.3-1.5, T3  
 PREMPRO TAB 0.45-1.5, T3  
 PREMPRO TAB 0.625-5, T3  
 prevalite pow 4gm pk, T2  
 previfem tab, T2  
 PREVYMIS TAB 240MG, T5, QL  
 PREVYMIS TAB 480MG, T5, QL  
 PREZCOBIX TAB 800-150, T5, QL  
 PREZISTA SUS 100MG/ML, T5, QL  
 PREZISTA TAB 150MG, T4, QL  
 PREZISTA TAB 600MG, T5, QL  
 PREZISTA TAB 75MG, T4, QL  
 PREZISTA TAB 800MG, T5, QL

**La cobertura de medicamentos varía según la forma de dosificación. Si bien un medicamento puede aparecer en la lista de medicamentos cubiertos, la forma de dosificación particular podría no satisfacer los requisitos de cobertura. Consulte el formulario completo para obtener información detallada sobre cobertura.** La mayoría de los medicamentos genéricos están escritos en letras minúsculas. La mayoría de los medicamentos de marca están escritos en letras mayúsculas. Los medicamentos del nivel 6 se encuentran disponibles con un copago de \$0 para obtener un suministro para entre 90 y 100 días en todas las farmacias de la red. Los beneficios de farmacia están sujetos a cambio.

PRIFTIN TAB 150MG, T4  
 primaquine tab 26.3mg, T3  
 primidone tab 250mg, T2  
 primidone tab 50mg, T2  
 PROAIR HFA AER, T3, QL  
 PROAIR RESPI AER, T3, QL  
 proben/colch tab 500-0.5, T2  
 probenecid tab 500mg, T2  
 prochlorper sup 25mg, T3  
 prochlorper tab 10mg, T2  
 prochlorper tab 5mg, T2  
 PROCRT INJ 10000/ML, T4, PA  
 PROCRT INJ 2000/ML, T4, PA  
 PROCRT INJ 20000/ML, T5, PA  
 PROCRT INJ 3000/ML, T4, PA  
 PROCRT INJ 4000/ML, T4, PA  
 PROCRT INJ 40000/ML, T5, PA  
 procto-med cre hc 2.5%, T2  
 procto-pak cre 1%, T2  
 proctosol hc cre 2.5%, T2  
 proctozone cre -hc 2.5%, T2  
 progesterone cap 100mg, T2  
 progesterone cap 200mg, T2  
 PROGLYCEM SUS 50MG/ML, T4  
 PROGRAF GRA 0.2MG, T4, PA  
 PROGRAF GRA 1MG, T4, PA  
 PROLASTIN-C INJ 1000MG, T5, PA  
 PROLENSA SOL 0.07%, T4  
 PROLIA SOL 60MG/ML, T4, PA  
 PROMACTA POW 12.5MG, T5, PA  
 PROMACTA TAB 12.5MG, T5, PA  
 PROMACTA TAB 25MG, T5, PA  
 PROMACTA TAB 50MG, T5, PA  
 PROMACTA TAB 75MG, T5, PA  
 promethazine sup 12.5mg, T3  
 promethazine sup 25mg, T3  
 promethazine syp 6.25/5ml, T2  
 promethazine tab 12.5mg, T2  
 promethazine tab 25mg, T2  
 promethazine tab 50mg, T2  
 prometegan sup 25mg, T3  
 propafenone cap 225mg er, T4

propafenone cap 325mg er, T3  
 propafenone cap 425mg er, T3  
 propafenone tab 150mg, T2  
 propafenone tab 225mg, T2  
 propafenone tab 300mg, T2  
 propranolol cap 120mg er, T2  
 propranolol cap 160mg er, T2  
 propranolol cap 60mg er, T2  
 propranolol cap 80mg er, T2  
 propranolol tab 10mg, T2  
 propranolol tab 20mg, T2  
 propranolol tab 40mg, T2  
 propranolol tab 60mg, T2  
 propranolol tab 80mg, T2  
 propylthiour tab 50mg, T2  
 PROQUAD INJ, T3  
 protriptylin tab 10mg, T3, PA  
 protriptylin tab 5mg, T3, PA  
 PULMOZYME SOL 1MG/ML, T5, PA  
 PURIXAN SUS 20MG/ML, T5  
 PYLERA CAP, T5  
 pyrazinamide tab 500mg, T3  
 pyridostigm tab 60mg, T2  
 pyridostigmi sol 60mg/5ml, T5  
 pyridostigmi tab er 180mg, T4

## Q

qnapril/hctz tab 10-12.5, T6  
 qnapril/hctz tab 20-12.5, T6  
 qnapril/hctz tab 20-25mg, T6  
 QUADRACEL INJ, T3  
 quetiapine tab 100mg, T2, QL  
 quetiapine tab 150mg er, T3, QL  
 quetiapine tab 200mg, T2, QL  
 quetiapine tab 200mg er, T3, QL  
 quetiapine tab 25mg, T2, QL  
 quetiapine tab 300mg, T2, QL  
 quetiapine tab 300mg er, T3, QL  
 quetiapine tab 400mg, T2, QL  
 quetiapine tab 400mg er, T3, QL  
 quetiapine tab 50mg, T2, QL  
 quetiapine tab 50mg er, T3, QL

quinapril tab 10mg, T6  
 quinapril tab 20mg, T6  
 quinapril tab 40mg, T6  
 quinapril tab 5mg, T6  
 quinidine gl tab 324mg cr, T5  
 QUINIDINE SU TAB 200MG, T2  
 QUINIDINE SU TAB 300MG, T2  
 QVAR REDIIHA AER 80MCG, T3, QL  
 QVAR REDIIHAL AER 40MCG, T3, QL

## R

RABAVERT INJ, T3, PA  
 rabeprazole tab 20mg, T2, QL  
 raloxifene tab 60mg, T2  
 ramipril cap 1.25mg, T6  
 ramipril cap 10mg, T6  
 ramipril cap 2.5mg, T6  
 ramipril cap 5mg, T6  
 ranitidine cap 150mg, T2  
 ranitidine cap 300mg, T2  
 ranitidine syp 75mg/5ml, T2  
 ranitidine tab 150mg, T1  
 ranitidine tab 300mg, T1  
 ranolazine tab 1000mg, T3, QL  
 ranolazine tab 500mg er, T3, QL  
 rasagiline tab 0.5mg, T3  
 rasagiline tab 1mg, T4  
 REBETOL SOL 40MG/ML, T4  
 reclusen tab, T2  
 RECOMBIVA HB INJ 10MCG/ML, T3, PA  
 RECOMBIVA HB INJ 5MCG/0.5, T3, PA  
 RECOMBIVA-HB INJ 40MCG/ML, T3, PA  
 RECTIV OIN 0.4%, T4  
 REGRANEX GEL 0.01%, T5, PA, QL  
 RELENZA MIS DISKHALE, T4  
 RELISTOR INJ 12/0.6ML, T5, PA  
 RELISTOR INJ 8/0.4ML, T5, PA  
 RELISTOR TAB 150MG, T5, PA  
 repaglinide tab 0.5mg, T6, QL

## GUÍA DE SIGLAS:

PA: Autorización previa  
 QL: Límites de cantidad  
 ST: Tratamiento escalonado

T 1: Medicamentos genéricos preferidos  
 T 2: Medicamentos genéricos  
 T 3: Medicamentos de marca preferidos

T 4: Medicamentos de marca no preferidos  
 T 5: Medicamentos especializados  
 T 6: Medicamentos de atención selecta

repaglinide tab 1mg, T6, QL  
repaglinide tab 2mg, T6, QL  
REPATHA INJ 140MG/ML, T3, PA,  
QL  
REPATHA PUSH INJ 420/3.5, T3, PA,  
QL  
REPATHA SURE INJ 140MG/ML, T3,  
PA, QL  
RESCRIPTOR TAB 200MG, T4, QL  
RESTASIS EMU 0.05%, T3, PA, QL  
RETACRIT INJ 10000UNT, T4, PA  
RETACRIT INJ 2000UNIT, T4, PA  
RETACRIT INJ 3000UNIT, T4, PA  
RETACRIT INJ 4000UNIT, T4, PA  
REVLIMID CAP 10MG, T5, PA, QL  
REVLIMID CAP 15MG, T5, PA, QL  
REVLIMID CAP 2.5MG, T5, PA, QL  
REVLIMID CAP 20MG, T5, PA, QL  
REVLIMID CAP 25MG, T5, PA, QL  
REVLIMID CAP 5MG, T5, PA, QL  
REXULTI TAB 0.25MG, T5, PA, QL  
REXULTI TAB 0.5MG, T5, PA, QL  
REXULTI TAB 1MG, T5, PA, QL  
REXULTI TAB 2MG, T5, PA, QL  
REXULTI TAB 3MG, T5, PA, QL  
REXULTI TAB 4MG, T5, PA, QL  
REYATAZ POW 50MG, T5, QL  
RHOPRESSA SOL 0.02%, T3, ST  
RIBAPAK PAK 1200/DAY, T5  
ribasphere cap 200mg, T2  
RIBASPHERE TAB 600MG, T5  
ribavirin cap 200mg, T2  
ribavirin tab 200mg, T2  
RIDAURA CAP 3MG, T5  
rifabutin cap 150mg, T5  
rifampin cap 150mg, T2  
rifampin cap 300mg, T2  
rifampin inj 600 mg, T5  
riluzole tab 50mg, T3  
risedron sod tab 35mg dr, T3, QL  
risedronate tab 150mg, T3, QL

risedronate tab 30mg, T3, QL  
risedronate tab 35mg, T3, QL  
risedronate tab 5mg, T3, QL  
RISPERDAL INJ 12.5MG, T4, PA, QL  
RISPERDAL INJ 25MG, T5, PA, QL  
RISPERDAL INJ 37.5MG, T5, PA, QL  
RISPERDAL INJ 50MG, T5, PA, QL  
risperidone sol 1mg/ml, T3, QL  
RISPERIDONE TAB 0.25 ODT, T3, QL  
risperidone tab 0.25mg, T1, QL  
risperidone tab 0.5mg, T1, QL  
risperidone tab 0.5mg od, T3, QL  
risperidone tab 1mg, T1, QL  
risperidone tab 1mg odt, T3, QL  
risperidone tab 2mg, T1, QL  
risperidone tab 2mg odt, T3, QL  
risperidone tab 3mg, T1, QL  
risperidone tab 3mg odt, T3, QL  
risperidone tab 4mg, T1, QL  
risperidone tab 4mg odt, T3, QL  
ritonavir tab 100mg, T3, QL  
rivastigmine cap 1.5mg, T3  
rivastigmine cap 3mg, T3  
rivastigmine cap 4.5mg, T3  
rivastigmine cap 6mg, T3  
rivastigmine dis 13.3/24, T4  
rivastigmine dis 4.6mg/24, T4  
rivastigmine dis 9.5mg/24, T4  
rizatriptan tab 10mg, T2, QL  
rizatriptan tab 10mg odt, T2, QL  
rizatriptan tab 5mg, T2, QL  
rizatriptan tab 5mg odt, T2, QL  
ropinirole tab 0.25mg, T2  
ropinirole tab 0.5mg, T2  
ropinirole tab 1mg, T2  
ropinirole tab 2mg, T2  
ropinirole tab 3mg, T2  
ropinirole tab 4mg, T2  
ropinirole tab 5mg, T2  
rosuvastatin tab 10mg, T6, QL  
rosuvastatin tab 20mg, T6, QL  
rosuvastatin tab 40mg, T6, QL

rosuvastatin tab 5mg, T6, QL  
ROTARIX SUS, T3  
ROTATEQ SOL, T3  
roweepra tab 1000mg, T2  
roweepra tab 500mg, T2  
roweepra tab 750mg, T2  
RUBRACA TAB 200MG, T5, PA, QL  
RUBRACA TAB 250MG, T5, PA, QL  
RUBRACA TAB 300MG, T5, PA, QL  
RYDAPT CAP 25MG, T5, PA, QL

## S

SAMSCA TAB 15MG, T5, PA  
SAMSCA TAB 30MG, T5, PA  
SANDIMMUNE SOL 100MG/ML,  
T4, PA  
SANTYL OIN 250/GM, T3, QL  
SAPHRIS SUB 10MG, T4, PA, QL  
SAPHRIS SUB 2.5MG, T4, PA, QL  
SAPHRIS SUB 5MG, T4, PA, QL  
scopolamine dis 1mg/3day, T3  
selegiline cap 5mg, T3  
SELEGILINE TAB 5MG, T3  
selenium sul lot 2.5%, T2  
SELZENTRY SOL 20MG/ML, T5, QL  
SELZENTRY TAB 150MG, T5, QL  
SELZENTRY TAB 25MG, T4, QL  
SELZENTRY TAB 300MG, T5, QL  
SELZENTRY TAB 75MG, T5, QL  
SEREVENT DIS AER 50MCG, T3, QL  
sertraline con 20mg/ml, T2, QL  
sertraline tab 100mg, T1, QL  
sertraline tab 25mg, T1, QL  
sertraline tab 50mg, T1, QL  
setlakin tab, T2  
sevelamer pow 0.8gm, T5, QL  
sevelamer pow 2.4gm, T5, QL  
sevelamer tab 800mg, T3, QL  
sharobel tab 0.35mg, T2  
SHINGRIX INJ 50MCG, T3, QL  
SIGNIFOR INJ 0.3MG/ML, T5, PA  
SIGNIFOR INJ 0.6MG/ML, T5, PA

**La cobertura de medicamentos varía según la forma de dosificación. Si bien un medicamento puede aparecer en la lista de medicamentos cubiertos, la forma de dosificación particular podría no satisfacer los requisitos de cobertura. Consulte el formulario completo para obtener información detallada sobre cobertura.** La mayoría de los medicamentos genéricos están escritos en letras minúsculas. La mayoría de los medicamentos de marca están escritos en letras mayúsculas. Los medicamentos del nivel 6 se encuentran disponibles con un copago de \$0 para obtener un suministro para entre 90 y 100 días en todas las farmacias de la red. Los beneficios de farmacia están sujetos a cambio.

SIGNIFOR INJ 0.9MG/ML, T5, PA  
sildenafil tab 20mg, T3, PA, QL  
SILENOR TAB 3MG, T3, QL  
SILENOR TAB 6MG, T3, QL  
silodosin cap 4mg, T3, QL  
silodosin cap 8mg, T3, QL  
silver sulfa cre 1%, T2  
SIMBRINZA SUS 1-0.2%, T3  
simvastatin tab 10mg, T6, QL  
simvastatin tab 20mg, T6, QL  
simvastatin tab 40mg, T6, QL  
simvastatin tab 5mg, T6, QL  
simvastatin tab 80mg, T6, QL  
sirolimus sol 1mg/ml, T5, PA  
sirolimus tab 0.5mg, T3, PA  
sirolimus tab 1mg, T3, PA  
sirolimus tab 2mg, T5, PA  
SIRTURO TAB 100MG, T5  
SIVEXTRO INJ 200MG, T5  
SIVEXTRO TAB 200MG, T5, PA  
smz-tmp sus 200-40/5, T3  
smz-tmp tab 400-80mg, T1  
smz/tmp ds tab 800-160, T1  
sod chloride inj 0.45%, T3  
sod chloride inj 0.9%, T2  
sod poly sul pow, T2  
sod poly sul sus 15gm/60, T2  
sodium chlor sol 0.9% irr, T3  
sodium pheny tab 500mg, T5, PA  
SOLTAMOX SOL 10MG/5ML, T5  
SOMATULINE INJ 120/.5ML, T5, PA  
SOMATULINE INJ 60/0.2ML, T5, PA  
SOMATULINE INJ 90/0.3ML, T5, PA  
SOMAVERT INJ 10MG, T5, PA  
SOMAVERT INJ 15MG, T5, PA  
SOMAVERT INJ 20MG, T5, PA  
SOMAVERT INJ 25MG, T5, PA  
SOMAVERT INJ 30MG, T5, PA  
SOOLANTRA CRE 1%, T3  
sorine tab 120mg, T2  
sorine tab 160mg, T2  
sorine tab 240mg, T2

sorine tab 80mg, T2  
sotalol af tab 120mg, T2  
sotalol hcl tab 120mg, T2  
sotalol hcl tab 160mg, T2  
sotalol hcl tab 240mg, T2  
sotalol hcl tab 80mg, T2  
SOVALDI TAB 400MG, T5, PA  
SPIRIVA AER 1.25MCG, T3, QL  
SPIRIVA CAP HANDIHLR, T3, QL  
SPIRIVA SPR 2.5MCG, T3, QL  
spirono/hctz tab 25/25, T2  
spironolact tab 100mg, T1  
spironolact tab 25mg, T1  
spironolact tab 50mg, T1  
sprintec 28 tab 28 day, T2  
SPRITAM TAB 1000MG, T4  
SPRITAM TAB 250MG, T4  
SPRITAM TAB 500MG, T4  
SPRITAM TAB 750MG, T4  
SPRYCEL TAB 100MG, T5, PA, QL  
SPRYCEL TAB 140MG, T5, PA, QL  
SPRYCEL TAB 20MG, T5, PA, QL  
SPRYCEL TAB 50MG, T5, PA, QL  
SPRYCEL TAB 70MG, T5, PA, QL  
SPRYCEL TAB 80MG, T5, PA, QL  
sps sus 15gm/60, T2  
sronyx tab, T2  
ssd cre 1%, T2  
stavudine cap 15mg, T2, QL  
stavudine cap 20mg, T2, QL  
stavudine cap 30mg, T2, QL  
stavudine cap 40mg, T2, QL  
STELARA INJ 45MG/0.5, T5, PA  
STELARA INJ 90MG/ML, T5, PA  
STIMATE SOL 1.5MG/ML, T5  
STIOLTO AER 2.5-2.5, T3, QL  
STIVARGA TAB 40MG, T5, PA, QL  
STREPTOMYCIN INJ 1GM, T3  
STRIBILD TAB, T5, QL  
sucralfate tab 1gm, T2  
SULF/PRED NA SOL OP, T2  
sulfacet sod sol 10% op, T2

sulfacetamid lot 10%, T3  
SULFADIAZINE TAB 500MG, T3  
sulfasalazin tab 500mg, T2  
sulfasalazin tab 500mg dr, T2  
sulindac tab 150mg, T2, QL  
sulindac tab 200mg, T2, QL  
sumatriptan inj 4mg/0.5 (auto-injector), T5  
sumatriptan inj 4mg/0.5 (soln cartridge), T3  
sumatriptan inj 6mg/0.5, T3  
sumatriptan spr 20mg/act, T3, QL  
sumatriptan spr 5mg/act, T3, QL  
sumatriptan tab 100mg, T2, QL  
sumatriptan tab 25mg, T2, QL  
sumatriptan tab 50mg, T2, QL  
SUPRAX CAP 400MG, T4  
SUPRAX CHW 100MG, T3  
SUPRAX CHW 200MG, T3  
SUPREP BOWEL SOL PREP KIT, T4  
SUTENT CAP 12.5MG, T5, PA, QL  
SUTENT CAP 25MG, T5, PA, QL  
SUTENT CAP 37.5MG, T5, PA, QL  
SUTENT CAP 50MG, T5, PA, QL  
syeda tab 3-0.03mg, T2  
SYLATRON KIT 200MCG, T5, PA  
SYLATRON KIT 300MCG, T5, PA  
SYLATRON KIT 600MCG, T5, PA  
SYMBICORT AER 160-4.5, T3, QL  
SYMBICORT AER 80-4.5, T3, QL  
SYMDEKO TAB 100-150, T5, PA, QL  
SYMFI LO TAB, T5, QL  
SYMFI TAB, T5, QL  
SYMLINPEN 60 INJ 1000MCG, T5  
SYMLNPEN 120 INJ 1000MCG, T5  
SYMPAZAN MIS 10MG, T5, PA, QL  
SYMPAZAN MIS 20MG, T5, PA, QL  
SYMPAZAN MIS 5MG, T5, PA, QL  
SYMTUZA TAB, T5, QL  
SYNAREL SOL 2MG/ML, T5  
SYNJARDY TAB, T3, QL  
SYNJARDY TAB 12.5-500, T3, QL

## GUÍA DE SIGLAS:

PA: Autorización previa  
QL: Límites de cantidad  
ST: Tratamiento escalonado

T 1: Medicamentos genéricos preferidos  
T 2: Medicamentos genéricos  
T 3: Medicamentos de marca preferidos

T 4: Medicamentos de marca no preferidos  
T 5: Medicamentos especializados  
T 6: Medicamentos de atención selecta

SYNJARDY TAB 5-1000MG, T3, QL  
 SYNJARDY TAB 5-500MG, T3, QL  
 SYNJARDY XR TAB, T3, QL  
 SYNJARDY XR TAB 10-1000, T3, QL  
 SYNJARDY XR TAB 25-1000, T3, QL  
 SYNJARDY XR TAB 5-1000MG, T3,  
 QL  
 SYNRIPO INJ 3.5MG, T5, PA  
 SYNTHROID TAB 100MCG, T4  
 SYNTHROID TAB 112MCG, T4  
 SYNTHROID TAB 125MCG, T4  
 SYNTHROID TAB 137MCG, T4  
 SYNTHROID TAB 150MCG, T4  
 SYNTHROID TAB 175MCG, T4  
 SYNTHROID TAB 200MCG, T4  
 SYNTHROID TAB 25MCG, T4  
 SYNTHROID TAB 300MCG, T4  
 SYNTHROID TAB 50MCG, T4  
 SYNTHROID TAB 75MCG, T4  
 SYNTHROID TAB 88MCG, T4

## T

TABLOID TAB 40MG, T4  
 tacrolimus cap 0.5mg, T3, PA  
 tacrolimus cap 1mg, T3, PA  
 tacrolimus cap 5mg, T3, PA  
 tacrolimus oin 0.03%, T3, PA  
 tacrolimus oin 0.1%, T3, PA  
 tadalafil tab 20mg, T5, PA, QL  
 TAFINLAR CAP 50MG, T5, PA, QL  
 TAFINLAR CAP 75MG, T5, PA, QL  
 TAGRISSO TAB 40MG, T5, PA, QL  
 TAGRISSO TAB 80MG, T5, PA, QL  
 TALZENNA CAP 0.25MG, T5, PA, QL  
 TALZENNA CAP 1MG, T5, PA, QL  
 tamoxifen tab 10mg, T2  
 tamoxifen tab 20mg, T2  
 tamsulosin cap 0.4mg, T1, QL  
 TARGRETIN GEL 1%, T5  
 tarina 24 fe tab, T2  
 tarina fe tab 1/20, T2  
 TASIGNA CAP 150MG, T5, PA, QL

TASIGNA CAP 200MG, T5, PA, QL  
 TASIGNA CAP 50MG, T5, PA, QL  
 tazarotene cre 0.1%, T3, PA  
 tazicef inj 1gm, T3  
 tazicef inj 2gm, T3  
 tazicef inj 6gm, T3  
 TAZORAC CRE 0.05%, T4, PA  
 TAZORAC GEL 0.05%, T4, PA  
 TAZORAC GEL 0.1%, T4, PA  
 taztia xt cap 120mg/24, T2  
 taztia xt cap 180mg/24, T2  
 taztia xt cap 240mg/24, T2  
 taztia xt cap 300mg er, T2  
 taztia xt cap 360mg/24, T2  
 TDVAX INJ 2-2 LF, T3, PA  
 TECFIDERA CAP 120MG, T5, PA, QL  
 TECFIDERA CAP 240MG, T5, PA, QL  
 TECFIDERA MIS STARTER, T5, PA,  
 QL  
 TEFLARO INJ 400MG, T5  
 TEFLARO INJ 600MG, T5  
 TEKURNA HCT TAB 150-12.5, T3,  
 QL  
 TEKURNA HCT TAB 150-25MG,  
 T3, QL  
 TEKURNA HCT TAB 300-12.5, T3,  
 QL  
 TEKURNA HCT TAB 300-25MG,  
 T3, QL  
 telmisa/hctz tab 40-12.5, T6, QL  
 telmisa/hctz tab 80-12.5, T6, QL  
 telmisa/hctz tab 80-25mg, T6, QL  
 telmisartan tab 20mg, T6, QL  
 telmisartan tab 40mg, T6, QL  
 telmisartan tab 80mg, T6, QL  
 temazepam cap 15mg, T1, QL  
 temazepam cap 30mg, T1, QL  
 TENCON TAB 50-325MG, T3, PA, QL  
 TENIVAC INJ 5-2LF, T3, PA  
 tenofovir tab 300mg, T4, QL  
 terazosin cap 10mg, T1, QL  
 terazosin cap 1mg, T1, QL

terazosin cap 2mg, T1, QL  
 terazosin cap 5mg, T1, QL  
 terbinafine tab 250mg, T1  
 terbutaline tab 2.5mg, T3  
 terbutaline tab 5mg, T3  
 terconazole cre 0.4%, T3  
 TERCONAZOLE CRE 0.8%, T3  
 terconazole sup 80mg, T3  
 testost cyp inj 100mg/ml, T2  
 testost cyp inj 200mg/ml, T2  
 testost enan inj 200mg/ml, T3  
 testosterone gel 1.62%, T4, PA, QL  
 testosterone gel 1%(25mg), T4, PA,  
 QL  
 testosterone gel 1%(50mg), T4, PA,  
 QL  
 TESTOSTERONE GEL PUMP 1%, T4,  
 PA, QL  
 testosterone sol 30mg/act, T4, PA,  
 QL  
 tetrabenazin tab 12.5mg, T5, PA,  
 QL  
 tetrabenazin tab 25mg, T5, PA, QL  
 tetracycline cap 250mg, T3  
 tetracycline cap 500mg, T3  
 THALOMID CAP 100MG, T5, PA, QL  
 THALOMID CAP 150MG, T5, PA, QL  
 THALOMID CAP 200MG, T5, PA, QL  
 THALOMID CAP 50MG, T5, PA, QL  
 theophylline tab 100mg cr, T2  
 theophylline tab 200mg cr, T2  
 theophylline tab 300mg er, T2  
 theophylline tab 400mg er, T2  
 theophylline tab 600mg er, T2  
 thioridazine tab 100mg, T2  
 thioridazine tab 10mg, T2  
 thioridazine tab 25mg, T2  
 thioridazine tab 50mg, T2  
 thiothixene cap 10mg, T3  
 thiothixene cap 1mg, T3  
 thiothixene cap 2mg, T3  
 thiothixene cap 5mg, T3

**La cobertura de medicamentos varía según la forma de dosificación. Si bien un medicamento puede aparecer en la lista de medicamentos cubiertos, la forma de dosificación particular podría no satisfacer los requisitos de cobertura. Consulte el formulario completo para obtener información detallada sobre cobertura.** La mayoría de los medicamentos genéricos están escritos en letras minúsculas. La mayoría de los medicamentos de marca están escritos en letras mayúsculas. Los medicamentos del nivel 6 se encuentran disponibles con un copago de \$0 para obtener un suministro para entre 90 y 100 días en todas las farmacias de la red. Los beneficios de farmacia están sujetos a cambio.

tiagabine tab 12mg, T3  
 tiagabine tab 16mg, T3  
 tiagabine tab 2mg, T3  
 tiagabine tab 4mg, T3  
 TIBSOVO TAB 250MG, T5, PA, QL  
 tigecycline inj 50mg, T5  
 TIMOLOL GEL SOL 0.25% OP, T3  
 TIMOLOL GEL SOL 0.5% OP, T3  
 timolol mal sol 0.25% op, T1  
 timolol mal sol 0.5% op, T1  
 TIMOLOL MAL TAB 10MG, T3  
 TIMOLOL MAL TAB 20MG, T3  
 timolol mal tab 5mg, T2  
 timolol male sol 0.5%, T3  
 TIVICAY TAB 10MG, T4, QL  
 TIVICAY TAB 25MG, T5, QL  
 TIVICAY TAB 50MG, T5, QL  
 tizanidine cap 2mg, T3  
 tizanidine cap 4mg, T3  
 tizanidine cap 6mg, T3  
 tizanidine tab 2mg, T2  
 tizanidine tab 4mg, T2  
 tobra/dexame sus 0.3-0.1%, T3  
 TOBRADEX OIN 0.3-0.1%, T4  
 TOBRAMYCIN INJ 10MG/ML, T3  
 tobramycin inj 40mg/ml, T3  
 tobramycin neb 300/5ml, T5, PA  
 tobramycin sol 0.3% op, T2  
 tolcapone tab 100mg, T5  
 TOLMETIN SOD CAP 400MG, T3,  
 QL  
 tolterodine cap 2mg er, T3, QL  
 tolterodine cap 4mg er, T3, QL  
 tolterodine tab 1mg, T3, QL  
 tolterodine tab 2mg, T3, QL  
 topiramate cap 15mg, T3  
 topiramate cap 25mg, T2  
 topiramate tab 100mg, T1  
 topiramate tab 200mg, T1  
 topiramate tab 25mg, T1  
 topiramate tab 50mg, T1  
 toremifene tab 60mg, T5  
 torsemide tab 100mg, T1  
 torsemide tab 10mg, T1  
 torsemide tab 20mg, T1  
 torsemide tab 5mg, T1  
 TOUJEO MAX INJ 300IU/ML, T3, QL  
 TOUJEO SOLO INJ 300IU/ML, T3,  
 QL  
 TOVIAZ TAB 4MG, T3, QL  
 TOVIAZ TAB 8MG, T3, QL  
 TRACLEER TAB 32MG, T5, PA, QL  
 TRADJENTA TAB 5MG, T4, QL  
 tramadol/apap tab 37.5-325, T3, QL  
 tramadol hcl tab 100mg er, T3, QL  
 tramadol hcl tab 200mg er, T3, QL  
 tramadol hcl tab 300mg er, T2, PA,  
 QL  
 tramadol hcl tab 50mg, T1, QL  
 trandolapril tab 1mg, T6  
 trandolapril tab 2mg, T6  
 trandolapril tab 4mg, T6  
 tranex acid tab 650mg, T3  
 tranylcyprom tab 10mg, T3  
 TRAVATAN Z DRO 0.004%, T3  
 trazodone tab 100mg, T1  
 trazodone tab 150mg, T1  
 trazodone tab 300mg, T3  
 trazodone tab 50mg, T1  
 TRECATOR TAB 250MG, T4  
 TRELEGY AER ELLIPTA, T3, QL  
 TRELSTAR MIX INJ 11.25MG, T5, PA  
 TRELSTAR MIX INJ 22.5MG, T5, PA  
 TRELSTAR MIX INJ 3.75MG, T5, PA  
 TRESIBA FLEX INJ 100UNIT, T3, QL  
 TRESIBA FLEX INJ 200UNIT, T3, QL  
 TRESIBA INJ 100UNIT, T3, QL  
 tretinoin cap 10mg, T5, PA  
 tretinoin cre 0.025%, T3  
 tretinoin cre 0.05%, T3  
 tretinoin cre 0.1%, T3  
 tretinoin gel 0.01%, T3  
 tretinoin gel 0.025%, T3  
 tri-estaryll tab, T2  
 tri-legest tab fe, T2  
 tri-lo tab estaryll, T2  
 tri-lo- tab sprintec, T2  
 tri-mili tab, T2  
 tri-previfem tab, T2  
 tri-sprintec tab, T2  
 tri-vylibra tab, T2  
 tri-vylibra tab lo, T2  
 triamcinolon cre 0.025%, T2, QL  
 triamcinolon cre 0.1%, T2, QL  
 triamcinolon cre 0.5%, T2, QL  
 triamcinolon lot 0.025%, T2, QL  
 triamcinolon lot 0.1%, T2, QL  
 triamcinolon oin 0.025%, T2, QL  
 triamcinolon oin 0.1%, T2, QL  
 triamcinolon oin 0.5%, T2, QL  
 triamcinolon pst den 0.1%, T3  
 triamt/hctz cap 37.5-25, T1  
 triamt/hctz tab 37.5-25, T1  
 triamt/hctz tab 75-50mg, T1  
 triazolam tab 0.25mg, T3  
 triderm cre 0.1%, T2, QL  
 trientine cap 250mg, T5, PA, QL  
 trifluoperaz tab 10mg, T3  
 trifluoperaz tab 1mg, T3  
 trifluoperaz tab 2mg, T3  
 trifluoperaz tab 5mg, T3  
 TRIFLURIDINE SOL 1% OP, T3  
 trihexyphen tab 2mg, T2  
 trihexyphen tab 5mg, T2  
 trilyte sol, T2  
 trimethoprim tab 100mg, T2  
 trimipramine cap 100mg, T3, PA  
 trimipramine cap 25mg, T3, PA  
 trimipramine cap 50mg, T3, PA  
 TRINTELLIX TAB 10MG, T4, QL  
 TRINTELLIX TAB 20MG, T4, QL  
 TRINTELLIX TAB 5MG, T4, QL  
 TRIUMEQ TAB, T5, QL  
 trivora-28 tab, T2  
 trospium chl cap 60mg er, T2, QL  
 trospium cl tab 20mg, T2, QL

## GUÍA DE SIGLAS:

PA: Autorización previa  
 QL: Límites de cantidad  
 ST: Tratamiento escalonado

T 1: Medicamentos genéricos preferidos  
 T 2: Medicamentos genéricos  
 T 3: Medicamentos de marca preferidos

T 4: Medicamentos de marca no preferidos  
 T 5: Medicamentos especializados  
 T 6: Medicamentos de atención selecta

TRULICITY INJ 0.75/0.5, T3, QL, ST  
TRULICITY INJ 1.5/0.5, T3, QL, ST  
TRUMENBA INJ, T3  
TRUVADA TAB 100-150, T5, QL  
TRUVADA TAB 133-200, T5, QL  
TRUVADA TAB 167-250, T5, QL  
TRUVADA TAB 200-300, T5, QL  
TWINRIX INJ, T3  
TYBOST TAB 150MG, T3, QL  
tydemy tab, T3  
TYKERB TAB 250MG, T5, PA, QL  
TYMLOS INJ, T5, PA  
TYPHIM VI INJ, T3

## U

UDENYCA INJ 6MG/.6ML, T5, PA  
unithroid tab 100mcg, T1  
unithroid tab 112mcg, T1  
unithroid tab 125mcg, T1  
unithroid tab 150mcg, T1  
unithroid tab 175mcg, T1  
unithroid tab 200mcg, T1  
unithroid tab 25mcg, T1  
unithroid tab 300mcg, T1  
unithroid tab 50mcg, T1  
unithroid tab 75mcg, T1  
unithroid tab 88mcg, T1  
UPTRAVI TAB 1000MCG, T5, PA, QL  
UPTRAVI TAB 1200MCG, T5, PA, QL  
UPTRAVI TAB 1400MCG, T5, PA, QL  
UPTRAVI TAB 1600MCG, T5, PA, QL  
UPTRAVI TAB 200/800, T5, PA, QL  
UPTRAVI TAB 200MCG, T5, PA, QL  
UPTRAVI TAB 400MCG, T5, PA, QL  
UPTRAVI TAB 600MCG, T5, PA, QL  
UPTRAVI TAB 800MCG, T5, PA, QL  
ursodiol cap 300mg, T4  
ursodiol tab 250mg, T2  
ursodiol tab 500mg, T2

## V

valacyclovir tab 1gm, T2

valacyclovir tab 500mg, T2  
VALCHLOR GEL 0.016%, T5  
valganciclov sol 50mg/ml, T5  
valganciclov tab 450mg, T5  
valproic acid cap 250mg, T2  
valproic acid sol 250/5ml, T2  
valsart/hctz tab 160-12.5, T6, QL  
valsart/hctz tab 160-25mg, T6, QL  
valsart/hctz tab 320-12.5, T6, QL  
valsart/hctz tab 320-25mg, T6, QL  
valsart/hctz tab 80-12.5, T6, QL  
valsartan tab 160mg, T6, QL  
valsartan tab 320mg, T6, QL  
valsartan tab 40mg, T6, QL  
valsartan tab 80mg, T6, QL  
vancomycin cap 125mg, T3, QL  
vancomycin cap 250mg, T5, QL  
vancomycin inj 1000mg, T3  
vancomycin inj 10gm, T3  
VANCOMYCIN INJ 250MG, T4  
vancomycin inj 500mg, T3  
vancomycin inj 750mg, T3  
vandazole gel 0.75%, T3  
VAQTA INJ 25/0.5ML, T3  
VAQTA INJ 50UNT/ML, T3  
VARIVAX INJ, T3  
VASCEPA CAP 0.5GM, T3  
VASCEPA CAP 1GM, T3  
velivet pak, T2  
VELTASSA POW 16.8GM, T5  
VELTASSA POW 25.2GM, T5  
VELTASSA POW 8.4GM, T5  
VENCLEXTA TAB 100MG, T5, PA, QL  
VENCLEXTA TAB 10MG, T4, PA, QL  
VENCLEXTA TAB 50MG, T5, PA, QL  
VENCLEXTA TAB START PK, T5, PA, QL  
venlafaxine cap 150mg er, T1, QL  
venlafaxine cap 37.5 er, T1, QL  
venlafaxine cap 75mg er, T1, QL  
venlafaxine tab 100mg, T2, QL  
venlafaxine tab 150mg er, T4, QL

venlafaxine tab 225mg er, T4, QL  
venlafaxine tab 25mg, T2, QL  
venlafaxine tab 37.5 er, T4, QL  
venlafaxine tab 37.5mg, T2, QL  
venlafaxine tab 50mg, T2, QL  
venlafaxine tab 75mg, T2, QL  
venlafaxine tab 75mg er, T4, QL  
VENTAVIS SOL 10MCG/ML, T5, PA, QL  
VENTAVIS SOL 20MCG/ML, T5, PA, QL  
VENTOLIN HFA AER, T3, QL  
verapamil cap 100mg er, T2  
verapamil cap 120mg er, T2  
verapamil cap 180mg er, T2  
verapamil cap 200mg er, T2  
verapamil cap 240mg er, T2  
VERAPAMIL CAP 300MG ER, T2  
VERAPAMIL CAP 360MG SR, T2  
verapamil tab 120mg, T1  
verapamil tab 120mg er, T1  
verapamil tab 180mg er, T1  
verapamil tab 240mg er, T1  
verapamil tab 40mg, T1  
verapamil tab 80mg, T1  
VERSACLOZ SUS 50MG/ML, T5, PA, QL  
VERZENIO TAB 100MG, T5, PA, QL  
VERZENIO TAB 150MG, T5, PA, QL  
VERZENIO TAB 200MG, T5, PA, QL  
VERZENIO TAB 50MG, T5, PA, QL  
vicodin es tab 7.5-300, T3, QL  
vicodin hp tab 10-300mg, T3, QL  
vicodin tab 5-300mg, T3, QL  
VICTOZA INJ 18MG/3ML, T3, QL, ST  
VIDEX EC CAP 125MG, T4, QL  
VIDEX EC CAP 200MG, T4, QL  
VIDEX EC CAP 250MG, T4, QL  
VIDEX EC CAP 400MG, T4, QL  
VIDEX SOL 4GM, T4, QL  
VIEKIRA PAK TAB, T5, PA  
vienva tab 0.1-20, T2

**La cobertura de medicamentos varía según la forma de dosificación. Si bien un medicamento puede aparecer en la lista de medicamentos cubiertos, la forma de dosificación particular podría no satisfacer los requisitos de cobertura. Consulte el formulario completo para obtener información detallada sobre cobertura.** La mayoría de los medicamentos genéricos están escritos en letras minúsculas. La mayoría de los medicamentos de marca están escritos en letras mayúsculas. Los medicamentos del nivel 6 se encuentran disponibles con un copago de \$0 para obtener un suministro para entre 90 y 100 días en todas las farmacias de la red. Los beneficios de farmacia están sujetos a cambio.

vigabatrin pak 500mg, T5, QL  
 vigabatrin tab 500mg, T5, QL  
 vigadrone pow 500mg, T5, QL  
 VIIBRYD KIT STARTER, T4, QL  
 VIIBRYD TAB 10MG, T4, QL  
 VIIBRYD TAB 20MG, T4, QL  
 VIIBRYD TAB 40MG, T4, QL  
 VIMPAT SOL 10MG/ML, T3  
 VIMPAT TAB 100MG, T3  
 VIMPAT TAB 150MG, T3  
 VIMPAT TAB 200MG, T3  
 VIMPAT TAB 50MG, T3  
 VIRACEPT TAB 250MG, T5, QL  
 VIRACEPT TAB 625MG, T5, QL  
 VIREAD POW 40MG/GM, T5, QL  
 VIREAD TAB 150MG, T5, QL  
 VIREAD TAB 200MG, T5, QL  
 VIREAD TAB 250MG, T5, QL  
 VITRAKVI CAP 100MG, T5, PA, QL  
 VITRAKVI CAP 25MG, T5, PA, QL  
 VITRAKVI SOL 20MG/ML, T5, PA,  
 QL  
 VIVITROL INJ 380MG, T5  
 VIZIMPRO TAB 15MG, T5, PA, QL  
 VIZIMPRO TAB 30MG, T5, PA, QL  
 VIZIMPRO TAB 45MG, T5, PA, QL  
 voriconazole inj 200mg, T3, PA  
 voriconazole sus 40mg/ml, T5, PA  
 voriconazole tab 200mg, T5, PA  
 voriconazole tab 50mg, T5, PA  
 VOSEVI TAB, T5, PA  
 VOTRIENT TAB 200MG, T5, PA, QL  
 VRAYLAR CAP 1.5MG, T4, PA, QL  
 VRAYLAR CAP 3MG, T5, PA, QL  
 VRAYLAR CAP 4.5MG, T5, PA, QL  
 VRAYLAR CAP 6MG, T4, PA, QL  
 vyfemla tab 0.4-35, T2  
 vylibra tab 0.25-35, T2

## W

warfarin tab 10mg, T1  
 warfarin tab 1mg, T1

warfarin tab 2.5mg, T1  
 warfarin tab 2mg, T1  
 warfarin tab 3mg, T1  
 warfarin tab 4mg, T1  
 warfarin tab 5mg, T1  
 warfarin tab 6mg, T1  
 warfarin tab 7.5mg, T1  
 wymzya fe chw 0.4mg-35, T2

## X

XALKORI CAP 200MG, T5, PA, QL  
 XALKORI CAP 250MG, T5, PA, QL  
 XARELTO STAR TAB 15/20MG, T3,  
 QL  
 XARELTO TAB 10MG, T3, QL  
 XARELTO TAB 15MG, T3, QL  
 XARELTO TAB 2.5MG, T3, QL  
 XARELTO TAB 20MG, T3, QL  
 XATMEP SOL 2.5MG/ML, T4, PA  
 XELJANZ TAB 10MG, T5, PA  
 XELJANZ TAB 5MG, T5, PA  
 XGEVA INJ, T5, PA  
 XIFAXAN TAB 550MG, T5, PA, QL  
 XOFLUZA TAB 20MG, T4  
 XOFLUZA TAB 40MG, T4  
 XOLAIR INJ 150MG/ML, T5, PA  
 XOLAIR INJ 75/0.5, T5, PA  
 XOLAIR SOL 150MG, T5, PA  
 XOPENEX HFA AER, T4, QL  
 XOSPATA TAB 40MG, T5, PA, QL  
 XTAMPZA ER CAP 13.5MG, T3, QL  
 XTAMPZA ER CAP 18MG, T3, QL  
 XTAMPZA ER CAP 27MG, T3, QL  
 XTAMPZA ER CAP 36MG, T3, QL  
 XTAMPZA ER CAP 9MG, T3, QL  
 XTANDI CAP 40MG, T5, PA, QL  
 XYREM SOL 500MG/ML, T5, PA, QL

## Y

YF-VAX INJ, T3  
 YONSA TAB 125MG, T5, PA, QL  
 yuvafem tab 10mcg, T3

## Z

zafirlukast tab 10mg, T3  
 zafirlukast tab 20mg, T3  
 zaleplon cap 10mg, T2, QL  
 zaleplon cap 5mg, T2, QL  
 zarah tab 3-0.03mg, T2  
 zebutal cap, T3, QL  
 ZEJULA CAP 100MG, T5, PA, QL  
 ZELBORAF TAB 240MG, T5, PA, QL  
 zenatane cap 10mg, T3  
 zenatane cap 20mg, T3  
 zenatane cap 30mg, T3  
 zenatane cap 40mg, T3  
 ZENPEP CAP 10000UNT, T3  
 ZENPEP CAP 15000UNT, T3  
 ZENPEP CAP 20000UNT, T3  
 ZENPEP CAP 25000, T3  
 ZENPEP CAP 3000UNIT, T3  
 ZENPEP CAP 40000, T3  
 ZENPEP CAP 5000UNIT, T3  
 zenzedi tab 10mg, T3, QL  
 zenzedi tab 5mg, T3, QL  
 ZEPATIER TAB 50-100MG, T5, PA  
 zidovudine cap 100mg, T2, QL  
 zidovudine syp 50mg/5ml, T3, QL  
 zidovudine tab 300mg, T2, QL  
 ziprasidone cap 20mg, T2, QL  
 ziprasidone cap 40mg, T2, QL  
 ziprasidone cap 60mg, T2, QL  
 ziprasidone cap 80mg, T2, QL  
 ZOHYDRO ER CAP 10MG, T4, PA,  
 QL  
 ZOHYDRO ER CAP 15MG, T4, PA,  
 QL  
 ZOHYDRO ER CAP 20MG, T4, PA,  
 QL  
 ZOHYDRO ER CAP 30MG, T4, PA,  
 QL  
 ZOHYDRO ER CAP 40MG, T4, PA,  
 QL

## GUÍA DE SIGLAS:

PA: Autorización previa  
 QL: Límites de cantidad  
 ST: Tratamiento escalonado

T 1: Medicamentos genéricos preferidos  
 T 2: Medicamentos genéricos  
 T 3: Medicamentos de marca preferidos

T 4: Medicamentos de marca no preferidos  
 T 5: Medicamentos especializados  
 T 6: Medicamentos de atención selecta

ZOHYDRO ER CAP 50MG, T4, PA,  
QL  
ZOLINZA CAP 100MG, T5, PA, QL  
zolpidem er tab 12.5mg, T3, QL  
zolpidem er tab 6.25mg, T3, QL  
zolpidem tab 10mg, T1, QL  
zolpidem tab 5mg, T1, QL  
zonisamide cap 100mg, T2  
zonisamide cap 25mg, T2  
zonisamide cap 50mg, T2  
ZONTIVITY TAB 2.08MG, T4  
ZORTRESS TAB 0.25MG, T5, PA  
ZORTRESS TAB 0.5MG, T5, PA  
ZORTRESS TAB 0.75MG, T5, PA  
ZORTRESS TAB 1MG, T5, PA  
ZOSTAVAX INJ, T3, QL  
zovia 1/35e tab, T2  
ZYDELIG TAB 100MG, T5, PA, QL  
ZYDELIG TAB 150MG, T5, PA, QL  
ZYKADIA CAP 150MG, T5, PA, QL  
ZYKADIA TAB 150MG, T5, PA, QL  
ZYPREXA RELP INJ 210MG, T5, PA,  
QL  
ZYTIGA TAB 500MG, T5, PA, QL

**La cobertura de medicamentos varía según la forma de dosificación. Si bien un medicamento puede aparecer en la lista de medicamentos cubiertos, la forma de dosificación particular podría no satisfacer los requisitos de cobertura. Consulte el formulario completo para obtener información detallada sobre cobertura.** La mayoría de los medicamentos genéricos están escritos en letras minúsculas. La mayoría de los medicamentos de marca están escritos en letras mayúsculas. Los medicamentos del nivel 6 se encuentran disponibles con un copago de \$0 para obtener un suministro para entre 90 y 100 días en todas las farmacias de la red. Los beneficios de farmacia están sujetos a cambio.

#### **GUÍA DE SIGLAS:**

---

PA: Autorización previa  
QL: Límites de cantidad  
ST: Tratamiento escalonado

T 1: Medicamentos genéricos preferidos  
T 2: Medicamentos genéricos  
T 3: Medicamentos de marca preferidos

T 4: Medicamentos de marca no preferidos  
T 5: Medicamentos especializados  
T 6: Medicamentos de atención selecta



Si tiene preguntas sobre la inscripción, llame al

**1-888-979-2247 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**

De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) y de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre (excepto días feriados) o visite [alignmenthealthplan.com](http://alignmenthealthplan.com)

Alignment Health Plan es un plan HMO, PPO y un plan de necesidades especiales (SNP, por sus siglas en inglés) de la HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en Alignment Health Plan depende de la renovación del contrato. Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Comuníquese con el plan para obtener más información. Se pueden aplicar limitaciones, copagos y restricciones. El formulario y/o la red de farmacias pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario.

Y0141\_20046SP\_M



# **GUÍA DE BENEFICIOS DENTALES DE 2020**



**Alignment Health Plan (AHP) ofrece con orgullo Alignment Dental Plan. Este plan odontológico integral no tiene prima mensual, no tiene deducibles y posee copagos de bajo costo para más de 250 procedimientos que incluyen controles, limpiezas, cuidado de las encías y trabajos de restauración.**

Este directorio proporciona una lista de los beneficios odontológicos cubiertos de Alignment Health Plan.

AHP tiene contrato con LIBERTY Dental Plan of California Inc. (LDP) para proporcionarle servicios odontológicos y administrativos.

¡Alignment Dental Plan es asequible y fácil de usar! Prácticamente no hay formularios de reclamo para completar, y este plan odontológico de servicio completo ofrece hasta 50% de descuento en las tarifas de servicios básicos. Los beneficios de remisión de especialidades no tienen un máximo anual o de por vida.

Se convierte automáticamente en miembro de Alignment Dental Plan cuando se convierte en miembro de AHP. Su inscripción tiene vigencia a partir del primer día del mes, después de la fecha en que se suscribió a los servicios. Por ejemplo, si se inscribe el 15 de septiembre, su fecha de vigencia será el 1 de octubre. Si se inscribe durante un Período de Inscripción Inicial o durante el Período de Elección Anual, su fecha de vigencia puede variar.

No es necesario que seleccione un dentista específico en el momento de la inscripción. Sin embargo, debe visitar a los proveedores contratados de LDP para utilizar los beneficios odontológicos. Estos proveedores contratados figuran en el Directorio de Proveedores. Es posible que se hayan agregado o eliminado algunos proveedores de nuestra red después de que se imprimió el directorio. No garantizamos que todos los proveedores sigan aceptando nuevos miembros. También puede encontrar la información más reciente de los proveedores en el sitio web del Alignment Health Plan en [alignmenthealthplan.com](http://alignmenthealthplan.com). Siempre pregunte en el consultorio odontológico antes de recibir los servicios para asegurarse de que sea un proveedor contratado de LIBERTY Dental Plan.

Su dentista determinará la atención adecuada que puede necesitar. Los copagos enumerados en el cuadro se aplican a los servicios solo cuando los receta un proveedor de LDP contratado como un procedimiento necesario, adecuado y apropiado para su afección odontológica.

Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con LIBERTY Dental por teléfono a la línea gratuita (866) 454-3008 de lunes a viernes entre las 8:00 a. m. y las 5:00 p. m. (sin incluir los feriados). LIBERTY Dental Plan cuenta con representantes bilingües que pueden ayudarlo en el idioma más conveniente para usted. El cuadro que figura en esta sección muestra todos sus procedimientos odontológicos y copagos cubiertos. No todos los beneficios pueden ser adecuados para usted.



### ► CÓMO RECIBIR LA ATENCIÓN

Los beneficios odontológicos solo están cubiertos si son brindados por un proveedor contratado de LIBERTY Dental Plan. La única vez que usted puede recibir atención fuera de la red de LIBERTY Dental Plan es para obtener los servicios odontológicos de emergencia que se describen luego en esta sección. Recuerde que siempre debe preguntar en el consultorio odontológico antes de recibir los servicios para asegurarse de que sea un proveedor de LIBERTY Dental Plan.

### ► ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE EMERGENCIA

Todos los consultorios odontológicos de atención primaria afiliados a LIBERTY Dental Plan brindan servicios odontológicos de emergencia durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

En caso de que requiera atención odontológica de emergencia, comuníquese con su odontólogo de atención primaria para programar una cita inmediata. Para recibir atención por afecciones odontológicas urgentes o inesperadas que se producen después del horario de atención o durante los fines de semana, comuníquese con su odontólogo de atención primaria para obtener instrucciones sobre cómo proceder.

Si su odontólogo de atención primaria no está disponible, simplemente comuníquese con cualquier odontólogo certificado para recibir atención. LIBERTY Dental Plan le reembolsará los gastos odontológicos hasta un máximo de \$75, menos los copagos aplicables.

Alignment Health Plan brinda cobertura para servicios odontológicos de emergencia solo si los servicios son necesarios para aliviar un dolor intenso o una hemorragia, o si cree, en forma razonable, que el hecho de no recibir un diagnóstico o tratamiento para la afección puede causarle una discapacidad, disfunción o lesión permanente para su salud.

### ► CÓMO OBTENER ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE EMERGENCIA

Los servicios y la atención odontológica de emergencia que cubre LIBERTY Dental Plan incluyen, como define

el Código de Salud y Seguridad, un diagnóstico odontológico, un examen, una evaluación realizada por un odontólogo o un especialista en odontología para determinar si existe una afección odontológica de emergencia, y para brindar atención que cumpla con los estándares de atención reconocidos a nivel profesional y alivie cualquier síntoma de emergencia en un consultorio odontológico. Las emergencias médicas y/o psiquiátricas no están cubiertas por LIBERTY Dental Plan si los servicios se brindan en un entorno hospitalario donde están cubiertos por Alignment Health Plan, o si LIBERTY Dental Plan determina que los servicios no fueron de naturaleza odontológica.

Al momento de la cita, su odontólogo puede recomendar otros procedimientos odontológicos que no se encuentren dentro de los beneficios cubiertos. Los servicios que no están cubiertos pueden incluir implantes, metales especiales utilizados para empastes y coronas, u otros servicios. Si su odontólogo recomienda servicios odontológicos que no están cubiertos por este plan, puede hablar con el profesional para ver si hay otras opciones de tratamiento que estén cubiertas. Si elige aceptar los servicios odontológicos que no están cubiertos por este plan, deberá pagar por esos servicios.

### ► TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO OPCIONAL

El tratamiento odontológico opcional es cualquier procedimiento que consiste en:

- Una actualización de laboratorio odontológico de un material cubierto estándar (se puede aplicar un recargo a los miembros basado en los costos adicionales de laboratorio) o
- Un servicio cubierto más extenso que es una alternativa a un servicio odontológico cubierto adecuado, pero más conservador. Si elige un tratamiento más extenso que el recomendado por su dentista o que es una alternativa a un servicio odontológico cubierto adecuado, pero más conservador, debe pagar la diferencia entre la tarifa habitual y acostumbrada de su consultorio odontológico seleccionado para el tratamiento más extenso, y la tarifa

habitual y acostumbrada para el beneficio cubierto. También debe pagar el copago por los beneficios cubiertos que se enumeran en la tabla de procedimientos odontológicos.

En ocasiones, hay varias opciones clínicas que son reconocidas profesionalmente y que su odontólogo podría considerar para usted. Para garantizar que reciba beneficios odontológicos aceptables de manera consistente, LDP publica sus Políticas Administrativas Aplicables (GAP) y otros criterios y pautas clínicas, y los distribuye a los odontólogos contratados.

Este documento se revisa periódicamente para incorporar las pautas en base a las cuales algunos tratamientos deben considerarse cubiertos u opcionales. Su odontólogo puede consultar estas pautas para determinar el plan de tratamiento que se utilizará.

### ► **ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE EMERGENCIA**

La atención odontológica de emergencia es cualquier servicio odontológico (proporcionado dentro o fuera del área de servicio de Alignment Health Plan) que se requiere para el tratamiento del dolor intenso, la hinchazón, el sangrado o el diagnóstico y el tratamiento de afecciones odontológicas imprevistas que, si no se tratan de inmediato, pueden provocar discapacidad, disfunción o daño permanente a su salud.

### ► **ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE EMERGENCIA EN EL ÁREA**

Si cree que necesita atención odontológica de emergencia y se encuentra dentro del área de servicio de Alignment Health Plan, llame a su odontólogo general seleccionado de inmediato. El personal del consultorio odontológico le recomendará qué hacer. Su consultorio odontológico está disponible en caso de emergencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

### ► **ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE EMERGENCIA FUERA DEL ÁREA**

Si se encuentra fuera del área de servicio de Alignment Health Plan y necesita atención odontológica de emergencia, puede visitar a cualquier odontólogo con licencia. Los servicios que reciba del odontólogo fuera del área están cubiertos hasta \$75 (menos los copagos de los miembros correspondientes) siempre que una transferencia a un proveedor de la red sea un riesgo

para su salud. Para obtener el reembolso, envíe su solicitud de reembolso, recibo de pago y descripción de los servicios provistos por escrito a:

Alignment Health Plan  
Attn: Member Services Department  
1100 W. Town and Country Rd., Suite 300  
Orange, CA 92868

Existen límites de tiempo para presentar reclamos de reembolso. En general, las facturas de reembolso deben enviarse a LDP dentro de los 6 meses posteriores a la fecha del servicio, a menos que exista un motivo para presentarlas más tarde.

### ► **DENEGACIÓN DE UN RECLAMO DE REEMBOLSO POR ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE EMERGENCIA FUERA DEL ÁREA**

Si su reclamo de reembolso por atención odontológica de emergencia fuera del área se rechaza de forma parcial o total, LDP le notificará por escrito la decisión. El aviso establece el motivo específico de la denegación y le informa que puede solicitar una reconsideración de la denegación.

Para solicitar una revisión de la denegación o denegación parcial, envíe una notificación por escrito a Alignment Health Plan dentro de los sesenta (60) días posteriores a la recepción de la notificación de denegación.

### ► **OBTENCIÓN DE UNA REMISIÓN A UN ESPECIALISTA ODONTOLÓGICO**

Su odontólogo de atención primaria seleccionado evaluará si necesita una remisión a un especialista odontológico. En casos de emergencias odontológicas que requieren la atención de un especialista, su odontólogo de atención primaria seleccionado se comunicará con LDP por teléfono para solicitar una remisión de emergencia. Para remisiones que no son de emergencia, se aplican los siguientes procedimientos:

- Su odontólogo de atención primaria seleccionado completa un formulario de remisión por escrito para usted y lo envía por correo a LDP.
- El personal de LDP procesa la solicitud de remisión y solicita su revisión por un odontólogo. La remisión, si es aprobada por LDP, se hace a un especialista contratado con LDP que trabaje en su área. Si no hay

especialistas contratados ubicados en su área, LDP puede aprobar el tratamiento de un especialista no contratado en su área.

Para que un especialista en LDP cubra los beneficios odontológicos, primero debe obtener una remisión de su odontólogo de atención primaria de LDP.

Cuando se aprueba, se brindan servicios especializados y su responsabilidad se limita a los copagos aplicables:

- No hay un máximo anual para los servicios cubiertos de atención especializada.

Si LDP no ha autorizado su remisión a un especialista, por escrito y por adelantado, LDP no está obligado a pagar los servicios prestados.

### ► **OBTENCIÓN DE UNA SEGUNDA OPINIÓN PARA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA**

Puede solicitar una segunda opinión sobre su atención odontológica a otro odontólogo que tenga contrato con LDP si:

- No está satisfecho con el tratamiento que recibió de su odontólogo seleccionado;
- Tiene dudas sobre un plan de tratamiento propuesto;
- No está de acuerdo con las recomendaciones de su odontólogo seleccionado o del Director de LDP; o
- No está satisfecho con la calidad del trabajo odontológico que se realiza.

La comparación de precios con respecto a un procedimiento o plan de tratamiento propuesto no es motivo suficiente para obtener una segunda opinión.

### ► **SELECCIÓN DE OTRO ODONTÓLOGO**

Puede seleccionar cualquier proveedor dentro de la red de proveedores de LDP.

Nota: Si adeuda dinero a su odontólogo en el momento en que desea una transferencia a otro odontólogo, primero debe pagar cualquier cantidad adeudada a su odontólogo actual. Si cambia de odontólogo, usted es responsable de una tarifa nominal por la duplicación y transferencia de radiografías u otros registros a su nuevo odontólogo.

Los odontólogos contratados pueden expulsar a un miembro de su consultorio cuando ocurre una crisis en una relación viable médico-paciente o no se puede establecer una relación. LDP no puede obligar

ni exigir a un dentista contratado que trate a ningún miembro por ningún motivo. Los representantes de servicio al cliente de LDP ayudarán a los miembros a seleccionar un nuevo odontólogo; comuníquese con Servicios para Miembros al 1-866-454-3008.

LDP le notificará al menos treinta (30) días antes de la fecha de finalización efectiva con el odontólogo para que pueda seleccionar otro odontólogo.

Si LDP o el odontólogo le notifican que esto ha ocurrido, no se cobrarán las tarifas por la duplicación ni transferencia de radiografías u otros registros.

Por lo general, los miembros no pueden cambiar de odontólogo si se encuentran en medio de un procedimiento de múltiples visitas donde se ha producido una impresión final para la fabricación de un aparato dental, a menos que se pueda mostrar una causa excepcional. Esto incluye coronas, incrustaciones y recubrimientos (procedimientos restauradores avanzados), prótesis parciales removibles y prótesis completas (prostodoncia removible) y componentes de puentes (prostodoncia fija).

En los casos en que LDP permita la transferencia en medio del procedimiento, es posible que se le cobren los cargos de laboratorio en que incurra el odontólogo para fabricar el aparato dental. Los cargos no pueden exceder los copagos indicados para los procedimientos cubiertos. Además, se le pueden cobrar los cargos de laboratorio por las características opcionales que le haya indicado su odontólogo.

### ► **SI SU ODONTÓLOGO YA NO TIENE CONTRATO CON LIBERTY DENTAL PLAN OF CALIFORNIA, INC.**

Si el odontólogo no puede continuar su contrato con LDP o si LDP cancela el contrato, LDP le notificará al menos treinta (30) días antes de la fecha de finalización efectiva del contrato con el odontólogo. Se cancelarán sus tarifas por la duplicación y transferencia de radiografías u otros registros.



### ► \*PAUTAS PARA INCRUSTACIONES, RECUBRIMIENTOS, CORONAS, PÓNTICOS Y PILARES

El monto máximo que debe pagar el miembro para una mejora de resina o porcelana en un molar (número de diente 1-3, 14-19, 30-32) o mejora de metal noble, metal altamente noble, aleación de titanio o titanio es de \$250.00.

Las restauraciones de marca (p. ej., Sunrise, Captek, Vitadure-N, Hi-Ceram, Optec, HSP, In-Ceram, Empress, Cerec, AllCeram, Procera, Lava, etc.) pueden considerarse procedimientos mejorados electivos si sus códigos de procedimientos CPT relacionados no están detallados como beneficios cubiertos.

Las coronas y puentes de resina, porcelana y cualquier resina sobre metal o porcelana sobre metal son un beneficio solo para los dientes anteriores (números de dientes 6-11, 22-27), los primeros premolares (números de dientes 5, 12, 21 y 28) y los segundos premolares (números de dientes 4, 13, 20 y 29). El miembro pagará el costo de laboratorio adicional para agregar resina o porcelana a todas las coronas o puentes de los molares (números de dientes 1-3, 14-19, 30-32).

Las restauraciones de metal base fundido están cubiertas para los molares. Las coronas de compuesto a base de resina y de porcelana sobre metal pueden considerarse procedimientos mejorados electivos. La adición de un margen de porcelana puede considerarse un procedimiento mejorado electivo.

Si se los elige, el metal noble, el metal muy noble o el titanio pueden considerarse un procedimiento mejorado electivo.

### ► PAUTAS PARA SERVICIOS PERIODONTALES

No se permiten más de dos (2) cuadrantes de raspado periodontal y alisado radicular por consulta/por día.

### ► LIMITACIONES

1. La profilaxis se cubre una vez cada seis meses consecutivos.
2. Las radiografías de boca completa se limitan a una vez cada treinta y seis (36) meses consecutivos.
3. Los tratamientos con flúor se cubren una vez cada seis (6) meses consecutivos.
4. Los selladores y las reparaciones de selladores están cubiertas solo en el primer y segundo molar permanente y hasta la edad de catorce (14) años.
5. Las coronas, fundas, las incrustaciones y recubrimientos son beneficios para el mismo diente solo una vez cada cinco (5) años y son consistentes con los estándares profesionales reconocidos de la práctica odontológica.
6. El reemplazo de las dentaduras postizas completas y parciales existentes está cubierto una vez, por arco dental, cada cinco (5) años, excepto cuando no se pueden restaurar mediante un revestimiento o reparación.
7. Los recubrimientos para dentaduras postizas están cubiertos dos veces al año, y solo cuando sean consistentes con los estándares profesionales reconocidos de la práctica odontológica.
8. Cualquier servicio odontológico de rutina realizado por un odontólogo general (DDS) o un médico de cirugía dental o un médico de medicina dental (DMD) en un entorno hospitalario de internación/ambulatorio, bajo ciertas circunstancias, será considerado para cobertura.

### ► EXCEPCIONES

1. Cualquier procedimiento que no figure específicamente como un Servicio cubierto.
2. Reemplazo de prótesis o aparatos perdidos o robados, entre los que se incluyen coronas, puentes, prótesis parciales, prótesis completas y aparatos de ortodoncia.

3. Cualquier tratamiento solicitado, o aparatos hechos, que no sean necesarios para mantener o mejorar la salud dental, o que sean para fines cosméticos, a menos que estén cubiertos como un beneficio;
4. Procedimientos considerados experimentales, tratamiento con implantes o regímenes farmacológicos distintos de los enumerados como Servicio Cubierto (consulte “Revisión Médica Independiente” en la Evidencia de Cobertura Grupal y el Formulario de Divulgación);
5. Cirugía oral que requiere la fijación de fracturas óseas o luxaciones óseas;
6. Internación;
7. Servicios ambulatorios;
8. Servicios de ambulancia;
9. Equipos médicos duraderos;
10. Servicios de salud mental;
11. Servicios para la dependencia de sustancias químicas;
12. Servicios de atención médica a domicilio;
13. Anestesia general, analgesia, sedación intravenosa/intramuscular o los servicios de un anesthesiólogo que no estén incluidos como Servicio Cubierto;
14. El tratamiento comienza antes de que el miembro sea elegible, o una vez que el miembro ya no es elegible;
15. Procedimientos, aparatos o restauraciones para corregir trastornos dentales congénitos, del desarrollo o inducidos médicamente, que incluyen, entre otros: disfunciones miofuncionales (por. ej., terapia del habla), mioesqueléticas o de la articulación temporomandibular (por ej., ajustes/ correcciones en los huesos faciales) a menos que se cubran de otra manera como un beneficio de ortodoncia;
16. Procedimientos que se determina que no son necesarios desde el punto de vista odontológico de acuerdo con los estándares de práctica odontológica reconocidos profesionalmente;
17. Tratamiento de tumores malignos, quistes o neoplasias;
18. El tratamiento de ortodoncia comenzó antes de la fecha de vigencia de la cobertura del miembro;
19. Aparatos necesarios para aumentar la dimensión vertical o restaurar la oclusión;
20. Cualquier servicio realizado fuera de su consultorio odontológico asignado, a menos que esté expresamente autorizado por Liberty Dental Plan, o a menos que se indique y cubra en la sección “Atención Odontológica de Emergencia”.

# Tabla de beneficios

## SECCIÓN 2



Sin deducible anual, sin máximo anual

CÓDIGO CDT	DESCRIPCIÓN	PAGO DEL COSTO COMPARTIDO DEL MIEMBRO
<b>SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO</b>		
D0120	Evaluación oral periódica	\$0.00
D0140	Evaluación oral limitada	\$0.00
D0150	Evaluación oral integral	\$0.00
D0160	Evaluación oral centrada en el problema	\$0.00
D0170	Reevaluación limitada, centrada en el problema	\$0.00
D0171	Reevaluación, consulta posoperatoria en el consultorio	\$0.00
D0180	Evaluación periodontal integral	\$0.00
D0210	Intraoral, serie completa de radiografías	\$0.00
D0220	Intraoral, radiografía periapical, primera radiografía	\$0.00
D0230	Intraoral, radiografía periapical, cada radiografía adicional	\$0.00
D0240	Intraoral, radiografía oclusal	\$0.00
D0250	Extraoral, radiografía de proyección en 2D, fuente fija de radiación	\$0.00
D0251	Extraoral, radiografía dental posterior	\$0.00
D0270	Radiografía de aleta de mordida, una radiografía	\$0.00
D0272	Radiografías de aleta de mordida, dos radiografías	\$0.00
D0273	Radiografías de aleta de mordida, tres radiografías	\$0.00
D0274	Radiografías de aleta de mordida, cuatro radiografías	\$0.00
D0277	Radiografías de aleta de mordida vertical, 7 a 8 radiografías	\$0.00
D0330	Radiografía panorámica	\$0.00
D0460	Pruebas de vitalidad pulpar	\$0.00
D0470	Moldes de diagnóstico	\$0.00
<b>SERVICIOS PREVENTIVOS</b>		
D1110	Profilaxis, adultos	\$0.00
D1206	Aplicación tópica de barniz de flúor	\$0.00
D1208	Aplicación tópica de flúor (sin barniz)	\$0.00
D1310	Asesoramiento nutricional para control de enfermedades odontológicas	\$0.00
D1320	Asesoramiento sobre consumo de tabaco, control/prevencción de enfermedades orales	\$0.00
D1330	Instrucciones para la higiene oral	\$0.00
D1351	Sellador, por diente	\$0.00
D1352	Restauración preventiva de resina, diente permanente	\$0.00

<b>CÓDIGO CDT</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>PAGO DEL COSTO COMPARTIDO DEL MIEMBRO</b>
D1353	Reparación de sellador, por diente	\$0.00
D1510	Espaciador dental, fijo, unilateral	\$0.00
D1516	Espaciador dental fijo, bilateral, maxilar	\$0.00
D1517	Espaciador dental fijo, bilateral, mandibular	\$0.00
D1520	Espaciador dental, extraíble, unilateral	\$0.00
D1526	Espaciador dental removible, bilateral, maxilar	\$0.00
D1527	Espaciador dental removible, bilateral, mandibular	\$0.00
D1550	Nueva cementación o sellado del espaciador dental	\$0.00
D1555	Extracción del espaciador dental fijo	\$0.00
<b>SERVICIOS DE RESTAURACIÓN</b>		
D2140	Amalgama, una superficie, primaria o permanente	\$29.00
D2150	Amalgama, dos superficies, primaria o permanente	\$34.00
D2160	Amalgama, tres superficies, primaria o permanente	\$39.00
D2161	Amalgama, cuatro o más superficies, primaria o permanente	\$44.00
D2330	Empaste compuesto a base de resina, una superficie, anterior	\$25.00
D2331	Empaste compuesto a base de resina, dos superficies, anterior	\$39.00
D2332	Empaste compuesto a base de resina, tres superficies, anterior	\$44.00
D2335	Empaste compuesto a base de resina, cuatro o más superficies, ángulo incisal	\$49.00
D2390	Corona de compuesto a base de resina, anterior	\$49.00
D2391	Empaste compuesto a base de resina, una superficie, posterior	\$85.00
D2392	Empaste compuesto a base de resina, dos superficies, posterior	\$120.00
D2393	Empaste compuesto a base de resina, tres superficies, posterior	\$140.00
D2394	Empaste compuesto a base de resina, cuatro o más superficies, posterior	\$165.00
D2510	Incrustación de tipo inlay, metálica, una superficie	\$230.00
D2520	Incrustación de tipo inlay, metálica, dos superficies	\$250.00
D2530	Incrustación de tipo inlay, metálica, tres o más superficies	\$275.00
D2542	Incrustación onlay, metálica, dos superficies	\$300.00
D2543	Incrustación onlay, metálica, tres superficies	\$325.00
D2544	Incrustación onlay, metálica, cuatro o más superficies	\$325.00
D2710	Corona, compuesto a base de resina (técnica indirecta)	\$150.00*
D2720	Corona, resina con alto contenido de metales nobles	\$250.00*
D2721	Corona, resina predominantemente de metal base	\$225.00*
D2722	Corona, resina con metal noble	\$250.00*
D2740	Corona, de porcelana/cerámica	\$250.00*
D2750	Corona, porcelana fundida sobre un alto contenido de metales nobles	\$350.00*
D2751	Corona, porcelana fundida sobre metal predominantemente base	\$325.00*
D2752	Corona, porcelana fundida sobre metal noble	\$350.00*

<b>CÓDIGO CDT</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>PAGO DEL COSTO COMPARTIDO DEL MIEMBRO</b>
D2780	Corona, ¾ de aleación con alto contenido de metales nobles	\$350.00*
D2781	Corona, ¾ de aleación predominantemente de metal base	\$325.00
D2782	Corona, ¾ de aleación de metales nobles	\$350.00*
D2790	Corona, metálica con alto contenido de metales nobles	\$350.00*
D2791	Corona, metálica predominantemente de metal base	\$325.00
D2792	Corona, metálica de metales nobles	\$350.00*
D2794	Corona, titanio	\$350.00*
D2910	Nueva cementación o sellado de incrustaciones tipo inlay, incrustaciones onlay, laminados o cobertura parcial	\$20.00
D2915	Nueva cementación o sellado de perno y muñón fabricados indirectamente/prefabricados	\$32.00
D2920	Nueva cementación o sellado de corona	\$20.00
D2930	Corona de acero inoxidable prefabricada, diente principal	\$38.00
D2931	Corona de acero inoxidable prefabricada, diente permanente	\$50.00
D2932	Corona de resina prefabricada	\$60.00
D2933	Corona de acero inoxidable prefabricada con cubierta de resina	\$50.00
D2940	Restauración de protección	\$20.00
D2950	Refuerzo de muñón, incluidas todas las espigas cuando sea necesario	\$42.00
D2951	Retención de espiga, por diente, además de la restauración	\$27.00
D2952	Perno y muñón, además de la corona, fabricados indirectamente	\$65.00
D2953	Cada perno adicional fabricado indirectamente, en el mismo diente	\$50.00
D2954	Perno y muñón prefabricados, además de la corona	\$50.00
D2955	Extracción del perno	\$30.00
D2957	Cada perno adicional prefabricado, en el mismo diente	\$50.00
D2980	Reparación de corona necesaria por fallas en el material de restauración	\$25.00
<b>SERVICIOS DE ENDODONCIA</b>		
D3110	Recubrimiento pulpar, directo (excluye restauración final)	\$15.00
D3120	Recubrimiento pulpar, indirecto (excluye restauración final)	\$15.00
D3220	Pulpotomía terapéutica (no incluye la restauración final)	\$26.00
D3230	Terapia pulpar, diente anterior temporal (excluida restauración final)	\$30.00
D3240	Terapia pulpar, diente posterior temporal (excluida restauración final)	\$30.00
D3310	Terapia de endodoncia, diente anterior (no incluye la restauración final)	\$195.00
D3320	Terapia de endodoncia, diente premolar (no incluye la restauración final)	\$255.00
D3330	Terapia de endodoncia, diente molar (no incluye la restauración final)	\$295.00
D3346	Nuevo tratamiento de terapia previa del conducto radicular, diente anterior	\$165.00
D3347	Nuevo tratamiento de terapia previa del conducto radicular, premolar	\$255.00
D3348	Nuevo tratamiento de terapia previa del conducto radicular, molar	\$295.00
D3351	Apexificación/recalcificación, primera consulta	\$42.00

<b>CÓDIGO CDT</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>PAGO DEL COSTO COMPARTIDO DEL MIEMBRO</b>
D3352	Apexificación/recalcificación, reemplazo de medicamento temporal	\$22.00
D3353	Apexificación/recalcificación, consulta final	\$22.00
D3410	Apicectomía, diente anterior	\$180.00
D3421	Apicectomía, premolar (primera raíz)	\$195.00
D3425	Apicectomía, molar (primera raíz)	\$225.00
D3426	Apicectomía (cada raíz adicional)	\$75.00
D3430	Obturación retrógrada, por raíz	\$60.00
D3450	Amputación radicular, por raíz	\$95.00
D3920	Hemisección, no incluye tratamiento del conducto radicular	\$95.00
<b>SERVICIOS DE PERIODONCIA</b>		
D4210	Gingivectomía o gingivoplastia, cuatro o más dientes por cuadrante	\$195.00
D4211	Gingivectomía o gingivoplastia, de uno a tres dientes por cuadrante	\$60.00
D4212	Gingivectomía o gingivoplastia, procedimiento de restauración, por diente	\$0.00
D4240	Procedimiento de colgajo gingival, cuatro o más dientes por cuadrante	\$300.00
D4241	Procedimiento de colgajo gingival, de uno a tres dientes por cuadrante	\$300.00
D4260	Cirugía ósea, cuatro o más dientes por cuadrante	\$375.00
D4261	Cirugía ósea, de uno a tres dientes por cuadrante	\$375.00
D4274	Procedimiento con cuña mesial/distal, un diente	\$195.00
D4341	Raspado periodontal y alisado radicular, cuatro o más dientes por cuadrante	\$45.00
D4342	Raspado periodontal y alisado radicular, de uno a tres dientes por cuadrante	\$45.00
D4355	Desbridamiento de la boca completa para permitir la evaluación y diagnóstico integral, visita posterior	\$50.00
D4381	Distribución localizada de agentes antimicrobianos/por diente	\$35.00
D4910	Mantenimiento periodontal	\$40.00
D4920	Cambio de apósito no programado (otro que no sea el odontólogo que lo atiende o su personal)	\$20.00
<b>SERVICIOS DE PROSTODONCIA REMOVIBLE</b>		
D5110	Dentadura postiza completa, maxilar	\$385.00
D5120	Dentadura postiza completa, mandibular	\$385.00
D5130	Dentadura postiza inmediata, maxilar	\$385.00
D5140	Dentadura postiza inmediata, mandibular	\$385.00
D5211	Dentadura postiza parcial maxilar, base de resina	\$360.00
D5212	Dentadura postiza parcial mandibular, base de resina	\$360.00
D5213	Dentadura postiza parcial maxilar, metal fundido, base de resina	\$420.00
D5214	Dentadura postiza parcial mandibular, metal fundido, base de resina	\$420.00
D5221	Dentadura postiza parcial inmediata maxilar, base de resina	\$360.00
D5222	Dentadura postiza parcial inmediata mandibular, base de resina	\$360.00
D5223	Dentadura postiza parcial inmediata maxilar, estructura de metal fundido, base de resina para piezas dentarias	\$420.00

<b>CÓDIGO CDT</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>PAGO DEL COSTO COMPARTIDO DEL MIEMBRO</b>
D5224	Dentadura postiza parcial inmediata mandibular, estructura de metal fundido, base de resina para piezas dentarias	\$420.00
D5282	Dentadura postiza parcial unilateral extraíble, una pieza de metal fundido (incluidos retenedores y dientes), maxilar	\$295.00
D5283	Dentadura postiza parcial unilateral extraíble, una pieza de metal fundido (incluidos retenedores y dientes), mandibular	\$295.00
D5410	Ajuste de dentadura postiza completa, maxilar	\$20.00
D5411	Ajuste de dentadura postiza completa, mandibular	\$20.00
D5421	Ajuste de dentadura postiza parcial, maxilar	\$20.00
D5422	Ajuste de dentadura postiza parcial, mandibular	\$20.00
D5511	Reparación de base de dentadura postiza completa con rotura, mandibular	\$55.00
D5512	Reparación de base de dentadura postiza completa con rotura, maxilar	\$55.00
D5520	Reemplazo de diente roto o perdido, dentadura postiza completa	\$25.00
D5611	Reparación de base de dentadura postiza con rotura parcial de resina, mandibular	\$35.00
D5612	Reparación de base de dentadura postiza con rotura parcial de resina, maxilar	\$35.00
D5621	Reparación de estructura fundida, parcial, mandibular	\$35.00
D5622	Reparación de estructura fundida, parcial, maxilar	\$35.00
D5630	Reparación o reemplazo de retenedores rotos, por diente	\$25.00
D5640	Reemplazo de diente roto, por diente	\$25.00
D5650	Adición de diente a dentadura postiza parcial existente	\$30.00
D5660	Adición de retenedor a dentadura postiza parcial existente, por diente	\$30.00
D5710	Reparación de base de dentadura postiza maxilar completa	\$165.00
D5711	Reparación de base de dentadura postiza mandibular completa	\$165.00
D5720	Reparación de base de dentadura postiza parcial maxilar	\$145.00
D5721	Reparación de base de dentadura postiza parcial mandibular	\$145.00
D5730	Reajuste de dentadura postiza maxilar completa, en el consultorio	\$135.00
D5731	Reajuste de dentadura postiza mandibular completa, en el consultorio	\$135.00
D5740	Reajuste de dentadura postiza parcial maxilar, en el consultorio	\$85.00
D5741	Reajuste de dentadura postiza parcial mandibular, en el consultorio	\$85.00
D5750	Reajuste de dentadura postiza maxilar completa, en el laboratorio	\$140.00
D5751	Reajuste de dentadura postiza mandibular completa, en el laboratorio	\$140.00
D5760	Reajuste de dentadura postiza parcial maxilar, en el laboratorio	\$130.00
D5761	Reajuste de dentadura postiza parcial mandibular, en el laboratorio	\$130.00
D5810	Dentadura postiza completa provisional, maxilar	\$425.00
D5811	Dentadura postiza completa provisional, mandibular	\$425.00
D5820	Dentadura postiza parcial provisional, maxilar	\$165.00
D5821	Dentadura postiza parcial provisional, mandibular	\$165.00

<b>CÓDIGO CDT</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>PAGO DEL COSTO COMPARTIDO DEL MIEMBRO</b>
D5850	Acondicionamiento del tejido, maxilar	\$40.00
D5851	Acondicionamiento del tejido, mandibular	\$40.00
D5863	Sobredentadura, completa del maxilar	\$425.00
D5865	Sobredentadura, completa de la mandíbula	\$425.00
<b>SERVICIOS DE IMPLANTES</b>		
D6092	Recementado o readhesión de corona implantosoportada o apoyada por pilar	\$45.00
D6093	Recementado o readhesión de dentadura postiza parcial fija (FPD) implantosoportada o apoyada por pilar	\$65.00
<b>SERVICIOS DE PROSTODONCIA FIJA</b>		
D6210	Póntico, metal altamente noble fundido	\$220.00*
D6211	Póntico, metal fundido predominantemente básico	\$220.00
D6212	Póntico, metal noble fundido	\$220.00*
D6214	Póntico, titanio	\$220.00*
D6240	Póntico, porcelana fundida sobre metal altamente noble	\$220.00*
D6241	Póntico, porcelana fundida sobre metal predominantemente básico	\$280.00*
D6242	Póntico, porcelana fundida sobre metal noble	\$280.00*
D6250	Póntico, resina con metal altamente noble	\$250.00*
D6251	Póntico, resina con metal predominantemente básico	\$225.00*
D6252	Póntico, resina con metal noble	\$195.00*
D6545	Retenedor, metal fundido para prótesis fija de resina adherida	\$140.00*
D6549	Retenedor de resina, para prótesis fija de resina adherida	\$140.00
D6720	Corona y retenedor, resina con metal altamente noble	\$250.00*
D6721	Corona y retenedor, resina con metal predominantemente básico	\$225.00*
D6722	Corona y retenedor, resina con metal noble	\$250.00*
D6750	Corona y retenedor, porcelana fundida sobre metal altamente noble	\$325.00*
D6751	Corona y retenedor, porcelana fundida sobre metal predominantemente básico	\$295.00*
D6752	Corona y retenedor, porcelana fundida sobre metal noble	\$310.00*
D6780	Corona y retenedor, ¾ de metal fundido altamente noble	\$295.00*
D6781	Corona y retenedor, ¾ de metal fundido predominantemente básico	\$310.00
D6782	Corona y retenedor, ¾ de metal noble fundido	\$310.00*
D6790	Corona y retenedor, íntegramente de metal altamente noble fundido	\$325.00*
D6791	Corona y retenedor, íntegramente de metal fundido predominantemente básico	\$250.00
D6792	Corona y retenedor, íntegramente de metal noble fundido	\$295.00*
D6794	Corona y retenedor, titanio	\$325.00*
D6920	Barra conectora	\$130.00
D6930	Recementado o readhesión de dentadura postiza parcial fija	\$40.00

<b>CÓDIGO CDT</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>PAGO DEL COSTO COMPARTIDO DEL MIEMBRO</b>
D6980	Reparación de dentadura postiza parcial fija, fallas en el material de restauración	\$40.00
<b>SERVICIOS ORALES Y MAXILOFACIALES</b>		
D7111	Extracción, restos de corona, diente temporal	\$25.00
D7140	Extracción, diente erupcionado o raíz expuesta	\$35.00
D7210	Extracción, diente erupcionado que requiere extracción de hueso o seccionamiento del diente	\$48.00
D7220	Extracción de diente impactado, tejido blando	\$68.00
D7230	Extracción de diente impactado, parcialmente en hueso	\$100.00
D7240	Extracción de diente impactado, completamente en hueso	\$130.00
D7241	Extracción de diente impactado, completamente en hueso, complicación	\$140.00
D7250	Extracción de raíces residuales de un diente (procedimiento de corte)	\$70.00
D7260	Cierre de fístula oroantral	\$250.00
D7270	Reimplantación/estabilización de diente, accidente	\$185.00
D7280	Exposición de un diente retenido	\$130.00
D7285	Biopsia por incisión de tejido bucal, duro (hueso, diente)	\$95.00
D7286	Biopsia por incisión de tejido bucal, blando	\$130.00
D7290	Cirugía de reposicionamiento de diente	\$115.00
D7310	Alveoloplastia con extracciones, cuatro o más dientes por cuadrante	\$75.00
D7311	Alveoloplastia con extracciones, de uno a tres dientes por cuadrante	\$75.00
D7320	Alveoloplastia sin extracciones, cuatro o más dientes por cuadrante	\$105.00
D7321	Alveoloplastia sin extracciones, de uno a tres dientes por cuadrante	\$105.00
D7410	Extirpación de lesión benigna de hasta 1.25 cm	\$140.00
D7411	Extirpación de lesión benigna superior a 1.25 cm	\$140.00
D7471	Extracción de exóstosis lateral, maxilar o mandibular	\$165.00
D7510	Incisión y drenaje de absceso, tejido blando intraoral	\$60.00
D7520	Incisión y drenaje de absceso, tejido blando extraoral	\$165.00
D7960	Frenulectomía (frenectomía o frenotomía), procedimiento independiente	\$85.00
D7970	Extirpación de tejido hiperplásico, por arco	\$165.00
D7971	Extirpación de encía pericoronaria	\$85.00
<b>SERVICIOS GENERALES COMPLEMENTARIOS</b>		
D9110	Tratamiento paliativo (emergencia), procedimiento menor	\$20.00
D9210	Anestesia local que no se brinda en conjunto, procedimientos operatorios o quirúrgicos	\$0.00
D9211	Anestesia por bloqueo regional	\$0.00
D9212	Anestesia por bloqueo para las divisiones del trigémino	\$0.00
D9215	Anestesia local en conjunto con procedimientos operatorios o quirúrgicos	\$0.00
D9310	Consulta, que no sea el odontólogo solicitante	\$20.00
D9311	Consulta con un profesional de atención médica	\$0.00

<b>CÓDIGO CDT</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>PAGO DEL COSTO COMPARTIDO DEL MIEMBRO</b>
D9430	Consulta en el consultorio, observación, horario regular, ningún otro servicio	\$0.00
D9440	Consulta en el consultorio, después de horas programadas con regularidad	\$20.00
D9450	Presentación de caso, tratamiento detallado y extenso	\$0.00
D9910	Aplicación de medicamento desensibilizador	\$15.00
D9944	Protector oclusal, aparato duro, arco completo	\$150.00
D9945	Protector oclusal, aparato blando, arco completo	\$150.00
D9946	Protector oclusal, aparato duro, arco parcial	\$150.00
D9941	Fabricación de protector bucal para atletismo	\$175.00
D9942	Reparación y/o reajuste de protector oclusal	\$65.00
D9951	Ajuste oclusal, limitado	\$35.00
D9952	Ajuste oclusal, completo	\$60.00
D9986	Cita perdida	\$0.00
D9987	Cita cancelada	\$0.00





## Forma de Revisión de Citas de Ventas y Confirmaciones (SOA, por sus siglas in Ingles)

Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid requieren que sus agentes documenten la revisión de una cita de mercadotecnia antes de tener una junta de ventas cara a cara para asegurar el entendimiento de lo que será tratado entre el agente y el beneficiario de Medicare (o de su representante autorizado). Toda la información provista en esta forma es confidencial y debe ser llenada por cada persona con su representante autorizado de Medicare.

**Por favor escriba su inicial junto al tipo de producto(s) que usted desee discutir con su agente.**

<input type="checkbox"/> <b>Plan de Recetas Médicas del Programa Único de Medicare (Parte D)</b>
<p><b>El Programa de Medicare de Recetas Médicas (PDP) –</b> Un plan único que agrega cobertura de medicinas al programa original de Medicare, algunos Planes de Costo de Medicare, algunos Planes de Medicare de Cuota Personal por Servicio, y los Planes de Cuenta de Ahorros de Servicios Médicos de Medicare.</p>
<input type="checkbox"/> <b>El Plan Beneficioso de Medicare (Parte C) y Planes de Costo</b>
<p><b>La Organización del Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en Ingles) de Medicare –</b> Un Plan Beneficioso de Medicare que provee toda la cobertura original de salud de la Parte A y Parte B de Medicare y a veces cubre la Parte D de la cobertura de las medicinas. En la mayoría de los HMOs, usted solamente puede recibir las atenciones médicas de doctores u hospitales pertenecientes al plan (excepto en emergencias).</p>
<p><b>El Plan de la Organización del Proveedor Médico Preferido (PPO, por sus siglas en Ingles) de Medicare –</b> Un Plan Beneficioso de Medicare que provee toda la cobertura original de salud de la Parte A y Parte B de Medicare y a veces cubre la Parte D de la cobertura de las medicinas. Los PPOs tienen doctores y hospitales dentro de su plan, pero usted también puede usar médicos fuera del plan, generalmente a un costo más alto.</p>
<p><b>El Plan de Cuota Personal por Servicio (PFFS, por sus siglas en Ingles) de Medicare –</b> Un Plan Beneficioso de Medicare en el cual usted puede ir a cualquier doctor aprobado de Medicare, hospital y clínica que acepte el plan de pagos, términos y condiciones y acceda a tratarlo – no todos los médicos aceptan este plan.</p>
<p><b>El Plan de Necesidades Especiales (SNP, por sus siglas en Ingles) de Medicare –</b> Un Plan Beneficioso de Medicare que tiene un paquete de beneficios designado para las personas con necesidades de salud especiales. Unos ejemplos de grupos específicos a quienes se les da servicio incluyen las personas que tienen Medicare y Medicaid, personas que viven en asilos, y personas que tienen ciertas condiciones médicas crónicas.</p>
<p><b>El Plan de Cuenta de Ahorros y de Servicios Médicos (MSA, por sus siglas en Ingles) de Medicare –</b> El Plan MSA combina un plan de salud con un deducible alto con una cuenta bancaria. El plan deposita dinero de Medicare en la cuenta. Usted puede usarlo para pagar sus gastos médicos hasta que alcance su deducible.</p>
<p><b>El Plan de Costo de Medicare –</b> En un Plan de Costo de Medicare, usted puede ver a doctores que estén dentro y fuera del plan. Si obtiene servicios fuera del plan, sus servicios cubiertos por Medicare serán pagados bajo el programa de Medicare Original pero usted es responsable por su co-seguro y deducible.</p>

**Al firmar esta forma usted accede a entrevistarse con un agente de ventas para discutir los tipos de productos a los que usted escribió su inicial anteriormente en este documento.** Por favor note, la persona que discutirá este producto es empleado o una persona contratada por un plan de Medicare. Ellos no trabajan directamente para el gobierno federal. Esta persona puede percibir un pago basado en el plan al que usted se inscriba.

El firmar esta forma **NO** lo obliga a inscribirse en un plan, afecta su inscripción actual, o lo inscribe en un plan de Medicare.

**Firma y Fecha en que Firmó el Beneficiario o Representante Autorizado:**

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Fecha en que se Firmó:** \_\_\_\_\_

Si usted es el representante autorizado, por favor firme arriba y escriba con letra de molde abajo:

Nombre del Representante: \_\_\_\_\_

Relación al Beneficiario: \_\_\_\_\_

**Para ser completado por un Agente:**

Nombre del Agente:	Teléfono del Agente:
Nombre del Beneficiario:	Teléfono del Beneficiario (Opcional):
Dirección del Beneficiario (Opcional):	
Método Inicial de Contacto (Indique aquí si el beneficiario no tenía cita)	
Firma del Agente:	
Plan(es) que el agente representó durante esta junta:	
Fecha en la que la cita se completo:	
Plan Use Only:	

\*Revisión de SOA está sujeta a los requisitos de retención de archivos de CMS\*

Agente, si la forma fue firmada por el beneficiario durante la cita, explique por que SOA no fue documentada antes de la junta:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Alignment Health Plan es un plan HMO, PPO y HMO SNP con contrato de Medicare. La inscripción en Alignment Health Plan depende de la renovación del contrato.

# FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL 2020 MEDICARE



Usted no puede seleccionar la fecha de entrada en vigencia de su cobertura. Alignment Health Plan le notificará formalmente cuándo puede comenzar a utilizar los servicios del plan.

Fecha de entrada en vigencia: \_\_\_\_\_

Verifique en qué opción de Alignment Health Plan desea inscribirse.

### My Choice (HMO)

- 001**-Condados de Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino: **\$0/mes**
- 006**-Condados de San Joaquín, Stanislaus: **\$0/mes**
- 007**-Condado de Santa Clara: **\$0/mes**

### CalPlus (HMO)

- 009**-Condados de Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino, San Diego, San Joaquin, Stanislaus, Santa Clara, Marin: **\$0/mes Parte C 27.30/mes Parte D\***

### AllCare Preferred Plan (HMO)

- 011**- Condado de Stanislaus: **\$0/mes**

### smarHMO (HMO)

- 013**-Condado de Los Angeles: **\$0/mes**

### Platinum (HMO)

- 008**-Condados de Los Angeles, Orange: **\$0/mes**
- 015**-Condados de San Bernardino, Riverside: **\$0/mes**
- 016**-Condado de San Diego: **\$0/mes**
- 018**-Condado de Marin : **\$25/mes**
- 025**-Condado de San Joaquin: **\$9/mes**

*\*CalPlus (HMO) según su nivel de elegibilidad de Medicaid, es posible que no tenga ninguna responsabilidad de costo compartido para su prima de la Parte D.*

### Cuéntenos sobre usted (en letra de imprenta)

Apellido tal como figura en su tarjeta de Medicare		(Nombre)	(Inicial del 2.º nombre)
Dirección de residencia permanente		Ciudad	Código postal
Dirección postal (si es diferente de la anterior)		Ciudad	Código postal
Número de teléfono del hogar	Sexo	Cumpleaños (MM/DD/AA)	*Su dirección de correo electrónico (opcional)

**Al proporcionar mi dirección de correo electrónico, acepto recibir correos electrónicos sobre mis beneficios, programas de salud y otros servicios del plan. Comprendo que puedo cambiar mis preferencias de correo electrónico en cualquier momento llamando al 1-866-634-2247 (TTY 711).**

¿Cuál es su idioma principal? (Marque una opción)

- Inglés  Español  Otro \_\_\_\_\_

¿Cómo preferiría recibir su información de miembro?  Material impreso  Correo electrónico  Sitio web

Comuníquese con Alignment Health Plan al 1-866-634-2247 (TTY 711) si necesita información en otro formato o idioma que no figure en la lista anterior. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto días feriados) desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.

<p><b>Proporcione la información de su seguro de Medicare</b></p> <p>Tome su tarjeta de Medicare para completar esta sección.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Complete los espacios en blanco de manera que coincidan con su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare.</li> <li>- 0 -</li> <li>• Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o de su carta del Seguro Social o bien de la Junta de jubilación para ferroviarios.</li> </ul> <p>Debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare para inscribirse en un plan Medicare Advantage.</p>	<p>Nombre (tal como figura en su tarjeta de Medicare): _____</p> <p>Número de miembro/Identificador de beneficiario de Medicare (MBI): _____</p> <p>Tiene derecho a _____ Fecha de entrada en vigencia _____</p> <p><b>ATENCIÓN HOSPITALARIA (PARTE A)</b> _____</p> <p><b>ATENCIÓN MÉDICA (PARTE B)</b> _____</p>
---	--

Grupo médico	Nombre del médico de atención primaria personal	N.º de ident. del médico de atención primaria/IPA
--------------	---	---

Marque **Sí** o **No** en cada pregunta:

<p>1. ¿Tiene enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)?.....</p> <p>Si se sometió con éxito a un trasplante de riñón y/o ya no necesita diálisis de manera regular, <i>adjunte una nota o registros</i> de su médico que indiquen que se sometió con éxito a un trasplante de riñón o que no necesita diálisis; de lo contrario, es posible que nos comuniquemos con usted para obtener información adicional.</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<p>2. ¿Es residente en un centro de atención a largo plazo, por ejemplo una residencia para ancianos?.....</p> <p>Si su respuesta es afirmativa, indique el nombre de la institución _____</p> <p>Número de teléfono de la institución _____</p> <p>Dirección de la institución (número y calle) _____</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<p>3. Algunas personas pueden tener otra cobertura para medicamentos, incluidos otros seguros privados, TRICARE, cobertura de beneficios de salud para empleados del gobierno federal, beneficios para veteranos o programas estatales de asistencia farmacéutica.</p> <p>¿Tendrá otra cobertura para medicamentos con receta además de Alignment Health Plan?.....</p> <p>Si su respuesta es "Sí" mencione su cobertura y número de identificación (ID) para esta cobertura:</p> <p>Nombre de la otra cobertura _____</p> <p>N.º de grupo de esta cobertura _____ N.º de ID de esta cobertura _____</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<p>4. ¿Es elegible para el programa estatal de Medicaid (Medi-Cal)?.....</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<p>5. ¿Está inscrito en su programa estatal de Medicaid (Medi-Cal)?.....</p> <p>Si su respuesta es sí indique su número de Medi-Cal _____</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<p>6. ¿Usted o su cónyuge trabajan?.....</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<p>7. Comprendo que, cuando selecciono mi médico de atención primaria personal, también selecciono el grupo médico, los hospitales y los especialistas asociados con mi médico de atención primaria personal. ....</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<p>8. ¿Recibió un Resumen de beneficios de Alignment Health Plan e instrucciones sobre cómo obtener un Directorio de proveedores?.....</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**Pago de la prima del plan:** Puede pagar su prima mensual del plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que pueda adeudar) por correo todos los meses. También puede pagar su prima mediante deducción automática del cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB) todos los meses.

Si se lo evalúa para el monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso de la Parte D, la Administración del Seguro Social se lo notificará. Usted asumirá la responsabilidad de pagar este monto adicional, además de la prima del plan. Este monto se retendrá de su cheque de beneficios del Seguro Social, o bien Medicare o la RRB lo facturará directamente. NO pague el IRMAA de la Parte D a Alignment Health Plan.

Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir ayuda adicional para pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar el 75 % de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no quedarán sujetas a la etapa del período sin cobertura ni a una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para recibir estos beneficios de ahorros y no lo saben. Para obtener más información sobre esta ayuda adicional, comuníquese con su oficina local del Seguro Social, o bien llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-325-0778. También puede solicitar ayuda adicional en línea en [www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp](http://www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp).

Si reúne los requisitos para obtener ayuda adicional con los costos de cobertura para medicamentos con receta de Medicare, Medicare pagará parte o la totalidad de la prima del plan. Si Medicare paga solo una parte de esta prima, le facturaremos el monto que Medicare no cubre. Si no selecciona una opción de pago, obtendrá una factura cada mes.

Seleccione la opción de pago de prima del plan y/o de pago por inscripción tardía:

- Recibir una factura
- Deducción automática del cheque de beneficios mensual del Seguro Social o de la Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB). (La deducción del Seguro Social/RRB puede hacerse efectiva después de dos meses o más de que el Seguro Social o la RRB aprueben dicha deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB aceptan su solicitud de deducción automática, la primera deducción del cheque de beneficios del Seguro Social o la RRB incluirá todas las primas adeudadas a partir de la fecha de entrada en vigencia de su inscripción hasta el momento en que comienza la retención. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura impresa de las primas mensuales).

### Lea esta información importante

**Si actualmente tiene cobertura de salud de un empleador o sindicato, su inscripción en Alignment Health Plan podría afectar los beneficios de salud que recibe de dicho empleador o sindicato. Podría perder la cobertura de salud de su empleador o sindicato si se inscribe en Alignment Health Plan.** Lea los comunicados que le envía su empleador o sindicato. Si tiene preguntas, visite su sitio web o comuníquese con la oficina que figura en los comunicados. Si no hay ninguna información de contacto, el administrador de los beneficios o la oficina que responde preguntas sobre su cobertura pueden ayudarle.

### Lea y firme a continuación

#### **Al completar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:**

Alignment Health Plan es un plan Medicare Advantage y tiene un contrato con el gobierno federal. Tendré que conservar las Partes A y B de Medicare. Puedo inscribirme solo en un plan Medicare Advantage por vez; asimismo, comprendo que mi inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan de salud o plan de medicamentos con receta de Medicare. Es mi responsabilidad informarle acerca de cualquier cobertura para medicamentos con receta que tenga o pueda tener en el futuro. Comprendo que si no tengo cobertura para medicamentos con receta de Medicare, o una cobertura para medicamentos con receta acreditable (tan buena como la de Medicare), es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía si me inscribo en la cobertura para medicamentos con receta de Medicare en el futuro. La inscripción en el plan es, generalmente, para todo el año. Una vez que me inscriba, puedo abandonar este plan o realizar cambios solo en determinados momentos del año cuando haya un período de inscripción disponible (ejemplo: desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año), o bien en ciertas circunstancias especiales.

Alignment Health Plan brinda servicios en un área de servicio específica. Si me voy del área en la que Alignment Health Plan brinda sus servicios, debo notificárselo al plan de modo que pueda cancelar mi inscripción y encontrar otro plan en mi nueva área. Una vez que me convierto en miembro de Alignment Health Plan, tengo derecho de apelar las decisiones del plan acerca del pago o los servicios si no estoy de acuerdo con algún aspecto. Cuando reciba la Evidencia de Cobertura de Alignment Health Plan, leeré dicho documento para conocer las reglas que debo cumplir a fin de obtener cobertura con este plan Medicare Advantage. Comprendo que las personas que tienen Medicare generalmente no están cubiertas por Medicare mientras se encuentran fuera del país, excepto por la cobertura limitada que reciben cerca de la frontera de los Estados Unidos.

Comprendo que a partir de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura de Alignment Health Plan, debo obtener mi atención médica de Alignment Health Plan, excepto en casos de emergencia o si necesito servicios de atención de urgencia o servicios de diálisis fuera del área. Se cubrirán los servicios que autorice Alignment Health Plan, como también otros servicios incluidos en mi Evidencia de Cobertura de Alignment Health Plan (también conocida como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor). Sin autorización, NI MEDICARE NI ALIGNMENT HEALTH PLAN PAGARÁN POR ESTOS SERVICIOS.

Comprendo que si obtengo asistencia de un agente de ventas, corredor de seguros u otra persona empleada o contratada por Alignment Health Plan, esta persona puede recibir un pago en función de mi inscripción en Alignment Health Plan.

**Divulgación de información:** Si me inscribo en este plan de salud de Medicare, acepto que Alignment Health Plan divulgará mi información a Medicare y demás planes según sea necesario para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. Asimismo, acepto que Alignment Health Plan divulgará mi información, incluida información sobre eventos con mis medicamentos con receta, a Medicare, que puede compartirla para fines de investigación y de otro tipo conforme a lo establecido en los estatutos y reglamentos federales aplicables. La información incluida en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Comprendo que si proporciono información falsa en este formulario de manera intencional, se cancelará mi inscripción en el plan.

Comprendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada a actuar en mi nombre conforme a las leyes del estado donde vivo) en esta solicitud significa que he leído y comprendido su contenido. Si firma una persona autorizada (como se describe anteriormente), esta firma certifica: 1) que esta persona está autorizada en virtud de las leyes estatales para completar esta inscripción, y 2) que la documentación de esta potestad puede solicitarse a Medicare.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Si usted es el representante autorizado, debe firmar arriba y brindar la siguiente información:

Nombre \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_ Relación con la persona inscrita \_\_\_\_\_

Nombre del contacto de emergencia \_\_\_\_\_ N.º de teléfono del contacto de emergencia \_\_\_\_\_

Correo electrónico del contacto de emergencia \_\_\_\_\_

Relación con la persona inscrita \_\_\_\_\_

Nombre del representante de ventas (si recibe asistencia con la inscripción):

Firma del representante de ventas que realiza la inscripción \_\_\_\_\_ N.º de ident. de ventas \_\_\_\_\_

Nombre en letras de imprenta \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_

Para uso de oficina solamente:

Período de Elección de Cobertura Inicial/Período de Inscripción Inicial (ICEP/IEP): \_\_\_\_\_

AEP: \_\_\_\_\_ SEP (Tipo): \_\_\_\_\_ No elegible: \_\_\_\_\_

# CERTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA UN PERÍODO DE INSCRIPCIÓN



**Por lo general, puede inscribirse en un plan Medicare Advantage únicamente durante el período de inscripción anual, desde el 15 octubre hasta el 7 de diciembre de cada año.** Sin embargo, existen excepciones que posiblemente le permitan inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de dicho período.

Lea los siguientes enunciados cuidadosamente y marque la casilla si el enunciado se aplica a su caso. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, certifica que, a su leal saber y entender, es elegible para un período de inscripción. Si posteriormente determinamos que esta información es incorrecta, es posible que se cancele su inscripción.

- Soy nuevo en Medicare,
- Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y deseo hacer un cambio durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (MA OEP).
- Recientemente me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o recientemente me mudé y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el (indique la fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente me liberaron de la cárcel. Me liberaron el (indique la fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente regresé a los Estados Unidos después de vivir de forma permanente fuera del país. Regresé a los Estados Unidos el (indique la fecha)\_\_\_\_\_.
- Recientemente obtuve el estado de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estado el (indique la fecha)\_\_\_\_\_.
- Recientemente hubo un cambio con respecto a mi cobertura de Medicaid (obtuve recientemente Medicaid, tuve un cambio de nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (indique la fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente hubo un cambio en la ayuda adicional que recibo para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare (obtuve recientemente ayuda adicional, hubo un cambio en el nivel de ayuda adicional o perdí la ayuda adicional) el (indique la fecha) \_\_\_\_\_.
- Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar las primas de Medicare) o recibo Ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare, pero no ha habido un cambio.
- Me mudaré o vivo en un centro de atención a largo plazo (por ejemplo, una residencia para ancianos o centro de atención a largo plazo), o recientemente me fui de un centro este tipo. Vivo en/me iré a vivir a/me iré del centro el (indique la fecha)\_\_\_\_\_.
- Recientemente dejé un Programa de Atención Integral para Personas de la Tercera Edad (PACE) el (indique la fecha)\_\_\_\_\_.
- Recientemente perdí mi cobertura de medicamentos con receta acreditable de forma involuntaria (una cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (indique la fecha)\_\_\_\_\_.
- Dejaré la cobertura de mi empleador o sindicato el (indique la fecha)\_\_\_\_\_.
- Participo en un programa de asistencia farmacéutica que ofrece mi estado.
- El contrato de mi plan con Medicare está finalizando, o Medicare está finalizando su contrato con mi plan.
- Estuve inscrito en un plan proporcionado por Medicare (o por mi estado) y deseo elegir otro plan. Mi inscripción en dicho plan comenzó el (indique la fecha)\_\_\_\_\_.
- Estuve inscrito en un Plan de Necesidades Especiales (SNP), pero ya no reúno los requisitos de necesidades especiales que se exigen para estar en ese plan. Mi inscripción en el SNP se canceló el (indique la fecha) \_\_\_\_\_.
- Estuve afectado por una emergencia climática o una catástrofe grave (declarada por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA). Uno de los otros enunciados se aplicaba a mi caso, pero no pude inscribirme debido a la catástrofe natural.

Si ninguno de estos enunciados se aplica a su caso, o no lo sabe con certeza, comuníquese con Alignment Health Plan al 866-634-2247 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para determinar si es elegible para inscribirse. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (excepto días feriados) desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.

# SOLICITUD DE CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN



## ¿Qué es la continuidad de la atención?

La continuidad de la atención (COC) garantiza que Alignment Health Plan mantenga la atención que recibe actualmente mientras realiza la transición a Alignment Health Plan. Actúa como un puente de cobertura hasta que podamos establecer la atención con proveedores participantes. Usted debe ser nuevo(a) en Alignment Health Plan o estar actualmente en un curso de tratamiento activo con un proveedor cuyo contrato finalizó. Alignment Health Plan o sus médicos deben determinar la continuidad de la atención, entre otras cosas, para lo siguiente:

- Enfermedad crónica
- Enfermedad terminal
- Cirugía/procedimiento programados
- Afección aguda (inicio repentino que requiere atención médica inmediata)
- Atención en un hospital o centro de atención de enfermería especializada
- Equipo médico duradero/atención médica a domicilio

## ¿Por qué es importante completar una continuidad de la atención?

Alignment Health Plan desea garantizar que no haya brechas en su atención o cobertura. Usted debe completar este formulario en el momento de la inscripción.

## Listas de medicamentos

Revise la Sección 5.2 del Capítulo 5 de la Evidencia de cobertura para obtener información sobre la cobertura temporal de medicamentos por parte de Alignment Health Plan durante el período de transición de la atención de 90 días. Haga una lista de los medicamentos que toma actualmente para garantizar la continuidad de la atención.

Devuelva este formulario de continuidad de la atención a la siguiente dirección:

Alignment Health Plan

Attn: Membership Department

Dirección: 1100 W. Town and Country Rd. Suite 1600 Orange, CA 92868

Número de fax: (562) 207-4623







# AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA PARA LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN



**Autorización:** autorizo a cualquier profesional médico, institución de atención médica, farmacia u otro cuidador médico actual o pasado que me haya tratado o proporcionado servicios o suministros médicos a divulgar mi información de salud protegida a Alignment Health Plan.

**Período de vigencia:** esta autorización para divulgar información cubre períodos de atención médica en el pasado, presente y futuro.

## Alcance de la autorización:

- Autorizo la divulgación de mi registro médico completo (incluidos los registros relacionados con la atención de la salud mental, enfermedades contagiosas, VIH o SIDA, y tratamientos por abuso de alcohol o drogas). O BIEN,
- Solo los siguientes registros o tipos de información de salud (incluir las fechas):

---

**Uso:** Alignment Health Plan usará esta información médica para la coordinación y transición de la atención según lo permitido por los CMS y otras pautas federales.

**Beneficios:** comprendo que mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios no estarán condicionados si firmo esta autorización.

**Derechos y responsabilidades:** las leyes federales y estatales protegen la privacidad de los registros médicos y la información personal de salud. Alignment Health Plan protege la información personal de salud según lo exigido por estas leyes. Puede encontrar más información sobre las normas y reglamentos de privacidad de los miembros en la Sección 1.4 del Capítulo 8 de la Evidencia de cobertura. Esta autorización tendrá vigencia hasta que decida revocarla. Puedo hacer eso en cualquier momento enviando una solicitud por escrito a Alignment Health Plan.

## FIRMA

---

Firma del miembro o representante personal

---

Fecha

---

Nombre del miembro o representante personal

---

Si firma una persona que no es el paciente, describa su relación legal con el paciente:

---

Testigo

Devuelva este formulario de continuidad de la atención a la siguiente dirección:  
Alignment Health Plan  
Attn: Membership Department  
Dirección: 1100 W. Town and Country Rd. Suite 1600 Orange, CA 92868  
Número de fax: (562) 207-4623  
Formulario de continuidad de la atención



# PASOS PARA UNA FÁCIL INSCRIPCIÓN

Pasos para inscribirse, lo que necesitará:

-  Su tarjeta de identificación de Medicare
-  Una lista de los medicamentos que toma
-  El nombre y número de teléfono de su médico de atención primaria

**4** **Cómo inscribirse en línea**

Los beneficiarios de Medicare pueden inscribirse en Alignment Health Plan a través de nuestro sitio web. Visite [alignmenthealthplan.com](http://alignmenthealthplan.com) para completar nuestro formulario de inscripción en línea.



**5** **Inscríbese por teléfono**

Llame a Alignment Health Plan al **1-888-979-2247** (TTY 711) de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) y de lunes a viernes (con excepción de los feriados) del 1 de abril al 30 de septiembre.



**6** **Inscríbese en persona**

Inscríbese en persona con un representante de AHP local



INSCRIPCIÓN

## QUÉ PUEDE ESPERAR DESPUÉS DE LA INSCRIPCIÓN

### Formularios de inscripción recibidos por Alignment Health Plan

Una vez que Alignment Health Plan reciba su inscripción por teléfono, por correo, por fax, mediante un agente o por Internet, comenzaremos el procesamiento inmediato de su inscripción en nuestro plan Medicare Advantage.

### Confirmación

En el plazo de 10 días a partir de la inscripción, recibirá una carta de confirmación de inscripción por correo. Mediante esta carta, también se confirma que Medicare ha aprobado su formulario de inscripción.

### Aviso de verificación de inscripción

En el plazo de 15 días a partir de la inscripción, recibirá una notificación por correo o por teléfono en la que se le explicarán las pautas y los procedimientos de inscripción en un plan Medicare Advantage, la cual se denomina “Requisitos de verificación e inscripción salientes”.

### Tarjeta de identificación de miembro

En el plazo de 10 días a partir de que se confirma su inscripción, recibirá una tarjeta de identificación de miembro. Acuda al médico, al hospital y a la farmacia con esta nueva tarjeta de identificación.

### Bienvenido a su nuevo plan de atención médica

Recibirá un sobre grande con documentos importantes del plan. El sobre incluirá una Guía de recursos para miembros, un Formulario de medicamentos y un Programa y directorio odontológico. También incluirá información sobre cómo acceder o solicitar su Evidencia de Cobertura, el Directorio de Proveedores o el Directorio de Farmacias, en línea o por correo.

### Ayuda adicional

Si reúne los requisitos para recibir la “Ayuda Adicional” del estado, recibirá una carta de “LIS” (subsidio por bajos ingresos) en el plazo de 10 días a partir de que se verifica la inscripción.

Alignment Health Plan es un plan HMO, PPO y HMO SNP con un contrato de Medicare. La inscripción en Alignment Health Plan depende de la renovación del contrato. Alignment Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. ATENCIÓN: si usted habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia con el idioma gratuitos. Llame al 1-877-399-2247 (TTY 711).

Y0141\_20035SP\_M



# LA DISCRIMINACIÓN ES CONTRA LA LEY

Alignment Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Alignment Health Plan no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

## **Alignment Health Plan:**

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
  - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes capacitados
  - Información escrita en otros idiomas.

**Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con Servicios para los Miembros al 1-877-399-2247 (TTY 711).**

---

Si considera que Alignment Health Plan no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona:

Compliance and Regulatory Affairs  
1100 W. Town and Country Rd, Suite 1600  
Orange, CA 92868  
Teléfono: 1-844-297-5948, TTY: 711  
Fax: 562-207-4621  
Correo electrónico: [Compliance@ahcusa.com](mailto:Compliance@ahcusa.com)

Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, Servicios para los Miembros está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

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

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

**Español (Spanish):** ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-399-2247 (TTY: 711).

**العربية (Arabic):**

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-866-634-2247 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

**Հայերեն (Armenian):** ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Չանգահարեք 1-866-634-2247 (TTY (հեռախոս)՝ 711):

**繁體中文 (Chinese):** 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-634-2247 (TTY: 711)。

**हिंदी (Hindi):** ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-866-634-2247 (TTY: 711) पर कॉल करें।

**Hmoob (Hmong):** LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-866-634-2247 (TTY: 711).

**日本語 (Japanese):** 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-866-634-2247 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

**한국어 (Korean):** 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-866-634-2247 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

**ខ្មែរ (Cambodian):** ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្មម គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-866-634-2247 (TTY: 711)។

**ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi):** ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-866-634-2247 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

**فارسی (Farsi):**

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-866-634-2247 (TTY: 711) تماس بگیرید.

**Русский (Russian):** ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-866-634-2247 (телетайп: 711).

**Tagalog (Tagalog):** PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-866-634-2247 (TTY: 711).

**ภาษาไทย (Thai):** เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาไทยฟรี โทร 1-866-634-2247 (TTY: 711).

**Tiếng Việt (Vietnamese):** CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-866-634-2247 (TTY: 711).



## Declaración de testigo/traductor

### Marque una opción:

- No habla inglés
- Problemas auditivos
- Ceguera
- Otro

Yo, \_\_\_\_\_, he sido testigo del proceso de verificación de  
(Nombre de testigo/traductor)  
\_\_\_\_\_. En calidad de participante neutral en este proceso, verifico  
(nombre de la persona inscrita)

que la persona inscrita de la que se hace mención anteriormente ha respondido las preguntas obligatorias para la inscripción.

En mi opinión, el miembro potencial ha brindado respuestas afirmativas que indican que posee un conocimiento integral de los requisitos, las responsabilidades y los beneficios del programa.

\_\_\_\_\_  
Traductor/testigo (nombre en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Traductor/testigo (firma)

\_\_\_\_\_  
Relación con el miembro

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Ciudad                  Estado                  Código postal

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono

\_\_\_\_\_  
Idioma (si no habla inglés)

\_\_\_\_\_  
Persona inscrita (nombre en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona inscrita

\_\_\_\_\_  
Fecha













**ALIGNMENT**  
HEALTH PLAN

**DIRECCIÓN DE LA OFICINA CORPORATIVA**

1100 W. Town and Country Rd.  
Orange, CA 92868

Si tiene preguntas sobre la inscripción llame al:

**1-888-979-2247**

**(LOS USUARIOS DE TTY  
DEBEN LLAMAR AL 711)**

de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., los siete días de la semana.

**[alignmenthealthplan.com](http://alignmenthealthplan.com)**

Alignment Health Plan es un plan HMO, PPO y HMO SNP con un contrato de Medicare. La inscripción en Alignment Health Plan depende de la renovación del contrato. Alignment Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. ATENCIÓN: si usted habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia con el idioma gratuitos. Llame al 1-877-399-2247 (TTY 711).

Y0141\_20055SP\_M