



# Guía de Inscripción 2023



**Un plan. Más cobertura que  
MassHealth Standard solo  
o MassHealth Standard y Medicare Original.**

**UnitedHealthcare® Senior Care Options (HMO D-SNP)**

**UnitedHealthcare® Senior Care Options NHC (HMO D-SNP)**

H2226-001-000

H2226-003-000

**Área de servicio:** Massachusetts - condados de Bristol, Essex, Franklin, Hampden, Hampshire, Middlesex, Norfolk, Plymouth, Suffolk y Worcester

**United  
Healthcare**  
Community Plan

**SCO**  
Senior Care Options  
Medicare Advantage



# Recibir más por su dinero de Medicare nunca fue tan fácil



## Planes en los que puede confiar

Cuando se trata de Medicare, hay muchas opciones para elegir. Por ello, UnitedHealthcare ofrece una amplia variedad de planes de Medicare, de modo que usted tenga opciones que se adapten a su presupuesto y sus necesidades de cuidado de la salud.



## Apoyo para ofrecerle lo que usted necesita

Nuestros especialistas en planes de Medicare le ayudarán a buscar el plan adecuado para usted — en persona, en Internet o por teléfono. Una vez que sea miembro, nuestro equipo de especialistas de Servicio al Cliente le facilitará recibir el cuidado que necesita. Ya sea que se trate de una cita virtual con su médico, una llamada con una enfermera a las 3 a.m. o una visita de bienestar en la comodidad de su propio hogar, le facilitamos la conexión con el cuidado para que usted pueda mantenerse al día con su salud — donde, cuando y como lo necesite.



## Más personas lo eligen

Más personas eligen un plan Medicare Advantage de UnitedHealthcare que de cualquier otra compañía.<sup>1</sup> Nos enorgullece prestar servicios para las necesidades de cuidado de la salud de las personas como usted desde hace más de 50 años. Puede contar con que estaremos aquí para cuando nos necesite.

## Ayuda personalizada para usar su plan de Medicare

En UnitedHealthcare®, no solo ofrecemos servicio al cliente. Damos apoyo personalizado para responder sus preguntas y hacer todo lo posible para comprender sus necesidades. Le ayudamos a conocer sus opciones de cuidado durante un evento de salud. Y le ayudamos a aprovechar al máximo su plan para que pueda gozar de una salud óptima.

<sup>1</sup>Según los datos de inscripción de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid de junio de 2022.

# Índice

Comience con lo Básico de Medicare.....	4
---	---

## Información del Plan

Beneficios Importantes.....	10
Analice sus Servicios Adicionales .....	14
Sus Beneficios Adicionales.....	16
Beneficios de Servicios para la Vista de Rutina	
Crédito para Productos de Venta Sin Receta (OTC)	
Renew Active®	
Resumen de Beneficios .....	21
Calificación del Plan .....	51

## Lista de Medicamentos

Lista de Medicamentos .....	56
Medicamentos Alternativos Cubiertos .....	101

## Listo para Inscribirse

Resumen del Plan.....	104
Cómo Inscribirse.....	107
Formulario de Confirmación de Temas a Tratar .....	109
Solicitud de Inscripción .....	111
Autorización para Compartir Información Personal.....	127
Recibo de inscripción.....	131
Aproveche lo que Sigue .....	132
Información sobre Proveedores .....	147

**¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle.**



**UHCCommunityPlan.com**



Llame al número gratuito **1-844-560-4944**,  
TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local,  
los 7 días de la semana

# Comience con lo Básico de Medicare

## Reciba todos sus beneficios médicos en un solo plan

El plan Senior Care Options (SCO) de UnitedHealthcare® es un plan de Cuidado Coordinado que combina todos sus beneficios de MassHealth Standard y de Medicare Original en un solo plan.

### ¿Cuáles son los principales beneficios de los planes UnitedHealthcare® Senior Care Options (HMO D-SNP) y UnitedHealthcare® Senior Care Options NHC (HMO D-SNP)?

Con un plan SCO, puede ser más fácil obtener la cobertura para la que usted cumple los requisitos. Los beneficios incluyen:



Acceso a una amplia red de médicos, especialistas y otros proveedores.



Cobertura de medicamentos con receta incorporada, incluidos ciertos medicamentos sin receta que no tendrán costo cuando se los recete su médico.



Ningún gasto de su bolsillo en los medicamentos cubiertos u otros beneficios de cuidado de la salud aprobados que son proporcionados por farmacias o proveedores de la red.



Transporte a todas las citas médicas.



Ayuda para recibir servicios como cuidado a domicilio y comidas (cuando sea médicamente necesario).



Beneficios y servicios dentales, incluidos los conductos radiculares, las coronas y los implantes, sin costo para usted.



Administradores de cuidado de la salud que pueden ayudarle a aprovechar al máximo sus beneficios.



\$125 por mes en una tarjeta prepagada para comprar productos de venta sin receta (over-the-counter, OTC) y alimentos saludables en muchas tiendas minoristas o por Internet para entrega a domicilio.

### Usted forma parte de un equipo de cuidado de la salud

Un equipo dedicado a ampliar el acceso al cuidado y mejorar su salud. Su médico de cuidado primario es el líder del equipo y se asegura de que todos colaboren para mejorar su bienestar.

# Este es un plan de Cuidado Coordinado

Esto significa que usted debe recibir cuidado a través de una red de médicos y hospitales locales. Su proveedor de cuidado primario (primary care provider, PCP) supervisa su cuidado y puede sugerir un especialista, si es necesario.

## Cómo funciona su plan UnitedHealthcare® Senior Care Options (HMO D-SNP)

### Usted debe elegir un proveedor de cuidado primario (PCP) de la red

Este plan de salud requiere que usted elija un proveedor de cuidado primario de la red que puede ayudarle a administrar su cuidado.

### No necesita una referencia para consultar a un especialista

Puede consultar a cualquier especialista de nuestra red. Si no usa la red, tendrá que pagar todos los costos.

### Reciba servicios dentro de la red

	Dentro de la red	Fuera de la red
¿El médico o el hospital aceptarán mi plan?	Sí	Los proveedores tienen la opción de aceptar o no el plan (excepto en casos de emergencia).
¿Están cubiertos los servicios para emergencias o requeridos de urgencia?	Sí	Sí
¿Tengo que pagar el costo total de todos los servicios hospitalarios o de un médico cubiertos?	No	N/C
¿Hay algún límite en el total de gastos de mi bolsillo durante el año?	No	N/C

Para obtener más información sobre el plan, consulte los documentos Resumen de Beneficios y Beneficios Importantes.

# ¿Quién cumple los requisitos de un plan SCO?

## **Usted cumple los requisitos para inscribirse en un plan UnitedHealthcare® Senior Care Options (HMO D-SNP) H2226-001 si:**

- Es mayor de 65 años de edad
- Tiene MassHealth Standard solamente o MassHealth Standard y Medicare
- Vive en el área de servicio de UnitedHealthcare SCO
- No tiene ningún otro seguro de salud integral, excepto Medicare
- Tiene derecho a la Parte A de Medicare y está inscrito en la Parte B de Medicare\*
- Acepta seguir las reglas de UnitedHealthcare SCO y recibir tratamiento de los proveedores de nuestra red
- Llena y firma el formulario de solicitud de UnitedHealthcare SCO

## **Usted cumple los requisitos para inscribirse en un plan UnitedHealthcare® Senior Care Options NHC (HMO D-SNP) H2226-003 si:**

- Es mayor de 65 años de edad
- Tiene MassHealth Standard solamente o MassHealth Standard y Medicare
- Vive en el área de servicio de UnitedHealthcare SCO
- No tiene ningún otro seguro de salud integral, excepto Medicare
- Tiene derecho a la Parte A de Medicare y está inscrito en la Parte B de Medicare\*
- Vive en una institución o en la comunidad, pero recibe servicios de apoyo a domicilio y en la comunidad debido a déficits funcionales
- Acepta seguir las reglas de UnitedHealthcare SCO y recibir tratamiento de los proveedores de nuestra red
- Llena y firma el formulario de solicitud de UnitedHealthcare SCO

## **¿Puedo dejar el plan SCO si no estoy conforme?**

Sí, siempre y cuando usted tenga el programa MassHealth (Medicaid), podrá cambiar de plan una vez durante cada uno de los siguientes Períodos de Inscripción Especial: de enero a marzo, de abril a junio o de julio a septiembre.

Si se inscribió en nuestro plan durante uno de estos períodos, tendrá que esperar hasta el próximo período para cambiarse a un plan diferente. Aunque no hay un Período de Inscripción Especial de octubre a diciembre, todos los beneficiarios de Medicare pueden hacer cambios del 15 de octubre al 7 de diciembre. Esto se llama Inscripción Anual de Medicare.

Si cumple ciertas excepciones especiales o es miembro de ciertos tipos de planes, puede cambiar de plan en otros momentos del año. Ejemplos de estas excepciones especiales son si se muda fuera del área de servicio de su plan, si desea inscribirse en un plan en su área que tenga una calificación de 5 estrellas o si califica para recibir (o pierde) el programa Ayuda Adicional de Medicare.

## **¿Qué es Medicare?**

- La Parte A de Medicare cubre los servicios médicos prestados por proveedores como hospitales, centros de enfermería y agencias de asistencia médica a domicilio
- La Parte B de Medicare cubre la mayoría de los demás servicios médicos, como los servicios que presta un médico y otros servicios para pacientes ambulatorios

## Recursos útiles

### Medicare Explicado®

Un programa educativo desarrollado por UnitedHealthcare para que el público pueda entender mejor cómo funciona Medicare.

 Obtenga más información en [MedicareExplicado.com](https://www.MedicareExplicado.com)



\*Es posible que cumpla los requisitos para un plan SCO por más que no tenga Medicare.

UnitedHealthcare Senior Care Options (SCO) es un plan de Cuidado Coordinado que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el programa Commonwealth of Massachusetts Medicaid. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare. Este plan es un programa voluntario que está disponible para toda persona mayor de 65 años que califique para MassHealth Standard y Medicare Original y que no tenga ningún otro seguro de salud integral, excepto Medicare. Si usted tiene MassHealth Standard, pero no califica para Medicare Original, tal vez aún cumpla los requisitos para inscribirse en nuestro plan MassHealth Senior Care Options (SCO) y recibir todos sus beneficios del programa MassHealth a través de nuestro programa SCO.

H2226\_SWMB\_2023\_SP\_M  
UHCSCO\_SWMB\_H2226\_2023SP

CSMA23HM0058088\_000





# Información del Plan

# Beneficios Importantes

## UnitedHealthcare® Senior Care Options (HMO D-SNP)

## UnitedHealthcare® Senior Care Options NHC (HMO D-SNP)

Como miembro de UnitedHealthcare® Senior Care Options (HMO D-SNP) o UnitedHealthcare® Senior Care Options NHC (HMO D-SNP), **usted no tiene gastos de su bolsillo**. Usted no será responsable de ningún copago o coseguro por los medicamentos u otros servicios cubiertos que reciba de proveedores del plan.

Esta es una breve descripción de los beneficios de su plan para el año 2023. Para obtener más información, consulte su Resumen de Beneficios o Evidencia de Cobertura. Se pueden aplicar limitaciones, exclusiones y restricciones.

### Costos del plan

Prima mensual del plan	\$0
------------------------	-----

### Beneficios médicos

	Su costo
<b>Visita al consultorio médico</b>	
Proveedor de cuidado primario (PCP)	\$0 de copago
Especialista	\$0 de copago (no se necesita una referencia)
Visitas virtuales	\$0 de copago por una visita para hablar con un proveedor de telesalud que sea parte de la red por Internet a través de transmisión audiovisual en vivo
<b>Servicios preventivos</b>	\$0 de copago
<b>Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados</b>	\$0 de copago por cada estadía por un número ilimitado de días
<b>Centro de enfermería especializada (SNF)</b>	\$0 de copago por día, días 1 a 100
<b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso cirugía</b>	\$0 de copago
<b>Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios</b>	
Terapia de grupo	\$0 de copago
Terapia individual	\$0 de copago
Visitas Virtuales	\$0 de copago por una visita para hablar con un proveedor de telesalud que sea parte de la red por Internet a través de transmisión audiovisual en vivo

## Beneficios médicos

	Su costo
<b>Suministros para el control de la diabetes</b>	\$0 de copago para las marcas que tienen cobertura
<b>Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, imágenes por resonancia magnética [MRI], tomografías computarizadas [CT])</b>	\$0 de copago
<b>Pruebas y procedimientos de diagnóstico (no radiológicos)</b>	\$0 de copago
<b>Servicios de laboratorio</b>	\$0 de copago
<b>Radiografías para pacientes ambulatorios</b>	\$0 de copago
<b>Ambulancia</b>	\$0 de copago por transporte terrestre o aéreo
<b>Cuidado de emergencia</b>	\$0 de copago (mundial)
<b>Servicios requeridos de urgencia</b>	\$0 de copago (mundial)

## Servicios y Beneficios que Sobrepasan los de Medicare Original

	Su costo
<b>Acupuntura</b>	\$0 de copago
<b>Servicios de salud diurnos para adultos</b>	\$0 de copago
<b>Cuidado tutelar de adultos (AFC)/ Cuidado tutelar de adultos en grupo (GAFC)</b>	\$0 de copago
<b>Servicios quiroprácticos/Cuidado quiropráctico</b>	\$0 de copago
<b>Servicios dentales Servicios dentales integrales (por encima de los beneficios dentales regulares cubiertos por Medicaid)</b>	\$0 de copago
<b>Programa de acondicionamiento físico</b>	\$0 de copago por el programa Renew Active®, que incluye una membresía gratuita a un gimnasio, además de clases de acondicionamiento físico por Internet y desafíos para la agudeza mental.
<b>Cuidado de los pies Cuidado de los pies de rutina (cubierto por Medicaid)</b>	\$0 de copago
<b>Coordinación de servicios de apoyo geriátrico (GSSC)</b>	\$0 de copago

<b>Servicios para la Audición - examen de rutina</b>	\$0 de copago, 1 por año
<b>Crédito para alimentos, productos de venta sin receta (OTC) y facturas de servicios públicos</b>	\$125 de crédito en una tarjeta prepagada cada mes para comprar productos de venta sin receta aprobados o para la compra de alimentos saludables.
<b>Servicios de un asistente para el cuidado personal</b>	\$0 de copago
<b>Transporte</b>	\$0 de copago por un número ilimitado de viajes en una sola dirección, desde o hacia citas médicas aprobadas y farmacias
<b>Servicios para la vista – Artículos para la vista de rutina</b>	\$0 de copago El plan paga hasta \$300 cada año para marcos o lentes de contacto a través de UnitedHealthcare Vision. Los lentes estándar monofocales, bifocales, trifocales o progresivos están totalmente cubiertos. Los artículos para la vista con entrega a domicilio están disponibles a través de UnitedHealthcare Vision (solamente productos selectos).
<b>Servicios para la Vista - Examen de la vista de rutina (por encima de los beneficios regulares cubiertos por Medicaid)</b>	\$0 de copago, 1 por año

## Medicamentos con receta

<b>Suministro de 30 o 100 días en una farmacia minorista de la red</b>	
<b>Genéricos (incluso medicamentos de marca que se consideran como genéricos)</b>	\$0 de copago Algunos medicamentos cubiertos están limitados a un suministro de 30 días
<b>Todos los demás medicamentos</b>	\$0 de copago Algunos medicamentos cubiertos están limitados a un suministro de 30 días



UnitedHealthcare SCO es un plan de Cuidado Coordinado que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el programa de Medicaid de la Mancomunidad de Massachusetts. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare. Este plan es un programa voluntario que está disponible para personas de 65 años en adelante que califican para MassHealth Standard y Medicare Original y que no tienen otro seguro de salud integral, excepto Medicare. Si usted tiene MassHealth Standard, pero no califica para Medicare Original, tal vez aún cumpla los requisitos para inscribirse en nuestro plan MassHealth Senior Care Options (SCO) y recibir todos sus beneficios de MassHealth a través de nuestro programa SCO. La información proporcionada no es una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, comuníquese con el plan. Usted debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare, si no la paga Medicaid u otro tercero. El Formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando esto ocurra. Usted debe vivir en nuestra área de servicio para inscribirse.

Y0066\_MABH\_2023\_SP\_M H2226001000\_H2226003000

UHCSCO\_MABH\_2023\_SP\_M H2226001000\_H2226003000

CSMA23HM0060812\_000

# Analice sus Servicios Adicionales

## **Reciba una visita a domicilio del programa HouseCalls de UnitedHealthcare®**

Con el programa HouseCalls\* de UnitedHealthcare, usted posiblemente recibe una visita de cuidado médico preventivo anual a domicilio de uno de nuestros profesionales de cuidado de la salud con licencia sin costo adicional. La visita incluye exámenes de salud y una revisión de medicamentos para ayudarle a mantenerse al día con su salud entre sus visitas regulares al médico.

## **Programa de Asistencia con Referencias Sociales y Gubernamentales**

Para gozar de buena salud, no solo es importante lo que ocurre en el consultorio médico. Hay otros factores — como el acceso a alimentos, vivienda, transporte y estabilidad financiera — que son igualmente importantes. Podemos conectarle con descuentos y servicios que le facilitan la vida — todo sin costo adicional para usted. Estos servicios pueden ayudarle a:

- Ahorrar en facturas de servicios públicos, gastos de medicamentos con receta e incluso costos de reparación del hogar
- Determinar su categoría de participación en Medicaid, según sus ingresos
- Buscar grupos de apoyo locales
- Obtener información sobre los Servicios y el Apoyo para Veteranos

## **¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle.**

Si es un veterano, llame al **1-866-427-1873**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a sábado, para obtener más información sobre los programas y requisitos de participación. Todos los demás miembros de Medicare Advantage deben llamar al **1-866-865-3851**, TTY **1-855-368-9643**, de 9 a.m. a 6 p.m., hora local, de lunes a viernes.

\*Es posible que el programa HouseCalls no esté disponible para todos los planes ni en todas las áreas.



# Beneficios de Servicios para la Vista de Rutina

Ayude a proteger su vista y su salud. La cobertura de la vista de rutina es tan solo uno de los muchos beneficios que podría recibir con este plan. Un examen de la vista de rutina puede ayudar a detectar problemas como el glaucoma o las enfermedades del ojo relacionadas con la diabetes.

## Algunas de las muchas maneras de aprovechar nuestros beneficios de servicios para la vista:



\$0 de copago por un examen de la vista de rutina anual y una asignación de \$300 para marcos o lentes de contacto cada año



Lentes con receta estándar gratuitos, incluso los lentes monofocales, bifocales, trifocales y progresivos de Nivel I (estándar)—todos con un revestimiento resistente a rayaduras



Ahorros en mejoras de lentes, que incluyen lentes de colores, revestimiento protector de UV o antirreflectante y lentes de policarbonato



Acceso a una de las redes nacionales más grandes de servicios para la vista de Medicare Advantage, incluso tiendas minoristas en puntos de venta y en Internet



Artículos para la vista disponibles a través de proveedores en Internet, incluso Warby Parker, GlassesUSA, UHCglasses.com, entre otros



Para buscar un proveedor de UnitedHealthcare Vision, visite [medicare.myuhcvision.com](https://www.medicare.myuhcvision.com)

Los beneficios de servicios para la vista varían según el plan y no están disponibles con todos los planes. Se aplican limitaciones y exclusiones. Se pueden aplicar cargos adicionales por artículos y servicios fuera de la red. Examen de la vista de rutina anual y asignación para lentes de contacto o marcos de diseñador, con lentes estándar (monofocales, bifocales, trifocales o progresivos estándar) con cobertura total ya sea anualmente o cada dos años. Ahorros en lentes en comparación con el precio minorista. Nuestra red tiene otros proveedores de servicios para la vista a su disposición. El tamaño de la red varía según el mercado local.

Y0066\_RVB\_2023\_SP\_M

UHCSCO\_RVB\_H2226\_SP\_2023

CSMA23HM0067647\_000



# Crédito para Alimentos, Productos de Venta Sin Receta (OTC) y Facturas de Servicios Públicos

Reciba más ayuda para sus necesidades diarias. Su plan viene con un crédito de \$125 que se cargará a una tarjeta prepagada todos los meses para alimentos, productos de venta sin receta, y facturas de servicios públicos cubiertos.

## Use el crédito de su tarjeta prepagada para:



Comprar alimentos saludables como frutas y verduras, carne, pescados y mariscos, productos lácteos y agua



Elegir entre productos genéricos y de marca de venta sin receta, como vitaminas, analgésicos, pasta dental, caramelos para la tos y mucho más, en una tienda o en Internet en [myuhc.com/communityplan/OTC](https://myuhc.com/communityplan/OTC)



Pagar facturas de servicios públicos aprobados como electricidad, gas, agua e Internet por teléfono, por Internet o en su Walmart MoneyCenter local



Comprar en miles de tiendas participantes, incluso Walmart, Walgreens, CVS, o las tiendas de su comunidad que le queden cerca



Puede obtener más información en [myuhc.com/communityplan/OTC](https://myuhc.com/communityplan/OTC)



# Renew Active®

## Manténgase activo. Manténgase enfocado. Manténgase fiel a sí mismo.

Renew Active es el programa de referencia de acondicionamiento físico para el cuerpo y la mente que ofrece Medicare – disponible sin costo. Manténgase activo con una membresía gratuita a un gimnasio, en un centro de acondicionamiento físico que usted elige de una red nacional, incluidos muchos gimnasios de primera categoría. Usted recibe un plan anual de acondicionamiento físico personalizado, además de acceso a clases en grupo. Si prefiere hacer ejercicio en su hogar, puede ver miles de videos de ejercicios a pedido y clases de acondicionamiento físico en vivo por Internet.

### El programa Renew Active incluye:



Una membresía gratuita a un gimnasio cerca de usted



Acceso a la red nacional más grande de gimnasios y centros de acondicionamiento físico, incluidos muchos gimnasios de primera categoría



Un plan anual de acondicionamiento físico personalizado



Permite a los miembros que necesitan ayuda llevar a un asistente de entrenamiento al gimnasio, sin costo



Acceso a miles de videos de ejercicios a pedido y clases de acondicionamiento físico en vivo por Internet



Actividades sociales en clases y eventos locales de salud y bienestar. Acceso a la Comunidad Fitbit® en Internet para Renew Active – no es necesario tener un dispositivo Fitbit®. Inscribirse en la comunidad también proporciona acceso a Fitbit Premium™



Un programa por Internet proporcionado por AARP® Staying Sharp® que ofrece contenido sobre agudeza mental, que incluye una evaluación de agudeza mental y contenido exclusivo como desafíos interactivos, videos y juegos divertidos para los miembros del programa Renew Active



Para obtener más información sobre todo lo que el programa Renew Active tiene para ofrecer, visite **[UHCRenewActive.com](https://UHCRenewActive.com)** o comuníquese con su representante de ventas



# Resumen de Beneficios 2023

**UnitedHealthcare® Senior Care Options (HMO D-SNP)**  
H2226-001-000

**UnitedHealthcare® Senior Care Options NHC (HMO D-SNP)**  
H2226-003-000

Consulte esta guía para aprovechar las coberturas de medicamentos y servicios de salud que proporciona el plan. Llame a Servicio al Cliente o visite nuestro sitio en Internet para obtener más información sobre el plan.



Número gratuito **1-888-867-5511**, TTY **711**  
De 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana



**es.UHCCommunityPlan.com**

**United  
Healthcare**  
Community Plan

**SCO**  
Senior Care Options  
Medicare Advantage



Y0066\_SB\_H2226\_001\_000\_H2226\_003\_000\_2023\_SP\_M  
UHCSCO\_SB\_H2226\_001\_000\_H2226\_003\_000\_2023\_SP\_M

## Introducción

Este documento es un breve resumen de los beneficios y servicios cubiertos por UnitedHealthcare® Senior Care Options (HMO D-SNP) y UnitedHealthcare® Senior Care Options NHC (HMO D-SNP) (UnitedHealthcare® Senior Care Options). Incluye respuestas a preguntas frecuentes, información de contacto importante, una descripción general de los beneficios y servicios ofrecidos, e información sobre sus derechos como miembro de UnitedHealthcare® Senior Care Options. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de la **Evidencia de Cobertura**.

## Índice

A. Exenciones de responsabilidad.....	3
B. Preguntas frecuentes (FAQ).....	7
C. Lista de servicios cubiertos .....	12
D. Beneficios cubiertos fuera de UnitedHealthcare® Senior Care Options.....	24
E. Servicios que no están cubiertos por UnitedHealthcare® Senior Care Options, Medicare ni el programa MassHealth (Medicaid) .....	25
F. Sus derechos como miembro del plan.....	26
G. Cómo presentar una queja o una apelación de un servicio denegado .....	28
H. Qué puede hacer si sospecha que se ha cometido fraude .....	28

**Si tiene preguntas**, llame a UnitedHealthcare® Senior Care Options al **1-888-867-5511** y TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

## A. Exenciones de responsabilidad



Este es un resumen de los servicios de salud cubiertos por UnitedHealthcare® Senior Care Options del 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023. Este documento es solo un resumen. Para ver la lista completa de beneficios, lea la **Evidencia de Cobertura**. Si no tiene una **Evidencia de Cobertura**, llame a Servicio al Cliente de UnitedHealthcare® Senior Care Options al número que se indica al pie de esta página para solicitar una copia o consúltela en Internet en **es.UHCCommunityPlan.com**.

- UnitedHealthcare® Senior Care Options es un plan de salud que tiene un contrato tanto con Medicare como con el programa MassHealth (Medicaid) para proporcionar los beneficios de ambos programas a sus miembros. Es para personas que tienen MassHealth Standard (Medicaid) y son mayores de 65 años.
- UnitedHealthcare Senior Care Options es un plan de Cuidado Coordinado que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el programa Commonwealth of Massachusetts Medicaid. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare. Este plan es un programa voluntario que está disponible para toda persona mayor de 65 años que califique para MassHealth Standard (Medicaid) y Medicare Original y que no tenga ningún otro seguro de salud integral, excepto Medicare. Si usted tiene MassHealth Standard (Medicaid), pero no califica para Medicare Original, tal vez aún cumpla los requisitos para inscribirse en nuestro plan MassHealth Standard Senior Care Options (SCO) y recibir todos sus beneficios de MassHealth Standard a través de nuestro programa SCO. Para inscribirse, usted debe vivir en nuestra área de servicio.
- Con UnitedHealthcare® Senior Care Options, usted puede recibir sus servicios de Medicare y del programa MassHealth (Medicaid) en un solo plan de salud llamado Senior Care Options. Un administrador o coordinador del cuidado de la salud de UnitedHealthcare® Senior Care Options le ayudará a manejar sus necesidades de cuidado de la salud.
- Los beneficios pueden cambiar el 1 de enero de cada año.
- Es posible que los planes ofrezcan beneficios complementarios además de los beneficios de la Parte C y de la Parte D.
- Si usted desea saber más sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte la versión más reciente del manual “Medicare y Usted”. Véalo por Internet en **es.medicare.gov** o pida una copia por teléfono al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.
- El Formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando esto ocurra.
- Las primas, los copagos, los coseguros y los deducibles pueden variar según el nivel del programa Ayuda Adicional que recibe. Para obtener información detallada, comuníquese con el plan. Los miembros no tienen gastos de su bolsillo.

**Si tiene preguntas**, llame a UnitedHealthcare® Senior Care Options al **1-888-867-5511** y TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Usted no está obligado a usar la entrega a domicilio de OptumRx para obtener un suministro de 90 días de sus medicamentos de mantenimiento. Si no ha usado la entrega a domicilio de OptumRx, usted debe aprobar la primera receta que su médico envíe directamente a OptumRx antes de que se pueda surtir. Los nuevos medicamentos con receta que OptumRx envía deberían llegarle en un plazo no mayor de diez días hábiles a partir de la fecha en que se reciba el formulario de pedido completo, y los pedidos de resurtidos deberían llegarle en unos siete días hábiles. Comuníquese con OptumRx en cualquier momento al **1-877-266-4832**, TTY **711**. OptumRx es una compañía afiliada de UnitedHealthcare Insurance Company.
- Esta información está disponible sin costo en otros idiomas. Llame a nuestro número de Servicio al Cliente que se encuentra en la primera página de esta guía.
- La información proporcionada no es una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, comuníquese con el plan. Se pueden aplicar limitaciones y exclusiones.
- Para obtener más información sobre **Medicare**, puede leer el manual **Medicare y Usted**. Contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, así como respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (<https://es.medicare.gov>) o solicitarlo al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. Para obtener más información sobre el programa **MassHealth (Medicaid)**, llame al **1-800-841-2900**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-497-4648**.
- **ATENCIÓN:** Si habla español, chino, vietnamita o ruso, hay servicios de asistencia en otros idiomas, sin cargo, disponibles para usted. Llame al **1-888-867-5511 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
- **Spanish:** **ATENCIÓN:** Si habla español, chino, vietnamita o ruso, hay servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, a su disposición. Llame al **1-888-867-5511 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratis.
- **Chinese:** 請注意：如果您講西班牙語、中文、越南語或俄羅斯語，可免費向您提供語言協助服務。請致電 1-888-867-5511（聽力語言殘障服務專線 711），每週 7 天，當地時間上午 8 時至晚上 8 時。以上為免付費電話。
- **Vietnamese:** XIN LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Tây Ban Nha, Trung, Việt, hoặc Nga, chúng tôi cung cấp các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ, miễn phí dành cho quý vị. Hãy gọi **1-888-867-5511 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối theo giờ địa phương, 7 ngày trong tuần. Cuộc gọi này là miễn phí.
- **Russian:** ВНИМАНИЕ! Если вы говорите на испанском, китайском, вьетнамском или русском языке, мы можем предложить вам бесплатные услуги перевода. Звоните по телефону **1-888-867-5511** (линия TTY: **711**), ежедневно с 8 часов утра до 8 часов вечера по местному времени. Звонок бесплатный.

**Si tiene preguntas**, llame a UnitedHealthcare® Senior Care Options al **1-888-867-5511** y TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es.UHCCommunityPlan.com](https://es.UHCCommunityPlan.com).



- Puede obtener este documento sin costo en otros formatos, como en letra grande, braille o audio. Llame al **1-888-867-5511** y TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
- Llame a Servicio al Cliente y pida que se anote en nuestro sistema que desea recibir los materiales del plan en español, en letra grande, braille o en audio a partir de ahora.
- No ofrecemos todos los planes disponibles en su área. Cualquier información que proporcionemos se limita a aquellos planes que ofrecemos en su área. Comuníquese con **es.medicare.gov** o **1-800-MEDICARE** para obtener información sobre todas sus opciones.
- El programa del Defensor del Afiliado (Ombudsman) de Massachusetts ayuda a las personas inscritas en el programa MassHealth (Medicaid) con problemas en el servicio o la facturación. Puede ayudarle a presentar una queja formal o una apelación ante nuestro plan. El programa del Defensor del Afiliado de Cuidado a Largo Plazo (Long Term Care, LTC) ayuda a las personas a obtener información sobre asilos de convalecencia y a resolver problemas entre los asilos de convalecencia y los residentes o sus familiares. Para comunicarse con cualquiera de estos programas, llame al: **1-800-243-4636** (llamada gratuita) de 8 a.m. a 5 p.m., hora local, de lunes a viernes (TTY **1-800-872-0166**, debe usar MassRelay al **711** para llamar a este número y se necesita un equipo telefónico especial.) También puede escribirles por correo electrónico a: **info@myombudsman.org** o a su oficina en 25 Kingston St, 4th floor, Boston, MA 02111. La oficina tiene acceso para silla de ruedas. También puede obtener información en su sitio web: **www.myombudsman.org**.
- Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen ninguna obligación de tratar a los miembros de UnitedHealthcare Senior Care Options, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de Servicio al Cliente o consulte su **Evidencia de Cobertura** para obtener más información, incluso el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.
- La participación en el programa Renew Active® de UnitedHealthcare es voluntaria. Consulte a su médico antes de empezar un programa de ejercicios o de hacer cambios en su estilo de vida o en su rutina de cuidado de la salud. El programa Renew Active incluye una membresía estándar en un programa de acondicionamiento físico y otras ofertas. La membresía en un programa de acondicionamiento físico, el equipo, las clases, los planes de acondicionamiento físico personalizados y los eventos pueden variar según el sitio. Algunos servicios, descuentos, clases, eventos y ofertas de acondicionamiento físico en Internet son proporcionados por compañías afiliadas de UnitedHealthcare Insurance Company o por terceros que no están afiliados a UnitedHealthcare. La participación en estos servicios de terceros está sujeta a la aceptación de sus términos y normas correspondientes. UnitedHealthcare no es responsable de los servicios ni de la información proporcionada por terceros. La información proporcionada a través de estos servicios es para su conocimiento solamente y no sustituye el consejo de un médico. El programa Renew Active varía según el plan o el área. El acceso a la red de gimnasios y centros de acondicionamiento físico puede variar según el sitio y el plan.

**Si tiene preguntas**, llame a UnitedHealthcare® Senior Care Options al **1-888-867-5511** y TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- UnitedHealthcare no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad ni discapacidad en sus programas y actividades relacionados con la salud.
- Ofrecemos servicios gratuitos para ayudarle a que se comuniqué con nosotros. Por ejemplo, cartas en otros idiomas o en letra grande. O bien, usted puede pedir un intérprete. Para pedir ayuda, llame al número de teléfono gratuito para miembros que se encuentra en su tarjeta de ID de miembro del plan de salud, TTY 711, todos los días, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
- ATENCIÓN: Si habla español, hay servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, a su disposición. Llame al número de teléfono gratuito que aparece en su tarjeta de identificación.
- ATENÇÃO: Se você fala português, contate o serviço de assistência de idiomas gratuito. Ligue gratuitamente para o número encontrado no seu cartão de identificação.

**Si tiene preguntas**, llame a UnitedHealthcare® Senior Care Options al **1-888-867-5511** y TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

## B. Preguntas frecuentes (FAQ)

La siguiente tabla contiene preguntas frecuentes (frequently asked questions, FAQ).

### Preguntas frecuentes

	Respuestas
<p><b>¿Qué es un Plan Senior Care Options?</b></p>	<p>Un Plan Senior Care Options es un plan de salud que tiene un contrato tanto con Medicare como con MassHealth Standard para proporcionar los beneficios de ambos programas a sus miembros. Es para personas mayores de 65 años que tienen la cobertura de Medicare y de MassHealth Standard, y ningún otro seguro de salud integral. Un Plan Senior Care Options es una organización integrada por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de Apoyos y Servicios a Largo Plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS), así como otros proveedores. También cuenta con administradores o coordinadores del cuidado de la salud para ayudarle a manejar la totalidad de sus proveedores, servicios y apoyos. Todos colaboran para proporcionarle el cuidado que usted necesita.</p> <p>Nuestro Plan NHC es para adultos de edad avanzada mayores de 65 años que están inscritos en las Partes A y B de Medicare y en la cobertura de MassHealth Standard, que no tienen ningún otro seguro de salud integral y que viven en una institución o que están en la comunidad, pero reciben servicios de apoyo a domicilio y en la comunidad porque tienen déficits funcionales. Estos servicios permiten que las personas que normalmente califican para un asilo de convalecencia (certificables para asilo de convalecencia) permanezcan de forma segura en su domicilio.</p>

**Si tiene preguntas,** llame a UnitedHealthcare® Senior Care Options al **1-888-867-5511** y TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

## Preguntas frecuentes

	Respuestas
<b>¿Recibiré los mismos beneficios de Medicare y del programa MassHealth (Medicaid) que recibo ahora en UnitedHealthcare® Senior Care Options?</b>	<p>Usted recibirá sus beneficios cubiertos de Medicare y del programa MassHealth (Medicaid) directamente de UnitedHealthcare® Senior Care Options. Trabjará con un equipo de proveedores que le ayudará a determinar los servicios que satisfagan mejor sus necesidades. Esto significa que algunos de los servicios que usted recibe actualmente pueden cambiar. Es posible que también reciba otros beneficios de la misma manera que ahora, directamente de una agencia estatal como el Departamento de Salud Mental o el Departamento de Servicios para el Desarrollo.</p> <p>Cuando se inscriba en UnitedHealthcare® Senior Care Options, usted y su equipo de cuidado de la salud trabajarán juntos para desarrollar un Plan de Cuidado Individualizado que satisfaga sus necesidades de salud y de apoyo, y que refleje sus preferencias y metas personales.</p> <p>Si está tomando medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que UnitedHealthcare® Senior Care Options normalmente no cubre, usted podrá obtener un suministro temporal y le ayudaremos a cambiar su medicamento por otro o a obtener una excepción para que UnitedHealthcare® Senior Care Options cubra su medicamento si es médicamente necesario. Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente a los números que se indican al pie de esta página.</p>

**Si tiene preguntas**, llame a UnitedHealthcare® Senior Care Options al **1-888-867-5511** y TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es.UHCCommunityPlan.com](https://es.UHCCommunityPlan.com).

**Preguntas frecuentes**

	<b>Respuestas</b>
<b>¿Puedo usar los mismos médicos que uso ahora?</b>	<p>Por lo general, sí. Si sus proveedores (incluidos médicos, hospitales, terapeutas, farmacias y otros proveedores de cuidado de la salud) trabajan con UnitedHealthcare® Senior Care Options y tienen un contrato con nosotros, usted puede seguir usándoles.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los proveedores que tienen un acuerdo con nosotros están “dentro de la red”. Los proveedores de la red participan en nuestro plan. Eso significa que aceptan a los miembros de nuestro plan y prestan los servicios que cubre nuestro plan. <b>Usted debe usar los proveedores que estén dentro de la red de UnitedHealthcare® Senior Care Options.</b> Si usa proveedores o farmacias que no están en nuestra red, es posible que el plan no pague esos servicios o medicamentos.</li> <li>• Si necesita cuidado de urgencia o de emergencia, o servicios de diálisis fuera del área de servicio, puede usar proveedores fuera del plan UnitedHealthcare® Senior Care Options.</li> </ul> <p>Para saber si sus médicos están dentro de la red del plan, llame a Servicio al Cliente o lea el <b>Directorio de Proveedores</b> de UnitedHealthcare® Senior Care Options en el sitio web del plan en <b>es.UHCCommunityPlan.com</b>.</p> <p>Si es nuevo en UnitedHealthcare® Senior Care Options, colaboraremos con usted para desarrollar un Plan de Cuidado Individualizado que satisfaga sus necesidades.</p>
<b>¿Qué es un administrador o coordinador del cuidado de la salud de UnitedHealthcare® Senior Care Options?</b>	<p>Un administrador o coordinador del cuidado de la salud de UnitedHealthcare® Senior Care Options es la principal persona con la que usted debe comunicarse. Esta persona le ayuda a administrar todos sus proveedores y servicios, y se asegura de que usted reciba lo que necesita.</p>

**Si tiene preguntas,** llame a UnitedHealthcare® Senior Care Options al **1-888-867-5511** y TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

**Preguntas frecuentes**

	<b>Respuestas</b>
<b>¿Qué son los Apoyos y Servicios a Largo Plazo (LTSS)?</b>	Los Apoyos y Servicios a Largo Plazo son servicios que ayudan a las personas que necesitan asistencia para hacer tareas cotidianas como bañarse, vestirse, preparar comidas y tomar medicamentos. La mayoría de estos servicios se prestan en su domicilio o en su comunidad, pero también se podrían prestar en un asilo de convalecencia o un hospital.
<b>¿Qué es un Coordinador de Servicios de Apoyo Geriátrico (GSSC)?</b>	Un Coordinador de Servicios de Apoyo Geriátrico (Geriatric Services Supports Coordinator, GSSC) de UnitedHealthcare® Senior Care Options es la persona con la que usted se comunica, que integra su equipo de cuidado de la salud y que es experta en apoyos y servicios a domicilio y en la comunidad. Esta persona le ayuda a recibir servicios que le permiten vivir de forma independiente en su domicilio.
<b>¿Qué puedo hacer si necesito un servicio, pero nadie de la red de UnitedHealthcare® Senior Care Options puede prestarlo?</b>	Los proveedores de nuestra red prestarán la mayoría de los servicios. Si usted necesita un servicio que no se puede prestar dentro de nuestra red, UnitedHealthcare® Senior Care Options pagará el costo de un proveedor fuera de la red.
<b>¿Dónde está disponible UnitedHealthcare® Senior Care Options?</b>	El área de servicio de este plan incluye: los condados de Bristol, Essex, Franklin, Hampden, Hampshire, Middlesex, Norfolk, Plymouth, Suffolk y Worcester, Massachusetts. Usted debe vivir en una de estas áreas para poder inscribirse en el plan.

**Si tiene preguntas,** llame a UnitedHealthcare® Senior Care Options al **1-888-867-5511** y TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

**Preguntas frecuentes**

	<b>Respuestas</b>
<b>¿Qué es una preautorización?</b>	<p>Preautorización se refiere a una aprobación de UnitedHealthcare® Senior Care Options para obtener servicios fuera de nuestra red o para recibir servicios que no están cubiertos de rutina por nuestra red, <b>antes</b> de recibir los servicios. Si usted o su proveedor no obtienen la preautorización, es posible que UnitedHealthcare® Senior Care Options no cubra el servicio, procedimiento, artículo o medicamento.</p> <p><b>Si necesita cuidado de urgencia o de emergencia, o servicios de diálisis fuera del área de servicio, no es necesario que obtenga una preautorización primero.</b> UnitedHealthcare® Senior Care Options puede proporcionarles a usted o su proveedor una lista de los servicios o procedimientos que requieren que usted obtenga la preautorización de UnitedHealthcare® Senior Care Options antes de que se preste el servicio. Si tiene preguntas sobre si se requiere o no una preautorización para servicios, procedimientos, artículos o medicamentos específicos, llame a Servicio al Cliente a los números que se indican al pie de esta página para recibir ayuda.</p>
<b>¿Debo pagar una cantidad mensual (también llamada una prima) en UnitedHealthcare® Senior Care Options?</b>	No. Dado que usted tiene el programa MassHealth (Medicaid), no tendrá que pagar ninguna prima mensual, ni siquiera la prima de la Parte B de Medicare, por su cobertura de salud.
<b>¿Debo pagar un deducible como miembro de UnitedHealthcare® Senior Care Options?</b>	No. Usted no tiene que pagar deducibles en UnitedHealthcare® Senior Care Options.
<b>¿Cuál es el máximo de gastos de mi bolsillo que pagaré por servicios médicos como miembro de UnitedHealthcare® Senior Care Options?</b>	En UnitedHealthcare® Senior Care Options, no hay ningún costo compartido por servicios médicos; por lo tanto, los gastos de su bolsillo anuales serán de \$0.

**Si tiene preguntas,** llame a UnitedHealthcare® Senior Care Options al **1-888-867-5511** y TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

## C. Lista de servicios cubiertos

La siguiente tabla es una descripción general rápida de los servicios que usted podría necesitar, sus costos y las reglas sobre los beneficios.

### Problema o necesidad de salud

	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas sobre los beneficios) — los servicios deben ser médicamente necesarios
<b>Usted necesita cuidado hospitalario</b>	Estadía en el hospital	\$0	Su proveedor tendrá que obtener una preautorización para los servicios.
	Cuidado de un médico o un cirujano	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso observación	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Servicios de un centro de cirugía ambulatoria (ASC)	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.

**Si tiene preguntas**, llame a UnitedHealthcare® Senior Care Options al **1-888-867-5511** y TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es.UHCCommunityPlan.com](https://es.UHCCommunityPlan.com).



**Problema o necesidad de salud**

	<b>Servicios que podría necesitar</b>	<b>Sus costos por proveedores dentro de la red</b>	<b>Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas sobre los beneficios) — los servicios deben ser médicamente necesarios</b>
<b>Usted desea consultar a un médico</b>	Visitas para tratar una lesión o enfermedad	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Cuidado de especialistas	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Visitas de bienestar, como un examen médico	\$0	Los exámenes médicos de rutina se limitan a uno por cada año calendario.
	Cuidado para prevenir enfermedades, como vacunas antigripales y contra la COVID-19, y pruebas de detección del cáncer	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	“Bienvenido a Medicare” (visita preventiva solo por única vez)	\$0	Con cobertura solamente dentro de los primeros 12 meses en los que tiene la Parte B de Medicare.
<b>Usted necesita cuidado de emergencia</b>	Servicios recibidos en la sala de emergencias	\$0	<b>La cobertura disponible es mundial. Usted paga \$0 como miembro del Programa Senior Care Options.</b> Puede usar cualquier sala de emergencias, aunque esté fuera de la red y sin necesidad de autorización.
	Cuidado de urgencia	\$0	<b>La cobertura disponible es mundial. Usted paga \$0 como miembro del Programa Senior Care Options.</b> Puede usar cualquier centro de cuidado de urgencia, aunque esté fuera de la red y sin necesidad de autorización.

**Si tiene preguntas,** llame a UnitedHealthcare® Senior Care Options al **1-888-867-5511** y TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

**Problema o necesidad de salud**

	<b>Servicios que podría necesitar</b>	<b>Sus costos por proveedores dentro de la red</b>	<b>Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas sobre los beneficios) — los servicios deben ser médicamente necesarios</b>
<b>Usted necesita exámenes médicos</b>	Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, radiografías u otros servicios de imágenes, como tomografías axiales computarizadas [CAT] o imágenes por resonancia magnética [MRI])	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Pruebas de laboratorio y procedimientos de diagnóstico, como análisis de sangre	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
<b>Usted necesita servicios para la audición</b>	Exámenes de la audición	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios. Los exámenes de audición de rutina no requieren autorización.
	Aparatos auditivos	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
<b>Usted necesita cuidado dental</b>	Exámenes dentales y cuidado preventivo	\$0	Se limitan a una visita cada seis meses.
	Cuidado dental restaurativo y de emergencia	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.

**Si tiene preguntas,** llame a UnitedHealthcare® Senior Care Options al **1-888-867-5511** y TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [es.UHCCommunityPlan.com](https://es.UHCCommunityPlan.com).

**Problema o necesidad de salud**

	<b>Servicios que podría necesitar</b>	<b>Sus costos por proveedores dentro de la red</b>	<b>Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas sobre los beneficios) — los servicios deben ser médicamente necesarios</b>
<b>Usted necesita cuidado de la vista</b>	Exámenes de la vista	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios. Los exámenes de la vista de rutina no requieren autorización.
	Anteojos o lentes de contacto	\$0	El plan paga hasta \$300 cada año para marcos o lentes de contacto a través de UnitedHealthcare Vision. Los lentes estándar monofocales, bifocales, trifocales o progresivos están cubiertos en su totalidad. Los artículos para la vista con entrega a domicilio están disponibles a través de UnitedHealthcare Vision (solo productos selectos).
	Otro cuidado de la vista	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
<b>Usted tiene una condición de salud del comportamiento</b>	Servicios para la salud del comportamiento	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Cuidado para pacientes hospitalizados y ambulatorios, y servicios en la comunidad para personas que necesitan cuidado de la salud del comportamiento	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.

**Si tiene preguntas,** llame a UnitedHealthcare® Senior Care Options al **1-888-867-5511** y TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [es.UHCCommunityPlan.com](https://es.UHCCommunityPlan.com).

**Problema o necesidad de salud**

	<b>Servicios que podría necesitar</b>	<b>Sus costos por proveedores dentro de la red</b>	<b>Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas sobre los beneficios) — los servicios deben ser médicamente necesarios</b>
<b>Usted tiene un trastorno por consumo de sustancias</b>	Servicios para trastornos por consumo de sustancias	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
<b>Usted necesita un lugar para vivir con personas que le ayuden</b>	Cuidado de enfermería especializada	\$0	Hasta 100 días por cada año calendario. Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Cuidado en un asilo de convalecencia	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Cuidado tutelar de adultos y cuidado tutelar de adultos en grupo	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
<b>Usted necesita terapia después de un derrame cerebral o un accidente</b>	Terapia ocupacional, fisioterapia o terapia del habla	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.

**Si tiene preguntas,** llame a UnitedHealthcare® Senior Care Options al **1-888-867-5511** y TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [es.UHCCommunityPlan.com](https://es.UHCCommunityPlan.com).

**Problema o necesidad de salud**

	<b>Servicios que podría necesitar</b>	<b>Sus costos por proveedores dentro de la red</b>	<b>Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas sobre los beneficios) — los servicios deben ser médicamente necesarios</b>
<b>Usted necesita ayuda para acceder a servicios de salud</b>	Servicios de ambulancia	\$0	Se requiere una autorización para el transporte en ambulancia terrestre y aérea, cubierto por Medicare, que no es de emergencia.
	Transporte de emergencia	\$0	Disponible en todo el mundo y en los Estados Unidos y sus territorios sin autorización.
	Transporte a citas y servicios médicos	\$0	Viajes en una sola dirección ilimitados desde o hacia citas relacionadas con el cuidado médico aprobadas y la farmacia en Commonwealth of Massachusetts. El transporte fuera del estado requiere preautorización. Es necesario hacer reservas. Servicio prestado por ModivCare®.
<b>Usted necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición (continúa en la página siguiente)</b>	Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare	\$0	Los medicamentos de la Parte B incluyen medicamentos administrados en el consultorio médico, algunos medicamentos orales contra el cáncer y algunos medicamentos que se usan con ciertos equipos médicos. Para obtener más información sobre estos medicamentos, lea la <b>Evidencia de Cobertura</b> .

**Si tiene preguntas**, llame a UnitedHealthcare® Senior Care Options al **1-888-867-5511** y TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es.UHCCommunityPlan.com](https://es.UHCCommunityPlan.com).

**Problema o necesidad de salud**

	<b>Servicios que podría necesitar</b>	<b>Sus costos por proveedores dentro de la red</b>	<b>Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas sobre los beneficios) — los servicios deben ser médicamente necesarios</b>
<b>Usted necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición (continúa de la página anterior)</b>	Medicamentos genéricos (no de marca)	\$0	<p>Puede haber limitaciones en los tipos de medicamentos cubiertos. Para obtener más información, consulte la <b>Lista de Medicamentos Cubiertos</b> (Lista de Medicamentos) de UnitedHealthcare® Senior Care Options.</p> <p>En farmacias minoristas o farmacias de pedidos por correo, puede obtener suministros extendidos de días sin costo adicional para usted.</p>
	Medicamentos de marca	\$0	<p>Puede haber limitaciones en los tipos de medicamentos cubiertos. Para obtener más información, consulte la <b>Lista de Medicamentos Cubiertos</b> (Lista de Medicamentos) de UnitedHealthcare® Senior Care Options.</p> <p>En farmacias minoristas o farmacias de pedidos por correo, puede obtener suministros extendidos de días sin costo adicional para usted.</p>
	Medicamentos sin receta (OTC)	\$0	<p>Puede haber limitaciones en los tipos de medicamentos cubiertos. Para obtener más información, consulte la <b>Lista de Medicamentos Cubiertos</b> (Lista de Medicamentos) de UnitedHealthcare® Senior Care Options.</p>

**Si tiene preguntas,** llame a UnitedHealthcare® Senior Care Options al **1-888-867-5511** y TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

**Problema o necesidad de salud**

	<b>Servicios que podría necesitar</b>	<b>Sus costos por proveedores dentro de la red</b>	<b>Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas sobre los beneficios) — los servicios deben ser médicamente necesarios</b>
<b>Usted necesita ayuda para recuperarse o tiene necesidades especiales de salud</b>	Servicios para la rehabilitación	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Equipo médico para cuidado a domicilio	\$0	Se requiere preautorización para cierto equipo médico. Consulte a su administrador o coordinador del cuidado de la salud para determinar si se requiere preautorización.
	Servicios de diálisis	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
<b>Usted necesita cuidado de los pies</b>	Servicios de podiatría	\$0	Seis visitas de cuidado de los pies de rutina y todas las visitas que sean médicamente necesarias. Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Servicios de ortesis	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.

**Si tiene preguntas,** llame a UnitedHealthcare® Senior Care Options al **1-888-867-5511** y TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [es.UHCCommunityPlan.com](https://es.UHCCommunityPlan.com).

**Problema o necesidad de salud**

	<b>Servicios que podría necesitar</b>	<b>Sus costos por proveedores dentro de la red</b>	<b>Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas sobre los beneficios) — los servicios deben ser médicamente necesarios</b>
<p><b>Usted necesita equipo médico duradero (DME)</b></p> <p><b>Nota:</b> Esta no es una lista completa de los equipos médicos duraderos (durable medical equipment, DME) cubiertos. Para obtener una lista completa, comuníquese con Servicio al Cliente o consulte el Capítulo 4 de la <b>Evidencia de Cobertura</b>.</p>	Sillas de ruedas, muletas y andadores	\$0	Se requiere preautorización para cierto equipo médico. Consulte a su administrador o coordinador del cuidado de la salud para determinar si se requiere preautorización.
	Nebulizadores	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Equipos de oxígeno y suministros	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.

**Si tiene preguntas,** llame a UnitedHealthcare® Senior Care Options al **1-888-867-5511** y TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [es.UHCCommunityPlan.com](https://es.UHCCommunityPlan.com).



**Problema o necesidad de salud**

	<b>Servicios que podría necesitar</b>	<b>Sus costos por proveedores dentro de la red</b>	<b>Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas sobre los beneficios) — los servicios deben ser médicamente necesarios</b>
<b>Usted necesita ayuda para vivir en su domicilio</b>	Servicios de asistencia médica a domicilio	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Servicios domésticos, como limpieza o administración de la casa	\$0	Se requiere preautorización para ciertos servicios a domicilio. Consulte a su administrador o coordinador del cuidado de la salud para determinar si se requiere preautorización.
	Servicios de salud diurnos para adultos u otros servicios de apoyo	\$0	Usted debe obtener una preautorización de su plan de salud.
	Servicios para la habilitación diurnos	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Servicios para ayudarlo a vivir solo (servicios de cuidado de asistencia médica a domicilio o servicios de un asistente para el cuidado personal)	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.

**Si tiene preguntas,** llame a UnitedHealthcare® Senior Care Options al **1-888-867-5511** y TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

**Problema o necesidad de salud**

	<b>Servicios que podría necesitar</b>	<b>Sus costos por proveedores dentro de la red</b>	<b>Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas sobre los beneficios) — los servicios deben ser médicamente necesarios</b>
<b>Servicios adicionales (continúa en la página siguiente)</b>	Servicios quiroprácticos	\$0	Hasta 20 visitas sin autorización
	Suministros y servicios para la diabetes	\$0	Cubrimos solamente las marcas Accu-Chek® y OneTouch®. Los medidores de glucosa cubiertos incluyen: OneTouch Verio Flex®, OneTouch Verio Reflect®, OneTouch® Verio, OneTouch®Ultra 2, Accu-Chek® Guide Me y Accu-Chek® Guide. Tiras para medir la glucosa: OneTouch Verio®, OneTouch Ultra®, Accu-Chek® Guide, Accu-Chek® Aviva Plus y Accu-Chek® SmartView. Su plan no cubre otras marcas. Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para algunos servicios.
	Programa de acondicionamiento físico	\$0	Renew Active® incluye una membresía gratuita a un gimnasio en un sitio que usted elige de nuestra red nacional, más un plan de acondicionamiento físico personalizado, clases de acondicionamiento físico en Internet y desafíos de agudeza mental.

**Si tiene preguntas,** llame a UnitedHealthcare® Senior Care Options al **1-888-867-5511** y TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [es.UHCCommunityPlan.com](https://es.UHCCommunityPlan.com).

**Problema o necesidad de salud**

	<b>Servicios que podría necesitar</b>	<b>Sus costos por proveedores dentro de la red</b>	<b>Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas sobre los beneficios) — los servicios deben ser médicamente necesarios</b>
<b>Servicios adicionales (continúa de la página anterior)</b>	Tarjeta para productos de venta sin receta (OTC)	\$0	\$125 de crédito cada mes para pagar alimentos, productos de venta sin receta y ciertas facturas de servicios públicos cubiertos
	Servicios para prótesis	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Radioterapia	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Servicios para ayudarle a manejar su enfermedad	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Visitas virtuales médicas	\$0	Consulte a proveedores de telesalud de la red, mediante su computadora, teléfono celular o tableta.
	Visitas virtuales relacionadas con la salud del comportamiento	\$0	Consulte a proveedores de telesalud de la red, mediante su computadora, teléfono celular o tableta.

El resumen de beneficios anterior se ofrece únicamente con fines informativos y no es una lista completa de beneficios. Para obtener una lista completa y más información sobre sus beneficios, puede leer la **Evidencia de Cobertura** de UnitedHealthcare® Senior Care Options. Si no tiene una **Evidencia de Cobertura**, llame a Servicio al Cliente de UnitedHealthcare® Senior Care Options al número que se indica al pie de esta página para obtener una. Si tiene preguntas, también puede llamar a Servicio al Cliente de UnitedHealthcare® Senior Care Options o visitar [es.UHCCommunityPlan.com](http://es.UHCCommunityPlan.com).

**Si tiene preguntas**, llame a UnitedHealthcare® Senior Care Options al **1-888-867-5511** y TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es.UHCCommunityPlan.com](http://es.UHCCommunityPlan.com).

## D. Beneficios cubiertos fuera de UnitedHealthcare® Senior Care Options

Hay algunos servicios que usted puede recibir que no están cubiertos por UnitedHealthcare® Senior Care Options, pero que están cubiertos por Medicare o el programa MassHealth (Medicaid). Esta no es una lista completa. Para saber de estos servicios, llame a Servicio al Cliente al número que se indica al pie de esta página.

### Otros servicios cubiertos por Medicare o el programa MassHealth (Medicaid)

	Sus Costos
Ciertos servicios para cuidados paliativos cubiertos fuera de UnitedHealthcare® Senior Care Options (Si solamente tiene MassHealth Standard, usted será responsable de los costos, a menos que el centro de cuidados paliativos tenga contrato con UnitedHealthcare.)	\$0
Rehabilitación psicosocial	Para obtener más información, llame al programa MassHealth (Medicaid).
Administración de casos dirigida a grupos específicos	Para obtener más información, llame al programa MassHealth (Medicaid).
Habitación y comida en casa de reposo	Llame al Departamento de Ayuda para la Transición para obtener más información.

**Si tiene preguntas**, llame a UnitedHealthcare® Senior Care Options al **1-888-867-5511** y TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

## E. Servicios que no están cubiertos por UnitedHealthcare® Senior Care Options, Medicare ni el programa MassHealth (Medicaid)

Esta no es una lista completa. Para saber de otros servicios excluidos, llame a Servicio al Cliente al número que se indica al pie de esta página.

### Servicios que no están cubiertos por UnitedHealthcare® Senior Care Options, Medicare ni el programa MassHealth (Medicaid)

Ningún cuidado médico, excepto servicios para emergencias o requeridos de urgencia, recibido fuera de los Estados Unidos y sus territorios	Cirugía estética u otros procedimientos estéticos, salvo cuando sean necesarios debido a una lesión causada por un accidente o para mejorar una parte del cuerpo deformada. Sin embargo, el plan cubrirá la reconstrucción de un seno después de una mastectomía y el tratamiento del otro seno con el fin de lograr un aspecto simétrico.
Histerectomía, ligadura de trompas o vasectomía electivas, si la indicación primaria para estos procedimientos es la esterilización. Reversión de procedimientos de esterilización, dispositivos de erección peneana por vacío o suministros anticonceptivos sin receta.	Servicios o procedimientos para mejoras electivas o voluntarias (que incluyen pérdida de peso, crecimiento del cabello, función sexual, rendimiento deportivo, fines estéticos, contra el envejecimiento y para el rendimiento mental), a menos que sean médicamente necesarios
Equipos o suministros que acondicionen el aire y otros equipos que no sean principalmente médicos	Tratamientos médicos y quirúrgicos, artículos y medicamentos experimentales, a menos que estén cubiertos por Medicare, por un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. Los tratamientos y artículos experimentales son aquellos que no están generalmente aceptados por la comunidad médica.
Vacunas para viajes al extranjero	Servicios de naturopatía (que usan tratamientos alternativos o naturales)
Artículos personales en su habitación en un hospital o en un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor	Habitación privada en un hospital, excepto cuando sea médicamente necesaria
Servicios que no se consideran razonables ni médicamente necesarios, según las normas de Medicare Original, a menos que los cubra el programa MassHealth (Medicaid)	Tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida, excepto cuando sea médicamente necesario

**Si tiene preguntas,** llame a UnitedHealthcare® Senior Care Options al **1-888-867-5511** y TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

## F. Sus derechos como miembro del plan

Como miembro de UnitedHealthcare® Senior Care Options, usted tiene ciertos derechos. Usted puede ejercer estos derechos sin estar sujeto a represalias. También puede hacer valer estos derechos sin perder sus servicios para el cuidado de la salud. Le proporcionaremos información sobre sus derechos al menos una vez al año. Para obtener más información sobre sus derechos, lea la **Evidencia de Cobertura**. Sus derechos incluyen, entre otros, los siguientes:

- **Usted tiene derecho a ser tratado de manera justa, con respeto y dignidad.** Esto incluye el derecho a:
  - Recibir los servicios cubiertos independientemente de su condición médica, estado de salud, recepción de servicios de salud, experiencia en reclamos, historial médico, discapacidad (incluidas las limitaciones mentales), estado civil, edad, sexo (incluidos los estereotipos sexuales y la identidad de género), orientación sexual, origen nacional, raza, color, religión, credo o asistencia pública
  - Obtener información en otros formatos (por ejemplo, letra grande, braille o audio) sin cargo
  - Estar libre de cualquier forma de restricción física o reclusión
- **Usted tiene derecho a obtener información sobre el cuidado de su salud.** Esto incluye información sobre tratamiento y sus opciones de tratamiento. Esta información debería estar en un formato que usted pueda comprender. Esto incluye el derecho a obtener información sobre:
  - Descripción de los servicios que cubrimos
  - Cómo recibir servicios
  - Cuánto le costarán los servicios (los miembros de SCO no tienen gastos de su bolsillo)
  - Nombres de proveedores de cuidado de la salud
- **Usted tiene derecho a tomar decisiones sobre su cuidado, incluso a rehusarse a recibir tratamiento.** Esto incluye el derecho a:
  - Elegir un proveedor de cuidado primario (primary care provider, PCP) y cambiarle en cualquier momento del año
  - Consultar a un proveedor de cuidado de la salud de la mujer sin una referencia
  - Recibir sus servicios y medicamentos cubiertos rápidamente
  - Conocer todas las opciones de tratamiento, independientemente de cuánto cuesten o de que estén o no cubiertas
  - Rehusarse al tratamiento, aunque su proveedor de cuidado de la salud le aconseje lo contrario
  - Dejar de tomar medicamentos, aunque su proveedor de cuidado de la salud le aconseje lo contrario
  - Pedir una segunda opinión. UnitedHealthcare® Senior Care Options pagará el costo de su visita de segunda opinión
  - Dar a conocer sus deseos sobre el cuidado de la salud en instrucciones por anticipado

**Si tiene preguntas,** llame a UnitedHealthcare® Senior Care Options al **1-888-867-5511** y TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- **Usted tiene derecho a tener acceso oportuno al cuidado, sin barreras de comunicación ni de acceso físico.** Esto incluye el derecho a:
  - Recibir cuidado médico oportunamente
  - Tener libre acceso al consultorio de un proveedor de cuidado de la salud. Esto significa el acceso sin obstáculos para las personas con discapacidades, según la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades
  - Contar con la ayuda de intérpretes para comunicarse con sus proveedores de cuidado de la salud y su plan de salud
- **Usted tiene derecho a buscar cuidado de urgencia y de emergencia cuando lo necesite.** Esto significa que tiene derecho a:
  - Recibir servicios para emergencias sin preautorización en una emergencia
  - Consultar a un proveedor de cuidado de urgencia o de emergencia fuera de la red, cuando sea necesario
- **Usted tiene derecho a la confidencialidad y la privacidad.** Esto incluye el derecho a:
  - Pedir y obtener una copia de sus registros médicos de una manera que usted pueda comprender, y pedir que se modifiquen o corrijan sus registros
  - Que se mantenga la privacidad de su información de salud personal
- **Usted tiene derecho a presentar quejas sobre su cuidado o sus servicios cubiertos.** Esto incluye el derecho a:
  - Presentar una queja o una queja formal contra nosotros o nuestros proveedores
  - Solicitar una audiencia imparcial estatal
  - Recibir una explicación detallada del motivo por el que se denegaron los servicios

Para obtener más información sobre sus derechos, puede leer la **Evidencia de Cobertura**. Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UnitedHealthcare® Senior Care Options al número que se indica al pie de esta página.

También puede llamar al programa My Ombudsman al **1-800-243-4636** (o usar MassRelay al **711** para llamar al **1-800-872-0166** o videoteléfono [Videophone, VP] **339-224-6831**).

**Aviso de Recuperación del Patrimonio: El programa MassHealth está obligado por la ley federal a recuperar dinero del patrimonio de ciertos miembros del programa MassHealth que son mayores de 55 años y de aquellos de cualquier edad que reciben cuidado a largo plazo en un asilo de convalecencia u otra institución médica. Para obtener más información sobre la recuperación del patrimonio que realiza el programa MassHealth, visite [mass.gov/estaterecovery](https://mass.gov/estaterecovery).**

**Si tiene preguntas,** llame a UnitedHealthcare® Senior Care Options al **1-888-867-5511** y TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **[es.UHCCommunityPlan.com](https://es.UHCCommunityPlan.com)**.

## **G. Cómo presentar una queja o una apelación de un servicio denegado**

Si tiene una queja o cree que UnitedHealthcare® Senior Care Options debería cubrir algo que denegamos, llame al número que se indica al pie de la página. Tal vez podría apelar nuestra decisión.

Si tiene preguntas sobre las quejas y apelaciones, puede leer el Capítulo 8 de la **Evidencia de Cobertura**. También puede llamar a Servicio al Cliente de UnitedHealthcare® Senior Care Options.

### **Para presentar quejas, quejas formales o apelaciones médicas:**

UnitedHealthcare Community Plan  
Attn: Complaint and Appeals Department  
P.O. Box 6103  
MS CA124-0187  
Cypress, CA 90630-0023

### **Para presentar quejas, quejas formales, apelaciones por medicamentos de la Parte D o del programa MassHealth (Medicaid):**

UnitedHealthcare Community Plan  
Attn: Part D/MassHealth Appeals  
P.O. Box 6103  
MS CA124-0197  
Cypress, CA 90630-0023

## **H. Qué puede hacer si sospecha que se ha cometido fraude**

La mayoría de los profesionales y las organizaciones de cuidado de la salud que prestan servicios son honestos. Lamentablemente, es posible que haya algunos que no lo sean.

Si usted cree que un médico, un hospital o una farmacia están haciendo algo indebido, comuníquese con nosotros.

- Llámenos a Servicio al Cliente de UnitedHealthcare® Senior Care Options. Los números de teléfono se encuentran en la portada de este resumen.
- O bien, llame a Servicio al Cliente del programa MassHealth (Medicaid) al **1-800-841-2900**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **1-800-497-4648**.
- O llame a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **1-877-486-2048**. Puede llamar a estos números gratuitos, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

**Si tiene preguntas**, llame a UnitedHealthcare® Senior Care Options al **1-888-867-5511** y TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es.UHCCommunityPlan.com](https://es.UHCCommunityPlan.com).



## Si tiene preguntas generales o preguntas sobre nuestro plan, servicios, área de servicio, facturación o tarjetas de ID de miembro de UnitedHealthcare, llame a Servicio al Cliente de UnitedHealthcare® Senior Care Options:



Llame al **1-888-867-5511**

Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Servicio al Cliente también tiene servicios gratuitos de intérpretes de idiomas para personas que no hablan inglés.

**TTY 711**

Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana.

## Si tiene preguntas sobre su salud:

- Llame a su proveedor de cuidado primario (PCP). Siga las instrucciones de su proveedor de cuidado primario para recibir cuidado cuando el consultorio está cerrado.
- Si el consultorio de su proveedor de cuidado primario está cerrado, también puede llamar a la Línea de Acceso a Servicios de Salud. Una enfermera escuchará su problema y le dirá cómo recibir cuidado. (Ejemplo: cuidado de urgencia, sala de emergencias). Los números de la Línea de Acceso a Servicios de Salud son:



Llame al **1-888-867-5511**

Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana. UnitedHealthcare® Senior Care Options también tiene servicios gratuitos de intérpretes de idiomas para personas que no hablan inglés.

**TTY 711**

Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

## Si necesita cuidado de la salud del comportamiento inmediatamente, comuníquese con la Línea de Crisis de Salud del Comportamiento:



Llame al **1-888-867-5511**

Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana. UnitedHealthcare® Senior Care Options también tiene servicios gratuitos de intérpretes de idiomas para personas que no hablan inglés.

**TTY 711**

Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.



# Información importante: Calificación 2022 de Medicare con Estrellas

Información  
oficial de  
Medicare del  
gobierno de los  
Estados Unidos



## UnitedHealthcare - H2226

En el 2022, UnitedHealthcare - H2226 recibió las siguientes calificaciones de Medicare con estrellas:

- Calificación general por estrellas: ★ ★ ★ ★ ★ 5 estrellas
- Calificación de los Servicios de Salud: ★ ★ ★ ★ ☆ 4.5 estrellas
- Calificación de los Servicios de Medicamentos: ★ ★ ★ ★ ★ 5 estrellas

Cada año, Medicare evalúa los planes basándose en un Sistema de Calificación por 5 estrellas.

### Por qué la Calificación por Estrellas es importante

Medicare califica los planes en base a sus servicios de salud y medicamentos.

Esto le permite a usted comparar fácilmente los planes en base a su calidad y desempeño.

La Calificación por Estrellas se basa en diversos factores que incluyen:

- Opiniones y comentarios de miembros sobre el cuidado y el servicio que proporciona el plan
- El número de miembros que cancelaron o continuaron con el plan
- La cantidad de quejas que recibió Medicare sobre el plan
- Información proporcionada por médicos y hospitales que trabajan con el plan

Más estrellas significan un mejor plan – por ejemplo, los miembros pueden obtener un mejor cuidado y un mejor y más rápido servicio al cliente.



**Este plan obtuvo la calificación más alta de Medicare (5 estrellas)**

**El número de estrellas indica qué tan bien funciona el plan.**

- ★ ★ ★ ★ ★ EXCELENTE
- ★ ★ ★ ★ SUPERIOR AL PROMEDIO
- ★ ★ ★ PROMEDIO
- ★ ★ DEBAJO DEL PROMEDIO
- ★ DEFICIENTE

### Obtenga más información sobre la Calificación por Estrellas en línea

Compare la Calificación por Estrellas de este y otros planes en línea en [medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare).

### ¿Preguntas sobre este plan?

Comuníquese con UnitedHealthcare 7 días de la semana de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local a **800-555-5757** (número gratuito) o al **711** (TTY). Miembros actuales favor de llamar **888-867-5511** (número gratuito) o al **711** (TTY).

La compañía cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales aplicables y no discrimina, excluye, ni trata de manera diferente a las personas por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, religión, credo, orientación sexual o sexo (que incluye la identidad de género y los estereotipos de género).

Si cree que le trataron de manera discriminatoria, puede enviar una queja a:

Civil Rights Coordinator  
UnitedHealthcare Civil Rights Grievance  
P.O. Box 30608  
Salt Lake City, UTAH 84130

**UHC\_Civil\_Rights@uhc.com**

Si necesita ayuda con su queja, llame a Servicio al Cliente al **1-888-867-5511**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana.

También puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

**En línea:**

**<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**

Los formularios de quejas están disponibles en

**<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>**

**Teléfono:**

Línea gratuita 1-800-368-1019, **1-800-537-7697** (TDD)

**Correo postal:**

U.S. Dept. of Health and Human Services  
200 Independence Avenue SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201

Podemos brindarle servicios gratuitos para ayudarle a comunicarse con nosotros, por ejemplo:

- Intérpretes de lenguaje de señas calificados
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y demás formatos)
- Servicios de idiomas gratuitos para personas cuyo idioma principal no es el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas

Para solicitar ayuda, llame a Servicio al Cliente al **1-888-867-5511**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este, los 7 días de la semana.

**English**

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Please call **1-888-867-5511 TTY 711**, 8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week.

**Español (Spanish)**

ATENCIÓN: Si habla español, hay servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, a su disposición. Llame al **1-888-867-5511 TTY 711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana.

**Português (Portuguese)**

ATENÇÃO: Se você fala português, contate o serviço de assistência de idiomas gratuito. Ligue para o número de telefone **1-888-867-5511 TTY 711**, das 08:00 às 20:00, 7 dias por semana.

**中文 (Chinese)**

請注意：如果您說中文，我們免費為您提供語言協助服務。請致電 **1-888-867-5511 TTY 711**，服務時間為每週 7 天，上午 8 點至晚上 8 點。

**Kreyòl ayisyen (Haitian Creole)**

ATANSYON: Si w pale Kreyòl ayisyen, ou kapab benefisye sèvis ki gratis pou ede w nan lang pa w. Tanpri rele nan **1-888-867-5511 TTY 711**, ant 8 a.m. ak 8 p.m., 7 jou sou sèt.

**Tiếng Việt (Vietnamese)**

XIN LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, quý vị sẽ được cung cấp dịch vụ trợ giúp về ngôn ngữ miễn phí. Vui lòng gọi số điện thoại **1-888-867-5511 TTY 711**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần.

**Русский (Russian)**

ВНИМАНИЕ: бесплатные услуги перевода доступны для людей, чей родной язык является русским. Звоните по телефону **1-888-867-5511 (TTY 711)**, с 8:00 до 20:00 без выходных.

**ភាសាខ្មែរ (Khmer)**

សម្គាល់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាកម្មជំនួយភាសាដោយឥតគិតថ្លៃមានផ្តល់ជូនអ្នក។ សូមទូរសព្ទទៅលេខ **1-888-867-5511 TTY 711** ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 ល្ងាច 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។

**Français (French)**

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Veuillez composer le **1-888-867-5511 télécscripteur 711**, de 8h à 20h, 7 j/7.

**Italiano (Italian)**

ATTENZIONE: in caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Si prega di chiamare il numero **1-888-867-5511 TTY 711**, tutti i giorni dalle 08:00 alle 20:00.

## (Arabic) العربية

تنبيه: إذا كنت تتحدث الإنجليزية، فإن خدمات المساعدة اللغوية المجانية متوفرة من أجلك. من فضلك اتصل على رقم **1-888-867-5511** أو الهاتف النصي **711** من الساعة 8 صباحًا وحتى 8 مساءً في أي يوم على مدار الأسبوع.

## 한국어 (Korean)

알림: 한국어를 사용하시는 경우 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.  
**1-888-867-5511**(TTY **711**)번으로 주 7일 오전 8시부터 오후 8시까지 전화하십시오.

## Ελληνικά (Greek)

ΠΡΟΣΟΧΗ : Αν μιλάτε Ελληνικά, υπάρχει δωρεάν βοήθεια στη γλώσσα σας. Παρακαλείστε να καλέσετε το **1-888-867-5511** Αριθμός τέλεξ: **711**, 7 ημέρες την εβδομάδα από τις 8 π.μ. έως τις 8 μ.μ.

## Polski (Polish)

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, udostępniliśmy darmowe usługi tłumacza. Prosimy zadzwonić pod numer **1-888-867-5511** TTY **711**, dostępne przez 7 dni w tygodniu, w godzinach od 8:00 do 20:00.

## हिंदी (Hindi)

कृपया ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते/ती हैं, आपको भाषा सहायता सेवाएं निशुल्क उपलब्ध हैं। कृपया **1-888-867-5511** टीटीवाई **711** पर सुबह 8 से रात 8 बजे तक सप्ताह के 7 दिन कॉल करें।

## ગુજરાતી (Gujarati)

ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો આપને ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. મહેરબાની કરીને **1-888-867-5511** TTY **711** નંબર પર અઠવાડિયાના 7 દિવસ સવારે 8 થી રાત્રે 8 સુધી કોલ કરો.

## ລາວ (Lao)

ເຊີນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວແມ່ນມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃຫ້ແກ່ທ່ານ. ກະລຸນາໂທຫາເບີ **1-888-867-5511** TTY **711**, 8 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 8 ໂມງແລງ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ.

# Lista de Medicamentos

# Lista de Medicamentos

Esta es una lista alfabética completa de los medicamentos con receta que cubre el plan a partir del 1 de septiembre de 2022. Esta lista puede cambiar durante el año. Para obtener la información más actualizada, llame a UnitedHealthcare o visítenos por Internet. Nuestro número de teléfono y sitio web se encuentran en la contraportada de esta guía.

- Los medicamentos de marca están en MAYÚSCULAS. Los medicamentos genéricos están en *minúsculas y cursiva*
- **Algunos medicamentos tienen requisitos de cobertura, como preautorización o terapia escalonada. Para obtener más información, llámenos o consulte la Lista de Medicamentos completa en nuestro sitio web**

UnitedHealthcare SCO cubre algunos medicamentos sin receta (over-the-counter, OTC) si son recetados por el médico, aunque normalmente no estén cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare. Los medicamentos sin receta excluidos y los medicamentos excluidos de la Parte D de Medicare que están cubiertos por el programa MassHealth aparecen en letra de color azul. Los medicamentos de esta lista solamente estarán cubiertos si usted tiene una receta del médico. Si se le receta un medicamento de marca, le suministrarán la versión genérica del medicamento, si la hay, **a menos que el médico indique en la receta que “no se debe sustituir” el medicamento de marca.**

#	
	<i>accutane (cápsula oral)</i>
<i>4x probiotic (tableta)</i>	<i>acebutolol hcl (cápsula oral)</i>
A	
<i>abacavir sulfate (solución oral)</i>	<i>acetaminophen (tónico)</i>
<i>abacavir sulfate (tableta oral)</i>	<i>acetaminophen (suspensión)</i>
<i>abacavir sulfate-lamivudine (tableta oral)</i>	<i>acetaminophen (tableta masticable)</i>
<i>abatix (cápsula)</i>	<i>acetaminophen (tableta de liberación prolongada)</i>
ABELCET (SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN INTRAVENOSA)	<i>acetaminophen (tableta)</i>
ABILIFY MAINTENA (JERINGA PRECARGADA PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	<i>acetaminophen-caffeine-dihydrocodeine (cápsula oral)</i>
ABILIFY MAINTENA (SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA DE LIBERACIÓN PROLONGADA PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	<i>acetaminophen-codeine (120-12mg/5ml solución oral)</i>
<i>abiraterone acetate (250mg tableta oral)</i>	<i>acetaminophen-codeine (300-15mg tableta oral, 300-30mg tableta oral, 300-60mg tableta oral)</i>
<i>abiraterone acetate (500mg tableta oral)</i>	<i>acetazolamide (tableta oral)</i>
<i>acamprosate calcium (tableta oral de liberación retardada)</i>	<i>acetazolamide er (cápsula oral de liberación prolongada 12 horas)</i>
<i>acarbose (tableta oral)</i>	<i>acetic acid (solución ótica)</i>
	<i>acetylcysteine (solución para inhalación)</i>
	<i>acidophilus (cápsula)</i>



<i>acidophilus (tableta masticable)</i>	ADVAIR DISKUS (POLVO EN AEROSOL PARA INHALACIÓN ACTIVADO POR LA RESPIRACIÓN)
<i>acidophilus (tableta)</i>	
<i>acidophilus (comprimido masticable)</i>	ADVAIR HFA (AEROSOL PARA INHALACIÓN)
<i>acidophilus extra strength (cápsula)</i>	<i>advanced probiotic (cápsula)</i>
<i>acidophilus lactobacilli (cápsula)</i>	<i>advanced probiotic 10 (cápsula)</i>
<i>acidophilus probiotic (cápsula)</i>	<i>advanced probiotic-14 (cápsula)</i>
<i>acidophilus probiotic (tableta)</i>	AIMOVIG (AUTOINYECTABLE CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)
<i>acidophilus probiotic blend (cápsula)</i>	<i>ala-cort (crema para uso externo)</i>
<i>acidophilus probiotic blend (tableta)</i>	<i>albendazole (tableta oral)</i>
<i>acidophilus probiotic complex (tableta)</i>	<i>albuterol sulfate (solución para nebulizador para inhalación)</i>
<i>acidophilus probiotic formula (tableta)</i>	<i>albuterol sulfate (jarabe oral)</i>
<i>acidophilus super probiotic (cápsula)</i>	<i>albuterol sulfate (tableta oral de liberación inmediata)</i>
<i>acidophilus with bifidus (tableta masticable)</i>	<i>albuterol sulfate hfa (108 (90 base) mcg/ aplicación solución en aerosol para inhalación) (proair genérico), albuterol sulfate hfa (108 (90 base) mcg/aplicación solución en aerosol para inhalación) (proventil genérico)</i>
<i>acidophilus/bifidus (comprimido masticable)</i>	<i>alclometasone dipropionate (crema para uso externo)</i>
<i>acidophilus/goat milk (cápsula)</i>	<i>alclometasone dipropionate (ungüento para uso externo)</i>
<i>acidophilus/l-sporogenes extra strength (tableta)</i>	<i>alcohol prep pads</i>
<i>acidophilus/pectin (cápsula)</i>	ALECENSA (CÁPSULA ORAL)
<i>acitretin (cápsula oral)</i>	<i>alendronate sodium (10mg tableta oral, 35mg tableta oral, 70mg tableta oral)</i>
ACTHIB (SOLUCIÓN RECONSTITUIDA PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	<i>alendronate sodium (solución oral)</i>
ACTEMRA (JERINGA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	<i>alfuzosin hcl er (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)</i>
ACTEMRA ACTPEN (AUTOINYECTABLE CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	<b>ALIGN (CÁPSULA)</b>
ACTIMMUNE (SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	<b>ALIGN (TABLETA MASTICABLE)</b>
<i>acyclovir (ungüento para uso externo)</i>	<b>ALIGN EXTRA STRENGTH (CÁPSULA)</b>
<i>acyclovir (cápsula oral)</i>	<b>ALIGN JR FOR KIDS (TABLETA MASTICABLE)</b>
<i>acyclovir (suspensión oral)</i>	<i>aliskiren fumarate (tableta oral)</i>
<i>acyclovir (tableta oral)</i>	<i>allergy eye drops (solución)</i>
<i>acyclovir sodium (solución para inyección intravenosa)</i>	<i>allopurinol (tableta oral)</i>
ADACEL (SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	ALOCRIL (SOLUCIÓN OFTÁLMICA)
<i>adapalene (0.3% gel para uso externo)</i>	
<i>adapalene (crema para uso externo)</i>	
<i>adefovir dipivoxil (tableta oral)</i>	
ADEMPAS (TABLETA ORAL)	

Medicamentos de marca = EN MAYÚSCULA Medicamentos genéricos = *en minúscula y cursiva*  
 Letra de color azul = Cubierto por MassHealth

<i>aloe 10000 &amp; probiotics (cápsula)</i>	<i>amoxicillin-potassium clavulanate (tableta oral masticable)</i>
ALOMIDE (SOLUCIÓN OFTÁLMICA)	<i>amoxicillin-potassium clavulanate (tableta oral de liberación inmediata)</i>
<i>alose tron hcl (tableta oral)</i>	<i>amoxicillin-potassium clavulanate er (tableta oral de liberación prolongada 12 horas)</i>
ALPHAGAN P (0.1% SOLUCIÓN OFTÁLMICA)	<i>amphetamine-dextroamphetamine (tableta oral)</i>
<i>alprazolam (tableta oral de liberación inmediata)</i>	<i>amphetamine-dextroamphetamine er (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas)</i>
<i>altavera (tableta oral)</i>	<i>amphotericin b (solución reconstituida para inyección intravenosa)</i>
<i>aluminum hydroxide (suspensión)</i>	<i>ampicillin (cápsula oral)</i>
ALUNBRIG (TABLETA ORAL, PAQUETE DE TRATAMIENTO)	<i>ampicillin sodium (10g solución reconstituida para inyección intravenosa)</i>
ALUNBRIG (TABLETA ORAL)	<i>ampicillin sodium (125mg solución reconstituida para inyección, 1g solución reconstituida para inyección)</i>
<i>alyacen 1/35 (tableta oral)</i>	<i>ampicillin-sulbactam sodium (15 (10-5)g solución reconstituida para inyección intravenosa)</i>
<i>alyq (tableta oral)</i>	<i>ampicillin-sulbactam sodium (solución reconstituida para inyección)</i>
AMBISOME (SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA PARA INYECCIÓN INTRAVENOSA)	<i>anagrelide hcl (cápsula oral)</i>
<i>amantadine hcl (cápsula oral)</i>	<i>anastrozole (tableta oral)</i>
<i>amantadine hcl (solución oral)</i>	ANDRODERM (PARCHE TRANSDÉRMICO 24 HORAS)
<i>amantadine hcl (tableta oral)</i>	ANORO ELLIPTA (POLVO EN AEROSOL PARA INHALACIÓN ACTIVADO POR LA RESPIRACIÓN)
<i>ambrisentan (tableta oral)</i>	ANZEMET (TABLETA ORAL)
<i>amethia (tableta oral)</i>	<i>apomorphine hcl (cartucho con solución para inyección subcutánea)</i>
<i>amikacin sulfate (500mg/2ml solución para inyección)</i>	<i>apraclonidine hcl (solución oftálmica)</i>
<i>amiloride hcl (tableta oral)</i>	<i>aprepitant (paquete de tratamiento oral, cápsula oral)</i>
<i>amiloride-hydrochlorothiazide (tableta oral)</i>	<i>apri (tableta oral)</i>
<i>amiodarone hcl (200mg tableta oral)</i>	APRISO (CÁPSULA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS)
<i>amitriptyline hcl (tableta oral)</i>	APTOM (TABLETA ORAL)
<i>amlodipine besylate (tableta oral)</i>	APTIVUS (CÁPSULA ORAL)
<i>amlodipine-atorvastatin (tableta oral)</i>	ARALAST NP (1000MG SOLUCIÓN RECONSTITUIDA PARA INYECCIÓN INTRAVENOSA)
<i>amlodipine-benazepril (cápsula oral)</i>	
<i>amlodipine-olmesartan (tableta oral)</i>	
<i>amlodipine-valsartan (tableta oral)</i>	
<i>ammonium lactate (crema para uso externo)</i>	
<i>ammonium lactate (loción para uso externo)</i>	
<i>amnesteem (cápsula oral)</i>	
<i>amoxapine (tableta oral)</i>	
<i>amoxicillin (cápsula oral)</i>	
<i>amoxicillin (suspensión oral reconstituida)</i>	
<i>amoxicillin (tableta oral masticable)</i>	
<i>amoxicillin (tableta oral de liberación inmediata)</i>	
<i>amoxicillin-potassium clavulanate (suspensión oral reconstituida)</i>	

<i>aranelle (tableta oral)</i>	PARA INHALACIÓN ACTIVADO POR LA RESPIRACIÓN)
ARANESP (ALBUMIN FREE) (100MCG/0.5ML JERINGA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN, 150MCG/0.3ML JERINGA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN, 200MCG/0.4ML JERINGA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN, 300MCG/0.6ML JERINGA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN, 500MCG/ML JERINGA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN, 60MCG/0.3ML JERINGA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN)	<i>artificial saliva (pastilla para chupar)</i>
ARANESP (ALBUMIN FREE) (100MCG/ML SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN, 200MCG/ML SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN)	<i>artificial saliva (solución)</i>
ARANESP (ALBUMIN FREE) (10MCG/0.4ML JERINGA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN, 25MCG/0.42ML JERINGA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN, 40MCG/0.4ML JERINGA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN)	<i>artificial tear (solución)</i>
ARANESP (ALBUMIN FREE) (25MCG/ML SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN, 40MCG/ML SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN, 60MCG/ML SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN)	<i>asenapine maleate (tableta sublingual)</i>
ARCALYST (SOLUCIÓN RECONSTITUIDA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	<i>ashlyna (tableta oral)</i>
<i>aripiprazole (10mg tableta oral, 15mg tableta oral, 20mg tableta oral, 2mg tableta oral, 30mg tableta oral, 5mg tableta oral)</i>	<i>aspirin (tableta masticable)</i>
<i>aripiprazole (1mg/ml solución oral)</i>	<i>aspirin (tableta de liberación retardada)</i>
<i>aripiprazole odt (10mg tableta oral dispersable, 15mg tableta oral dispersable)</i>	<i>aspirin (tableta)</i>
ARISTADA (JERINGA PRECARGADA PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	<i>aspirin buffered (tableta)</i>
ARISTADA INITIO (JERINGA PRECARGADA PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	<i>aspirin-dipyridamole er (cápsula oral de liberación prolongada 12 horas)</i>
<i>armodafinil (tableta oral)</i>	<i>atazanavir sulfate (cápsula oral)</i>
ARNUITY ELLIPTA (POLVO EN AEROSOL	<i>atenolol (tableta oral)</i>
	<i>atenolol-chlorthalidone (tableta oral)</i>
	<i>atomoxetine hcl (cápsula oral)</i>
	<i>atorvastatin calcium (tableta oral)</i>
	<i>atovaquone (suspensión oral)</i>
	<i>atovaquone-proguanil hcl (tableta oral)</i>
	<i>atropine sulfate (1% solución oftálmica)</i>
	ATROVENT HFA (SOLUCIÓN EN AEROSOL PARA INHALACIÓN)
	AUBAGIO (TABLETA ORAL)
	<i>aubra eq (tableta oral)</i>
	AURYXIA (TABLETA ORAL)
	AUSTEDO (TABLETA ORAL)
	<i>aviane (tableta oral)</i>
	AVONEX PEN (KIT DE AUTOINYECTABLE PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)
	AVONEX PREFILLED (KIT DE JERINGA PRECARGADA PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)
	AYVAKIT (TABLETA ORAL)
	<i>azathioprine (50mg tableta oral)</i>
	<i>azelaic acid (gel para uso externo)</i>
	<i>azelastine hcl (0.1% solución nasal, 0.15% solución nasal)</i>
	<i>azelastine hcl (solución oftálmica)</i>

Medicamentos de marca = EN MAYÚSCULA Medicamentos genéricos = en minúscula y cursiva  
 Letra de color azul = Cubierto por MassHealth

<i>azelastine-fluticasone (suspensión nasal)</i>	<i>externo)</i>
<i>azithromycin (solución reconstituida para inyección intravenosa)</i>	<i>benztropine mesylate (tableta oral)</i>
<i>azithromycin (suspensión oral reconstituida)</i>	<i>bepotastine besilate (solución oftálmica)</i>
<i>azithromycin (tableta oral)</i>	BEPREVE (SOLUCIÓN OFTÁLMICA)
<i>aztreonam (solución reconstituida para inyección)</i>	BERINERT (KIT PARA INYECCIÓN INTRAVENOSA)
<b>B</b>	BESIVANCE (SUSPENSIÓN OFTÁLMICA)
<i>b-complex (cápsula)</i>	BESREMI (JERINGA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)
<i>b-complex (tableta de liberación prolongada)</i>	<i>betaine (polvo oral)</i>
<i>b-complex (tableta)</i>	<i>betamethasone dipropionate (crema para uso externo)</i>
<i>b-complex w/ c &amp; calcium (tableta)</i>	<i>betamethasone dipropionate (loción para uso externo)</i>
BCG VACCINE (SOLUCIÓN RECONSTITUIDA PARA INYECCIÓN)	<i>betamethasone dipropionate (ungüento para uso externo)</i>
BIVIGAM (5G/50ML SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN INTRAVENOSA)	<i>betamethasone dipropionate aug (crema para uso externo)</i>
BRIVIACT (SOLUCIÓN ORAL)	<i>betamethasone dipropionate aug (gel para uso externo)</i>
BRIVIACT (TABLETA ORAL)	<i>betamethasone dipropionate aug (loción para uso externo)</i>
<i>bacitracin (ungüento oftálmico)</i>	<i>betamethasone dipropionate aug (ungüento para uso externo)</i>
<i>bacitracin zinc (ungüento)</i>	<i>betamethasone valerate (crema para uso externo)</i>
<i>bacitracin-polymyxin (ungüento)</i>	<i>betamethasone valerate (loción para uso externo)</i>
<i>bacitracin-polymyxin b (ungüento oftálmico)</i>	<i>betamethasone valerate (ungüento para uso externo)</i>
<i>baclofen (tableta oral)</i>	BETASERON (KIT PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)
<i>balsalazide disodium (cápsula oral)</i>	<i>betaxolol hcl (solución oftálmica)</i>
BALVERSA (TABLETA ORAL)	<i>betaxolol hcl (tableta oral)</i>
<i>balziva (tableta oral)</i>	<i>bethanechol chloride (tableta oral)</i>
BAQSIMI ONE PACK (POLVO NASAL)	BETIMOL (SOLUCIÓN OFTÁLMICA)
BARACLUDE (SOLUCIÓN ORAL)	BEVESPI AEROSPHERE (AEROSOL PARA INHALACIÓN)
BELSOMRA (TABLETA ORAL)	<i>bexarotene (gel para uso externo)</i>
<i>benazepril hcl (tableta oral)</i>	<i>bexarotene (cápsula oral)</i>
<i>benazepril-hydrochlorothiazide (tableta oral)</i>	BEXSERO (JERINGA PRECARGADA CON SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN
BENLYSTA (AUTOINYECTABLE CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	
BENLYSTA (JERINGA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	
BENZNIDAZOLE (TABLETA ORAL)	
<i>benzoyl peroxide (crema)</i>	
<i>benzoyl peroxide (gel)</i>	
<i>benzoyl peroxide (líquido)</i>	
<i>benzoyl peroxide-erythromycin (gel para uso</i>	

INTRAMUSCULAR)	<i>briellyn (tableta oral)</i>
<i>bicalutamide (tableta oral)</i>	BRILINTA (TABLETA ORAL)
BICILLIN C-R (SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	<i>brimonidine tartrate (0.15% solución oftálmica)</i>
BICILLIN C-R 900/300 (SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	<i>brimonidine tartrate (0.2% solución oftálmica)</i>
BICILLIN L-A (JERINGA PRECARGADA CON SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	<i>brimonidine tartrate-timolol (solución oftálmica)</i>
BICILLIN L-A (SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	<i>brinzolamide (suspensión oftálmica)</i>
BIKTARVY (TABLETA ORAL)	<i>bromocriptine mesylate (cápsula oral)</i>
<i>biohm childrens probioticsupplement (tableta masticable)</i>	<i>bromocriptine mesylate (tableta oral)</i>
<i>biohm probiotic supplement (cápsula)</i>	BRUKINSA (CÁPSULA ORAL)
<i>biohm probiotic supplement/vitamin c (cápsula)</i>	<i>budesonide (suspensión para inhalación)</i>
<i>biotinex (cápsula)</i>	<i>budesonide (cápsula oral con partículas de liberación retardada)</i>
<i>bisacodyl (supositorio)</i>	<i>budesonide (suspensión)</i>
<i>bisacodyl (tableta de liberación retardada)</i>	<i>budesonide er (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)</i>
<i>bismuth subsalicylate (suspensión)</i>	<i>bumetanide (solución para inyección)</i>
<i>bismuth subsalicylate (tableta masticable)</i>	<i>bumetanide (tableta oral)</i>
<i>bismuth subsalicylate (tableta)</i>	<i>buprenorphine (parche transdérmico semanal)</i>
<i>bisoprolol fumarate (tableta oral)</i>	<i>buprenorphine hcl (tableta sublingual)</i>
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide (tableta oral)</i>	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl (película sublingual)</i>
<i>blisovi 24 fe (tableta oral)</i>	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl (tableta sublingual)</i>
<i>blisovi fe 1.5/30 (tableta oral)</i>	<i>bupropion hcl (tableta oral de liberación inmediata)</i>
BOOSTRIX (JERINGA PRECARGADA CON SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	<i>bupropion hcl sr (150mg tableta oral de liberación prolongada 12 horas, disuasivo del tabaquismo)</i>
BOOSTRIX (SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	<i>bupropion hcl sr (tableta oral de liberación prolongada 12 horas)</i>
<i>bosentan (tableta oral)</i>	<i>bupropion hcl xl (150mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas, 300mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas)</i>
BOSULIF (TABLETA ORAL)	<i>buspirone hcl (tableta oral)</i>
BRAFTOVI (CÁPSULA ORAL)	<i>butalbital-acetaminophen-caffeine (tableta oral)</i>
BREO ELLIPTA (POLVO EN AEROSOL PARA INHALACIÓN ACTIVADO POR LA RESPIRACIÓN)	<i>butalbital-aspirin-caffeine (cápsula oral)</i>
BREZTRI AEROSPHERE (AEROSOL PARA INHALACIÓN)	<i>butorphanol tartrate (solución nasal)</i>
	BYDUREON BCISE (AUTOINYECTABLE PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)

Medicamentos de marca = EN MAYÚSCULA Medicamentos genéricos = *en minúscula y cursiva*  
 Letra de color azul = Cubierto por MassHealth

BYETTA 10MCG PEN (PLUMA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)

BYETTA 5MCG PEN (PLUMA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)

**C**

*cabergoline (tableta oral)*

CABLIVI (KIT PARA INYECCIÓN)

CABOMETYX (TABLETA ORAL)

*calamine (loción)*

*calcipotriene (crema para uso externo)*

*calcipotriene (ungüento para uso externo)*

*calcipotriene (solución para uso externo)*

*calcitonin salmon (solución nasal)*

CALCITRIOL (UNGÜENTO PARA USO EXTERNO)

*calcitriol (cápsula oral)*

*calcitriol (solución oral)*

*calcium (cápsula)*

*calcium (tableta)*

*calcium acetate (667mg tableta oral)*

*calcium acetate (aglutinante de fosfato) (cápsula oral)*

*calcium acetate (tableta)*

*calcium ascorbate (tableta)*

*calcium carbonate (tableta masticable)*

*calcium carbonate (tableta)*

*calcium carbonate (tableta masticable)*

*calcium carbonate (tableta)*

*calcium carbonate-mag hydroxide (tableta masticable)*

*calcium carbonate-simethicone (tableta masticable)*

*calcium citrate (tableta)*

*calcium gluconate (tableta)*

*calcium lactate (tableta)*

*calcium w/ vitamin d (tableta)*

CALQUENCE (CÁPSULA ORAL)

*camila (tableta oral)*

*camrese lo (tableta oral)*

*candesartan cilexetil (tableta oral)*

*candesartan cilexetil-hctz (tableta oral)*

CAPLYTA (42MG CÁPSULA ORAL)

CAPRELSA (TABLETA ORAL)

*capsaicin (crema)*

*capsaicin (líquido)*

*capsaicin (parche)*

*captopril (tableta oral)*

*carbamazepine (suspensión oral)*

*carbamazepine (tableta oral masticable)*

*carbamazepine (tableta oral de liberación inmediata)*

*carbamazepine er (cápsula oral de liberación prolongada 12 horas)*

*carbamazepine er (tableta oral de liberación prolongada 12 horas)*

*carbamide peroxide (solución)*

*carbidopa (tableta oral)*

*carbidopa-levodopa (tableta oral de liberación inmediata)*

*carbidopa-levodopa er (tableta oral de liberación prolongada)*

*carbidopa-levodopa odt (tableta oral dispersable)*

*carbidopa-levodopa-entacapone (tableta oral)*

*carglumic acid (tableta oral soluble)*

*carteolol hcl (solución oftálmica)*

*cartia xt (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas)*

*carvedilol (tableta oral)*

*cavarest (gel)*

CAYSTON (SOLUCIÓN RECONSTITUIDA PARA INHALACIÓN)

*caziant (tableta oral)*

*cefaclor (cápsula oral)*

*cefadroxil (cápsula oral)*

*cefadroxil (suspensión oral reconstituida)*

*cefazolin sodium (10g solución reconstituida para inyección, 1g solución reconstituida para inyección, 500mg solución reconstituida para*

<i>inyección</i>	<i>cetirizine hcl (tableta)</i>
<i>cefdinir (cápsula oral)</i>	<i>cetirizine-pseudoephedrine (tableta de liberación prolongada 12 horas)</i>
<i>cefdinir (suspensión oral reconstituida)</i>	CHEMET (CÁPSULA ORAL)
<i>cefepime hcl (solución reconstituida para inyección)</i>	<i>chenodal (tableta oral)</i>
<i>cefixime (cápsula oral)</i>	<i>childrens probiotic (tableta masticable)</i>
<i>cefixime (suspensión oral reconstituida)</i>	<i>chlordiazepoxide hcl (cápsula oral)</i>
<i>cefotetan disodium (solución reconstituida para inyección)</i>	<i>chlorhexidine gluconate (solución bucal)</i>
<i>cefotetan disodium (solución reconstituida para inyección intravenosa)</i>	<i>chlorhexidine gluconate (solución)</i>
<i>cefpodoxime proxetil (suspensión oral reconstituida)</i>	<i>chloroquine phosphate (tableta oral)</i>
<i>cefpodoxime proxetil (tableta oral)</i>	<i>chlorpheniramine maleate (jarabe)</i>
<i>cefprozil (suspensión oral reconstituida)</i>	<i>chlorpheniramine maleate (tableta de liberación prolongada)</i>
<i>cefprozil (tableta oral)</i>	<i>chlorpheniramine maleate (tableta)</i>
<i>ceftazidime (solución reconstituida para inyección)</i>	<i>chlorpromazine hcl (concentrado oral)</i>
<i>ceftazidime (solución reconstituida para inyección intravenosa)</i>	<i>chlorpromazine hcl (tableta oral)</i>
<i>ceftriaxone sodium (10g solución reconstituida para inyección intravenosa)</i>	<i>chlorthalidone (tableta oral)</i>
<i>ceftriaxone sodium (1g solución reconstituida para inyección, 250mg solución reconstituida para inyección, 2g solución reconstituida para inyección, 500mg solución reconstituida para inyección)</i>	<i>chlorzoxazone (500mg tableta oral)</i>
<i>cefuroxime axetil (tableta oral)</i>	CHOLBAM (CÁPSULA ORAL)
<i>cefuroxime sodium (solución reconstituida para inyección)</i>	<i>cholestyramine (paquete oral)</i>
<i>cefuroxime sodium (solución reconstituida para inyección intravenosa)</i>	<i>cholestyramine light (paquete oral)</i>
<i>celecoxib (cápsula oral)</i>	<i>ciclopirox (gel para uso externo)</i>
CELONTIN (CÁPSULA ORAL)	<i>ciclopirox (champú para uso externo)</i>
<i>cephalexin (250mg cápsula oral, 500mg cápsula oral)</i>	<i>ciclopirox (solución para uso externo)</i>
<i>cephalexin (750mg cápsula oral)</i>	<i>ciclopirox olamine (crema para uso externo)</i>
<i>cephalexin (suspensión oral reconstituida)</i>	<i>ciclopirox olamine (suspensión para uso externo)</i>
<i>cetirizine hcl (1mg/ml solución oral)</i>	<i>cilostazol (tableta oral)</i>
<i>cetirizine hcl (tableta masticable)</i>	CILOXAN (UNGÜENTO OFTÁLMICO)
	CIMDUO (TABLETA ORAL)
	<i>cimetidine (tableta oral)</i>
	<i>cimetidine (tableta)</i>
	<i>cimetidine hcl (solución oral)</i>
	CIMZIA (KIT PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)
	CIMZIA PREFILLED (2 X 200MG/ML KIT DE JERINGA PRECARGADA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)
	<i>cinacalcet hcl (tableta oral)</i>
	CINRYZE (SOLUCIÓN RECONSTITUIDA PARA

Medicamentos de marca = EN MAYÚSCULA Medicamentos genéricos = *en minúscula y cursiva*  
 Letra de color azul = Cubierto por MassHealth

INYECCIÓN INTRAVENOSA)	gel para uso externo, 1.2-5% gel para uso externo)
CIPRO HC (SUSPENSIÓN ÓTICA)	
<i>ciprofloxacin hcl (100mg tableta oral de liberación inmediata)</i>	<i>clobazam (suspensión oral)</i>
<i>ciprofloxacin hcl (250mg tableta oral de liberación inmediata, 500mg tableta oral de liberación inmediata, 750mg tableta oral de liberación inmediata)</i>	<i>clobazam (tableta oral)</i>
<i>ciprofloxacin hcl (solución oftálmica)</i>	<i>clobetasol propionate (crema para uso externo)</i>
<i>ciprofloxacin in d5w (200mg/100ml solución para inyección intravenosa)</i>	<i>clobetasol propionate (gel para uso externo)</i>
<i>ciprofloxacin-dexamethasone (suspensión ótica)</i>	<i>clobetasol propionate (ungüento para uso externo)</i>
CITALOPRAM HYDROBROMIDE (CÁPSULA ORAL)	<i>clobetasol propionate (champú para uso externo)</i>
<i>citalopram hydrobromide (solución oral)</i>	<i>clobetasol propionate (solución para uso externo)</i>
<i>citalopram hydrobromide (tableta oral)</i>	<i>clobetasol propionate emollient base (crema para uso externo)</i>
<i>claravis (cápsula oral)</i>	<i>clodan (champú para uso externo)</i>
<i>clarithromycin (suspensión oral reconstituida)</i>	<i>clomipramine hcl (cápsula oral)</i>
<i>clarithromycin (tableta oral de liberación inmediata)</i>	<i>clonazepam (0.5mg tableta oral, 1mg tableta oral, 2mg tableta oral)</i>
<i>clarithromycin er (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)</i>	<i>clonazepam odt (0.125mg tableta oral dispersable, 0.25mg tableta oral dispersable, 0.5mg tableta oral dispersable, 1mg tableta oral dispersable, 2mg tableta oral dispersable)</i>
CLENPIQ (SOLUCIÓN ORAL)	<i>clonidine (parche transdérmico semanal)</i>
CLIMARA PRO (PARCHE TRANSDÉRMICO SEMANAL)	<i>clonidine hcl (tableta oral de liberación inmediata)</i>
<i>clindacin etz (hisopo para uso externo)</i>	<i>clonidine hcl er (tableta oral de liberación prolongada 12 horas)</i>
<i>clindamycin hcl (cápsula oral)</i>	<i>clopidogrel bisulfate (75mg tableta oral)</i>
<i>clindamycin palmitate hcl (solución oral reconstituida)</i>	<i>clorazepate dipotassium (tableta oral)</i>
<i>clindamycin phosphate (300mg/2ml solución para inyección, 600mg/4ml solución para inyección, 900mg/6ml solución para inyección)</i>	<i>clotrimazole (crema)</i>
<i>clindamycin phosphate (gel para uso externo)</i>	<i>clotrimazole (solución)</i>
<i>clindamycin phosphate (loción para uso externo)</i>	<i>clotrimazole (crema)</i>
<i>clindamycin phosphate (solución para uso externo)</i>	<i>clotrimazole (crema para uso externo)</i>
<i>clindamycin phosphate (hisopo para uso externo)</i>	<i>clotrimazole (solución para uso externo)</i>
<i>clindamycin phosphate (crema vaginal)</i>	<i>clotrimazole (pastilla para la boca/garganta)</i>
<i>clindamycin phosphate in d5w (solución para inyección intravenosa)</i>	<i>clotrimazole-betamethasone (crema para uso externo)</i>
<i>clindamycin phosphate-benzoyl peroxide (1-5%</i>	<i>clotrimazole-betamethasone (loción para uso externo)</i>
	<i>clozapine (100mg tableta oral, 200mg tableta oral, 25mg tableta oral, 50mg tableta oral)</i>
	<i>clozapine odt (100mg tableta oral dispersable,</i>



<i>12.5mg tableta oral dispersable, 150mg tableta oral dispersable, 200mg tableta oral dispersable, 25mg tableta oral dispersable</i>	INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)
COARTEM (TABLETA ORAL)	COSENTYX (75MG/0.5ML JERINGA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)
<i>cod liver oil (cápsula)</i>	COSENTYX SENSOREADY (300MG) (AUTOINYECTABLE CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)
<i>cod liver oil (aceite)</i>	COTELLIC (TABLETA ORAL)
CODEINE SULFATE (15MG TABLETA ORAL, 60MG TABLETA ORAL)	CREON (CÁPSULA ORAL CON PARTÍCULAS DE LIBERACIÓN RETARDADA)
<i>codeine sulfate (30mg tableta oral)</i>	CRINONE (GEL VAGINAL)
<i>coenzyme q10 (cápsula)</i>	<i>cromolyn sodium (solución para nebulizador para inhalación)</i>
<i>coenzyme q10 (tableta)</i>	<i>cromolyn sodium (solución oftálmica)</i>
COLCHICINE (0.6MG CÁPSULA ORAL) (EQUIVALENTE A LA MARCA MITIGARE)	<i>cromolyn sodium (concentrado oral)</i>
<i>colchicine (0.6mg tableta oral) (colcrys genérico)</i>	<i>crotan (loción para uso externo)</i>
<i>colesevelam hcl (paquete oral)</i>	<i>cryselle-28 (tableta oral)</i>
<i>colesevelam hcl (tableta oral)</i>	<b>CULTURELLE (CÁPSULA)</b>
<i>colestipol hcl (paquete oral)</i>	<b>CULTURELLE ADVANCED IMMUNE DEFENSE (CÁPSULA)</b>
<i>colestipol hcl (tableta oral)</i>	<b>CULTURELLE DIGESTIVE HEALTH WOMENS HEALTHY BALANCE (CÁPSULA)</b>
<i>colistimethate sodium (cba) (solución reconstituida para inyección)</i>	<b>CULTURELLE HEALTH &amp; WELLNESS (CÁPSULA)</b>
<i>colloidal oatmeal (crema)</i>	<b>CULTURELLE IMMUNE DEFENSE (TABLETA MASTICABLE)</b>
<i>colloidal oatmeal (loción)</i>	<b>CULTURELLE IMMUNITY SUPPORT FORMULA (CÁPSULA)</b>
COMBIGAN (SOLUCIÓN OFTÁLMICA)	<b>CULTURELLE KIDS (PAQUETE)</b>
COMBIVENT RESPIMAT (SOLUCIÓN EN AEROSOL PARA INHALACIÓN)	<b>CULTURELLE KIDS (TABLETA MASTICABLE)</b>
COMETRIQ (100MG DOSIS DIARIA) (KIT ORAL)	<b>CULTURELLE KIDS IMMUNE DEFENSE (TABLETA MASTICABLE)</b>
COMETRIQ (140MG DOSIS DIARIA) (KIT ORAL)	<b>CULTURELLE KIDS PURELY PROBIOTICS (PAQUETE)</b>
COMETRIQ (60MG DOSIS DIARIA) (KIT ORAL)	<b>CULTURELLE KIDS REGULARITY (PAQUETE)</b>
COMPLERA (TABLETA ORAL)	<b>CULTURELLE PRO-WELL (CÁPSULA)</b>
<i>compro (supositorio rectal)</i>	<b>CULTURELLE PROBIOTICS (TABLETA MASTICABLE)</b>
<i>constulose (solución oral)</i>	<b>CULTURELLE PROBIOTICS KIDS (PAQUETE)</b>
COPIKTRA (CÁPSULA ORAL)	<b>CULTURELLE PROBIOTICS KIDS (TABLETA</b>
<i>coral calcium (cápsula)</i>	
CORDRAN (CINTA PARA USO EXTERNO)	
CORLANOR (SOLUCIÓN ORAL)	
CORLANOR (TABLETA ORAL)	
<i>corn dextrin (polvo)</i>	
COSENTYX (300MG DOSIS) (JERINGA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA	

Medicamentos de marca = EN MAYÚSCULA Medicamentos genéricos = *en minúscula y cursiva*  
 Letra de color azul = Cubierto por MassHealth

---

**MASTICABLE)**

---

*cvs acidophilus (cápsula)*

---

*cvs acidophilus probiotic (tableta)*

---

*cvs acidophilus probioticformula (tableta)*

---

*cvs adult 50+ probiotic (cápsula)*

---

*cvs adult probiotic (cápsula)*

---

*cvs advanced probiotic gummies (tableta masticable)*

---

*cvs digestive probiotic (cápsula)*

---

*cvs eye allergy relief (solución)*

---

*cvs mood support probiotic (cápsula)*

---

*cvs probiotic (cápsula)*

---

*cvs probiotic (tableta masticable)*

---

*cvs probiotic childrens (tableta masticable)*

---

*cvs probiotic maximum strength (cápsula)*

---

*cvs probiotic pearls extra strength (cápsula)*

---

*cvs resistance formula probiotic (cápsula)*

---

*cvs senior probiotic (cápsula)*

---

*cyclobenzaprine hcl (10mg tableta oral, 5mg tableta oral)*

---

*cyclobenzaprine hcl (7.5mg tableta oral)*

---

*cyclophosphamide (25mg tableta oral)*

---

**CYCLOPHOSPHAMIDE (50MG TABLETA ORAL)**

---

*cyclophosphamide (cápsula oral)*

---

**CYCLOSET (TABLETA ORAL)**

---

*cyclosporine (cápsula oral)*

---

*cyclosporine modified (cápsula oral)*

---

*cyclosporine modified (solución oral)*

---

*cyproheptadine hcl (jarabe oral)*

---

*cyproheptadine hcl (tableta oral)*

---

*cyred eq (tableta oral)*

---

**CYSTADANE (POLVO ORAL)**

---

**CYSTAGON (CÁPSULA ORAL)**

---

**CYSTARAN (SOLUCIÓN OFTÁLMICA)**

---

**D**

*daily probiotic (cápsula)*

---

*daily probiotic supplement (cápsula)*

---

*dalfampridine er (tableta oral de liberación prolongada 12 horas)*

---

**DALIRESP (TABLETA ORAL)**

---

**DALVANCE (SOLUCIÓN RECONSTITUIDA PARA INYECCIÓN INTRAVENOSA)**

---

*danazol (cápsula oral)*

---

*dantrolene sodium (cápsula oral)*

---

*dapsone (tableta oral)*

---

**DAPTACEL (SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)**

---

*daptomycin (solución reconstituida para inyección intravenosa)*

---

**DAURISMO (TABLETA ORAL)**

---

*deblitane (tableta oral)*

---

*deferasirox (125mg tableta oral soluble) (exjade genérico)*

---

*deferasirox (250mg tableta oral soluble, 500mg tableta oral soluble) (exjade genérico)*

---

*deferasirox (tableta oral) (jadenu genérico)*

---

*deferasirox granules (paquete oral)*

---

*deferiprone (tableta oral)*

---

**DELSTRIGO (TABLETA ORAL)**

---

*demeclocycline hcl (tableta oral)*

---

**DEMSEER (CÁPSULA ORAL)**

---

*depo-estradiol (aceite para inyección intramuscular)*

---

**DESCOVY (200-25MG TABLETA ORAL)**

---

*desipramine hcl (tableta oral)*

---

*desloratadine (tableta oral)*

---

*desmopressin acetate (tableta oral)*

---

*desmopressin acetate spray (solución nasal)*

---

*desogestrel-ethinyl estradiol (tableta oral)*

---

*desonide (ungüento para uso externo)*

---

*desoximetasone (crema para uso externo)*

---

*desvenlafaxine succinate er (tableta oral de liberación prolongada 24 horas) (pristiq genérico)*

---

*dexamethasone (solución oral)*

---

*dexamethasone (tableta oral)*

---

*dexamethasone sodium phosphate (solución oftálmica)*

---

**DEXILANT (CÁPSULA ORAL DE LIBERACIÓN RETARDADA)**

---

<i>dexlansoprazole (cápsula oral de liberación retardada)</i>	<i>dicloxacillin sodium (cápsula oral)</i>
<i>dexmethylphenidate hcl (tableta oral)</i>	<i>dicyclomine hcl (cápsula oral)</i>
<i>dexmethylphenidate hcl er (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas)</i>	<i>dicyclomine hcl (solución oral)</i>
<i>dextroamphetamine sulfate (tableta oral)</i>	<i>dicyclomine hcl (tableta oral)</i>
<i>dextroamphetamine sulfate er (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas)</i>	DIFICID (SUSPENSIÓN ORAL RECONSTITUIDA)
<i>dextrose (10% solución para inyección intravenosa)</i>	DIFICID (TABLETA ORAL)
<i>dextrose (5% solución para inyección intravenosa)</i>	<i>diflunisal (tableta oral)</i>
DEXTROSE-NACL (10-0.2% SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN INTRAVENOSA, 10-0.45% SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN INTRAVENOSA, 5-0.2% SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN INTRAVENOSA)	<i>digestive advantage dailydigestive &amp; immune support (tableta masticable)</i>
<i>dextrose-nacl (2.5-0.45% solución para inyección intravenosa, 5-0.45% solución para inyección intravenosa)</i>	<i>digestive advantage kids daily digestive &amp; immune support (tableta masticable)</i>
<i>dextrose-nacl (5-0.9% solución para inyección intravenosa)</i>	<i>digestive advantage kids daily probiotic gummies (tableta masticable)</i>
DIACOMIT (CÁPSULA ORAL)	<i>digestive advantage kids daily probiotic+gen prebiotic fiber (tableta masticable)</i>
DIACOMIT (PAQUETE ORAL)	<i>digestive advantage multi-strain probiotic ultra (tableta masticable)</i>
<i>diazepam (10mg tableta oral, 2mg tableta oral, 5mg tableta oral)</i>	<i>digestive advantage prebiotic+probiotic (tableta masticable)</i>
<i>diazepam (10mg gel rectal, 2.5mg gel rectal, 20mg gel rectal)</i>	<i>digestive advantage probiotic gummies (tableta masticable)</i>
<i>diazepam (5mg/5ml solución oral)</i>	<i>digestive health probiotic (cápsula)</i>
<i>diazepam intensol (concentrado oral)</i>	<i>digitek (tableta oral)</i>
<i>diazoxide (suspensión oral)</i>	<i>digox (tableta oral)</i>
<i>diclofenac epolamine (parche para uso externo)</i>	<i>digoxin (125mcg tableta oral, 250mcg tableta oral)</i>
<i>diclofenac potassium (50mg tableta oral)</i>	<i>digoxin (62.5mcg tableta oral)</i>
<i>diclofenac sodium (1% gel para uso externo)</i>	<i>digoxin (solución oral)</i>
<i>diclofenac sodium (3% gel para uso externo)</i>	<i>dihydroergotamine mesylate (solución nasal)</i>
<i>diclofenac sodium (solución oftálmica)</i>	<i>dilantin (cápsula oral)</i>
<i>diclofenac sodium (tableta oral de liberación retardada)</i>	<i>dilantin infatabs (tableta oral masticable)</i>
<i>diclofenac sodium er (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)</i>	<i>dilt-xr (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas)</i>
	<i>diltiazem hcl (tableta oral de liberación inmediata)</i>
	<i>diltiazem hcl er (cápsula oral de liberación prolongada 12 horas)</i>
	<i>diltiazem hcl er beads (360mg cápsula oral de liberación prolongada 24 horas, 420mg cápsula</i>

Medicamentos de marca = EN MAYÚSCULA Medicamentos genéricos = en minúscula y cursiva  
 Letra de color azul = Cubierto por MassHealth

<i>oral de liberación prolongada 24 horas)</i>	<i>dofetilide (cápsula oral)</i>
<i>diltiazem hcl er coated beads (120mg cápsula oral de liberación prolongada 24 horas, 180mg cápsula oral de liberación prolongada 24 horas, 240mg cápsula oral de liberación prolongada 24 horas, 300mg cápsula oral de liberación prolongada 24 horas)</i>	<i>dolishale (tableta oral)</i>
<i>diltiazem hcl er coated beads (180mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas, 240mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas, 300mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas, 360mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas)</i>	<i>donepezil hcl (tableta oral)</i>
<i>dimethyl fumarate (cápsula oral de liberación retardada)</i>	<i>donepezil hcl odt (tableta oral dispersable)</i>
<i>dimethyl fumarate starter pack (cápsula oral)</i>	<i>dorzolamide hcl (solución oftálmica)</i>
<b>DIPENTUM (CÁPSULA ORAL)</b>	<i>dorzolamide hcl-timolol maleate (solución oftálmica)</i>
<i>diphenhydramine hcl (cápsula)</i>	<i>dorzolamide hcl-timolol maleate preservative free (solución oftálmica)</i>
<i>diphenhydramine hcl (tónico)</i>	<b>DOVATO (TABLETA ORAL)</b>
<i>diphenhydramine hcl (líquido)</i>	<i>doxazosin mesylate (tableta oral)</i>
<i>diphenhydramine hcl (tableta masticable)</i>	<i>doxepin hcl (crema para uso externo)</i>
<i>diphenhydramine hcl (tableta de disolución inmediata)</i>	<i>doxepin hcl (cápsula oral)</i>
<i>diphenhydramine hcl (tableta)</i>	<i>doxepin hcl (concentrado oral)</i>
<i>diphenoxylate-atropine (líquido oral)</i>	<i>doxercalciferol (cápsula oral)</i>
<i>diphenoxylate-atropine (tableta oral)</i>	<i>doxy 100 (solución reconstituida para inyección intravenosa)</i>
<b>DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS DT (SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)</b>	<i>doxycycline hyclate (100mg tableta oral de liberación inmediata, 20mg tableta oral de liberación inmediata)</i>
<i>disulfiram (tableta oral)</i>	<i>doxycycline hyclate (cápsula oral)</i>
<b>DIURIL (SUSPENSIÓN ORAL)</b>	<i>doxycycline monohydrate (100mg cápsula oral, 50mg cápsula oral)</i>
<i>divalproex sodium (cápsula oral con microgránulos dispersables de liberación retardada)</i>	<i>doxycycline monohydrate (100mg tableta oral, 50mg tableta oral, 75mg tableta oral)</i>
<i>divalproex sodium (tableta oral de liberación retardada)</i>	<i>doxycycline monohydrate (suspensión oral reconstituida)</i>
<i>divalproex sodium er (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)</i>	<i>doxylamine succinate (tableta)</i>
<i>docusate sodium (cápsula)</i>	<i>doxylamine-dm (líquido)</i>
<i>docusate sodium (líquido)</i>	<b>DRIZALMA SPRINKLE (CÁPSULA ORAL CON MICROGRÁNULOS DISPERSABLES DE LIBERACIÓN RETARDADA)</b>
<i>docusate sodium (jarabe)</i>	<i>dronabinol (cápsula oral)</i>
<i>docusate sodium (tableta)</i>	<i>drosiprenone-ethinyl estradiol (tableta oral)</i>
	<b>DROXIA (CÁPSULA ORAL)</b>
	<i>droxidopa (100mg cápsula oral, 200mg cápsula oral)</i>
	<i>droxidopa (300mg cápsula oral)</i>
	<b>DUAVEE (TABLETA ORAL)</b>
	<b>DULERA (AEROSOL PARA INHALACIÓN)</b>
	<i>duloxetine hcl (20mg cápsula oral con partículas)</i>

<i>de liberación retardada, 30mg cápsula oral con partículas de liberación retardada, 60mg cápsula oral con partículas de liberación retardada)</i>	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate (100-150mg tableta oral, 133-200mg tableta oral, 167-250mg tableta oral)</i>
DUPIXENT (PLUMA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate (200-300mg tableta oral)</i>
DUPIXENT (JERINGA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	EMTRIVA (SOLUCIÓN ORAL)
<i>dutasteride (cápsula oral)</i>	<i>enalapril maleate (solución oral)</i>
DYMISTA (SUSPENSIÓN NASAL)	<i>enalapril maleate (tableta oral)</i>
<b>E</b>	<i>enalapril-hydrochlorothiazide (tableta oral)</i>
<i>econazole nitrate (crema para uso externo)</i>	ENBREL (25MG SOLUCIÓN RECONSTITUIDA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)
EDARBI (TABLETA ORAL)	ENBREL (JERINGA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)
EDARBYCLOR (TABLETA ORAL)	ENBREL (SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)
EDURANT (TABLETA ORAL)	ENBREL MINI (CARTUCHO CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)
<i>efavirenz (cápsula oral)</i>	ENBREL SURECLICK (AUTOINYECTABLE CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)
<i>efavirenz (tableta oral)</i>	<i>endocet (10-325mg tableta oral, 5-325mg tableta oral, 7.5-325mg tableta oral)</i>
<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir (tableta oral)</i>	ENGERIX-B (SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN)
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir (tableta oral)</i>	<i>enoxaparin sodium (jeringa precargada con solución para inyección)</i>
EGRIFTA SV (2MG SOLUCIÓN RECONSTITUIDA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	<i>enpresse-28 (tableta oral)</i>
ELESTRIN (GEL TRANSDÉRMICO)	<i>enskyce (tableta oral)</i>
ELIQUIS (TABLETA ORAL)	<i>entacapone (tableta oral)</i>
ELIQUIS STARTER PACK (TABLETA ORAL)	<i>entecavir (tableta oral)</i>
ELMIRON (CÁPSULA ORAL)	ENTRESTO (TABLETA ORAL)
<i>eluryng (anillo vaginal)</i>	<i>enulose (solución oral)</i>
EMCYT (CÁPSULA ORAL)	ENVARUS XR (TABLETA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS)
EMGALITY (120MG/ML JERINGA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	EPCLUSA (PAQUETE ORAL)
EMGALITY (300MG DOSIS) (100MG/ML JERINGA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	EPCLUSA (TABLETA ORAL)
EMGALITY (AUTOINYECTABLE CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	EPIDIOLEX (SOLUCIÓN ORAL)
<i>emoquette (tableta oral)</i>	<i>epinastine hcl (solución oftálmica)</i>
EMSAM (PARCHE TRANSDÉRMICO 24 HORAS)	<i>epinephrine (autoinyectable con solución para inyección)</i>
<i>emtricitabine (cápsula oral)</i>	<i>epitol (tableta oral)</i>
	EPIVIR HBV (SOLUCIÓN ORAL)

Medicamentos de marca = EN MAYÚSCULA Medicamentos genéricos = *en minúscula y cursiva*  
 Letra de color azul = Cubierto por MassHealth

<i>eplerenone (tableta oral)</i>	<i>liberación retardada) (nexium genérico)</i>
EPRONTIA (SOLUCIÓN ORAL)	<i>esomeprazole magnesium (paquete oral)</i>
<i>eq eye allergy relief (solución)</i>	<i>estarylla (tableta oral)</i>
<i>eq probiotic digestive system support (cápsula)</i>	<i>estradiol (tableta oral)</i>
<i>eq1 2 in 1 probiotic (tableta)</i>	<i>estradiol (parche transdérmico semanal)</i>
<i>eq1 4x probiotic (tableta)</i>	<i>estradiol (crema vaginal)</i>
<i>eq1 anticavity fluoride rinse kids (solución)</i>	<i>estradiol (tableta vaginal)</i>
<i>eq1 anticavity mouthwash/multiple benefit (solución)</i>	<i>estradiol valerate (aceite para inyección intramuscular)</i>
<i>eq1 daily probiotic (cápsula)</i>	ESTRING (ANILLO VAGINAL)
<i>eq1 dental travel pack (kit)</i>	<i>eszopiclone (tableta oral)</i>
<i>eq1 digestive probiotic (cápsula)</i>	<i>ethacrynic acid (tableta oral)</i>
<i>eq1 probiotic colon support (cápsula)</i>	<i>ethambutol hcl (tableta oral)</i>
<i>ergotamine-caffeine (tableta oral)</i>	<i>ethosuximide (cápsula oral)</i>
ERIVEDGE (CÁPSULA ORAL)	<i>ethosuximide (solución oral)</i>
ERLEADA (TABLETA ORAL)	<i>ethynodiol diacetate-ethinyl estradiol (tableta oral)</i>
<i>erlotinib hcl (tableta oral)</i>	<i>etodolac (cápsula oral)</i>
<i>errin (tableta oral)</i>	<i>etodolac (tableta oral de liberación inmediata)</i>
<i>ertapenem sodium (solución reconstituida para inyección)</i>	<i>etodolac er (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)</i>
<i>ery (apósito para uso externo)</i>	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol (anillo vaginal)</i>
<i>erythrocin lactobionate (solución reconstituida para inyección intravenosa)</i>	<i>etravirine (tableta oral)</i>
<i>erythromycin (gel para uso externo)</i>	EUTHYROX (TABLETA ORAL)
<i>erythromycin (solución para uso externo)</i>	<i>everolimus (0.25mg tableta oral, 0.5mg tableta oral, 0.75mg tableta oral, 1mg tableta oral)</i>
<i>erythromycin (ungüento oftálmico)</i>	<i>everolimus (10mg tableta oral, 2.5mg tableta oral, 5mg tableta oral, 7.5mg tableta oral)</i>
<i>erythromycin (tableta oral de liberación retardada)</i>	<i>everolimus (2mg tableta oral soluble, 3mg tableta oral soluble, 5mg tableta oral soluble)</i>
<i>erythromycin base (cápsula oral con partículas de liberación retardada)</i>	EVOTAZ (TABLETA ORAL)
<i>erythromycin base (tableta oral de liberación inmediata)</i>	<i>exemestane (tableta oral)</i>
<i>erythromycin ethylsuccinate (200mg/5ml suspensión oral reconstituida)</i>	EXKIVITY (CÁPSULA ORAL)
<i>erythromycin ethylsuccinate (tableta oral)</i>	<i>eye allergy relief (solución)</i>
ESBRIET (CÁPSULA ORAL)	<i>ezetimibe (tableta oral)</i>
ESBRIET (TABLETA ORAL)	<i>ezetimibe-simvastatin (tableta oral)</i>
<i>escitalopram oxalate (solución oral)</i>	<b>F</b>
<i>escitalopram oxalate (tableta oral)</i>	FML (UNGÜENTO OFTÁLMICO)
<i>esomeprazole magnesium (cápsula oral de</i>	FML FORTE (SUSPENSIÓN OFTÁLMICA)
	<i>falmina (tableta oral)</i>

<i>famciclovir (tableta oral)</i>	<i>aplicador)</i>
<i>famotidine (20mg tableta oral, 40mg tableta oral)</i>	<i>fentanyl citrate (200mcg pastilla para chupar con aplicador)</i>
<i>famotidine (suspensión oral reconstituida)</i>	FERRIPROX (SOLUCIÓN ORAL)
<b>famotidine (tableta)</b>	FETZIMA (CÁPSULA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS)
FANAPT (10MG TABLETA ORAL, 12MG TABLETA ORAL, 1MG TABLETA ORAL, 2MG TABLETA ORAL, 4MG TABLETA ORAL, 6MG TABLETA ORAL, 8MG TABLETA ORAL)	FETZIMA TITRATION (CÁPSULA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS, PAQUETE DE TRATAMIENTO)
FANAPT TITRATION PACK (TABLETA ORAL)	FINACEA (ESPUMA PARA USO EXTERNO)
FARXIGA (TABLETA ORAL)	<i>finasteride (5mg tableta oral) (proscar genérico)</i>
FASENRA (JERINGA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	FINTEPLA (SOLUCIÓN ORAL)
FASENRA PEN (AUTOINYECTABLE CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	FIRMAGON (240MG DOSIS) (120MG/ AMPOLLETA DE SOLUCIÓN RECONSTITUIDA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)
<i>febuxostat (tableta oral)</i>	FIRMAGON (80MG SOLUCIÓN RECONSTITUIDA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)
<i>felbamate (suspensión oral)</i>	<i>flac (aceite ótico)</i>
<i>felbamate (tableta oral)</i>	FLAREX (SUSPENSIÓN OFTÁLMICA)
<i>felodipine er (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)</i>	FLEBOGAMMA DIF (5G/50ML SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN INTRAVENOSA)
FEMRING (ANILLO VAGINAL)	<i>flecainide acetate (tableta oral)</i>
<i>femynor (tableta oral)</i>	<b>floranex (tableta)</b>
<i>fenofibrate (145mg tableta oral, 48mg tableta oral)</i>	<b>FLORASTOR (CÁPSULA)</b>
<i>fenofibrate (160mg tableta oral, 54mg tableta oral)</i>	<b>FLORASTOR BABY (PAQUETE)</b>
<i>fenofibrate (50mg cápsula oral)</i>	<b>FLORASTOR KIDS (PAQUETE)</b>
<i>fenofibrate micronized (134mg cápsula oral, 200mg cápsula oral, 43mg cápsula oral, 67mg cápsula oral)</i>	<b>FLORASTOR PLUS (CÁPSULA)</b>
<i>fenofibric acid (cápsula oral de liberación retardada)</i>	<b>FLORASTOR PRE (CÁPSULA)</b>
<i>fentanyl (100mcg/h parche transdérmico 72 horas, 12mcg/h parche transdérmico 72 horas, 25mcg/h parche transdérmico 72 horas, 50mcg/h parche transdérmico 72 horas, 75mcg/h parche transdérmico 72 horas)</i>	<b>FLORASTORMAX (PAQUETE)</b>
<i>fentanyl citrate (1200mcg pastilla para chupar con aplicador, 1600mcg pastilla para chupar con aplicador, 400mcg pastilla para chupar con aplicador, 600mcg pastilla para chupar con aplicador, 800mcg pastilla para chupar con aplicador)</i>	FLOVENT DISKUS (POLVO EN AEROSOL PARA INHALACIÓN ACTIVADO POR LA RESPIRACIÓN)
	FLOVENT HFA (AEROSOL PARA INHALACIÓN)
	<i>fluconazole (suspensión oral reconstituida)</i>
	<i>fluconazole (tableta oral)</i>
	<i>fluconazole in sodium chloride (200-0.9mg/ 100ml-% solución para inyección intravenosa, 400-0.9mg/200ml-% solución para inyección intravenosa)</i>

Medicamentos de marca = EN MAYÚSCULA Medicamentos genéricos = *en minúscula y cursiva*  
 Letra de color azul = Cubierto por MassHealth

<i>flucytosine (cápsula oral)</i>	<i>fluticasone propionate (suspensión nasal)</i>
<i>fludrocortisone acetate (tableta oral)</i>	<i>fluticasone-salmeterol (100-50mcg/dosis polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración, 250-50mcg/dosis polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración, 500-50mcg/dosis polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración) (advair genérico), fluticasone-salmeterol (113-14mcg/aplicación polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración, 232-14mcg/aplicación polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración, 55-14mcg/aplicación polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración) (equivalente a la marca airduo respiclick)</i>
<i>flunisolide (solución nasal)</i>	
<i>fluocinolone acetonide (crema para uso externo)</i>	
<i>fluocinolone acetonide (ungüento para uso externo)</i>	
<i>fluocinolone acetonide (solución para uso externo)</i>	
<i>fluocinolone acetonide (aceite ótico)</i>	
<i>fluocinolone acetonide scalp (aceite para uso externo)</i>	
<i>fluocinonide (0.05% crema para uso externo)</i>	
<i>fluocinonide (gel para uso externo)</i>	
<i>fluocinonide (ungüento para uso externo)</i>	<i>fluvastatin sodium (cápsula oral)</i>
<i>fluocinonide (solución para uso externo)</i>	<i>fluvastatin sodium er (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)</i>
<i>fluocinonide emulsified base (crema para uso externo)</i>	<i>fluvoxamine maleate (tableta oral)</i>
<i>fluoride mouth rinse (solución)</i>	<i>folic acid (cápsula)</i>
<i>fluorometholone (suspensión oftálmica)</i>	<i>folic acid (tableta)</i>
<i>fluorouracil (5% crema para uso externo)</i>	<i>fondaparinux sodium (10mg/0.8ml solución para inyección subcutánea, 5mg/0.4ml solución para inyección subcutánea, 7.5mg/0.6ml solución para inyección subcutánea)</i>
<i>fluorouracil (solución para uso externo)</i>	<i>fondaparinux sodium (2.5mg/0.5ml solución para inyección subcutánea)</i>
<i>fluoxetine hcl (10mg cápsula oral de liberación inmediata, 20mg cápsula oral de liberación inmediata, 40mg cápsula oral de liberación inmediata)</i>	<i>formoterol fumarate (solución para nebulizador para inhalación)</i>
<i>fluoxetine hcl (20mg/5ml solución oral)</i>	FORTEO (PLUMA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)
<i>fluoxetine hcl (90mg cápsula oral de liberación retardada)</i>	<i>fosamprenavir calcium (tableta oral)</i>
<i>fluphenazine decanoate (solución para inyección)</i>	<i>fosinopril sodium (tableta oral)</i>
<i>fluphenazine hcl (10mg tableta oral, 1mg tableta oral, 2.5mg tableta oral, 5mg tableta oral)</i>	<i>fosinopril sodium-hctz (tableta oral)</i>
<i>fluphenazine hcl (2.5mg/5ml tónico oral)</i>	FOTIVDA (CÁPSULA ORAL)
<i>fluphenazine hcl (2.5mg/ml solución para inyección)</i>	<i>freeze dried acidophilus (cápsula)</i>
<i>fluphenazine hcl (5mg/ml concentrado oral)</i>	<i>furosemide (solución para inyección)</i>
<i>flurbiprofen (100mg tableta oral)</i>	<i>furosemide (solución oral)</i>
<i>flurbiprofen sodium (solución oftálmica)</i>	<i>furosemide (tableta oral)</i>
<i>fluticasone propionate (crema para uso externo)</i>	FUZEON (SOLUCIÓN RECONSTITUIDA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)
<i>fluticasone propionate (ungüento para uso externo)</i>	<i>fyavolv (tableta oral)</i>
	FYCOMPA (10MG TABLETA ORAL, 12MG



TABLETA ORAL, 4MG TABLETA ORAL, 6MG TABLETA ORAL, 8MG TABLETA ORAL)	<i>generlac (solución oral)</i>
FYCOMPA (2MG TABLETA ORAL)	<i>gengraf (cápsula oral)</i>
FYCOMPA (SUSPENSIÓN ORAL)	<i>gengraf (solución oral)</i>
<b>G</b>	GENOTROPIN (CARTUCHO PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)
<i>gabapentin (250mg/5ml solución oral)</i>	GENOTROPIN MINISQUICK (JERINGA PRECARGADA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)
<i>gabapentin (600mg tableta oral, 800mg tableta oral)</i>	<i>gentak (ungüento oftálmico)</i>
<i>gabapentin (cápsula oral)</i>	<i>gentamicin sulfate (40mg/ml solución para inyección)</i>
<i>galantamine hydrobromide (solución oral)</i>	<i>gentamicin sulfate (crema para uso externo)</i>
<i>galantamine hydrobromide (tableta oral)</i>	<i>gentamicin sulfate (ungüento para uso externo)</i>
<i>galantamine hydrobromide er (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas)</i>	<i>gentamicin sulfate (solución oftálmica)</i>
GAMMAGARD (2.5G/25ML SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN)	<i>gentamicin sulfate-0.9% sodium chloride (solución para inyección intravenosa)</i>
GAMMAGARD S/D LESS IGA (SOLUCIÓN RECONSTITUIDA PARA INYECCIÓN INTRAVENOSA)	GENVOYA (TABLETA ORAL)
GAMMAKED (1G/10ML SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN)	GILENYA (0.5MG CÁPSULA ORAL)
GAMMAPLEX (10G/100ML SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN INTRAVENOSA, 10G/200ML SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN INTRAVENOSA, 20G/200ML SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN INTRAVENOSA, 5G/50ML SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN INTRAVENOSA)	GILOTRIF (TABLETA ORAL)
GAMUNEX-C (1G/10ML SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN)	GLASSIA (SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN INTRAVENOSA)
GARDASIL 9 (JERINGA PRECARGADA CON SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	<i>glatiramer acetate (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)</i>
GARDASIL 9 (SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	<i>glatopa (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)</i>
<i>gatifloxacin (solución oftálmica)</i>	<i>glimepiride (tableta oral)</i>
GATTEX (KIT PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	<i>glipizide (tableta oral de liberación inmediata)</i>
<i>gauze (apósito no medicado de 2x2)</i>	<i>glipizide er (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)</i>
<i>gavilyte-c (240g solución oral reconstituida)</i>	<i>glipizide-metformin hcl (tableta oral)</i>
<i>gavilyte-g (solución oral reconstituida)</i>	GLUCAGEN HYPOKIT (SOLUCIÓN RECONSTITUIDA PARA INYECCIÓN)
GAVRETO (CÁPSULA ORAL)	<i>glucagon (kit para inyección) (lilly)</i>
<i>gemfibrozil (tableta oral)</i>	<i>glucose (gel)</i>
	<i>glucose (líquido)</i>
	<i>glucose (tableta masticable)</i>
	<i>glycerin (supositorio)</i>
	<i>glycopyrrolate (solución oral) (cuvposa genérico)</i>
	GLYXAMBI (TABLETA ORAL)

Medicamentos de marca = EN MAYÚSCULA Medicamentos genéricos = en minúscula y cursiva  
 Letra de color azul = Cubierto por MassHealth

<i>gnp 4x probiotic (tableta)</i>	<i>hm 4x probiotic (tableta)</i>
<i>gnp acidophilus high potency (cápsula)</i>	<i>hm acidophilus (cápsula)</i>
<i>gnp probiotic digestive support (cápsula)</i>	<i>hm probiotic digestive health (cápsula)</i>
<i>granisetron hcl (tableta oral)</i>	HUMALOG (SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN)
<i>griseofulvin microsize (suspensión oral)</i>	HUMALOG (CARTUCHO CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)
<i>griseofulvin microsize (tableta oral)</i>	HUMALOG JUNIOR KWIKPEN (PLUMA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)
<i>griseofulvin ultramicrosize (tableta oral)</i>	HUMALOG KWIKPEN (PLUMA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)
<i>guanfacine hcl er (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)</i>	HUMALOG MIX 50/50 (SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)
GVOKE HYPOPEN 2-PACK (AUTOINYECTABLE CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN (PLUMA PRECARGADA CON SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)
GVOKE KIT (SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	HUMALOG MIX 75/25 (SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)
GVOKE PFS (JERINGA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN (PLUMA PRECARGADA CON SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)
<b>H</b>	HUMALOG MIX 75/25 (SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)
HAEGARDA (SOLUCIÓN RECONSTITUIDA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN (PLUMA PRECARGADA CON SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)
<i>hailey 24 fe (tableta oral)</i>	HUMIRA (KIT DE JERINGA PRECARGADA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)
<i>halobetasol propionate (crema para uso externo)</i>	HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START (KIT DE JERINGA PRECARGADA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)
<i>halobetasol propionate (ungüento para uso externo)</i>	HUMIRA PEN (KIT DE PLUMA PRECARGADA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)
<i>haloperidol (tableta oral)</i>	HUMIRA PEN CROHNS DISEASE STARTER (KIT DE PLUMA PRECARGADA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)
<i>haloperidol decanoate (solución para inyección intramuscular)</i>	HUMIRA PEN PSORIASIS STARTER (40MG/0.8ML KIT DE PLUMA PRECARGADA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)
<i>haloperidol lactate (solución para inyección)</i>	HUMIRA PEN PSORIASIS STARTER (80MG/0.8ML Y 40MG/0.4ML KIT DE PLUMA PRECARGADA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)
<i>haloperidol lactate (concentrado oral)</i>	HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC START (KIT DE PLUMA PRECARGADA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)
HAVRIX (SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	HUMULIN 70/30 (SUSPENSIÓN PARA
<i>heparin sodium (10000 unidades/ml solución para inyección, 20000 unidades/ml solución para inyección, 5000 unidades/ml solución para inyección)</i>	
<i>heparin sodium (1000 unidades/ml solución para inyección)</i>	
HETLIOZ (CÁPSULA ORAL)	
HETLIOZ LQ (SUSPENSIÓN ORAL)	
HIBERIX (SOLUCIÓN RECONSTITUIDA PARA INYECCIÓN)	
<i>high potency probiotic (cápsula)</i>	

INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	externo)
HUMULIN 70/30 KWIKPEN (PLUMA PRECARGADA CON SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	<i>hydrocortisone-acetic acid (solución ótica)</i>
HUMULIN N (SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	<i>hydrogen peroxide (solución)</i>
HUMULIN N KWIKPEN (PLUMA PRECARGADA CON SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	<i>hydromorphone hcl (1mg/ml líquido oral)</i>
HUMULIN R (SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN)	<i>hydromorphone hcl (2mg tableta oral de liberación inmediata, 4mg tableta oral de liberación inmediata, 8mg tableta oral de liberación inmediata)</i>
HUMULIN R U-500 (CONCENTRADO) (SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	<i>hydromorphone hcl er (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)</i>
HUMULIN R U-500 KWIKPEN (PLUMA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	<i>hydromorphone hcl preservative free (10mg/ml solución para inyección, 50mg/5ml solución para inyección)</i>
<i>hydralazine hcl (tableta oral)</i>	<b>HYDROPHILIC OINTMENT (UNGÜENTO)</b>
<i>hydrochlorothiazide (cápsula oral)</i>	<i>hydroxychloroquine sulfate (200mg tableta oral)</i>
<i>hydrochlorothiazide (tableta oral)</i>	<i>hydroxyurea (cápsula oral)</i>
<i>hydrocodone-acetaminophen (10-325mg tableta oral, 5-325mg tableta oral, 7.5-325mg tableta oral)</i>	<i>hydroxyzine hcl (jarabe oral)</i>
<i>hydrocodone-acetaminophen (7.5-325mg/15ml solución oral)</i>	<i>hydroxyzine hcl (tableta oral)</i>
<i>hydrocodone-ibuprofen (7.5-200mg tableta oral)</i>	<i>hydroxyzine pamoate (cápsula oral)</i>
<i>hydrocortisone (1% crema para uso externo)</i>	<b>I</b>
<i>hydrocortisone (1% ungüento para uso externo, 2.5% ungüento para uso externo)</i>	IDHIFA (TABLETA ORAL)
<i>hydrocortisone (2.5% loción para uso externo)</i>	IPOL (INYECCIÓN)
<i>hydrocortisone (crema)</i>	<i>ibandronate sodium (tableta oral)</i>
<i>hydrocortisone (loción)</i>	IBRANCE (CÁPSULA ORAL)
<i>hydrocortisone (ungüento)</i>	IBRANCE (TABLETA ORAL)
<i>hydrocortisone (tableta oral)</i>	<i>ibu (600mg tableta oral, 800mg tableta oral)</i>
<i>hydrocortisone (perianal) (2.5% crema para uso externo)</i>	<i>ibuprofen (400mg tableta oral, 600mg tableta oral, 800mg tableta oral)</i>
<i>hydrocortisone (enema rectal)</i>	<i>ibuprofen (cápsula)</i>
<i>hydrocortisone butyrate (ungüento para uso externo)</i>	<i>ibuprofen (suspensión oral)</i>
<i>hydrocortisone valerate (crema para uso externo)</i>	<i>ibuprofen (suspensión)</i>
<i>hydrocortisone valerate (ungüento para uso</i>	<i>ibuprofen (tableta masticable)</i>
	<i>ibuprofen (tableta)</i>
	<i>icatibant acetate (solución para inyección subcutánea)</i>
	<i>iclevia (tableta oral)</i>
	ICLUSIG (TABLETA ORAL)
	<i>icosapent ethyl (cápsula oral)</i>
	ILEVRO (SUSPENSIÓN OFTÁLMICA)

Medicamentos de marca = EN MAYÚSCULA Medicamentos genéricos = en minúscula y cursiva  
 Letra de color azul = Cubierto por MassHealth

<i>imatinib mesylate (tableta oral)</i>	PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA) (EQUIVALENTE A LA MARCA HUMALOG)
IMBRUVICA (CÁPSULA ORAL)	
IMBRUVICA (TABLETA ORAL)	
<i>imipenem-cilastatin (solución reconstituida para inyección intravenosa)</i>	INSULIN LISPRO PROT & LISPRO (PLUMA PRECARGADA CON SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA) (EQUIVALENTE A LA MARCA HUMALOG)
<i>imipramine hcl (tableta oral)</i>	
<i>imipramine pamoate (cápsula oral)</i>	<i>insulin jeringas, agujas</i>
<i>imiquimod (5% crema para uso externo)</i>	INTELENCE (25MG TABLETA ORAL)
<i>imiquimod pump (3.75% crema para uso externo)</i>	<i>intestinex (cápsula)</i>
IMOVAX RABIES (INYECCIONABLE PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	INTRALIPID (EMULSIÓN PARA INYECCIÓN INTRAVENOSA)
IMPAVIDO (CÁPSULA ORAL)	INTRON A (SOLUCIÓN RECONSTITUIDA PARA INYECCIÓN)
IMVEXXY MAINTENANCE PACK (ÓVULO VAGINAL)	<i>introvale (tableta oral)</i>
IMVEXXY STARTER PACK (ÓVULO VAGINAL)	INVEGA HAFYERA (JERINGA PRECARGADA CON SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)
<i>incassia (tableta oral)</i>	INVEGA SUSTENNA (117MG/0.75ML JERINGA PRECARGADA CON SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR, 156MG/ML JERINGA PRECARGADA CON SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR, 234MG/1.5ML JERINGA PRECARGADA CON SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR, 78MG/0.5ML JERINGA PRECARGADA CON SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)
INCRELEX (SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	INVEGA SUSTENNA (39MG/0.25ML JERINGA PRECARGADA CON SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)
INCRUSE ELLIPTA (POLVO EN AEROSOL PARA INHALACIÓN ACTIVADO POR LA RESPIRACIÓN)	INVEGA TRINZA (JERINGA PRECARGADA CON SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)
<i>indapamide (tableta oral)</i>	<i>iodine (kelp) (tableta)</i>
<i>indomethacin (25mg cápsula oral de liberación inmediata, 50mg cápsula oral de liberación inmediata)</i>	<i>iodine (tintura)</i>
INFANRIX (SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	<i>ipratropium bromide (solución para inhalación)</i>
INGREZZA (CÁPSULA ORAL, PAQUETE DE TRATAMIENTO)	<i>ipratropium bromide (solución nasal)</i>
INGREZZA (CÁPSULA ORAL)	<i>ipratropium-albuterol (solución para inhalación)</i>
INLYTA (TABLETA ORAL)	<i>irbesartan (tableta oral)</i>
INQOVI (TABLETA ORAL)	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide (tableta oral)</i>
INREBIC (CÁPSULA ORAL)	IRESSA (TABLETA ORAL)
INSULIN LISPRO (INDICADOR DE 1 UNIDAD) (PLUMA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA) (EQUIVALENTE A LA MARCA HUMALOG)	<i>iron (cápsula)</i>
INSULIN LISPRO (SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN) (EQUIVALENTE A LA MARCA HUMALOG)	
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN (PLUMA	

<i>iron (tónico)</i>	<b>J</b>
<i>iron (tableta de liberación retardada)</i>	JAKAFI (TABLETA ORAL)
<i>iron (tableta de liberación prolongada)</i>	<i>jantoven (tableta oral)</i>
<i>iron (tableta)</i>	JANUMET (TABLETA ORAL DE LIBERACIÓN INMEDIATA)
ISENTRESS (100MG TABLETA ORAL MASTICABLE)	JANUMET XR (TABLETA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS)
ISENTRESS (25MG TABLETA ORAL MASTICABLE)	JANUVIA (TABLETA ORAL)
ISENTRESS (PAQUETE ORAL)	JARDIANCE (TABLETA ORAL)
ISENTRESS (TABLETA ORAL)	<i>jasmiel (tableta oral)</i>
ISENTRESS HD (TABLETA ORAL)	JENTADUETO (TABLETA ORAL DE LIBERACIÓN INMEDIATA)
<i>isibloom (tableta oral)</i>	JENTADUETO XR (TABLETA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS)
ISOLYTE-P IN D5W (SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN INTRAVENOSA)	<i>jinteli (tableta oral)</i>
ISOLYTE-S PH 7.4 (SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN INTRAVENOSA)	JUBLIA (SOLUCIÓN PARA USO EXTERNO)
<i>isoniazid (jarabe oral)</i>	<i>juleber (tableta oral)</i>
<i>isoniazid (tableta oral)</i>	JULUCA (TABLETA ORAL)
<i>isopropyl alcohol (gel)</i>	<i>junel 1.5/30 (tableta oral)</i>
<i>isopropyl alcohol (líquido)</i>	<i>junel 1/20 (tableta oral)</i>
<i>isopropyl alcohol (solución)</i>	<i>junel fe 1.5/30 (tableta oral)</i>
<i>isosorbide dinitrate (10mg tableta oral de liberación inmediata, 20mg tableta oral de liberación inmediata, 30mg tableta oral de liberación inmediata, 5mg tableta oral de liberación inmediata)</i>	<i>junel fe 1/20 (tableta oral)</i>
<i>isosorbide dinitrate-hydralazine (tableta oral)</i>	<i>junel fe 24 (tableta oral)</i>
<i>isosorbide mononitrate (tableta oral de liberación inmediata)</i>	JUXTAPID (CÁPSULA ORAL)
<i>isosorbide mononitrate er (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)</i>	<b>K</b>
<i>isotretinoin (cápsula oral)</i>	KCL IN DEXTROSE-NACL (SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN INTRAVENOSA)
ISTURISA (TABLETA ORAL)	KCL-LACTATED RINGERS-D5W (SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN INTRAVENOSA)
<i>itraconazole (cápsula oral)</i>	<i>kaitlib fe (tableta oral masticable)</i>
<i>itraconazole (solución oral)</i>	KALYDECO (PAQUETE ORAL)
<i>ivermectin (tableta oral)</i>	KALYDECO (TABLETA ORAL)
IXIARO (SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	<i>kariva (tableta oral)</i>
	<i>kelnor 1/35 (tableta oral)</i>
	<i>kelnor 1/50 (tableta oral)</i>
	KERENDIA (TABLETA ORAL)
	<i>ketoconazole (crema para uso externo)</i>
	<i>ketoconazole (champú para uso externo)</i>

Medicamentos de marca = EN MAYÚSCULA Medicamentos genéricos = *en minúscula y cursiva*  
 Letra de color azul = Cubierto por MassHealth

<i>ketoconazole (tableta oral)</i>	<i>lacosamide (solución oral)</i>
<i>ketorolac tromethamine (solución oftálmica)</i>	<i>lacosamide (tableta oral)</i>
<i>ketotifen fumarate (solución)</i>	LACRISERT (INSERTO OFTÁLMICO)
KINERET (JERINGA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	<i>lacto-bifidus-600 (cápsula)</i>
KINRIX (JERINGA PRECARGADA CON SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	<i>lacto-key-100 (cápsula)</i>
KISQALI (200MG DOSIS) (TABLETA ORAL)	<i>lacto-key-600 (cápsula)</i>
KISQALI (400MG DOSIS) (TABLETA ORAL)	<i>lacto-pectin (cápsula)</i>
KISQALI (600MG DOSIS) (TABLETA ORAL)	<i>lactobacillus (paquete)</i>
KISQALI FEMARA (200MG DOSIS) (TABLETA ORAL, PAQUETE DE TRATAMIENTO)	<i>lactobacillus (tableta)</i>
KISQALI FEMARA (400MG DOSIS) (TABLETA ORAL, PAQUETE DE TRATAMIENTO)	<i>lactobacillus extra strength (cápsula)</i>
KISQALI FEMARA (600MG DOSIS) (TABLETA ORAL, PAQUETE DE TRATAMIENTO)	<i>lactobacillus probiotic (tableta)</i>
<i>klor-con (paquete oral)</i>	<i>lactulose (10g/15ml solución oral)</i>
KLOR-CON 10 (TABLETA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA)	<i>lamivudine (100mg tableta oral)</i>
KLOR-CON 8 (TABLETA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA)	<i>lamivudine (10mg/ml solución oral)</i>
<i>klor-con m10 (tableta oral de liberación prolongada)</i>	<i>lamivudine (150mg tableta oral, 300mg tableta oral)</i>
<i>klor-con m15 (tableta oral de liberación prolongada)</i>	<i>lamivudine-zidovudine (tableta oral)</i>
<i>klor-con m20 (tableta oral de liberación prolongada)</i>	<i>lamotrigine (100mg tableta oral de liberación inmediata, 150mg tableta oral de liberación inmediata, 200mg tableta oral de liberación inmediata, 25mg tableta oral de liberación inmediata)</i>
KORLYM (TABLETA ORAL)	<i>lamotrigine (25mg tableta oral masticable, 5mg tableta oral masticable)</i>
KOSELUGO (CÁPSULA ORAL)	<i>lanolin (gel)</i>
<i>kurvelo (tableta oral)</i>	<i>lanolin (ungüento)</i>
KYNMOBI (10MG PELÍCULA SUBLINGUAL, 15MG PELÍCULA SUBLINGUAL, 20MG PELÍCULA SUBLINGUAL, 25MG PELÍCULA SUBLINGUAL, 30MG PELÍCULA SUBLINGUAL)	LANOXIN (TABLETA ORAL)
<b>L</b>	<i>lansoprazole (cápsula oral de liberación retardada)</i>
<i>larin 1.5/30 (tableta oral)</i>	<i>lanthanum carbonate (tableta oral masticable)</i>
<i>larin 1/20 (tableta oral)</i>	LANTUS (SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)
<i>larin fe 1.5/30 (tableta oral)</i>	LANTUS SOLOSTAR (PLUMA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)
<i>larin fe 1/20 (tableta oral)</i>	<i>lapatinib ditosylate (tableta oral)</i>
<b>LMA MAD NASAL (VARIOS)</b>	<i>larissia (tableta oral)</i>
<i>labetalol hcl (tableta oral)</i>	<i>latanoprost (solución oftálmica)</i>
	LATUDA (TABLETA ORAL)
	LAYOLIS FE (TABLETA ORAL MASTICABLE)
	<i>leena (tableta oral)</i>

<i>leflunomide (tableta oral)</i>	LEVO-T (TABLETA ORAL)
<i>lenalidomide (cápsula oral)</i>	<i>levobunolol hcl (solución oftálmica)</i>
LENVIMA 10MG DAILY DOSE (CÁPSULA ORAL, PAQUETE DE TRATAMIENTO)	<i>levocarnitine (1g/10ml solución oral)</i>
LENVIMA 12MG DAILY DOSE (CÁPSULA ORAL, PAQUETE DE TRATAMIENTO)	LEVOCARNITINE (330MG TABLETA ORAL)
LENVIMA 14MG DAILY DOSE (CÁPSULA ORAL, PAQUETE DE TRATAMIENTO)	<i>levocetirizine dihydrochloride (tableta oral)</i>
LENVIMA 18MG DAILY DOSE (CÁPSULA ORAL, PAQUETE DE TRATAMIENTO)	<i>levofloxacin (0.5% solución oftálmica)</i>
LENVIMA 20MG DAILY DOSE (CÁPSULA ORAL, PAQUETE DE TRATAMIENTO)	<i>levofloxacin (250mg tableta oral, 500mg tableta oral, 750mg tableta oral)</i>
LENVIMA 24MG DAILY DOSE (CÁPSULA ORAL, PAQUETE DE TRATAMIENTO)	<i>levofloxacin (25mg/ml solución para inyección intravenosa)</i>
LENVIMA 4MG DAILY DOSE (CÁPSULA ORAL, PAQUETE DE TRATAMIENTO)	<i>levofloxacin (25mg/ml solución oral)</i>
LENVIMA 8MG DAILY DOSE (CÁPSULA ORAL, PAQUETE DE TRATAMIENTO)	<i>levofloxacin in d5w (500mg/100ml solución para inyección intravenosa, 750mg/150ml solución para inyección intravenosa)</i>
<i>lessina (tableta oral)</i>	<i>levonest (tableta oral)</i>
<i>letrozole (tableta oral)</i>	<b><i>levonorgestrel (tableta)</i></b>
<i>leucovorin calcium (10mg tableta oral, 15mg tableta oral, 5mg tableta oral)</i>	<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol &amp; ethinyl estradiol (tableta oral)</i>
<i>leucovorin calcium (25mg tableta oral)</i>	<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol (tableta oral)</i>
LEUKERAN (TABLETA ORAL)	<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol 91-day (tableta oral)</i>
LEUKINE (SOLUCIÓN RECONSTITUIDA PARA INYECCIÓN)	<i>levora 0.15/30 (28) (tableta oral)</i>
<i>leuprolide acetate (kit para inyección)</i>	<i>levorphanol tartrate (tableta oral)</i>
<i>levalbuterol hcl (solución para nebulizador para inhalación)</i>	<i>levothyroxine sodium (tableta oral)</i>
<i>levalbuterol tartrate (aerosol para inhalación)</i>	LEVOXYL (TABLETA ORAL)
LEVEMIR (SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	LEXIVA (SUSPENSIÓN ORAL)
LEVEMIR FLEXTOUCH (PLUMA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	<i>lidocaine (5% ungüento para uso externo)</i>
<i>levetiracetam (solución oral)</i>	<i>lidocaine (5% parche para uso externo)</i>
<i>levetiracetam (tableta oral de liberación inmediata)</i>	<i>lidocaine hcl (4% solución para uso externo)</i>
<i>levetiracetam er (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)</i>	<i>lidocaine viscous (2% solución para la boca/garganta)</i>
	<i>lidocaine-prilocaine (crema para uso externo)</i>
	<i>linezolid (solución para inyección intravenosa)</i>
	<i>linezolid (suspensión oral reconstituida)</i>
	<i>linezolid (tableta oral)</i>
	LINZESS (CÁPSULA ORAL)
	<i>liothyronine sodium (tableta oral)</i>
	<i>lisinopril (tableta oral)</i>
	<i>lisinopril-hydrochlorothiazide (tableta oral)</i>

Medicamentos de marca = EN MAYÚSCULA Medicamentos genéricos = en minúscula y cursiva  
 Letra de color azul = Cubierto por MassHealth

<i>lithium carbonate (cápsula oral)</i>	LUPRON DEPOT (1 MES) (KIT PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)
<i>lithium carbonate (tableta oral de liberación inmediata)</i>	LUPRON DEPOT (3 MESES) (KIT PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)
<i>lithium carbonate er (tableta oral de liberación prolongada)</i>	LUPRON DEPOT (4 MESES) (KIT PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)
LITHOSTAT (TABLETA ORAL)	LUPRON DEPOT (6 MESES) (KIT PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)
LIVALO (TABLETA ORAL)	<i>luterá (tableta oral)</i>
LOKELMA (PAQUETE ORAL)	LYBALVI (TABLETA ORAL)
LONHALA MAGNAIR (SOLUCIÓN PARA INHALACIÓN)	<i>lyleq (tableta oral)</i>
LONSURF (TABLETA ORAL)	LYNPARZA (TABLETA ORAL)
<i>loperamide hcl (cápsula oral)</i>	LYSODREN (TABLETA ORAL)
<i>loperamide hcl (cápsula)</i>	LYUMJEV (SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN)
<i>loperamide hcl (tabletas)</i>	LYUMJEV KWIKPEN (PLUMA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)
<i>lopinavir-ritonavir (solución oral)</i>	<i>lyza (tableta oral)</i>
<i>lopinavir-ritonavir (tableta oral)</i>	<b>M</b>
<i>loratadine &amp; pseudoephedrine (tableta de liberación prolongada 12 horas)</i>	M-M-R II (SOLUCIÓN RECONSTITUIDA PARA INYECCIÓN)
<i>loratadine (jarabe)</i>	<i>magnesium citrate (solución)</i>
<i>loratadine (tableta masticable)</i>	<i>magnesium citrate (tableta)</i>
<i>loratadine (tableta de disolución inmediata)</i>	<i>magnesium oxide (cápsula)</i>
<i>loratadine (tableta)</i>	<i>magnesium oxide (tableta masticable)</i>
<i>lorazepam (tableta oral)</i>	<i>magnesium oxide (tableta de liberación prolongada)</i>
<i>lorazepam intensol (concentrado oral)</i>	<i>magnesium oxide (tableta)</i>
LORBRENA (TABLETA ORAL)	<i>magnesium sulfate (50% (10ml jeringa) solución para inyección)</i>
<i>loryna (tableta oral)</i>	MAGNESIUM SULFATE (50% SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN)
<i>losartan potassium (tableta oral)</i>	<i>malathion (loción para uso externo)</i>
<i>losartan potassium-hctz (tableta oral)</i>	<i>maraviroc (tableta oral)</i>
LOTEMAX (GEL OFTÁLMICO)	<i>marlissa (tableta oral)</i>
LOTEMAX (UNGÜENTO OFTÁLMICO)	MARPLAN (TABLETA ORAL)
LOTEMAX (SUSPENSIÓN OFTÁLMICA)	MATULANE (CÁPSULA ORAL)
LOTEMAX SM (GEL OFTÁLMICO)	<i>matzim la (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)</i>
<i>loteprednol etabonate (gel oftálmico)</i>	MAVYRET (PAQUETE ORAL)
<i>loteprednol etabonate (suspensión oftálmica)</i>	MAVYRET (TABLETA ORAL)
<i>lovastatin (tableta oral)</i>	
<i>low-ogestrel (tableta oral)</i>	
<i>loxapine succinate (cápsula oral)</i>	
<i>lubiprostone (cápsula oral)</i>	
LUMAKRAS (TABLETA ORAL)	
LUMIGAN (SOLUCIÓN OFTÁLMICA)	



MAYZENT (TABLETA ORAL)	MEMANTINE HCL TITRATION PAK (TABLETA ORAL)
MAYZENT STARTER PACK (12 X 0.25MG TABLETA ORAL, PAQUETE DE TRATAMIENTO)	MENQUADFI (SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)
MAYZENT STARTER PACK (7 X 0.25MG TABLETA ORAL, PAQUETE DE TRATAMIENTO)	MENACTRA (SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)
<i>meclizine hcl (12.5mg tableta oral, 25mg tableta oral)</i>	<i>menest (tableta oral)</i>
<i>meclizine hcl (tableta masticable)</i>	MENTAX (CREMA PARA USO EXTERNO)
<i>meclizine hcl (tableta)</i>	MENVEO (SOLUCIÓN RECONSTITUIDA PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)
<i>medroxyprogesterone acetate (10mg tableta oral, 2.5mg tableta oral, 5mg tableta oral)</i>	<i>mercaptapurine (tableta oral)</i>
<i>medroxyprogesterone acetate (150mg/ml jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular)</i>	<i>meropenem (solución reconstituida para inyección intravenosa)</i>
<i>medroxyprogesterone acetate (150mg/ml suspensión para inyección intramuscular)</i>	<i>mesalamine (1.2g tableta oral de liberación retardada) (lialda genérico)</i>
<i>mefloquine hcl (tableta oral)</i>	<i>mesalamine (enema rectal)</i>
<i>mega probiotic (cápsula)</i>	<i>mesalamine (supositorio rectal)</i>
<i>megestrol acetate (40mg/ml suspensión oral)</i>	<i>mesalamine er (0.375g cápsula oral de liberación prolongada 24 horas) (apriso genérico)</i>
<i>megestrol acetate (625mg/5ml suspensión oral)</i>	MESNEX (TABLETA ORAL)
<i>megestrol acetate (tableta oral)</i>	<i>metformin hcl (1000mg tableta oral de liberación inmediata, 500mg tableta oral de liberación inmediata, 850mg tableta oral de liberación inmediata)</i>
MEKINIST (TABLETA ORAL)	<i>metformin hcl (solución oral)</i>
MEKTOVI (TABLETA ORAL)	<i>metformin hcl er (tableta oral de liberación prolongada 24 horas) (glucophage xr genérico)</i>
<i>melatonin (líquido)</i>	<i>methadone hcl (solución oral)</i>
<i>melatonin (tab. sublingual)</i>	<i>methadone hcl (tableta oral)</i>
<i>melatonin (tableta masticable)</i>	<i>methazolamide (tableta oral)</i>
<i>melatonin (tableta de disolución inmediata)</i>	<i>methenamine hippurate (tableta oral)</i>
<i>melatonin (tableta de liberación prolongada)</i>	<i>methimazole (tableta oral)</i>
<i>melatonin (tableta)</i>	<i>methocarbamol (tableta oral)</i>
<i>melatonin-pyridoxine (tab. sublingual)</i>	<i>methotrexate sodium (50mg/2ml jeringa precargada con solución para inyección)</i>
<i>melatonin-pyridoxine (tableta de liberación prolongada)</i>	<i>methotrexate sodium (50mg/2ml solución para inyección)</i>
<i>melatonin-pyridoxine (tableta)</i>	<i>methotrexate sodium (tableta oral)</i>
<i>meloxicam (tableta oral)</i>	<i>methoxsalen rapid (cápsula oral)</i>
<i>memantine hcl (10mg tableta oral, 5mg tableta oral)</i>	
<i>memantine hcl (2mg/ml solución oral)</i>	
<i>memantine hcl er (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas)</i>	

Medicamentos de marca = EN MAYÚSCULA Medicamentos genéricos = *en minúscula y cursiva*  
 Letra de color azul = Cubierto por MassHealth

<i>methscopolamine bromide (tableta oral)</i>	<i>migergot (supositorio rectal)</i>
<i>methylcellulose (tableta)</i>	<i>miglitol (tableta oral)</i>
<i>methylphenidate hcl (solución oral)</i>	<i>miglustat (cápsula oral)</i>
<i>methylphenidate hcl (tableta oral de liberación inmediata) (ritalin genérico)</i>	<i>mili (tableta oral)</i>
<i>methylphenidate hcl er (10mg tableta oral de liberación prolongada, 20mg tableta oral de liberación prolongada)</i>	<i>mineral oil (enema)</i>
<i>methylprednisolone (tableta oral, paquete de tratamiento)</i>	<i>mineral oil (aceite)</i>
<i>methylprednisolone (tableta oral)</i>	<i>minocycline hcl (cápsula oral)</i>
<i>metoclopramide hcl (5mg/5ml solución oral)</i>	<i>minocycline hcl (tableta oral de liberación inmediata)</i>
<i>metoclopramide hcl (tableta oral)</i>	<i>minoxidil (tableta oral)</i>
<i>metolazone (tableta oral)</i>	<i>mirtazapine (tableta oral)</i>
<i>metoprolol succinate er (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)</i>	<i>mirtazapine odt (tableta oral dispersable)</i>
<i>metoprolol tartrate (tableta oral)</i>	MIRVASO (GEL PARA USO EXTERNO)
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide (tableta oral)</i>	<i>misoprostol (tableta oral)</i>
<i>metronidazole (0.75% crema para uso externo)</i>	<i>modafinil (tableta oral)</i>
<i>metronidazole (0.75% gel para uso externo, 1% gel para uso externo)</i>	<i>moexipril hcl (tableta oral)</i>
<i>metronidazole (0.75% loción para uso externo)</i>	<i>molindone hcl (tableta oral)</i>
<i>metronidazole (0.75% gel vaginal)</i>	<i>mometasone furoate (crema para uso externo)</i>
<i>metronidazole (250mg tableta oral, 500mg tableta oral)</i>	<i>mometasone furoate (ungüento para uso externo)</i>
<i>metronidazole (500mg/100ml solución para inyección intravenosa)</i>	<i>mometasone furoate (solución para uso externo)</i>
<i>metyrosine (cápsula oral)</i>	<i>mometasone furoate (suspensión nasal)</i>
<i>mexiletine hcl (cápsula oral)</i>	<i>montelukast sodium (paquete oral)</i>
<i>micafungin sodium (solución reconstituida para inyección intravenosa)</i>	<i>montelukast sodium (tableta oral masticable)</i>
<i>miconazole 3 (supositorio vaginal)</i>	<i>montelukast sodium (tableta oral)</i>
<i>miconazole nitrate (aerosol)</i>	<i>more-dophilus acidophilus (polvo)</i>
<i>miconazole nitrate (crema)</i>	<i>morphine sulfate (10mg/5ml solución oral)</i>
<i>miconazole nitrate (polvo)</i>	MORPHINE SULFATE (20MG/5ML SOLUCIÓN ORAL)
<i>microgestin 1.5/30 (tableta oral)</i>	<i>morphine sulfate (concentrado) (20mg/ml solución oral)</i>
<i>microgestin 1/20 (tableta oral)</i>	<i>morphine sulfate (tableta oral de liberación inmediata)</i>
<i>microgestin 24 fe (tableta oral)</i>	<i>morphine sulfate er (100mg tableta oral de liberación prolongada, 15mg tableta oral de liberación prolongada, 30mg tableta oral de liberación prolongada, 60mg tableta oral de liberación prolongada) (ms contin genérico)</i>
<i>microgestin fe 1.5/30 (tableta oral)</i>	<i>morphine sulfate er (200mg tableta oral de liberación prolongada) (ms contin genérico)</i>
<i>microgestin fe 1/20 (tableta oral)</i>	MOTTEGRITY (TABLETA ORAL)
<i>midodrine hcl (tableta oral)</i>	

MOVANTIK (TABLETA ORAL)	<i>inyección</i>
<i>moxifloxacin hcl (solución oftálmica) (vigamox genérico)</i>	<i>naftifine hcl (crema para uso externo)</i>
<i>moxifloxacin hcl (tableta oral)</i>	NAFTIN (2% GEL PARA USO EXTERNO)
<i>moxifloxacin hcl in nacl (solución para inyección intravenosa)</i>	<i>naloxone hcl (0.4mg/ml solución para inyección)</i>
MULTAQ (TABLETA ORAL)	<i>naloxone hcl (cartucho con solución para inyección)</i>
<i>multiple minerals (tableta)</i>	<i>naloxone hcl (jeringa precargada con solución para inyección)</i>
<i>multiple vitamins w/ calcium (tableta)</i>	<i>naloxone hcl (líquido nasal)</i>
<i>multiple vitamins w/ minerals (cápsula)</i>	<i>naltrexone hcl (tableta oral)</i>
<i>multiple vitamins w/ minerals (tableta masticable)</i>	NAMZARIC (CÁPSULA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS, PAQUETE DE TRATAMIENTO)
<i>multiple vitamins w/ minerals (tableta de liberación prolongada)</i>	NAMZARIC (CÁPSULA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS)
<i>multiple vitamins w/ minerals (tableta)</i>	<b>NAPHCON-A (SOLUCIÓN)</b>
<i>multivitamins (cápsula)</i>	<i>naproxen (suspensión oral)</i>
<i>multivitamins (tableta)</i>	<i>naproxen (tableta oral de liberación inmediata)</i>
<i>mupirocin (ungüento para uso externo)</i>	<i>naproxen dr (tableta oral de liberación retardada) (ec-naprosyn genérico)</i>
<i>mupirocin calcium (crema para uso externo)</i>	<i>naproxen sodium (cápsula)</i>
MYALEPT (SOLUCIÓN RECONSTITUIDA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	<i>naproxen sodium (tableta)</i>
<i>mycophenolate mofetil (cápsula oral)</i>	<i>naratriptan hcl (tableta oral)</i>
<i>mycophenolate mofetil (suspensión oral reconstituida)</i>	NARCAN (LÍQUIDO NASAL)
<i>mycophenolate mofetil (tableta oral)</i>	NATACYN (SUSPENSIÓN OFTÁLMICA)
<i>mycophenolate sodium (tableta oral de liberación retardada)</i>	<i>nateglinide (tableta oral)</i>
<i>myorisan (cápsula oral)</i>	NATPARA (CARTUCHO PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)
MYRBETRIQ (SUSPENSIÓN ORAL RECONSTITUIDA DE LIBERACIÓN PROLONGADA)	<i>natrul probiotic (cápsula)</i>
MYRBETRIQ (TABLETA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS)	NAYZILAM (SOLUCIÓN NASAL)
<b>N</b>	<i>nebivolol hcl (tableta oral)</i>
<i>nabumetone (tableta oral)</i>	<i>necon 0.5/35 (28) (tableta oral)</i>
<i>nadolol (tableta oral)</i>	<i>nefazodone hcl (tableta oral)</i>
<i>nafcillin sodium (10g solución reconstituida para inyección intravenosa)</i>	<i>neomycin sulfate (tableta oral)</i>
<i>nafcillin sodium (solución reconstituida para</i>	<i>neomycin-bacitracin-polymyxin (5-400-10000 ungüento oftálmico)</i>
	<i>neomycin-bacitracin-polymyxin (ungüento)</i>
	<i>neomycin-polymyxin-bacitracin-hydrocortisone (ungüento oftálmico)</i>

Medicamentos de marca = EN MAYÚSCULA Medicamentos genéricos = *en minúscula y cursiva*  
 Letra de color azul = Cubierto por MassHealth

<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone (3.5-10000-0.1 suspensión oftálmica)</i>	<i>nimodipine (cápsula oral)</i>
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone (ungüento oftálmico)</i>	NINLARO (CÁPSULA ORAL)
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin (solución oftálmica)</i>	<i>nitazoxanide (tableta oral)</i>
<i>neomycin-polymyxin-hc (1% solución ótica)</i>	<i>nitisinone (cápsula oral)</i>
<i>neomycin-polymyxin-hc (suspensión oftálmica)</i>	<i>nitro-bid (ungüento transdérmico)</i>
<i>neomycin-polymyxin-hc (suspensión ótica)</i>	<i>nitrofurantoin (suspensión oral)</i>
NERLYNX (TABLETA ORAL)	<i>nitrofurantoin macrocrystal (100mg cápsula oral, 50mg cápsula oral) (macroclatin genérico)</i>
<i>neuac (gel para uso externo)</i>	<i>nitrofurantoin monohydrate (macrobid genérico)</i>
NEULASTA (JERINGA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	<i>nitroglycerin (tableta sublingual)</i>
NEUPRO (PARCHE TRANSDÉRMICO 24 HORAS)	<i>nitroglycerin (parche transdérmico 24 horas)</i>
<i>nevirapine (suspensión oral)</i>	<i>nitroglycerin (solución translingual)</i>
<i>nevirapine (tableta oral de liberación inmediata)</i>	NITROSTAT (TABLETA SUBLINGUAL)
<i>nevirapine er (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)</i>	<i>nizatidine (cápsula oral)</i>
<i>niacin (antihiperlipidémico) (tableta oral de liberación inmediata)</i>	<i>nonoxynol-9 (gel)</i>
<i>niacin (tableta)</i>	<i>nora-be (tableta oral)</i>
<i>niacin er (antihiperlipidémico) (tableta oral de liberación prolongada)</i>	<i>norethindrone (0.35mg tableta oral)</i>
<i>niacinamide (tableta de liberación prolongada)</i>	<i>norethindrone acetate (5mg tableta oral)</i>
<i>niacinamide (tableta)</i>	<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol (0.5-2.5mg-mcg tableta oral, 1-20mg-mcg tableta oral, 1-5mg-mcg tableta oral)</i>
<i>niacor (tableta oral)</i>	<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol-fe (0.4-35mg-mcg tableta oral masticable, 0.8-25mg-mcg tableta oral masticable, 1-20mg-mcg(24) tableta oral masticable)</i>
<i>nicardipine hcl (cápsula oral)</i>	<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol-fe (1-20mg-mcg tableta oral)</i>
<i>nicotine (kit)</i>	<i>norgestimate-ethinyl estradiol (tableta oral)</i>
<i>nicotine (parche 24 horas)</i>	<i>norgestimate-ethinyl estradiol triphasic (tableta oral)</i>
<i>nicotine (parche)</i>	<i>nortrel 0.5/35 (28) (tableta oral)</i>
<i>nicotine polacrilex (chicle)</i>	<i>nortrel 1/35 (21) (tableta oral)</i>
<i>nicotine polacrilex (pastilla para chupar)</i>	<i>nortrel 1/35 (28) (tableta oral)</i>
NICOTROL (INHALADOR PARA INHALACIÓN)	<i>nortrel 7/7/7 (tableta oral)</i>
NICOTROL NS (SOLUCIÓN NASAL)	<i>nortriptyline hcl (cápsula oral)</i>
<i>nifedipine er (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)</i>	<i>nortriptyline hcl (solución oral)</i>
<i>nifedipine er osmotic release (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)</i>	NORVIR (PAQUETE ORAL)
<i>nikki (tableta oral)</i>	NORVIR (SOLUCIÓN ORAL)
<i>nilutamide (tableta oral)</i>	NOXAFIL (SUSPENSIÓN ORAL)
	NUBEQA (TABLETA ORAL)
	NUCALA (100MG/ML JERINGA PRECARGADA)

CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	<i>oral, 2.5mg tableta oral, 20mg tableta oral, 5mg tableta oral, 7.5mg tableta oral)</i>
NUCALA (AUTOINYECTABLE CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	<i>olanzapine odt (10mg tableta oral dispersable, 15mg tableta oral dispersable, 20mg tableta oral dispersable, 5mg tableta oral dispersable)</i>
NUCALA (SOLUCIÓN RECONSTITUIDA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	<i>olmesartan medoxomil (tableta oral)</i>
NUDEXTA (CÁPSULA ORAL)	<i>olmesartan medoxomil-hctz (tableta oral)</i>
NUPLAZID (CÁPSULA ORAL)	<i>olmesartan-amlodipine-hctz (tableta oral)</i>
NUPLAZID (TABLETA ORAL)	<i>olopatadine hcl (solución oftálmica)</i>
NURTEC ODT (TABLETA ORAL DISPERSABLE)	<i>omega-3-acid ethyl esters (cápsula oral) (lovaza genérico)</i>
NUTRILIPID (EMULSIÓN PARA INYECCIÓN INTRAVENOSA)	<i>omeprazole (10mg cápsula oral de liberación retardada)</i>
<i>nyamyc (polvo para uso externo)</i>	<i>omeprazole (20mg cápsula oral de liberación retardada, 40mg cápsula oral de liberación retardada)</i>
<i>nylia 1/35 (tableta oral)</i>	
<i>nylia 7/7/7 (tableta oral)</i>	
NYMALIZE (SOLUCIÓN ORAL)	<i>ondansetron hcl (4mg tableta oral, 8mg tableta oral)</i>
<i>nymyo (tableta oral)</i>	<i>ondansetron hcl (solución oral)</i>
<i>nystatin (crema para uso externo)</i>	<i>ondansetron odt (tableta oral dispersable)</i>
<i>nystatin (ungüento para uso externo)</i>	ONUREG (TABLETA ORAL)
<i>nystatin (polvo para uso externo)</i>	<b>OPCON-A (SOLUCIÓN)</b>
<i>nystatin (suspensión para la boca/garganta)</i>	OPSUMIT (TABLETA ORAL)
<i>nystatin (tableta oral)</i>	<i>oral electrolyte (solución)</i>
<i>nystop (polvo para uso externo)</i>	
<b>O</b>	
OCALIVA (TABLETA ORAL)	ORENCIA (JERINGA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)
<i>ocella (tableta oral)</i>	ORENCIA CLICKJECT (AUTOINYECTABLE CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)
OCTAGAM (1G/20ML SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN INTRAVENOSA, 2G/20ML SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN INTRAVENOSA)	ORENITRAM (0.125MG TABLETA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA)
<i>octreotide acetate (solución para inyección)</i>	ORENITRAM (0.25MG TABLETA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA, 1MG TABLETA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA, 2.5MG TABLETA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA, 5MG TABLETA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA)
ODEFSEY (TABLETA ORAL)	ORFADIN (20MG CÁPSULA ORAL)
ODOMZO (CÁPSULA ORAL)	ORFADIN (SUSPENSIÓN ORAL)
OFEV (CÁPSULA ORAL)	ORGOVYX (TABLETA ORAL)
<i>ofloxacin (solución oftálmica)</i>	
<i>ofloxacin (tableta oral)</i>	
<i>ofloxacin (solución ótica)</i>	
<i>olanzapine (10mg solución reconstituida para inyección intramuscular)</i>	
<i>olanzapine (10mg tableta oral, 15mg tableta</i>	

Medicamentos de marca = EN MAYÚSCULA Medicamentos genéricos = *en minúscula y cursiva*  
 Letra de color azul = Cubierto por MassHealth

ORKAMBI (PAQUETE ORAL)	INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)
ORKAMBI (TABLETA ORAL)	OZEMPIC (2MG/DOSIS) (8MG/3ML PLUMA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)
<i>oseltamivir phosphate (cápsula oral)</i>	<b>P</b>
<i>oseltamivir phosphate (suspensión oral reconstituida)</i>	<i>peg-3350-electrolytes (solución oral) (golytely genérico)</i>
OSPHENA (TABLETA ORAL)	<i>peg-3350-nacl-na bicarbonate-kcl (solución oral) (nulytely genérico)</i>
OTEZLA (TABLETA ORAL, PAQUETE DE TRATAMIENTO)	<i>pacerone (200mg tableta oral)</i>
OTEZLA (TABLETA ORAL)	<i>paliperidone er (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)</i>
<i>oxacillin sodium (solución reconstituida para inyección)</i>	PANRETIN (GEL PARA USO EXTERNO)
<i>oxacillin sodium (solución reconstituida para inyección intravenosa)</i>	<i>pantoprazole sodium (tableta oral de liberación retardada)</i>
OXACILLIN SODIUM IN DEXTROSE (SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN INTRAVENOSA)	PANZYGA (SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN INTRAVENOSA)
<i>oxandrolone (10mg tableta oral)</i>	<i>paricalcitol (cápsula oral)</i>
<i>oxandrolone (2.5mg tableta oral)</i>	<i>paromomycin sulfate (cápsula oral)</i>
<i>oxcarbazepine (150mg tableta oral, 300mg tableta oral, 600mg tableta oral)</i>	<i>paroxetine hcl (10mg tableta oral de liberación inmediata, 20mg tableta oral de liberación inmediata, 30mg tableta oral de liberación inmediata, 40mg tableta oral de liberación inmediata)</i>
<i>oxcarbazepine (300mg/5ml suspensión oral)</i>	<i>paroxetine hcl (10mg/5ml suspensión oral)</i>
<i>oxybutynin chloride (jarabe oral)</i>	<i>paser (paquete oral)</i>
<i>oxybutynin chloride (tableta oral de liberación inmediata)</i>	<i>ped multiple vitamins w/ fluoride (tableta masticable)</i>
<i>oxybutynin chloride er (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)</i>	<i>ped multiple vitamins w/ fluoride (tableta)</i>
<i>oxycodone hcl (100mg/5ml concentrado oral)</i>	<i>ped multiple vitamins w/ iron (tableta masticable)</i>
<i>oxycodone hcl (10mg tableta oral de liberación inmediata, 15mg tableta oral de liberación inmediata, 20mg tableta oral de liberación inmediata, 30mg tableta oral de liberación inmediata, 5mg tableta oral de liberación inmediata)</i>	<i>ped multiple vitamins w/ iron (tableta)</i>
<i>oxycodone hcl (5mg/5ml solución oral)</i>	<i>ped multiple vitamins w/ minerals (tableta masticable)</i>
<i>oxycodone-acetaminophen (10-325mg tableta oral, 2.5-325mg tableta oral, 5-325mg tableta oral, 7.5-325mg tableta oral)</i>	<i>ped multiple vitamins w/ minerals (tableta)</i>
<i>oyster shell calcium (tableta)</i>	PEDIARIX (JERINGA PRECARGADA CON SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)
OZEMPIC (0.25MG/DOSIS O 0.5MG/DOSIS) (2MG/1.5ML PLUMA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	<i>pediatric multiple vitamins (tableta masticable)</i>
OZEMPIC (1MG/DOSIS) (4MG/3ML PLUMA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA	<i>pediatric multiple vitamins (tableta)</i>
	<i>pediatric vitamins (tableta masticable)</i>
	<i>pediatric vitamins (tableta)</i>

PEDVAX HIB (SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	<i>phenytek (cápsula oral)</i>
PEGASYS (JERINGA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	<i>phenytoin (125mg/5ml suspensión oral)</i>
PEGASYS (SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	<i>phenytoin (tableta oral masticable)</i>
PEMAZYRE (TABLETA ORAL)	<i>phenytoin sodium extended (cápsula oral)</i>
<i>penicillamine (250mg cápsula oral)</i>	PHOSLYRA (SOLUCIÓN ORAL)
<i>penicillamine (250mg tableta oral)</i>	PIFELTRO (TABLETA ORAL)
<i>penicillin g potassium (20000000 unidades solución reconstituida para inyección)</i>	<i>pilocarpine hcl (solución oftálmica)</i>
<i>penicillin g procaine (suspensión para inyección intramuscular)</i>	<i>pilocarpine hcl (tableta oral)</i>
<i>penicillin g sodium (solución reconstituida para inyección)</i>	<i>pimecrolimus (crema para uso externo)</i>
<i>penicillin v potassium (solución oral reconstituida)</i>	<i>pimozide (tableta oral)</i>
<i>penicillin v potassium (tableta oral)</i>	<i>pimtrea (tableta oral)</i>
PENTACEL (SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	<i>pindolol (tableta oral)</i>
<i>pentamidine isethionate (solución reconstituida para inhalación)</i>	<i>pioglitazone hcl (tableta oral)</i>
<i>pentamidine isethionate (solución reconstituida para inyección)</i>	<i>pioglitazone hcl-glimepiride (tableta oral)</i>
PENTASA (250MG CÁPSULA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA)	<i>pioglitazone hcl-metformin hcl (tableta oral)</i>
<i>pentoxifylline er (tableta oral de liberación prolongada)</i>	<i>piperacillin-tazobactam (solución reconstituida para inyección intravenosa)</i>
PERFOROMIST (SOLUCIÓN PARA NEBULIZADOR PARA INHALACIÓN)	PIQRAY (200MG DOSIS DIARIA) (TABLETA ORAL, PAQUETE DE TRATAMIENTO)
<i>perindopril erbumine (tableta oral)</i>	PIQRAY (250MG DOSIS DIARIA) (TABLETA ORAL, PAQUETE DE TRATAMIENTO)
<i>periogard (solución bucal)</i>	PIQRAY (300MG DOSIS DIARIA) (TABLETA ORAL, PAQUETE DE TRATAMIENTO)
<i>permethrin (crema para uso externo)</i>	<i>pirfenidone (tableta oral)</i>
<i>perphenazine (tableta oral)</i>	<i>pirmella 1/35 (tableta oral)</i>
PERSERIS (JERINGA PRECARGADA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	<i>piroxicam (cápsula oral)</i>
<i>phenelzine sulfate (tableta oral)</i>	PLASMA-LYTE 148 (SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN INTRAVENOSA)
<i>phenobarbital (tónico oral)</i>	PLASMA-LYTE A (SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN INTRAVENOSA)
<i>phenobarbital (tableta oral)</i>	<i>plenamine (solución para inyección intravenosa)</i>
<i>phenoxybenzamine hcl (cápsula oral)</i>	<i>podofilox (solución para uso externo)</i>
	<i>polyethylene glycol (paquete)</i>
	<i>polyethylene glycol (polvo)</i>
	<i>polymyxin b sulfate (solución reconstituida para inyección)</i>
	<i>polymyxin b-trimethoprim (solución oftálmica)</i>
	POMALYST (CÁPSULA ORAL)
	<i>portia-28 (tableta oral)</i>

Medicamentos de marca = EN MAYÚSCULA Medicamentos genéricos = *en minúscula y cursiva*  
 Letra de color azul = Cubierto por MassHealth

<i>posaconazole (tableta oral de liberación retardada)</i>	PRED-G (SUSPENSIÓN OFTÁLMICA)
<i>potassium &amp; sodium phosphates (paquete)</i>	PRED-G S.O.P. (UNGÜENTO OFTÁLMICO)
<i>potassium (tableta)</i>	<i>prednicarbate (ungüento para uso externo)</i>
<i>potassium chloride (10meq/100ml solución para inyección intravenosa, 20meq/100ml solución para inyección intravenosa, 2meq/ml (30ml) solución para inyección intravenosa, 2meq/ml (20ml) solución para inyección intravenosa, 40meq/100ml solución para inyección intravenosa)</i>	<i>prednisolone (solución oral)</i>
<i>potassium chloride (20meq/15ml(10%) solución oral, 40meq/15ml(20%) solución oral)</i>	<i>prednisolone acetate (suspensión oftálmica)</i>
<i>potassium chloride (paquete oral)</i>	<i>prednisolone sodium phosphate (1% solución oftálmica)</i>
<i>potassium chloride cr (tableta oral de liberación prolongada)</i>	<i>prednisolone sodium phosphate (25mg/5ml solución oral, 6.7mg/5ml solución oral)</i>
<i>potassium chloride er (cápsula oral de liberación prolongada)</i>	<i>prednisone (10mg (21) tableta oral, paquete de tratamiento, 10mg (48) tableta oral, paquete de tratamiento, 5mg (21) tableta oral, paquete de tratamiento, 5mg (48) tableta oral, paquete de tratamiento)</i>
<i>potassium chloride er (tableta oral de liberación prolongada)</i>	<i>prednisone (10mg tableta oral, 1mg tableta oral, 2.5mg tableta oral, 20mg tableta oral, 50mg tableta oral, 5mg tableta oral)</i>
POTASSIUM CHLORIDE IN DEXTROSE (SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN INTRAVENOSA)	<i>prednisone (5mg/5ml solución oral)</i>
<i>potassium chloride in nacl (20-0.45meq/l-% solución para inyección intravenosa)</i>	<i>prednisone intensol (concentrado oral)</i>
POTASSIUM CHLORIDE IN NAACL (20-0.9MEQ/L-% SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN INTRAVENOSA, 40-0.9MEQ/L-% SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN INTRAVENOSA)	<i>pregabalin (cápsula oral)</i>
<i>potassium citrate er (tableta oral de liberación prolongada)</i>	<i>pregabalin (solución oral)</i>
<i>povidone-iodine (solución)</i>	PREMARIN (TABLETA ORAL)
<i>povidone-iodine (hisopo)</i>	PREMARIN (CREMA VAGINAL)
PRALUENT (AUTOINYECTABLE CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	<i>premasol (solución para inyección intravenosa)</i>
<i>pramipexole dihydrochloride (tableta oral de liberación inmediata)</i>	PREMPHASE (TABLETA ORAL)
<i>prasugrel hcl (tableta oral)</i>	PREMPRO (TABLETA ORAL)
<i>pravastatin sodium (tableta oral)</i>	<i>prenatal (27-1mg tableta oral)</i>
<i>praziquantel (tableta oral)</i>	<i>prenatal vitamins (cápsula)</i>
<i>prazosin hcl (cápsula oral)</i>	<i>prenatal vitamins (tableta)</i>
PREHEVBRIO (SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	<i>preorbatic (cápsula)</i>
PRED MILD (SUSPENSIÓN OFTÁLMICA)	<i>prevalite (paquete oral)</i>
	PREVYMIS (TABLETA ORAL)
	PREZCOBIX (TABLETA ORAL)
	PREZISTA (150MG TABLETA ORAL, 600MG TABLETA ORAL, 800MG TABLETA ORAL)
	PREZISTA (75MG TABLETA ORAL)
	PREZISTA (SUSPENSIÓN ORAL)
	PRIFTIN (TABLETA ORAL)
	<i>primadophilus (cápsula)</i>
	<i>primaquine phosphate (tableta oral)</i>
	<i>primidone (tableta oral)</i>



PRIVIGEN (20G/200ML SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN INTRAVENOSA)	PARA INYECCIÓN, 2000 UNIDADES/ML SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN, 3000 UNIDADES/ML SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN, 4000 UNIDADES/ML SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN)
PROAIR HFA (SOLUCIÓN EN AEROSOL PARA INHALACIÓN)	PROCRIT (20000 UNIDADES/ML SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN, 40000 UNIDADES/ML SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN)
PROAIR RESPICLICK (POLVO EN AEROSOL PARA INHALACIÓN ACTIVADO POR LA RESPIRACIÓN)	<i>procto-med hc (crema para uso externo)</i>
PROQUAD (SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	<i>procto-pak (crema para uso externo)</i>
<i>probenecid (tableta oral)</i>	<i>proctosol hc (crema para uso externo)</i>
<i>probenecid-colchicine (tableta oral)</i>	<i>proctozone-hc (crema para uso externo)</i>
<i>probiomax daily df (cápsula)</i>	PROCYSBI (PAQUETE ORAL)
<i>probiotic &amp; acidophilus formula extra strength (cápsula)</i>	<i>progesterone (cápsula oral)</i>
<i>probiotic (cápsula)</i>	PROGRAF (PAQUETE ORAL)
<i>probiotic + omega-3 (cápsula)</i>	PROLASTIN-C (SOLUCIÓN RECONSTITUIDA PARA INYECCIÓN INTRAVENOSA)
<i>probiotic acidophilus (cápsula)</i>	PROLENSA (SOLUCIÓN OFTÁLMICA)
<i>probiotic acidophilus beads (cápsula)</i>	PROLIA (JERINGA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)
<i>probiotic blend (cápsula)</i>	PROMACTA (PAQUETE ORAL)
<i>probiotic chewable childrens (tableta masticable)</i>	PROMACTA (TABLETA ORAL)
<i>probiotic chocolate bears childrens (tableta masticable)</i>	<i>promethazine hcl (jarabe oral)</i>
<i>probiotic colic drops (líquido)</i>	<i>promethazine hcl (tableta oral)</i>
<i>probiotic colon support (cápsula)</i>	<i>promethazine hcl (supositorio rectal)</i>
<i>probiotic complex/acidophilus (cápsula)</i>	<i>promethegan (25mg supositorio rectal)</i>
<i>probiotic daily (cápsula)</i>	<i>propafenone hcl (tableta oral)</i>
<i>probiotic gold extra strength (cápsula)</i>	<i>propafenone hcl er (cápsula oral de liberación prolongada 12 horas)</i>
<i>probiotic gummies (tableta masticable)</i>	<i>propranolol hcl (solución oral)</i>
<i>probiotic mature adult (cápsula)</i>	<i>propranolol hcl (tableta oral)</i>
<i>probiotic multi-enzyme (tableta)</i>	<i>propranolol hcl er (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas)</i>
<i>probiotic packets childrens (paquete)</i>	<i>propylthiouracil (tableta oral)</i>
<i>probiotic+turmeric extract (cápsula)</i>	PROSOL (SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN INTRAVENOSA)
<i>probiotic/prebiotic/cranberry (cápsula)</i>	<i>protriptyline hcl (tableta oral)</i>
PROCALAMINE (3% SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN INTRAVENOSA)	<i>pseudoephedrine hcl (cápsula)</i>
<i>prochlorperazine (supositorio rectal)</i>	<i>pseudoephedrine hcl (tableta de liberación</i>
<i>prochlorperazine maleate (tableta oral)</i>	
PROCRIT (10000 UNIDADES/ML SOLUCIÓN	

Medicamentos de marca = EN MAYÚSCULA Medicamentos genéricos = *en minúscula y cursiva*  
 Letra de color azul = Cubierto por MassHealth

<i>prolongada 12 horas</i>	<i>ra probiotic complex (cápsula)</i>
<i>pseudoephedrine hcl (tableta)</i>	<i>ra probiotic digestive support (cápsula)</i>
<i>psyllium (cápsula)</i>	<i>ra probiotic gummies (tableta masticable)</i>
<i>psyllium (paquete)</i>	<i>ra probiotic maximum strength (cápsula)</i>
<i>psyllium (polvo)</i>	RABAVERT (SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)
<i>psyllium w/ calcium (cápsula)</i>	<i>rabeprazole sodium (tableta oral de liberación retardada)</i>
PULMOZYME (SOLUCIÓN PARA INHALACIÓN)	<i>raloxifene hcl (tableta oral)</i>
PURIXAN (SUSPENSIÓN ORAL)	<i>ramelteon (tableta oral)</i>
<i>pyrantel pamoate (suspensión)</i>	<i>ramipril (cápsula oral)</i>
<i>pyrazinamide (tableta oral)</i>	<i>ranolazine er (tableta oral de liberación prolongada 12 horas)</i>
<i>pyrethrins-piperonyl butoxide (champú)</i>	<i>rasagiline mesylate (tableta oral)</i>
<i>pyridostigmine bromide (60mg tableta oral de liberación inmediata)</i>	RASUVO (AUTOINYECTABLE CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)
<i>pyridostigmine bromide (solución oral)</i>	RAYALDEE (CÁPSULA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA)
<i>pyridostigmine bromide er (tableta oral de liberación prolongada)</i>	REBIF (JERINGA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)
<i>pyridoxine hcl (tableta de liberación prolongada)</i>	REBIF REBIDOSE (AUTOINYECTABLE CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)
<i>pyridoxine hcl (tableta)</i>	REBIF REBIDOSE TITRATION PACK (AUTOINYECTABLE CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)
<i>pyrimethamine (tableta oral)</i>	REBIF TITRATION PACK (JERINGA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)
<b>Q</b>	<i>reclipsen (tableta oral)</i>
QINLOCK (TABLETA ORAL)	RECOMBIVAX HB (SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN)
<i>quad-probiotic (cápsula)</i>	RECTIV (UNGÜENTO RECTAL)
QUADRACEL (SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	REGRANEX (GEL PARA USO EXTERNO)
<i>quetiapine fumarate (tableta oral de liberación inmediata)</i>	RELENZA DISKHALER (POLVO EN AEROSOL PARA INHALACIÓN ACTIVADO POR LA RESPIRACIÓN)
<i>quetiapine fumarate er (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)</i>	RELISTOR (TABLETA ORAL)
<i>quinapril hcl (tableta oral)</i>	RELISTOR (SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)
<i>quinapril-hydrochlorothiazide (tableta oral)</i>	<i>repaglinide (tableta oral)</i>
<i>quinidine gluconate er (tableta oral de liberación prolongada)</i>	REPATHA (JERINGA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)
<i>quinidine sulfate (tableta oral)</i>	
<i>quinine sulfate (cápsula oral)</i>	
<b>R</b>	
RAVICTI (LÍQUIDO ORAL)	
<i>ra anticavity fluoride rinse (solución)</i>	
<i>ra digestive health (cápsula)</i>	
<i>ra eye allergy relief (solución)</i>	
<i>ra probiotic colon care (cápsula)</i>	

REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM (CARTUCHO CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	INTRAMUSCULAR, 50MG SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA DE LIBERACIÓN PROLONGADA PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)
REPATHA SURECLICK (AUTOINYECTABLE CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	<i>risperidone (0.25mg tableta oral, 0.5mg tableta oral, 1mg tableta oral, 2mg tableta oral, 3mg tableta oral, 4mg tableta oral)</i>
RESTASIS MULTIDOSE (EMULSIÓN OFTÁLMICA)	<i>risperidone (1mg/ml solución oral)</i>
RESTASIS SINGLE-USE VIALS (EMULSIÓN OFTÁLMICA)	<i>risperidone odt (0.25mg tableta oral dispersable, 0.5mg tableta oral dispersable, 1mg tableta oral dispersable, 2mg tableta oral dispersable, 3mg tableta oral dispersable, 4mg tableta oral dispersable)</i>
RETACRIT (SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN)	
RETEVMO (CÁPSULA ORAL)	<i>ritonavir (tableta oral)</i>
REVCIVI (SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	<i>rivastigmine (parche transdérmico 24 horas)</i>
REVLIMID (CÁPSULA ORAL)	<i>rivastigmine tartrate (cápsula oral)</i>
REXULTI (TABLETA ORAL)	<i>rivelsa (tableta oral)</i>
REYATAZ (PAQUETE ORAL)	<i>rizatriptan benzoate (tableta oral)</i>
RHOPRESSA (SOLUCIÓN OFTÁLMICA)	<i>rizatriptan benzoate odt (tableta oral dispersable)</i>
<i>ribavirin (tableta oral)</i>	ROCKLATAN (SOLUCIÓN OFTÁLMICA)
RIDAURA (CÁPSULA ORAL)	<i>ropinirole hcl (tableta oral de liberación inmediata)</i>
<i>rifabutin (cápsula oral)</i>	<i>rosuvastatin calcium (tableta oral)</i>
<i>rifampin (150mg cápsula oral, 300mg cápsula oral)</i>	ROTATEQ (SOLUCIÓN ORAL)
<i>rifampin (600mg solución reconstituida para inyección intravenosa)</i>	ROTARIX (SUSPENSIÓN ORAL RECONSTITUIDA)
<i>riluzole (tableta oral)</i>	<i>roweepra (tableta oral de liberación inmediata)</i>
<i>rimantadine hcl (tableta oral)</i>	ROZLYTREK (CÁPSULA ORAL)
RINVOQ (TABLETA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS)	RUBRACA (TABLETA ORAL)
<i>risedronate sodium (tableta oral de liberación inmediata)</i>	RUCONEST (SOLUCIÓN RECONSTITUIDA PARA INYECCIÓN INTRAVENOSA)
RISPERDAL CONSTA (12.5MG SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA DE LIBERACIÓN PROLONGADA PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR, 25MG SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA DE LIBERACIÓN PROLONGADA PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	<i>rufinamide (200mg tableta oral)</i>
RISPERDAL CONSTA (37.5MG SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA DE LIBERACIÓN PROLONGADA PARA INYECCIÓN	<i>rufinamide (400mg tableta oral)</i>
	<i>rufinamide (suspensión oral)</i>
	RUKOBIA (TABLETA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA 12 HORAS)
	RYBELSUS (TABLETA ORAL)
	RYDAPT (CÁPSULA ORAL)
	RYTARY (CÁPSULA ORAL DE LIBERACIÓN

Medicamentos de marca = EN MAYÚSCULA Medicamentos genéricos = *en minúscula y cursiva*  
 Letra de color azul = Cubierto por MassHealth

PROLONGADA)	<i>genérico)</i>
<b>S</b>	<i>sharobel (tableta oral)</i>
<i>sps (suspensión oral)</i>	SHINGRIX (SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)
SSD (CREMA PARA USO EXTERNO)	SIGNIFOR (SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)
<i>saccharomyces boulardii (cápsula)</i>	<i>sildenafil citrate (20mg tableta oral) (revatio genérico)</i>
<i>sajazir (solución para inyección subcutánea)</i>	<i>silodosin (cápsula oral)</i>
SANCUSO (PARCHE TRANSDÉRMICO)	<i>silver sulfadiazine (crema para uso externo)</i>
SANDIMMUNE (SOLUCIÓN ORAL)	SIMBRINZA (SUSPENSIÓN OFTÁLMICA)
SANTYL (UNGÜENTO PARA USO EXTERNO)	<i>simethicone (cápsula)</i>
<i>sapropterin dihydrochloride (paquete oral)</i>	<i>simethicone (suspensión)</i>
<i>sapropterin dihydrochloride (tableta oral)</i>	<i>simethicone (tableta masticable)</i>
SAVELLA (TABLETA ORAL)	SIMPONI (AUTOINYECTABLE CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)
SAVELLA TITRATION PACK (TABLETA ORAL)	SIMPONI (JERINGA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)
SCEMBLIX (TABLETA ORAL)	<i>simvastatin (tableta oral)</i>
<i>scopolamine (parche transdérmico 72 horas)</i>	<i>sirolimus (solución oral)</i>
<i>sd probiotic-10 complex ultra (cápsula)</i>	<i>sirolimus (tableta oral)</i>
SECUADO (PARCHE TRANSDÉRMICO 24 HORAS)	SIRTURO (TABLETA ORAL)
<i>selegiline hcl (cápsula oral)</i>	SKYRIZI (150MG DOSIS) (KIT DE JERINGA PRECARGADA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)
<i>selegiline hcl (tableta oral)</i>	SKYRIZI (JERINGA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)
<i>selenium sulfide (loción para uso externo)</i>	SKYRIZI PEN (AUTOINYECTABLE CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)
<i>selenium sulfide (loción)</i>	<i>sm 4x probiotic (tableta)</i>
SELZENTRY (25MG TABLETA ORAL)	<i>sm acidophilus (cápsula)</i>
SELZENTRY (75MG TABLETA ORAL)	<i>sm acidophilus pearls (cápsula)</i>
SELZENTRY (SOLUCIÓN ORAL)	<i>sm anticavity fluoride rinse (solución)</i>
<i>sennosides (cápsula)</i>	<i>sm probiotic (cápsula)</i>
<i>sennosides (líquido)</i>	<i>sodium bicarbonate (polvo)</i>
<i>sennosides (jarabe)</i>	<i>sodium bicarbonate (tableta)</i>
<i>sennosides (tableta masticable)</i>	<i>sodium chloride (0.45% solución para inyección intravenosa)</i>
<i>sennosides (tableta)</i>	<i>sodium chloride (0.9% solución para inyección intravenosa, 3% solución para inyección intravenosa)</i>
SEREVENT DISKUS (POLVO EN AEROSOL PARA INHALACIÓN ACTIVADO POR LA RESPIRACIÓN)	
SEROSTIM (SOLUCIÓN RECONSTITUIDA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	
<i>sertraline hcl (concentrado oral)</i>	
<i>sertraline hcl (tableta oral)</i>	
<i>setlakin (tableta oral)</i>	
<i>sevelamer carbonate (paquete oral)</i>	
<i>sevelamer carbonate (tableta oral) (renvela</i>	

SODIUM CHLORIDE (5% SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN INTRAVENOSA)	SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)
<i>sodium chloride (solución en aerosol)</i>	STELARA (SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)
SODIUM CHLORIDE (SOLUCIÓN PARA IRRIGACIÓN)	STIOLTO RESPIMAT (SOLUCIÓN EN AEROSOL PARA INHALACIÓN)
<i>sodium chloride (tableta)</i>	STIVARGA (TABLETA ORAL)
<i>sodium fluoride (tableta oral)</i>	<i>streptomycin sulfate (solución reconstituida para inyección intramuscular)</i>
<i>sodium phenylbutyrate (polvo oral)</i>	STRIBILD (TABLETA ORAL)
<i>sodium phenylbutyrate (tableta oral)</i>	SUBOXONE (PELÍCULA SUBLINGUAL)
<i>sodium phosphates (enema)</i>	SUCRAID (SOLUCIÓN ORAL)
<i>sodium polystyrene sulfonate (polvo oral)</i>	<i>sucralfate (suspensión oral)</i>
<i>sofosbuvir-velpatasvir (tableta oral)</i>	<i>sucralfate (tableta oral)</i>
<i>solifenacin succinate (tableta oral)</i>	<i>sulfacetamide sodium (ungüento oftálmico)</i>
SOLQUA (PLUMA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	<i>sulfacetamide sodium (solución oftálmica)</i>
SOLTAMOX (SOLUCIÓN ORAL)	<i>sulfacetamide-prednisolone (solución oftálmica)</i>
<i>soluble fiber/probiotics (tableta masticable)</i>	<i>sulfadiazine (tableta oral)</i>
SOMAVERT (SOLUCIÓN RECONSTITUIDA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim (suspensión oral)</i>
<i>sorafenib tosylate (tableta oral)</i>	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim (tableta oral)</i>
<i>sorine (tableta oral)</i>	SULFAMYLON (CREMA PARA USO EXTERNO)
<i>sotalol hcl (tableta oral)</i>	<i>sulfasalazine (tableta oral de liberación retardada)</i>
<i>sotalol hcl af (tableta oral)</i>	<i>sulfasalazine (tableta oral de liberación inmediata)</i>
SOVALDI (400MG TABLETA ORAL)	<i>sulindac (tableta oral)</i>
SOVALDI (PAQUETE ORAL)	<i>sumatriptan (solución nasal)</i>
<b>SPACER/AEROSOL-HOLDING CHAMBERS (DISPOSITIVO)</b>	<i>sumatriptan succinate (100mg tableta oral, 25mg tableta oral, 50mg tableta oral)</i>
SPIRIVA HANDIHALER (CÁPSULA PARA INHALACIÓN)	<i>sumatriptan succinate (4mg/0.5ml autoinyectable con solución para inyección subcutánea, 6mg/0.5ml autoinyectable con solución para inyección subcutánea)</i>
SPIRIVA RESPIMAT (SOLUCIÓN EN AEROSOL PARA INHALACIÓN)	<i>sumatriptan succinate (6mg/0.5ml solución para inyección subcutánea)</i>
<i>spironolactone (tableta oral)</i>	<i>sunitinib malate (cápsula oral)</i>
<i>spironolactone-hctz (tableta oral)</i>	<i>super probiotic (cápsula)</i>
<i>sprintec 28 (tableta oral)</i>	<i>super probiotic digestive support (cápsula)</i>
SPRITAM ODT (TABLETA ORAL SOLUBLE DE DISOLUCIÓN INMEDIATA)	SUPRAX (500MG/5ML SUSPENSIÓN ORAL RECONSTITUIDA)
SPRYCEL (TABLETA ORAL)	
<i>sronyx (tableta oral)</i>	
STELARA (JERINGA PRECARGADA CON	

Medicamentos de marca = EN MAYÚSCULA Medicamentos genéricos = *en minúscula y cursiva*  
 Letra de color azul = Cubierto por MassHealth

<i>suprax (tableta oral masticable)</i>	<i>intravenosa, 6g solución reconstituida para inyección intravenosa)</i>
SUPREP BOWEL PREP KIT (SOLUCIÓN ORAL)	<i>tazicef (solución reconstituida para inyección)</i>
<i>syeda (tableta oral)</i>	<i>taztia xt (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas)</i>
SYMBICORT (AEROSOL PARA INHALACIÓN)	TAZVERIK (TABLETA ORAL)
SYMLINPEN 120 (PLUMA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	TEFLARO (SOLUCIÓN RECONSTITUIDA PARA INYECCIÓN INTRAVENOSA)
SYMLINPEN 60 (PLUMA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	TEGSEDI (JERINGA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)
SYMPAZAN (PELÍCULA ORAL)	<i>telmisartan (tableta oral)</i>
SYMTUZA (TABLETA ORAL)	<i>telmisartan-amlodipine (tableta oral)</i>
SYNAREL (SOLUCIÓN NASAL)	<i>telmisartan-hctz (tableta oral)</i>
SYNJARDY (TABLETA ORAL DE LIBERACIÓN INMEDIATA)	<i>temazepam (15mg cápsula oral, 30mg cápsula oral)</i>
SYNJARDY XR (TABLETA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS)	TENIVAC (INYECTABLE PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)
SYNRIBO (SOLUCIÓN RECONSTITUIDA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	<i>tenofovir disoproxil fumarate (tableta oral)</i>
SYNTHROID (TABLETA ORAL)	TEPMETKO (TABLETA ORAL)
<b>T</b>	<i>terazosin hcl (cápsula oral)</i>
TDVAX (SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	<i>terbinafine hcl (tableta oral)</i>
TOBI PODHALER (CÁPSULA PARA INHALACIÓN)	<i>terconazole (crema vaginal)</i>
TPN ELECTROLYTES (CONCENTRADO PARA INYECCIÓN INTRAVENOSA)	<i>terconazole (supositorio vaginal)</i>
TABLOID (TABLETA ORAL)	TERIPARATIDE (RECOMBINANTE) (PLUMA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)
TABRECTA (TABLETA ORAL)	<i>testosterone (20.25mg/1.25g 1.62% gel transdérmico, 40.5mg/2.5g 1.62% gel transdérmico), testosterone pump (1.62% gel transdérmico)</i>
<i>tacrolimus (ungüento para uso externo)</i>	<i>testosterone (25mg/2.5g 1% gel transdérmico, 50mg/5g 1% gel transdérmico), testosterone pump (1% gel transdérmico)</i>
<i>tacrolimus (cápsula oral)</i>	<i>testosterone cypionate (solución para inyección intramuscular)</i>
<i>adalafil (hipertensión arterial pulmonar, pah) (20mg tableta oral) (adcirca genérico)</i>	<i>testosterone enanthate (solución para inyección intramuscular)</i>
TAFINLAR (CÁPSULA ORAL)	<i>tetrabenazine (12.5mg tableta oral)</i>
TAGRISSO (TABLETA ORAL)	<i>tetrabenazine (25mg tableta oral)</i>
TALZENNA (CÁPSULA ORAL)	<i>tetracycline hcl (cápsula oral)</i>
<i>tamoxifen citrate (tableta oral)</i>	<i>tgt eye allergy relief (solución)</i>
<i>tamsulosin hcl (cápsula oral)</i>	THALOMID (CÁPSULA ORAL)
<i>tarina 24 fe (tableta oral)</i>	
<i>tarina fe 1/20 eq (tableta oral)</i>	
TASIGNA (CÁPSULA ORAL)	
<i>tazarotene (crema para uso externo)</i>	
<i>tazicef (2g solución reconstituida para inyección</i>	

<i>theophylline (solución oral)</i>	<i>tolnaftate (polvo en aerosol)</i>
<i>theophylline er (tableta oral de liberación prolongada 12 horas)</i>	<i>tolnaftate (crema)</i>
<i>theophylline er (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)</i>	<i>tolnaftate (solución)</i>
<i>thioridazine hcl (tableta oral)</i>	<i>tolterodine tartrate (tableta oral)</i>
<i>thiothixene (cápsula oral)</i>	<i>tolterodine tartrate er (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas)</i>
<i>tiadylt er (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas)</i>	<i>topiramate (cápsula oral con microgránulos dispersables de liberación inmediata)</i>
<i>tiagabine hcl (tableta oral)</i>	<i>topiramate (tableta oral)</i>
TIBSOVO (TABLETA ORAL)	<i>toremifene citrate (tableta oral)</i>
TICOVAC (2.4MCG/0.5ML JERINGA PRECARGADA CON SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	<i>torse mide (tableta oral)</i>
<i>tigecycline (solución reconstituida para inyección intravenosa)</i>	TOUJEO MAX SOLOSTAR (PLUMA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)
<i>tilia fe (tableta oral)</i>	TOUJEO SOLOSTAR (PLUMA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)
<i>timolol maleate (solución oftálmica) (timoptic genérico)</i>	TRACLEER (TABLETA ORAL SOLUBLE)
<i>timolol maleate (tableta oral)</i>	TRADJENTA (TABLETA ORAL)
<i>timolol maleate ophthalmic gel forming (solución oftálmica) (timoptic-xe genérico)</i>	<i>tramadol hcl (50mg tableta oral de liberación inmediata)</i>
<i>tinidazole (tableta oral)</i>	<i>tramadol hcl er (bifásico) (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)</i>
TIVICAY (10MG TABLETA ORAL, 25MG TABLETA ORAL)	<i>tramadol hcl er (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)</i>
TIVICAY (50MG TABLETA ORAL)	<i>tramadol-acetaminophen (tableta oral)</i>
TIVICAY PD (TABLETA ORAL SOLUBLE)	<i>trandolapril (tableta oral)</i>
<i>tizanidine hcl (tableta oral)</i>	<i>trandolapril-verapamil hcl er (tableta oral de liberación prolongada)</i>
TOBRADEX (UNGÜENTO OFTÁLMICO)	<i>tranexamic acid (tableta oral)</i>
TOBRADEX ST (SUSPENSIÓN OFTÁLMICA)	<i>tranylcypramine sulfate (tableta oral)</i>
<i>tobramycin (solución para nebulizador para inhalación)</i>	TRAVASOL (SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN INTRAVENOSA)
<i>tobramycin (solución oftálmica)</i>	<i>travoprost (bak free) (solución oftálmica)</i>
<i>tobramycin sulfate (10mg/ml solución para inyección, 80mg/2ml solución para inyección)</i>	<i>trazodone hcl (100mg tableta oral, 150mg tableta oral, 50mg tableta oral)</i>
<i>tobramycin-dexamethasone (suspensión oftálmica)</i>	<i>trazodone hcl (300mg tableta oral)</i>
TOBEX (UNGÜENTO OFTÁLMICO)	TRECTOR (TABLETA ORAL)
<i>tolcapone (tableta oral)</i>	TRELEGY ELLIPTA (POLVO EN AEROSOL PARA INHALACIÓN ACTIVADO POR LA

Medicamentos de marca = EN MAYÚSCULA Medicamentos genéricos = *en minúscula y cursiva*  
 Letra de color azul = Cubierto por MassHealth

RESPIRACIÓN)	<i>trihexyphenidyl hcl (tableta oral)</i>
TRELSTAR MIXJECT (SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	TRIJARDY XR (TABLETA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS)
TRESIBA (SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	<i>trimethoprim (tableta oral)</i>
TRESIBA FLEXTOUCH (PLUMA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	<i>trimipramine maleate (cápsula oral)</i>
<i>tretinoin (0.01% gel para uso externo, 0.025% gel para uso externo)</i>	TRINTELLIX (TABLETA ORAL)
<i>tretinoin (crema para uso externo)</i>	<i>triple probiotic (tableta)</i>
<i>tretinoin (cápsula oral)</i>	TRIUMEQ (TABLETA ORAL)
<i>tretinoin microsphere (gel para uso externo)</i>	TRIUMEQ PD (TABLETA ORAL SOLUBLE)
<i>trexall (tableta oral)</i>	<i>trivora (28) (tableta oral)</i>
<i>tri-estarylla (tableta oral)</i>	TRIZIVIR (TABLETA ORAL)
<i>tri-legest fe (tableta oral)</i>	TROPHAMINE (SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN INTRAVENOSA)
<i>tri-lo-estarylla (tableta oral)</i>	<i>trospium chloride (tableta oral)</i>
<i>tri-lo-sprintec (tableta oral)</i>	TRULANCE (TABLETA ORAL)
<i>tri-mili (tableta oral)</i>	TRULICITY (PLUMA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)
<i>tri-nymyo (tableta oral)</i>	TRUMENBA (JERINGA PRECARGADA CON SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)
<i>tri-sprintec (tableta oral)</i>	TRUSELTIQ (100MG DOSIS DIARIA) (CÁPSULA ORAL, PAQUETE DE TRATAMIENTO)
<i>tri-vylibra (tableta oral)</i>	TRUSELTIQ (125MG DOSIS DIARIA) (CÁPSULA ORAL, PAQUETE DE TRATAMIENTO)
<i>tri-vylibra lo (tableta oral)</i>	TRUSELTIQ (50MG DOSIS DIARIA) (CÁPSULA ORAL, PAQUETE DE TRATAMIENTO)
<i>triamcinolone acetone (0.025% ungüento para uso externo, 0.1% ungüento para uso externo, 0.5% ungüento para uso externo)</i>	TRUSELTIQ (75MG DOSIS DIARIA) (CÁPSULA ORAL, PAQUETE DE TRATAMIENTO)
<i>triamcinolone acetone (aerosol)</i>	TUKYSA (TABLETA ORAL)
<i>triamcinolone acetone (pasta dental)</i>	TURALIO (CÁPSULA ORAL)
<i>triamcinolone acetone (crema para uso externo)</i>	TWINRIX (JERINGA PRECARGADA CON SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)
<i>triamcinolone acetone (loción para uso externo)</i>	TYBOST (TABLETA ORAL)
<i>triamterene (cápsula oral)</i>	TYMLOS (PLUMA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)
<i>triamterene-hctz (cápsula oral)</i>	TYPHIM VI (JERINGA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)
<i>triamterene-hctz (tableta oral)</i>	TYPHIM VI (SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)
<i>triderm (crema para uso externo)</i>	
<i>trientine hcl (cápsula oral)</i>	
<i>trifluoperazine hcl (tableta oral)</i>	
<i>trifluridine (solución oftálmica)</i>	
<i>trihexyphenidyl hcl (solución oral)</i>	



<b>U</b>	
<i>ultimate probiotic formula (cápsula)</i>	VEMLIDY (TABLETA ORAL)
UNITHROID (TABLETA ORAL)	VENCLEXTA (100MG TABLETA ORAL, 50MG TABLETA ORAL)
<i>ursodiol (300mg cápsula oral)</i>	VENCLEXTA (10MG TABLETA ORAL)
<i>ursodiol (tableta oral)</i>	VENCLEXTA STARTING PACK (TABLETA ORAL, PAQUETE DE TRATAMIENTO)
<b>V</b>	
VAQTA (SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	<i>venlafaxine hcl (tableta oral de liberación inmediata)</i>
<i>valacyclovir hcl (tableta oral)</i>	<i>venlafaxine hcl er (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas)</i>
VALCHLOR (GEL PARA USO EXTERNO)	VENTAVIS (SOLUCIÓN PARA INHALACIÓN)
<i>valganciclovir hcl (450mg tableta oral)</i>	<i>verapamil hcl (tableta oral de liberación inmediata)</i>
<i>valganciclovir hcl (50mg/ml solución oral reconstituida)</i>	VERAPAMIL HCL ER (100MG CÁPSULA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS, 200MG CÁPSULA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS, 300MG CÁPSULA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS, 360MG CÁPSULA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS)
<i>valproic acid (cápsula oral)</i>	<i>verapamil hcl er (120mg cápsula oral de liberación prolongada 24 horas, 180mg cápsula oral de liberación prolongada 24 horas, 240mg cápsula oral de liberación prolongada 24 horas)</i>
<i>valproic acid (solución oral)</i>	<i>verapamil hcl er (tableta oral de liberación prolongada)</i>
<i>valsartan (tableta oral)</i>	VERSACLOZ (SUSPENSIÓN ORAL)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide (tableta oral)</i>	VERZENIO (TABLETA ORAL)
VALTOCO 10MG DOSE (LÍQUIDO NASAL)	<i>vestura (tableta oral)</i>
VALTOCO 15MG DOSE (LÍQUIDO NASAL, PAQUETE DE TRATAMIENTO)	VIBRAMYCIN (50MG/5ML JARABE ORAL)
VALTOCO 20MG DOSE (LÍQUIDO NASAL, PAQUETE DE TRATAMIENTO)	VICTOZA (PLUMA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)
VALTOCO 5MG DOSE (LÍQUIDO NASAL)	<i>vienna (tableta oral)</i>
<i>vancomycin hcl (10g solución reconstituida para inyección intravenosa, 1g solución reconstituida para inyección intravenosa, 500mg solución reconstituida para inyección intravenosa, 750mg solución reconstituida para inyección intravenosa)</i>	<i>vigabatrin (paquete oral)</i>
<i>vancomycin hcl (cápsula oral)</i>	<i>vigabatrin (tableta oral)</i>
VANDAZOLE (GEL VAGINAL)	<i>vigadrone (paquete oral)</i>
<i>varenicline tartrate (tableta oral, paquete)</i>	VIIBRYD (TABLETA ORAL)
<i>varenicline tartrate (tableta oral)</i>	VIIBRYD STARTER PACK (KIT ORAL)
VARIVAX (INYECCIONABLE PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	<i>vilazodone hcl (tableta oral)</i>
VASCEPA (CÁPSULA ORAL)	VIMPAT (SOLUCIÓN ORAL)
<i>velivet (tableta oral)</i>	
VELPHORO (TABLETA ORAL MASTICABLE)	
VELTASSA (PAQUETE ORAL)	

Medicamentos de marca = EN MAYÚSCULA Medicamentos genéricos = *en minúscula y cursiva*  
 Letra de color azul = Cubierto por MassHealth

VIMPAT (TABLETA ORAL)	<i>voriconazole (tableta oral)</i>
VIRACEPT (TABLETA ORAL)	VOSEVI (TABLETA ORAL)
VIREAD (150MG TABLETA ORAL, 200MG TABLETA ORAL, 250MG TABLETA ORAL)	VOTRIENT (TABLETA ORAL)
VIREAD (POLVO ORAL)	VRAYLAR (1.5MG CÁPSULA ORAL, 3MG CÁPSULA ORAL, 4.5MG CÁPSULA ORAL, 6MG CÁPSULA ORAL)
<i>vitamin a &amp; d (ungüento)</i>	VRAYLAR (CÁPSULA ORAL, PAQUETE DE TRATAMIENTO)
<i>vitamin a (cápsula)</i>	VUMERITY (CÁPSULA ORAL DE LIBERACIÓN RETARDADA) (FRASCO CON DOSIS DE MANTENIMIENTO)
<i>vitamin a (tableta)</i>	<i>vylibra (tableta oral)</i>
<i>vitamin b-1 (tableta)</i>	<i>vyfemla (tableta oral)</i>
<i>vitamin b-12 (cápsula)</i>	VYNDAMAX (CÁPSULA ORAL)
<i>vitamin b-12 (líquido)</i>	VYNDAQEL (CÁPSULA ORAL)
<i>vitamin b-12 (tableta de liberación retardada)</i>	VYVANSE (CÁPSULA ORAL)
<i>vitamin b-12 (tableta de liberación prolongada)</i>	VYVANSE (TABLETA ORAL MASTICABLE)
<i>vitamin b-12 (tableta)</i>	VYZULTA (SOLUCIÓN OFTÁLMICA)
<i>vitamin b-2 (tableta)</i>	<b>W</b>
<i>vitamin c (cápsula er)</i>	<i>wymzya fe (tableta oral masticable)</i>
<i>vitamin c (pastilla para chupar)</i>	<i>warfarin sodium (tableta oral)</i>
<i>vitamin c (tableta masticable)</i>	WELIREG (TABLETA ORAL)
<i>vitamin c (tableta de liberación prolongada)</i>	<i>wheat dextrin (polvo)</i>
<i>vitamin c (tableta)</i>	<i>wheat dextrin-calcium (cápsula)</i>
<i>vitamin d2 (cápsula)</i>	<i>white petrolatum (gel)</i>
<i>vitamin d2 (solución)</i>	<i>witch hazel (líquido)</i>
<i>vitamin d2 (tableta)</i>	<i>witch hazel (apósito)</i>
<i>vitamin d3 (cápsula)</i>	<i>wixela inhub (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración) (advair genérico)</i>
<i>vitamin d3 (líquido)</i>	<i>womens 50 billion (cápsula)</i>
<i>vitamin d3 (tableta masticable)</i>	<b>X</b>
<i>vitamin d3 (tableta)</i>	XALKORI (CÁPSULA ORAL)
<i>vitamin e (cápsula)</i>	XARELTO (TABLETA ORAL)
<i>vitamin e (tableta masticable)</i>	XARELTO STARTER PACK (TABLETA ORAL, PAQUETE DE TRATAMIENTO)
<i>vitamin e (tableta)</i>	XATMEP (SOLUCIÓN ORAL)
VITRAKVI (CÁPSULA ORAL)	XCOPRI (100MG TABLETA ORAL, 150MG TABLETA ORAL, 200MG TABLETA ORAL, 50MG TABLETA ORAL)
VITRAKVI (SOLUCIÓN ORAL)	XCOPRI (14X12.5MG Y 14X25MG TABLETA ORAL, PAQUETE DE TRATAMIENTO)
VIVITROL (SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	
VIZIMPRO (TABLETA ORAL)	
VONJO (CÁPSULA ORAL)	
<i>voriconazole (solución reconstituida para inyección intravenosa)</i>	
<i>voriconazole (suspensión oral reconstituida)</i>	

XCOPRI (14X150MG Y 14X200MG TABLETA ORAL, PAQUETE DE TRATAMIENTO, 14X50MG Y 14X100MG TABLETA ORAL, PAQUETE DE TRATAMIENTO)	(TABLETA ORAL, PAQUETE DE TRATAMIENTO)
XCOPRI (250MG DOSIS DIARIA) (100MG Y 150MG TABLETA ORAL, PAQUETE DE TRATAMIENTO)	XPOVIO (60MG DOS VECES POR SEMANA) (TABLETA ORAL, PAQUETE DE TRATAMIENTO)
XCOPRI (350MG DOSIS DIARIA) (150MG Y 200MG TABLETA ORAL, PAQUETE DE TRATAMIENTO)	XPOVIO (80MG UNA VEZ POR SEMANA) (TABLETA ORAL, PAQUETE DE TRATAMIENTO)
XELJANZ (SOLUCIÓN ORAL)	XPOVIO (80MG DOS VECES POR SEMANA) (TABLETA ORAL, PAQUETE DE TRATAMIENTO)
XELJANZ (TABLETA ORAL DE LIBERACIÓN INMEDIATA)	XTAMPZA ER (CÁPSULA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA 12 HORAS, DISUASIVO DEL ABUSO DE SUSTANCIAS)
XELJANZ XR (TABLETA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS)	XTANDI (CÁPSULA ORAL)
XERMELO (TABLETA ORAL)	XTANDI (TABLETA ORAL)
XGEVA (SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	<i>xulane (parche transdérmico semanal)</i>
XIFAXAN (TABLETA ORAL)	XYREM (SOLUCIÓN ORAL)
XIGDUO XR (TABLETA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS)	<b>Y</b>
XIIDRA (SOLUCIÓN OFTÁLMICA)	YF-VAX (INYECTABLE PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)
XOFLUZA (40MG DOSIS) (1 X 40MG TABLETA ORAL, PAQUETE DE TRATAMIENTO)	<i>yuvafem (tableta vaginal)</i>
XOFLUZA (80MG DOSIS) (1 X 80MG TABLETA ORAL, PAQUETE DE TRATAMIENTO)	<b>Z</b>
XOLAIR (JERINGA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	<i>zafemy (parche transdérmico semanal)</i>
XOLAIR (SOLUCIÓN RECONSTITUIDA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	<i>zafirlukast (tableta oral)</i>
XOSPATA (TABLETA ORAL)	<i>zaleplon (cápsula oral)</i>
XPOVIO (100MG UNA VEZ POR SEMANA) (TABLETA ORAL, PAQUETE DE TRATAMIENTO)	ZARXIO (JERINGA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN)
XPOVIO (40MG UNA VEZ POR SEMANA) (TABLETA ORAL, PAQUETE DE TRATAMIENTO)	ZEJULA (CÁPSULA ORAL)
XPOVIO (40MG DOS VECES POR SEMANA) (TABLETA ORAL, PAQUETE DE TRATAMIENTO)	ZELAPAR ODT (TABLETA ORAL DISPERSABLE)
XPOVIO (60MG UNA VEZ POR SEMANA)	ZELBORAF (TABLETA ORAL)
	ZEMAIRA (SOLUCIÓN RECONSTITUIDA PARA INYECCIÓN INTRAVENOSA)
	<i>zenatane (cápsula oral)</i>
	ZENPEP (CÁPSULA ORAL CON PARTÍCULAS DE LIBERACIÓN RETARDADA)
	ZERBAXA (SOLUCIÓN RECONSTITUIDA PARA INYECCIÓN INTRAVENOSA)
	<i>zidovudine (cápsula oral)</i>

Medicamentos de marca = EN MAYÚSCULA Medicamentos genéricos = *en minúscula y cursiva*  
 Letra de color azul = Cubierto por MassHealth

<i>zidovudine (jarabe oral)</i>	<i>zolpidem tartrate (tableta oral de liberación inmediata)</i>
<i>zidovudine (tableta oral)</i>	<i>zonisamide (cápsula oral)</i>
ZIEXTENZO (JERINGA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	ZORBTIVE (SOLUCIÓN RECONSTITUIDA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)
<i>zileuton er (tableta oral de liberación prolongada 12 horas)</i>	<i>zovia 1/35 (28) (tableta oral)</i>
<i>zinc oxide (ungüento)</i>	ZYDELIG (TABLETA ORAL)
<i>zinc oxide (pasta)</i>	ZYFLO (TABLETA ORAL DE LIBERACIÓN INMEDIATA)
<i>ziprasidone hcl (cápsula oral)</i>	ZYKADIA (TABLETA ORAL)
<i>ziprasidone mesylate (solución reconstituida para inyección intramuscular)</i>	ZYPREXA RELPREVV (210MG SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)
ZIRGAN (GEL OFTÁLMICO)	
ZOLINZA (CÁPSULA ORAL)	

# Medicamentos Alternativos Cubiertos

La Lista de Medicamentos de su plan incluye muchos tipos de medicamentos diferentes, pero no incluye todos los medicamentos. Por lo general, los medicamentos que no están cubiertos por su plan se pueden reemplazar por medicamentos alternativos. Esta es una lista **parcial** de los medicamentos alternativos que usted puede usar en lugar de algunos de los medicamentos que no están cubiertos por su plan.

Hable con su proveedor o farmacéutico para saber si los medicamentos alternativos de esta lista son apropiados para usted.

Medicamentos que no están cubiertos por el plan	Medicamentos alternativos cubiertos
<b>Amitiza</b>	<b>Linzess</b> Lubiprostone <b>Movantik</b> <b>Motegrity</b> <b>Relistor</b> <b>Trulance</b>
<b>Basaglar</b>	<b>Lantus</b> <b>Levemir</b> <b>Toujeo</b> <b>Tresiba</b>
<b>Bystolic</b>	Atenolol tableta Bisoprolol Fumarate Metoprolol tableta Carvedilol tableta
<b>Cialis y Tadalafil 2.5mg y 5mg (BPH Solamente)</b>	Alfuzosin de liberación prolongada Doxazosin Tamsulosin
<b>Cyclosporine Oftálmica</b>	<b>Restasis</b>
Metformin HCL de liberación prolongada (osmótico)	Metformin de liberación prolongada ( <b>Glucophage XR</b> genérico)
<b>Novolin</b>	<b>Humulin</b>
<b>Novolog</b>	<b>Humalog</b> <b>Insulin Lispro</b> <b>Lyumjev</b>
<b>Nucynta ER</b>	<b>Xtampza XR</b> Morphine Sulfate ER 15mg, 30mg, 60mg, 100mg tabletas
<b>OxyContin</b>	<b>Xtampza XR</b> Morphine Sulfate ER 15mg, 30mg, 60mg, 100mg tabletas
<b>Pradaxa</b>	<b>Eliquis</b> <b>Xarelto</b>

Medicamentos que no están cubiertos por el plan	Medicamentos alternativos cubiertos
<b>Proventil HFA</b>	Albuterol HFA ( <b>Proair/Proventil HFA</b> genérico) <b>Proair HFA</b> <b>Proair Respiclick</b>
<b>Qvar Redihaler</b>	<b>Arnuity</b> <b>Flovent</b>
Venlafaxine HCL tableta de liberación prolongada	Venlafaxine HCL cápsula de liberación prolongada
<b>Ventolin HFA</b>	Albuterol HFA ( <b>Proair/Proventil HFA</b> genérico) <b>Proair HFA</b> <b>Proair Respiclick</b>
Zolpidem Tartrate de liberación prolongada	Trazodone 50mg, 100mg, 150mg tableta Zolpidem de liberación inmediata <b>Belsomra</b>

**Letra remarcada = Medicamento de marca**    Letra normal = Medicamento genérico



Nota: Los medicamentos alternativos son solamente sugerencias y pueden o no ser apropiados, según la enfermedad específica en tratamiento. La información es exacta al 1 de agosto de 2022 y puede estar sujeta a cambios. Consulte los detalles sobre la cobertura de medicamentos en la lista de medicamentos.

La lista de medicamentos puede cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando esto ocurra.

UnitedHealthcare Senior Care Options es un plan de Cuidado Coordinado que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el programa Commonwealth of Massachusetts Medicaid. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.

H2226\_220614\_071037\_SP\_M  
UHCSO\_220614\_071037\_SP\_M

UHMA23HM0076143\_000

# Listo para Inscribirse

# Resumen del Plan

Queremos asegurarnos de que usted sepa qué esperar con el nuevo plan que eligió.

✓ Llène este resumen del plan con su Representante de Ventas con Licencia (si corresponde).

## Información del Plan

Los siguientes son algunos detalles sobre su nuevo plan.

Mi nuevo plan es un Plan Medicare Advantage para Personas con Necesidades Especiales.

El nombre de mi nuevo plan es UnitedHealthcare Senior Care Options.

Fecha de vigencia propuesta:     -     -

El tipo de plan es (marque con un círculo): HMO D-SNP HMO-POS LPPO RPPO PFFS

Tipo de plan:    Requiere referencias    No requiere referencias

**Marque la respuesta correcta:** Para inscribirme en este plan, debo:

tener **MassHealth Standard (Medicaid)** y ser mayor de 65 años.

tener **MassHealth Standard (Medicaid) y vivir en una institución o vivir en la comunidad y cumplir con los criterios que me consideren Certificable para Asilo de Convalecencia (Nursing Home Certifiable, NHC)**, y ser mayor de 65 años.

Mi plan está disponible solamente en el área de servicio, que es: \_\_\_\_\_.

Si me mudo fuera del área de servicio durante más de 6 meses seguidos, tendré que elegir otro plan. Le pediré al Representante de Ventas con Licencia o a Servicio al Cliente que me ayuden.

Mi plan proporcionará:

toda mi cobertura de salud de Medicare

toda mi cobertura del programa MassHealth

toda mi cobertura de medicamentos con receta de Medicare

**Marque la respuesta correcta con un círculo: Debería / No debería** tener un plan Medicare Advantage y una póliza de seguro Complementario de Medicare (Medigap) al mismo tiempo. Si en este momento tengo una póliza de seguro Complementario de Medicare, una vez que haya recibido la confirmación de inscripción en mi nuevo plan Medicare Advantage, escribiré a esa compañía de seguros, \_\_\_\_\_, para cancelarla.

**Debería / No debería** tener un plan Medicare Advantage y un plan independiente de la Parte D de Medicare al mismo tiempo. (Con una excepción: Los planes Medicare Advantage Privados de Tarifa por Servicio que no incluyen cobertura de medicamentos con receta.)

Puedo cancelar mi inscripción en este plan antes de que comience mi cobertura si llamo a Servicio al Cliente al \_\_\_\_\_. Una vez que comience mi cobertura, es posible que deba esperar hasta que tenga un período de elección válido para hacer un cambio de plan.



## Información de la Red

**Es importante saber cómo funciona la red del plan.**

Con mi plan, necesito recibir cuidado y servicios de proveedores dentro de la red. Es posible que tenga que pagar el costo total de cualquier tipo de cuidado que reciba de proveedores fuera de la red. El cuidado de emergencia, cuidado de urgencia y la diálisis fuera del área de servicio estarán cubiertos dondequiera que los necesite.  **Sí**  **No**

En la siguiente tabla, indique los médicos y hospitales que usa. Además, indique si son parte de la red de proveedores y si requieren referencias.

Nombre del Proveedor	Tipo de Proveedor (cuidado primario/especialista/hospital)	De la Red <sup>1</sup> (Sí/No)
----------------------	---	-----------------------------------

---



---

## Cobertura de Medicamentos con Receta

**Conozca qué cobertura tienen los medicamentos con receta a través de su plan.**

Medicamento	Tiene Límites <sup>2</sup> (Sí/No)
-------------	------------------------------------

---



---

Mi plan de medicamentos con receta solamente cubrirá los medicamentos incluidos en la lista de medicamentos cubiertos de mi plan.

Mi Representante de Ventas con Licencia me ayudó a confirmar que los medicamentos que tomo actualmente están en la Lista de Medicamentos de mi plan y me enseñó a buscar cualquier medicamento que me receten en el futuro.

Mi Representante de Ventas con Licencia se comprometió a ayudarme a inscribirme en el plan que sea adecuado para mí y mis necesidades de salud en el momento de mi inscripción.



### **Comuníquese con su Representante de Ventas con Licencia**

Si tengo preguntas sobre mi plan, llamaré a \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_, o a Servicio al Cliente al \_\_\_\_\_.



<sup>1</sup> Esta información es actual al momento de la inscripción y está sujeta a cambios.<sup>2</sup> Para los medicamentos que tienen límites, es posible que tenga que comunicarme con el plan antes de poder surtir mis recetas. Puedo llamar a Servicio al Cliente para analizar las alternativas y saber qué otros medicamentos podrían estar en la Lista de Medicamentos y también puedo hablar con mi médico o farmacéutico.

UnitedHealthcare Senior Care Options es un plan de Cuidado Coordinado que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el programa Commonwealth of Massachusetts Medicaid. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.

H2226\_PLRCSCO\_2023\_SP\_C  
UHCSCO\_PLRC\_H2226\_SP\_C

UHMA23HM0076535\_000

# Cómo inscribirse

Puede inscribirse por teléfono, por correo o por fax. Elija el método que le sea más fácil o conveniente y siga las instrucciones indicadas a continuación.

DESPRENDA AQUÍ



## Por teléfono

Llame a uno de nuestros Representantes de Ventas con Licencia al número gratuito **1-844-560-4944, TTY 711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana para inscribirse por teléfono o para programar una cita personal con un Representante de Ventas con Licencia en el área donde usted vive.



## Por correo

Llene la Solicitud de Inscripción y envíela por correo a:  
UnitedHealthcare  
950 Winter ST, STE 3800  
Waltham, MA 02451



## Por fax

Llene la Solicitud de Inscripción y envíela por fax a:  
Fax: 1-855-250-2168

DESPRENDA AQUÍ

## Lista de Verificación de la Solicitud de Inscripción

- ✓ Escriba su nombre tal y como aparece en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare
- ✓ Asegúrese de elegir el plan que sea mejor para usted
- ✓ Confirme de que su dirección permanente sea la correcta
- ✓ Firme y feche donde se le indica
- ✓ Compruebe su fecha de nacimiento
- ✓ Verifique que sus proveedores acepten el plan que elige
- ✓ Escriba el nombre de su proveedor de cuidado primario (primary care provider, PCP)

Listo para Inscribirse

Esta página ha sido dejada en blanco intencionalmente.

# Formulario de Confirmación de Temas a Tratar

Antes de reunirse con un beneficiario de Medicare (o su representante autorizado), Medicare exige que los Representantes de Ventas con Licencia usen este formulario para asegurarse de que la cita se centre únicamente en el tipo de plan y los productos que le interesan al beneficiario. Se debe usar un formulario aparte por cada beneficiario de Medicare. **Marque los productos sobre los que usted desea hablar con el Representante de Ventas con Licencia (Consulte las definiciones en la parte de atrás de esta página.):**

- Planes Medicare Advantage (Parte C) y Planes de Costos
- Plan Independiente para Medicamentos con Receta de Medicare (Parte D)
- Productos del Complemento de Medicare (Medigap)
- Productos dentales-de la vista-de la audición
- Productos de indemnización hospitalaria

Al firmar este formulario, usted acepta reunirse con un Representante de Ventas con Licencia para hablar sobre los productos que marcó anteriormente. El Representante de Ventas con Licencia es una persona empleada o contratada por un plan de Medicare y es posible que reciba un pago como resultado de que usted se inscriba en un plan. Esta persona NO trabaja directamente para el gobierno federal.

Su firma en este formulario NO afecta su inscripción actual o futura en un plan de Medicare, NO le inscribe en un plan de Medicare NI le obliga a inscribirse en un plan de Medicare. Toda la información que contiene este formulario es confidencial.

## Firma del Beneficiario o Representante Autorizado y Fecha de la Firma:

Firma del solicitante/miembro/representante autorizado

Fecha de Hoy

MM-DD-YYYY

Si usted es el representante autorizado, firme arriba y escriba en letra de molde clara y legible a continuación:

Nombre (nombre y apellidos)

Relación con el beneficiario

## El Representante de Ventas con Licencia debe llenar esta sección (escriba en letra de molde clara y legible)

Nombre del Representante de Ventas con Licencia (nombre y apellidos)

Teléfono del Representante de Ventas con Licencia

ID del Representante de Ventas con Licencia

■ ■ ■ - ■ ■ ■ - ■ ■ ■ ■

Nombre del beneficiario (nombre y apellidos)

Teléfono del beneficiario

Fecha en que se realizará la cita

■ ■ ■ - ■ ■ ■ - ■ ■ ■ ■

MM-DD-YYYY

Dirección del beneficiario

Método de contacto inicial

Planes que el Representante de Ventas con Licencia explicará durante la reunión

Firma del Representante de Ventas con Licencia

DESPRENDA AQUÍ

DESPRENDA AQUÍ

Listo para Inscribirse

## Planes Medicare Advantage (Parte C) y Planes de Costos

**Plan de una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) de Medicare** — Plan Medicare Advantage que proporciona toda la cobertura de salud de la Parte A y la Parte B de Medicare Original y, a veces, ofrece la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D. En la mayoría de los planes HMO, usted solamente puede recibir cuidado de médicos u hospitales que estén dentro de la red del plan (excepto en situaciones de emergencia).

**Plan de una Organización para el Mantenimiento de la Salud-Punto de Servicio (HMO-POS) de Medicare** — Plan Medicare Advantage que proporciona toda la cobertura de salud de la Parte A y la Parte B de Medicare Original y, a veces, ofrece la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D. Los planes HMO-POS pueden permitirle recibir algunos servicios fuera de la red por un copago o coseguro más alto.

**Plan de una Organización de Proveedores Preferidos (PPO) de Medicare** — Plan Medicare Advantage que proporciona toda la cobertura de salud de la Parte A y la Parte B de Medicare Original y, a veces, ofrece la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D. Los planes PPO tienen médicos, proveedores y hospitales de la red, pero usted también puede usar proveedores fuera de la red, generalmente a un costo mayor.

**Plan Privado de Tarifa por Servicio (PFFS) de Medicare** — Plan Medicare Advantage en el que usted puede visitar cualquier médico, hospital y proveedor aprobado por Medicare que acepte el pago, los términos y las condiciones del plan, y que acepte atenderle, ya que no todos los proveedores lo harán. Si se inscribe en un Plan PFFS que tiene una red, usted podrá consultar a cualquier proveedor de la red que haya aceptado tratar siempre a los miembros del plan. Por lo general, pagará más por consultar a proveedores fuera de la red.

**Plan para Personas con Necesidades Especiales (SNP) de Medicare** — Plan Medicare Advantage que tiene un paquete de beneficios diseñado para personas con necesidades especiales de cuidado de la salud. Los ejemplos de los grupos específicos que cubre este plan incluyen a personas que tienen tanto Medicare como Medicaid, personas que viven en asilos de convalecencia y personas que tienen ciertas condiciones médicas crónicas.

**Plan de Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos (MSA) de Medicare** — Estos planes combinan un plan de salud con deducible alto con una cuenta bancaria. El plan deposita dinero de Medicare en la cuenta. Usted puede usarlo para pagar sus gastos médicos hasta alcanzar su deducible.

**Plan de Costos de Medicare** — En un Plan de Costos de Medicare, usted puede visitar proveedores tanto dentro como fuera de la red. Si recibe servicios fuera de la red del plan, Medicare Original pagará sus servicios cubiertos por Medicare, pero usted será responsable de los coseguros y los deducibles de Medicare.

## Plan Independiente para Medicamentos con Receta de Medicare (Parte D)

**Plan de Medicamentos con Receta (PDP) de Medicare** — Plan independiente para medicamentos que agrega la cobertura de medicamentos con receta a Medicare Original, algunos Planes de Costos de Medicare, algunos Planes Privados de Tarifa por Servicio de Medicare y los Planes de Cuentas de Ahorros para Gastos Médicos de Medicare.

## Otros Productos Relacionados

**Productos de Seguro Complementario de Medicare (Medigap)** — Planes de seguro que ayudan a pagar algunos gastos de su bolsillo que no paga Medicare Original (Partes A y B), como los deducibles y coseguros de los servicios aprobados por Medicare.

**Productos Dentales, de la Vista o de la Audición** — Planes que ofrecen beneficios adicionales para consumidores que desean cubrir sus necesidades dentales, de la vista o de la audición. Estos planes no están afiliados ni relacionados con Medicare.

**Productos de Indemnización Hospitalaria** — Planes que ofrecen beneficios adicionales; pagaderos a los consumidores según su utilización médica; a veces se usan para pagar copagos y coseguros. Estos planes no están afiliados ni relacionados con Medicare.

UnitedHealthcare Senior Care Options (SCO) es un plan de Cuidado Coordinado que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el programa Commonwealth of Massachusetts Medicaid. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare. Este plan es un programa voluntario que está disponible para toda persona mayor de 65 años que califique para MassHealth Standard y Medicare Original y que no tenga ningún otro seguro de salud integral, excepto Medicare. Si usted tiene MassHealth Standard, pero no califica para Medicare Original, tal vez aún cumpla los requisitos para inscribirse en nuestro plan MassHealth Senior Care Options (SCO) y recibir todos sus beneficios del programa MassHealth a través de nuestro programa SCO.

Y0066\_SOA\_220601\_SP\_C

UHCSCO\_220601\_092200SP

UHEX23MP0039952\_000



## Solicitud de Inscripción en MassHealth SCO Medicare Advantage 2023

DESPRENDA AQUÍ

- UnitedHealthcare® Senior Care Options (HMO D-SNP) H2226-001-000**
- UnitedHealthcare® Senior Care Options NHC (HMO D-SNP) H2226-003-000**

Esta solicitud es para personas que tienen los beneficios de MassHealth Standard (Medicaid) y eligen inscribirse en UnitedHealthcare® Senior Care Options. Usted también debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare. Si usted tiene MassHealth Standard, pero no califica para Medicare Original, tal vez aún cumpla los requisitos para inscribirse en nuestro plan MassHealth Senior Care Options (SCO) y recibir todos sus beneficios del programa MassHealth a través de nuestro programa UnitedHealthcare® SCO.

### Información sobre MassHealth Standard (Medicaid)

¿Está inscrito en el programa MassHealth?  Sí  No

Escriba su número del programa MassHealth o adjunte una copia de su tarjeta del programa MassHealth. Ese número tiene 12 dígitos y se encuentra debajo de su nombre.

Número del programa MassHealth - / - / - / - / - / - / - / - / - / - / - / -

**Para inscribirse en una organización de cuidado para adultos de edad avanzada, usted debe tener los beneficios de MassHealth Standard. Para solicitar su inscripción en el programa MassHealth, llame al 1-888-834-3721 (TTY 1-800-497-4648 para personas con pérdida auditiva total o parcial).**

DESPRENDA AQUÍ

### Datos del miembro (escriba a máquina o en letra de molde con tinta negra o azul)

Apellidos	Nombre	Inicial del segundo nombre
Fecha de nacimiento		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
N.º de teléfono residencial ( ) -		N.º de teléfono móvil ( ) -
N.º del Seguro Social (requerido para las personas que se inscriben en planes D-SNP [con elegibilidad doble]):		■ ■ ■ ■ - ■ ■ ■ - ■ ■ ■ ■ ■ ■
Nombre del centro de enfermería especializada (si corresponde)		

Nombre del miembro \_\_\_\_\_

Nombre / N.º de ID del agente \_\_\_\_\_

H2226\_ERF\_2023\_SP\_C

UHCSO\_ERF\_H2226\_2023

CSMA23HM0050101\_000

Listo para Inscribirse

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.



DESPRENDA AQUÍ

N.º de Medicare \_\_\_\_\_

Dirección permanente **(no se permite casilla de correo)**

Ciudad	Condado	Estado	Código postal
--------	---------	--------	---------------

Dirección postal **(Solo si es distinta a la dirección permanente. Puede ser una casilla de correo.)**

Ciudad	Estado	Código postal
--------	--------	---------------

Dirección de correo electrónico (opcional) \_\_\_\_\_

**¿Tiene otro seguro que cubrirá sus medicamentos con receta?**  Sí  No

(Por ejemplo: Otro seguro privado, TRICARE, cobertura de empleados federales, beneficios para Veteranos o programas estatales.)

Si respondió sí, proporcione los siguientes datos:

Nombre del otro seguro \_\_\_\_\_

N.º de miembro	N.º de grupo	RxBin	RxPCN (opcional)
----------------	--------------	-------	------------------

**Su respuesta a las siguientes preguntas nos ayudará a administrar mejor el plan**

**1. ¿Desea recibir información sobre el plan en otro idioma o en un formato accesible?**  Sí  No

Seleccione una opción:  Español  Braille  Otro \_\_\_\_\_

Si no aparece el idioma o formato que desea, llámenos al número gratuito **1-844-560-4944**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. O visite **UHCCommunityPlan.com** para obtener ayuda por Internet.

Nombre del miembro \_\_\_\_\_  
 H2226\_ERF\_2023\_SP\_C  
 UHCSO\_ERF\_H2226\_2023 CSMA23HM0050101\_000

DESPRENDA AQUÍ

Listo para Inscribirse

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

DESPRENDA AQUÍ

**2. ¿Trabaja usted o su cónyuge?**

Sí  No

¿Usted o su cónyuge tienen otro seguro de salud que cubrirá servicios médicos?

(Por ejemplo: Otra cobertura de grupo del empleador, cobertura por Discapacidad a Largo Plazo [Long-Term Disability, LTD], Seguro de Accidentes Laborales, Seguro de Responsabilidad Civil de Automóviles o beneficios para Veteranos)

Sí  No

Si respondió sí, proporcione los siguientes datos:

Nombre de la compañía de seguros de salud

N.º de miembro

**3. Proporcione el nombre de su proveedor de cuidado primario (primary care provider, PCP), clínica o centro de salud.**

Una lista se encuentra en el sitio web del plan o en el Directorio de Proveedores.

Nombre completo del proveedor/proveedor de cuidado primario

N.º del proveedor/proveedor de cuidado primario:

■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■

(Escriba el número exactamente como aparece en el sitio web o en el Directorio de Proveedores. Es un número de 10 a 12 dígitos. No incluya guiones.)

¿Está consultando o ha consultado recientemente a ese proveedor?

Sí  No

**Lea y firme**

**Al llenar esta solicitud, acuerdo que:**

- Esta organización de cuidado para adultos de edad avanzada, UnitedHealthcare® SCO, es un plan Medicare Advantage que tiene un contrato con el gobierno federal. UnitedHealthcare® SCO también tiene un contrato con Commonwealth of Massachusetts o el programa MassHealth. No se trata de un Plan Complementario de Medicare. Debo mantener mi plan de MassHealth Standard. Debo mantener la Parte A y la Parte B para seguir inscrito en UnitedHealthcare. Debo seguir pagando la prima de la Parte B, de haberla, a menos que la pague Medicaid o un tercero.
- Como estoy inscrito en el programa MassHealth, puedo dejar UnitedHealthcare® SCO si tengo un período de elección que califica. Dejaré de estar cubierto por el plan UnitedHealthcare® SCO el primer día del mes posterior al mes en que solicite dejar el plan. UnitedHealthcare® SCO cubre un área de servicio específica. Si tengo planeado mudarme fuera del área de servicio del plan UnitedHealthcare® SCO, llamaré al plan para cancelar mi inscripción y buscar un nuevo plan en mi nueva área. Una vez que sea miembro del plan

Nombre del miembro \_\_\_\_\_  
 H2226\_ERF\_2023\_SP\_C  
 UHCSO\_ERF\_H2226\_2023

CSMA23HM0050101\_000

DESPRENDA AQUÍ

Listo para Inscribirse

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

DESPRENDA AQUÍ

DESPRENDA AQUÍ

UnitedHealthcare® SCO, si estoy en desacuerdo con las decisiones del plan sobre pagos y servicios, tengo derecho a apelarlas.

- Entiendo que los beneficiarios de Medicare generalmente no están cubiertos por Medicare mientras están fuera del país, excepto por una cobertura limitada cerca de la frontera de los Estados Unidos. Este plan cubre el cuidado de emergencia y de urgencia fuera de los Estados Unidos. Consulte el Resumen de Beneficios para obtener más información.
- Entiendo que cuando comience mi cobertura de UnitedHealthcare, debo recibir todos mis beneficios médicos y beneficios de medicamentos con receta de UnitedHealthcare. Los beneficios y servicios autorizados por UnitedHealthcare y contenidos en mi documento “Evidencia de Cobertura” de UnitedHealthcare (también conocido como contrato del miembro o convenio del suscriptor) estarán cubiertos. **Sin autorización, ni Medicare ni UnitedHealthcare pagarán beneficios o servicios.**
- Divulgación de Información:** Al inscribirme en este Plan Medicare Advantage o Plan de Medicamentos con Receta de Medicare, reconozco que el plan divulgará mi información a Medicare y a otros planes cuando sea necesario para tratamientos, procesamiento de pagos y tareas administrativas de cuidado de la salud. También reconozco que UnitedHealthcare divulgará mi información, incluidos datos de eventos asociados a medicamentos con receta, a Medicare, que a su vez, puede divulgarla con fines de investigación y otros fines conforme a la ley vigente federal que autoriza la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación).
- Autorizo a UnitedHealthcare para que comparta mi información de salud protegida con organizaciones o personas con fines permisibles conforme a la ley vigente según sea necesario para administrar mi plan de salud.
- Doy mi consentimiento para que todas las entidades bajo UnitedHealthcare y cualquier proveedor externo usado por UnitedHealthcare llamen a los números de teléfono que he proporcionado.
- La información de esta solicitud es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si proporciono intencionalmente información falsa en esta solicitud, se cancelará mi inscripción en el plan.
- La inscripción en este plan podría afectar los beneficios de salud que recibo de mi empleador o sindicato. Si tengo una cobertura de salud de un empleador o sindicato, la inscripción en este plan puede afectar el funcionamiento de mi cobertura actual. Mis dependientes o yo podríamos perder toda nuestra cobertura de salud o de medicamentos y no recuperarla si me inscribo en este plan. Hablaré con mi empleador o sindicato. Preguntaré si mi inscripción en este plan podría afectar a mi plan actual. También sería conveniente que consulte el sitio web de mi empleador o sindicato, o leer cualquier información que me hayan enviado. Si no hay información sobre con quién comunicarse, mi administrador de beneficios o la oficina que responde preguntas sobre mi cobertura pueden ayudarme.
- Aviso de Recuperación del Patrimonio:** El programa MassHealth está obligado por la ley federal a recuperar dinero del patrimonio de ciertos miembros del programa MassHealth que son mayores de 55 años y de aquellos de cualquier edad que reciben cuidado a largo plazo

Nombre del miembro \_\_\_\_\_  
 H2226\_ERF\_2023\_SP\_C  
 UHCSCO\_ERF\_H2226\_2023

CSMA23HM0050101\_000

Listo para Inscribirse

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

dentro de un asilo de convalecencia u otra institución médica. Para obtener más información sobre la recuperación del patrimonio que realiza el programa MassHealth, visite [www.mass.gov/estaterecovery](http://www.mass.gov/estaterecovery)

- Mi respuesta a esta solicitud es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta podría afectar la inscripción en el plan.

**Al firmar a continuación, significa que he leído y entendido la información de esta solicitud**

Si firmo como representante autorizado, significa que tengo el derecho legal a firmar conforme a la ley estatal. Si Medicare lo solicita, puedo presentar un comprobante por escrito (poder legal, tutela, etc.) de este derecho. Entiendo que tendré que presentar ante el plan un comprobante por escrito de este derecho si deseo seguir actuando en nombre del miembro después de esta solicitud. Una vez que esta solicitud haya sido aprobada y yo haya recibido mi tarjeta de ID de miembro, puedo llamar a Servicio al Cliente al número que se encuentra en mi tarjeta de ID de miembro para actualizar la información de la autorización de mi expediente.

**Firma del Solicitante/Miembro/Representante Autorizado    Fecha de Hoy**

**Si usted es el representante autorizado, firme arriba y llene los siguientes datos**

**\*NO UN AGENTE DE VENTAS**

Apellidos		Nombre	
Dirección			
Ciudad		Estado	Código postal
N.º de teléfono (      )      -		Relación con el solicitante	

Nombre del miembro \_\_\_\_\_  
 H2226\_ERF\_2023\_SP\_C  
 UHCSO\_ERF\_H2226\_2023 CSMA23HM0050101\_000

DESPRENDA AQUÍ

DESPRENDA AQUÍ

Listo para Inscribirse

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.



**Para uso exclusivo de la agencia/del representante de ventas con licencia**

ID del sistema/Representante de Ventas con Licencia	Fecha de recepción inicial
Nombre del Agente/Representante de Ventas con Licencia	Fecha de vigencia propuesta

**Para ser llenado por el agente de ventas**

- IEP (miembros de MA-PD)
- ICEP (miembros de MA)
- IEP (miembros de MA-PD que cumplen los requisitos para el 2.º IEP)
- OEP (1 de enero a 31 de marzo)
- OEP (personas que acaban de empezar a cumplir los requisitos)
- SEP (LIS doble con cambio de estatus)
- SEP (cambio de residencia)
- SEP (pérdida de la cobertura del EGHP)
- SEP (condición crónica)
- SEP (LIS doble sin cambio de estatus)
- AEP (15 de octubre a 7 de diciembre)
- OEPI
- SEP (razón del Período de Elección Especial) \_\_\_\_\_

**Firma del Representante de Ventas con Licencia (Opcional)      Fecha:**

**Una vez llenada esta solicitud, envíela por correo o por fax a:**

UnitedHealthcare  
 950 Winter ST, STE 3800  
 Waltham, MA 02451  
 Fax: 1-855-250-2168

DESPRENDA AQUÍ

DESPRENDA AQUÍ

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

DESPRENDA AQUÍ

DESPRENDA AQUÍ

**DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD:** Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) recopilan información de los planes de Medicare para llevar un registro de la inscripción de beneficiarios en Planes Medicare Advantage (MA) o en Planes de Medicamentos con Receta (Prescription Drug Plans, PDP), para mejorar el cuidado de la salud y para el pago de beneficios de Medicare. Las Secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley del Seguro Social y las Secciones 422.50, 422.60, 423.30 y 423.32 del Código de Reglamentos Federales (Code of Federal Regulations, CFR) 42 autorizan la recopilación de esta información. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid pueden usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de beneficiarios de Medicare según lo especificado en el Aviso del Sistema de Registros (System of Records Notice, SORN) “Medicamentos con Receta de Medicare Advantage (Medicare Advantage Prescription Drug, MARx)”, sistema número 09-70-0588. Su respuesta a esta solicitud es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta podría afectar la inscripción en el plan.

This information is available for free in other languages. Please call our customer service number located on the back cover of this book.

Esta información está disponible sin costo en otros idiomas. Comuníquese con nuestro número de Servicio al Cliente situado en la contraportada de este libro.

N.º de OMB 0938-1378

Vence: 7/31/2023

H2226\_ERF\_2023\_SP\_C  
UHCSO\_ERF\_H2226\_2023

CSMA23HM0050101\_000

Listo para Inscribirse

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

## Lista de Verificación de Inscripción

Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que comprenda plenamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar para hablar con un Representante de Servicio al Cliente al número que se encuentra en la contraportada de esta guía.

DESPRENDA AQUÍ

### Explicación de los Beneficios

- ✓ La Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) incluye una lista completa de todos los servicios y su cobertura. Es importante que revise la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite el sitio web de nuestro plan o llame para ver una copia de la Evidencia de Cobertura. Nuestro número de teléfono y sitio web se encuentran en la contraportada de esta guía.
- ✓ Revise el Directorio de Proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que consulta actualmente estén dentro de la red. Si no están en la lista, significa que probablemente tendrá que elegir un nuevo médico.
- ✓ Revise el Directorio de Farmacias para asegurarse de que la farmacia que usa para cualquier medicamento con receta esté dentro de la red. Si la farmacia no aparece en la lista, usted probablemente tendrá que elegir otra farmacia para sus medicamentos con receta.
- ✓ Revise el formulario para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

### Explicación de Reglas Importantes

- ✓ Los beneficios, las primas, los copagos o los coseguros pueden cambiar el 1 de enero de cada año.
- ✓ Excepto en situaciones de emergencia o de urgencia, no cubrimos servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no aparecen en el Directorio de Proveedores).
- ✓ Este plan es un Plan para Personas con Necesidades Especiales que tienen Elegibilidad Doble (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP). Usted podrá inscribirse si se confirma que tiene derecho tanto a Medicare como a la asistencia médica de un plan estatal de Medicaid. Para calificar, usted debe ser mayor de 65 años, cumplir los requisitos para recibir la Parte A de Medicare y estar inscrito en la Parte B de Medicare y en MassHealth Standard. También podría necesitar vivir en su propio domicilio o en un centro de enfermería. Si usted tiene MassHealth Standard, pero no califica para la Parte A de Medicare o la Parte B de Medicare, tal vez aún cumpla los requisitos para inscribirse.

DESPRENDA AQUÍ

Esta página ha sido dejada en blanco intencionalmente.

# Autorización para Compartir Información Personal

**Llene el formulario y envíelo a:**

UnitedHealthcare Community & State Medicaid  
 P.O. Box 30753, Salt Lake City, UT 84130  
 Fax: 1-844-386-9286

DESPRENDA AQUÍ

Solicito a UnitedHealthcare Insurance Company (UHIC) que, en nombre propio y en el de compañías relacionadas, divulgue mi información de salud personal, incluidos registros médicos, de reclamos o de beneficios, a: \_\_\_\_\_.

(Nombre del destinatario – en letra de molde)

Estos registros pueden contener información sobre tratamientos o servicios específicos que he recibido. Estos registros pueden contener información creada por otros.

Este Formulario de Autorización para Compartir Información Personal permite que UnitedHealthcare Insurance Company (UHIC), en nombre propio y en el de compañías relacionadas, revele o entregue su información de salud personal a la persona que usted elija. Autorizo a UHIC a divulgar toda mi información de salud, incluida la información médica, dental, reproductiva, de la vista, de farmacia, sobre abuso de sustancias, VIH o sida, salud mental, psicoterapia, enfermedades contagiosas y programas. La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) nos exige que obtengamos su permiso antes de divulgar su información.

**Sección 1: Información del Miembro**

Nombre del miembro (en letra de molde)	Número de ID de miembro
--	-------------------------

Dirección permanente (ciudad, estado, código postal)

Número de teléfono 	Dirección de correo electrónico (opcional)*
---	---

DESPRENDA AQUÍ

**Sección 2: Vencimiento y Revocación**

Entiendo que:

- 1) Esta autorización vence un año después de la fecha en que firmé esta Autorización, o vencerá en \_\_\_\_\_.
- 2) Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento. Debo hacerlo por escrito y enviar mi solicitud a los planes de salud. En la Evidencia de Cobertura puedo encontrar la información de contacto del plan. Si UHIC ya ha divulgado mi información de salud personal antes de recibir mi solicitud por escrito, mi solicitud no cancelará ningún pedido de información realizado antes de que se recibiera la solicitud por escrito.
- 3) Esta autorización es voluntaria. Puedo rehusarme a firmar este formulario sin que mis beneficios de salud se vean afectados.
- 4) Una vez que se haya divulgado la información de salud, podría ser divulgada nuevamente y no estar protegida por las leyes federales de privacidad.

Listo para Inscribirse

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.



**Sección 2 (continuación)**

Nombre del miembro (en letra de molde)

Firma del miembro	Fecha MM - DD - YYYY
-------------------	-------------------------

Se necesita la firma de un testigo solamente si el miembro firma con una "X" debido a que tiene limitaciones físicas, es analfabeto o por otros motivos. El testigo no debe ser la persona o entidad nombrada anteriormente.

Nombre del testigo (en letra de molde)

Firma del testigo	Fecha MM - DD - YYYY
-------------------	-------------------------

**Sección 3 (opcional): Destinatario de la Información**

Nombre del destinatario

Dirección permanente (ciudad, estado, código postal)

Número de teléfono ■ ■ ■ ■ - ■ ■ ■ ■ - ■ ■ ■ ■	Relación con el miembro
---	-------------------------

Dirección de correo electrónico (opcional)\*

**Información del Representante Personal**

Nombre

Dirección (ciudad, estado, código postal)

Número de teléfono ■ ■ ■ ■ - ■ ■ ■ ■ - ■ ■ ■ ■	Relación con el miembro: <input type="checkbox"/> Poder legal <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Curador <input type="checkbox"/> Otra _____
---	--

Firma del representante	Fecha MM - DD - YYYY
-------------------------	-------------------------

\*Al proporcionar una dirección de correo electrónico, usted autoriza a UHIC para que le envíe novedades ocasionales del plan. UHIC no vende información ni la comparte con compañías ajenas a nuestra organización UnitedHealth Group. Usted puede solicitar en cualquier momento que dejen de enviarle estos mensajes de correo electrónico.

**Tenga en cuenta:** Esta autorización no permite que la persona o entidad nombrada anteriormente le represente en una apelación de reclamos, ni que tome ninguna de sus decisiones de tratamiento o decisiones de cuidado directo. Si desea que otra persona tome decisiones sobre el cuidado de la salud y tratamiento en nombre de usted, deberá presentar documentación legal adicional y un formulario diferente.

Y0066\_AUTHSHR\_220427\_SP\_C

MASCO\_AUTHSHR\_2023SP

CSMA23HM0074359\_000

DESPRENDA AQUÍ

DESPRENDA AQUÍ

Listo para Inscribirse

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

# Recibo de Inscripción 2023

## Para ser llenado solamente si se inscribe con un Representante de Ventas con Licencia.

Use el recibo como Comprobante Temporal de Cobertura hasta que Medicare haya confirmado su inscripción y usted reciba su tarjeta de ID de miembro. El recibo no es garantía de inscripción.

**Esta copia es solamente para su archivo personal. No vuelva a presentar la inscripción.**

DESPRENDA AQUÍ

### Solicitante 1:

Nombre

Fecha de la solicitud

- -

Fecha de vigencia prop.

- -

Nombre del plan

Plan de salud/N.º de PBP

N.º de registro de inscripción (si corresponde)

### Solicitante 2 (si corresponde):

Nombre

Fecha de la solicitud

- -

Fecha de vigencia prop.

- -

Nombre del plan

Plan de salud/N.º de PBP

N.º de registro de inscripción (si corresponde)

### Si tiene alguna pregunta, llame a su Representante de Ventas con Licencia:

Nombre y N.º de ID del Representante de Ventas con Licencia

N.º de teléfono del Representante de Ventas con Licencia

□ □ □ - □ □ □ - □ □ □ □

### H2226-001 y H2226-003

Medicare y MassHealth:

**RxBIN: 610097**

**Rx PCN: 9999**

**RxGRP: MPDMACSP**

### H2226-001

Solamente MassHealth:

**RxBIN: 610494**

**Rx PCN: 9999**

**RxGRP: ACUMA**

DESPRENDA AQUÍ

**Estamos aquí para ayudarle. Si tiene preguntas adicionales, llame a Servicio al Cliente al número gratuito 1-844-560-4944, TTY 711, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana.**

**Recordatorio Importante** - No necesita tener un plan de Medigap ni un plan de Seguro Complementario con un plan Medicare Advantage. Si actualmente tiene un plan de Medigap, comuníquese con la compañía de seguros para cancelarlo una vez que comience la cobertura de su plan Medicare Advantage.



H2226\_200603\_060320\_SP\_C  
Y0066\_ER\_2023\_SP\_C

CSMA23HM0068936\_000

Listo para Inscribirse

# Aproveche lo que Sigue

¡Su solicitud de inscripción fue presentada! Estamos aquí para ayudarle y nos comunicaremos para asegurarnos de que esté aprovechando al máximo su plan. En esta página encontrará más información sobre lo que sigue.



**Usted está aquí**  
Inscripción presentada



**Revise su Guía**  
Rápida para Comenzar



**Reciba su tarjeta de**  
ID de miembro



**Cree su cuenta para revisar**  
su plan en Internet



**¡Comienza su cobertura!**  
Empiece a usar su plan



## Administre su plan en Internet

Cuando reciba su tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare, podrá crear una cuenta en **myuhc.com/CommunityPlan**. En Internet, usted puede:

- Buscar proveedores y farmacias
- Revisar la Lista de Medicamentos
- Ver documentos del plan



## Una vez que comience su cobertura

- Programe su visita de bienestar anual
- Reciba una visita anual en su domicilio con el programa HouseCalls de UnitedHealthcare®. Visite **uhhousecalls.com** para obtener más información
- Responda su evaluación de salud para conectarse con recursos que pueden ayudarle a vivir más saludable. Este es un requisito de Medicare y del programa MassHealth



## Gracias por elegir a UnitedHealthcare

Si tiene alguna pregunta, puede llamar a Servicio al Cliente al **1-888-867-5511**, TTY **711**.

































# Información sobre proveedores

## UnitedHealthcare® Senior Care Options (HMO D-SNP) UnitedHealthcare® Senior Care Options NHC (HMO D-SNP)

Aprovechará los beneficios adicionales de su plan si usa los proveedores indicados a continuación o si se comunica con el Servicio al Cliente de UnitedHealthcare: 1-888-867-5511, 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana.

Tipo de beneficio	Nombre del proveedor	Información de contacto
Servicios para la Vista de Rutina	UnitedHealthcare Vision	1-888-867-5511 medicare.myuhcvision.com
Entrega a Domicilio de Medicamentos con Receta	Optum Home Delivery, un servicio de OptumRx	1-877-889-6358 OptumRx.com
Transporte	ModivCare®	1-866-428-1967
Crédito para Alimentos, Productos de Venta sin Receta (OTC) y Facturas de Servicios Públicos	Solutran	1-833-853-8587 myuhc.com/communityplan/OTC
Programa de Acondicionamiento Físico	Renew Active®	1-888-867-5511 UHCRenewActive.com

DESPRENDA AQUÍ

DESPRENDA AQUÍ



UnitedHealthcare SCO es un plan de Cuidado Coordinado que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el programa de Medicaid de la Mancomunidad de Massachusetts. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare. Este plan es un programa voluntario que está disponible para personas de 65 años en adelante que califican para MassHealth Standard y Medicare Original y que no tienen otro seguro de salud integral, excepto Medicare. Si usted tiene MassHealth Standard, pero no califica para Medicare Original, tal vez aún cumpla los requisitos para inscribirse en nuestro plan MassHealth Senior Care Options (SCO) y recibir todos sus beneficios de MassHealth a través de nuestro programa SCO. Usted debe vivir en nuestra área de servicio para inscribirse.

**Para recibir apoyo personalizado, comuníquese con el plan o con su representante de ventas con licencia.**



Llame al número gratuito **1-844-560-4944**, TTY **711** de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana



**[UHCCommunityPlan.com](https://UHCCommunityPlan.com)**