

Kaiser Permanente Commercial HMO Lista de Exclusión de Medicamentos



La siguiente es una lista de medicamentos y fármacos que se encuentran excluidos de la cobertura del beneficio de medicamentos recetados. La autorización previa no se aplicará. Kaiser Permanente se reserva el derecho de excluir cualquier medicamento en cualquier momento de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de Kaiser Permanente Colorado por cuestiones de salud y seguridad u otras razones que determine Kaiser Permanente a su discreción.

Si tiene preguntas sobre el estado en la lista de medicamentos recetados disponibles de un medicamento, o sobre sus beneficios de medicamentos recetados, llame a nuestro Servicio a los Miembros (consulte el número en su Tarjeta de Identificación).

Esta lista está sujeta a cambios en cualquier momento.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Medicamentos y suministros para fines cosméticos
- Medicamentos para promover, prevenir u otros tratamientos para la pérdida o el crecimiento del cabello
- Medicamentos relacionados con servicios no cubiertos
- Medicamentos para mejorar el rendimiento atlético
- Medicamentos para acortar la duración del resfriado común
- Medicamentos para tratar la infertilidad*
- Medicamentos para tratar la disfunción sexual*
- Medicamentos empleados para el tratamiento del control del peso*
- Suministros médicos como vendajes y antisépticos
- Medicamentos sin receta, a menos que se indique lo contrario
- Empaque de medicamentos distintos al empaque habitual de la farmacia que lo surte
- Medicamentos recetados para los cuales hay un equivalente disponible sin receta, a menos que se indique lo contrario
- Recetas surtidas en una farmacia que no sea del plan, excepto en el caso de emergencias, como se indica en su Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC)
- Reemplazo de medicamentos o dispositivos recetados perdidos, robados o dañados
- Vacunas (generalmente cubiertas por el seguro médico)
- Vitaminas y suplementos nutricionales que se pueden comprar sin receta
- Medicamentos de servicios médicos externos
- Cualquier medicamento empleado para una indicación no aprobada
- Alimentos indicados por el médico y dispositivos médicos

*La Categoría de Medicamentos está excluida a menos que su plan tenga una ampliación para ese beneficio

Lista de Exclusión de Medicamentos de Kaiser Permanente Commercial HMO

Los artículos en esta lista están excluidos de la cobertura de beneficios de medicamentos recetados.

Es posible que no se incluyan todos los fármacos, concentraciones, formulaciones o tamaños de paquete de los medicamentos excluidos.

La lista no incluye todo y está sujeta a cambios.

El beneficio médico cubre los medicamentos administrados en el consultorio y los medicamentos intravenosos y están excluidos de ser suministrados en farmacias minoristas.

MEDICAMENTOS EXCLUIDOS

1ST GENERATION ANTIHISTAMINE-DECONGESTANT-ANALGESIC COMBINATIONS (ORAL)

1ST GENERATION ANTIHISTAMINE-DECONGESTANT-ANALGESIC, SALICYLATE (ORAL)

1ST GENERATION ANTIHISTAMINE-DECONGESTANT-ANALGESIC-EXPECTORANT COMBINATIONS (ORAL)

1ST GENERATION ANTIHISTAMINE-DECONGESTANT-EXPECTORANT COMBINATIONS (ORAL)

1ST GENERATION ANTIHISTAMINE-DECONGESTANT-NSAID, COX NONSPECIFIC (ORAL)

2'-FUCOSYLLACTOSE, LACTO-N-NEOTETRAOSE (ORAL)

2ND GENERATION ANTIHISTAMINE (ORAL)

2ND GENERATION ANTIHISTAMINE-DECONGESTANT (ORAL)

ACANYA GEL (TOPICAL)

ACETAMINOPHEN-GUAIFENESIN (ORAL)

ACETIC ACID (IRRIGATION)

ACIPHEX

ACRIVASTINE & PSEUDOEPHEDRINE (ORAL)

ACTIVE-PAC/GABAPENTIN THPK (PACK)

ACYCLOVIR-HYDROCORTISONE (TOPICAL)

ADASUVE (INH)

ADDYI (ORAL) ⁽²⁾

ALLEGRA (ORAL)

ALLEGRA-D (ORAL)

ALPROSTADIL (INJ) ⁽²⁾

ANALGESIC, NON-SALICYLATE-1ST GENERATION ANTIHISTAMINE (ORAL)

ANALGESIC, NON-SALICYLATE-EXPECTORANT COMBINATIONS (ORAL)

MEDICAMENTOS EXCLUIDOS

ANALGESICS, MIXED-1ST GENERATION ANTIHISTAMINE (ORAL)

ANNOVERA RING

ANTITUSSIVES, NON-NARCOTIC (ORAL)

APPTRIM (ORAL)

APPTRIM-D (ORAL)

ARIPIPIRAZOLE LAUROXIL (INJ)

AVAILNEX (ORAL)

AXONA (ORAL)

AZELEX CREAM

BENZPHETAMINE HCL (ORAL) ⁽³⁾

BESER KIT (EXTERNAL)

BETAMETHASONE SOD PHOSPHATE & ACETATE (KIT)

BETAQUIK (ORAL)

BIMATOPROST (TOPICAL)

BOTOX COSMETIC (INJ)

BROMPHENIRAMINE-ACETAMINOPHEN (ORAL)

BULK PRODUCTS *

BUPRENORPHINE HCL (KIT)

BUTALBITAL-ACETAMINOPHEN CAPS 50-300 MG

CAMPHOR (INH)

CAMPHOR-EUCALYPTUS-MENTHOL (INH)

CAPXIB (KIT)

CARDIOTEK RX (ORAL)

⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾ La Categoría de Medicamentos está excluida a menos que su plan tenga una ampliación para ese beneficio

⁽¹⁾ Categoría de Medicamentos para la Infertilidad; ⁽²⁾ Categoría de Medicamentos para la Disfunción Sexual; ⁽³⁾ Categoría de Medicamentos para la Pérdida de Peso

Lista de Exclusión de Medicamentos de Kaiser Permanente Commercial HMO

Los artículos en esta lista están excluidos de la cobertura de beneficios de medicamentos recetados.

Es posible que no se incluyan todos los fármacos, concentraciones, formulaciones o tamaños de paquete de los medicamentos excluidos.

La lista no incluye todo y está sujeta a cambios.

El beneficio médico cubre los medicamentos administrados en el consultorio y los medicamentos intravenosos y están excluidos de ser suministrados en farmacias minoristas.

MEDICAMENTOS EXCLUIDOS

CARISOPRODOL (ORAL)

CARISOPRODOL W/ ASPIRIN & CODEINE (ORAL)

CARISOPRODOL W/ ASPIRIN (ORAL)

CATHETERS (DEVICE)

CAVERJECT (INJ) ⁽²⁾

CELECOXIB-CAPSAICIN-MENTHOL (KIT)

CETIRIZINE HCL (ORAL)

CETRORELIX ACETATE (KIT) ⁽¹⁾

CHLORHEXIDINE GLUCONATE-MUPIROCIN-DIMETHICONE-SILICONE (KIT)

CHLORPHENIRAMINE-ACETAMINOPHEN (ORAL)

CHLORPHENIRAMINE-PHENYLEPHRINE-ACETAMINOPHEN (ORAL)

CHLORPHENIRAMINE-PHENYLEPHRINE-ASPIRIN (ORAL)

CHLORPHENIRAMINE-PHENYLEPHRINE-IBUPROFEN (ORAL)

CHLORPHENIRAMINE-PSEUDOEPHEDRINE-IBUPROFEN (ORAL)

CHORIOGONADOTROPIN ALFA (INJ) ⁽¹⁾

CHORIONIC GONADOTROPIN (INJ) ⁽¹⁾

CIALIS (ORAL) ⁽²⁾

CICLOPIROX (KIT)

CICLOPIROX-UREA (PACK)

CIMETIDINE (TABS)

CLIN SINGLE USE (KIT)

CLINDAMYCIN PHOSPHATE-BENZOYL PEROXIDE & MOISTURIZER (KIT)

CLINDAMYCIN PHOSPHATE-TRETINOIN (TOPICAL)

MEDICAMENTOS EXCLUIDOS

CLINDAREACH (KIT)

CLODAN KIT (TOP)

CLOMIPHENE CITRATE (ORAL) ⁽¹⁾

CONTINUOUS BLOOD GLUCOSE SYSTEM/DEVICE

COSMETIC PRODUCTS *

COUGH AND/OR COLD PREPARATIONS (ORAL)

CRYSVITA SOLN

CYANOCOBALAMIN (KIT)

CYCLOBENZAPRINE HCL W/ LINIMENT (KIT)

CYCLOBENZAPRINE-CAPSAICIN-MENTHOL (PACK)

DECONGESTANT-ANALGESIC, NON-SALICYLATE COMBINATIONS (ORAL)

DECONGESTANT-ANALGESIC-EXPECTORANT COMBINATIONS (ORAL)

DECONGESTANT-EXPECTORANT COMBINATIONS (ORAL)

DECONGESTANT-NSAID, COX NON-SPECIFIC COMBINATIONS (ORAL)

DEPLIN (ORAL)

DERMACINRX SILAPAK (KIT)

DERMACINRX TICANASE (NASAL)

DERMAPAK PAK PLUS (TOPICAL)

DERMASORB HC (KIT)

DERMASORB TA (KIT)

DES Loratadine (ORAL)

DES Loratadine-Pseudoephedrine (ORAL)

DEXBROMPHENIRAMINE-ACETAMINOPHEN (ORAL)

⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾ La Categoría de Medicamentos está excluida a menos que su plan tenga una ampliación para ese beneficio

⁽¹⁾ Categoría de Medicamentos para la Infertilidad; ⁽²⁾ Categoría de Medicamentos para la Disfunción Sexual; ⁽³⁾ Categoría de Medicamentos para la Pérdida de Peso

Lista de Exclusión de Medicamentos de Kaiser Permanente Commercial HMO

Los artículos en esta lista están excluidos de la cobertura de beneficios de medicamentos recetados.

Es posible que no se incluyan todos los fármacos, concentraciones, formulaciones o tamaños de paquete de los medicamentos excluidos.

La lista no incluye todo y está sujeta a cambios.

El beneficio médico cubre los medicamentos administrados en el consultorio y los medicamentos intravenosos y están excluidos de ser suministrados en farmacias minoristas.

MEDICAMENTOS EXCLUIDOS

DEXBROMPHENIRAMINE-PHENYLEPHRINE-
ACETAMINOPHEN (ORAL)

DEXILANT (ORAL)

DEXLIDO (KIT)

DEXLIDO-M (KIT)

DEXTROMETHORPHAN (ORAL)

DEXTROMETHORPHAN-BENZOCAINE (ORAL)

DEXTROMETHORPHAN-BENZOCAINE-MENTHOL (ORAL)

DEXTROMETHORPHAN-MENTHOL (ORAL)

DICLOFENAC SODIUM & ADHESIVE SHEETS (PACK)

DICLOFENAC SODIUM & OCCLUSIVE DRESSING
(TOPICAL)

DICLOFENAC SODIUM & RANITIDINE HCL &
LIDOCAINE-PRILOCAINE (PACK)

DICLOFENAC SODIUM (KIT)

DICLOFENAC SODIUM-BENZALKONIUM CHLORIDE
(PACK)

DICLOFENAC SODIUM-CAMPHOR-MENTHOL-METHYL
SALICYLATE (KIT)

DICLOFENAC SODIUM-CAPSAICIN (PACK)

DICLOFENAC SODIUM-CAPSAICIN (TOPICAL)

DICLOFENAC SODIUM-RANITIDINE HCL-CAPSAICIN
(PACK)

DICLOFENAC SODIUM-RANITIDINE HCL-LIDOCAINE
(PACK)

DICLOVIX KIT

DIETARY MANAGEMENT PRODUCTS *

DIETHYLPROPION HCL (ORAL)

DIFFERIN GEL 0.1%

DIHYDROXYACETONE (TOPICAL)

MEDICAMENTOS EXCLUIDOS

DIPHENHYDRAMINE-ACETAMINOPHEN (ORAL)

DIPHENHYDRAMINE-PHENYLEPHRINE-
ACETAMINOPHEN (ORAL)

DITHOL THPK (PACK)

DMT SUIK (KIT)

DNA COLLECTION PRODUCT (KIT)

DOLOTRANZ (KIT)

DOUBLEDEX (KIT)

DOXYCYCLINE HYCLATE W/ CLEANSER (KIT)

DOXYLAMINE-PHENYLEPHRINE-ACETAMINOPHEN
(ORAL)

DROXICIN LIQUID

DSUVIA (ORAL)

DUROLANE (INJ)

DUEXIS (ORAL)

DYMISTA SUSP (NASAL SPRAY)

EDEX (INJ) ⁽²⁾

ELFOLATE (ORAL)

ELIGEN B12 (ORAL)

ELLZIA PAK (TOPICAL)

EMOLLIENT-SKIN MOISTURIZERS (TOPICAL)

ENLYTE (ORAL)

ENTERAGAM (ORAL)

ENTERAL NUTRITION (SUPPLIES)

EPHEDRINE-GUAIFENESIN (ORAL)

EPICERAM EMUL (TOP)

⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾ La Categoría de Medicamentos está excluida a menos que su plan tenga una ampliación para ese beneficio

⁽¹⁾ Categoría de Medicamentos para la Infertilidad; ⁽²⁾ Categoría de Medicamentos para la Disfunción Sexual; ⁽³⁾ Categoría de Medicamentos para la Pérdida de Peso

Lista de Exclusión de Medicamentos de Kaiser Permanente Commercial HMO

Los artículos en esta lista están excluidos de la cobertura de beneficios de medicamentos recetados.

Es posible que no se incluyan todos los fármacos, concentraciones, formulaciones o tamaños de paquete de los medicamentos excluidos.

La lista no incluye todo y está sujeta a cambios.

El beneficio médico cubre los medicamentos administrados en el consultorio y los medicamentos intravenosos y están excluidos de ser suministrados en farmacias minoristas.

MEDICAMENTOS EXCLUIDOS

ESKATA SOLN (TOPICAL)

ESOMEP-EZS KIT

ESOMEPRAZOLE MAGNESIUM (ORAL)

EUFLEXXA (INJ)

EVENITY (INJ)

EXPECTORANTS (ORAL)

EXPECTORANTS, COMBINATIONS (ORAL)

FAMOTIDINE (ORAL; Not Include 40mg /5 ml SUSP)

FASENRA (INJ)

FEEDING TUBES/SETS (DEVICE)

FERREX 150 FORTE PLUS (ORAL)

FEXOFENADINE HCL (ORAL)

FEXOFENADINE-PSEUDOEPHEDRINE (ORAL)

FIBER-STAT (ORAL)

FINACEA FOAM

FINACEA GEL

FINASTERIDE (ALOPECIA) (ORAL)

FIRST-BACLOFEN SUSPENSION (ORAL)

FIRST-BXN MOUTHWASH

FIRST-HYDROCORTISONE GEL (TOPICAL)

FIRST-LANSOPRAZOLE SUSP (ORAL)

FIRST-MARYS MOUTHWASH

FIRST-METRONIDAZOLE SUSPENSION (ORAL)

FIRST-MOUTHWASH BLM

MEDICAMENTOS EXCLUIDOS

FIRST-OMEPRAZOLE SUSP (ORAL)

FIRST-PROGESTERONE VGS (SUPPOSITORY)

FIRST-TESTOSTERONE (TOPICAL)

FIRST-VANCOMYCIN SOLN (ORAL)

FLUOVIX (TOPICAL)

FOLBIC (ORAL)

FOLIC ACID-CYANOCOBALMIN-PYRIDOXINE (ORAL)

FOLLITROPIN ALFA (INJ) ⁽¹⁾

FOLLITROPIN BETA (INJ) ⁽¹⁾

FORTAMET (ORAL)

FOSTEUM (ORAL)

FOSTEUM PLUS (ORAL)

FOVEX (ORAL)

GABADONE (ORAL)

GANIRELIX ACETATE (INJ) ⁽¹⁾

GEL-ONE (INJ)

GELSYN (INJ)

GENVISC (INJ)

GLIADEL WAFER (IMPLANT)

GLUMETZA (ORAL)

GOSERELIN ACETATE (IMPLANT)

GUAIFENESIN (ORAL)

HALAC (KIT)

HALONATE (KIT)

⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾ La Categoría de Medicamentos está excluida a menos que su plan tenga una ampliación para ese beneficio

⁽¹⁾ Categoría de Medicamentos para la Infertilidad; ⁽²⁾ Categoría de Medicamentos para la Disfunción Sexual; ⁽³⁾ Categoría de Medicamentos para la Pérdida de Peso

Lista de Exclusión de Medicamentos de Kaiser Permanente Commercial HMO

Los artículos en esta lista están excluidos de la cobertura de beneficios de medicamentos recetados.

Es posible que no se incluyan todos los fármacos, concentraciones, formulaciones o tamaños de paquete de los medicamentos excluidos.

La lista no incluye todo y está sujeta a cambios.

El beneficio médico cubre los medicamentos administrados en el consultorio y los medicamentos intravenosos y están excluidos de ser suministrados en farmacias minoristas.

MEDICAMENTOS EXCLUIDOS

HALOPERIDOL DECANOATE (INJ)

HEPATITIS B IMMUNE GLOBULIN (HUMAN) (INJ)

HERCEPTIN HYLECTA SOLN (INJ)

HYALGAN (INJ)

HYDROQUINONE (TOPICAL)

HYDROQUINONE MICROSPHERES (TOPICAL)

HYDROQUINONE W/ SUNSCREENS (TOPICAL)

HYDROXYPROGESTERONE CAPROATE
(ANTINEOPLASTIC) (INJ)

HYMOVIS (INJ)

HYPERTENSA (ORAL)

IBUPROFEN (OTC EQUIV) (ORAL)

IBUPROFEN W/ LINIMENT (KIT)

ILUMYA (INJ)

ILUVIEN IMPLANT

IMMUNE GLOBULIN (HUMAN) (INJ)

INCONTINENCE SUPPLIES/WOUND CARE DRAINAGE
(SUPPLIES)

INFERTILITY DRUGS ⁽¹⁾

INFLATHERM KIT

INHALER, SPACER/CHAMBER (DEVICE)

IN-OFFICE ADMINISTERED PRODUCTS *

INTRAROSA (VAG)

INTRAROSA INST (VAG)

INTRA-UTERINE DEVICES (IUDS)

INTRAVENOUS INJECTIONS *

MEDICAMENTOS EXCLUIDOS

INVEGA SUSTENNA SUSP (INJ)

INVEGA TRINZA SUSP (INJ)

ISOVACTIN AA PLUS BERRY (ORAL)

IV CATHETER (SUPPLIES)

IV SETS/TUBING (SUPPLIES)

KARAYA GUM (TOPICAL)

KELARX GEL

KETOCAL 3:1 POWDER (ORAL)

KETOCAL 4:1 LQ (ORAL)

KETOCAL 4:1 POWDER (ORAL)

KETOCONAZOLE & CLEANSER (KIT)

KETODAN (KIT)

KETOROCAINE-L (KIT)

KETOROCAINE-LM (KIT)

KETOROLAC TROMETHAMINE (INJ)

KETOTIFEN FUMARATE (OPHTH)

KETOVIE 4:1 (ORAL)

KETOVIE PEPTIDE (ORAL)

LANSOPRAZOLE (OTC EQUIV) (ORAL)

LETROZOLE (ORAL) ⁽¹⁾

LEUPROLIDE ACETATE & NORETHINDRONE ACETATE
(KIT)

LEUPROLIDE ACETATE (INJ)

LEVITRA (ORAL) ⁽²⁾

LEVOCETIRIZINE DIHYDROCHLORIDE (ORAL)

⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾ La Categoría de Medicamentos está excluida a menos que su plan tenga una ampliación para ese beneficio

⁽¹⁾ Categoría de Medicamentos para la Infertilidad; ⁽²⁾ Categoría de Medicamentos para la Disfunción Sexual; ⁽³⁾ Categoría de Medicamentos para la Pérdida de Peso

Lista de Exclusión de Medicamentos de Kaiser Permanente Commercial HMO

Los artículos en esta lista están excluidos de la cobertura de beneficios de medicamentos recetados.

Es posible que no se incluyan todos los fármacos, concentraciones, formulaciones o tamaños de paquete de los medicamentos excluidos.

La lista no incluye todo y está sujeta a cambios.

El beneficio médico cubre los medicamentos administrados en el consultorio y los medicamentos intravenosos y están excluidos de ser suministrados en farmacias minoristas.

MEDICAMENTOS EXCLUIDOS

LEVONORGESTREL (EMERGENCY OC) OTC (ORAL)

LEVONORGESTREL IUD (DEVICE)

LIDOCAINE PATCH 5 %

LIDOCAINE-PENTAFLUOROPROP-TETRAFLUOROETH-
ULTRASOUND (KIT)

LIDOCAINE-PRILOCAINE (KIT)

LIDOCAINE-PRILOCAINE-MENTHOL-METHYL
SALICYLATE (KIT)

LIDOCAINE-PRILOCAINE-SODIUM CHLORIDE (KIT)

LIDOCAINE-TRANSPARENT DRESSING (KIT)

LIDOPAC (KIT)

LIDOPURE PATCH (KIT)

LIMBREL (ORAL)

LIPISTART (ORAL)

LIQUIGEN (ORAL)

LIRAGLUTIDE (WEIGHT MANAGEMENT) (INJ)

LISTER-V (ORAL)

LMR PLUS KIT

LOPROX KIT

LORCASERIN HCL (ORAL)

LORVATUS PHARMAPAK (KIT)

LOXAPINE (INH)

LUKAID GLA (ORAL)

LUNGLAID (ORAL)

MACI SHEET

MAKENA (INJ)

MEDICAMENTOS EXCLUIDOS

MARDEX-25 (KIT)

MCT OIL (ORAL)

MECLIZINE HCL (ORAL)

MEDROXYPROGESTERONE ACETATE SUSP (INJ)

MELOXICAM W/ LINIMENT (KIT)

MEMANTINE HCL-DONEPEZIL HCL (ORAL)

MENOTROPINS (INJ) ⁽¹⁾

MENTHOL (MOUTH-THROAT) (ORAL)

MIACALCIN (INJ)

MICONAZOLE NITRATE (VAG)

MINOXIDIL (TOPICAL)

MIRVASO GEL (TOPICAL)

MISC NATURAL WEIGHTLOSS PRODUCTS (ORAL)

MONOBENZONE (TOPICAL)

MONOGEN (ORAL)

MONOVISC (INJ)

MUGARD (ORAL)

MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS & FOLIC ACID
(ORAL)

MUSE PELLETS (IMPLANT) ⁽²⁾

NALTREXONE (INJ)

NALTREXONE HCL-BUPROPION HCL (ORAL)

NAMZARIC CP24 (ORAL)

NAPROPAK (PACK)

NAPROXEN SODIUM-MENTHOL (PACK)

⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾ La Categoría de Medicamentos está excluida a menos que su plan tenga una ampliación para ese beneficio

⁽¹⁾ Categoría de Medicamentos para la Infertilidad; ⁽²⁾ Categoría de Medicamentos para la Disfunción Sexual; ⁽³⁾ Categoría de Medicamentos para la Pérdida de Peso

Lista de Exclusión de Medicamentos de Kaiser Permanente Commercial HMO

Los artículos en esta lista están excluidos de la cobertura de beneficios de medicamentos recetados.

Es posible que no se incluyan todos los fármacos, concentraciones, formulaciones o tamaños de paquete de los medicamentos excluidos.

La lista no incluye todo y está sujeta a cambios.

El beneficio médico cubre los medicamentos administrados en el consultorio y los medicamentos intravenosos y están excluidos de ser suministrados en farmacias minoristas.

MEDICAMENTOS EXCLUIDOS

NAPROXEN W/ LINIMENT (KIT)

NAPROXEN-CAPSAICIN-MENTHOL (KIT)

NAPROXEN-ESOMEPRAZOLE MAGNESIUM (ORAL)

NASAL ANTI-INFLAMMATORY STEROIDS (NASAL)

NEOCATE JUNIOR (ORAL)

NEOCATE JUNIOR WITH PREBIOTICS (ORAL)

NEOCATE NUTRA (ORAL)

NEOCATE'S E028 SPLASH (ORAL)

NEO-SYNALAR (KIT)Bottom of Form

NEUAC (KIT)

NEUREMEDY (ORAL)

NEXIUM (ORAL)

NEXPLANON CONTRACEPTIVE IMPLANT

NICAZELDOXY 30 (KIT)

NIZATIDINE (ORAL; Not Include Soln 15 mg/ 5 ml)

NON-NARCOTIC ANTITUSSIVE-1ST GENERATION ANTIHISTAMINE COMBINATIONS (ORAL)

NON-NARCOTIC ANTITUSSIVE-1ST GENERATION ANTIHISTAMINE-ANALGESIC COMBINATIONS (ORAL)

NON-NARCOTIC ANTITUSSIVE-1ST GENERATION ANTIHISTAMINE-DECONGESTANT (ORAL)

NON-NARCOTIC ANTITUSSIVE-1ST GENERATION ANTIHISTAMINE-DECONGESTANT-ANALGESIC COMBINATIONS (ORAL)

NON-NARCOTIC ANTITUSSIVE-1ST GENERATION-DECONGESTANT-SALICYLATE (ORAL)

NON-NARCOTIC ANTITUSSIVE-ANALGESIC COMBINATIONS (ORAL)

NON-NARCOTIC ANTITUSSIVE-DECONGESTANT COMBINATIONS (ORAL)

MEDICAMENTOS EXCLUIDOS

NON-NARCOTIC ANTITUSSIVE-DECONGESTANT-ANALGESIC COMBINATIONS (ORAL)

NON-NARCOTIC ANTITUSSIVE-DECONGESTANT-ANALGESIC-EXPECTORANT COMBINATIONS (ORAL)

NON-NARCOTIC ANTITUSSIVE-DECONGESTANT-EXPECTORANT COMBINATIONS (ORAL)

NON-NARCOTIC ANTITUSSIVE-EXPECTORANT COMBINATIONS (ORAL)

NORITATE (TOPICAL)

NOVOLIN 70-30 (INJ)

NOVOLIN N (INJ)

NOVOLIN R (INJ)

NUDROXICIN (TOPICAL)

NUDROXIPAK (KIT)

NUCALA INJ

NUCARACLINPAK KIT

NUCARARXPAK KIT

NUDERMRXPAK

NUVAKAAN (KIT)

NYSTATIN & EXFOLIATING AGENT (KIT)

OMEGA-3/D-3 WELLNESS (KIT)

OMEPRAZOLE-SODIUM BICARBONATE (ORAL)

ONEXTON GEL (TOPICAL)

ORAL SYRINGES (SUPPLIES)

ORAL WOUND CARE PRODUCTS (ORAL)

ORLISTAT (ORAL)

ORTHOVISC (INJ)

⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾ La Categoría de Medicamentos está excluida a menos que su plan tenga una ampliación para ese beneficio

⁽¹⁾ Categoría de Medicamentos para la Infertilidad; ⁽²⁾ Categoría de Medicamentos para la Disfunción Sexual; ⁽³⁾ Categoría de Medicamentos para la Pérdida de Peso

Lista de Exclusión de Medicamentos de Kaiser Permanente Commercial HMO

Los artículos en esta lista están excluidos de la cobertura de beneficios de medicamentos recetados.

Es posible que no se incluyan todos los fármacos, concentraciones, formulaciones o tamaños de paquete de los medicamentos excluidos.

La lista no incluye todo y está sujeta a cambios.

El beneficio médico cubre los medicamentos administrados en el consultorio y los medicamentos intravenosos y están excluidos de ser suministrados en farmacias minoristas.

MEDICAMENTOS EXCLUIDOS

OSPHENA (ORAL) ⁽²⁾

OTC PRODUCTS *

OXYTROL PATCH

OZURDEX OPHTHALMIC (IMPLANT)

PAINGO KFT (KIT)

PAPAVERINE (INJ) ⁽²⁾

PAPAVERINE-ALPROSTADIL (INJ) ⁽²⁾

PAPAVERINE-PHENTOLAMINE (INJ) ⁽²⁾

PAPAVERINE-PHENTOLAMINE-ALPROSTADIL (INJ) ⁽²⁾

PARENTERAL ADMINISTRATION SETS (SUPPLIES)

PECTIN (MOUTH-THROAT) (ORAL)

PEDIADERM AF (KIT)

PEDIADERM HC (KIT)

PENNSAID SOLN

PERCURA (ORAL)

PERSERIS (INJ)

PHENAZOPYRIDINE HCL (ORAL)

PHENDIMETRAZINE TARTRATE (ORAL) ⁽³⁾

PHENIRAMINE-PHENYLEPHRINE-ACETAMINOPHEN (ORAL)

PHENTERMINE HCL (ORAL) ⁽³⁾

PHENTERMINE HCL-TOPIRAMATE (ORAL) ⁽³⁾

PHENTOLAMINE MESYLATE (INJ) ⁽²⁾

PHENTOLAMINE-ALPROSTADIL (INJ) ⁽²⁾

PHENYLEPHRINE-ACETAMINOPHEN (ORAL)

MEDICAMENTOS EXCLUIDOS

PHENYLEPHRINE-ACETAMINOPHEN-GUAIFENESIN (ORAL)

PHENYLEPHRINE-DIPHENHYDRAMINE-GUAIFENESIN-ACETAMINOPHEN (ORAL)

PHENYLEPHRINE-GUAIFENESIN (ORAL)

PHENYLEPHRINE-IBUPROFEN (ORAL)

PHENYLTOLOXAMINE-ACETAMINOPHEN (ORAL)

PLAN B ONE-STEP (ORAL)

PLIXDA PADS (EXTERNAL)

PRASTERA (ORAL)

PRENATAL VITAMIN PREPARATIONS

PREVACID (ORAL)

PREVACID SOLUTAB

PREVIDENT (DENTAL)

PRIZOTRAL KIT

PROBARIMIN QT (ORAL)

PROBIOTIC PRODUCT (PACK)

PROGESTERONE (INJ) ⁽¹⁾

PROGESTERONE (VAG)

PROGESTERONE MICRONIZED (ORAL) ⁽¹⁾

PROLIA SOLN (INJ)

PROMETHAZINE W/ CODEINE (ORAL)

PROPECIA (ORAL)

PRO-STAT MAX (ORAL)

PRO-STAT RENAL CARE (ORAL)

PRO-STAT SUGAR FREE (ORAL)

⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾ La Categoría de Medicamentos está excluida a menos que su plan tenga una ampliación para ese beneficio

⁽¹⁾ Categoría de Medicamentos para la Infertilidad; ⁽²⁾ Categoría de Medicamentos para la Disfunción Sexual; ⁽³⁾ Categoría de Medicamentos para la Pérdida de Peso

Lista de Exclusión de Medicamentos de Kaiser Permanente Commercial HMO

Los artículos en esta lista están excluidos de la cobertura de beneficios de medicamentos recetados.

Es posible que no se incluyan todos los fármacos, concentraciones, formulaciones o tamaños de paquete de los medicamentos excluidos.

La lista no incluye todo y está sujeta a cambios.

El beneficio médico cubre los medicamentos administrados en el consultorio y los medicamentos intravenosos y están excluidos de ser suministrados en farmacias minoristas.

MEDICAMENTOS EXCLUIDOS

PRO-STAT SUGAR FREE AWC (ADVANCED WOUND CARE) (ORAL)

PRO-STAT SUGAR FREE AWC (ORAL)

PROSTIN VR (INJ) ⁽²⁾

PROTEOLIN (ORAL)

PSEUDOEPHEDRINE-ACETAMINOPHEN (ORAL)

PSEUDOEPHEDRINE-GUAIFENESIN (ORAL)

PSEUDOEPHEDRINE-IBUPROFEN (ORAL)

PSEUDOEPHEDRINE-NAPROXEN SODIUM (ORAL)

QUINOSONE KIT

RABIES IMMUNE GLOBULIN (HUMAN) (INJ)

RANITIDINE HCL (TABS/CAPS)

REMICADE (I.V.)

RETISERT (IMPLANT)

RHEUMATE (ORAL)

RHO D IMMUNE GLOBULIN (HUMAN) (INJ)

RHOFADE CREAM (TOPICAL)

RIDUZONE (ORAL)

RITUXAN HYCELA SOLN (INJ)

ROSDAN KIT (TOPICAL)

SCARCIN LIQUID (TOPICAL)

SCULPTRA (INJ)

SENTRA AM (ORAL)

SENTRA PM (ORAL)

SEXUAL DYSFUNCTION DRUGS (ORAL/INJ) ⁽²⁾

MEDICAMENTOS EXCLUIDOS

SIBUTRAMINE HCL MONOHYDRATE (ORAL) ⁽³⁾

SIGNIFOR LAR (INJ)

SIKLOS 1000 MG (ORAL)

SILAZONE THP (TOPICAL)

SILDENAFIL CITRATE (ORAL) ⁽²⁾

SILVER CARBOXYMETHYLCELLULOSE SOD/BANDAGES & RELATED PRODUCTS (SUPPLIES)

SINUVA IMPLANT

SMARTRX GABA THPK (PACK)

SMARTRX GABA-V THPK (PACK)

SODIUM FLUORIDE (DENTAL)

SODIUM FLUORIDE-POTASSIUM NITRATE (DENTAL)

SOLESTA GEL (IMPLANT)

SOLOX GEL (TOPICAL)

SPACER/AEROSOL HOLDING CHAMBERS (DEVICE)

SPRAVATO (NASAL)

STAXYN (ORAL) ⁽²⁾

STENDRA (ORAL) ⁽²⁾

SUBLOCADE SOSY INJ

SUMATRIPTAN-NAPROXEN SODIUM (ORAL)

SUPER SOLUBLE DUOCAL (ORAL)

SUPPRELIN LA/VANTAS (KIT)

SYNAGIS (INJ)

SYNVISC (INJ)

TAZAROTENE (FACIAL WRINKLES) (TOPICAL)

⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾ La Categoría de Medicamentos está excluida a menos que su plan tenga una ampliación para ese beneficio

⁽¹⁾ Categoría de Medicamentos para la Infertilidad; ⁽²⁾ Categoría de Medicamentos para la Disfunción Sexual; ⁽³⁾ Categoría de Medicamentos para la Pérdida de Peso

Lista de Exclusión de Medicamentos de Kaiser Permanente Commercial HMO

Los artículos en esta lista están excluidos de la cobertura de beneficios de medicamentos recetados.

Es posible que no se incluyan todos los fármacos, concentraciones, formulaciones o tamaños de paquete de los medicamentos excluidos.

La lista no incluye todo y está sujeta a cambios.

El beneficio médico cubre los medicamentos administrados en el consultorio y los medicamentos intravenosos y están excluidos de ser suministrados en farmacias minoristas.

MEDICAMENTOS EXCLUIDOS

TEARS AGAIN HYDRATE (ORAL)

TERBINAFINE-HYDROXYPROPYL CHITOSAN (KIT)

TESTOSTERONE CYPIONATE (KIT)

TESTOSTERONE PELLETS (IMPLANT)

THERAMINE (ORAL)

THROAT LOZENGES (ORAL)

THYROTROPIN ALFA (INJ)

TICALAST

TICASPRAY (NASAL)

TIZANIDINE & LINIMENT (PACK)

TOCILIZUMAB (INJ)

TORADOL (INJ)

TOXICOLOGY SALIVA COLLECTION (KIT)

TOXOIDS (INJ)

TOZAL (ORAL)

TRELSTAR MIXJECT SUSR (INJ)

TREPADONE (ORAL)

TRETINOIN (FACIAL WRINKLES) (TOPICAL)

TRETINOIN W/ CLEANSER & MOISTURIZER (KIT)

TRETIN-X (KIT)

TREXIMET (ORAL)

TRIAMCINOLONE ACETONIDE (NASAL)

TRIAMCINOLONE ACETONIDE-DIMETHICONE-SILICONE (KIT)

TRIAMCINOLONE ACETONIDE-SILICONE (PACK)

MEDICAMENTOS EXCLUIDOS

TRIGLIDE (ORAL)

TRI-LUMA (TOPICAL)

TRIPTODUR (INJ)

TRIXYLITRAL PACK

TRYPSIN, BALSAM PERU AND CASTOR OIL (TOPICAL)

UREA (TOPICAL)

UROFOLLITROPIN PURIFIED (INJ) ⁽¹⁾

UTI-STAT (ORAL)

VACCINE/TOXOID COMBO (INJ)

VACCINES (INJ)

VANIQA (TOPICAL)

VAROPHEN KIT

VASCAZEN (ORAL)

VASCULERA (ORAL)

VASOLEX (TOPICAL)

VAYACOG (ORAL)

VAYARIN (ORAL)

VAYAROL (ORAL)

VENLAFAXINE HCL ER (TAB)

VERAMYST SUSP (NASAL)

VIAGRA (ORAL) ⁽²⁾

VIMOVO (ORAL)

VITRASERT (IMPLANT)

VP-GSTN (ORAL)

⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾ La Categoría de Medicamentos está excluida a menos que su plan tenga una ampliación para ese beneficio

⁽¹⁾ Categoría de Medicamentos para la Infertilidad; ⁽²⁾ Categoría de Medicamentos para la Disfunción Sexual; ⁽³⁾ Categoría de Medicamentos para la Pérdida de Peso

Lista de Exclusión de Medicamentos de Kaiser Permanente Commercial HMO

Los artículos en esta lista están excluidos de la cobertura de beneficios de medicamentos recetados.

Es posible que no se incluyan todos los fármacos, concentraciones, formulaciones o tamaños de paquete de los medicamentos excluidos.

La lista no incluye todo y está sujeta a cambios.

El beneficio médico cubre los medicamentos administrados en el consultorio y los medicamentos intravenosos y están excluidos de ser suministrados en farmacias minoristas.

MEDICAMENTOS EXCLUIDOS

VP-PRECIP (ORAL)

VSL#3 (ORAL)

WHYTEDERM (KIT)

WOUND DRESSINGS (SUPPLIES)

WPR PLUS WOUND HEALING SYSTEM

ZEYOCAINE KIT

XGEVA (INJ)

XOLAIR (INJ)

XRYLIX (TOPICAL)

MEDICAMENTOS EXCLUIDOS

XYZAL (ORAL)

YOSPRALA (ORAL)

YUTIQ (IMPLANT)

ZILACAINE PATCH

ZILRETTA (INJ)

ZINC CITRATE-PHYTASE (ORAL)

ZOLGENSMA (I.V.)

ZOLADEX (IMPLANT)



⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾ La Categoría de Medicamentos está excluida a menos que su plan tenga una ampliación para ese beneficio

⁽¹⁾ Categoría de Medicamentos para la Infertilidad; ⁽²⁾ Categoría de Medicamentos para la Disfunción Sexual; ⁽³⁾ Categoría de Medicamentos para la Pérdida de Peso

NONDISCRIMINATION NOTICE

Kaiser Foundation Health Plan of Colorado (Kaiser Health Plan) complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Kaiser Health Plan does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex. We also:

- Provide no cost aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats, such as large print, audio, and accessible electronic formats
- Provide no cost language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, call **1-800-632-9700** (TTY: **711**)

If you believe that Kaiser Health Plan has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance by mail at: Customer Experience Department, Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator, 2500 South Havana, Aurora, CO 80014, or by phone at Member Services: 1-800-632-9700.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD). Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

HELP IN YOUR LANGUAGE

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-800-632-9700** (TTY: **711**).

አማርኛ (Amharic) ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ **1-800-632-9700** (TTY: **711**)።

العربية (Arabic) ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-800-632-9700** (TTY: **711**) .

Bàsòò Wùdù (Bassa) Dè dɛ nìà kɛ dyédé gbo: ɔ jũ ké ñ Bàsòò-wùdù-po-nyò jũ ní, níí, à wuɖu kà kò dò po-poò béin ñ gbo kpáa. Đá **1-800-632-9700** (TTY: **711**)

中文 (Chinese) 注意: 如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-800-632-9700** (TTY: **711**) 。

فارسی (Farsi) توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با **1-800-632-9700** (TTY: 711) تماس بگیرید.

Français (French) ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-800-632-9700** (TTY: 711).

Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung.
Rufnummer: **1-800-632-9700** (TTY: 711).

Igbo (Igbo) NRUBAMA: O bụrụ na ị na asụ Igbo, ọrụ enyemaka asụsụ, n'efu, dijiri gi. Kpọọ **1-800-632-9700** (TTY: 711).

日本語 (Japanese) 注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。 **1-800-632-9700** (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

한국어 (Korean) 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-800-632-9700** (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

Naabeehó (Navajo) Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éi ná hóló, kóji' hódíílnih **1-800-632-9700** (TTY: 711).

नेपाली (Nepali) ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । **1-800-632-9700** (TTY: 711) फोन गर्नुहोस् ।

Afaan Oromoo (Oromo) XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa **1-800-632-9700** (TTY: 711).

Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-800-632-9700** (TTY: 711).

Español (Spanish) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-632-9700** (TTY: 711).

Tagalog (Tagalog) PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad.
Tumawag sa **1-800-632-9700** (TTY: 711).

Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-800-632-9700** (TTY: 711).

Yorùbá (Yoruba) AKIYESI: Ti o ba nso ede Yoruba ofe ni iranlowo lori ede wa fun yin o. E pe ero ibanisoro yi **1-800-632-9700** (TTY: 711).