



## FORMULARIO Y LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO)

**IMPORTANTE:** ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN  
SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN

Número de envío de archivo de formulario aprobado por HPMS: 00024151

Este formulario se actualizó el 15/oct/2024. Para obtener información más reciente o si tiene preguntas, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente de Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO) al 1-877-293-4998, o al 711 si es usuario de TTY, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, o visite [www.hopkinsmedicare.com](http://www.hopkinsmedicare.com).



**Nota dirigida a los miembros existentes:** Este formulario ha cambiado desde el año pasado. Por favor, revise este documento para asegurarse de que todavía contiene los medicamentos que usted toma.

Cuando esta lista de medicamentos (formulario) hace referencia a “nosotros” o “nuestro”, se refiere a Johns Hopkins Advantage MD. Cuando hace referencia a “plan” o “nuestro plan”, se refiere a Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO).

Este documento contiene la lista de medicamentos (formulario) de nuestro plan que está actualizado al 15 de octubre de 2024. Para obtener el formulario actualizado, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario, aparece en la portada y en la contraportada.

Por lo general, debe acudir a las farmacias de la red para utilizar su beneficio de medicamentos recetados. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias y/o los copagos/coaseguros pueden cambiar el 1.º de enero de 2025 y en cualquier momento durante el año.

### **¿Qué es el Formulario de Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO)?**

En este documento, utilizamos los términos Lista de medicamentos y formulario para significar lo mismo. Un formulario es una lista seleccionada de medicamentos cubiertos por nuestro plan en consulta con un equipo de proveedores de salud, que representa los tratamientos recetados que se cree que deben formar parte de un programa de tratamientos de calidad. Nuestro plan por lo general cubre los medicamentos listados en nuestro formulario, siempre y cuando el medicamento sea necesario en términos médicos, los medicamentos recetados se despachen en una farmacia de la red del plan y se siguen otras reglas del plan. Para obtener más información sobre cómo obtener sus medicamentos recetados, revise su Evidencia de cobertura.

### **¿Puede cambiar el formulario?**

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurre el 1.º de enero, pero podríamos agregar o quitar medicamentos de la lista en el transcurso del año, cambiarlos a diferentes niveles de costos compartidos o agregar nuevas restricciones. Debemos seguir las reglas de Medicare al realizar estos cambios. Las actualizaciones del formulario se publican mensualmente en nuestro sitio web aquí:  
<https://www.hopkinsmedicare.com/members/part-d-coverage-determinations-and-appeals/>

**A continuación los cambios que pueden afectarle este año:** En los siguientes casos, usted se verá afectado por el cambio de la cobertura durante el año:

**Sustituciones inmediatas de ciertas versiones nuevas de medicamentos de marca y productos biológicos originales.** Podríamos eliminar de inmediato un medicamento de nuestro formulario si lo reemplazamos con una nueva versión determinada de ese medicamento que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en uno inferior y con las mismas restricciones o menos. Cuando agregamos una nueva versión de un medicamento a nuestro formulario, podemos decidir mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en nuestro formulario, pero inmediatamente trasladarlo a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones.

Podemos realizar estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca, o agregamos determinadas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba en el formulario (por ejemplo, agregando un biosimilar intercambiable que puede ser sustituido por un producto biológico original por una farmacia sin una nueva receta).

Si actualmente toma el medicamento de marca o el producto biológico original, podríamos no informarle con anticipación antes de hacer el cambio inmediato, pero más adelante le daremos información sobre los cambios específicos que hemos hecho.

Si hacemos dicho cambio, usted o su médico pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento que se está cambiando. Para obtener más información, consulte la sección a continuación titulada “¿Cómo solicito una excepción al Formulario de Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO)?”

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para obtener más información, consulte la sección a continuación titulada “¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?”

**Medicamentos retirados del mercado.** Si el fabricante retira un medicamento de la venta o la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) determina que debe retirarse por razones de seguridad o eficacia, podemos eliminar inmediatamente el medicamento de nuestro formulario y luego notificar a los miembros que toman el medicamento.

**Otros cambios.** Podemos hacer otros cambios que afecten a los miembros que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca que se encuentra actualmente en el formulario, o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o moverlo a un nivel de costo compartido diferente, o ambas cosas. Podemos realizar cambios según nuevas pautas clínicas. Si eliminamos medicamentos de nuestro formulario, agregamos autorización previa, límites de cantidad y/o restricciones a las terapias escalonadas de un medicamento o movemos un medicamento a un nivel de costo compartido más alto, debemos notificar a los miembros afectados sobre el cambio al menos 30 días antes de que el cambio entre en vigencia. Alternativamente, cuando un miembro solicita una renovación del medicamento, puede recibir un suministro de 30 días del medicamento y una notificación del cambio.

- Si realizamos estos otros cambios, usted o su médico pueden solicitarnos que hagamos una excepción y continuemos cubriendo el medicamento que ha estado tomando. El aviso que le proporcionamos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y también puede encontrar información en la sección a continuación titulada “¿Cómo solicito una excepción al Formulario de Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO)?”

**Cambios que no le afectarán si está tomando el medicamento en la actualidad:** Por lo general, si usted está tomando un medicamento incluido en nuestro formulario del 2025 y que estaba bajo cobertura al comienzo del año, no suspenderemos ni reduciremos la cobertura de ese medicamento durante el año de cobertura 2025, excepto como se describe a continuación. Esto significa que estos medicamentos

seguirán disponibles al mismo costo compartido y sin nuevas restricciones para aquellos miembros que los tomen durante el resto del año de cobertura. No recibirá un aviso directo este año sobre los cambios que no lo afecten. Sin embargo, el 1.º de enero del próximo año, dichos cambios le afectarán y es importante consultar el formulario para el nuevo año de beneficios para conocer si hay cambios en los medicamentos.

El formulario adjunto está vigente al 15 de octubre de 2024. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por nuestro plan, póngase en contacto con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en la portada y la contraportada. En el caso de que se produzcan cambios en el formulario a mitad de año que no sean de mantenimiento, los formularios se actualizarán mensualmente y se publicarán en nuestro sitio web.

## **¿Cómo utilizo el formulario?**

Hay dos maneras de encontrar su medicamento dentro del formulario:

### **Enfermedad**

El formulario comienza en la página 9. Los medicamentos en este formulario están agrupados en categorías según el tipo de enfermedad para la que se utilizan. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar una enfermedad cardíaca están listados bajo la categoría “CARDIOVASCULAR - MEDICAMENTOS PARA TRATAR ENFERMEDADES CARDÍACAS Y CIRCULATORIAS”. Si sabe para qué se utiliza su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página 10. Luego busque su medicamento bajo el nombre de la categoría.

### **Listado en orden alfabético**

Si no sabe en qué categoría buscar, debe buscar su medicamento en el Índice que comienza en la página 74. El índice contiene una lista en orden alfabético de todos los medicamentos incluidos en este documento. Tanto los medicamentos de marca como los genéricos están listados en este índice. Busque en el índice y encuentre su medicamento. Al lado de su medicamento, verá el número de la página donde puede encontrar la información sobre la cobertura. Vaya a la página listada en el Índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

## **¿Qué son los medicamentos genéricos?**

Nuestro plan cubre tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos. Un medicamento genérico es aquel que contiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca y tiene la aprobación de la FDA. Generalmente, los medicamentos genéricos funcionan igual de bien y suelen costar menos que los de marca. Hay medicamentos genéricos de remplazo disponibles para muchos medicamentos de marca. Los medicamentos genéricos generalmente pueden sustituir al medicamento de marca en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, dependiendo de las leyes estatales.

## **¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?**

En el formulario, cuando nos referimos a medicamentos, esto podría significar un fármaco o un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. Como los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas que se denominan biosimilares. Generalmente, los biosimilares funcionan tan bien como el producto biológico original y pueden costar menos. Existen alternativas biosimilares a algunos

productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, dependiendo de las leyes estatales, pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir a los medicamentos de marca.

Para obtener información sobre los tipos de medicamentos, consulte la Evidencia de cobertura, Capítulo 5, Sección 3.1, “La ‘Lista de medicamentos’ indica cuáles medicamentos de la Parte D están cubiertos”.

## ¿Existe alguna restricción en mi cobertura?

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

- **Autorización previa:** Nuestro plan le exige a usted o a su médico obtener autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que deberá recibir la aprobación por parte de nuestro plan antes de renovar sus medicamentos recetados. Si no recibe aprobación, tal vez no cubramos el medicamento.
- **Límites de cantidad:** Para ciertos medicamentos, nuestro plan limita la cantidad del medicamento que cubriremos. Por ejemplo, nuestro plan ofrece 30 tabletas cada 30 días por receta de Januvia. Esto podría ser adicional a un suministro estándar para uno o tres meses.
- **Terapia escalonada:** En algunos casos, nuestro plan exige que usted primero pruebe algunos medicamentos para tratar su enfermedad antes de que cubramos otro medicamento para esa condición. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B sirven para el tratamiento de su condición médica, nuestro plan podría no cubrir el medicamento B a menos que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le sirve, entonces le cubriremos el medicamento B.

Puede averiguar si su medicamento tiene límites o requisitos adicionales al buscar en el formulario que comienza en la página 9. También puede obtener más información sobre las restricciones aplicadas a medicamentos cubiertos específicos visitando nuestro sitio web. Hemos publicado documentos en línea que explican nuestras restricciones de autorización previa y terapia escalonada. También puede pedirnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario, aparece en la portada y en la contraportada.

Puede pedirle a nuestro plan que haga una excepción en cuanto a estas restricciones o límites o pedirle una lista de otros medicamentos similares que puedan servir para tratar su enfermedad. Consulte la sección “¿Cómo solicito una excepción al formulario de Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO)?” en la página 5 para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

## ¿Qué ocurre si mi medicamento no está en el formulario?

Si su medicamento no está incluido en este formulario (lista de medicamentos cubiertos), primero debe ponerse en contacto con Servicio de Atención al Cliente y preguntar si cubrimos su medicamento.

Si se entera de que nuestro plan no cubre su medicamento, tiene dos opciones:

- Puede pedirle a Servicio de Atención al Cliente una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por nuestro plan. Cuando reciba la lista, muéstrasela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por nuestro plan.
- Puede pedirle a nuestro plan que haga una excepción y cubra su medicamento. Más adelante encontrará información sobre cómo solicitar una excepción.

## ¿Cómo solicito una excepción al Formulario de Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO)?

Puede pedirle a nuestro plan que haga una excepción en las reglas de cobertura. Existen varios tipos de excepciones que nos puede solicitar.

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento aun cuando este no se encuentre en nuestro formulario. De aprobarse, este medicamento será cubierto a un nivel predeterminado de costo compartido y no podrá pedirnos que proporcionemos el medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.
- Puede solicitarnos que eliminemos una restricción de cobertura, incluida la autorización previa, la terapia escalonada o un límite de cantidad en su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, nuestro plan limita la cantidad del medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede solicitarnos que no apliquemos el límite y cubramos una cantidad mayor.

Generalmente, solo aprobaremos su solicitud de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan, el medicamento con menor costo compartido o la aplicación de la restricción no serían tan efectivos para usted y/o le causarían efectos adversos.

Usted o su médico deben comunicarse con nosotros para solicitarnos una decisión de cobertura inicial para una excepción de restricción de utilización o de formulario. **Cuando solicita una excepción, su médico deberá explicarle las razones médicas por las que necesita la excepción.** Por lo general, debemos tomar nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas de haber recibido la declaración de apoyo de su médico. Puede solicitar una decisión acelerada (rápida) si cree, y estamos de acuerdo, que su salud podría verse gravemente perjudicada si espera hasta 72 horas para recibir una decisión. Si estamos de acuerdo, o si su médico le solicita una decisión rápida, debemos darle una decisión a más tardar 24 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico.

## **¿Qué puedo hacer si mi medicamento no está en el formulario o tiene alguna restricción?**

Como miembro nuevo o regular de nuestro plan, podría estar tomando medicamentos que no estén dentro de nuestro formulario. O podría estar tomando un medicamento que está en nuestro formulario, pero su capacidad para obtenerlo es limitada. Por ejemplo, podría necesitar una autorización previa de nuestra parte antes de que pueda surtir sus recetas. Es recomendable que hable con su médico para decidir si debe cambiar a un medicamento apropiado que cubramos o solicitar una excepción al formulario para que cubramos el medicamento que usted toma. Mientras habla con su médico para determinar qué debe hacer, podríamos cubrir su medicamento en casos determinados durante los primeros 90 días en los que usted es miembro de nuestro plan.

Para cada uno de sus medicamentos que no esté en nuestro formulario o tenga una restricción de cobertura, cubriremos un suministro temporal de 30 días. Si su receta es por menos días, permitiremos varios surtidos para proporcionarle hasta un máximo de 30 días de suministro del medicamento. Si no se aprueba la cobertura, después del primer suministro de 30 días, no pagaremos estos medicamentos, incluso si ha sido miembro del plan menos de 90 días.

Si es residente de una institución de cuidado a largo plazo y necesita un medicamento que no esté en nuestro formulario o su capacidad para obtener los medicamentos es limitada, pero tiene más de 90 días de membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia para 31 días para ese medicamento mientras tramita una excepción al formulario.

Si experimenta un cambio en su nivel de cuidado, como un cambio de un hospital a un hogar, y necesita un medicamento que no está en nuestro formulario, o si su capacidad para obtener sus medicamentos es limitada, cubriremos un suministro temporal único por hasta 30 días (o 31 días si es residente de cuidado a largo plazo) de una farmacia de la red. Durante este período, debe usar el proceso de excepción del plan si desea tener una cobertura continua del medicamento después de que finalice el suministro temporal.

### **Para más información**

Para obtener información más detallada sobre su cobertura de medicamentos recetados de Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO), revise su Evidencia de cobertura y otros materiales del plan.

Si tiene preguntas sobre nuestro plan, contáctenos. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario, aparece en la portada y en la contraportada.

Si tiene preguntas generales sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. O visite <http://www.medicare.gov>.

## Formulario de Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO)

El formulario que comienza en la próxima página proporciona información sobre la cobertura de medicamentos de nuestro plan. Si tiene algún problema para encontrar su medicamento en la lista, pase al Índice que comienza en la página 74

La primera columna del cuadro indica el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca se escriben en mayúsculas (p. ej., SYNTHROID) y los genéricos en minúsculas en cursiva (p. ej., *levotiroxina*).

La información en la columna de Requerimientos/Límites le dice si nuestro plan tiene algún requerimiento especial para la cobertura de su medicamento.

PA – Autorización previa Nuestro plan requiere que usted o su proveedor obtengan autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que necesitará obtener nuestra aprobación antes de obtener sus medicamentos recetados. Si no recibe aprobación, tal vez no cubramos el medicamento.

QL – El medicamento tiene un límite de cantidad Para ciertos medicamentos, nuestro plan limita la cantidad del medicamento que cubriremos. Por ejemplo, nuestro plan proporciona 30 tabletas cada 30 días por receta de rosuvastatina.

ST – Terapia escalonada. En algunos casos, nuestro plan exige que usted primero pruebe algunos medicamentos para tratar su enfermedad antes de que cubramos otro medicamento para esa condición. Por ejemplo, si tanto el medicamento A como el medicamento B tratan su condición médica, es posible que no cubramos el medicamento B a menos que pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no le sirve, entonces le cubriremos el medicamento B.

NM – No está disponible en farmacias de pedido por correo

B/D – Este medicamento puede estar cubierto por las partes B o D de Medicare, dependiendo de las circunstancias. Podría ser necesario enviar información que describa el uso y el entorno del medicamento para hacer una determinación.

I – Es posible que el copago por nivel de este medicamento no se aplique en su caso. La insulina cubierta por nuestro plan no supera los \$35 por un suministro de un mes. Llame al Servicio de Atención al Cliente para obtener un costo estimado.

Algunos medicamentos adicionales que no están cubiertos por Medicare pueden estar cubiertos a través de sus beneficios del Departamento de Salud de Maryland (Medicaid). Los miembros pueden obtener



información sobre el programa de medicamentos de Maryland en:  
<https://mmcp.health.maryland.gov/pap/pages/preferred-drug-list.aspx>.

<b>Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO)</b>		
<b>Nivel de costo compartido</b>	<b>Costo compartido estándar minorista (dentro de la red)</b>	<b>Costo compartido estándar de pedido por correo (en la red)</b>
Todos los medicamentos del formulario	25% o \$0 / \$1.60 / \$4.90 por genéricos (incluidos los medicamentos tratados como genéricos) \$0 / \$4.80 / \$12.15 para todos los otros medicamentos *	25% o \$0 / \$1.60 / \$4.90 por genéricos (incluidos los medicamentos tratados como genéricos) \$0/ \$4.80 / \$12.15 para todos los otros medicamentos *

**NOTA:**

- Los medicamentos se proveen en un centro de cuidados a largo plazo para un suministro de hasta 31 días
- El pedido por correo está disponible para solicitar cómodamente un suministro de medicamentos de hasta 90 días. Puede comunicarse con nosotros llamando por teléfono al número que se encuentra en la portada y contraportada.
- Puede encontrar la información completa sobre costos compartidos en la Evidencia de cobertura

\*El costo compartido se basa en su nivel de Ayuda Adicional.

## Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO)

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<b>ANALGESICS - DRUGS TO TREAT PAIN AND INFLAMMATION</b>		
<b>GOUT - DRUGS TO TREAT GOUT</b>		
<i>allopurinol</i> TABS 100mg, 300mg	1	
<i>colchicine</i> (generic of MITIGARE) CAPS .6mg QL (60 caps / 30 days)	1	QL
<i>colchicine</i> TABS .6mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL
<i>colchicine w/ probenecid tab</i> 0.5-500 mg MITIGARE CAPS .6mg QL (60 caps / 30 days)	1	QL
<i>probenecid</i> TABS 500mg	1	
<b>MISCELLANEOUS</b>		
<i>lidocaine hcl</i> (local anesth.) (generic of XYLOCAINE-MPF) SOLN .5%, 1%, 1.5%	1	B/D
<i>lidocaine hcl</i> (local anesth.) (generic of XYLOCAINE) SOLN .5%, 1%, 2%	1	B/D
<b>NSAIDS - DRUGS TO TREAT PAIN AND INFLAMMATION</b>		
<i>celecoxib</i> (generic of CELEBREX) CAPS 50mg, 100mg, 200mg QL (60 caps / 30 days)	1	QL
<i>celecoxib</i> (generic of CELEBREX) CAPS 400mg QL (30 caps / 30 days)	1	QL
<i>diclofenac potassium</i> TABS 50mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL
<i>diclofenac sodium</i> TB24 100mg; TBEC 25mg, 50mg, 75mg	1	
<i>diflunisal</i> TABS 500mg	1	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>etodolac</i> CAPS 200mg, 300mg; TABS 500mg; TB24 400mg, 500mg, 600mg	1	
<i>etodolac</i> (generic of LODINE) TABS 400mg	1	
<i>flurbiprofen</i> TABS 100mg	1	
<i>ibu</i> TABS 400mg, 600mg, 800mg	1	
<i>ibuprofen</i> SUSP 100mg/5ml; TABS 400mg, 600mg, 800mg	1	
<i>meloxicam</i> TABS 7.5mg, 15mg	1	
<i>nabumetone</i> TABS 500mg, 750mg	1	
<i>naproxen</i> TABS 250mg, 375mg	1	
<i>naproxen</i> (generic of NAPROSYN) TABS 500mg	1	
<i>naproxen</i> (generic of EC-NAPROSYN) TBEC 375mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL
<i>naproxen dr</i> (generic of EC-NAPROSYN) TBEC 500mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL
<i>naproxen sodium</i> TABS 275mg	1	
<i>naproxen sodium</i> (generic of ANAPROX DS) TABS 550mg	1	
<i>piroxicam</i> CAPS 10mg, 20mg	1	
<i>sulindac</i> TABS 150mg, 200mg	1	
<b>OPIOID ANALGESICS, LONG-ACTING</b>		
<i>fentanyl</i> PT72 12mcg/hr, 25mcg/hr, 37.5mcg/hr, 50mcg/hr, 62.5mcg/hr, 75mcg/hr, 87.5mcg/hr, 100mcg/hr QL (10 patches / 30 days)	1	QL PA
<i>hydrocodone bitartrate</i> T24A 20mg, 30mg, 40mg, 60mg, 80mg, 100mg, 120mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL PA

**PA** - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **V/I** - Vacunas / Insulinas

9

V/I - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES		NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES		L	LIMITES
<i>methadone hcl</i> SOLN 5mg/5ml, 10mg/5ml QL (450 mL / 30 days)	1	QL PA	<i>fentanyl citrate</i> LPOP 200mcg, 400mcg, 600mcg, 800mcg, 1200mcg, 1600mcg QL (120 lozenges / 30 days)	1	QL PA
<i>methadone hcl</i> TABS 5mg, 10mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL PA	<i>hydrocodone-acetaminophen soln 7.5-325 mg/15ml</i> QL (2700 mL / 30 days)	1	QL
<i>methadone hydrochloride i</i> (generic of METHADOSE) CONC 10mg/ml QL (90 mL / 30 days)	1	QL PA	<i>hydrocodone-acetaminophen tab 5-325 mg</i> QL (240 tabs / 30 days)	1	QL
<i>morphine sulfate</i> (generic of MS CONTIN) TBCR 15mg, 30mg, 60mg, 100mg, 200mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL PA	<i>hydrocodone-acetaminophen tab 7.5-325 mg</i> QL (180 tabs / 30 days)	1	QL
<b>OPIOID ANALGESICS, SHORT-ACTING</b>			<i>hydrocodone-acetaminophen tab 10-325 mg</i> QL (180 tabs / 30 days)	1	QL
<i>acetaminophen w/ codeine soln 120-12 mg/5ml</i> QL (2700 mL / 30 days)	1	QL	<i>hydrocodone-ibuprofen tab 7.5-200 mg</i> QL (150 tabs / 30 days)	1	QL
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-15 mg</i> QL (400 tabs / 30 days)	1	QL	<i>hydromorphone hcl</i> (generic of DILAUDID) LIQD 1mg/ml QL (600 mL / 30 days)	1	QL
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-30 mg</i> QL (360 tabs / 30 days)	1	QL	<i>hydromorphone hcl</i> (generic of DILAUDID) TABS 2mg, 4mg, 8mg QL (180 tabs / 30 days)	1	QL
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-60 mg</i> QL (180 tabs / 30 days)	1	QL	<i>morphine sulfate</i> SOLN 4mg/ml, 8mg/ml, 10mg/ml	1	B/D
<i>butorphanol tartrate</i> SOLN 1mg/ml, 2mg/ml	1		<i>morphine sulfate</i> SOLN 10mg/5ml, 20mg/5ml QL (900 mL / 30 days)	1	QL
<i>endocet tab 2.5-325mg</i> (generic of PERCOCET) QL (360 tabs / 30 days)	1	QL	<i>morphine sulfate</i> SOLN 100mg/5ml QL (180 mL / 30 days)	1	QL
<i>endocet tab 5-325mg</i> (generic of PERCOCET) QL (360 tabs / 30 days)	1	QL	<i>morphine sulfate</i> TABS 15mg, 30mg QL (180 tabs / 30 days)	1	QL
<i>endocet tab 7.5-325mg</i> (generic of PERCOCET) QL (240 tabs / 30 days)	1	QL	<i>nalbuphine hcl</i> SOLN 10mg/ml, 20mg/ml	1	
<i>endocet tab 10-325mg</i> (generic of PERCOCET) QL (180 tabs / 30 days)	1	QL	<i>oxycodone hcl</i> CONC 100mg/5ml QL (180 mL / 30 days)	1	QL

**PA** - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **V/I** - Vacunas / Insulinas

10

V/I - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>oxycodone hcl</i> SOLN 5mg/5ml QL (900 mL / 30 days)	1	QL
<i>oxycodone hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg QL (180 tabs / 30 days)	1	QL
<i>oxycodone hcl</i> (generic of ROXICODONE) TABS 15mg, 30mg QL (180 tabs / 30 days)	1	QL
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab</i> 2.5-325 mg (generic of PERCO CET) QL (360 tabs / 30 days)	1	QL
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab</i> 5-325 mg (generic of PERCO CET) QL (360 tabs / 30 days)	1	QL
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab</i> 7.5-325 mg (generic of PERCO CET) QL (240 tabs / 30 days)	1	QL
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab</i> 10-325 mg (generic of PERCO CET) QL (180 tabs / 30 days)	1	QL
<i>tramadol hcl</i> TABS 50mg QL (240 tabs / 30 days)	1	QL
<i>tramadol-acetaminophen tab</i> 37.5-325 mg QL (240 tabs / 30 days)	1	QL
<b>ANTI-INFECTIVES - DRUGS TO TREAT INFECTIONS</b>		
<b>ANTI-INFECTIVES - MISCELLANEOUS</b>		
<i>albendazole</i> TABS 200mg QL (672 tabs / year)	1	QL PA
<i>amikacin sulfate</i> SOLN 1gm/4ml, 500mg/2ml	1	
ARIKAYCE SUSP 590mg/8.4ml	1	NM PA
<i>atovaquone</i> (generic of MEPRON) SUSP 750mg/5ml QL (300 mL / 30 days)	1	QL PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>aztreonam</i> (generic of AZACTAM) SOLR 1gm, 2gm	1	
CAYSTON SOLR 75mg	1	NM PA
<i>clindamycin hcl</i> (generic of CLEOCIN) CAPS 75mg, 150mg, 300mg	1	
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i> (generic of CLEOCIN PEDIATRIC GRANULE) SOLR 75mg/5ml	1	
<i>clindamycin phosphate</i> (generic of CLEOCIN PHOSPHATE) SOLN 900mg/6ml, 9000mg/60ml	1	
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i> 300 mg/50ml	1	
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i> 600 mg/50ml	1	
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i> 900 mg/50ml	1	
CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML	1	
CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML	1	
CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML	1	
<i>colistimethate sodium</i> (generic of COLY-MYCIN M) SOLR 150mg	1	
<i>dapsone</i> TABS 25mg, 100mg	1	
DAPTOMYCIN SOLR 350mg	1	
<i>daptomycin</i> (generic of DAPTOMYCIN) SOLR 350mg	1	
<i>daptomycin</i> SOLR 500mg	1	
EMVERM CHEW 100mg QL (12 tabs / year)	1	QL
<i>ertapenem sodium</i> SOLR 1gm	1	
<i>gentamicin in saline inj</i> 0.8 mg/ml	1	
<i>gentamicin in saline inj</i> 1 mg/ml	1	

**PA** - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **V/I** - Vacunas / Insulinas

11

V/I - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>gentamicin in saline inj 1.2 mg/ml</i>	1	
<i>gentamicin in saline inj 1.6 mg/ml</i>	1	
<i>gentamicin in saline inj 2 mg/ml</i>	1	
<i>gentamicin sulfate SOLN 10mg/ml, 40mg/ml</i>	1	
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln 250 mg</i>	1	
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln 500 mg (generic of PRIMAXIN IV)</i>	1	
IMPAVIDO CAPS 50mg	1	PA
<i>ivermectin (generic of STROMEKTOL) TABS 3mg QL (12 tabs / 90 days)</i>	1	QL PA
<i>linezolid (generic of ZYVOX) SOLN 600mg/300ml</i>	1	
<i>linezolid (generic of ZYVOX) SUSR 100mg/5ml QL (1800 mL / 30 days)</i>	1	QL
<i>linezolid (generic of ZYVOX) TABS 600mg QL (60 tabs / 30 days)</i>	1	QL
LINEZOLID INJ 2MG/ML	1	
<i>meropenem SOLR 1gm, 500mg</i>	1	
<i>methenamine hippurate (generic of HIPREX) TABS 1gm</i>	1	
<i>metronidazole (generic of METRONIDAZOLE) SOLN 500mg/100ml</i>	1	
<i>metronidazole TABS 250mg, 500mg</i>	1	
<i>neomycin sulfate TABS 500mg</i>	1	
<i>nitazoxanide TABS 500mg QL (6 tabs / 30 days)</i>	1	QL
<i>nitrofurantoin macrocrystal (generic of MACRODANTIN) CAPS 50mg, 100mg</i>	1	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>nitrofurantoin monohyd macro (generic of MACROBID) CAPS 100mg</i>	1	
<i>pentamidine isethionate inh (generic of NEBUPENT) SOLR 300mg</i>	1	B/D
<i>pentamidine isethionate inj (generic of PENTAM 300) SOLR 300mg</i>	1	
<i>polymyxin b sulfate SOLR 500000unit</i>	1	
<i>praziquantel (generic of BILTRICIDE) TABS 600mg</i>	1	
<i>pyrimethamine (generic of DARAPRIM) TABS 25mg QL (90 tabs / 30 days)</i>	1	QL PA
<i>streptomycin sulfate SOLR 1gm</i>	1	
<i>sulfadiazine TABS 500mg</i>	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim iv soln 400-80 mg/5ml</i>	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim susp 200-40 mg/5ml</i>	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab 400-80 mg (generic of BACTRIM)</i>	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab 800-160 mg (generic of BACTRIM DS)</i>	1	
<i>tinidazole TABS 250mg, 500mg</i>	1	
TOBI PODHALER CAPS 28mg	1	NM PA
<i>tobramycin (generic of KITABIS PAK) NEBU 300mg/5ml</i>	1	NM PA
<i>tobramycin sulfate SOLN 1.2gm/30ml, 10mg/ml, 40mg/ml, 80mg/2ml</i>	1	
<i>trimethoprim TABS 100mg</i>	1	

**PA** - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **V/I** - Vacunas / Insulinas

12

V/I - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>vancomycin hcl</i> (generic of VANCOCIN) CAPS 125mg QL (80 caps / 180 days)	1	QL
<i>vancomycin hcl</i> (generic of VANCOCIN) CAPS 250mg QL (160 caps / 180 days)	1	QL
<i>vancomycin hcl</i> (generic of VANCOMYCIN HYDROCHLORIDE) SOLR 1.25gm	1	
<i>vancomycin hcl</i> SOLR 1gm, 1.5gm, 5gm, 10gm, 500mg, 750mg	1	
VANCOMYCIN INJ 1 GM	1	
VANCOMYCIN INJ 500MG	1	
VANCOMYCIN INJ 750MG	1	
<b>ANTIFUNGALS - DRUGS TO TREAT FUNGAL INFECTIONS</b>		
ABELCET SUSP 5mg/ml	1	B/D
<i>amphotericin b</i> SOLR 50mg	1	B/D
<i>amphotericin b liposome</i> (generic of AMBISOME) SUSR 50mg	1	B/D
<i>caspofungin acetate</i> (generic of CANCIDAS) SOLR 50mg, 70mg	1	
<i>fluconazole</i> SUSR 10mg/ml; TABS 50mg	1	
<i>fluconazole</i> (generic of DIFLUCAN) SUSR 40mg/ml; TABS 100mg, 150mg, 200mg	1	
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj</i> 200 mg/100ml	1	
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj</i> 400 mg/200ml	1	
<i>flucytosine</i> (generic of ANCOBON) CAPS 250mg, 500mg	1	PA
<i>griseofulvin microsize</i> SUSP 125mg/5ml; TABS 500mg	1	
<i>griseofulvin ultramicronsize</i> TABS 125mg, 250mg	1	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>itraconazole</i> (generic of SPORANOX) CAPS 100mg	1	PA
<i>ketoconazole</i> TABS 200mg	1	PA
<i>miconazole sodium</i> (generic of MYCAMINE) SOLR 50mg, 100mg	1	
<i>nystatin</i> TABS 500000unit	1	
<i>posaconazole</i> (generic of NOXAFIL) SUSP 40mg/ml QL (630 mL / 30 days)	1	QL PA
<i>posaconazole</i> (generic of NOXAFIL) TBEC 100mg QL (93 tabs / 30 days)	1	QL PA
<i>terbinafine hcl</i> TABS 250mg QL (30 tabs / 30 days) PA applies after a 90 day supply in a calendar year	1	QL PA
<i>voriconazole</i> (generic of VFEND IV) SOLR 200mg	1	PA
<i>voriconazole</i> (generic of VFEND) SUSR 40mg/ml QL (600 mL / 28 days)	1	QL PA
<i>voriconazole</i> (generic of VFEND) TABS 50mg QL (480 tabs / 30 days)	1	QL
<i>voriconazole</i> (generic of VFEND) TABS 200mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL
<b>ANTIMALARIALS - DRUGS TO TREAT MALARIA</b>		
<i>atovaquone-proguanil hcl tab</i> 62.5-25 mg (generic of MALARONE)	1	
<i>atovaquone-proguanil hcl tab</i> 250-100 mg (generic of MALARONE)	1	
<i>chloroquine phosphate</i> TABS 250mg, 500mg	1	
COARTEM TAB 20-120MG	1	
<i>mefloquine hcl</i> TABS 250mg	1	
PRIMAQUINE PHOSPHATE TABS 26.3mg	1	

**PA** - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **V/I** - Vacunas / Insulinas

13

V/I - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>primaquine phosphate</i> (generic of PRIMAQUINE PHOSPHATE) TABS 26.3mg	1	
<i>quinine sulfate</i> (generic of QUALAQUIN) CAPS 324mg	1	PA
<b>ANTIRETROVIRAL AGENTS - DRUGS TO SUPPRESS HIV/AIDS INFECTION</b>		
<i>abacavir sulfate</i> (generic of ZIAGEN) SOLN 20mg/ml	1	NM
<i>abacavir sulfate</i> TABS 300mg	1	NM
APTIVUS CAPS 250mg	1	NM
<i>atazanavir sulfate</i> CAPS 150mg	1	NM
<i>atazanavir sulfate</i> (generic of REYATAZ) CAPS 200mg, 300mg	1	NM
<i>darunavir</i> (generic of PREZISTA) TABS 600mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL NM
<i>darunavir</i> (generic of PREZISTA) TABS 800mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM
EDURANT TABS 25mg	1	NM
<i>efavirenz</i> (generic of SUSTIVA) TABS 600mg	1	NM
<i>emtricitabine</i> (generic of EMTRIVA) CAPS 200mg	1	NM
EMTRIVA SOLN 10mg/ml	1	NM
<i>etravirine</i> (generic of INTELENCE) TABS 100mg, 200mg	1	NM
<i>fosamprenavir calcium</i> (generic of LEXIVA) TABS 700mg	1	NM
FUZEON SOLR 90mg	1	NM
INTELENCE TABS 25mg	1	NM
ISENTRESS CHEW 25mg, 100mg; PACK 100mg; TABS 400mg	1	NM
ISENTRESS HD TABS 600mg	1	NM
<i>lamivudine</i> (generic of EPIVIR) SOLN 10mg/ml; TABS 150mg, 300mg	1	NM

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>maraviroc</i> (generic of SELZENTRY) TABS 150mg, 300mg	1	NM
<i>nevirapine</i> SUSP 50mg/5ml; TABS 200mg; TB24 400mg	1	NM
NORVIR PACK 100mg	1	NM
PIFELTRO TABS 100mg	1	NM
PREZISTA SUSP 100mg/ml QL (400 mL / 30 days)	1	QL NM
PREZISTA TABS 75mg QL (480 tabs / 30 days)	1	QL NM
PREZISTA TABS 150mg QL (240 tabs / 30 days)	1	QL NM
REYATAZ PACK 50mg	1	NM
<i>ritonavir</i> (generic of NORVIR) TABS 100mg	1	NM
RUKOBIA TB12 600mg	1	NM
SELZENTRY SOLN 20mg/ml; TABS 25mg, 75mg	1	NM
SUNLENCA TBPK 300mg	1	NM
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> (generic of VIREAD) TABS 300mg	1	NM
TIVICAY TABS 10mg, 25mg, 50mg	1	NM
TIVICAY PD TBSO 5mg	1	NM
TROGARZO SOLN 200mg/1.33ml	1	NM
TYBOST TABS 150mg	1	NM
VIRACEPT TABS 250mg, 625mg	1	NM
VIREAD POWD 40mg/gm; TABS 150mg, 200mg, 250mg	1	NM
<i>zidovudine</i> (generic of RETROVIR) CAPS 100mg; SYRP 50mg/5ml	1	NM
<i>zidovudine</i> TABS 300mg	1	NM
<b>ANTIRETROVIRAL COMBINATION AGENTS - DRUGS TO SUPPRESS HIV/AIDS INFECTION</b>		
<i>abacavir sulfate-lamivudine</i> tab 600-300 mg (generic of EPZICOM)	1	NM

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D V/I - Vacunas / Insulinas

14

V/I - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
BIKTARVY TAB 30-120-15 MG	1	NM
BIKTARVY TAB 50-200-25 MG	1	NM
CIMDUO TAB 300-300	1	NM
COMPLERA TAB	1	NM
DELSTRIGO TAB	1	NM
DESCOVY TAB 120-15MG QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM
DESCOVY TAB 200/25MG QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM
DOVATO TAB 50-300MG	1	NM
<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab 600-200-300 mg</i> (generic of ATRIPLA)	1	NM
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 400-300-300 mg</i> (generic of SYMFI LO)	1	NM
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 600-300-300 mg</i> (generic of SYMFI)	1	NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 100-150 mg</i> (generic of TRUVADA) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 133-200 mg</i> (generic of TRUVADA) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 167-250 mg</i> (generic of TRUVADA) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 200-300 mg</i> (generic of TRUVADA) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM
EVOTAZ TAB 300-150	1	NM
GENVOYA TAB	1	NM
JULUCA TAB 50-25MG	1	NM

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg</i>	1	NM
<i>lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80-20 mg/ml)</i> (generic of KALETRA)	1	NM
<i>lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg</i> (generic of KALETRA)	1	NM
<i>lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg</i> (generic of KALETRA)	1	NM
ODEFSEY TAB	1	NM
PREZCOBIX TAB 800-150	1	NM
STRIBILD TAB	1	NM
SYMTUZA TAB	1	NM
TRIUMEQ PD TAB	1	NM
TRIUMEQ TAB	1	NM
<b>ANTITUBERCULAR AGENTS - DRUGS TO TREAT TUBERCULOSIS</b>		
<i>cycloserine CAPS 250mg</i>	1	
<i>ethambutol hcl TABS 100mg, 400mg</i>	1	
<i>isoniazid SYRP 50mg/5ml; TABS 100mg, 300mg</i>	1	
PRIFTIN TABS 150mg	1	
<i>pyrazinamide TABS 500mg</i>	1	
<i>rifabutin</i> (generic of MYCOBUTIN) CAPS 150mg	1	
<i>rifampin CAPS 150mg, 300mg</i>	1	
<i>rifampin</i> (generic of RIFADIN) SOLR 600mg	1	
SIRTURO TABS 20mg, 100mg	1	NM PA
TRECTOR TABS 250mg	1	
<b>ANTIVIRALS - DRUGS TO TREAT VIRAL INFECTIONS</b>		
<i>acyclovir CAPS 200mg; SUSP 200mg/5ml; TABS 400mg, 800mg</i>	1	
<i>acyclovir sodium SOLN 50mg/ml</i>	1	B/D
<i>adefovir dipivoxil TABS 10mg</i>	1	NM
BARACLUDE SOLN .05mg/ml	1	NM ST

**PA** - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **V/I** - Vacunas / Insulinas

15

V/I - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.



NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>entecavir</i> (generic of BARACLUDE) TABS .5mg, 1mg	1	NM
EPCLUSA PAK 150-37.5	1	NM PA
EPCLUSA PAK 200-50MG	1	NM PA
EPCLUSA TAB 200-50MG	1	NM PA
EPCLUSA TAB 400-100	1	NM PA
<i>famciclovir</i> TABS 125mg, 250mg, 500mg	1	
<i>ganciclovir sodium</i> SOLR 500mg	1	B/D
HARVONI PAK 33.75-150MG	1	NM PA
HARVONI PAK 45-200MG	1	NM PA
HARVONI TAB 45-200MG	1	NM PA
HARVONI TAB 90-400MG	1	NM PA
<i>lamivudine (hbv)</i> TABS 100mg	1	NM
LIVTENCITY TABS 200mg QL (336 tabs / 28 days)	1	QL NM PA
MAVYRET PAK 50-20MG	1	NM PA
MAVYRET TAB 100-40MG	1	NM PA
<i>oseltamivir phosphate</i> (generic of TAMIFLU) CAPS 30mg QL (168 caps / year)	1	QL
<i>oseltamivir phosphate</i> (generic of TAMIFLU) CAPS 45mg, 75mg QL (84 caps / year)	1	QL
<i>oseltamivir phosphate</i> (generic of TAMIFLU) SUSR 6mg/ml QL (1080 mL / year)	1	QL
PAXLOVID TAB 150-100 QL (40 tabs / 90 days)	1	QL
PAXLOVID TAB 300-100 QL (60 tabs / 90 days)	1	QL
PEGASYS SOLN 180mcg/ml; SOSY 180mcg/0.5ml	1	NM PA
PREVYMIS TABS 240mg, 480mg QL (28 tabs / 28 days)	1	QL PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
RELENZA DISKHALER AEPB 5mg/blister QL (6 inhalers / year)	1	QL
<i>ribavirin (hepatitis c)</i> CAPS 200mg; TABS 200mg	1	NM
<i>rimantadine hydrochloride</i> TABS 100mg	1	
<i>valacyclovir hcl</i> (generic of VALTREX) TABS 1gm, 500mg	1	
<i>valganciclovir hcl</i> (generic of VALCYTE) SOLR 50mg/ml; TABS 450mg	1	
VOSEVI TAB	1	NM PA
XOFLUZA TBPK 40mg, 80mg QL (1 tab / 180 days)	1	QL
<b>CEPHALOSPORINS - DRUGS TO TREAT INFECTIONS</b>		
<i>cefaclor</i> CAPS 250mg, 500mg	1	
<i>cefadroxil</i> CAPS 500mg; SUSR 250mg/5ml, 500mg/5ml	1	
CEFAZOLIN SOLR 2gm, 3gm	1	
CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML	1	
<i>cefazolin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 3gm, 10gm, 500mg	1	
CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4%	1	
<i>cefdinir</i> CAPS 300mg; SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	1	
<i>cefepime hcl</i> SOLR 1gm, 2gm	1	
<i>cefixime</i> CAPS 400mg; SUSR 100mg/5ml, 200mg/5ml	1	
<i>cefotetan disodium</i> (generic of CEFOTAN) SOLR 1gm, 2gm	1	
<i>cefoxitin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm	1	
<i>cefpodoxime proxetil</i> SUSR 50mg/5ml, 100mg/5ml; TABS 100mg, 200mg	1	

**PA** - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **V/I** - Vacunas / Insulinas

16

V/I - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVE L</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<i>cefprozil</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg	1	
<i>ceftazidime</i> SOLR 1gm, 2gm, 6gm	1	
<i>ceftriaxone sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 250mg, 500mg	1	
<i>cefuroxime axetil</i> TABS 250mg, 500mg	1	
<i>cefuroxime sodium</i> SOLR 1.5gm, 750mg	1	
<i>cephalexin</i> CAPS 250mg, 500mg; SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	1	
<i>tazicef</i> SOLR 1gm, 2gm, 6gm	1	
TEFLARO SOLR 400mg, 600mg	1	
<b>ERYTHROMYCINS/MACROLIDES - DRUGS TO TREAT INFECTIONS</b>		
<i>azithromycin</i> PACK 1gm; TABS 600mg	1	
<i>azithromycin</i> (generic of ZITHROMAX) SOLR 500mg; SUSR 100mg/5ml, 200mg/5ml; TABS 250mg, 500mg	1	
<i>clarithromycin</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg	1	
<i>clarithromycin</i> (generic of BIAXIN XL) TB24 500mg	1	
DIFICID SUSR 40mg/ml; TABS 200mg	1	
e.e.s. 400 TABS 400mg	1	
<i>ery-tab</i> TBEC 250mg, 333mg, 500mg	1	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE SOLR 500mg	1	
<i>erythromycin base</i> CPEP 250mg; TABS 250mg, 500mg; TBEC 250mg, 333mg, 500mg	1	

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVE L</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> TABS 400mg	1	
<i>erythromycin lactobionate</i> (generic of ERYTHROCIN LACTOBIONATE) SOLR 500mg	1	
<b>FLUOROQUINOLONAS - DRUGS TO TREAT INFECTIONS</b>		
<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml in d5w</i>	1	
<i>ciprofloxacin 400 mg/200ml in d5w</i>	1	
<i>ciprofloxacin hcl</i> (generic of CIPRO) TABS 250mg, 500mg	1	
<i>ciprofloxacin hcl</i> TABS 750mg	1	
<i>levofloxacin</i> SOLN 25mg/ml; TABS 250mg, 500mg, 750mg	1	
<i>levofloxacin in d5w iv soln 250 mg/50ml</i>	1	
<i>levofloxacin in d5w iv soln 500 mg/100ml</i>	1	
<i>levofloxacin in d5w iv soln 750 mg/150ml</i>	1	
<i>moxifloxacin hcl</i> TABS 400mg	1	
<i>moxifloxacin hcl 400 mg/250ml in sodium chloride 0.8% inj</i>	1	
<b>PENICILLINS - DRUGS TO TREAT INFECTIONS</b>		
<i>amoxicillin</i> CAPS 250mg, 500mg; CHEW 125mg, 250mg; SUSR 125mg/5ml, 200mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 500mg, 875mg	1	
<i>amoxicillin</i> (generic of AMOXICILLIN) SUSR 400mg/5ml	1	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate chew tab 400-57 mg</i>	1	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate for susp 200-28.5 mg/5ml</i>	1	

**PA** - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **V/I** - Vacunas / Insulinas

V/I - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES	NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate for susp 250-62.5 mg/5ml</i>	1		<i>oxacillin sodium SOLR 1gm, 2gm, 10gm</i>	1	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate for susp 400-57 mg/5ml</i>	1		<i>penicillin g potassium SOLR 5000000unit, 20000000unit</i>	1	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate for susp 600-42.9 mg/5ml (generic of AUGMENTIN ES-600)</i>	1		<i>penicillin g sodium SOLR 5000000unit</i>	1	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate tab 250-125 mg</i>	1		<i>penicillin v potassium SOLR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg</i>	1	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate tab 500-125 mg (generic of AUGMENTIN)</i>	1		<i>pfizerpen SOLR 5000000unit, 20000000unit</i>	1	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate tab 875-125 mg</i>	1		<i>piperacillin sod-tazobactam na for inj 3.375 gm (3-0.375 gm)</i>	1	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate tab er 12hr 1000-62.5 mg</i>	1		<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 2.25 gm (2-0.25 gm)</i>	1	
<i>ampicillin CAPS 500mg</i>	1		<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 4.5 gm (4-0.5 gm)</i>	1	
<i>ampicillin &amp; sulbactam sodium for inj 1.5 (1-0.5) gm (generic of UNASYN)</i>	1		<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 13.5 gm (12-1.5 gm)</i>	1	
<i>ampicillin &amp; sulbactam sodium for inj 3 (2-1) gm (generic of UNASYN)</i>	1		<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 40.5 gm (36-4.5 gm)</i>	1	
<i>ampicillin &amp; sulbactam sodium for iv soln 1.5 (1-0.5) gm</i>	1		<b>TETRACYCLINES - DRUGS TO TREAT INFECTIONS</b>		
<i>ampicillin &amp; sulbactam sodium for iv soln 3 (2-1) gm</i>	1		<i>doxy 100 SOLR 100mg</i>	1	
<i>ampicillin &amp; sulbactam sodium for iv soln 15 (10-5) gm (generic of UNASYN BULK PACK)</i>	1		<i>doxycycline (monohydrate) CAPS 50mg, 100mg; SUSR 25mg/5ml; TABS 50mg, 75mg, 100mg</i>	1	
<i>ampicillin sodium SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 125mg, 250mg, 500mg</i>	1		<i>doxycycline hyclate CAPS 50mg; SOLR 100mg; TABS 20mg, 100mg</i>	1	
<i>BICILLIN L-A SUSY 600000unit/ml, 1200000unit/2ml, 2400000unit/4ml</i>	1		<i>doxycycline hyclate (generic of VIBRAMYCIN) CAPS 100mg</i>	1	
<i>dicloxacillin sodium CAPS 250mg, 500mg</i>	1		<i>minocycline hcl CAPS 50mg, 75mg, 100mg</i>	1	
<i>nafcillin sodium SOLR 1gm, 2gm, 10gm</i>	1		<i>NUZYRA SOLR 100mg</i>	1	NM
			<i>NUZYRA TABS 150mg QL (30 tabs / 14 days)</i>	1	QL NM
			<i>tetracycline hcl CAPS 250mg, 500mg</i>	1	

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D V/I - Vacunas / Insulinas

V/I - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>tigecycline</i> (generic of TYGACIL) SOLR 50mg	1	
<b>ANTINEOPLASTIC AGENTS - DRUGS TO TREAT CANCER</b>		
<b>ALKYLATING AGENTS</b>		
BENDAMUSTINE HYDROCHLORID SOLN 100mg/4ml	1	B/D NM
BENDEKA SOLN 100mg/4ml	1	B/D NM
<i>carboplatin</i> SOLN 50mg/5ml, 150mg/15ml, 450mg/45ml, 600mg/60ml	1	B/D
<i>cisplatin</i> SOLN 50mg/50ml, 100mg/100ml, 200mg/200ml	1	B/D
<i>cyclophosphamide</i> CAPS 25mg, 50mg; SOLR 1gm, 2gm, 500mg	1	B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 1gm/5ml, 500mg/2.5ml, 500mg/5ml, 1000mg/10ml, 2000mg/20ml; TABS 25mg, 50mg	1	B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR SOLN 2gm/10ml	1	B/D
GLEOSTINE CAPS 10mg, 40mg, 100mg	1	NM
<i>oxaliplatin</i> SOLN 50mg/10ml, 100mg/20ml, 200mg/40ml; SOLR 50mg, 100mg	1	B/D
<b>ANTIMETABOLITES</b>		
<i>azacitidine</i> (generic of VIDAZA) SUSR 100mg	1	B/D NM
<i>cytarabine</i> SOLN 20mg/ml	1	B/D
<i>fluorouracil</i> SOLN 1gm/20ml, 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 500mg/10ml	1	B/D
<i>gemcitabine hcl</i> (generic of GEMCITABINE HYDROCHLORIDE) SOLN 1gm/26.3ml, 2gm/52.6ml, 200mg/5.26ml	1	B/D
<i>gemcitabine hcl</i> SOLR 1gm, 2gm, 200mg	1	B/D

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
INQOVI TAB 35-100MG QL (5 tabs / 28 days)	1	QL NM PA
LONSURF TAB 15-6.14 QL (100 tabs / 28 days)	1	QL NM PA
LONSURF TAB 20-8.19 QL (80 tabs / 28 days)	1	QL NM PA
<i>mercaptopurine</i> TABS 50mg	1	
<i>methotrexate sodium</i> SOLN 1gm/40ml, 50mg/2ml, 250mg/10ml; SOLR 1gm	1	B/D
ONUREG TABS 200mg, 300mg QL (14 tabs / 28 days)	1	QL NM PA
<i>pemetrexed disodium</i> (generic of ALIMTA) SOLR 100mg, 500mg	1	B/D
<i>pemetrexed disodium</i> SOLR 750mg, 1000mg	1	B/D
PURIXAN SUSP 2000mg/100ml	1	NM
<b>HORMONAL ANTINEOPLASTIC AGENTS</b>		
<i>abiraterone acetate</i> (generic of ZYTIGA) TABS 250mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
<i>abiraterone acetate</i> (generic of ZYTIGA) TABS 500mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
AKEEGA TAB 50/500MG QL (60 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
AKEEGA TAB 100/500 QL (60 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
<i>anastrozole</i> (generic of ARIMIDEX) TABS 1mg	1	
<i>bicalutamide</i> (generic of CASODEX) TABS 50mg	1	
ELIGARD KIT 7.5mg, 22.5mg, 30mg, 45mg	1	NM PA
ERLEADA TABS 60mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
ERLEADA TABS 240mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
EULEXIN CAPS 125mg	1	
<i>exemestane</i> (generic of AROMASIN) TABS 25mg	1	

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D V/I - Vacunas / Insulinas

V/I - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
FIRMAGON SOLR 80mg, 120mg/vial	1	NM PA
<i>fulvestrant</i> (generic of FASLODEX) SOSY 250mg/5ml	1	B/D
<i>letrozole</i> (generic of FEMARA) TABS 2.5mg	1	
<i>leuprolide acetate</i> KIT 1mg/0.2ml	1	NM PA
LUPRON DEPOT (1-MONTH) KIT 3.75mg	1	NM PA
LUPRON DEPOT (3-MONTH) KIT 11.25mg	1	NM PA
LYSODREN TABS 500mg	1	NM
<i>megestrol acetate</i> TABS 20mg, 40mg	1	
<i>nilutamide</i> (generic of NILANDRON) TABS 150mg	1	
NUBEQA TABS 300mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
ORGOVYX TABS 120mg	1	NM PA
ORSERDU TABS 86mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
ORSERDU TABS 345mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
SOLTAMOX SOLN 10mg/5ml	1	
<i>tamoxifen citrate</i> TABS 10mg, 20mg	1	
<i>toremifene citrate</i> (generic of FARESTON) TABS 60mg	1	PA
XTANDI CAPS 40mg QL (120 caps / 30 days)	1	QL NM PA
XTANDI TABS 40mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
XTANDI TABS 80mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
<b>IMMUNOMODULATORS</b>		
<i>lenalidomide</i> CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg, 15mg QL (28 caps / 28 days)	1	QL NM PA
<i>lenalidomide</i> CAPS 20mg, 25mg QL (21 caps / 28 days)	1	QL NM PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
POMALYST CAPS 1mg, 2mg, 3mg, 4mg QL (21 caps / 28 days)	1	QL NM PA
THALOMID CAPS 50mg QL (84 caps / 28 days)	1	QL NM PA
THALOMID CAPS 100mg QL (112 caps / 28 days)	1	QL NM PA
THALOMID CAPS 150mg, 200mg QL (56 caps / 28 days)	1	QL NM PA
<b>MISCELLANEOUS</b>		
BESREMI SOSY 500mcg/ml QL (2 syringes / 28 days)	1	QL NM PA
<i>bexarotene</i> (generic of TARGRETIN) CAPS 75mg QL (300 caps / 30 days)	1	QL NM PA
<i>doxorubicin hcl</i> (generic of DOXORUBICIN HCL) SOLN 2mg/ml	1	B/D
<i>doxorubicin hcl liposomal</i> (generic of DOXIL) INJ 2mg/ml	1	B/D
<i>hydroxyurea</i> (generic of HYDREA) CAPS 500mg	1	
<i>irinotecan hcl</i> (generic of CAMPTOSAR) SOLN 40mg/2ml, 100mg/5ml, 300mg/15ml	1	B/D
<i>irinotecan hcl</i> SOLN 500mg/25ml	1	B/D
IWILFIN TABS 192mg QL (240 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
MATULANE CAPS 50mg	1	NM
<i>tretinoin (chemotherapy)</i> CAPS 10mg	1	
WELIREG TABS 40mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
<b>MITOTIC INHIBITORS</b>		
<i>docetaxel</i> (generic of DOCETAXEL) CONC 20mg/ml, 80mg/4ml, 160mg/8ml; SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	1	B/D

**PA** - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **V/I** - Vacunas / Insulinas

20

V/I - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES		NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES		L	LIMITES
DOCETAXEL CONC 80mg/4ml, 160mg/8ml; SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	1	B/D	BOSULIF TABS 400mg, 500mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
<i>etoposide</i> SOLN 1gm/50ml, 100mg/5ml, 500mg/25ml	1	B/D	BRAFTOVI CAPS 75mg QL (180 caps / 30 days)	1	QL NM PA
<i>paclitaxel</i> CONC 6mg/ml, 30mg/5ml, 150mg/25ml, 300mg/50ml	1	B/D	BRUKINSA CAPS 80mg QL (120 caps / 30 days)	1	QL NM PA
<i>vincristine sulfate</i> SOLN 1mg/ml	1	B/D	CABOMETYX TABS 20mg, 40mg, 60mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
<i>vinorelbine tartrate</i> SOLN 10mg/ml, 50mg/5ml	1	B/D	CALQUENCE CAPS 100mg QL (60 caps / 30 days)	1	QL NM PA
<b>MOLECULAR TARGET AGENTS</b>			CALQUENCE TABS 100mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
ALECENSA CAPS 150mg QL (240 caps / 30 days)	1	QL NM PA	CAPRELSA TABS 100mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
ALUNBRIG TABS 30mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL NM PA	CAPRELSA TABS 300mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
ALUNBRIG TABS 90mg, 180mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM PA	COMETRIQ (60MG DOSE) KIT 20mg QL (84 caps / 28 days)	1	QL NM PA
ALUNBRIG PAK QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM PA	COMETRIQ KIT 100MG QL (56 caps / 28 days)	1	QL NM PA
AUGTYRO CAPS 40mg QL (240 caps / 30 days)	1	QL NM PA	COMETRIQ KIT 140MG QL (112 caps / 28 days)	1	QL NM PA
AYVAKIT TABS 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 300mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM PA	COPIKTRA CAPS 15mg, 25mg QL (56 caps / 28 days)	1	QL NM PA
BALVERSA TABS 3mg QL (84 tabs / 28 days)	1	QL NM PA	COTELLIC TABS 20mg QL (63 tabs / 28 days)	1	QL NM PA
BALVERSA TABS 4mg QL (56 tabs / 28 days)	1	QL NM PA	DAURISMO TABS 25mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
BALVERSA TABS 5mg QL (28 tabs / 28 days)	1	QL NM PA	DAURISMO TABS 100mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
BORTEZOMIB SOLR 1mg, 2.5mg <i>bortezomib</i> (generic of VELCADE) SOLR 3.5mg	1	NM PA	ERIVEDGE CAPS 150mg QL (30 caps / 30 days)	1	QL NM PA
BOSULIF CAPS 50mg QL (360 caps / 30 days)	1	QL NM PA	<i>erlotinib hcl</i> TABS 25mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
BOSULIF CAPS 100mg QL (150 caps / 25 days)	1	QL NM PA	<i>erlotinib hcl</i> (generic of TARCEVA) TABS 100mg, 150mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
BOSULIF TABS 100mg QL (180 tabs / 30 days)	1	QL NM PA			

**PA** - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **V/I** - Vacunas / Insulinas

21

V/I - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVE</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>	<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVE</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<i>everolimus</i> (generic of AFINITOR) TABS 2.5mg, 5mg, 7.5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM PA	ICLUSIG TABS 10mg, 15mg, 30mg, 45mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
<i>everolimus</i> (generic of AFINITOR DISPERZ) TBSO 2mg QL (150 tabs / 30 days)	1	QL NM PA	IDHIFA TABS 50mg, 100mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
<i>everolimus</i> (generic of AFINITOR DISPERZ) TBSO 3mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL NM PA	<i>imatinib mesylate</i> (generic of GLEEVEC) TABS 100mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
<i>everolimus</i> (generic of AFINITOR DISPERZ) TBSO 5mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL NM PA	<i>imatinib mesylate</i> (generic of GLEEVEC) TABS 400mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
FOTIVDA CAPS .89mg, 1.34mg QL (21 caps / 28 days)	1	QL NM PA	IMBRUVICA CAPS 70mg QL (30 caps / 30 days)	1	QL NM PA
FRUZAQLA CAPS 1mg QL (84 caps / 28 days)	1	QL NM PA	IMBRUVICA CAPS 140mg QL (120 caps / 30 days)	1	QL NM PA
FRUZAQLA CAPS 5mg QL (21 caps / 28 days)	1	QL NM PA	IMBRUVICA SUSP 70mg/ml QL (216 mL / 27 days)	1	QL NM PA
GAVRETO CAPS 100mg QL (120 caps / 30 days)	1	QL NM PA	IMBRUVICA TABS 140mg, 280mg, 420mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
<i>gefitinib</i> (generic of IRESSA) TABS 250mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL NM PA	INLYTA TABS 1mg QL (180 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
GILOTRIF TABS 20mg, 30mg, 40mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM PA	INLYTA TABS 5mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
HERCEP HYLEC SOL 60-10000	1	NM PA	INREBIC CAPS 100mg QL (120 caps / 30 days)	1	QL NM PA
HERCEPTIN SOLR 150mg	1	NM PA	JAKAFI TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 25mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
HERZUMA SOLR 150mg, 420mg	1	NM PA	JAYPIRCA TABS 50mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
IBRANCE CAPS 75mg, 100mg, 125mg QL (21 caps / 28 days)	1	QL NM PA	JAYPIRCA TABS 100mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
IBRANCE TABS 75mg, 100mg, 125mg QL (21 tabs / 28 days)	1	QL NM PA	KADCYLA SOLR 100mg, 160mg	1	B/D NM
			KANJINTI SOLR 150mg, 420mg	1	NM PA
			KEYTRUDA SOLN 100mg/4ml	1	NM PA
			KISQALI 200 DOSE TBPK 200mg QL (21 tabs / 28 days)	1	QL NM PA
			KISQALI 200 PAK FEMARA QL (49 tabs / 28 days)	1	QL NM PA

**PA** - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **V/I** - Vacunas / Insulinas

22

V/I - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITES	NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
KISQALI 400 DOSE TBPK 200mg QL (42 tabs / 28 days)	1	QL NM PA	LUMAKRAS TABS 120mg QL (240 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
KISQALI 400 PAK FEMARA QL (70 tabs / 28 days)	1	QL NM PA	LUMAKRAS TABS 320mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
KISQALI 600 DOSE TBPK 200mg QL (63 tabs / 28 days)	1	QL NM PA	LYNPARZA TABS 100mg, 150mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
KISQALI 600 PAK FEMARA QL (91 tabs / 28 days)	1	QL NM PA	LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) TBPK 4mg QL (84 tabs / 28 days)	1	QL NM PA
KOSELUGO CAPS 10mg QL (240 caps / 30 days)	1	QL NM PA	LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) TBPK 4mg QL (112 tabs / 28 days)	1	QL NM PA
KOSELUGO CAPS 25mg QL (120 caps / 30 days)	1	QL NM PA	LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) TBPK 4mg QL (140 tabs / 28 days)	1	QL NM PA
KRAZATI TABS 200mg QL (180 tabs / 30 days)	1	QL NM PA	MEKINIST SOLR .05mg/ml QL (1260 mL / 30 days)	1	QL NM PA
<i>lapatinib ditosylate</i> (generic of TYKERB) TABS 250mg QL (180 tabs / 30 days)	1	QL NM PA	MEKINIST TABS 2mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE CPPK 4mg QL (30 caps / 30 days)	1	QL NM PA	MEKINIST TABS .5mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE CPPK 4mg QL (60 caps / 30 days)	1	QL NM PA	MEKTOVI TABS 15mg QL (180 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE CPPK 10mg QL (30 caps / 30 days)	1	QL NM PA	MONJUVI SOLR 200mg	1	NM PA
LENVIMA 12MG DAILY DOSE CPPK 4mg QL (90 caps / 30 days)	1	QL NM PA	NERLYNX TABS 40mg QL (180 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE CPPK 10mg QL (60 caps / 30 days)	1	QL NM PA	NINLARO CAPS 2.3mg, 3mg, 4mg QL (3 caps / 28 days)	1	QL NM PA
LENVIMA CAP 14 MG QL (60 caps / 30 days)	1	QL NM PA	ODOMZO CAPS 200mg QL (30 caps / 30 days)	1	QL NM PA
LENVIMA CAP 18 MG QL (90 caps / 30 days)	1	QL NM PA	OGIVRI SOLR 150mg, 420mg	1	NM PA
LENVIMA CAP 24 MG QL (90 caps / 30 days)	1	QL NM PA	OGSIVEO TABS 50mg QL (180 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
LORBRENA TABS 25mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL NM PA	OGSIVEO TABS 100mg, 150mg QL (56 tabs / 28 days)	1	QL NM PA
LORBRENA TABS 100mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM PA	OJEMDA SUSR 25mg/ml QL (96 mL / 28 days)	1	QL NM PA
			OJEMDA TABS 100mg QL (24 tabs / 28 days)	1	QL NM PA

**PA** - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **V/I** - Vacunas / Insulinas

V/I - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.



NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
OJJAARA TABS 100mg, 150mg, 200mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
ONTRUZANT SOLR 150mg, 420mg	1	NM PA
<i>pazopanib hcl</i> (generic of VOTRIENT) TABS 200mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
PEMAZYRE TABS 4.5mg, 9mg, 13.5mg QL (28 tabs / 28 days)	1	QL NM PA
PHESGO SOL	1	NM PA
PIQRAY 200MG DAILY DOSE TBPK 200mg QL (28 tabs / 28 days)	1	QL NM PA
PIQRAY 250MG TAB DOSE QL (56 tabs / 28 days)	1	QL NM PA
PIQRAY 300MG DAILY DOSE TBPK 150mg QL (56 tabs / 28 days)	1	QL NM PA
QINLOCK TABS 50mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
RETEVMO CAPS 40mg QL (180 caps / 30 days)	1	QL NM PA
RETEVMO CAPS 80mg QL (120 caps / 30 days)	1	QL NM PA
RETEVMO TABS 40mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
RETEVMO TABS 80mg, 120mg, 160mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
REZLIDHIA CAPS 150mg QL (60 caps / 30 days)	1	QL NM PA
ROZLYTREK CAPS 100mg QL (180 caps / 30 days)	1	QL NM PA
ROZLYTREK CAPS 200mg QL (90 caps / 30 days)	1	QL NM PA
ROZLYTREK PACK 50mg QL (336 packets / 28 days)	1	QL NM PA
RUBRACA TABS 200mg, 250mg, 300mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL NM PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
RYDAPT CAPS 25mg QL (224 caps / 28 days)	1	QL NM PA
SCEMBLIX TABS 20mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
SCEMBLIX TABS 40mg QL (300 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
SCEMBLIX TABS 100mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
<i>sorafenib tosylate</i> (generic of NEXAVAR) TABS 200mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
SPRYCEL TABS 20mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
SPRYCEL TABS 50mg, 70mg, 80mg, 100mg, 140mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
STIVARGA TABS 40mg QL (84 tabs / 28 days)	1	QL NM PA
<i>sunitinib malate</i> (generic of SUTENT) CAPS 12.5mg, 25mg, 37.5mg, 50mg QL (30 caps / 30 days)	1	QL NM PA
TABRECTA TABS 150mg, 200mg QL (112 tabs / 28 days)	1	QL NM PA
TAFINLAR CAPS 50mg, 75mg QL (120 caps / 30 days)	1	QL NM PA
TAFINLAR TBSO 10mg QL (900 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
TAGRISSO TABS 40mg, 80mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
TALZENNA CAPS .1mg, .35mg, .5mg, .75mg, 1mg QL (30 caps / 30 days)	1	QL NM PA
TALZENNA CAPS .25mg QL (90 caps / 30 days)	1	QL NM PA
TASIGNA CAPS 50mg QL (120 caps / 30 days)	1	QL NM PA
TASIGNA CAPS 150mg, 200mg QL (112 caps / 28 days)	1	QL NM PA

**PA** - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **V/I** - Vacunas / Insulinas

24

V/I - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVE</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
TAZVERIK TABS 200mg QL (240 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
TECENTRIQ SOLN 840mg/14ml, 1200mg/20ml	1	NM PA
TEPMETKO TABS 225mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
TIBSOVO TABS 250mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
<i>torpenz</i> (generic of AFINITOR) TABS 2.5mg, 5mg, 7.5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
TRAZIMERA SOLR 150mg, 420mg	1	NM PA
TRUQAP TABS 160mg, 200mg QL (64 tabs / 28 days)	1	QL NM PA
TRUXIMA SOLN 100mg/10ml, 500mg/50ml	1	NM PA
TUKYSA TABS 50mg, 150mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
TURALIO CAPS 125mg QL (120 caps / 30 days)	1	QL NM PA
VANFLYTA TABS 17.7mg, 26.5mg QL (56 tabs / 28 days)	1	QL NM PA
VENCLEXTA TABS 10mg, 50mg QL (112 tabs / 28 days)	1	QL NM PA
VENCLEXTA TABS 100mg QL (180 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
VENCLEXTA TAB START PK QL (42 tabs / 28 days)	1	QL NM PA
VERZENIO TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg QL (56 tabs / 28 days)	1	QL NM PA
VITRAKVI CAPS 25mg QL (180 caps / 30 days)	1	QL NM PA
VITRAKVI CAPS 100mg QL (60 caps / 30 days)	1	QL NM PA
VITRAKVI SOLN 20mg/ml QL (300 mL / 30 days)	1	QL NM PA

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVE</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
VIZIMPRO TABS 15mg, 30mg, 45mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
VONJO CAPS 100mg QL (120 caps / 30 days)	1	QL NM PA
XALKORI CAPS 200mg, 250mg; CPSP 50mg QL (120 caps / 30 days)	1	QL NM PA
XALKORI CPSP 20mg QL (240 caps / 30 days)	1	QL NM PA
XALKORI CPSP 150mg QL (180 caps / 30 days)	1	QL NM PA
XOSPATA TABS 40mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
XPOVIO PAK (40 MG ONCE WEEKLY) TBPK 40mg QL (4 tabs / 28 days)	1	QL NM PA
XPOVIO PAK (40 MG TWICE WEEKLY) TBPK 40mg QL (8 tabs / 28 days)	1	QL NM PA
XPOVIO PAK (60 MG ONCE WEEKLY) TBPK 60mg QL (4 tabs / 28 days)	1	QL NM PA
XPOVIO PAK (60 MG TWICE WEEKLY) TBPK 20mg QL (24 tabs / 28 days)	1	QL NM PA
XPOVIO PAK (80 MG ONCE WEEKLY) TBPK 40mg QL (8 tabs / 28 days)	1	QL NM PA
XPOVIO PAK (80 MG TWICE WEEKLY) TBPK 20mg QL (32 tabs / 28 days)	1	QL NM PA
XPOVIO PAK (100 MG ONCE WEEKLY) TBPK 50mg QL (8 tabs / 28 days)	1	QL NM PA
ZEJULA TABS 100mg, 200mg, 300mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
ZELBORAF TABS 240mg QL (240 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
ZIRABEV SOLN 100mg/4ml, 400mg/16ml	1	NM PA
ZOLINZA CAPS 100mg QL (120 caps / 30 days)	1	QL NM PA

**PA** - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **V/I** - Vacunas / Insulinas

25

V/I - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
ZYDELIG TABS 100mg, 150mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
ZYKADIA TABS 150mg QL (84 tabs / 28 days)	1	QL NM PA
<b>PROTECTIVE AGENTS</b>		
<i>leucovorin calcium</i> SOLN 500mg/50ml; SOLR 50mg, 100mg, 200mg, 350mg, 500mg	1	B/D
<i>leucovorin calcium</i> TABS 5mg, 10mg, 15mg, 25mg	1	
MESNEX TABS 400mg	1	
<b>CARDIOVASCULAR - DRUGS TO TREAT HEART AND CIRCULATION CONDITIONS ACE INHIBITOR COMBINATIONS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE</b>		
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 2.5-10 mg</i> QL (30 caps / 30 days)	1	QL
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-10 mg</i> (generic of LOTREL) QL (30 caps / 30 days)	1	QL
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-20 mg</i> (generic of LOTREL) QL (30 caps / 30 days)	1	QL
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-40 mg</i> QL (30 caps / 30 days)	1	QL
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-20 mg</i> (generic of LOTREL) QL (30 caps / 30 days)	1	QL
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-40 mg</i> (generic of LOTREL) QL (30 caps / 30 days)	1	QL
<i>benazepril &amp; hydrochlorothiazide tab 5-6.25mg</i>	1	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>benazepril &amp; hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i> (generic of LOTENSIN HCT)	1	
<i>benazepril &amp; hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i> (generic of LOTENSIN HCT)	1	
<i>benazepril &amp; hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i> (generic of LOTENSIN HCT)	1	
<i>captopril &amp; hydrochlorothiazide tab 25-15 mg</i>	1	
<i>captopril &amp; hydrochlorothiazide tab 25-25 mg</i>	1	
<i>captopril &amp; hydrochlorothiazide tab 50-15 mg</i>	1	
<i>captopril &amp; hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i>	1	
<i>enalapril maleate &amp; hydrochlorothiazide tab 5-12.5 mg</i>	1	
<i>enalapril maleate &amp; hydrochlorothiazide tab 10-25 mg</i> (generic of VASERETIC)	1	
<i>fosinopril sodium &amp; hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	1	
<i>fosinopril sodium &amp; hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	1	
<i>lisinopril &amp; hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i> (generic of ZESTORETIC)	1	
<i>lisinopril &amp; hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i> (generic of ZESTORETIC)	1	
<i>lisinopril &amp; hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i> (generic of ZESTORETIC)	1	

**PA** - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **V/I** - Vacunas / Insulinas

V/I - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<b>ACE INHIBITORS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE</b>		
<i>benazepril hcl</i> TABS 5mg	1	
<i>benazepril hcl</i> (generic of LOTENSIN) TABS 10mg, 20mg, 40mg	1	
<i>captopril</i> TABS 12.5mg, 25mg, 50mg, 100mg	1	
<i>enalapril maleate</i> (generic of VASOTEC) TABS 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg	1	
<i>fosinopril sodium</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg	1	
<i>lisinopril</i> (generic of ZESTRIL) TABS 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	1	
<i>moexipril hcl</i> TABS 7.5mg, 15mg	1	
<i>perindopril erbumine</i> TABS 2mg, 4mg, 8mg	1	
<i>quinapril hcl</i> (generic of ACCUPRIL) TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg	1	
<i>ramipril</i> (generic of ALTACE) CAPS 1.25mg, 2.5mg, 5mg, 10mg	1	
<i>trandolapril</i> TABS 1mg, 2mg, 4mg	1	
<b>ALDOSTERONE RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE</b>		
<i>eplerenone</i> (generic of INSPRA) TABS 25mg, 50mg	1	
KERENDIA TABS 10mg, 20mg	1	QL
QL (30 tabs / 30 days)		
<i>spironolactone</i> (generic of ALDACTONE) TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	
<b>ALPHA BLOCKERS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE</b>		
<i>doxazosin mesylate</i> (generic of CARDURA) TABS 1mg, 2mg, 4mg, 8mg	1	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>prazosin hcl</i> CAPS 1mg, 2mg, 5mg	1	
<i>terazosin hcl</i> CAPS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	1	
<b>ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONIST COMBINATIONS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE</b>		
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-20 mg</i> (generic of AMLODIPINE/OLMESARTAN MED)	1	QL
QL (30 tabs / 30 days)		
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-40 mg</i> (generic of AMLODIPINE/OLMESARTAN MED)	1	QL
QL (30 tabs / 30 days)		
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-20 mg</i> (generic of AMLODIPINE/OLMESARTAN MED)	1	QL
QL (30 tabs / 30 days)		
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-40 mg</i> (generic of AMLODIPINE/OLMESARTAN MED)	1	QL
QL (30 tabs / 30 days)		
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-160 mg</i> (generic of EXFORGE)	1	QL
QL (30 tabs / 30 days)		
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-320 mg</i> (generic of EXFORGE)	1	QL
QL (30 tabs / 30 days)		
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-160 mg</i> (generic of EXFORGE)	1	QL
QL (30 tabs / 30 days)		

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D V/I - Vacunas / Insulinas

V/I - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-320 mg</i> (generic of EXFORGE) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 16-12.5 mg</i> (generic of ATACAND HCT) QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 32-12.5 mg</i> (generic of ATACAND HCT) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 32-25 mg</i> (generic of ATACAND HCT) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
ENTRESTO CAP 6-6MG QL (240 caps / 30 days)	1	QL
ENTRESTO CAP 15-16MG QL (240 caps / 30 days)	1	QL
ENTRESTO TAB 24-26MG QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
ENTRESTO TAB 49-51MG QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
ENTRESTO TAB 97-103MG QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 150-12.5 mg</i> (generic of AVALIDE) QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 300-12.5 mg</i> (generic of AVALIDE) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>losartan potassium &amp; hydrochlorothiazide tab 50-12.5 mg</i> (generic of HYZAAR)	1	
<i>losartan potassium &amp; hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg</i> (generic of HYZAAR)	1	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>losartan potassium &amp; hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i> (generic of HYZAAR)	1	
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i> (generic of BENICAR HCT) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i> (generic of BENICAR HCT) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-25 mg</i> (generic of BENICAR HCT) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 20-5-12.5 mg</i> (generic of TRIBENZOR) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-12.5 mg</i> (generic of TRIBENZOR) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-25 mg</i> (generic of TRIBENZOR) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-12.5 mg</i> (generic of TRIBENZOR) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-25 mg</i> (generic of TRIBENZOR) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL

**PA** - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **V/I** - Vacunas / Insulinas

28

V/I - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>telmisartan-amlodipine tab 40-5 mg</i> QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>telmisartan-amlodipine tab 40-10 mg</i> QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>telmisartan-amlodipine tab 80-5 mg</i> QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>telmisartan-amlodipine tab 80-10 mg</i> QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i> (generic of MICARDIS HCT) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg</i> (generic of MICARDIS HCT) QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-25 mg</i> (generic of MICARDIS HCT) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg</i> (generic of DIOVAN HCT) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-12.5 mg</i> (generic of DIOVAN HCT) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-25 mg</i> (generic of DIOVAN HCT) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-12.5 mg</i> (generic of DIOVAN HCT) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-25 mg</i> (generic of DIOVAN HCT) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<b>ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE</b>		
<i>candesartan cilexetil</i> (generic of ATACAND) TABS 4mg, 8mg, 16mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
<i>candesartan cilexetil</i> (generic of ATACAND) TABS 32mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>irbesartan</i> (generic of AVAPRO) TABS 75mg, 150mg, 300mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>losartan potassium</i> (generic of COZAAR) TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	QL
<i>olmesartan medoxomil</i> (generic of BENICAR) TABS 5mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
<i>olmesartan medoxomil</i> (generic of BENICAR) TABS 20mg, 40mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>telmisartan</i> (generic of MICARDIS) TABS 20mg, 40mg, 80mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>valsartan</i> (generic of DIOVAN) TABS 40mg, 80mg, 160mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
<i>valsartan</i> (generic of DIOVAN) TABS 320mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<b>ANTIARRHYTHMICS - DRUGS TO CONTROL HEART RHYTHM</b>		
<i>amiodarone hcl</i> SOLN 50mg/ml, 900mg/18ml; TABS 100mg, 200mg, 400mg	1	

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D V/I - Vacunas / Insulinas

V/I - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>disopyramide phosphate</i> (generic of NORPACE) CAPS 100mg, 150mg	1	
<i>dofetilide</i> (generic of TIKOSYN) CAPS 125mcg, 250mcg, 500mcg	1	NM
<i>flecainide acetate</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg	1	
MULTAQ TABS 400mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
<i>pacerone</i> TABS 100mg, 200mg, 400mg	1	
<i>propafenone hcl</i> CP12 225mg, 325mg, 425mg; TABS 150mg, 225mg, 300mg	1	
<i>quinidine sulfate</i> TABS 200mg, 300mg	1	
<i>sotalol hcl</i> (generic of BETAPACE) TABS 80mg, 120mg, 160mg	1	
<i>sotalol hcl</i> TABS 240mg	1	
<i>sotalol hcl (afib/af)</i> (generic of BETAPACE AF) TABS 80mg, 120mg, 160mg	1	
<b>ANTILIPEMICS, FIBRATES</b>		
<i>fenofibrate</i> (generic of TRICOR) TABS 48mg, 145mg	1	
<i>fenofibrate</i> TABS 54mg, 160mg	1	
<i>fenofibrate micronized</i> CAPS 67mg, 134mg, 200mg	1	
<i>gemfibrozil</i> (generic of LOPID) TABS 600mg	1	
<b>ANTILIPEMICS, HMG-CoA REDUCTASE INHIBITORS - DRUGS TO TREAT HIGH CHOLESTEROL</b>		
<i>atorvastatin calcium</i> (generic of LIPITOR) TABS 10mg, 20mg, 40mg, 80mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>lovastatin</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>pravastatin sodium</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg, 80mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>rosuvastatin calcium</i> (generic of CRESTOR) TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>simvastatin</i> TABS 5mg, 80mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>simvastatin</i> (generic of ZOCOR) TABS 10mg, 20mg, 40mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<b>ANTILIPEMICS, MISCELLANEOUS - DRUGS TO TREAT HIGH CHOLESTEROL</b>		
<i>cholestyramine</i> (generic of QUESTRAN) PACK 4gm; POWD 4gm/dose	1	
<i>cholestyramine light</i> PACK 4gm	1	
<i>cholestyramine light</i> (generic of QUESTRAN LIGHT) POWD 4gm/dose	1	
<i>colesevelam hcl</i> (generic of WELCHOL) PACK 3.75gm; TABS 625mg	1	
<i>colestipol hcl</i> (generic of COLESTID) GRAN 5gm; TABS 1gm	1	
<i>colestipol hcl</i> PACK 5gm	1	
<i>ezetimibe</i> (generic of ZETIA) TABS 10mg	1	
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-10 mg</i> (generic of VYTORIN) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-20 mg</i> (generic of VYTORIN) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-40 mg</i> (generic of VYTORIN) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-80 mg</i> (generic of VYTORIN) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D V/I - Vacunas / Insulinas

30

V/I - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
NEXLETOL TABS 180mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
NEXLIZET TAB 180/10MG QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>niacin (antihyperlipidemic)</i> TBCR 500mg, 750mg, 1000mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
<i>omega-3-acid ethyl esters cap</i> 1 gm (generic of LOVAZA)	1	PA
<i>prevalite</i> PACK 4gm	1	
<i>prevalite</i> (generic of QUESTRAN LIGHT) POWD 4gm/dose	1	
REPATHA SOSY 140mg/ml	1	NM PA
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM SOCT 420mg/3.5ml	1	NM PA
REPATHA SURECLICK SOAJ 140mg/ml	1	NM PA
VASCEPA CAPS .5gm, 1gm	1	
<b>BETA-BLOCKER/DIURETIC COMBINATIONS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE AND HEART CONDITIONS</b>		
<i>atenolol &amp; chlorthalidone tab</i> 50-25 mg (generic of TENORETIC 50)	1	
<i>atenolol &amp; chlorthalidone tab</i> 100-25 mg (generic of TENORETIC 100)	1	
<i>bisoprolol &amp;</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 2.5- 6.25 mg	1	
<i>bisoprolol &amp;</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 5-6.25 mg	1	
<i>bisoprolol &amp;</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 10- 6.25 mg	1	
<i>metoprolol &amp;</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 50-25 mg	1	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>metoprolol &amp;</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 100- 25 mg	1	
<i>metoprolol &amp;</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 100- 50 mg	1	
<b>BETA-BLOCKERS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE AND HEART CONDITIONS</b>		
<i>acebutolol hcl</i> CAPS 200mg, 400mg	1	
<i>atenolol</i> (generic of TENORMIN) TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	
<i>betaxolol hcl</i> TABS 10mg, 20mg	1	
<i>bisoprolol fumarate</i> TABS 5mg, 10mg	1	
<i>carvedilol</i> (generic of COREG) TABS 3.125mg, 6.25mg, 12.5mg, 25mg	1	
<i>labetalol hcl</i> TABS 100mg, 200mg, 300mg	1	
<i>metoprolol succinate</i> (generic of TOPROL XL) TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	1	
<i>metoprolol tartrate</i> SOLN 5mg/5ml; TABS 25mg	1	
<i>metoprolol tartrate</i> (generic of LOPRESSOR) TABS 50mg, 100mg	1	
<i>nadolol</i> (generic of CORGARD) TABS 20mg, 40mg	1	
<i>nadolol</i> TABS 80mg	1	
<i>nebivolol hcl</i> (generic of BYSTOLIC) TABS 2.5mg, 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>nebivolol hcl</i> (generic of BYSTOLIC) TABS 20mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
<i>pindolol</i> TABS 5mg, 10mg	1	

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D V/I - Vacunas / Insulinas

31

V/I - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.



NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>propranolol hcl</i> (generic of INDERAL LA) CP24 60mg, 80mg, 120mg, 160mg	1	
<i>propranolol hcl</i> SOLN 20mg/5ml, 40mg/5ml; TABS 10mg, 20mg, 40mg, 60mg, 80mg	1	
<i>timolol maleate</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg	1	
<b>CALCIUM CHANNEL BLOCKERS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE AND HEART CONDITIONS</b>		
<i>amlodipine besylate</i> (generic of NORVASC) TABS 2.5mg, 5mg	1	
<i>amlodipine besylate</i> TABS 10mg	1	
<i>cartia xt</i> (generic of CARDIZEM CD) CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg	1	
<i>dilt-xr</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg	1	
<i>diltiazem hcl</i> CP12 60mg, 90mg, 120mg; SOLN 25mg/5ml, 50mg/10ml, 125mg/25ml; TABS 90mg	1	
<i>diltiazem hcl</i> (generic of CARDIZEM) TABS 30mg, 60mg, 120mg	1	
<i>diltiazem hcl coated beads</i> (generic of CARDIZEM CD) CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg	1	
<i>diltiazem hcl extended release beads</i> (generic of TIAZAC) CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	1	
<i>felodipine</i> TB24 2.5mg, 5mg, 10mg	1	
<i>isradipine</i> CAPS 2.5mg, 5mg	1	
<i>nicardipine hcl</i> CAPS 20mg, 30mg	1	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>nifedipine</i> TB24 30mg, 60mg, 90mg	1	
<i>nifedipine</i> (generic of PROCARDIA XL) TB24 30mg, 60mg, 90mg	1	
<i>nimodipine</i> CAPS 30mg	1	
<i>tiadylt er</i> (generic of TIAZAC) CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	1	
<i>verapamil hcl</i> CP24 100mg, 200mg, 300mg, 360mg; SOLN 2.5mg/ml; TABS 40mg, 80mg, 120mg; TBCR 120mg, 180mg, 240mg	1	
<i>verapamil hcl</i> (generic of VERELAN) CP24 120mg, 180mg, 240mg	1	
<b>DIURETICS - DRUGS TO TREAT HEART CONDITIONS</b>		
<i>acetazolamide</i> CP12 500mg; TABS 125mg, 250mg	1	
<i>amiloride &amp; hydrochlorothiazide tab 5-50 mg</i>	1	
<i>amiloride hcl</i> TABS 5mg	1	
<i>bumetanide</i> SOLN .25mg/ml; TABS 1mg, 2mg	1	
<i>bumetanide</i> (generic of BUMEX) TABS .5mg	1	
<i>chlorthalidone</i> TABS 25mg, 50mg	1	
<i>furosemide</i> SOLN 10mg/ml, 40mg/5ml	1	
<i>furosemide</i> (generic of LASIX) TABS 20mg, 40mg, 80mg	1	
<i>furosemide inj</i> SOLN 10mg/ml	1	
<i>hydrochlorothiazide</i> CAPS 12.5mg; TABS 12.5mg, 25mg, 50mg	1	
<i>indapamide</i> TABS 1.25mg, 2.5mg	1	
<i>methazolamide</i> TABS 25mg, 50mg	1	

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D V/I - Vacunas / Insulinas

32

V/I - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
<i>metolazone</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	1	
<i>spironolactone &amp; hydrochlorothiazide tab 25-25 mg</i>	1	
<i>toremide</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 100mg	1	
<i>triamterene &amp; hydrochlorothiazide cap 37.5-25 mg</i>	1	
<i>triamterene &amp; hydrochlorothiazide tab 37.5-25 mg</i>	1	
<i>triamterene &amp; hydrochlorothiazide tab 75-50 mg</i>	1	
<b>MISCELLANEOUS</b>		
<i>aliskiren fumarate</i> (generic of TEKTURN) TABS 150mg, 300mg	1	
<i>clonidine</i> (generic of CATAPRES-TTS-1) PTWK .1mg/24hr	1	
<i>clonidine</i> (generic of CATAPRES-TTS-2) PTWK .2mg/24hr	1	
<i>clonidine</i> (generic of CATAPRES-TTS-3) PTWK .3mg/24hr	1	
<i>clonidine hcl</i> TABS .1mg, .2mg, .3mg	1	
CORLANOR SOLN 5mg/5ml QL (450 mL / 30 days)	1	QL
<i>digoxin</i> SOLN .05mg/ml	1	
<i>digoxin</i> (generic of LANOXIN) SOLN .25mg/ml	1	
<i>digoxin</i> (generic of LANOXIN) TABS 125mcg, 250mcg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>droxidopa</i> (generic of NORTHERA) CAPS 100mg QL (90 caps / 30 days)	1	QL NM PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
<i>droxidopa</i> (generic of NORTHERA) CAPS 200mg, 300mg QL (180 caps / 30 days)	1	QL NM PA
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOLN 1mg/ml	1	
<i>guanfacine hcl</i> TABS 1mg, 2mg PA applies if 70 years and older	1	PA
<i>hydralazine hcl</i> SOLN 20mg/ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg	1	
<i>ivabradine hcl</i> (generic of CORLANOR) TABS 5mg, 7.5mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
<i>metyrosine</i> (generic of DEMSER) CAPS 250mg	1	NM PA
<i>midodrine hcl</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	1	
<i>minoxidil</i> TABS 2.5mg, 10mg	1	
<i>ranolazine</i> TB12 500mg, 1000mg	1	
VERQUVO TABS 2.5mg, 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL PA
<b>NITRATES - DRUGS TO TREAT HEART CONDITIONS</b>		
<i>isosorbide dinitrate</i> (generic of ISORDIL TITRADOSE) TABS 5mg	1	
<i>isosorbide dinitrate</i> TABS 10mg, 20mg, 30mg	1	
<i>isosorbide mononitrate</i> TABS 10mg, 20mg; TB24 30mg, 60mg, 120mg	1	
NITRO-BID OINT 2%	1	
<i>nitroglycerin</i> PT24 .1mg/hr, .2mg/hr, .4mg/hr, .6mg/hr	1	
<i>nitroglycerin</i> (generic of NITROLINGUAL) SOLN .4mg/spray	1	

**PA** - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **V/I** - Vacunas / Insulinas

33

V/I - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
<i>nitroglycerin</i> (generic of NITROSTAT) SUBL .3mg, .4mg, .6mg	1	
<b>PULMONARY ARTERIAL HYPERTENSION - DRUGS TO TREAT PULMONARY HYPERTENSION</b>		
<i>alyq</i> (generic of ADCIRCA) TABS 20mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
<i>ambrisentan</i> (generic of LETAIRIS) TABS 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
<i>bosentan</i> (generic of TRACLEER) TABS 62.5mg, 125mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
<i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension)</i> (generic of REVATIO) TABS 20mg QL (360 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
<i>tadalafil (pulmonary hypertension)</i> (generic of ADCIRCA) TABS 20mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
<i>treprostinil</i> SOLN 20mg/20ml, 50mg/20ml, 100mg/20ml, 200mg/20ml	1	NM PA
<b>CENTRAL NERVOUS SYSTEM - DRUGS TO TREAT NERVOUS SYSTEM DISORDERS</b>		
<b>ANTI-ANXIETY - DRUGS TO TREAT ANXIETY</b>		
<i>alprazolam</i> (generic of XANAX) TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg QL (150 tabs / 30 days)	1	QL
<i>buspirone hcl</i> TABS 5mg, 7.5mg, 10mg, 15mg, 30mg	1	
<i>fluvoxamine maleate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	
<i>lorazepam</i> CONC 2mg/ml QL (150 mL / 30 days)	1	QL

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
<i>lorazepam</i> (generic of ATIVAN) SOLN 4mg/ml, 20mg/10ml	1	
<i>lorazepam</i> (generic of ATIVAN) TABS .5mg, 1mg, 2mg QL (150 tabs / 30 days)	1	QL
<i>lorazepam intensol</i> CONC 2mg/ml QL (150 mL / 30 days)	1	QL
<b>ANTIDEMENTIA - DRUGS TO TREAT DEMENTIA AND MEMORY LOSS</b>		
<i>donepezil hydrochloride</i> (generic of ARICEPT) TABS 5mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>donepezil hydrochloride</i> (generic of ARICEPT) TABS 10mg	1	
<i>donepezil hydrochloride</i> TBDP 5mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>donepezil hydrochloride</i> TBDP 10mg	1	
<i>galantamine hydrobromide</i> CP24 8mg, 16mg, 24mg QL (30 caps / 30 days)	1	QL
<i>galantamine hydrobromide</i> SOLN 4mg/ml QL (200 mL / 30 days)	1	QL
<i>galantamine hydrobromide</i> TABS 4mg, 8mg, 12mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
<i>memantine hcl</i> CP24 7mg; SOLN 2mg/ml; TABS 5mg, 10mg PA applies if 29 years and younger	1	PA
<i>memantine hcl</i> (generic of NAMENDA XR) CP24 14mg, 21mg, 28mg PA applies if 29 years and younger	1	PA

**PA** - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **V/I** - Vacunas / Insulinas

34

V/I - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>memantine hcl tab 28 x 5 mg &amp; 21 x 10 mg titration pack</i> (generic of NAMENDA TITRATION PAK) PA applies if 29 years and younger	1	PA
NAMZARIC CAP 7-10MG	1	
NAMZARIC CAP 14-10MG	1	
NAMZARIC CAP 21-10MG	1	
NAMZARIC CAP 28-10MG	1	
NAMZARIC CAP PACK	1	
<i>rivastigmine</i> (generic of EXELON) PT24 4.6mg/24hr, 9.5mg/24hr, 13.3mg/24hr QL (30 patches / 30 days)	1	QL
<i>rivastigmine tartrate</i> CAPS 1.5mg, 3mg, 4.5mg, 6mg QL (60 caps / 30 days)	1	QL

### **ANTIDEPRESSANTS - DRUGS TO TREAT DEPRESSION**

<i>amitriptyline hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	1	
<i>amoxapine</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg, 150mg	1	
AUVELITY TAB 45-105MG QL (60 tabs / 30 days)	1	QL PA
<i>bupropion hcl</i> TABS 75mg, 100mg	1	
<i>bupropion hcl</i> (generic of WELLBUTRIN SR) TB12 100mg, 150mg, 200mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
<i>bupropion hcl</i> (generic of WELLBUTRIN XL) TB24 150mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
<i>bupropion hcl</i> (generic of WELLBUTRIN XL) TB24 300mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>citalopram hydrobromide</i> SOLN 10mg/5ml	1	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>citalopram hydrobromide</i> (generic of CELEXA) TABS 10mg, 20mg, 40mg	1	
<i>clomipramine hcl</i> (generic of ANAFRANIL) CAPS 25mg, 50mg, 75mg	1	PA
<i>desipramine hcl</i> (generic of NORPRAMIN) TABS 10mg, 25mg	1	
<i>desipramine hcl</i> TABS 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	1	
<i>desvenlafaxine succinate</i> (generic of PRISTIQ) TB24 25mg, 50mg, 100mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>doxepin hcl</i> CAPS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg; CONC 10mg/ml	1	
DRIZALMA SPRINKLE CSDR 20mg, 30mg, 40mg, 60mg QL (60 caps / 30 days)	1	QL PA
<i>duloxetine hcl</i> (generic of CYMBALTA) CPEP 20mg, 30mg, 60mg QL (60 caps / 30 days)	1	QL
EMSAM PT24 6mg/24hr, 9mg/24hr, 12mg/24hr QL (30 patches / 30 days)	1	QL PA
<i>escitalopram oxalate</i> SOLN 5mg/5ml	1	
<i>escitalopram oxalate</i> (generic of LEXAPRO) TABS 5mg, 10mg, 20mg	1	
FETZIMA CP24 20mg, 40mg QL (60 caps / 30 days)	1	QL PA
FETZIMA CP24 80mg, 120mg QL (30 caps / 30 days)	1	QL PA
FETZIMA CAP TITRATIO QL (2 packs / year)	1	QL PA

**PA** - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **V/I** - Vacunas / Insulinas

35

V/I - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>fluoxetine hcl</i> (generic of PROZAC) CAPS 10mg, 20mg, 40mg	1	
<i>fluoxetine hcl</i> SOLN 20mg/5ml	1	
<i>imipramine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg	1	
MARPLAN TABS 10mg QL (180 tabs / 30 days)	1	QL
<i>mirtazapine</i> TABS 7.5mg, 45mg	1	
<i>mirtazapine</i> (generic of REMERON) TABS 15mg, 30mg	1	
<i>mirtazapine</i> (generic of REMERON SOLTAB) TBPB 15mg, 30mg, 45mg	1	
<i>nefazodone hcl</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg, 250mg	1	
<i>nortriptyline hcl</i> (generic of PAMELOR) CAPS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg	1	
<i>nortriptyline hcl</i> SOLN 10mg/5ml	1	
<i>paroxetine hcl</i> (generic of PAXIL) SUSP 10mg/5ml QL (900 mL / 30 days)	1	QL PA
<i>paroxetine hcl</i> (generic of PAXIL) TABS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	1	
<i>phenelzine sulfate</i> (generic of NARDIL) TABS 15mg	1	
<i>protriptyline hcl</i> TABS 5mg, 10mg	1	
<i>sertraline hcl</i> (generic of ZOLOFT) CONC 20mg/ml; TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	
<i>tranylcypromine sulfate</i> (generic of PARNATE) TABS 10mg	1	
<i>trazodone hcl</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg	1	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>trimipramine maleate</i> CAPS 25mg, 50mg QL (120 caps / 30 days)	1	QL
<i>trimipramine maleate</i> CAPS 100mg QL (60 caps / 30 days)	1	QL
TRINTELLIX TABS 5mg, 10mg, 20mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL PA
<i>venlafaxine hcl</i> (generic of EFFEXOR XR) CP24 37.5mg, 75mg, 150mg	1	
<i>venlafaxine hcl</i> TABS 25mg, 37.5mg, 50mg, 75mg, 100mg	1	
<i>vilazodone hcl</i> (generic of VIIBRYD) TABS 10mg, 20mg, 40mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
ZURZUVAE CAPS 20mg, 25mg QL (28 caps / 14 days)	1	QL NM PA
ZURZUVAE CAPS 30mg QL (14 caps / 14 days)	1	QL NM PA
<b>ANTIPARKINSONIAN AGENTS - DRUGS TO TREAT PARKINSONS DISEASE</b>		
<i>amantadine hcl</i> CAPS 100mg QL (120 caps / 30 days)	1	QL
<i>amantadine hcl</i> SOLN 50mg/5ml; TABS 100mg	1	
<i>benztropine mesylate</i> SOLN 1mg/ml	1	
<i>benztropine mesylate</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg PA applies if 70 years and older	1	PA
<i>bromocriptine mesylate</i> (generic of PARLODEL) CAPS 5mg; TABS 2.5mg	1	
<i>carb/levo orally disintegrating tab 10-100mg</i>	1	
<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-100mg</i>	1	
<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-250mg</i>	1	

**PA** - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **V/I** - Vacunas / Insulinas

36

V/I - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
<i>carbidopa &amp; levodopa tab 10-100 mg</i> (generic of SINEMET)	1	
<i>carbidopa &amp; levodopa tab 25-100 mg</i> (generic of SINEMET)	1	
<i>carbidopa &amp; levodopa tab 25-250 mg</i>	1	
<i>carbidopa &amp; levodopa tab er 25-100 mg</i>	1	
<i>carbidopa &amp; levodopa tab er 50-200 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 12.5-50-200 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 18.75-75-200 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 25-100-200 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 31.25-125-200 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 37.5-150-200 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 50-200-200 mg</i>	1	
<i>entacapone TABS 200mg</i>	1	
INBRIJA CAPS 42mg QL (300 caps / 30 days)	1	QL NM PA
<i>pramipexole dihydrochloride TABS .125mg, .25mg, .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg</i>	1	
<i>rasagiline mesylate</i> (generic of AZILECT) TABS .5mg, 1mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>ropinirole hydrochloride TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg, 5mg</i>	1	
<i>selegiline hcl CAPS 5mg; TABS 5mg</i>	1	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
<i>trihexyphenidyl hcl SOLN .4mg/ml; TABS 2mg, 5mg</i> PA applies if 70 years and older	1	PA
<b>ANTIPSYCHOTICS - DRUGS TO TREAT PSYCHOSES</b>		
<i>aripiprazole SOLN 1mg/ml</i> QL (900 mL / 30 days)	1	QL
<i>aripiprazole</i> (generic of ABILIFY) TABS 2mg, 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 30mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>aripiprazole TBDP 10mg, 15mg</i> QL (60 tabs / 30 days)	1	QL ST
ARISTADA PRSY 441mg/1.6ml, 662mg/2.4ml, 882mg/3.2ml QL (1 syringe / 28 days)	1	QL
ARISTADA PRSY 1064mg/3.9ml QL (1 syringe / 56 days)	1	QL
ARISTADA INITIO PRSY 675mg/2.4ml	1	
<i>asenapine maleate</i> (generic of SAPHRIS) SUBL 2.5mg, 5mg, 10mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
CAPLYTA CAPS 10.5mg, 21mg, 42mg QL (30 caps / 30 days)	1	QL
<i>chlorpromazine hcl CONC 30mg/ml, 100mg/ml; SOLN 25mg/ml, 50mg/2ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg, 200mg</i>	1	
<i>clozapine</i> (generic of CLOZARIL) TABS 25mg, 50mg	1	
<i>clozapine</i> (generic of CLOZARIL) TABS 100mg QL (270 tabs / 30 days)	1	QL

**PA** - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **V/I** - Vacunas / Insulinas

37

V/I - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>clozapine</i> (generic of CLOZARIL) TABS 200mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL
<i>clozapine</i> TBDP 12.5mg, 25mg	1	PA
<i>clozapine</i> TBDP 100mg QL (270 tabs / 30 days)	1	QL PA
<i>clozapine</i> TBDP 150mg QL (180 tabs / 30 days)	1	QL PA
<i>clozapine</i> TBDP 200mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL PA
FANAPT TABS 1mg, 2mg, 4mg, 6mg, 8mg, 10mg, 12mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL PA
FANAPT PAK QL (2 packs / year)	1	QL PA
<i>fluphenazine decanoate</i> SOLN 25mg/ml	1	
<i>fluphenazine hcl</i> CONC 5mg/ml; ELIX 2.5mg/5ml; SOLN 2.5mg/ml; TABS 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg	1	
<i>haloperidol</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg, 5mg, 10mg, 20mg	1	
<i>haloperidol decanoate</i> (generic of HALDOL DECANOATE 50) SOLN 50mg/ml	1	
<i>haloperidol decanoate</i> (generic of HALDOL DECANOATE 100) SOLN 100mg/ml	1	
<i>haloperidol lactate</i> CONC 2mg/ml; SOLN 5mg/ml	1	
INVEGA HAFYERA SUSY 1092mg/3.5ml, 1560mg/5ml QL (1 injection / 180 days)	1	QL
INVEGA SUSTENNA SUSY 39mg/0.25ml, 78mg/0.5ml, 117mg/0.75ml, 156mg/ml, 234mg/1.5ml QL (1 syringe / 28 days)	1	QL

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
INVEGA TRINZA SUSY 273mg/0.88ml, 410mg/1.32ml, 546mg/1.75ml, 819mg/2.63ml QL (1 syringe / 90 days)	1	QL
<i>loxapine succinate</i> CAPS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	1	
<i>lurasidone hcl</i> (generic of LATUDA) TABS 20mg, 40mg, 60mg, 120mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>lurasidone hcl</i> (generic of LATUDA) TABS 80mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
<i>molindone hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 25mg	1	
NUPLAZID CAPS 34mg QL (30 caps / 30 days)	1	QL NM PA
NUPLAZID TABS 10mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
<i>olanzapine</i> (generic of ZYPREXA) SOLR 10mg QL (3 vials / 1 day)	1	QL
<i>olanzapine</i> (generic of ZYPREXA) TABS 2.5mg, 5mg, 10mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
<i>olanzapine</i> (generic of ZYPREXA) TABS 7.5mg, 15mg, 20mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>olanzapine</i> (generic of ZYPREXA ZYDIS) TBDP 5mg, 15mg, 20mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL ST
<i>olanzapine</i> (generic of ZYPREXA ZYDIS) TBDP 10mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL ST
<i>paliperidone</i> TB24 1.5mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>paliperidone</i> (generic of INVEGA) TB24 3mg, 9mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL

**PA** - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **V/I** - Vacunas / Insulinas

38

V/I - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>paliperidone</i> (generic of INVEGA) TB24 6mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
<i>perphenazine</i> TABS 2mg, 4mg, 8mg, 16mg	1	
<i>pimozide</i> TABS 1mg, 2mg	1	
<i>quetiapine fumarate</i> (generic of SEROQUEL) TABS 25mg QL (180 tabs / 30 days)	1	QL
<i>quetiapine fumarate</i> (generic of SEROQUEL) TABS 50mg, 100mg, 200mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL
<i>quetiapine fumarate</i> TABS 150mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL
<i>quetiapine fumarate</i> (generic of SEROQUEL) TABS 300mg, 400mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
<i>quetiapine fumarate</i> (generic of SEROQUEL XR) TB24 50mg, 300mg, 400mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL PA
<i>quetiapine fumarate</i> (generic of SEROQUEL XR) TB24 150mg, 200mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL PA
REXULTI TABS 3mg, 4mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
REXULTI TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
<i>risperidone</i> (generic of RISPERDAL) SOLN 1mg/ml QL (240 mL / 30 days)	1	QL
<i>risperidone</i> (generic of RISPERDAL) TABS .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	1	
<i>risperidone</i> TABS .25mg	1	
<i>risperidone</i> TBDP 1mg, 2mg, 3mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL ST

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>risperidone</i> TBDP 4mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL ST
<i>risperidone</i> TBDP .25mg, .5mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL ST
<i>risperidone microspheres</i> (generic of RISPERDAL CONSTA) SRER 12.5mg, 25mg, 37.5mg, 50mg QL (2 injections / 28 days)	1	QL
SECUADO PT24 3.8mg/24hr, 5.7mg/24hr, 7.6mg/24hr QL (30 patches / 30 days)	1	QL
<i>thioridazine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg	1	
<i>thiothixene</i> CAPS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	1	
<i>trifluoperazine hcl</i> TABS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	1	
VERSACLOZ SUSP 50mg/ml QL (600 mL / 30 days)	1	QL PA
VRAYLAR CAPS 1.5mg QL (60 caps / 30 days)	1	QL
VRAYLAR CAPS 3mg, 4.5mg, 6mg QL (30 caps / 30 days)	1	QL
VRAYLAR CAP 1.5-3MG QL (2 packs / year)	1	QL
<i>ziprasidone hcl</i> (generic of GEODON) CAPS 20mg, 40mg, 60mg, 80mg QL (60 caps / 30 days)	1	QL
<i>ziprasidone mesylate</i> (generic of GEODON) SOLR 20mg QL (6 injections / 3 days)	1	QL
ZYPREXA RELPREVV SUSR 210mg, 300mg QL (2 vials / 28 days)	1	QL NM PA
ZYPREXA RELPREVV SUSR 405mg QL (1 vial / 28 days)	1	QL NM PA

**PA** - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **V/I** - Vacunas / Insulinas

39

V/I - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.



NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<b>ANTISEIZURE AGENTS</b>		
APTIOM TABS 200mg, 400mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
APTIOM TABS 600mg, 800mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
BRIVIACT SOLN 10mg/ml QL (600 mL / 30 days)	1	QL PA
BRIVIACT TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL PA
<i>carbamazepine</i> CHEW 100mg	1	
<i>carbamazepine</i> (generic of CARBATROL) CP12 100mg, 200mg, 300mg	1	
<i>carbamazepine</i> (generic of TEGRETOL) SUSP 100mg/5ml; TABS 200mg	1	
<i>carbamazepine</i> (generic of TEGRETOL-XR) TB12 100mg, 200mg, 400mg	1	
<i>clobazam</i> (generic of ONFI) SUSP 2.5mg/ml QL (480 mL / 30 days)	1	QL PA
<i>clobazam</i> (generic of ONFI) TABS 10mg, 20mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL PA
<i>clonazepam</i> (generic of KLONOPIN) TABS 2mg QL (300 tabs / 30 days)	1	QL
<i>clonazepam</i> (generic of KLONOPIN) TABS .5mg, 1mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL
<i>clonazepam</i> TBDP 2mg QL (300 tabs / 30 days)	1	QL
<i>clonazepam</i> TBDP .125mg, .25mg, .5mg, 1mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>clorazepate dipotassium</i> TABS 3.75mg, 7.5mg, 15mg QL (180 tabs / 30 days) PA applies if 65 years and older	1	QL PA
DIACOMIT CAPS 250mg QL (360 caps / 30 days)	1	QL NM PA
DIACOMIT CAPS 500mg QL (180 caps / 30 days)	1	QL NM PA
DIACOMIT PACK 250mg QL (360 packets / 30 days)	1	QL NM PA
DIACOMIT PACK 500mg QL (180 packets / 30 days)	1	QL NM PA
<i>diazepam</i> SOLN 5mg/5ml QL (1200 mL / 30 days) PA applies if 65 years and older when greater than 5 day supply	1	QL PA
<i>diazepam</i> (generic of VALIUM) TABS 2mg, 5mg, 10mg QL (120 tabs / 30 days) PA applies if 65 years and older when greater than 5 day supply	1	QL PA
<i>diazepam</i> (anticonvulsant) GEL 2.5mg, 10mg, 20mg	1	
<i>diazepam inj</i> SOLN 5mg/ml	1	
<i>diazepam intensol</i> CONC 5mg/ml QL (240 mL / 30 days) PA applies if 65 years and older when greater than 5 day supply	1	QL PA
DILANTIN CAPS 30mg	1	
<i>divalproex sodium</i> (generic of DEPAKOTE SPRINKLES) CSDR 125mg	1	
<i>divalproex sodium</i> (generic of DEPAKOTE ER) TB24 250mg, 500mg	1	

**PA** - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **V/I** - Vacunas / Insulinas

40

V/I - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>divalproex sodium</i> (generic of DEPAKOTE) TBEC 125mg, 250mg, 500mg	1	
EPIDIOLEX SOLN 100mg/ml QL (600 mL / 30 days)	1	QL NM PA
<i>epitol</i> (generic of TEGRETOL) TABS 200mg	1	
EPRONTIA SOLN 25mg/ml QL (480 mL / 30 days)	1	QL PA
<i>ethosuximide</i> (generic of ZARONTIN) CAPS 250mg; SOLN 250mg/5ml	1	
<i>felbamate</i> SUSP 600mg/5ml	1	
<i>felbamate</i> (generic of FELBATOL) TABS 400mg, 600mg	1	
FINTEPLA SOLN 2.2mg/ml QL (360 mL / 30 days)	1	QL NM PA
FYCOMPA SUSP .5mg/ml QL (720 mL / 30 days)	1	QL PA
FYCOMPA TABS 2mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL PA
FYCOMPA TABS 4mg, 6mg, 8mg, 10mg, 12mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL PA
<i>gabapentin</i> (generic of NEURONTIN) CAPS 100mg, 300mg QL (360 caps / 30 days)	1	QL
<i>gabapentin</i> (generic of NEURONTIN) CAPS 400mg QL (270 caps / 30 days)	1	QL
<i>gabapentin</i> (generic of NEURONTIN) SOLN 250mg/5ml, 300mg/6ml QL (2160 mL / 30 days)	1	QL
<i>gabapentin</i> (generic of NEURONTIN) TABS 600mg QL (180 tabs / 30 days)	1	QL
<i>gabapentin</i> (generic of NEURONTIN) TABS 800mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL
<i>lacosamide</i> (generic of VIMPAT) SOLN 200mg/20ml	1	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>lacosamide</i> (generic of VIMPAT) TABS 50mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL
<i>lacosamide</i> (generic of VIMPAT) TABS 100mg, 150mg, 200mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
<i>lacosamide oral</i> (generic of VIMPAT) SOLN 10mg/ml QL (1200 mL / 30 days)	1	QL
<i>lamotrigine</i> (generic of LAMICTAL CHEWABLE DISPERS) CHEW 5mg, 25mg	1	
<i>lamotrigine</i> (generic of LAMICTAL) TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg	1	
<i>lamotrigine</i> (generic of LAMICTAL XR) TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 250mg, 300mg	1	ST
<i>levetiracetam</i> (generic of KEPPRA) SOLN 100mg/ml, 500mg/5ml; TABS 250mg, 500mg, 750mg, 1000mg	1	
<i>levetiracetam</i> (generic of KEPPRA XR) TB24 500mg, 750mg	1	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 500 mg/100ml</i> (generic of LEVETIRACETAM)	1	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1000 mg/100ml</i> (generic of LEVETIRACETAM)	1	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1500 mg/100ml</i> (generic of LEVETIRACETAM)	1	
LIBERVANT FILM 5mg, 7.5mg, 10mg, 12.5mg, 15mg QL (10 buccal films / 30 days)	1	QL

**PA** - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **V/I** - Vacunas / Insulinas

V/I - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>methsuximide</i> (generic of CELONTIN) CAPS 300mg	1	
NAYZILAM SOLN 5mg/0.1ml QL (10 nasal units per 30 days)	1	QL
<i>oxcarbazepine</i> (generic of TRILEPTAL) SUSP 300mg/5ml; TABS 150mg, 300mg, 600mg	1	
<i>phenobarbital</i> ELIX 20mg/5ml QL (1500 mL / 30 days) PA applies if 70 years and older	1	QL PA
<i>phenobarbital</i> TABS 15mg, 16.2mg, 30mg, 32.4mg, 60mg, 64.8mg, 97.2mg, 100mg QL (120 tabs / 30 days) PA applies if 70 years and older	1	QL PA
<i>phenobarbital sodium</i> SOLN 65mg/ml, 130mg/ml PA applies if 70 years and older	1	PA
<i>phenytek</i> CAPS 200mg, 300mg	1	
<i>phenytoin</i> (generic of DILANTIN INFATABS) CHEW 50mg	1	
<i>phenytoin</i> (generic of DILANTIN-125) SUSP 125mg/5ml	1	
<i>phenytoin sodium</i> SOLN 50mg/ml	1	
<i>phenytoin sodium extended</i> (generic of DILANTIN) CAPS 100mg	1	
<i>phenytoin sodium extended</i> CAPS 200mg, 300mg	1	
<i>pregabalin</i> (generic of LYRICA) CAPS 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg QL (120 caps / 30 days)	1	QL PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>pregabalin</i> (generic of LYRICA) CAPS 200mg QL (90 caps / 30 days)	1	QL PA
<i>pregabalin</i> (generic of LYRICA) CAPS 225mg, 300mg QL (60 caps / 30 days)	1	QL PA
<i>pregabalin</i> (generic of LYRICA) SOLN 20mg/ml QL (900 mL / 30 days)	1	QL PA
<i>primidone</i> (generic of MYSOLINE) TABS 50mg, 250mg	1	
<i>primidone</i> TABS 125mg	1	
<i>roweepra</i> (generic of KEPPRA) TABS 500mg	1	
<i>rufinamide</i> (generic of BANZEL) SUSP 40mg/ml QL (2400 mL / 30 days)	1	QL PA
<i>rufinamide</i> (generic of BANZEL) TABS 200mg QL (480 tabs / 30 days)	1	QL PA
<i>rufinamide</i> (generic of BANZEL) TABS 400mg QL (240 tabs / 30 days)	1	QL PA
SPRITAM TB3D 250mg QL (360 tabs / 30 days)	1	QL
SPRITAM TB3D 500mg QL (180 tabs / 30 days)	1	QL
SPRITAM TB3D 750mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL
SPRITAM TB3D 1000mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL
<i>subvenite</i> (generic of LAMICTAL) TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg	1	
SYMPAZAN FILM 5mg, 10mg, 20mg QL (60 films / 30 days)	1	QL PA
<i>tiagabine hcl</i> TABS 2mg, 4mg, 12mg, 16mg	1	
<i>topiramate</i> (generic of TOPAMAX SPRINKLE) CPSP 15mg, 25mg	1	

**PA** - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **V/I** - Vacunas / Insulinas

42

V/I - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>topiramate</i> (generic of TOPAMAX) TABS 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	1	
<i>valproate sodium</i> SOLN 100mg/ml, 250mg/5ml	1	
<i>valproic acid</i> CAPS 250mg	1	
VALTOCO 5 MG DOSE LIQD 5mg/0.1ml QL (10 blister packs per 30 days)	1	QL
VALTOCO 10 MG DOSE LIQD 10mg/0.1ml QL (10 blister packs per 30 days)	1	QL
VALTOCO 15 MG DOSE LQPK 7.5mg/0.1ml QL (10 blister packs per 30 days)	1	QL
VALTOCO 20 MG DOSE LQPK 10mg/0.1ml QL (10 blister packs per 30 days)	1	QL
<i>vigabatrin</i> (generic of SABRIL) PACK 500mg QL (180 packets / 30 days)	1	QL NM PA
<i>vigabatrin</i> (generic of SABRIL) TABS 500mg QL (180 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
<i>vigadrone</i> (generic of SABRIL) PACK 500mg QL (180 packets / 30 days)	1	QL NM PA
<i>vigadrone</i> (generic of SABRIL) TABS 500mg QL (180 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
VIGAFYDE SOLN 100mg/ml QL (900 mL / 30 days)	1	QL NM PA
<i>vigpoder</i> (generic of SABRIL) PACK 500mg QL (180 packets / 30 days)	1	QL NM PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
XCOPRI TABS 25mg, 50mg, 100mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
XCOPRI TABS 150mg, 200mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
XCOPRI PAK 12.5-25 QL (28 tabs / 28 days)	1	QL
XCOPRI PAK 50-100MG QL (28 tabs / 28 days)	1	QL
XCOPRI PAK 100-150 QL (56 tabs / 28 days)	1	QL
XCOPRI PAK 150-200MG (MAINTENANCE) QL (56 tabs / 28 days)	1	QL
XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION) QL (28 tabs / 28 days)	1	QL
ZONISADE SUSP 100mg/5ml QL (900 mL / 30 days)	1	QL PA
<i>zonisamide</i> (generic of ZONEGRAN) CAPS 25mg, 100mg	1	
<i>zonisamide</i> CAPS 50mg	1	
ZTALMY SUSP 50mg/ml QL (1100 mL / 30 days)	1	QL NM PA
<b>ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER - DRUGS TO TREAT ADHD</b>		
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg</i> (generic of ADDERALL XR) QL (30 caps / 30 days)	1	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 10 mg</i> (generic of ADDERALL XR) QL (30 caps / 30 days)	1	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 15 mg</i> (generic of ADDERALL XR) QL (30 caps / 30 days)	1	QL PA

**PA** - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **V/I** - Vacunas / Insulinas

43

V/I - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES		NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES		L	LIMITES
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 20 mg</i> (generic of ADDERALL XR) QL (30 caps / 30 days)	1	QL PA	<i>atomoxetine hcl</i> (generic of STRATTERA) CAPS 10mg, 18mg, 25mg QL (120 caps / 30 days)	1	QL
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 25 mg</i> (generic of ADDERALL XR) QL (30 caps / 30 days)	1	QL PA	<i>atomoxetine hcl</i> (generic of STRATTERA) CAPS 40mg QL (60 caps / 30 days)	1	QL
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 30 mg</i> (generic of ADDERALL XR) QL (30 caps / 30 days)	1	QL PA	<i>atomoxetine hcl</i> (generic of STRATTERA) CAPS 60mg, 80mg, 100mg QL (30 caps / 30 days)	1	QL
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 5 mg</i> (generic of ADDERALL) QL (60 tabs / 30 days)	1	QL PA	<i>dexmethylphenidate hcl</i> (generic of FOCALIN) TABS 2.5mg, 5mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 7.5 mg</i> (generic of ADDERALL) QL (60 tabs / 30 days)	1	QL PA	<i>dexmethylphenidate hcl</i> (generic of FOCALIN) TABS 10mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 10 mg</i> (generic of ADDERALL) QL (60 tabs / 30 days)	1	QL PA	<i>guanfacine hcl (adhd)</i> (generic of INTUNIV) TB24 1mg, 2mg, 4mg QL (30 tabs / 30 days) PA applies if 70 years and older	1	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 12.5 mg</i> (generic of ADDERALL) QL (60 tabs / 30 days)	1	QL PA	<i>guanfacine hcl (adhd)</i> (generic of INTUNIV) TB24 3mg QL (60 tabs / 30 days) PA applies if 70 years and older	1	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 15 mg</i> (generic of ADDERALL) QL (60 tabs / 30 days)	1	QL PA	<i>methylphenidate hcl</i> CHEW 2.5mg, 5mg, 10mg QL (180 tabs / 30 days)	1	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 20 mg</i> (generic of ADDERALL) QL (90 tabs / 30 days)	1	QL PA	<i>methylphenidate hcl</i> (generic of METHYLIN) SOLN 5mg/5ml QL (1800 mL / 30 days)	1	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 30 mg</i> (generic of ADDERALL) QL (60 tabs / 30 days)	1	QL PA	<i>methylphenidate hcl</i> (generic of METHYLIN) SOLN 10mg/5ml QL (900 mL / 30 days)	1	QL PA
			<i>methylphenidate hcl</i> (generic of RITALIN) TABS 5mg, 10mg QL (180 tabs / 30 days)	1	QL PA

**PA** - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **V/I** - Vacunas / Insulinas 44

V/I - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>methylphenidate hcl</i> (generic of RITALIN) TABS 20mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL PA
<i>methylphenidate hcl</i> TBCR 10mg, 20mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL PA
<b>HYPNOTICS - DRUGS TO TREAT INSOMNIA</b>		
DAYVIGO TABS 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>doxepin hcl</i> (sleep) (generic of SILENOR) TABS 3mg, 6mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>eszopiclone</i> (generic of LUNESTA) TABS 1mg, 2mg, 3mg QL (30 tabs / 30 days) PA applies if 70 years and older after a 90 day supply in a calendar year	1	QL PA
<i>tasimelteon</i> (generic of HETLIOZ) CAPS 20mg QL (30 caps / 30 days)	1	QL NM PA
<i>temazepam</i> (generic of RESTORIL) CAPS 7.5mg, 30mg QL (30 caps / 30 days) PA applies if 65 years and older	1	QL PA
<i>temazepam</i> (generic of RESTORIL) CAPS 15mg QL (60 caps / 30 days) PA applies if 65 years and older	1	QL PA
<i>zaleplon</i> CAPS 5mg QL (30 caps / 30 days) PA applies if 70 years and older after a 90 day supply in a calendar year	1	QL PA
<i>zaleplon</i> CAPS 10mg QL (60 caps / 30 days) PA applies if 70 years and older after a 90 day supply in a calendar year	1	QL PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>zolpidem tartrate</i> (generic of AMBIEN) TABS 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 days) PA applies if 70 years and older after a 90 day supply in a calendar year	1	QL PA
<b>MIGRAINE - DRUGS TO TREAT SEVERE HEADACHES</b>		
AIMOVIG SOAJ 70mg/ml, 140mg/ml QL (1 pen / 30 days)	1	QL NM PA
<i>dihydroergotamine mesylate</i> SOLN 1mg/ml	1	
<i>dihydroergotamine mesylate</i> (generic of MIGRANAL) SOLN 4mg/ml QL (8 mL / 30 days)	1	QL PA
EMGALITY SOAJ 120mg/ml QL (2 pens / 30 days)	1	QL NM PA
EMGALITY SOSY 100mg/ml QL (3 syringes / 30 days)	1	QL NM PA
EMGALITY SOSY 120mg/ml QL (2 syringes / 30 days)	1	QL NM PA
<i>ergotamine w/ caffeine tab</i> 1-100 mg QL (40 tabs / 28 days)	1	QL PA
<i>naratriptan hcl</i> TABS 1mg, 2.5mg QL (12 tabs / 30 days)	1	QL
NURTEC TBDP 75mg QL (16 tabs / 30 days)	1	QL PA
QULIPTA TABS 10mg, 30mg, 60mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL PA
<i>rizatriptan benzoate</i> TABS 5mg; TBDP 5mg QL (18 tabs / 30 days)	1	QL
<i>rizatriptan benzoate</i> (generic of MAXALT) TABS 10mg QL (18 tabs / 30 days)	1	QL

**PA** - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **V/I** - Vacunas / Insulinas

V/I - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES		NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES		L	LIMITES
<i>rizatriptan benzoate</i> (generic of MAXALT-MLT) TBDP 10mg QL (18 tabs / 30 days)	1	QL	AUSTEDO XR TB24 18mg, 24mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
<i>sumatriptan</i> SOLN 5mg/act QL (24 units / 30 days)	1	QL	AUSTEDO XR TB24 30mg, 36mg, 42mg, 48mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
<i>sumatriptan</i> SOLN 20mg/act QL (12 units / 30 days)	1	QL	AUSTEDO XR TAB TITR KIT QL (2 packs / year)	1	QL NM PA
<i>sumatriptan succinate</i> SOAJ 4mg/0.5ml; SOCT 4mg/0.5ml QL (18 injections / 30 days)	1	QL	<i>lithium</i> SOLN 8meq/5ml	1	
<i>sumatriptan succinate</i> (generic of IMITREX STATDOSE SYSTEM) SOAJ 6mg/0.5ml QL (12 injections / 30 days)	1	QL	<i>lithium carbonate</i> CAPS 150mg, 300mg, 600mg; TABS 300mg; TBCR 450mg	1	
<i>sumatriptan succinate</i> (generic of IMITREX STATDOSE REFILL) SOCT 6mg/0.5ml QL (12 injections / 30 days)	1	QL	<i>lithium carbonate</i> (generic of LITHOBID) TBCR 300mg	1	
<i>sumatriptan succinate</i> SOLN 6mg/0.5ml QL (12 injections / 30 days)	1	QL	NUDEXTA CAP 20-10MG QL (60 caps / 30 days)	1	QL PA
<i>sumatriptan succinate</i> (generic of IMITREX) TABS 25mg, 50mg, 100mg QL (12 tabs / 30 days)	1	QL	<i>pyridostigmine bromide</i> (generic of MESTINON) TABS 60mg	1	
UBRELVY TABS 50mg, 100mg QL (16 tabs / 30 days)	1	QL PA	<i>riluzole</i> TABS 50mg	1	
<b>MISCELLANEOUS</b>			<i>tetrabenazine</i> (generic of XENAZINE) TABS 12.5mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
AUSTEDO TABS 6mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL NM PA	<i>tetrabenazine</i> (generic of XENAZINE) TABS 25mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
AUSTEDO TABS 9mg, 12mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL NM PA	<b>MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS - DRUGS TO TREAT MULTIPLE SCLEROSIS</b>		
AUSTEDO XR TB24 6mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL NM PA	BAFIERTAM CPDR 95mg QL (120 caps / 30 days)	1	QL NM PA
AUSTEDO XR TB24 12mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL NM PA	BETASERON KIT .3mg QL (14 syringes / 28 days)	1	QL NM PA
			COPAXONE SOSY 20mg/ml QL (30 syringes / 30 days)	1	QL NM PA
			COPAXONE SOSY 40mg/ml QL (12 syringes / 28 days)	1	QL NM PA
			<i>dalfampridine</i> (generic of AMPYRA) TB12 10mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL NM PA

**PA** - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **V/I** - Vacunas / Insulinas

46

V/I - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>flingolimod hcl</i> (generic of GILENYA) CAPS .5mg QL (30 caps / 30 days)	1	QL NM PA
<i>glatiramer acetate</i> (generic of COPAXONE) SOSY 20mg/ml QL (30 syringes / 30 days)	1	QL NM PA
<i>glatiramer acetate</i> (generic of COPAXONE) SOSY 40mg/ml QL (12 syringes / 28 days)	1	QL NM PA
<i>glatopa</i> (generic of COPAXONE) SOSY 20mg/ml QL (30 syringes / 30 days)	1	QL NM PA
<i>glatopa</i> (generic of COPAXONE) SOSY 40mg/ml QL (12 syringes / 28 days)	1	QL NM PA
KESIMPTA SOAJ 20mg/0.4ml QL (16 pens / 365 days)	1	QL NM PA
<b>MUSCULOSKELETAL THERAPY AGENTS - DRUGS TO TREAT MUSCLE SPASMS</b>		
<i>baclofen</i> TABS 5mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL
<i>baclofen</i> TABS 10mg, 20mg	1	
<i>carisoprodol</i> (generic of SOMA) TABS 350mg QL (120 tabs / 30 days) PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year	1	QL PA
<i>cyclobenzaprine hcl</i> TABS 5mg, 10mg QL (90 tabs / 30 days) PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year	1	QL PA
<i>dantrolene sodium</i> (generic of DANTRIUM) CAPS 25mg	1	
<i>dantrolene sodium</i> CAPS 50mg, 100mg	1	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>methocarbamol</i> TABS 500mg QL (360 tabs / 30 days) PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year	1	QL PA
<i>methocarbamol</i> TABS 750mg QL (240 tabs / 30 days) PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year	1	QL PA
<i>tizanidine hcl</i> TABS 2mg	1	
<i>tizanidine hcl</i> (generic of ZANAFLEX) TABS 4mg	1	
<b>NARCOLEPSY/CATAPLEXY - DRUGS FOR SLEEP DISORDERS</b>		
<i>armodafinil</i> (generic of NUVIGIL) TABS 50mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL PA
<i>armodafinil</i> (generic of NUVIGIL) TABS 150mg, 200mg, 250mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL PA
<i>modafinil</i> (generic of PROVIGIL) TABS 100mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL PA
<i>modafinil</i> (generic of PROVIGIL) TABS 200mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL PA
SODIUM OXYBATE SOLN 500mg/ml QL (540 mL / 30 days)	1	QL NM PA
<b>PSYCHOTHERAPEUTIC-MISC</b>		
<i>acamprosate calcium</i> TBEC 333mg	1	
<i>buprenorphine hcl</i> SUBL 2mg, 8mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 2-0.5 mg (base equiv)</i> (generic of SUBOXONE) QL (90 films / 30 days)	1	QL

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D V/I - Vacunas / Insulinas

47

V/I - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.



NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 4-1 mg (base equiv)</i> (generic of SUBOXONE) QL (90 films / 30 days)	1	QL
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 8-2 mg (base equiv)</i> (generic of SUBOXONE) QL (90 films / 30 days)	1	QL
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 12-3 mg (base equiv)</i> (generic of SUBOXONE) QL (60 films / 30 days)	1	QL
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 2-0.5 mg (base equiv)</i> QL (90 tabs / 30 days)	1	QL
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 8-2 mg (base equiv)</i> QL (90 tabs / 30 days)	1	QL
<i>bupropion hcl (smoking deterrent)</i> TB12 150mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
<i>disulfiram</i> TABS 250mg, 500mg	1	
<i>naloxone hcl</i> LIQD 4mg/0.1ml; SOCT .4mg/ml; SOLN .4mg/ml, 4mg/10ml; SOSY .4mg/ml, 2mg/2ml	1	
<i>naltrexone hcl</i> TABS 50mg	1	
NICOTROL INHALER INHA 10mg	1	
NICOTROL NS SOLN 10mg/ml	1	
<i>varenicline tartrate</i> TABS .5mg, 1mg QL (56 tabs / 28 days)	1	QL
<i>varenicline tartrate tab 11 x 0.5 mg &amp; 42 x 1 mg start pack</i> QL (2 packs / year)	1	QL
VIVITROL SUSR 380mg	1	NM

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<b>ENDOCRINE AND METABOLIC - DRUGS TO TREAT DIABETES AND REGULATE HORMONES</b>		
<b>ANDROGENS - DRUGS TO REGULATE MALE HORMONES</b>		
<i>danazol</i> CAPS 50mg, 100mg, 200mg		
<i>depo-testosterone</i> SOLN 100mg/ml, 200mg/ml	1	PA
<i>methyltestosterone</i> CAPS 10mg QL (600 caps / 30 days)	1	QL PA
<i>testosterone</i> GEL 1%, 25mg/2.5gm, 50mg/5gm QL (300 gm / 30 days)	1	QL PA
<i>testosterone</i> (generic of ANDROGEL PUMP) GEL 1.62% QL (150 gm / 30 days)	1	QL PA
<i>testosterone cypionate</i> SOLN 100mg/ml, 200mg/ml	1	PA
<i>testosterone enanthate</i> SOLN 200mg/ml	1	PA
<b>ANTIDIABETICS</b>		
<i>acarbose</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg		
FARXIGA TABS 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>glimepiride</i> TABS 1mg, 2mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL
<i>glimepiride</i> TABS 4mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
<i>glipizide</i> TABS 5mg QL (240 tabs / 30 days)	1	QL
<i>glipizide</i> TABS 10mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL
<i>glipizide</i> TB24 2.5mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL
<i>glipizide</i> (generic of GLUCOTROL XL) TB24 5mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL

**PA** - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **V/I** - Vacunas / Insulinas

V/I - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES		NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES		L	LIMITES
<i>glipizide</i> (generic of GLUCOTROL XL) TB24 10mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL	JENTADUETO TAB 2.5-500 QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
<i>glipizide xl</i> TB24 2.5mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL	JENTADUETO TAB 2.5-850 QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
<i>glipizide xl</i> (generic of GLUCOTROL XL) TB24 5mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL	JENTADUETO TAB 2.5-1000 QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
<i>glipizide xl</i> (generic of GLUCOTROL XL) TB24 10mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL	JENTADUETO TAB XR 2.5-1000MG QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
<i>glipizide-metformin hcl tab</i> 2.5-250 mg QL (240 tabs / 30 days)	1	QL	JENTADUETO TAB XR 5-1000MG QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>glipizide-metformin hcl tab</i> 2.5-500 mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL	<i>metformin hcl</i> TABS 500mg QL (150 tabs / 30 days)	1	QL
<i>glipizide-metformin hcl tab</i> 5-500 mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL	<i>metformin hcl</i> TABS 850mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL
GLYXAMBI TAB 10-5 MG QL (30 tabs / 30 days)	1	QL	<i>metformin hcl</i> TABS 1000mg QL (75 tabs / 30 days)	1	QL
GLYXAMBI TAB 25-5 MG QL (30 tabs / 30 days)	1	QL	<i>metformin hcl</i> TB24 500mg QL (120 tabs / 30 days) (generic of GLUCOPHAGE XR)	1	QL
JANUMET TAB 50-500MG QL (60 tabs / 30 days)	1	QL	<i>metformin hcl</i> TB24 750mg QL (60 tabs / 30 days) (generic of GLUCOPHAGE XR)	1	QL
JANUMET TAB 50-1000 QL (60 tabs / 30 days)	1	QL	MOUNJARO SOPN 2.5mg/0.5ml, 5mg/0.5ml, 7.5mg/0.5ml, 10mg/0.5ml, 12.5mg/0.5ml, 15mg/0.5ml QL (4 pens / 28 days)	1	QL PA
JANUMET XR TAB 50-500MG QL (60 tabs / 30 days)	1	QL	<i>nateglinide</i> TABS 60mg, 120mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL
JANUMET XR TAB 50-1000 QL (60 tabs / 30 days)	1	QL	OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) SOPN 2mg/1.5ml QL (1 pen / 28 days)	1	QL PA
JANUMET XR TAB 100-1000 QL (30 tabs / 30 days)	1	QL	OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE) SOPN 2mg/3ml QL (1 pen / 28 days)	1	QL PA
JANUVIA TABS 25mg, 50mg, 100mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL	OZEMPIC (1MG/DOSE) SOPN 4mg/3ml QL (1 pen / 28 days)	1	QL PA
JARDIANCE TABS 10mg, 25mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL			

**PA** - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **V/I** - Vacunas / Insulinas

49

V/I - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES		NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES		L	LIMITES
OZEMPIC (2MG/DOSE) SOPN 8mg/3ml QL (1 pen / 28 days)	1	QL PA	TRIJARDY XR TAB ER 24HR 5-2.5-1000MG QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
<i>pioglitazone hcl</i> (generic of ACTOS) TABS 15mg, 30mg, 45mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL	TRIJARDY XR TAB ER 24HR 10-5-1000MG QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl</i> tab 15-500 mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL	TRIJARDY XR TAB ER 24HR 12.5-2.5-1000MG QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl</i> tab 15-850 mg (generic of ACTOPLUS MET) QL (90 tabs / 30 days)	1	QL	TRIJARDY XR TAB ER 24HR 25-5-1000MG QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>repaglinide</i> TABS 2mg QL (240 tabs / 30 days)	1	QL	TRULICITY SOPN .75mg/0.5ml, 1.5mg/0.5ml, 3mg/0.5ml, 4.5mg/0.5ml QL (4 pens / 28 days)	1	QL PA
<i>repaglinide</i> TABS .5mg, 1mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL	XIGDUO XR TAB 2.5-1000 QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
RYBELSUS TABS 3mg, 7mg, 14mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL PA	XIGDUO XR TAB 5-500MG QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
SYNJARDY TAB 5-500MG QL (120 tabs / 30 days)	1	QL	XIGDUO XR TAB 5-1000MG QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
SYNJARDY TAB 5-1000MG QL (60 tabs / 30 days)	1	QL	XIGDUO XR TAB 10-500MG QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
SYNJARDY TAB 12.5-500 QL (60 tabs / 30 days)	1	QL	XIGDUO XR TAB 10-1000 QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
SYNJARDY TAB 12.5- 1000MG QL (60 tabs / 30 days)	1	QL	<b>ANTIDIABETICS, INSULINS</b>		
SYNJARDY XR TAB 5- 1000MG QL (60 tabs / 30 days)	1	QL	ADMELOG SOLN 100unit/ml	1	V/I
SYNJARDY XR TAB 10-1000 QL (60 tabs / 30 days)	1	QL	ADMELOG SOLOSTAR SOPN 100unit/ml	1	V/I
SYNJARDY XR TAB 12.5- 1000 QL (60 tabs / 30 days)	1	QL	ALCOHOL SWABS: BD- EMBECTA/MHC/RUGBY	1	PA
SYNJARDY XR TAB 25-1000 QL (30 tabs / 30 days)	1	QL	BASAGLAR KWIKPEN SOPN 100unit/ml	1	V/I
TRADJENTA TABS 5mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL	FIASP SOLN 100unit/ml	1	V/I
			FIASP FLEXTOUCH SOPN 100unit/ml	1	V/I
			FIASP PENFILL SOCT 100unit/ml	1	V/I
			FIASP PUMPCART SOCT 100unit/ml	1	B/D
			GAUZE PADS 2" X 2"	1	PA

**PA** - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **V/I** - Vacunas / Insulinas

50

V/I - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
HUMULIN R U-500 (CONCENTR SOLN 500unit/ml)	1	V/I B/D
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SOPN 500unit/ml	1	V/I
INSULIN PEN NEEDLES: BD-EMBECTA	1	PA
INSULIN SAFETY NEEDLES: BD-EMBECTA	1	PA
INSULIN SYRINGES: BD-EMBECTA	1	PA
NOVOLIN INJ 70/30 (brand RELION not covered)	1	V/I
NOVOLIN INJ 70/30 FP (brand RELION not covered)	1	V/I
NOVOLIN N SUSP 100unit/ml (brand RELION not covered)	1	V/I
NOVOLIN N FLEXPEN SUPN 100unit/ml (brand RELION not covered)	1	V/I
NOVOLIN R SOLN 100unit/ml (brand RELION not covered)	1	V/I
NOVOLIN R FLEXPEN SOPN 100unit/ml (brand RELION not covered)	1	V/I
NOVOLOG SOLN 100unit/ml (brand RELION not covered)	1	V/I
NOVOLOG FLEXPEN SOPN 100unit/ml (brand RELION not covered)	1	V/I
NOVOLOG MIX INJ 70/30 (brand RELION not covered)	1	V/I

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN (brand RELION not covered)	1	V/I
NOVOLOG PENFILL SOCT 100unit/ml (brand RELION not covered)	1	V/I
OMNIPOD 5 G6 KIT INTRO QL (1 kit / year)	1	QL PA
OMNIPOD 5 G6 MIS PODS QL (15 pods / 30 days)	1	QL PA
OMNIPOD 5 G7 KIT INTRO QL (1 kit / year)	1	QL PA
OMNIPOD 5 G7 MIS PODS QL (15 pods / 30 days)	1	QL PA
OMNIPOD DASH KIT INTRO QL (1 kit / year)	1	QL PA
OMNIPOD DASH MIS PODS QL (15 pods / 30 days)	1	QL PA
OMNIPOD GO KIT 10UNT/DY QL (15 pods / 30 days)	1	QL PA
OMNIPOD GO KIT 15UNT/DY QL (15 pods / 30 days)	1	QL PA
OMNIPOD GO KIT 20UNT/DY QL (15 pods / 30 days)	1	QL PA
OMNIPOD GO KIT 25UNT/DY QL (15 pods / 30 days)	1	QL PA
OMNIPOD GO KIT 30UNT/DY QL (15 pods / 30 days)	1	QL PA
OMNIPOD GO KIT 35UNT/DY QL (15 pods / 30 days)	1	QL PA
OMNIPOD GO KIT 40UNT/DY QL (15 pods / 30 days)	1	QL PA
OMNIPOD MIS CLASSIC QL (15 pods / 30 days)	1	QL PA

**PA** - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **V/I** - Vacunas / Insulinas

51

V/I - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
SOLQUA INJ 100/33 QL (5 pens / 25 days)	1	V/I QL
TOUJEO MAX SOLOSTAR SOPN 300unit/ml	1	V/I
TOUJEO SOLOSTAR SOPN 300unit/ml	1	V/I
TRESIBA SOLN 100unit/ml	1	V/I
TRESIBA FLEXTOUCH SOPN 100unit/ml, 200unit/ml	1	V/I
XULTOPHY INJ 100/3.6 QL (5 pens / 30 days)	1	V/I QL
<b>CALCIUM REGULATORS</b>		
<i>alendronate sodium</i> SOLN 70mg/75ml	1	ST
<i>alendronate sodium</i> TABS 10mg, 35mg	1	
<i>alendronate sodium</i> (generic of FOSAMAX) TABS 70mg	1	
<i>calcitonin (salmon) spray</i> SOLN 200unit/act	1	B/D
<i>ibandronate sodium</i> TABS 150mg	1	B/D
PAMIDRONATE DISODIUM SOLN 6mg/ml	1	B/D
<i>pamidronate disodium</i> SOLN 30mg/10ml, 90mg/10ml	1	B/D
PROLIA SOSY 60mg/ml QL (1 syringe / 180 days)	1	QL NM
<i>risedronate sodium</i> TABS 5mg, 150mg	1	
<i>risedronate sodium</i> (generic of ACTONEL) TABS 35mg	1	
<i>risedronate sodium</i> (generic of ATELVIA) TBEC 35mg	1	ST
TERIPARATIDE SOPN 620mcg/2.48ml	1	NM PA
XGEVA SOLN 120mg/1.7ml	1	NM PA
<i>zoledronic acid</i> CONC 4mg/5ml	1	B/D NM
<i>zoledronic acid</i> (generic of RECLAST) SOLN 5mg/100ml	1	B/D NM
<b>CHELATING AGENTS</b>		
CHEMET CAPS 100mg	1	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>deferiasirox</i> (generic of JADENU) TABS 90mg, 180mg, 360mg	1	NM PA
<i>deferiasirox</i> (generic of EXJADE) TBSO 125mg, 250mg, 500mg	1	NM PA
<i>kionex</i> SUSP 15gm/60ml	1	
LOKELMA PACK 5gm, 10gm	1	
<i>penicillamine</i> (generic of DEPEN TITRATABS) TABS 250mg	1	NM
<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i>	1	
<i>sps</i> SUSP 15gm/60ml	1	
<i>trientine hcl</i> (generic of SYPRINE) CAPS 250mg	1	NM PA
<b>CONTRACEPTIVES - DRUGS FOR BIRTH CONTROL</b>		
<i>afirmelle</i>	1	
<i>altavera</i>	1	
<i>alyacen 1/35</i>	1	
<i>alyacen 7/7/7</i>	1	
<i>amethia</i>	1	
<i>amethyst</i>	1	
<i>apri</i>	1	
<i>aranelle</i>	1	
<i>ashlyna</i>	1	
<i>aubra eq</i>	1	
<i>aurovela 1/20</i>	1	
<i>aurovela 24 fe</i>	1	
<i>aurovela fe 1.5/30</i>	1	
<i>aurovela fe 1/20</i>	1	
<i>aviane</i>	1	
<i>ayuna</i>	1	
<i>azurette</i>	1	
<i>balziva</i>	1	
<i>blisovi 24 fe</i>	1	
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	1	
<i>briellyn</i>	1	
<i>camila</i> TABS .35mg	1	
<i>camrese</i>	1	

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D V/I - Vacunas / Insulinas

V/I - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L REQUISITOS / LIMITES
<i>camrese lo</i>	1
<i>chateal eq</i>	1
<i>cryselle-28</i>	1
<i>cyred eq</i>	1
<i>dasetta 1/35</i>	1
<i>dasetta 7/7/7</i>	1
<i>daysee</i>	1
<i>deblitane TABS .35mg</i>	1
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUSY 104mg/0.65ml	1
<i>desogest-eth estrad &amp; eth estrad tab 0.15-0.02/0.01 mg(21/5)</i>	1
<i>dolishale</i>	1
<i>drospirenone-ethinyl estrad-levomefolate tab 3-0.02-0.451 mg (generic of BEYAZ)</i>	1
<i>drospirenone-ethinyl estrad-levomefolate tab 3-0.03-0.451 mg (generic of SAFYRAL)</i>	1
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.02 mg (generic of YAZ)</i>	1
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.03 mg (generic of YASMIN 28)</i>	1
<i>elinest</i>	1
<i>eluryng (generic of NUVARING)</i>	1
<i>emzahh TABS .35mg</i>	1
<i>enilloring (generic of NUVARING)</i>	1
<i>enpresse-28</i>	1
<i>enskyce</i>	1
<i>errin TABS .35mg</i>	1
<i>estarylla</i>	1
<i>ethynodiol diacetate &amp; ethinyl estradiol tab 1 mg-35 mcg</i>	1
<i>ethynodiol diacetate &amp; ethinyl estradiol tab 1 mg-50 mcg</i>	1

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L REQUISITOS / LIMITES
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol va ring 0.12-0.015 mg/24hr (generic of NUVARING)</i>	1
<i>falmina</i>	1
<i>finzala</i>	1
<i>hailey 1.5/30</i>	1
<i>hailey 24 fe</i>	1
<i>haloette (generic of NUVARING)</i>	1
<i>heather TABS .35mg</i>	1
<i>iclevia</i>	1
<i>incassia TABS .35mg</i>	1
<i>introvale</i>	1
<i>isibloom</i>	1
<i>jasmiel (generic of YAZ)</i>	1
<i>jolessa</i>	1
<i>juleber</i>	1
<i>junel 1.5/30</i>	1
<i>junel 1/20</i>	1
<i>junel fe 1.5/30</i>	1
<i>junel fe 1/20</i>	1
<i>junel fe 24</i>	1
<i>kaitlib fe</i>	1
<i>kariva</i>	1
<i>kelnor 1/35</i>	1
<i>kelnor 1/50</i>	1
<i>kurvelo</i>	1
<i>larin 1.5/30</i>	1
<i>larin 1/20</i>	1
<i>larin 24 fe</i>	1
<i>larin fe 1.5/30</i>	1
<i>larin fe 1/20</i>	1
<i>layolis fe</i>	1
<i>leena</i>	1
<i>lessina</i>	1
<i>levonest</i>	1
<i>levonor-eth est tab 0.15-0.02/0.025/0.03 mg &amp; eth est 0.01 mg</i>	1

**PA** - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **V/I** - Vacunas / Insulinas

V/I - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>levonorg-eth est tab 0.1-0.02mg(84) &amp; eth est tab 0.01mg(7)</i>	1	
<i>levonorg-eth est tab 0.15-0.03mg(84) &amp; eth est tab 0.01mg(7)</i>	1	
<i>levonorgestrel &amp; ethinyl estradiol (91-day) tab 0.15-0.03 mg</i>	1	
<i>levonorgestrel &amp; ethinyl estradiol tab 0.1 mg-20 mcg</i>	1	
<i>levonorgestrel &amp; ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg</i>	1	
<i>levonorgestrel-eth estra tab 0.05-30/0.075-40/0.125-30mg-mcg</i>	1	
<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol (continuous) tab 90-20 mcg</i>	1	
<i>levora 0.15/30-28</i>	1	
<i>LILETTA IUD 20.1mcg/day</i>	1	NM
<i>loestrin 1.5/30-21</i>	1	
<i>loestrin 1/20-21</i>	1	
<i>loestrin fe 1.5/30</i>	1	
<i>loestrin fe 1/20</i>	1	
<i>loryna (generic of YAZ)</i>	1	
<i>low-ogestrel</i>	1	
<i>lutra</i>	1	
<i>lyleq TABS .35mg</i>	1	
<i>lyza TABS .35mg</i>	1	
<i>marlissa</i>	1	
<i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive) (generic of DEPO-PROVERA CONTRACEPTIV) SUSP 150mg/ml; SUSY 150mg/ml</i>	1	
<i>mibelas 24 fe</i>	1	
<i>microgestin 1.5/30</i>	1	
<i>microgestin 1/20</i>	1	
<i>microgestin 24 fe</i>	1	
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	1	
<i>microgestin fe 1/20</i>	1	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>mili</i>	1	
<i>mono-lynyah</i>	1	
<i>necon 0.5/35-28</i>	1	
<i>NEXPLANON IMPL 68mg</i>	1	NM
<i>nikki (generic of YAZ)</i>	1	
<i>nora-be TABS .35mg</i>	1	
<i>norelgestromin-ethinyl estradiol td ptwk 150-35 mcg/24hr</i>	1	
<i>norethindrone &amp; ethinyl estradiol-fe chew tab 0.4 mg-35 mcg</i>	1	
<i>norethindrone &amp; ethinyl estradiol-fe chew tab 0.8 mg-25 mcg</i>	1	
<i>norethindrone (contraceptive) TABS .35mg</i>	1	
<i>norethindrone ac-ethinyl estrad-fe tab 1-20/1-30/1-35 mg-mcg</i>	1	
<i>norethindrone ace &amp; ethinyl estradiol tab 1 mg-20 mcg</i>	1	
<i>norethindrone ace &amp; ethinyl estradiol tab 1.5 mg-30 mcg</i>	1	
<i>norethindrone ace &amp; ethinyl estradiol-fe tab 1 mg-20 mcg</i>	1	
<i>norethindrone ace-eth estradiol-fe chew tab 1 mg-20 mcg (24)</i>	1	
<i>norgestimate &amp; ethinyl estradiol tab 0.25 mg-35 mcg</i>	1	
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-25/0.215-25/0.25-25 mg-mcg (generic of ORTHO TRI-CYCLEN LO)</i>	1	
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-35/0.215-35/0.25-35 mg-mcg</i>	1	
<i>norlyroc TABS .35mg</i>	1	
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	1	
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	1	
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	1	
<i>nortrel 7/7/7</i>	1	

**PA** - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **V/I** - Vacunas / Insulinas

V/I - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L REQUISITOS / LIMITES
<i>nylia 1/35</i>	1
<i>nylia 7/7/7</i>	1
<i>nymyo</i>	1
<i>ocella</i> (generic of YASMIN 28)	1
<i>philith</i>	1
<i>pimtrea</i>	1
<i>portia-28</i>	1
<i>reclipsen</i>	1
<i>rivelsa</i>	1
<i>setlakin</i>	1
<i>sharobel</i> TABS .35mg	1
<i>simliya</i>	1
<i>simpesse</i>	1
<i>sprintec 28</i>	1
<i>sronyx</i>	1
<i>syeda</i> (generic of YASMIN 28)	1
<i>tarina 24 fe</i>	1
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	1
<i>tilia fe</i>	1
<i>tri-estarylla</i>	1
<i>tri-legest fe</i>	1
<i>tri-lynyah</i>	1
<i>tri-lo-estarylla</i> (generic of ORTHO TRI-CYCLEN LO)	1
<i>tri-lo-marzia</i> (generic of ORTHO TRI-CYCLEN LO)	1
<i>tri-lo-mili</i> (generic of ORTHO TRI-CYCLEN LO)	1
<i>tri-lo-sprintec</i> (generic of ORTHO TRI-CYCLEN LO)	1
<i>tri-mili</i>	1
<i>tri-nymyo</i>	1
<i>tri-sprintec</i>	1
<i>tri-vylibra</i>	1
<i>tri-vylibra lo</i> (generic of ORTHO TRI-CYCLEN LO)	1
<i>trivora-28</i>	1
<i>turqoz</i>	1
<i>tydemy</i> (generic of SAFYRAL)	1
<i>velivet</i>	1

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L REQUISITOS / LIMITES
<i>vestura</i> (generic of YAZ)	1
<i>vienva</i>	1
<i>viorele</i>	1
<i>vyfemla</i>	1
<i>vylibra</i>	1
<i>wera</i>	1
<i>wymzya fe</i>	1
<i>xulane</i>	1
<i>zafemy</i>	1
<i>zovia 1/35</i>	1
<i>zumandimine</i> (generic of YASMIN 28)	1
<b>ESTROGENS - DRUGS TO REGULATE FEMALE HORMONES</b>	
<i>dotti</i> (generic of VIVELLE-DOT) PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr	1
<i>estradiol</i> (generic of VIVELLE-DOT) PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr	1
<i>estradiol</i> (generic of CLIMARA) PTWK .025mg/24hr, .05mg/24hr, .06mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr, 37.5mcg/24hr	1
<i>estradiol</i> (generic of ESTRACE) TABS .5mg, 1mg, 2mg	1
<i>estradiol &amp; norethindrone acetate tab 0.5-0.1 mg</i>	1
<i>estradiol &amp; norethindrone acetate tab 1-0.5 mg</i> (generic of ACTIVELLA)	1
<i>estradiol vaginal</i> (generic of ESTRACE) CREA .1mg/gm	1
<i>estradiol vaginal</i> (generic of VAGIFEM) TABS 10mcg	1
<i>estradiol valerate</i> (generic of DELESTROGEN) OIL 10mg/ml, 20mg/ml, 40mg/ml	1
<i>fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg</i>	1

**PA** - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **V/I** - Vacunas / Insulinas

V/I - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.



NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i>	1	
<i>jinteli</i>	1	
<i>lyllana</i> (generic of MINIVELLE) PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr	1	
<i>mimvey</i> (generic of ACTIVELLA)	1	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 0.5 mg-2.5 mcg</i>	1	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 1 mg-5 mcg</i>	1	
<i>yuvafem</i> (generic of VAGIFEM) TABS 10mcg	1	
<b>GLUCOCORTICOIDS - DRUGS TO TREAT INFLAMMATORY RESPONSE</b>		
<i>dexamethasone</i> ELIX .5mg/5ml; SOLN .5mg/5ml; TABS .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg, 2mg, 4mg, 6mg	1	
DEXAMETHASONE INTENSOL CONC 1mg/ml	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate</i> SOLN 4mg/ml, 10mg/ml, 20mg/5ml, 100mg/10ml, 120mg/30ml; SOSY 4mg/ml	1	
<i>fludrocortisone acetate</i> TABS .1mg	1	
<i>hydrocortisone</i> (generic of CORTEF) TABS 5mg, 10mg, 20mg	1	
<i>methylprednisolone</i> (generic of MEDROL) TABS 4mg, 8mg, 16mg	1	B/D
<i>methylprednisolone</i> TABS 32mg	1	B/D
<i>methylprednisolone</i> (generic of MEDROL DOSEPAK) TBPK 4mg	1	
<i>methylprednisolone acetate</i> (generic of DEPO-MEDROL) SUSP 40mg/ml, 80mg/ml	1	B/D

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>methylprednisolone sod succ</i> SOLR 40mg, 125mg	1	B/D
<i>methylprednisolone sod succ</i> (generic of SOLU-MEDROL) SOLR 1000mg	1	B/D
<i>prednisolone</i> SOLN 15mg/5ml	1	B/D
<i>prednisolone sodium phosphate</i> (generic of PEDIAPRED) SOLN 5mg/5ml	1	B/D
<i>prednisolone sodium phosphate</i> SOLN 15mg/5ml, 25mg/5ml	1	B/D
<i>prednisone</i> SOLN 5mg/5ml; TABS 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 50mg	1	B/D
<i>prednisone</i> TBPK 5mg, 10mg	1	
PREDNISONE INTENSOL CONC 5mg/ml	1	B/D
SOLU-CORTEF SOLR 100mg, 250mg, 500mg, 1000mg	1	
<b>GLUCOSE ELEVATING AGENTS - DRUGS TO TREAT LOW BLOOD SUGAR</b>		
<i>diazoxide</i> (generic of PROGLYCEM) SUSP 50mg/ml	1	
ZEGALOGUE SOAJ .6mg/0.6ml; SOSY .6mg/0.6ml	1	
<b>MISCELLANEOUS</b>		
ALDURAZYME SOLN 2.9mg/5ml	1	NM PA
<i>betaine powder for oral solution</i> (generic of CYSTADANE)	1	NM
<i>cabergoline</i> TABS .5mg	1	
<i>carglumic acid</i> (generic of CARBAGLU) TBSO 200mg	1	NM PA
CERDELGA CAPS 84mg	1	NM PA
CEREZYME SOLR 400unit	1	NM PA
<i>cinacalcet hcl</i> (generic of SENSIPAR) TABS 30mg, 60mg QL (60 tabs / 30 days)	1	B/D QL NM

**PA** - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **V/I** - Vacunas / Insulinas

56

V/I - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>cinacalcet hcl</i> (generic of SENSIPAR) TABS 90mg QL (120 tabs / 30 days)	1	B/D QL NM
CYSTAGON CAPS 50mg, 150mg	1	NM PA
<i>desmopressin acetate</i> (generic of DDAVP) SOLN 4mcg/ml; TABS .1mg, .2mg	1	
<i>desmopressin acetate spray</i> SOLN .01%	1	
<i>desmopressin acetate spray refrigerated</i> SOLN .01%	1	
FABRAZYME SOLR 5mg, 35mg	1	NM PA
GENOTROPIN CART 5mg, 12mg	1	NM PA
GENOTROPIN MINIQUICK PRSY .2mg, .4mg, .6mg, .8mg, 1mg, 1.2mg, 1.4mg, 1.6mg, 1.8mg, 2mg	1	NM PA
INCRELEX SOLN 40mg/4ml	1	NM PA
<i>javygtor</i> (generic of KUVAN) PACK 100mg, 500mg; TABS 100mg	1	NM PA
<i>lanreotide acetate</i> SOLN 120mg/0.5ml	1	NM PA
<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i> (generic of CARNITOR) SOLN 1gm/10ml; TABS 330mg	1	B/D
LUMIZYME SOLR 50mg	1	NM PA
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH KIT 7.5mg, 11.25mg, 15mg	1	NM PA
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH KIT 11.25mg, 30mg	1	NM PA
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH KIT 45mg	1	NM PA
<i>mifepristone (hyperglycemia)</i> (generic of KORLYM) TABS 300mg	1	NM PA
NAGLAZYME SOLN 1mg/ml	1	NM PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>nitisinone</i> (generic of ORFADIN) CAPS 2mg, 5mg, 10mg, 20mg	1	NM PA
<i>octreotide acetate</i> (generic of SANDOSTATIN) SOLN 50mcg/ml, 100mcg/ml, 500mcg/ml	1	NM PA
<i>octreotide acetate</i> SOLN 200mcg/ml, 1000mcg/ml; SOSY 50mcg/ml, 100mcg/ml, 500mcg/ml	1	NM PA
<i>raloxifene hcl</i> (generic of EVISTA) TABS 60mg	1	
<i>sapropterin dihydrochloride</i> (generic of KUVAN) PACK 100mg, 500mg; TABS 100mg	1	NM PA
SIGNIFOR SOLN .3mg/ml, .6mg/ml, .9mg/ml	1	NM PA
<i>sodium phenylbutyrate</i> (generic of BUPHENYL) POWD 3gm/tsp; TABS 500mg	1	NM PA
SOMATULINE DEPOT SOLN 60mg/0.2ml, 90mg/0.3ml, 120mg/0.5ml	1	NM PA
SOMAVERT SOLR 10mg, 15mg, 20mg, 25mg, 30mg	1	NM PA
SYNAREL SOLN 2mg/ml	1	PA
VEOZAH TABS 45mg	1	PA
<b>PROGESTINS - DRUGS TO REGULATE FEMALE HORMONES</b>		
<i>medroxyprogesterone acetate</i> (generic of PROVERA) TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	1	
<i>megestrol acetate</i> SUSP 40mg/ml	1	
<i>megestrol acetate (appetite)</i> SUSP 625mg/5ml	1	PA
<i>norethindrone acetate</i> TABS 5mg	1	
<i>progesterone</i> (generic of PROMETRIUM) CAPS 100mg, 200mg	1	

**PA** - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **V/I** - Vacunas / Insulinas

57

V/I - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVE L</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<b>THYROID AGENTS - DRUGS TO REGULATE THYROID LEVELS</b>		
<i>euthyrox</i> (generic of SYNTHROID) TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg	1	
<i>levo-t</i> (generic of SYNTHROID) TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	1	
<i>levothyroxine sodium</i> (generic of SYNTHROID) TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	1	
<i>levoxyI</i> (generic of SYNTHROID) TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg	1	
<i>liothyronine sodium</i> (generic of CYTOMEL) TABS 5mcg, 25mcg, 50mcg	1	
<i>methimazole</i> TABS 5mg, 10mg	1	
<i>propylthiouracil</i> TABS 50mg	1	
SYNTHROID TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	1	
<i>unithroid</i> (generic of SYNTHROID) TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	1	

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVE L</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<b>VITAMIN D ANALOGS</b>		
<i>calcitriol</i> (generic of ROCALTROL) CAPS .25mcg, .5mcg	1	B/D
<i>calcitriol (oral)</i> (generic of ROCALTROL) SOLN 1mcg/ml	1	B/D
<i>paricalcitol</i> (generic of ZEMPLAR) CAPS 1mcg, 2mcg	1	B/D
<i>paricalcitol</i> CAPS 4mcg	1	B/D
<b>GASTROINTESTINAL - DRUGS TO TREAT STOMACH AND INTESTINAL DISORDERS</b>		
<b>ANTIEMETICS - DRUGS FOR NAUSEA AND VOMITING</b>		
<i>aprepitant</i> CAPS 40mg, 125mg	1	B/D
<i>aprepitant</i> (generic of EMEND) CAPS 80mg	1	B/D
<i>aprepitant capsule therapy pack 80 &amp; 125 mg</i>	1	B/D
<i>compro</i> SUPP 25mg	1	
<i>dronabinol</i> (generic of MARINOL) CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg QL (60 caps / 30 days)	1	B/D QL
<i>granisetron hcl</i> SOLN 1mg/ml, 4mg/4ml	1	
<i>granisetron hcl</i> TABS 1mg	1	B/D
<i>meclizine hcl</i> TABS 12.5mg, 25mg	1	
<i>metoclopramide hcl</i> SOLN 5mg/5ml, 5mg/ml	1	
<i>metoclopramide hcl</i> (generic of REGLAN) TABS 5mg, 10mg	1	
<i>ondansetron</i> TBP 4mg, 8mg	1	B/D
<i>ondansetron hcl</i> SOLN 4mg/2ml, 40mg/20ml; SOSY 4mg/2ml	1	
<i>ondansetron hcl</i> SOLN 4mg/5ml; TABS 4mg, 8mg	1	B/D
<i>prochlorperazine</i> SUPP 25mg	1	

**PA** - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **V/I** - Vacunas / Insulinas

58

V/I - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
<i>prochlorperazine edisylate</i> SOLN 10mg/2ml	1	
<i>prochlorperazine maleate</i> TABS 5mg, 10mg	1	
<i>promethazine hcl</i> SOLN 6.25mg/5ml; TABS 12.5mg, 25mg, 50mg PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year	1	PA
<i>promethazine hcl</i> (generic of PHENERGAN) SOLN 25mg/ml, 50mg/ml PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year	1	PA
<i>scopolamine</i> (generic of TRANSDERM-SCOP) PT72 1mg/3days QL (10 patches / 30 days) PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year	1	QL PA
<b>ANTISPASMODICS - DRUGS FOR STOMACH SPASMS</b>		
<i>dicyclomine hcl</i> CAPS 10mg; SOLN 10mg/5ml; TABS 20mg	1	
<i>glycopyrrolate</i> (generic of ROBINUL) TABS 1mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL
<i>glycopyrrolate</i> (generic of ROBINUL FORTE) TABS 2mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL
<b>H2-RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID</b>		
<i>famotidine</i> SOLN 20mg/2ml, 40mg/4ml, 200mg/20ml; SUSR 40mg/5ml	1	
<i>famotidine</i> (generic of PEPCID) TABS 20mg, 40mg	1	
<i>famotidine in nacl 0.9% iv soln</i> 20 mg/50ml	1	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
<i>nizatidine</i> CAPS 150mg, 300mg	1	
<b>INFLAMMATORY BOWEL DISEASE</b>		
<i>balsalazide disodium</i> (generic of COLAZAL) CAPS 750mg	1	
<i>budesonide</i> CPEP 3mg QL (90 caps / 30 days)	1	QL PA
<i>budesonide</i> (generic of UCERIS) TB24 9mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL PA
<i>hydrocortisone (intrarectal)</i> (generic of CORTENEMA) ENEM 100mg/60ml	1	
<i>mesalamine</i> (generic of APRISO) CP24 .375gm QL (120 caps / 30 days)	1	QL
<i>mesalamine</i> (generic of DELZICOL) CPDR 400mg QL (180 caps / 30 days)	1	QL
<i>mesalamine</i> ENEM 4gm QL (1680 mL / 28 days)	1	QL
<i>mesalamine</i> (generic of CANASA) SUPP 1000mg QL (30 suppositories / 30 days)	1	QL
<i>mesalamine</i> (generic of LIALDA) TBEC 1.2gm QL (120 tabs / 30 days)	1	QL
<i>mesalamine w/ cleanser</i> (generic of ROWASA) KIT 4gm QL (28 bottles / 28 days)	1	QL
<i>sulfasalazine</i> (generic of AZULFIDINE) TABS 500mg	1	
<i>sulfasalazine</i> (generic of AZULFIDINE EN-TABS) TBEC 500mg	1	
<b>LAXATIVES</b>		
<i>constulose</i> SOLN 10gm/15ml	1	
<i>enulose</i> SOLN 10gm/15ml	1	
<i>gavilyte-c</i>	1	
<i>gavilyte-g</i> (generic of GOLYTELY)	1	
<i>gavilyte-n/flavor pack</i>	1	

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D V/I - Vacunas / Insulinas 59

V/I - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>generlac</i> SOLN 10gm/15ml	1	
<i>lactulose</i> SOLN 10gm/15ml	1	
<i>lactulose (encephalopathy)</i> SOLN 10gm/15ml	1	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl-na sulfate for soln 236 gm (generic of GOLYTELY)</i>	1	
<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln 420 gm</i>	1	
PLENVU SOL	1	
<i>sod sulfate-pot sulf-mg sulf oral sol 17.5-3.13-1.6 gm/177ml (generic of SUPREP BOWEL PREP KIT)</i>	1	
<b>MISCELLANEOUS</b>		
<i>alosetron hcl (generic of LOTRONEX) TABS .5mg, 1mg</i> QL (60 tabs / 30 days)	1	QL PA
CREON CAP 3000UNIT	1	
CREON CAP 6000UNIT	1	
CREON CAP 12000UNT	1	
CREON CAP 24000UNT	1	
CREON CAP 36000UNT	1	
<i>cromolyn sodium (mastocytosis) (generic of GASTROCROM) CONC 100mg/5ml</i>	1	
<i>diphenoxylate w/ atropine liq 2.5-0.025 mg/5ml</i>	1	
<i>diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-0.025 mg (generic of LOMOTIL)</i>	1	
GATTEX KIT 5mg	1	NM PA
LINZESS CAPS 72mcg, 145mcg, 290mcg QL (30 caps / 30 days)	1	QL
<i>loperamide hcl</i> CAPS 2mg	1	
<i>misoprostol (generic of CYTOTEC) TABS 100mcg, 200mcg</i>	1	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
MOVANTIK TABS 12.5mg, 25mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
RELISTOR SOLN 8mg/0.4ml, 12mg/0.6ml QL (28 syringes / 28 days)	1	QL PA
<i>sucralfate (generic of CARAFATE) TABS 1gm</i>	1	
<i>ursodiol</i> CAPS 300mg; TABS 250mg	1	
<i>ursodiol (generic of URSO FORTE) TABS 500mg</i>	1	
VOWST CAP QL (12 caps / 30 days)	1	QL NM PA
XERMELO TABS 250mg QL (84 tabs / 28 days)	1	QL NM PA
XIFAXAN TABS 550mg	1	PA
ZENPEP CAP 3000UNIT	1	
ZENPEP CAP 5000UNIT	1	
ZENPEP CAP 10000UNT	1	
ZENPEP CAP 15000UNT	1	
ZENPEP CAP 20000UNT	1	
ZENPEP CAP 25000UNT	1	
ZENPEP CAP 40000UNT	1	
ZENPEP CAP 60000UNT	1	
<b>PROTON PUMP INHIBITORS - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID</b>		
<i>esomeprazole magnesium (generic of NEXIUM) CPDR 20mg, 40mg</i> QL (30 caps / 30 days)	1	QL ST
<i>lansoprazole</i> CPDR 15mg QL (60 caps / 30 days)	1	QL
<i>lansoprazole (generic of PREVACID) CPDR 30mg</i> QL (60 caps / 30 days)	1	QL
<i>omeprazole</i> CPDR 10mg, 20mg, 40mg	1	
<i>pantoprazole sodium (generic of PROTONIX) SOLR 40mg; TBEC 20mg, 40mg</i>	1	

**PA** - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **V/I** - Vacunas / Insulinas

60

V/I - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>rabeprazole sodium</i> (generic of ACIPHEX) TBEC 20mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<b>GENITOURINARY - DRUGS TO TREAT GENITAL AND URINARY TRACT CONDITIONS</b>		
<b>BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA - DRUGS TO TREAT ENLARGED PROSTATE</b>		
<i>alfuzosin hcl</i> (generic of UROXATRAL) TB24 10mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>dutasteride</i> (generic of AVODART) CAPS .5mg QL (30 caps / 30 days)	1	QL
<i>dutasteride-tamsulosin hcl cap</i> 0.5-0.4 mg QL (30 caps / 30 days)	1	QL
<i>finasteride</i> (generic of PROSCAR) TABS 5mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>tadalafil</i> (generic of CIALIS) TABS 5mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL PA
<i>tamsulosin hcl</i> (generic of FLOMAX) CAPS .4mg QL (60 caps / 30 days)	1	QL
<b>MISCELLANEOUS</b>		
<i>acetic acid</i> SOLN .25%	1	
<i>bethanechol chloride</i> TABS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	1	
<i>potassium citrate (alkalinizer)</i> (generic of UROCIT-K 15) TBCR 15meq	1	
<i>potassium citrate (alkalinizer)</i> TBCR 540mg	1	
<i>potassium citrate (alkalinizer)</i> (generic of UROCIT-K 10) TBCR 1080mg	1	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<b>URINARY ANTISPASMODICS - DRUGS TO TREAT URINARY INCONTINENCE</b>		
<i>fesoterodine fumarate</i> (generic of TOVIAZ) TB24 4mg, 8mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
MYRBETRIQ SRER 8mg/ml QL (300 mL / 28 days)	1	QL
MYRBETRIQ TB24 25mg, 50mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>oxybutynin chloride</i> SOLN 5mg/5ml QL (600 mL / 30 days)	1	QL
<i>oxybutynin chloride</i> TABS 5mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL
<i>oxybutynin chloride</i> TB24 5mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>oxybutynin chloride</i> TB24 10mg, 15mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
<i>solifenacin succinate</i> (generic of VESICARE) TABS 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>tolterodine tartrate</i> (generic of DETROL LA) CP24 2mg, 4mg QL (30 caps / 30 days)	1	QL ST
<i>tolterodine tartrate</i> (generic of DETROL) TABS 1mg, 2mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
<i>tropium chloride</i> TABS 20mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
<b>VAGINAL ANTI-INFECTIVES</b>		
<i>clindamycin phosphate vaginal</i> (generic of CLEOCIN) CREA 2%	1	
<i>metronidazole vaginal</i> GEL .75%	1	

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D V/I - Vacunas / Insulinas

61

V/I - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>terconazole vaginal</i> CREA .4%, .8%; SUPP 80mg	1	
<b>HEMATOLOGIC - DRUGS TO TREAT BLOOD DISORDERS</b>		
<b>ANTICOAGULANTS - BLOOD THINNERS</b>		
<i>dabigatran etexilate mesylate</i> (generic of PRADAXA) CAPS 75mg, 150mg QL (60 caps / 30 days)	1	QL
<i>dabigatran etexilate mesylate</i> (generic of PRADAXA) CAPS 110mg QL (120 caps / 30 days)	1	QL
ELIQUIS TABS 2.5mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
ELIQUIS TABS 5mg QL (74 tabs / 30 days)	1	QL
ELIQUIS STARTER PACK TBPK 5mg QL (74 tabs / 30 days)	1	QL
<i>enoxaparin sodium</i> (generic of LOVENOX) SOLN 300mg/3ml; SOSY 30mg/0.3ml, 40mg/0.4ml, 60mg/0.6ml, 80mg/0.8ml, 100mg/ml, 120mg/0.8ml, 150mg/ml	1	
<i>fondaparinux sodium</i> (generic of ARIXTRA) SOLN 2.5mg/0.5ml, 5mg/0.4ml, 7.5mg/0.6ml, 10mg/0.8ml	1	
HEP SOD/NAACL INJ 25000UNT	1	
<i>heparin sodium (porcine)</i> SOLN 1000unit/ml, 5000unit/ml, 10000unit/ml, 20000unit/ml	1	B/D
<i>jantoven</i> TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	1	
<i>warfarin sodium</i> TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	1	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
XARELTO SUSR 1mg/ml QL (620 mL / 30 days)	1	QL
XARELTO TABS 2.5mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
XARELTO TABS 10mg, 15mg, 20mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
XARELTO STAR TAB 15/20MG QL (51 tabs / 30 days)	1	QL
<b>HEMATOPOIETIC GROWTH FACTORS</b>		
FULPHILA SOSY 6mg/0.6ml QL (2 syringes / 28 days)	1	QL NM PA
PROCRIT SOLN 2000unit/ml, 3000unit/ml, 4000unit/ml, 10000unit/ml, 20000unit/ml, 40000unit/ml	1	NM PA
ZARXIO SOSY 300mcg/0.5ml, 480mcg/0.8ml	1	NM PA
<b>MISCELLANEOUS</b>		
ALVAIZ TABS 9mg, 54mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
ALVAIZ TABS 18mg, 36mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
<i>anagrelide hcl</i> CAPS 1mg	1	
<i>anagrelide hcl</i> (generic of AGRYLIN) CAPS .5mg	1	
BERINERT KIT 500unit QL (24 boxes / 30 days)	1	QL NM PA
<i>cilostazol</i> TABS 50mg, 100mg	1	
DOPTELET TABS 20mg	1	NM PA
DROXIA CAPS 200mg, 300mg, 400mg	1	
HAEGARDA SOLR 2000unit QL (30 vials / 30 days)	1	QL NM PA
HAEGARDA SOLR 3000unit QL (20 vials / 30 days)	1	QL NM PA
<i>icatibant acetate</i> (generic of FIRAZYR) SOSY 30mg/3ml QL (9 syringes / 30 days)	1	QL NM PA

**PA** - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **V/I** - Vacunas / Insulinas

62

V/I - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVE L</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<i>l-glutamine (sickle cell)</i> (generic of ENDARI) PACK 5gm	1	NM PA
<i>pentoxifylline</i> TBCR 400mg	1	
<i>sajazir</i> (generic of FIRAZYR) SOSY 30mg/3ml QL (9 syringes / 30 days)	1	QL NM PA
TAVNEOS CAPS 10mg QL (180 caps / 30 days)	1	QL NM PA
<i>tranexamic acid</i> (generic of CYKLOKAPRON) SOLN 1000mg/10ml	1	
<i>tranexamic acid</i> TABS 650mg	1	
<b>PLATELET AGGREGATION INHIBITORS</b>		
<i>aspirin-dipyridamole cap er</i> 12hr 25-200 mg	1	
BRILINTA TABS 60mg, 90mg	1	
<i>clopidogrel bisulfate</i> (generic of PLAVIX) TABS 75mg	1	
<i>dipyridamole</i> TABS 25mg, 50mg, 75mg PA applies if 70 years and older	1	PA
<i>prasugrel hcl</i> (generic of EFFIENT) TABS 5mg, 10mg	1	
<b>IMMUNOLOGIC AGENTS - DRUGS TO TREAT DISORDERS OF THE IMMUNE SYSTEM</b>		
<b>AUTOIMMUNE AGENTS</b>		
ADALIMUMAB-AACF (2 PEN) AJKT 40mg/0.8ml QL (56 pens / 365 days)	1	QL NM PA
ADALIMUMAB-AACF (2 SYRING PSKT 40mg/0.8ml QL (56 syringes / 365 days)	1	QL NM PA
COSENTYX SOLN 125mg/5ml	1	NM PA
COSENTYX SOSY 75mg/0.5ml QL (16 syringes / 365 days)	1	QL NM PA

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVE L</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
COSENTYX SOSY 150mg/ml QL (32 syringes / 365 days)	1	QL NM PA
COSENTYX SENSOREADY PEN SOAJ 150mg/ml QL (32 pens / 365 days)	1	QL NM PA
COSENTYX UNOREADY SOAJ 300mg/2ml QL (16 pens / 365 days)	1	QL NM PA
DUPIXENT SOPN 200mg/1.14ml, 300mg/2ml QL (4 pens / 28 days)	1	QL NM PA
DUPIXENT SOSY 100mg/0.67ml	1	NM PA
DUPIXENT SOSY 200mg/1.14ml, 300mg/2ml QL (4 syringes / 28 days)	1	QL NM PA
ENBREL SOLN 25mg/0.5ml QL (16 vials / 28 days)	1	QL NM PA
ENBREL SOSY 25mg/0.5ml QL (16 syringes / 28 days)	1	QL NM PA
ENBREL SOSY 50mg/ml QL (8 syringes / 28 days)	1	QL NM PA
ENBREL MINI SOCT 50mg/ml QL (8 cartridges / 28 days)	1	QL NM PA
ENBREL SURECLICK SOAJ 50mg/ml QL (8 pens / 28 days)	1	QL NM PA
HUMIRA PSKT 10mg/0.1ml QL (2 syringes / 28 days)	1	QL NM PA
HUMIRA PSKT 20mg/0.2ml QL (4 syringes / 28 days)	1	QL NM PA
HUMIRA PSKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml QL (6 syringes / 28 days)	1	QL NM PA

**PA** - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **V/I** - Vacunas / Insulinas

63

V/I - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.



NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
HUMIRA PEN PNKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml QL (6 pens / 28 days)	1	QL NM PA
HUMIRA PEN PNKT 80mg/0.8ml QL (4 pens / 28 days)	1	QL NM PA
HUMIRA PEN KIT PS/UV QL (3 pens / 28 days)	1	QL NM PA
HUMIRA PEN-CD/UC/HS START PNKT 80mg/0.8ml QL (3 pens / 28 days)	1	QL NM PA
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S PNKT 80mg/0.8ml QL (4 pens / 28 days)	1	QL NM PA
IDACIO (2 PEN) AJKT 40mg/0.8ml QL (56 pens / 365 days)	1	QL NM PA
IDACIO (2 SYRINGE) PSKT 40mg/0.8ml QL (56 syringes / 365 days)	1	QL NM PA
IDACIO CROHN INJ DISEASE AJKT 40mg/0.8ml QL (2 packs / year)	1	QL NM PA
IDACIO PLAQU INJ PSORIASIS AJKT 40mg/0.8ml QL (2 packs / year)	1	QL NM PA
INFLIXIMAB SOLR 100mg	1	NM PA
REMICADE SOLR 100mg	1	NM PA
RENFLEXIS SOLR 100mg	1	NM PA
RINVOQ TB24 15mg, 30mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
RINVOQ TB24 45mg QL (168 tabs / year)	1	QL NM PA
RINVOQ LQ SOLN 1mg/ml QL (360 mL / 30 days)	1	QL NM PA
SKYRIZI SOCT 180mg/1.2ml, 360mg/2.4ml QL (1 cartridge / 56 days)	1	QL NM PA
SKYRIZI SOLN 600mg/10ml	1	NM PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
SKYRIZI SOSY 150mg/ml QL (6 syringes / 365 days)	1	QL NM PA
SKYRIZI PEN SOAJ 150mg/ml QL (6 pens / 365 days)	1	QL NM PA
SOTYKTU TABS 6mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
STELARA SOLN 45mg/0.5ml QL (1 vial / 28 days)	1	QL NM PA
STELARA SOLN 130mg/26ml	1	NM PA
STELARA SOSY 45mg/0.5ml, 90mg/ml QL (1 syringe / 28 days)	1	QL NM PA
TREMFYA SOPN 100mg/ml QL (1 pen / 28 days)	1	QL NM PA
TREMFYA SOSY 100mg/ml QL (1 syringe / 28 days)	1	QL NM PA
TYENNE SOAJ 162mg/0.9ml QL (4 pens / 28 days)	1	QL NM PA
TYENNE SOLN 80mg/4ml, 200mg/10ml, 400mg/20ml	1	NM PA
TYENNE SOSY 162mg/0.9ml QL (4 syringes / 28 days)	1	QL NM PA
VELSIPITY TABS 2mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
XELJANZ SOLN 1mg/ml QL (480 mL / 24 days)	1	QL NM PA
XELJANZ TABS 5mg, 10mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
XELJANZ XR TB24 11mg, 22mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
<b><i>DISEASE-MODIFYING ANTI-RHEUMATIC DRUGS (DMARDS) - DRUGS TO TREAT RHEUMATOID ARTHRITIS</i></b>		
<i>hydroxychloroquine sulfate</i> (generic of PLAQUENIL) TABS 200mg	1	
JYLAMVO SOLN 2mg/ml	1	B/D

**PA** - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **V/I** - Vacunas / Insulinas

64

V/I - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>leflunomide</i> (generic of ARAVA) TABS 10mg, 20mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>methotrexate sodium</i> TABS 2.5mg	1	
XATMEP SOLN 2.5mg/ml	1	B/D
<b>IMMUNOGLOBULINS</b>		
ALYGLO SOLN 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml	1	PA
BIVIGAM SOLN 5gm/50ml, 10%	1	NM PA
FLEBOGAMMA DIF SOLN 5gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/400ml	1	NM PA
GAMASTAN INJ	1	B/D NM
GAMMAGARD LIQUID SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	1	NM PA
GAMMAGARD S/D IGA LESS TH SOLR 5gm, 10gm	1	NM PA
GAMMAKED SOLN 1gm/10ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml	1	NM PA
GAMMAPLEX SOLN 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 20gm/400ml	1	NM PA
GAMUNEX-C SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 40gm/400ml	1	NM PA
OCTAGAM SOLN 1gm/20ml, 2gm/20ml, 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	1	NM PA
PANZYGA SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	1	NM PA
PRIVIGEN SOLN 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 40gm/400ml	1	NM PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<b>IMMUNOMODULATORS</b>		
ACTIMMUNE SOLN 100mcg/0.5ml	1	NM PA
ARCALYST SOLR 220mg	1	NM PA
<b>IMMUNOSUPPRESSANTS</b>		
ASTAGRAF XL CP24 .5mg, 1mg, 5mg	1	B/D NM
<i>azathioprine</i> (generic of IMURAN) TABS 50mg	1	B/D
BENLYSTA SOAJ 200mg/ml; SOSY 200mg/ml QL (8 syringes / 28 days)	1	QL NM PA
BENLYSTA SOLR 120mg, 400mg	1	NM PA
<i>cyclosporine</i> (generic of SANDIMMUNE) CAPS 25mg, 100mg	1	B/D NM
<i>cyclosporine modified (for microemulsion)</i> (generic of NEORAL) CAPS 25mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	1	B/D NM
<i>cyclosporine modified (for microemulsion)</i> CAPS 50mg	1	B/D NM
<i>everolimus</i> (immunosuppressant) (generic of ZORTRESS) TABS .25mg, .5mg, .75mg, 1mg	1	B/D NM
<i>gengraf</i> (generic of NEORAL) CAPS 25mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	1	B/D NM
<i>mycophenolate mofetil</i> (generic of CELLCEPT) CAPS 250mg; SUSR 200mg/ml; TABS 500mg	1	B/D NM
<i>mycophenolate sodium</i> (generic of MYFORTIC) TBEC 180mg, 360mg	1	B/D NM
NULOJIX SOLR 250mg	1	B/D NM
PROGRAF PACK .2mg, 1mg	1	B/D NM
REZUROCK TABS 200mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM PA

**PA** - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **V/I** - Vacunas / Insulinas

65

V/I - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>sirolimus</i> (generic of RAPAMUNE) SOLN 1mg/ml; TABS .5mg, 1mg, 2mg	1	B/D NM
<i>tacrolimus</i> (generic of PROGRAF) CAPS .5mg, 1mg, 5mg	1	B/D NM
<b>VACCINES</b>		
ABRYSVO SOLR 120mcg/0.5ml	1	V/I
ACTHIB INJ	1	V/I
ADACEL INJ	1	V/I
AREXVY SUSR 120mcg/0.5ml	1	V/I
BCG VACCINE SOLR 50mg	1	V/I
BEXSERO INJ	1	V/I
BOOSTRIX INJ	1	V/I
DAPTACEL INJ	1	
DENGVAXIA SUS	1	
DIP/TET PED INJ 25-5LFU	1	B/D
ENGERIX-B SUSP 20mcg/ml; SUSY 10mcg/0.5ml, 20mcg/ml	1	V/I B/D
GARDASIL 9 INJ	1	V/I
HAVRIX SUSP 720elu/0.5ml, 1440elu/ml	1	V/I
HEPLISAV-B SOSY 20mcg/0.5ml	1	V/I B/D
HIBERIX SOLR 10mcg	1	V/I
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.) SUSR 2.5unit/ml	1	V/I B/D
INFANRIX INJ	1	
IPOL INJ INACTIVE	1	V/I
IXCHIQ INJ	1	V/I
IXIARO INJ	1	V/I
JYNNEOS SUSP .5ml	1	V/I B/D
KINRIX INJ	1	V/I
M-M-R II INJ	1	V/I
MENACTRA INJ	1	V/I
MENQUADFI INJ	1	V/I
MENVEO INJ	1	V/I
MENVEO SOL	1	V/I
MRESVIA SUSY 50mcg/0.5ml	1	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
PEDIARIX INJ 0.5ML	1	V/I
PEDVAX HIB SUSP 7.5mcg/0.5ml	1	V/I
PENBRAYA INJ	1	V/I
PENTACEL INJ	1	V/I
PREHEVBRIO SUSP 10mcg/ml	1	V/I B/D
PRIORIX INJ	1	V/I
PROQUAD INJ	1	
QUADRACEL INJ	1	V/I
QUADRACEL INJ 0.5ML	1	V/I
RABAVERT INJ	1	V/I B/D
RECOMBIVAX HB SUSP 5mcg/0.5ml, 10mcg/ml, 40mcg/ml; SUSY 5mcg/0.5ml, 10mcg/ml	1	V/I B/D
ROTARIX SUS	1	
ROTATEQ SOL	1	
SHINGRIX SUSR 50mcg/0.5ml QL (2 vials per lifetime)	1	V/I QL
TDVAX INJ 2-2 LF	1	V/I B/D
TENIVAC INJ 5-2LF	1	V/I B/D
TICOVAC SUSY 1.2mcg/0.25ml, 2.4mcg/0.5ml	1	V/I
TRUMENBA INJ	1	V/I
TWINRIX INJ	1	V/I
TYPHIM VI SOLN 25mcg/0.5ml; SOSY 25mcg/0.5ml	1	V/I
VAQTA SUSP 25unit/0.5ml, 50unit/ml	1	V/I
VARIVAX INJ 1350pfu/0.5ml	1	V/I
YF-VAX INJ	1	V/I
<b>NUTRITIONAL/SUPPLEMENTS - VITAMINS AND SUPPLEMENTS ELECTROLYTES/MINERALS, INJECTABLE</b>		
D2.5W/NAACL INJ 0.45%	1	
D10W/NAACL INJ 0.2%	1	

**PA** - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **V/I** - Vacunas / Insulinas

V/I - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES	NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>dextrose 2.5% w/ sodium chloride 0.45%</i> (generic of DEXTROSE 2.5%/SODIUM CHLO)	1		<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.9% inj</i> (generic of KCL 0.3%/D5W/NACL 0.9%)	1	
<i>dextrose 5% in lactated ringers</i>	1		<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.45% inj</i>	1	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.2%</i>	1		<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj</i> (generic of POTASSIUM CHLORIDE/SODIUM)	1	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3%</i> (generic of DEXTROSE 5%/SODIUM CHLORI)	1		KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9%	1	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%</i>	1		<i>lactated ringer's solution</i>	1	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	1		MAGNESIUM SULFATE SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml	1	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.225%</i> (generic of DEXTROSE/SODIUM CHLORIDE)	1		<i>magnesium sulfata</i> (generic of MAGNESIUM SULFATE) SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml	1	
<i>dextrose 10% w/ sodium chloride 0.45%</i>	1		<i>magnesium sulfata</i> SOLN 50%	1	
ISOLYTE-P INJ /D5W	1		<i>magnesium sulfata in dextrose 5% iv soln 1 gm/100ml</i> (generic of MAGNESIUM SULFATE IN D5W)	1	
ISOLYTE-S INJ PH 7.4	1		<i>multiple electrolytes ph 5.5</i>	1	
<i>kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.45% inj</i>	1		<i>multiple electrolytes ph 7.4</i> (generic of PLASMA-LYTE A)	1	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.2% inj</i>	1		POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	1	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.9% inj</i>	1		POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.45% INJ	1	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.45% inj</i>	1		POT CHL 40MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	1	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj</i> (generic of POTASSIUM CHLORIDE/SODIUM)	1		<i>potassium chloride</i> SOLN 2meq/ml	1	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj</i> (generic of POTASSIUM CHLORIDE/SODIUM)	1		<i>potassium chloride</i> (generic of POTASSIUM CHLORIDE) SOLN 10meq/100ml, 10meq/50ml, 20meq/100ml, 20meq/50ml, 40meq/100ml	1	
<i>kcl 20 meq/l (0.149%) in nacl 0.45% inj</i>	1				
<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.45% inj</i>	1				

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D V/I - Vacunas / Insulinas

V/I - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% inj</i>	1	
<i>sodium chloride SOLN .45%, .9%, 2.5meq/ml, 3%, 5%</i>	1	
TPN ELECTROL INJ	1	B/D
<b>ELECTROLYTES/MINERALS/VITAMINS, ORAL</b>		
<i>klor-con PACK 20meq</i>	1	
<i>klor-con 8 TBCR 8meq</i>	1	
<i>klor-con 10 TBCR 10meq</i>	1	
<i>klor-con m10 TBCR 10meq</i>	1	
<i>klor-con m15 TBCR 15meq</i>	1	
<i>klor-con m20 TBCR 20meq</i>	1	
M-NATAL PLUS TAB	1	
<i>potassium chloride CPCR 8meq, 10meq; PACK 20meq; SOLN 10%, 20%; TBCR 8meq, 10meq</i>	1	
<i>potassium chloride (generic of K-TAB) TBCR 20meq</i>	1	
<i>potassium chloride microencapsulated crystals er TBCR 10meq, 15meq, 20meq</i>	1	
PRENATAL TAB 27-1MG	1	
PRENATAL TAB PLUS	1	
<i>sodium fluoride chew; tab; 1.1 (0.5 f) mg/ml soln</i>	1	
WESTAB PLUS TAB 27-1MG	1	
<b>IV NUTRITION</b>		
CLINIMIX INJ 4.25/D5W	1	B/D
CLINIMIX INJ 4.25/D10	1	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D15W	1	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D20W	1	B/D
CLINIMIX INJ 6/5	1	B/D
CLINIMIX INJ 8/10	1	B/D
CLINIMIX INJ 8/14	1	B/D
<i>clinisol sf 15%</i>	1	B/D
CLINOLIPID EMU 20%	1	B/D
<i>dextrose SOLN 5%, 10%</i>	1	
<i>dextrose SOLN 50%, 70%</i>	1	B/D
INTRALIPID EMUL 20gm/100ml, 30gm/100ml	1	B/D

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
NUTRILIPID EMUL 20gm/100ml	1	B/D
<i>plenamine</i>	1	B/D
PREMASOL SOL 10%	1	B/D
PROSOL INJ 20%	1	B/D
TRAVASOL INJ 10%	1	B/D
TROPHAMINE INJ 10%	1	B/D
<b>OPHTHALMIC - DRUGS TO TREAT EYE CONDITIONS</b>		
<b>ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORY - DRUGS TO TREAT INFECTIONS AND INFLAMMATION</b>		
<i>bacitracin-polymyxin-neomycin-hc ophth oint 1%</i>	1	
<i>neo-polycin hc ophth oint 1%</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth oint 0.1% (generic of MAXITROL)</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth susp 0.1% (generic of MAXITROL)</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-hc ophth susp</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium-prednisolone ophth soln 10-0.23(0.25)%</i>	1	
TOBRADEX OIN 0.3-0.1%	1	
<i>tobramycin-dexamethasone ophth susp 0.3-0.1%</i>	1	
ZYLET SUS 0.5-0.3%	1	
<b>ANTI-INFECTIVES - DRUGS TO TREAT INFECTIONS</b>		
<i>bacitracin (ophthalmic) 500unit/gm</i>	1	
<i>bacitracin-polymyxin b ophth oint</i>	1	
BESIVANCE SUSP .6%	1	
CILOXAN OINT .3%	1	
<i>ciprofloxacin hcl (ophth) SOLN .3%</i>	1	
<i>erythromycin (ophth) 5mg/gm</i>	1	

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D V/I - Vacunas / Insulinas

V/I - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>gatifloxacin (ophth)</i> SOLN .5%	1	
<i>gentamicin sulfate (ophth)</i> SOLN .3%	1	
<i>moxifloxacin hcl (ophth)</i> (generic of VIGAMOX) SOLN .5%	1	QL
QL (12 mL / 30 days)		
<i>neo-polycin 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i>	1	
<i>neomycin-bacitrac zn-polymyx 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i>	1	
<i>neomycin-polymy-gramicid op sol 1.75-10000-0.025mg-unt-mg/ml</i>	1	
<i>ofloxacin (ophth)</i> (generic of OCUFLOX) SOLN .3%	1	
<i>polycin ophth oint</i>	1	
<i>polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml-0.1%</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium (ophth)</i> OINT 10%; SOLN 10%	1	
<i>tobramycin (ophth)</i> SOLN .3%	1	
<i>trifluridine</i> SOLN 1%	1	
XDEMVY SOLN .25%	1	NM PA
ZIRGAN GEL .15%	1	
<b>ANTI-INFLAMMATORIES - DRUGS TO TREAT INFLAMMATION</b>		
<i>bromfenac sodium (ophth)</i> (generic of PROLENSA) SOLN .07%	1	
<i>bromfenac sodium (ophth)</i> (generic of BROMSITE) SOLN .075%	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate (ophth)</i> SOLN .1%	1	
<i>diclofenac sodium (ophth)</i> SOLN .1%	1	
<i>difluprednate</i> (generic of DUREZOL) EMUL .05%	1	
FLAREX SUSP .1%	1	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>fluorometholone (ophth)</i> (generic of FML LIQUIFILM) SUSP .1%	1	
<i>flurbiprofen sodium</i> SOLN .03%	1	
<i>ketorolac tromethamine (ophth)</i> (generic of ACULAR LS) SOLN .4%	1	
<i>ketorolac tromethamine (ophth)</i> (generic of ACULAR) SOLN .5%	1	
LOTEMAX OINT .5%	1	
<i>loteprednol etabonate</i> (generic of ALREX) SUSP .2%	1	
<i>prednisolone acetate (ophth)</i> (generic of PRED FORTE) SUSP 1%	1	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSP SOLN 1%	1	
<b>ANTIALLERGICS - DRUGS TO TREAT ALLERGIES</b>		
<i>azelastine hcl (ophth)</i> SOLN .05%	1	
<i>cromolyn sodium (ophth)</i> SOLN 4%	1	
<b>ANTIGLAUCOMA - DRUGS TO TREAT GLAUCOMA</b>		
<i>betaxolol hcl (ophth)</i> SOLN .5%	1	
BETOPTIC-S SUSP .25%	1	
<i>brimonidine tartrate</i> SOLN .2%	1	
<i>brimonidine tartrate</i> (generic of ALPHAGAN P) SOLN .15%	1	
<i>brinzolamide</i> (generic of AZOPT) SUSP 1%	1	
<i>carteolol hcl (ophth)</i> SOLN 1%	1	
COMBIGAN SOL 0.2/0.5%	1	
<i>dorzolamide hcl</i> SOLN 2%	1	

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D V/I - Vacunas / Insulinas

V/I - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>dorzolamide hcl-timolol maleate ophth soln 2-0.5%</i> (generic of COSOPT)	1	
<i>latanoprost</i> (generic of XALATAN) SOLN .005%	1	
<i>levobunolol hcl</i> SOLN .5%	1	
LUMIGAN SOLN .01%	1	
<i>pilocarpine hcl</i> SOLN 1%, 2%, 4%	1	
RHOPRESSA SOLN .02%	1	
ROCKLATAN DRO	1	
SIMBRINZA SUS 1-0.2%	1	
<i>timolol maleate (ophth)</i> SOLG .25%, .5%; SOLN .25%, .5%	1	
VYZULTA SOLN .024%	1	
<b>MISCELLANEOUS</b>		
ATROPINE SULFATE SOLN 1%	1	
<i>atropine sulfate (ophthalmic)</i> SOLN 1%	1	
CYSTADROPS SOLN .37%	1	NM PA
CYSTARAN SOLN .44%	1	NM PA
EYSUVIS SUSP .25%	1	
MIEBO SOLN 1.338gm/ml	1	
<i>proparacaine hcl</i> (generic of ALCAINE) SOLN .5%	1	
RESTASIS EMUL .05%	1	
RESTASIS MULTIDOSE EMUL .05%	1	
XIIDRA SOLN 5%	1	
<b>OTIC - DRUGS TO TREAT CONDITIONS OF THE EAR</b>		
<b>OTIC AGENTS</b>		
<i>acetic acid (otic)</i> SOLN 2%	1	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic susp 0.3-0.1%</i>	1	
<i>flac</i> (generic of DERMOTIC) OIL .01%	1	
<i>fluocinolone acetonide (otic)</i> (generic of DERMOTIC) OIL .01%	1	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>neomycin-polymyxin-hc otic soln 1%</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic susp 3.5 mg/ml-10000 unit/ml-1%</i>	1	
<i>ofloxacin (otic)</i> SOLN .3%	1	
<b>RESPIRATORY - DRUGS TO TREAT BREATHING DISORDERS</b>		
<b>ANTICHOLINERGIC/BETA AGONIST COMBINATIONS - DRUGS TO TREAT COPD</b>		
ANORO ELLIPTA AER 62.5-25 QL (60 blisters / 30 days)	1	QL
BEVESPI AER 9-4.8MCG QL (1 inhaler / 30 days)	1	QL
BREZTRI AERO AER SPHERE QL (1 inhaler / 30 days)	1	QL
BREZTRI AERO AER SPHERE (INSTITUTIONAL PACK) QL (4 inhalers / 28 days)	1	QL
COMBIVENT AER 20-100 QL (2 inhalers / 30 days)	1	QL
<i>ipratropium-albuterol nebu soln 0.5-2.5(3) mg/3ml</i>	1	B/D
TRELEGY AER ELLIPTA 100-62.5-25 MCG QL (60 blisters / 30 days)	1	QL
TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25 MCG QL (60 blisters / 30 days)	1	QL
<b>ANTICHOLINERGICS - DRUGS TO TREAT COPD</b>		
ATROVENT HFA AERS 17mcg/act QL (2 inhalers / 30 days)	1	QL
INCRUSE ELLIPTA AEPB 62.5mcg/inh QL (30 blisters / 30 days)	1	QL

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D V/I - Vacunas / Insulinas

70

V/I - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO		NIVE REQUISITOS / LIMITES	
		L	LIMITES
<i>ipratropium bromide</i> SOLN .02%		1	B/D
<i>ipratropium bromide (nasal)</i> SOLN .03%, .06%		1	
<b>ANTIHISTAMINES - DRUGS TO TREAT ALLERGIES</b>			
<i>azelastine hcl</i> SOLN .1%		1	
<i>cetirizine hcl</i> SOLN 5mg/5ml QL (300 mL / 30 days)		1	QL
<i>cyproheptadine hcl</i> SYRP 2mg/5ml; TABS 4mg PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year		1	PA
<i>diphenhydramine hcl</i> SOLN 50mg/ml		1	
<i>hydroxyzine hcl</i> SOLN 25mg/ml, 50mg/ml PA applies if 70 years and older		1	PA
<i>hydroxyzine hcl</i> SYRP 10mg/5ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year		1	PA
<i>hydroxyzine pamoate</i> (generic of VISTARIL) CAPS 25mg PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year		1	PA
<i>hydroxyzine pamoate</i> CAPS 50mg PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year		1	PA
<i>levocetirizine dihydrochloride</i> SOLN 2.5mg/5ml QL (300 mL / 30 days)		1	QL
<i>levocetirizine dihydrochloride</i> TABS 5mg QL (30 tabs / 30 days)		1	QL

NOMBRE DE MEDICAMENTO		NIVE REQUISITOS / LIMITES	
		L	LIMITES
<b>BETA AGONISTS - DRUGS TO TREAT ASTHMA AND COPD</b>			
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act QL (2 inhalers / 30 days) (generic of Proair HFA)		1	QL
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act QL (2 inhalers / 30 days) (generic of Ventolin HFA)		1	QL
<i>albuterol sulfate</i> (generic of PROVENTIL HFA) AERS 108mcg/act QL (2 inhalers / 30 days) (generic of Proventil HFA)		1	QL
<i>albuterol sulfate</i> NEBU .083%, .63mg/3ml, 1.25mg/3ml, 2.5mg/0.5ml		1	B/D
<i>albuterol sulfate</i> SYRP 2mg/5ml; TABS 2mg, 4mg		1	
<i>levalbuterol hcl</i> NEBU .31mg/3ml, .63mg/3ml, 1.25mg/0.5ml, 1.25mg/3ml		1	B/D
<i>levalbuterol tartrate</i> AERO 45mcg/act QL (2 inhalers / 30 days)		1	QL ST
SEREVENT DISKUS AEPB 50mcg/dose QL (60 inhalations / 30 days)		1	QL
<i>terbutaline sulfate</i> TABS 2.5mg, 5mg		1	
VENTOLIN HFA AERS 108mcg/act QL (2 inhalers / 30 days)		1	QL
VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK) AERS 108mcg/act QL (6 inhalers / 30 days)		1	QL
<b>LEUKOTRIENE MODULATORS</b>			
<i>montelukast sodium</i> (generic of SINGULAIR) CHEW 4mg, 5mg; PACK 4mg; TABS 10mg		1	

**PA** - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **V/I** - Vacunas / Insulinas

71

V/I - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.



NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>zafirlukast</i> (generic of ACCOLATE) TABS 10mg, 20mg	1	
<b>MISCELLANEOUS</b>		
<i>acetylcysteine</i> SOLN 10%, 20%	1	B/D
ARALAST NP SOLR 500mg, 1000mg	1	NM PA
BRONCHITOL CAPS 40mg QL (560 caps / 28 days)	1	QL NM PA
<i>cromolyn sodium</i> NEBU 20mg/2ml	1	B/D
<i>epinephrine</i> ( <i>anaphylaxis</i> ) (generic of EPIPEN 2-PAK) SOAJ .3mg/0.3ml (generic of EpiPen)	1	
<i>epinephrine</i> ( <i>anaphylaxis</i> ) (generic of EPIPEN-JR 2-PAK) SOAJ .15mg/0.3ml (generic of EpiPen)	1	
<i>epinephrine</i> ( <i>anaphylaxis</i> ) SOAJ .15mg/0.15ml, .3mg/0.3ml (generic of Adrenaclick)	1	
FASENRA SOSY 10mg/0.5ml, 30mg/ml QL (1 syringe / 28 days)	1	QL NM PA
FASENRA PEN SOAJ 30mg/ml QL (1 pen / 28 days)	1	QL NM PA
KALYDECO PACK 5.8mg, 13.4mg, 25mg, 50mg, 75mg QL (56 packets / 28 days)	1	QL NM PA
KALYDECO TABS 150mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
OFEV CAPS 100mg, 150mg QL (60 caps / 30 days)	1	QL NM PA
ORKAMBI GRA 75-94MG QL (56 packets / 28 days)	1	QL NM PA
ORKAMBI GRA 100-125 QL (56 packets / 28 days)	1	QL NM PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
ORKAMBI GRA 150-188 QL (56 packets / 28 days)	1	QL NM PA
ORKAMBI TAB 100-125 QL (112 tabs / 28 days)	1	QL NM PA
ORKAMBI TAB 200-125 QL (112 tabs / 28 days)	1	QL NM PA
<i>pirfenidone</i> (generic of ESBRIET) CAPS 267mg QL (270 caps / 30 days)	1	QL NM PA
<i>pirfenidone</i> (generic of ESBRIET) TABS 267mg QL (270 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
<i>pirfenidone</i> TABS 534mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
<i>pirfenidone</i> (generic of ESBRIET) TABS 801mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
PROLASTIN-C SOLN 1000mg/20ml	1	NM PA
PULMOZYME SOLN 2.5mg/2.5ml	1	NM PA
<i>roflumilast</i> (generic of DALIRESP) TABS 250mcg QL (56 tabs / year)	1	QL
<i>roflumilast</i> (generic of DALIRESP) TABS 500mcg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
SYMDEKO TAB 50-75MG QL (56 tabs / 28 days)	1	QL NM PA
SYMDEKO TAB 100-150 QL (56 tabs / 28 days)	1	QL NM PA
THEO-24 CP24 100mg, 200mg, 300mg, 400mg	1	
<i>theophylline</i> ELIX 80mg/15ml; SOLN 80mg/15ml; TB12 100mg, 200mg, 300mg, 450mg; TB24 400mg, 600mg	1	
TRIKAFTA PAK 59.5MG QL (56 packs / 28 days)	1	QL NM PA
TRIKAFTA PAK 75MG QL (56 packs / 28 days)	1	QL NM PA

**PA** - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **V/I** - Vacunas / Insulinas

72

V/I - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
TRIKAFTA TAB 50-25-37.5MG & 75MG QL (84 tabs / 28 days)	1	QL NM PA
TRIKAFTA TAB 100-50-75MG & 150MG QL (84 tabs / 28 days)	1	QL NM PA
XOLAIR SOAJ 75mg/0.5ml, 300mg/2ml QL (4 pens / 28 days)	1	QL NM PA
XOLAIR SOAJ 150mg/ml QL (8 pens / 28 days)	1	QL NM PA
XOLAIR SOLR 150mg QL (8 vials / 28 days)	1	QL NM PA
XOLAIR SOSY 75mg/0.5ml, 300mg/2ml QL (4 syringes / 28 days)	1	QL NM PA
XOLAIR SOSY 150mg/ml QL (8 syringes / 28 days)	1	QL NM PA
ZEMAIRA SOLR 1000mg, 4000mg, 5000mg	1	NM PA
<b>NASAL STEROIDS - DRUGS TO TREAT ALLERGIES</b>		
<i>flunisolide (nasal)</i> SOLN .025% QL (3 bottles / 30 days)	1	QL
<i>fluticasone propionate (nasal)</i> SUSP 50mcg/act QL (1 bottle / 30 days)	1	QL
XHANCE EXHU 93mcg/act QL (32 mL / 30 days)	1	QL PA
<b>STEROID INHALANTS - DRUGS TO TREAT ASTHMA</b>		
ALVESCO AERS 80mcg/act QL (3 inhalers / 30 days)	1	QL
ALVESCO AERS 160mcg/act QL (2 inhalers / 30 days)	1	QL
ARNUITY ELLIPTA AEPB 50mcg/act, 100mcg/act, 200mcg/act QL (30 inhalations / 30 days)	1	QL

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
<i>budesonide (inhalation)</i> (generic of PULMICORT) SUSP .25mg/2ml, .5mg/2ml	1	B/D
<b>STEROID/BETA-AGONIST COMBINATIONS - DRUGS TO TREAT ASTHMA AND COPD</b>		
ADVAIR HFA AER 45/21 QL (1 inhaler / 30 days)	1	QL
ADVAIR HFA AER 115/21 QL (1 inhaler / 30 days)	1	QL
ADVAIR HFA AER 230/21 QL (1 inhaler / 30 days)	1	QL
BREO ELLIPTA INH 50-25MCG QL (60 blisters / 30 days)	1	QL
BREO ELLIPTA INH 100-25 QL (60 blisters / 30 days)	1	QL
BREO ELLIPTA INH 200-25 QL (60 blisters / 30 days)	1	QL
<i>breynga</i> (generic of SYMBICORT) QL (3 inhalers / 30 days)	1	QL
<i>budesonide-formoterol fumarate dihyd aerosol 80-4.5 mcg/act</i> (generic of SYMBICORT) QL (3 inhalers / 30 days)	1	QL
<i>budesonide-formoterol fumarate dihyd aerosol 160-4.5 mcg/act</i> (generic of SYMBICORT) QL (3 inhalers / 30 days)	1	QL
DULERA AER 50-5MCG QL (3 inhalers / 30 days)	1	QL
DULERA AER 100-5MCG QL (3 inhalers / 30 days)	1	QL
DULERA AER 200-5MCG QL (3 inhalers / 30 days)	1	QL

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D V/I - Vacunas / Insulinas

V/I - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 100-50 mcg/act</i> (generic of ADVAIR DISKUS) QL (60 inhalations / 30 days) (generic PRASCO not covered)	1	QL
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 250-50 mcg/act</i> (generic of ADVAIR DISKUS) QL (60 inhalations / 30 days) (generic PRASCO not covered)	1	QL
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 500-50 mcg/act</i> (generic of ADVAIR DISKUS) QL (60 inhalations / 30 days) (generic PRASCO not covered)	1	QL
<i>wixela inhub</i> (generic of ADVAIR DISKUS) QL (60 inhalations / 30 days)	1	QL
<b>TOPICAL - DRUGS TO TREAT EAR AND SKIN CONDITIONS</b>		
<b>DERMATOLOGY, ACNE</b>		
<i>accutane</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	1	PA
<i>amnesteem</i> CAPS 10mg, 20mg, 40mg	1	PA
<i>benzoyl peroxide-erythromycin gel 5-3%</i> (generic of BENZAMYCIN) QL (46.6 gm / 30 days)	1	QL
<i>claravis</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	1	PA
<i>clindamycin phosphate (topical)</i> (generic of CLINDAGEL) GEL 1% QL (75 mL / 30 days)	1	QL

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>clindamycin phosphate (topical)</i> (generic of CLEOCIN-T) LOTN 1% QL (60 mL / 30 days)	1	QL
<i>clindamycin phosphate (topical)</i> SOLN 1% QL (60 mL / 30 days)	1	QL
<i>ery PADS</i> 2% QL (60 pledgets / 30 days)	1	QL
<i>erythromycin (acne aid)</i> (generic of ERYGEL) GEL 2% QL (60 gm / 30 days)	1	QL
<i>erythromycin (acne aid)</i> SOLN 2% QL (60 mL / 30 days)	1	QL
<i>isotretinoin</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	1	PA
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i> (generic of KLARON) LOTN 10% QL (118 mL / 30 days)	1	QL
<i>tretinoin</i> (generic of RETIN-A) CREA .025%, .05%, .1%; GEL .01%, .025% QL (45 gm / 30 days)	1	QL PA
<i>twice-daily clindamycin phosphate (topical)</i> GEL 1% QL (75 gm / 30 days)	1	QL
<i>zenatane</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	1	PA
<b>DERMATOLOGY, ANTIBIOTICS</b>		
<i>gentamicin sulfate (topical)</i> CREA .1%; OINT .1% QL (30 gm / 30 days)	1	QL
<i>mupirocin</i> OINT 2% QL (220 gm / 30 days)	1	QL
<i>silver sulfadiazine</i> (generic of SILVADENE) CREA 1%	1	
<i>ssd</i> (generic of SILVADENE) CREA 1%	1	

**PA** - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **V/I** - Vacunas / Insulinas

V/I - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
SULFAMYLON CREA 85mg/gm QL (453.6 gm / 30 days)	1	QL
<b>DERMATOLOGY, ANTIFUNGALS</b>		
<i>ciclopirox</i> SHAM 1% QL (120 mL / 30 days)	1	QL
<i>ciclopirox olamine</i> CREA .77% QL (90 gm / 30 days)	1	QL
<i>ciclopirox olamine</i> SUSP .77% QL (60 mL / 30 days)	1	QL
<i>clotrimazole (topical)</i> CREA 1% QL (45 gm / 30 days)	1	QL
<i>clotrimazole (topical)</i> SOLN 1% QL (60 mL / 30 days)	1	QL
<i>clotrimazole w/ betamethasone cream 1- 0.05%</i> QL (45 gm / 30 days)	1	QL
<i>econazole nitrate</i> CREA 1% QL (85 gm / 30 days)	1	QL
<i>ketconazole (topical)</i> CREA 2% QL (60 gm / 30 days)	1	QL
<i>ketconazole (topical)</i> SHAM 2% QL (120 mL / 30 days)	1	QL
<i>klayesta</i> POWD 100000unit/gm QL (60 gm / 30 days)	1	QL
<i>nyamyc</i> POWD 100000unit/gm QL (60 gm / 30 days)	1	QL
<i>nystatin (topical)</i> CREA 100000unit/gm; OINT 100000unit/gm QL (30 gm / 30 days)	1	QL
<i>nystatin (topical)</i> POWD 100000unit/gm QL (60 gm / 30 days)	1	QL

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>nystop</i> POWD 100000unit/gm QL (60 gm / 30 days)	1	QL
<i>selenium sulfide</i> LOTN 2.5%	1	
<b>DERMATOLOGY, ANTIPSORIATICS</b>		
<i>acitretin</i> CAPS 10mg, 17.5mg, 25mg	1	PA
<i>calcipotriene</i> CREA .005%; OINT .005% QL (120 gm / 30 days)	1	QL PA
<i>calcipotriene</i> SOLN .005% QL (120 mL / 30 days)	1	QL PA
<i>calcitrene</i> OINT .005% QL (120 gm / 30 days)	1	QL PA
ENSTILAR AER QL (120 gm / 30 days)	1	QL PA
<i>tazarotene</i> (generic of TAZORAC) CREA .1% QL (60 gm / 30 days)	1	QL PA
TAZORAC CREA .05% QL (60 gm / 30 days)	1	QL PA
<b>DERMATOLOGY, CORTICOSTEROIDS</b>		
<i>ala-cort</i> CREA 1%	1	
<i>alclometasone dipropionate</i> CREA .05%; OINT .05% QL (60 gm / 30 days)	1	QL
<i>betamethasone dipropionate (topical)</i> CREA .05%; OINT .05% QL (120 gm / 30 days)	1	QL
<i>betamethasone dipropionate (topical)</i> LOTN .05% QL (120 mL / 30 days)	1	QL
<i>betamethasone dipropionate augmented</i> CREA .05%; GEL .05% QL (120 gm / 30 days)	1	QL
<i>betamethasone dipropionate augmented</i> LOTN .05% QL (120 mL / 30 days)	1	QL
<i>betamethasone dipropionate augmented</i> (generic of DIPROLENE) OINT .05% QL (120 gm / 30 days)	1	QL

**PA** - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **V/I** - Vacunas / Insulinas

75

V/I - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>betamethasone valerate</i> CREA .1%; OINT .1% QL (120 gm / 30 days)	1	QL
<i>betamethasone valerate</i> LOTN .1% QL (120 mL / 30 days)	1	QL
<i>clobetasol propionate</i> CREA .05%; GEL .05%; OINT .05% QL (60 gm / 30 days)	1	QL
<i>clobetasol propionate</i> SOLN .05% QL (50 mL / 30 days)	1	QL
<i>clobetasol propionate e</i> CREA .05% QL (60 gm / 30 days)	1	QL
<i>fluocinolone acetonide</i> CREA .01% QL (60 gm / 30 days)	1	QL
<i>fluocinolone acetonide</i> (generic of SYNALAR) CREA .025%; OINT .025% QL (120 gm / 30 days)	1	QL
<i>fluocinolone acetonide</i> (generic of DERMA-SMOOTHIE/FS BODY) OIL .01% QL (118.28 mL / 30 days)	1	QL
<i>fluocinolone acetonide</i> (generic of DERMA-SMOOTHIE/FS SCALP) OIL .01% QL (118.28 mL / 30 days)	1	QL
<i>fluocinolone acetonide</i> SOLN .01% QL (60 mL / 30 days)	1	QL
<i>fluocinonide</i> CREA .05% QL (120 gm / 30 days)	1	QL
<i>fluocinonide</i> GEL .05%; OINT .05% QL (60 gm / 30 days)	1	QL
<i>fluocinonide</i> SOLN .05% QL (60 mL / 30 days)	1	QL

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>fluocinonide emulsified base</i> CREA .05% QL (120 gm / 30 days)	1	QL
<i>fluticasone propionate</i> CREA .05%; OINT .005%	1	QL
<i>halobetasol propionate</i> CREA .05%; OINT .05% QL (50 gm / 30 days)	1	QL
<i>hydrocortisone (topical)</i> CREA 1%, 2.5%; LOTN 2.5%; OINT 2.5%	1	
<i>hydrocortisone (topical)</i> OINT 1% QL (30 gm / 30 days)	1	QL
<i>hydrocortisone valerate</i> CREA .2% QL (60 gm / 30 days)	1	QL
<i>mometasone furoate</i> CREA .1%; OINT .1%; SOLN .1%	1	
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> CREA .025%, .1%, .5% QL (454 gm / 30 days)	1	QL
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> LOTN .025%, .1%; OINT .025%, .1%, .5%	1	
<i>triderm</i> CREA .5% QL (454 gm / 30 days)	1	QL
<b>DERMATOLOGY, LOCAL ANESTHETICS</b>		
<i>glydo</i> PRSY 2% QL (60 mL / 30 days)	1	QL PA
<i>lidocaine</i> OINT 5% QL (50 gm / 30 days)	1	QL PA
<i>lidocaine</i> (generic of LIDODERM) PTCH 5% QL (3 patches / 1 day)	1	QL PA
<i>lidocaine hcl</i> SOLN 4% QL (50 mL / 30 days)	1	QL PA
<i>lidocaine-prilocaine cream</i> 2.5-2.5% QL (30 gm / 30 days)	1	B/D QL
<i>lidocan</i> (generic of LIDODERM) PTCH 5% QL (3 patches / 1 day)	1	QL PA

**PA** - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **V/I** - Vacunas / Insulinas

76

V/I - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>tridacaine ii</i> (generic of LIDODERM) PTCH 5% QL (3 patches / 1 day)	1	QL PA
<b>DERMATOLOGY, MISCELLANEOUS SKIN AND MUCOUS MEMBRANE</b>		
<i>bexarotene (topical)</i> (generic of TARGRETIN) GEL 1% QL (60 gm / 30 days)	1	QL NM PA
<i>diclofenac sodium (topical)</i> SOLN 1.5% QL (300 mL / 28 days)	1	QL
<i>fluorouracil (topical)</i> (generic of EFUDEX) CREA 5% QL (40 gm / 30 days)	1	QL
<i>fluorouracil (topical)</i> SOLN 2%, 5% QL (10 mL / 30 days)	1	QL
<i>hydrocortisone (rectal)</i> CREA 1% 1	1	
<i>hydrocortisone (rectal)</i> (generic of ANUSOL-HC) CREA 2.5% 1	1	
<i>imiquimod</i> CREA 5% QL (24 packets / 30 days)	1	QL
<i>lactic acid (ammonium lactate)</i> CREA 12%; LOTN 12% 1	1	
<i>metronidazole (topical)</i> (generic of METROCREAM) CREA .75% QL (45 gm / 30 days)	1	QL
<i>metronidazole (topical)</i> GEL .75% QL (45 gm / 30 days)	1	QL
<i>metronidazole (topical)</i> (generic of METROLOTION) LOTN .75% QL (59 mL / 30 days)	1	QL
<i>nitroglycerin (intra-anal)</i> (generic of RECTIV) OINT .4% QL (30 gm / 30 days)	1	QL
PANRETIN GEL .1% QL (60 gm / 30 days)	1	QL PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>pimecrolimus</i> (generic of ELIDEL) CREA 1% QL (100 gm / 30 days)	1	QL PA
<i>podofilox</i> SOLN .5% QL (7 mL / 28 days)	1	QL
<i>procto-med hc</i> (generic of ANUSOL-HC) CREA 2.5% 1	1	
<i>proctocort</i> CREA 1% 1	1	
<i>proctosol hc</i> (generic of ANUSOL-HC) CREA 2.5% 1	1	
<i>proctozone-hc</i> (generic of ANUSOL-HC) CREA 2.5% 1	1	
<i>tacrolimus (topical)</i> OINT .03%, .1% QL (100 gm / 30 days)	1	QL PA
VALCHLOR GEL .016% QL (60 gm / 30 days)	1	QL NM PA
<b>DERMATOLOGY, SCABICIDES AND PEDICULIDES</b>		
<i>malathion</i> LOTN .5% QL (59 mL / 30 days)	1	QL
<i>permethrin</i> CREA 5% QL (60 gm / 30 days)	1	QL
<b>DERMATOLOGY, WOUND CARE AGENTS</b>		
REGRANEX GEL .01% QL (30 gm / 30 days)	1	QL PA
SANTYL OINT 250unit/gm QL (180 gm / 30 days)	1	QL
<i>sodium chloride (gu irrigant)</i> SOLN .9% 1	1	
<i>water for irrigation, sterile irrigation soln</i> 1	1	
<b>MOUTH/THROAT/DENTAL AGENTS</b>		
<i>cevimeline hcl</i> (generic of EVOXAC) CAPS 30mg 1	1	
<i>chlorhexidine gluconate (mouth-throat)</i> (generic of PERIDEX) SOLN .12% 1	1	
<i>clotrimazole</i> TROC 10mg QL (150 lozenges / 30 days)	1	QL
<i>kourzeq</i> PSTE .1% 1	1	
<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i> SOLN 2% 1	1	

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D V/I - Vacunas / Insulinas

77

V/I - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVE REQUISITOS / L LIMITES</b>
<i>nystatin (mouth-throat)</i> (generic of NYSTATIN) SUSP 100000unit/ml	1
<i>periogard</i> (generic of PERIDEX) SOLN .12%	1
<i>pilocarpine hcl (oral)</i> (generic of SALAGEN) TABS 5mg, 7.5mg	1
<i>triamcinolone acetonide</i> (mouth) PSTE .1%	1

**PA** - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **V/I** - Vacunas / Insulinas

78

V/I - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

## Index

- A**  
*abacavir sulfate*.....14  
*abacavir sulfate-lamivudine tab 600-300 mg*.....14  
ABELCET .....13  
ABILIFY  
  see *aripiprazole*.....37  
*abiraterone acetate*.....19  
ABRYSVO .....66  
*acamprosate calcium*.....47  
*acarbose*.....48  
ACCOLATE  
  see *zafirlukast*.....72  
ACCUPRIL  
  see *quinapril hcl*.....27  
*accutane* .....74  
*acebutolol hcl*.....31  
*acetaminophen w/ codeine soln 120-12 mg/5ml*.....10  
*acetaminophen w/ codeine tab 300-15 mg*.....10  
*acetaminophen w/ codeine tab 300-30 mg*.....10  
*acetaminophen w/ codeine tab 300-60 mg*.....10  
*acetazolamide* .....32  
*acetic acid*.....61  
*acetic acid (otic)*.....70  
*acetylcysteine* .....72  
ACIPHEX  
  see *rabeprazole sodium* .....61  
*acitretin* .....75  
ACTHIB INJ .....66  
ACTIMMUNE .....65  
ACTIVEVLA  
  see *estradiol & norethindrone acetate tab 1-0.5 mg* .....55  
  see *mimvey*.....56  
ACTONEL  
  see *risedronate sodium* .....52  
ACTOPLUS MET  
  see *pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-850 mg* .....50  
ACTOS  
  see *pioglitazone hcl*.....50  
ACULAR  
  see *ketorolac tromethamine (ophth)* .....69  
ACULAR LS  
  see *ketorolac tromethamine (ophth)* .....69  
*acyclovir*.....15  
*acyclovir sodium* .....15  
ADACEL INJ .....66  
ADALIMUMAB-AACF (2 PEN) .....63  
ADALIMUMAB-AACF (2 SYRING) .....63  
ADCIRCA  
  see *alyq*.....34  
  see *tadalafil (pulmonary hypertension)*.....34  
ADDERALL  
  see *amphetamine-dextroamphetamine tab 10 mg*.....44  
  see *amphetamine-dextroamphetamine tab 12.5 mg*.....44  
  see *amphetamine-dextroamphetamine tab 15 mg*.....44  
  see *amphetamine-dextroamphetamine tab 20 mg*.....44  
  see *amphetamine-dextroamphetamine tab 30 mg*.....44  
  see *amphetamine-dextroamphetamine tab 5 mg*.....44  
  see *amphetamine-dextroamphetamine tab 7.5 mg*.....44  
ADDERALL XR  
  see *amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 10 mg* ...43  
  see *amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 15 mg* ...43  
  see *amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 20 mg* ...44  
  see *amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 25 mg* ...44  
  see *amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 30 mg* ...44  
  see *amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg* .....43  
*adefovir dipivoxil* .....15  
ADMELOG .....50  
ADMELOG SOLOSTAR .50  
ADVAIR DISKUS  
  see *fluticasone-salmeterol aer powder ba 100-50 mcg/act*...74  
  see *fluticasone-salmeterol aer powder ba 250-50 mcg/act*...74  
  see *fluticasone-salmeterol aer powder ba 500-50 mcg/act*...74  
  see *wixela inhub*.....74  
ADVAIR HFA AER 115/21 .....73  
ADVAIR HFA AER 230/21 .....73  
ADVAIR HFA AER 45/21 73  
AFINITOR  
  see *everolimus*.....22  
  see *torpenz* .....25  
AFINITOR DISPERZ  
  see *everolimus*.....22  
*afirmelle* .....52  
AGRYLIN  
  see *anagrelide hcl*.....62  
AIMOVIG .....45  
AKEEGA TAB 100/500 ...19  
AKEEGA TAB 50/500MG .....19  
*ala-cort*.....75



<i>albendazole</i> .....	11	<i>amiloride &amp;</i>		<i>see amlodipine besylate-</i>	
<i>albuterol sulfate</i> .....	71	<i>hydrochlorothiazide tab</i>		<i>olmesartan medoxomil</i>	
ALCAINE		5-50 mg .....	32	<i>tab 10-20 mg</i> .....	27
<i>see proparacaine hcl</i> ...	70	<i>amiloride hcl</i> .....	32	<i>see amlodipine besylate-</i>	
<i>alclometasone dipropionate</i>		<i>amidarone hcl</i> .....	29	<i>olmesartan medoxomil</i>	
.....	75	<i>amitriptyline hcl</i> .....	35	<i>tab 10-40 mg</i> .....	27
ALCOHOL SWABS: BD-		<i>amlodipine besylate</i> .....	32	<i>see amlodipine besylate-</i>	
EMBECTA/MHC/RUGBY		<i>amlodipine besylate-</i>		<i>olmesartan medoxomil</i>	
.....	50	<i>benazepril hcl cap 10-20</i>		<i>tab 5-20 mg</i> .....	27
ALDACTONE		<i>mg</i> .....	26	<i>see amlodipine besylate-</i>	
<i>see spironolactone</i> .....	27	<i>amlodipine besylate-</i>		<i>olmesartan medoxomil</i>	
ALDURAZYME .....	56	<i>benazepril hcl cap 10-40</i>		<i>tab 5-40 mg</i> .....	27
ALECENSA .....	21	<i>mg</i> .....	26	<i>amnestem</i> .....	74
<i>alendronate sodium</i> .....	52	<i>amlodipine besylate-</i>		<i>amoxapine</i> .....	35
<i>alfuzosin hcl</i> .....	61	<i>benazepril hcl cap 2.5-10</i>		<i>amoxicillin</i> .....	17
ALIMTA		<i>mg</i> .....	26	AMOXICILLIN	
<i>see pemetrexed</i>		<i>amlodipine besylate-</i>		<i>see amoxicillin</i> .....	17
<i>disodium</i> .....	19	<i>benazepril hcl cap 5-10</i>		<i>amoxicillin &amp; k clavulanate</i>	
<i>aliskiren fumarate</i> .....	33	<i>mg</i> .....	26	<i>chew tab 400-57 mg</i> ....	17
<i>allopurinol</i> .....	9	<i>amlodipine besylate-</i>		<i>amoxicillin &amp; k clavulanate</i>	
<i>alosepron hcl</i> .....	60	<i>benazepril hcl cap 5-20</i>		<i>for susp 200-28.5 mg/5ml</i>	
ALPHAGAN P		<i>mg</i> .....	26	.....	17
<i>see brimonidine tartrate</i>		<i>amlodipine besylate-</i>		<i>amoxicillin &amp; k clavulanate</i>	
.....	69	<i>benazepril hcl cap 5-40</i>		<i>for susp 250-62.5 mg/5ml</i>	
<i>alprazolam</i> .....	34	<i>mg</i> .....	26	.....	18
ALREX		<i>amlodipine besylate-</i>		<i>amoxicillin &amp; k clavulanate</i>	
<i>see loteprednol</i>		<i>olmesartan medoxomil</i>		<i>for susp 400-57 mg/5ml</i>	
<i>etabonate</i> .....	69	<i>tab 10-20 mg</i> .....	27	.....	18
ALTACE		<i>amlodipine besylate-</i>		<i>amoxicillin &amp; k clavulanate</i>	
<i>see ramipril</i> .....	27	<i>olmesartan medoxomil</i>		<i>for susp 600-42.9 mg/5ml</i>	
<i>altavera</i> .....	52	<i>tab 10-40 mg</i> .....	27	.....	18
ALUNBRIG .....	21	<i>amlodipine besylate-</i>		<i>amoxicillin &amp; k clavulanate</i>	
ALUNBRIG PAK .....	21	<i>olmesartan medoxomil</i>		<i>tab 250-125 mg</i> .....	18
ALVAIZ .....	62	<i>tab 5-20 mg</i> .....	27	<i>amoxicillin &amp; k clavulanate</i>	
ALVESCO.....	73	<i>amlodipine besylate-</i>		<i>tab 500-125 mg</i> .....	18
<i>alyacen 1/35</i> .....	52	<i>olmesartan medoxomil</i>		<i>tab 875-125 mg</i> .....	18
<i>alyacen 7/7/7</i> .....	52	<i>tab 5-40 mg</i> .....	27	<i>amoxicillin &amp; k clavulanate</i>	
ALYGLO .....	65	<i>amlodipine besylate-</i>		<i>tab 750-125 mg</i> .....	18
<i>alyq</i> .....	34	<i>valsartan tab 10-160 mg</i>		.....	18
<i>amantadine hcl</i> .....	36	.....	27	<i>amoxicillin &amp; k clavulanate</i>	
AMBIEN		<i>amlodipine besylate-</i>		<i>tab er 12hr 1000-62.5 mg</i>	
<i>see zolpidem tartrate</i> ...45		<i>valsartan tab 10-320 mg</i>		.....	18
AMBISOME		.....	28	<i>amphetamine-</i>	
<i>see amphotericin b</i>		<i>amlodipine besylate-</i>		<i>dextroamphetamine cap</i>	
<i>liposome</i> .....	13	<i>valsartan tab 5-160 mg</i> 27		<i>er 24hr 10 mg</i> .....	43
<i>ambrisentan</i> .....	34	<i>amlodipine besylate-</i>		<i>amphetamine-</i>	
<i>amethia</i> .....	52	<i>valsartan tab 5-320 mg</i> 27		<i>dextroamphetamine cap</i>	
<i>amethyst</i> .....	52	AMLODIPINE/OLMESART		<i>er 24hr 15 mg</i> .....	43
<i>amikacin sulfate</i> .....	11	AN MED		<i>amphetamine-</i>	
				<i>dextroamphetamine cap</i>	
				<i>er 24hr 20 mg</i> .....	44

<i>amphetamine-</i>	AMPYRA	see <i>exemestane</i> .....19
<i>dextroamphetamine cap</i>	see <i>dalfampridine</i> .....46	<i>asenapine maleate</i> .....37
<i>er 24hr 25 mg</i> .....44	ANAFRANIL	<i>ashlyna</i> .....52
<i>amphetamine-</i>	see <i>clomipramine hcl</i> ..35	<i>aspirin-dipyridamole cap er</i>
<i>dextroamphetamine cap</i>	<i>anagrelide hcl</i> .....62	<i>12hr 25-200 mg</i> .....63
<i>er 24hr 30 mg</i> .....44	ANAPROX DS	ASTAGRAF XL.....65
<i>amphetamine-</i>	see <i>naproxen sodium</i> ....9	ATACAND
<i>dextroamphetamine cap</i>	<i>anastrozole</i> .....19	see <i>candesartan cilexetil</i>
<i>er 24hr 5 mg</i> .....43	ANCOBON	.....29
<i>amphetamine-</i>	see <i>flucytosine</i> .....13	ATACAND HCT
<i>dextroamphetamine tab</i>	ANDROGEL PUMP	see <i>candesartan cilexetil-</i>
<i>10 mg</i> .....44	see <i>testosterone</i> .....48	<i>hydrochlorothiazide tab</i>
<i>amphetamine-</i>	ANORO ELLIPT AER 62.5-	<i>16-12.5 mg</i> .....28
<i>dextroamphetamine tab</i>	25.....70	see <i>candesartan cilexetil-</i>
<i>12.5 mg</i> .....44	ANUSOL-HC	<i>hydrochlorothiazide tab</i>
<i>amphetamine-</i>	see <i>hydrocortisone</i>	<i>32-12.5 mg</i> .....28
<i>dextroamphetamine tab</i>	<i>(rectal)</i> .....77	see <i>candesartan cilexetil-</i>
<i>15 mg</i> .....44	see <i>procto-med hc</i> .....77	<i>hydrochlorothiazide tab</i>
<i>amphetamine-</i>	see <i>proctosol hc</i> .....77	<i>32-25 mg</i> .....28
<i>dextroamphetamine tab</i>	see <i>proctozone-hc</i> .....77	<i>atazanavir sulfate</i> .....14
<i>20 mg</i> .....44	<i>aprepitant</i> .....58	ATELVIA
<i>amphetamine-</i>	<i>aprepitant capsule therapy</i>	see <i>risedronate sodium</i>
<i>dextroamphetamine tab</i>	<i>pack 80 &amp; 125 mg</i> .....58	.....52
<i>30 mg</i> .....44	<i>apri</i> .....52	<i>atenolol</i> .....31
<i>amphetamine-</i>	APRISO	<i>atenolol &amp; chlorthalidone</i>
<i>dextroamphetamine tab 5</i>	see <i>mesalamine</i> .....59	<i>tab 100-25 mg</i> .....31
<i>mg</i> .....44	APTIOM.....40	<i>atenolol &amp; chlorthalidone</i>
<i>amphetamine-</i>	APTIVUS .....14	<i>tab 50-25 mg</i> .....31
<i>dextroamphetamine tab</i>	ARALAST NP .....72	ATIVAN
<i>7.5 mg</i> .....44	<i>aranelle</i> .....52	see <i>lorazepam</i> .....34
<i>amphotericin b</i> .....13	ARAVA	<i>atomoxetine hcl</i> .....44
<i>amphotericin b liposome</i> .13	see <i>leflunomide</i> .....65	<i>atorvastatin calcium</i> .....30
<i>ampicillin</i> .....18	ARCALYST.....65	<i>atovaquone</i> .....11
<i>ampicillin &amp; sulbactam</i>	AREXVY .....66	<i>atovaquone-proguanil hcl</i>
<i>sodium for inj 1.5 (1-0.5)</i>	ARICEPT	<i>tab 250-100 mg</i> .....13
<i>gm</i> .....18	see <i>donepezil</i>	<i>atovaquone-proguanil hcl</i>
<i>ampicillin &amp; sulbactam</i>	<i>hydrochloride</i> .....34	<i>tab 62.5-25 mg</i> .....13
<i>sodium for inj 3 (2-1) gm</i>	ARIKAYCE .....11	ATRIPLA
.....18	ARIMIDEX	see <i>efavirenz-</i>
<i>ampicillin &amp; sulbactam</i>	see <i>anastrozole</i> .....19	<i>emtricitabine-tenofovir</i>
<i>sodium for iv soln 1.5 (1-</i>	<i>aripiprazole</i> .....37	<i>df tab 600-200-300 mg</i>
<i>0.5) gm</i> .....18	ARISTADA.....37	.....15
<i>ampicillin &amp; sulbactam</i>	ARISTADA INITIO .....37	ATROPINE SULFATE ....70
<i>sodium for iv soln 15 (10-</i>	ARIXTRA	<i>atropine sulfate</i>
<i>5) gm</i> .....18	see <i>fondaparinux sodium</i>	<i>(ophthalmic)</i> .....70
<i>ampicillin &amp; sulbactam</i>	.....62	ATROVENT HFA.....70
<i>sodium for iv soln 3 (2-1)</i>	<i>armodafinil</i> .....47	<i>aubra eq</i> .....52
<i>gm</i> .....18	ARNUITY ELLIPTA.....73	AUGMENTIN
<i>ampicillin sodium</i> .....18	AROMASIN	

see amoxicillin & k clavulanate tab 500- 125 mg .....18	azurette.....52	hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg .....28
AUGMENTIN ES-600 see amoxicillin & k clavulanate for susp 600-42.9 mg/5ml.....18	<b>B</b>	see olmesartan medoxomil- hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg .....28
AUGTYRO .....21	bacitracin (ophthalmic)....68	see olmesartan medoxomil- hydrochlorothiazide tab 40-25 mg .....28
aurovela 1/20.....52	bacitracin-polymyxin b ophth oint .....68	BENLYSTA.....65
aurovela 24 fe.....52	bacitracin-polymyxin- neomycin-hc ophth oint 1%.....68	BENZAMYCIN see benzoyl peroxide- erythromycin gel 5-3% .....74
aurovela fe 1.5/30.....52	baclofen .....47	benzoyl peroxide- erythromycin gel 5-3% 74
aurovela fe 1/20.....52	<b>BACTRIM</b>	benztropine mesylate.....36
AUSTEDO .....46	see sulfamethoxazole- trimethoprim tab 400- 80 mg .....12	BERINERT .....62
AUSTEDO XR .....46	<b>BACTRIM DS</b>	BESIVANCE .....68
AUSTEDO XR TAB TITR KIT .....46	see sulfamethoxazole- trimethoprim tab 800- 160 mg .....12	BESREMI.....20
AUVELITY TAB 45-105MG .....35	BAFIERTAM .....46	betaine powder for oral solution.....56
AVALIDE see irbesartan- hydrochlorothiazide tab 150-12.5 mg .....28	balsalazide disodium .....59	betamethasone dipropionate (topical)...75
see irbesartan- hydrochlorothiazide tab 300-12.5 mg .....28	BALVERSA.....21	betamethasone dipropionate augmented .....75
AVAPRO see irbesartan .....29	balziva .....52	betamethasone valerate .76
aviane.....52	<b>BANZEL</b>	BETAPACE see sotalol hcl .....30
AVODART see dutasteride.....61	see rufinamide.....42	BETAPACE AF see sotalol hcl (afib/af)30
ayuna.....52	BARACLUDGE.....15	BETASERON.....46
AYVAKIT .....21	see entecavir.....16	betaxolol hcl.....31
azacitidine.....19	BASAGLAR KWIKPEN...50	betaxolol hcl (ophth) .....69
AZACTAM see aztreonam .....11	BCG VACCINE .....66	bethanechol chloride.....61
azathioprine .....65	benazepril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg .....26	BETOPTIC-S .....69
azelastine hcl.....71	benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg .....26	BEVESPI AER 9-4.8MCG .....70
azelastine hcl (ophth).....69	benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg .....26	bexarotene.....20
AZILECT see rasagiline mesylate .....37	benazepril & hydrochlorothiazide tab 5-6.25mg.....26	bexarotene (topical) .....77
azithromycin .....17	benazepril hcl.....27	BEXSERO INJ .....66
AZOPT see brinzolamide.....69	<b>BENDAMUSTINE</b>	BEYAZ see drospirenone-ethinyl estradiol-levomefolate tab 3-0.02-0.451 mg 53
aztreonam.....11	HYDROCHLORID .....19	BIAXIN XL see clarithromycin .....17
AZULFIDINE see sulfasalazine.....59	<b>BENDEKA</b> .....19	
AZULFIDINE EN-TABS see sulfasalazine.....59	<b>BENICAR</b>	
	see olmesartan medoxomil .....29	
	<b>BENICAR HCT</b>	
	see olmesartan medoxomil	

<i>bicalutamide</i> .....	19	<i>see bromfenac sodium</i>		<i>calcitrene</i> .....	75
BICILLIN L-A .....	18	<i>(ophth)</i> .....	69	<i>calcitriol</i> .....	58
BIKTARVY TAB 30-120-15		BRONCHITOL .....	72	<i>calcitriol (oral)</i> .....	58
MG .....	15	BRUKINSA .....	21	CALQUENCE .....	21
BIKTARVY TAB 50-200-25		<i>budesonide</i> .....	59	<i>camila</i> .....	52
MG .....	15	<i>budesonide (inhalation)</i> ..	73	CAMPTOSAR	
BILTRICIDE		<i>budesonide-formoterol</i>		<i>see irinotecan hcl</i> .....	20
<i>see praziquantel</i> .....	12	<i>fumarate dihyd aerosol</i>		<i>camrese</i> .....	52
<i>bisoprolol &amp;</i>		160-4.5 mcg/act .....	73	<i>camrese lo</i> .....	53
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		<i>budesonide-formoterol</i>		CANASA	
10-6.25 mg.....	31	<i>fumarate dihyd aerosol</i>		<i>see mesalamine</i> .....	59
<i>bisoprolol &amp;</i>		80-4.5 mcg/act .....	73	CANCIDAS	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		<i>bumetanide</i> .....	32	<i>see caspofungin acetate</i>	
2.5-6.25 mg.....	31	BUMEX		.....	13
<i>bisoprolol &amp;</i>		<i>see bumetanide</i> .....	32	<i>candesartan cilexetil</i> .....	29
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		BUPHENYL		<i>candesartan cilexetil-</i>	
5-6.25 mg.....	31	<i>see sodium</i>		<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>bisoprolol fumarate</i> .....	31	<i>phenylbutyrate</i> .....	57	16-12.5 mg.....	28
BIVIGAM.....	65	<i>buprenorphine hcl</i> .....	47	<i>candesartan cilexetil-</i>	
<i>blisovi 24 fe</i> .....	52	<i>buprenorphine hcl-</i>		<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>blisovi fe 1.5/30</i> .....	52	<i>naloxone hcl sl film 12-3</i>		32-12.5 mg.....	28
BOOSTRIX INJ.....	66	mg (base equiv) .....	48	<i>candesartan cilexetil-</i>	
<i>bortezomib</i> .....	21	<i>buprenorphine hcl-</i>		<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
BORTEZOMIB .....	21	<i>naloxone hcl sl film 2-0.5</i>		32-25 mg.....	28
<i>bosentan</i> .....	34	mg (base equiv) .....	47	CAPLYTA .....	37
BOSULIF .....	21	<i>buprenorphine hcl-</i>		CAPRELSA.....	21
BRAFTOVI.....	21	<i>naloxone hcl sl film 4-1</i>		<i>captopril</i> .....	27
BREO ELLIPTA INH 100-		mg (base equiv) .....	48	<i>captopril &amp;</i>	
25 .....	73	<i>buprenorphine hcl-</i>		<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
BREO ELLIPTA INH 200-		<i>naloxone hcl sl film 8-2</i>		25-15 mg.....	26
25 .....	73	mg (base equiv) .....	48	<i>captopril &amp;</i>	
BREO ELLIPTA INH 50-		<i>buprenorphine hcl-</i>		<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
25MCG.....	73	<i>naloxone hcl sl tab 2-0.5</i>		25-25 mg.....	26
<i>breyna</i> .....	73	mg (base equiv) .....	48	<i>captopril &amp;</i>	
BREZTRI AERO AER		<i>buprenorphine hcl-</i>		<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
SPHERE .....	70	<i>naloxone hcl sl tab 8-2</i>		50-15 mg.....	26
BREZTRI AERO AER		mg (base equiv) .....	48	<i>captopril &amp;</i>	
SPHERE		<i>bupropion hcl</i> .....	35	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
(INSTITUTIONAL PACK)		<i>bupropion hcl (smoking</i>		50-25 mg.....	26
.....	70	<i>deterrent)</i> .....	48	CARAFATE	
<i>brillyn</i> .....	52	<i>bupirone hcl</i> .....	34	<i>see sucralfate</i> .....	60
BRILINTA .....	63	<i>butorphanol tartrate</i> .....	10	<i>carb/levo orally</i>	
<i>brimonidine tartrate</i> .....	69	BYSTOLIC		<i>disintegrating tab 10-</i>	
<i>brinzolamide</i> .....	69	<i>see nebivolol hcl</i> .....	31	100mg .....	36
BRIVIACT .....	40	<b>C</b>		<i>carb/levo orally</i>	
<i>bromfenac sodium (ophth)</i>		<i>cabergoline</i> .....	56	<i>disintegrating tab 25-</i>	
.....	69	CABOMETYX .....	21	100mg .....	36
<i>bromocriptine mesylate</i> ...36		<i>calcipotriene</i> .....	75		
BROMSITE		<i>calcitonin (salmon) spray</i>	52		

<i>carb/levo orally</i>	<i>see levocarnitine</i>	<i>cephalexin</i> .....17
<i>disintegrating tab 25-</i>	<i>(metabolic modifiers)</i>	CERDELGA .....56
<i>250mg</i> .....36	.....57	CEREZYME .....56
CARBAGLU	<i>carteolol hcl (ophth)</i> .....69	<i>cetirizine hcl</i> .....71
<i>see carglumic acid</i> .....56	<i>cartia xt</i> .....32	<i>cevimeline hcl</i> .....77
<i>carbamazepine</i> .....40	<i>carvedilol</i> .....31	<i>chateal eq</i> .....53
CARBATROL	CASODEX	CHEMET.....52
<i>see carbamazepine</i> ....40	<i>see bicalutamide</i> .....19	<i>chlorhexidine gluconate</i>
<i>carbidopa &amp; levodopa tab</i>	<i>casprofungin acetate</i> .....13	<i>(mouth-throat)</i> .....77
<i>10-100 mg</i> .....37	CATAPRES-TTS-1	<i>chloroquine phosphate</i> ...13
<i>carbidopa &amp; levodopa tab</i>	<i>see clonidine</i> .....33	<i>chlorpromazine hcl</i> .....37
<i>25-100 mg</i> .....37	CATAPRES-TTS-2	<i>chlorthalidone</i> .....32
<i>carbidopa &amp; levodopa tab</i>	<i>see clonidine</i> .....33	<i>cholestyramine</i> .....30
<i>25-250 mg</i> .....37	CATAPRES-TTS-3	<i>cholestyramine light</i> .....30
<i>carbidopa &amp; levodopa tab</i>	<i>see clonidine</i> .....33	CIALIS
<i>er 25-100 mg</i> .....37	CAYSTON .....11	<i>see tadalafil</i> .....61
<i>carbidopa &amp; levodopa tab</i>	<i>cefaclor</i> .....16	<i>ciclopirox</i> .....75
<i>er 50-200 mg</i> .....37	<i>cefadroxil</i> .....16	<i>ciclopirox olamine</i> .....75
<i>carbidopa-levodopa-</i>	CEFAZOLIN.....16	<i>cilostazol</i> .....62
<i>entacapone tabs 12.5-</i>	CEFAZOLIN INJ	CILOXAN .....68
<i>50-200 mg</i> .....37	1GM/50ML .....16	CIMDUO TAB 300-300...15
<i>carbidopa-levodopa-</i>	<i>cefazolin sodium</i> .....16	<i>cinacalcet hcl</i> .....56, 57
<i>entacapone tabs 18.75-</i>	CEFAZOLIN SOLN	CIPRO
<i>75-200 mg</i> .....37	2GM/100ML-4% .....16	<i>see ciprofloxacin hcl</i> ....17
<i>carbidopa-levodopa-</i>	<i>cefdinir</i> .....16	<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml</i>
<i>entacapone tabs 25-100-</i>	<i>cefepime hcl</i> .....16	<i>in d5w</i> .....17
<i>200 mg</i> .....37	<i>cefixime</i> .....16	<i>ciprofloxacin 400 mg/200ml</i>
<i>carbidopa-levodopa-</i>	CEFOTAN	<i>in d5w</i> .....17
<i>entacapone tabs 31.25-</i>	<i>see cefotetan disodium</i>	<i>ciprofloxacin hcl</i> .....17
<i>125-200 mg</i> .....37	.....16	<i>ciprofloxacin hcl (ophth)</i> ..68
<i>carbidopa-levodopa-</i>	<i>cefotetan disodium</i> .....16	<i>ciprofloxacin-</i>
<i>entacapone tabs 37.5-</i>	<i>cefoxitin sodium</i> .....16	<i>dexamethasone otic susp</i>
<i>150-200 mg</i> .....37	<i>cefpodoxime proxetil</i> .....16	<i>0.3-0.1%</i> .....70
<i>carbidopa-levodopa-</i>	<i>cefprozil</i> .....17	<i>cisplatin</i> .....19
<i>entacapone tabs 50-200-</i>	<i>ceftazidime</i> .....17	<i>citalopram hydrobromide</i> 35
<i>200 mg</i> .....37	<i>ceftriaxone sodium</i> .....17	<i>claravis</i> .....74
<i>carboplatin</i> .....19	<i>cefuroxime axetil</i> .....17	<i>clarithromycin</i> .....17
CARDIZEM	<i>cefuroxime sodium</i> .....17	CLEOCIN
<i>see diltiazem hcl</i> .....32	CELEBREX	<i>see clindamycin hcl</i> .....11
CARDIZEM CD	<i>see celecoxib</i> .....9	<i>see clindamycin</i>
<i>see cartia xt</i> .....32	<i>celecoxib</i> .....9	<i>phosphate vaginal</i> ...61
<i>see diltiazem hcl coated</i>	CELEXA	CLEOCIN PEDIATRIC
<i>beads</i> .....32	<i>see citalopram</i>	GRANULE
CARDURA	<i>hydrobromide</i> .....35	<i>see clindamycin</i>
<i>see doxazosin mesylate</i>	CELLCEPT	<i>palmitate hydrochloride</i>
.....27	<i>see mycophenolate</i>	.....11
<i>carglumic acid</i> .....56	<i>mofetil</i> .....65	CLEOCIN PHOSPHATE
<i>carisoprodol</i> .....47	CELONTIN	<i>see clindamycin</i>
CARNITOR	<i>see methsuximide</i> .....42	<i>phosphate</i> .....11

CLEOCIN-T			
see <i>clindamycin</i>			
<i>phosphate (topical)</i> ..74			
CLIMARA			
see <i>estradiol</i> .....55			
CLINDAGEL			
see <i>clindamycin</i>			
<i>phosphate (topical)</i> ..74			
<i>clindamycin hcl</i> .....11			
<i>clindamycin palmitate</i>			
<i>hydrochloride</i> .....11			
<i>clindamycin phosphate</i> ...11			
<i>clindamycin phosphate</i>			
<i>(topical)</i> .....74			
<i>clindamycin phosphate in</i>			
<i>d5w iv soln 300 mg/50ml</i>			
.....11			
<i>clindamycin phosphate in</i>			
<i>d5w iv soln 600 mg/50ml</i>			
.....11			
<i>clindamycin phosphate in</i>			
<i>d5w iv soln 900 mg/50ml</i>			
.....11			
<i>clindamycin phosphate</i>			
<i>vaginal</i> .....61			
CLINDMYC/NAC INJ			
300/50ML .....11			
CLINDMYC/NAC INJ			
600/50ML .....11			
CLINDMYC/NAC INJ			
900/50ML .....11			
CLINIMIX INJ 4.25/D10 ..68			
CLINIMIX INJ 4.25/D5W .68			
CLINIMIX INJ 5%/D15W .68			
CLINIMIX INJ 5%/D20W .68			
CLINIMIX INJ 6/5.....68			
CLINIMIX INJ 8/10.....68			
CLINIMIX INJ 8/14.....68			
<i>clinisol sf 15%</i> .....68			
CLINOLIPID EMU 20%...68			
<i>clobazam</i> .....40			
<i>clobetasol propionate</i> .....76			
<i>clobetasol propionate e</i> ...76			
<i>clomipramine hcl</i> .....35			
<i>clonazepam</i> .....40			
<i>clonidine</i> .....33			
<i>clonidine hcl</i> .....33			
<i>clopidogrel bisulfate</i> .....63			
<i>clorazepate dipotassium</i> .40			
<i>clotrimazole</i> .....77			
<i>clotrimazole (topical)</i> .....75			
<i>clotrimazole w/</i>			
<i>betamethasone cream 1-</i>			
<i>0.05%</i> .....75			
<i>clozapine</i> .....37, 38			
CLOZARIL			
see <i>clozapine</i> .....37, 38			
COARTEM TAB 20-120MG			
.....13			
COLAZAL			
see <i>balsalazide disodium</i>			
.....59			
<i>colchicine</i> .....9			
<i>colchicine w/ probenecid</i>			
<i>tab 0.5-500 mg</i> .....9			
<i>colesevelam hcl</i> .....30			
COLESTID			
see <i>colestipol hcl</i> .....30			
<i>colestipol hcl</i> .....30			
<i>colistimethate sodium</i> .....11			
COLY-MYCIN M			
see <i>colistimethate</i>			
<i>sodium</i> .....11			
COMBIGAN SOL 0.2/0.5%			
.....69			
COMBIVENT AER 20-100			
.....70			
COMETRIQ (60MG DOSE)			
.....21			
COMETRIQ KIT 100MG .21			
COMETRIQ KIT 140MG .21			
COMPLERA TAB.....15			
<i>compro</i> .....58			
<i>constulose</i> .....59			
COPAXONE .....46			
see <i>glatiramer acetate</i> .47			
see <i>glatopa</i> .....47			
COPIKTRA .....21			
COREG			
see <i>carvedilol</i> .....31			
CORGARD			
see <i>nadolol</i> .....31			
CORLANOR .....33			
see <i>ivabradine hcl</i> .....33			
CORTEF			
see <i>hydrocortisone</i> .....56			
CORTENEMA			
see <i>hydrocortisone</i>			
<i>(intrarectal)</i> .....59			
COSENTYX .....63			
COSENTYX			
SENSOREADY PEN...63			
COSENTYX UNOREADY			
.....63			
COSOPT			
see <i>dorzolamide hcl-</i>			
<i>timolol maleate ophth</i>			
<i>soln 2-0.5%</i> .....70			
COTELLIC .....21			
COZAAR			
see <i>losartan potassium</i>			
.....29			
CREON CAP 12000UNT 60			
CREON CAP 24000UNT 60			
CREON CAP 3000UNIT .60			
CREON CAP 36000UNT 60			
CREON CAP 6000UNIT .60			
CRESTOR			
see <i>rosuvastatin calcium</i>			
.....30			
<i>cromolyn sodium</i> .....72			
<i>cromolyn sodium</i>			
<i>(mastocytosis)</i> .....60			
<i>cromolyn sodium (ophth)</i> 69			
<i>cryselle-28</i> .....53			
<i>cyclobenzaprime hcl</i> .....47			
<i>cyclophosphamide</i> .....19			
CYCLOPHOSPHAMIDE .19			
MONOHYDR.....19			
<i>cycloserine</i> .....15			
<i>cyclosporine</i> .....65			
<i>cyclosporine modified (for</i>			
<i>microemulsion)</i> .....65			
CYKLOKAPRON			
see <i>tranexamic acid</i> ....63			
CYMBALTA			
see <i>duloxetine hcl</i> .....35			
<i>cyproheptadine hcl</i> .....71			
<i>cyred eq</i> .....53			
CYSTADANE			
see <i>betaine powder for</i>			
<i>oral solution</i> .....56			
CYSTADROPS .....70			
CYSTAGON.....57			
CYSTARAN .....70			

<i>cytarabine</i> .....19	see <i>divalproex sodium</i> 40	<i>dexamethasone sodium phosphate</i> .....56
CYTOMEL	DEPEN TITRATABS	<i>dexamethasone sodium phosphate (ophth)</i> .....69
see <i>liothyronine sodium</i>	see <i>penicillamine</i> .....52	<i>dexmethylphenidate hcl</i> ..44
.....58	DEPO-MEDROL	<i>dextrose</i> .....68
CYTOTEC	see <i>methylprednisolone</i>	<i>dextrose 10% w/ sodium chloride 0.45%</i> .....67
see <i>misoprostol</i> .....60	<i>acetate</i> .....56	<i>dextrose 2.5% w/ sodium chloride 0.45%</i> .....67
<b>D</b>	DEPO-PROVERA	DEXTROSE 2.5%/SODIUM CHLO
D10W/NAACL INJ 0.2%...66	CONTRACEPTIV	see <i>dextrose 2.5% w/ sodium chloride 0.45%</i>
D2.5W/NAACL INJ 0.45%.66	see	.....67
<i>dabigatran etexilate mesylate</i> .....62	<i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive)</i>	see <i>dextrose 2.5% w/ sodium chloride 0.45%</i>
<i>dalfampridine</i> .....46	.....54	.....67
DALIRESP	DEPO-SUBQ PROVERA	<i>dextrose 5% in lactated ringers</i> .....67
see <i>roflumilast</i> .....72	104.....53	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.2%</i> .....67
<i>danazol</i> .....48	<i>depo-testosterone</i> .....48	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.225%</i> .....67
DANTRIUM	DERMA-SMOOTH/FS	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3%</i> .....67
see <i>dantrolene sodium</i> 47	BODY	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%</i> .....67
<i>dantrolene sodium</i> .....47	see <i>fluocinolone</i>	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%</i> .....67
<i>dapsone</i> .....11	<i>acetoneide</i> .....76	DEXTROSE 5%/SODIUM CHLORI
DAPTACEL INJ .....66	DERMA-SMOOTH/FS	see <i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3%</i>
<i>daptomycin</i> .....11	SCALP	.....67
DAPTOMYCIN.....11	see <i>fluocinolone</i>	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.225%</i> .....67
see <i>daptomycin</i> .....11	<i>acetoneide</i> .....76	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%</i> .....67
DARAPRIM	DERMOTIC	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%</i> .....67
see <i>pyrimethamine</i> .....12	see <i>flac</i> .....70	DEXTROSE 5%/SODIUM CHLORIDE
<i>darunavir</i> .....14	see <i>fluocinolone</i>	see <i>dextrose 5% w/ sodium chloride</i>
<i>dasetta 1/35</i> .....53	<i>acetoneide (otic)</i> .....70	0.225% .....67
<i>dasetta 7/7/7</i> .....53	DESCOVY TAB 120-15MG	DIACOMIT .....40
DAURISMO .....21	.....15	<i>diazepam</i> .....40
<i>daysee</i> .....53	DESCOVY TAB 200/25MG	<i>diazepam (anticonvulsant)</i>
DAYVIGO .....45	.....15	.....40
DDAVP	<i>desipramine hcl</i> .....35	<i>diazepam inj</i> .....40
see <i>desmopressin</i>	<i>desmopressin acetate</i> .....57	<i>diazepam intensol</i> .....40
<i>acetate</i> .....57	<i>desmopressin acetate spray</i> .....57	<i>diazoxide</i> .....56
<i>deblitane</i> .....53	<i>desmopressin acetate spray refrigerated</i> .....57	<i>diclofenac potassium</i> .....9
<i>deferasirox</i> .....52	<i>desogest-eth estrad &amp; eth estrad tab 0.15-0.02/0.01 mg(21/5)</i> .....53	<i>diclofenac sodium</i> .....9
DELESTROGEN	<i>desvenlafaxine succinate</i> 35	<i>diclofenac sodium (ophth)</i>
see <i>estradiol valerate</i> ..55	DETROL	.....69
DELSTRIGO TAB.....15	see <i>tolterodine tartrate</i> 61	
DELZICOL	DETROL LA	
see <i>mesalamine</i> .....59	see <i>tolterodine tartrate</i> 61	
DEMSEER	<i>dexamethasone</i> .....56	
see <i>metyrosine</i> .....33	DEXAMETHASONE	
DENGVAXIA SUS .....66	INTENSOL .....56	
DEPAKOTE		
see <i>divalproex sodium</i> 41		
DEPAKOTE ER		
see <i>divalproex sodium</i> 40		
DEPAKOTE SPRINKLES		

<i>diclofenac sodium (topical)</i> .....77	<i>diphenoxylate w/ atropine</i> <i>liq 2.5-0.025 mg/5ml....60</i>	<i>drospirenone-ethinyl</i> <i>estradiol-levomefolate tab</i> <i>3-0.03-0.451 mg.....53</i>
<i>dicloxacillin sodium.....18</i>	<i>diphenoxylate w/ atropine</i> <i>tab 2.5-0.025 mg.....60</i>	DROXIA.....62
<i>dicyclomine hcl.....59</i>	DIPROLENE	<i>droxidopa.....33</i>
DIFICID.....17	see <i>betamethasone</i>	DULERA AER 100-5MCG .....73
DIFLUCAN	<i>dipropionate</i>	DULERA AER 200-5MCG .....73
see <i>fluconazole.....13</i>	<i>augmented.....75</i>	DULERA AER 50-5MCG 73
<i>diflunisal.....9</i>	<i>dipyridamole.....63</i>	<i>duloxetine hcl.....35</i>
<i>difluprednate.....69</i>	<i>disopyramide phosphate.30</i>	DUPIXENT.....63
<i>digoxin.....33</i>	<i>disulfiram.....48</i>	DUREZOL
<i>dihydroergotamine</i>	<i>divalproex sodium....40, 41</i>	see <i>difluprednate.....69</i>
<i>mesylate.....45</i>	<i>docetaxel.....20</i>	<i>dutasteride.....61</i>
DILANTIN.....40	DOCETAXEL.....21	<i>dutasteride-tamsulosin hcl</i> <i>cap 0.5-0.4 mg.....61</i>
see <i>phenytoin sodium</i>	see <i>docetaxel.....20</i>	<b>E</b>
<i>extended.....42</i>	<i>dofetilide.....30</i>	<i>e.e.s. 400.....17</i>
DILANTIN INFATABS	<i>dolishale.....53</i>	EC-NAPROSYN
see <i>phenytoin.....42</i>	<i>donepezil hydrochloride..34</i>	see <i>naproxen.....9</i>
DILANTIN-125	DOPTelet.....62	see <i>naproxen dr.....9</i>
see <i>phenytoin.....42</i>	<i>dorzolamide hcl.....69</i>	<i>econazole nitrate.....75</i>
DILAUDID	<i>dorzolamide hcl-timolol</i>	EDURANT.....14
see <i>hydromorphone hcl</i>	<i>maleate ophth soln 2-</i>	<i>efavirenz.....14</i>
.....10	<i>0.5%.....70</i>	<i>efavirenz-emtricitabine-</i> <i>tenofovir df tab 600-200-</i> <i>300 mg.....15</i>
<i>diltiazem hcl.....32</i>	<i>dotti.....55</i>	<i>efavirenz-lamivudine-</i> <i>tenofovir df tab 400-300-</i> <i>300 mg.....15</i>
<i>diltiazem hcl coated beads</i> .....32	DOVATO TAB 50-300MG .....15	<i>efavirenz-lamivudine-</i> <i>tenofovir df tab 600-300-</i> <i>300 mg.....15</i>
<i>diltiazem hcl extended</i> <i>release beads.....32</i>	<i>doxazosin mesylate.....27</i>	EFFEXOR XR
<i>dilt-xr.....32</i>	<i>doxepin hcl.....35</i>	see <i>venlafaxine hcl.....36</i>
DIOVAN	<i>doxepin hcl (sleep).....45</i>	EFFIENT
see <i>valsartan.....29</i>	DOXIL	see <i>prasugrel hcl.....63</i>
DIOVAN HCT	see <i>doxorubicin hcl</i>	EFUDEX
see <i>valsartan-</i>	<i>liposomal.....20</i>	see <i>fluorouracil (topical)</i> .....77
<i>hydrochlorothiazide tab</i> <i>160-12.5 mg.....29</i>	<i>doxorubicin hcl.....20</i>	ELIDEL
see <i>valsartan-</i>	DOXORUBICIN HCL	see <i>pimecrolimus.....77</i>
<i>hydrochlorothiazide tab</i> <i>160-25 mg.....29</i>	see <i>doxorubicin hcl.....20</i>	ELIGARD.....19
see <i>valsartan-</i>	<i>doxorubicin hcl liposomal20</i>	<i>elinest.....53</i>
<i>hydrochlorothiazide tab</i> <i>320-12.5 mg.....29</i>	<i>doxy 100.....18</i>	ELIQUIS.....62
see <i>valsartan-</i>	<i>doxycycline (monohydrate)</i> .....18	ELIQUIS STARTER PACK .....62
<i>hydrochlorothiazide tab</i> <i>320-25 mg.....29</i>	<i>doxycycline hyclate.....18</i>	<i>eluryng.....53</i>
see <i>valsartan-</i>	DRIZALMA SPRINKLE...35	
<i>hydrochlorothiazide tab</i> <i>80-12.5 mg.....29</i>	<i>dronabinol.....58</i>	
DIP/TET PED INJ 25-5LFU .....66	<i>drospirenone-ethinyl</i> <i>estradiol tab 3-0.02 mg53</i>	
<i>diphenhydramine hcl.....71</i>	<i>drospirenone-ethinyl</i> <i>estradiol tab 3-0.03 mg53</i>	
	<i>drospirenone-ethinyl</i> <i>estradiol-levomefolate tab</i> <i>3-0.02-0.451 mg.....53</i>	



EMEND	ENTRESTO TAB 24-26MG	<i>erythromycin base</i> .....
see <i>aprepitant</i> .....	.....	<i>erythromycin ethylsuccinate</i>
EMGALITY .....	ENTRESTO TAB 49-51MG	.....
EMSAM .....	.....	<i>erythromycin lactobionate</i>
<i>emtricitabine</i> .....	ENTRESTO TAB 97-	.....
<i>emtricitabine-tenofovir</i>	103MG .....	ESBRIET
<i>disoproxil fumarate tab</i>	<i>enulose</i> .....	see <i>pirfenidone</i> .....
100-150 mg.....	EPCLUSA PAK 150-37.516	<i>escitalopram oxalate</i> .....
<i>emtricitabine-tenofovir</i>	EPCLUSA PAK 200-50MG	<i>esomeprazole magnesium</i>
<i>disoproxil fumarate tab</i>	.....	.....
133-200 mg.....	EPCLUSA TAB 200-50MG	<i>estarylla</i> .....
<i>emtricitabine-tenofovir</i>	.....	ESTRACE
<i>disoproxil fumarate tab</i>	EPCLUSA TAB 400-100.16	see <i>estradiol</i> .....
167-250 mg.....	EPIDIOLEX.....	see <i>estradiol vaginal</i> ...
<i>emtricitabine-tenofovir</i>	<i>epinephrine (anaphylaxis)</i>	<i>estradiol</i> .....
<i>disoproxil fumarate tab</i>	.....	<i>estradiol &amp; norethindrone</i>
200-300 mg.....	EIPEN 2-PAK	<i>acetate tab 0.5-0.1 mg</i> 55
EMTRIVA.....	see <i>epinephrine</i>	<i>estradiol &amp; norethindrone</i>
see <i>emtricitabine</i> .....	( <i>anaphylaxis</i> ) .....	<i>acetate tab 1-0.5 mg</i> ...55
EMVERM.....	EIPEN-JR 2-PAK	<i>estradiol vaginal</i> .....
<i>emzahn</i> .....	see <i>epinephrine</i>	<i>estradiol valerate</i> .....
<i>enalapril maleate</i> .....	( <i>anaphylaxis</i> ) .....	<i>eszopiclone</i> .....
<i>enalapril maleate &amp;</i>	<i>epitol</i> .....	<i>ethambutol hcl</i> .....
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	EPIVIR	<i>ethosuximide</i> .....
10-25 mg.....	see <i>lamivudine</i> .....	<i>ethynodiol diacetate &amp;</i>
<i>enalapril maleate &amp;</i>	<i>eplerenone</i> .....	<i>ethinyl estradiol tab 1</i>
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	EPRONTIA .....	<i>mg-35 mcg</i> .....
5-12.5 mg.....	EPZICOM	<i>ethynodiol diacetate &amp;</i>
ENBREL .....	see <i>abacavir sulfate-</i>	<i>ethinyl estradiol tab 1</i>
ENBREL MINI.....	<i>lamivudine tab 600-</i>	<i>mg-50 mcg</i> .....
ENBREL SURECLICK...63	300 mg .....	<i>etodolac</i> .....
ENDARI	<i>ergotamine w/ caffeine tab</i>	<i>etonogestrel-ethinyl</i>
see <i>L-glutamine (sickle</i>	1-100 mg.....	<i>estradiol va ring 0.12-</i>
<i>cell</i> ).....	ERIVEDGE .....	0.015 mg/24hr.....
<i>endocet tab 10-325mg</i> ...10	ERLEADA.....	<i>etoposide</i> .....
<i>endocet tab 2.5-325mg</i> ...10	<i>erlotinib hcl</i> .....	<i>etravirine</i> .....
<i>endocet tab 5-325mg</i> ...10	<i>errin</i> .....	EULEXIN .....
<i>endocet tab 7.5-325mg</i> ...10	<i>ertapenem sodium</i> .....	<i>euthyrox</i> .....
ENGERIX-B.....	<i>ery</i> .....	<i>everolimus</i> .....
<i>enilloring</i> .....	ERYGEL	<i>everolimus</i>
<i>enoxaparin sodium</i> .....	see <i>erythromycin (acne</i>	( <i>immunosuppressant</i> ) .65
<i>enpresse-28</i> .....	<i>aid</i> ) .....	EVISTA
<i>enskyce</i> .....	<i>ery-tab</i> .....	see <i>ralonefene hcl</i> .....
ENSTILAR AER.....	ERYTHROCIN	EVOTAZ TAB 300-150 ...15
<i>entacapone</i> .....	LACTOBIONATE .....	EVOXAC
<i>entecavir</i> .....	see <i>erythromycin</i>	see <i>cevimeline hcl</i> .....
ENTRESTO CAP 15-16MG	<i>lactobionate</i> .....	EXELON
.....	<i>erythromycin (acne aid)</i> ..74	see <i>rivastigmine</i> .....
ENTRESTO CAP 6-6MG 28	<i>erythromycin (ophth)</i> .....	<i>exemestane</i> .....

<b>EXFORGE</b>	<i>fentanyl</i> .....9	<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 100-50 mcg/act</i> .....74
see <i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-160 mg</i> .....27	<i>fentanyl citrate</i> .....10	<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 250-50 mcg/act</i> .....74
see <i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-320 mg</i> .....28	<i>fesoterodine fumarate</i> .....61	<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 500-50 mcg/act</i> .....74
see <i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-160 mg</i> .....27	<b>FETZIMA</b> .....35	<i>fluvoxamine maleate</i> .....34
see <i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-320 mg</i> .....27	<b>FETZIMA CAP TITRATIO</b> .....35	<b>FML LIQUIFILM</b> see <i>fluorometholone (ophth)</i> .....69
<b>EXJADE</b>	<b>FIASP</b> .....50	<b>FOCALIN</b> see <i>dexmethylphenidate hcl</i> .....44
see <i>deferasirox</i> .....52	<b>FIASP FLEXTOUCH</b> .....50	<i>fondaparinux sodium</i> .....62
<b>EYSUVIS</b> .....70	<b>FIASP PENFILL</b> .....50	<b>FOSAMAX</b> see <i>alendronate sodium</i> .....52
<i>ezetimibe</i> .....30	<b>FIASP PUMPCART</b> .....50	<i>fosamprenavir calcium</i> ....14
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-10 mg</i> .....30	<i>finasteride</i> .....61	<i>fosinopril sodium</i> .....27
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-20 mg</i> .....30	<i>finzala</i> .....53	<i>fosinopril sodium &amp; hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i> .....26
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-40 mg</i> .....30	<b>FIRAZYR</b> see <i>icatibant acetate</i> ...62	<i>fosinopril sodium &amp; hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i> .....26
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-80 mg</i> .....30	see <i>sajazir</i> .....63	<b>FOTIVDA</b> .....22
<b>F</b>	<b>FIRMAGON</b> .....20	<b>FRUZAQLA</b> .....22
<b>FABRAZYME</b> .....57	<i>flac</i> .....70	<b>FULPHILA</b> .....62
<i>falmina</i> .....53	<b>FLAREX</b> .....69	<i>fulvestrant</i> .....20
<i>famciclovir</i> .....16	<b>FLEBOGAMMA DIF</b> .....65	<i>furosemide</i> .....32
<i>famotidine</i> .....59	<i>flecainide acetate</i> .....30	<i>furosemide inj</i> .....32
<i>famotidine in nacl 0.9% iv soln 20 mg/50ml</i> .....59	<b>FLOMAX</b> see <i>tamsulosin hcl</i> .....61	<b>FUZEON</b> .....14
<b>FANAPT</b> .....38	<i>fluconazole</i> .....13	<i>fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg</i> .....55
<b>FANAPT PAK</b> .....38	<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 200 mg/100ml</i> .....13	<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i> .....56
<b>FARESTON</b> see <i>toremifene citrate</i> ..20	<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 400 mg/200ml</i> .....13	<b>FYCOMPA</b> .....41
<b>FARXIGA</b> .....48	<i>flucytosine</i> .....13	<b>G</b>
<b>FASENRA</b> .....72	<i>fludrocortisone acetate</i> ...56	<i>gabapentin</i> .....41
<b>FASENRA PEN</b> .....72	<i>flunisolide (nasal)</i> .....73	<i>galantamine hydrobromide</i> .....34
<b>FASLODEX</b> see <i>fulvestrant</i> .....20	<i>fluocinolone acetonide</i> ...76	<b>GAMASTAN INJ</b> .....65
<i>felbamate</i> .....41	<i>fluocinolone acetonide (otic)</i> .....70	<b>GAMMAGARD LIQUID</b> ...65
<b>FELBATOL</b> see <i>felbamate</i> .....41	<i>fluocinolone emulsified base</i> .....76	<b>GAMMAGARD S/D IGA LESS TH</b> .....65
<i>felodipine</i> .....32	<i>fluorometholone (ophth)</i> ..69	<b>GAMMAKED</b> .....65
<b>FEMARA</b> see <i>letrozole</i> .....20	<i>fluorouracil</i> .....19	<b>GAMMAPLEX</b> .....65
<i>fenofibrate</i> .....30	<i>fluorouracil (topical)</i> .....77	
<i>fenofibrate micronized</i> ....30	<i>fluoxetine hcl</i> .....36	
	<i>fluphenazine decanoate</i> ..38	
	<i>fluphenazine hcl</i> .....38	
	<i>flurbiprofen</i> .....9	
	<i>flurbiprofen sodium</i> .....69	
	<i>fluticasone propionate</i> ....76	
	<i>fluticasone propionate (nasal)</i> .....73	

GAMUNEX-C.....	65	GLEEVEC		HARVONI PAK 33.75-	
<i>ganciclovir sodium</i> .....	16	see <i>imatinib mesylate</i> ..	22	150MG .....	16
GARDASIL 9 INJ .....	66	GLEOSTINE .....	19	HARVONI PAK 45-200MG	
GASTROCROM		<i>glimepiride</i> .....	48	.....	16
see <i>cromolyn sodium</i>		<i>glipizide</i> .....	48, 49	HARVONI TAB 45-200MG	
( <i>mastocytosis</i> ) .....	60	<i>glipizide xl</i> .....	49	.....	16
<i>gatifloxacin (ophth)</i> .....	69	<i>glipizide-metformin hcl tab</i>		HARVONI TAB 90-400MG	
GATTEX .....	60	2.5-250 mg.....	49	.....	16
GAUZE PADS 2.....	50	<i>glipizide-metformin hcl tab</i>		HAVRIX .....	66
<i>gavilyte-c</i> .....	59	2.5-500 mg.....	49	<i>heather</i> .....	53
<i>gavilyte-g</i> .....	59	<i>glipizide-metformin hcl tab</i>		HEP SOD/NACL INJ	
<i>gavilyte-n/flavor pack</i> .....	59	5-500 mg.....	49	25000UNT.....	62
GAVRETO .....	22	GLUCOTROL XL		<i>heparin sodium (porcine)</i>	62
<i>gefitinib</i> .....	22	see <i>glipizide</i> .....	48, 49	HEPLISAV-B.....	66
<i>gemcitabine hcl</i> .....	19	see <i>glipizide xl</i> .....	49	HERCEP HYLEC SOL 60-	
GEMCITABINE		<i>glycopyrrolate</i> .....	59	10000 .....	22
HYDROCHLORIDE		<i>glydo</i> .....	76	HERCEPTIN.....	22
see <i>gemcitabine hcl</i> ....	19	GLYXAMBI TAB 10-5 MG		HERZUMA.....	22
<i>gemfibrozil</i> .....	30	.....	49	HETLIOZ	
<i>generlac</i> .....	60	GLYXAMBI TAB 25-5 MG		see <i>tasimelteon</i> .....	45
<i>gengraf</i> .....	65	.....	49	HIBERIX .....	66
GENOTROPIN.....	57	GOLYTELY		HIPREX	
GENOTROPIN MINIQUEEK		see <i>gavilyte-g</i> .....	59	see <i>methenamine</i>	
.....	57	see <i>peg 3350-kcl-na</i>		<i>hippurate</i> .....	12
<i>gentamicin in saline inj 0.8</i>		<i>bicarb-nacl-na sulfate</i>		HUMIRA.....	63
<i>mg/ml</i> .....	11	<i>for soln 236 gm</i> .....	60	HUMIRA PEN .....	64
<i>gentamicin in saline inj 1</i>		<i>granisetron hcl</i> .....	58	HUMIRA PEN KIT PS/UV	
<i>mg/ml</i> .....	11	<i>griseofulvin microsize</i> ....	13	.....	64
<i>gentamicin in saline inj 1.2</i>		<i>griseofulvin ultramicrosize</i>		HUMIRA PEN-CD/UC/HS	
<i>mg/ml</i> .....	12	.....	13	START .....	64
<i>gentamicin in saline inj 1.6</i>		<i>guanfacine hcl</i> .....	33	HUMIRA PEN-PEDIATRIC	
<i>mg/ml</i> .....	12	<i>guanfacine hcl (adhd)</i> ....	44	UC S .....	64
<i>gentamicin in saline inj 2</i>		<b>H</b>		HUMULIN R U-500	
<i>mg/ml</i> .....	12	HAEGARDA.....	62	(CONCENTR.....	51
<i>gentamicin sulfate</i> .....	12	<i>hailey 1.5/30</i> .....	53	HUMULIN R U-500	
<i>gentamicin sulfate (ophth)</i>		<i>hailey 24 fe</i> .....	53	KWIKPEN.....	51
.....	69	HALDOL DECANOATE		<i>hydralazine hcl</i> .....	33
<i>gentamicin sulfate (topical)</i>		100		HYDREA	
.....	74	see <i>haloperidol</i>		see <i>hydroxyurea</i> .....	20
GENVOYA TAB.....	15	<i>decanoate</i> .....	38	<i>hydrochlorothiazide</i> .....	32
GEODON		HALDOL DECANOATE 50		<i>hydrocodone bitartrate</i> .....	9
see <i>ziprasidone hcl</i> ....	39	see <i>haloperidol</i>		<i>hydrocodone-</i>	
see <i>ziprasidone mesylate</i>		<i>decanoate</i> .....	38	<i>acetaminophen soln 7.5-</i>	
.....	39	<i>halobetasol propionate</i> ...	76	325 mg/15ml .....	10
GILENYA		<i>haloette</i> .....	53	<i>hydrocodone-</i>	
see <i> fingolimod hcl</i> .....	47	<i>haloperidol</i> .....	38	<i>acetaminophen tab 10-</i>	
GILOTRIF .....	22	<i>haloperidol decanoate</i> ....	38	325 mg.....	10
<i>glatiramer acetate</i> .....	47	<i>haloperidol lactate</i> .....	38		
<i>glatopa</i> .....	47				

<i>hydrocodone-</i>	<i>imipenem-cilastatin</i>	INTUNIV
<i>acetaminophen tab 5-325</i>	<i>intravenous for soln 250</i>	see <i>guanfacine hcl</i>
<i>mg</i> .....10	<i>mg</i> .....12	( <i>adhd</i> ) .....44
<i>hydrocodone-</i>	<i>imipenem-cilastatin</i>	INVEGA
<i>acetaminophen tab 7.5-</i>	<i>intravenous for soln 500</i>	see <i>paliperidone</i> ....38, 39
<i>325 mg</i> .....10	<i>mg</i> .....12	INVEGA HAFYERA .....38
<i>hydrocodone-ibuprofen tab</i>	<i>imipramine hcl</i> .....36	INVEGA SUSTENNA.....38
<i>7.5-200 mg</i> .....10	<i>imiquimod</i> .....77	INVEGA TRINZA .....38
<i>hydrocortisone</i> .....56	IMITREX	IPOL INJ INACTIVE.....66
<i>hydrocortisone (intrarectal)</i>	see <i>sumatriptan</i>	<i>ipratropium bromide</i> .....71
.....59	<i>succinate</i> .....46	<i>ipratropium bromide (nasal)</i>
<i>hydrocortisone (rectal)</i> ....77	IMITREX STATDOSE	.....71
<i>hydrocortisone (topical)</i> ..76	REFILL	<i>ipratropium-albuterol nebu</i>
<i>hydrocortisone valerate</i> ..76	see <i>sumatriptan</i>	<i>soln 0.5-2.5(3) mg/3ml</i> 70
<i>hydromorphone hcl</i> .....10	<i>succinate</i> .....46	<i>irbesartan</i> .....29
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	IMITREX STATDOSE	<i>irbesartan-</i>
.....64	SYSTEM	<i>hydrochlorothiazide tab</i>
<i>hydroxyurea</i> .....20	see <i>sumatriptan</i>	<i>150-12.5 mg</i> .....28
<i>hydroxyzine hcl</i> .....71	<i>succinate</i> .....46	<i>irbesartan-</i>
<i>hydroxyzine pamoate</i> .....71	IMOVA RABIES	<i>hydrochlorothiazide tab</i>
HYZAAR	(H.D.C.V.).....66	<i>300-12.5 mg</i> .....28
see <i>losartan potassium &amp;</i>	IMPAVIDO .....12	IRESSA
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	IMURAN	see <i>gefitinib</i> .....22
<i>100-12.5 mg</i> .....28	see <i>azathioprine</i> .....65	<i>irinotecan hcl</i> .....20
see <i>losartan potassium &amp;</i>	INBRIJA.....37	ISENTRESS .....14
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	<i>incassia</i> .....53	ISENTRESS HD .....14
<i>100-25 mg</i> .....28	INCRELEX.....57	<i>isibloom</i> .....53
see <i>losartan potassium &amp;</i>	INCRUSE ELLIPTA .....70	ISOLYTE-P INJ /D5W.....67
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	<i>indapamide</i> .....32	ISOLYTE-S INJ PH 7.4...67
<i>50-12.5 mg</i> .....28	INDERAL LA	<i>isoniazid</i> .....15
<b>I</b>	see <i>propranolol hcl</i> .....32	ISORDIL TITRADOSE
<i>ibandronate sodium</i> .....52	INFANRIX INJ.....66	see <i>isosorbide dinitrate</i>
IBRANCE .....22	INFLIXIMAB.....64	.....33
<i>ibu</i> .....9	INLYTA .....22	<i>isosorbide dinitrate</i> .....33
<i>ibuprofen</i> .....9	INQOVI TAB 35-100MG .19	<i>isosorbide mononitrate</i> ...33
<i>icatibant acetate</i> .....62	INREBIC .....22	<i>isotretinoin</i> .....74
<i>iclevia</i> .....53	INSPIRA	<i>isradipine</i> .....32
ICLUSIG .....22	see <i>eplerenone</i> .....27	<i>itraconazole</i> .....13
IDACIO (2 PEN).....64	INSULIN PEN NEEDLES:	<i>ivabradine hcl</i> .....33
IDACIO (2 SYRINGE).....64	BD-EMBECTA.....51	<i>ivermectin</i> .....12
IDACIO CROHN INJ	INSULIN SAFETY	IWILFIN .....20
DISEASE .....64	NEEDLES: BD-	IXCHIQ INJ.....66
IDACIO PLAQU INJ	EMBECTA.....51	IXIARO INJ .....66
PSORIASIS.....64	INSULIN SYRINGES: BD-	<b>J</b>
IDHIFA.....22	EMBECTA.....51	JADENU
<i>imatinib mesylate</i> .....22	INTELENCE.....14	see <i>deferasirox</i> .....52
IMBRUVICA.....22	see <i>etravirine</i> .....14	JAKAFI .....22
	INTRALIPID .....68	<i>jantoven</i> .....62
	<i>introvale</i> .....53	JANUMET TAB 50-1000.49

JANUMET TAB 50-500MG .....49	KCL 0.3%/D5W/NACL 0.9% see <i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.9% inj</i> .....67	KEYTRUDA .....22
JANUMET XR TAB 100- 1000 .....49	<i>kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.45% inj</i> .....67	KINRIX INJ .....66
JANUMET XR TAB 50- 1000 .....49	<i>kcl 20 meq/l (0.149%) in nacl 0.45% inj</i> .....67	<i>kionex</i> .....52
JANUMET XR TAB 50- 500MG .....49	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.2% inj</i> .....67	KISQALI 200 DOSE.....22
JANUVIA .....49	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.45% inj</i> .....67	KISQALI 200 PAK FEMARA .....22
JARDIANCE .....49	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.9% inj</i> .....67	KISQALI 400 DOSE.....23
<i>jasmiel</i> .....53	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj</i> .....67	KISQALI 400 PAK FEMARA .....23
<i>javygtor</i> .....57	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj</i> .....67	KISQALI 600 DOSE.....23
JAYPIRCA .....22	<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.45% inj</i> .....67	KISQALI 600 PAK FEMARA .....23
JENTADUETO TAB 2.5- 1000 .....49	<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.45% inj</i> .....67	KITABIS PAK see <i>tobramycin</i> .....12
JENTADUETO TAB 2.5- 500 .....49	<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.9% inj</i> .....67	KLARON see <i>sulfacetamide sodium (acne)</i> .....74
JENTADUETO TAB 2.5- 850 .....49	<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.9% inj</i> .....67	<i>klayesta</i> .....75
JENTADUETO TAB XR 2.5-1000MG .....49	<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj</i> .....67	KLONOPIN see <i>clonazepam</i> .....40
JENTADUETO TAB XR 5- 1000MG .....49	<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.9% inj</i> .....67	<i>klor-con</i> .....68
<i>jinteli</i> .....56	<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj</i> .....67	<i>klor-con 10</i> .....68
<i>jolessa</i> .....53	<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj</i> .....67	<i>klor-con 8</i> .....68
<i>juleber</i> .....53	<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj</i> .....67	<i>klor-con m10</i> .....68
JULUCA TAB 50-25MG..15	<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj</i> .....67	<i>klor-con m15</i> .....68
<i>junel 1.5/30</i> .....53	<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj</i> .....67	<i>klor-con m20</i> .....68
<i>junel 1/20</i> .....53	<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj</i> .....67	KORLYM see <i>mifepristone (hyperglycemia)</i> .....57
<i>junel fe 1.5/30</i> .....53	<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj</i> .....67	KOSELUGO.....23
<i>junel fe 1/20</i> .....53	<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj</i> .....67	<i>kourzeq</i> .....77
<i>junel fe 24</i> .....53	<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj</i> .....67	KRAZATI.....23
JYLAMVO .....64	<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj</i> .....67	K-TAB see <i>potassium chloride</i> 68
JYNNEOS.....66	<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj</i> .....67	<i>kurvelo</i> .....53
<b>K</b>	KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9%.....67	KUVAN see <i>javygtor</i> .....57
KADCYLA.....22	<i>kelnor 1/35</i> .....53	see <i>sapropterin dihydrochloride</i> .....57
<i>kaitlib fe</i> .....53	<i>kelnor 1/50</i> .....53	<b>L</b>
KALETRA see <i>lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80-20 mg/ml)</i> .....15	KEPPRA see <i>levetiracetam</i> .....41	<i>labetalol hcl</i> .....31
see <i>lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg</i> .....15	see <i>rowepra</i> .....42	<i>lacosamide</i> .....41
see <i>lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg</i> .....15	KEPPRA XR see <i>levetiracetam</i> .....41	<i>lacosamide oral</i> .....41
KALYDECO .....72	KERENDIA .....27	<i>lactated ringler's solution</i> .67
KANJINTI.....22	KESIMPTA .....47	<i>lactic acid (ammonium lactate)</i> .....77
<i>kariva</i> .....53	<i>ketoconazole</i> .....13	<i>lactulose</i> .....60
	<i>ketoconazole (topical)</i> .....75	<i>lactulose (encephalopathy)</i> .....60
	<i>ketorolac tromethamine (ophth)</i> .....69	

LAMICTAL	<i>leucovorin calcium</i> .....26	<i>levonorgestrel-eth estra tab</i>
see <i>lamotrigine</i> .....41	<i>leuprolide acetate</i> .....20	0.05-30/0.075-40/0.125-
see <i>subvenite</i> .....42	<i>levabuterol hcl</i> .....71	30mg-mcg .....54
LAMICTAL CHEWABLE	<i>levabuterol tartrate</i> .....71	<i>levonorgestrel-ethinyl</i>
DISPERS	<i>levetiracetam</i> .....41	<i>estradiol (continuous) tab</i>
see <i>lamotrigine</i> .....41	LEVETIRACETAM	90-20 mcg .....54
LAMICTAL XR	see <i>levetiracetam in</i>	<i>levonorg-eth est tab 0.1-</i>
see <i>lamotrigine</i> .....41	<i>sodium chloride iv soln</i>	0.02mg(84) & eth est tab
<i>lamivudine</i> .....14	1000 mg/100ml.....41	0.01mg(7).....54
<i>lamivudine (hbv)</i> .....16	see <i>levetiracetam in</i>	<i>levonorg-eth est tab 0.15-</i>
<i>lamivudine-zidovudine tab</i>	<i>sodium chloride iv soln</i>	0.03mg(84) & eth est tab
150-300 mg.....15	1500 mg/100ml.....41	0.01mg(7).....54
<i>lamotrigine</i> .....41	see <i>levetiracetam in</i>	<i>levora 0.15/30-28</i> .....54
LANOXIN	<i>sodium chloride iv soln</i>	<i>levo-t</i> .....58
see <i>digoxin</i> .....33	500 mg/100ml.....41	<i>levothyroxine sodium</i> .....58
<i>lanreotide acetate</i> .....57	<i>levetiracetam in sodium</i>	<i>levoxyl</i> .....58
<i>lansoprazole</i> .....60	<i>chloride iv soln 1000</i>	LEXAPRO
<i>lapatinib ditosylate</i> .....23	mg/100ml .....41	see <i>escitalopram oxalate</i>
<i>larin 1.5/30</i> .....53	<i>levetiracetam in sodium</i>	.....35
<i>larin 1/20</i> .....53	<i>chloride iv soln 1500</i>	LEXIVA
<i>larin 24 fe</i> .....53	mg/100ml .....41	see <i>fosamprenavir</i>
<i>larin fe 1.5/30</i> .....53	<i>levetiracetam in sodium</i>	<i>calcium</i> .....14
<i>larin fe 1/20</i> .....53	<i>chloride iv soln 500</i>	<i>l-glutamine (sickle cell) ...</i> 63
LASIX	mg/100ml .....41	LIALDA
see <i>furosemide</i> .....32	<i>levobunolol hcl</i> .....70	see <i>mesalamine</i> .....59
<i>latanoprost</i> .....70	<i>levocarnitine (metabolic</i>	LIBERVANT .....41
LATUDA	<i>modifiers)</i> .....57	<i>lidocaine</i> .....76
see <i>lurasidone hcl</i> .....38	<i>levocetirizine</i>	<i>lidocaine hcl</i> .....76
<i>layolis fe</i> .....53	<i>dihydrochloride</i> .....71	<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i>
<i>leena</i> .....53	<i>levofloxacin</i> .....17	.....9
<i>leflunomide</i> .....65	<i>levofloxacin in d5w iv soln</i>	<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i>
<i>lenalidomide</i> .....20	250 mg/50ml .....17	.....77
LENVIMA 10 MG DAILY	<i>levofloxacin in d5w iv soln</i>	<i>lidocaine-prilocaine cream</i>
DOSE .....23	500 mg/100ml .....17	2.5-2.5%.....76
LENVIMA 12MG DAILY	<i>levofloxacin in d5w iv soln</i>	<i>lidocan</i> .....76
DOSE .....23	750 mg/150ml .....17	LIDODERM
LENVIMA 20 MG DAILY	<i>levonest</i> .....53	see <i>lidocaine</i> .....76
DOSE .....23	<i>levonor-eth est tab 0.15-</i>	see <i>lidocan</i> .....76
LENVIMA 4 MG DAILY	0.02/0.025/0.03 mg &eth	see <i>tridacaine ii</i> .....77
DOSE .....23	est 0.01 mg .....53	LILETTA .....54
LENVIMA 8 MG DAILY	<i>levonorgestrel &amp; ethinyl</i>	<i>linezolid</i> .....12
DOSE .....23	<i>estradiol (91-day) tab</i>	LINEZOLID INJ 2MG/ML 12
LENVIMA CAP 14 MG ...23	0.15-0.03 mg.....54	LINZESS.....60
LENVIMA CAP 18 MG ...23	<i>levonorgestrel &amp; ethinyl</i>	<i>liothyronine sodium</i> .....58
LENVIMA CAP 24 MG ...23	<i>estradiol tab 0.1 mg-20</i>	LIPITOR
<i>lessina</i> .....53	mcg .....54	see <i>atorvastatin calcium</i>
LETAIRIS	<i>levonorgestrel &amp; ethinyl</i>	.....30
see <i>ambrisentan</i> .....34	<i>estradiol tab 0.15 mg-30</i>	<i>lisinopril</i> .....27
<i>letrozole</i> .....20	mcg .....54	

<i>lisinopril &amp; hydrochlorothiazide tab</i> 10-12.5 mg.....26	<i>losartan potassium &amp; hydrochlorothiazide tab</i> 100-25 mg.....28	LUPRON DEPOT (1-MONTH).....20
<i>lisinopril &amp; hydrochlorothiazide tab</i> 20-12.5 mg.....26	<i>losartan potassium &amp; hydrochlorothiazide tab</i> 50-12.5 mg.....28	LUPRON DEPOT (3-MONTH).....20
<i>lisinopril &amp; hydrochlorothiazide tab</i> 20-25 mg.....26	LOTEMAX .....69	LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH).....57
<i>lithium</i> .....46	LOTENSIN see <i>benazepril hcl</i> .....27	LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH).....57
<i>lithium carbonate</i> .....46	LOTENSIN HCT see <i>benazepril &amp; hydrochlorothiazide tab</i> 10-12.5 mg .....26	LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH).....57
LITHOBID see <i>lithium carbonate</i> ..46	see <i>benazepril &amp; hydrochlorothiazide tab</i> 20-12.5 mg .....26	<i>lurasidone hcl</i> .....38
LIVTENCITY .....16	see <i>benazepril &amp; hydrochlorothiazide tab</i> 20-25 mg .....26	<i>lutea</i> .....54
LODINE see <i>etodolac</i> .....9	see <i>benazepril &amp; hydrochlorothiazide tab</i> 20-25 mg .....26	<i>lyleq</i> .....54
<i>loestrin 1.5/30-21</i> .....54	<i>loteprednol etabonate</i> ....69	<i>lyllana</i> .....56
<i>loestrin 1/20-21</i> .....54	LOTREL see <i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-20 mg</i> .....26	LYNPARZA.....23
<i>loestrin fe 1.5/30</i> .....54	see <i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-40 mg</i> .....26	LYRICA see <i>pregabalin</i> .....42
<i>loestrin fe 1/20</i> .....54	see <i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-10 mg</i> .....26	LYSODREN .....20
LOKELMA.....52	see <i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-20 mg</i> .....26	LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE).....23
LOMOTIL see <i>diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-0.025 mg</i> .....60	see <i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-40 mg</i> .....26	LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE).....23
LONSURF TAB 15-6.14 .19	see <i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-10 mg</i> .....26	LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE).....23
LONSURF TAB 20-8.19 .19	see <i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-20 mg</i> .....26	<i>lyza</i> .....54
<i>loperamide hcl</i> .....60	LOTROXEX see <i>alosetron hcl</i> .....60	<b>M</b>
LOPID see <i>gemfibrozil</i> .....30	<i>lovastatin</i> .....30	MACROBID see <i>nitrofurantoin monohyd macro</i> .....12
<i>lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80-20 mg/ml)</i> .....15	LOVAZA see <i>omega-3-acid ethyl esters cap 1 gm</i> .....31	MACRODANTIN see <i>nitrofurantoin macrocrystal</i> .....12
<i>lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg</i> .....15	LOVENOX see <i>enoxaparin sodium</i> .....62	<i>magnesium sulfate</i> .....67
<i>lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg</i> .....15	low-ogestrel .....54	MAGNESIUM SULFATE 67 see <i>magnesium sulfate</i> .....67
LOPRESSOR see <i>metoprolol tartrate</i> 31	<i>loxapine succinate</i> .....38	MAGNESIUM SULFATE IN D5W see <i>magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1 gm/100ml</i> .....67
<i>lorazepam</i> .....34	LUMAKRAS .....23	<i>magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1 gm/100ml</i> .....67
<i>lorazepam intensol</i> .....34	LUMIGAN .....70	MALARONE see <i>atovaquone-proguanil hcl tab 250-100 mg</i> .....13
LORBRENA.....23	LUMIZYME .....57	
<i>loryna</i> .....54	LUNESTA see <i>eszopiclone</i> .....45	
<i>losartan potassium</i> .....29		
<i>losartan potassium &amp; hydrochlorothiazide tab</i> 100-12.5 mg.....28		

see <i>atovaquone-proguanil hcl tab 62.5-25 mg</i> .....	13	MENACTRA INJ .....	66	<i>metoprolol tartrate</i> .....	31
<i>malathion</i> .....	77	MENQUADFI INJ.....	66	METROCREAM	
<i>maraviroc</i> .....	14	MENVEO INJ.....	66	see <i>metronidazole (topical)</i> .....	77
MARINOL		MENVEO SOL.....	66	METROLOTION	
see <i>dronabinol</i> .....	58	MEPRON		see <i>metronidazole (topical)</i> .....	77
<i>marlissa</i> .....	54	see <i>atovaquone</i> .....	11	<i>metronidazole</i> .....	12
MARPLAN .....	36	<i>mercaptapurine</i> .....	19	METRONIDAZOLE	
MATULANE .....	20	<i>meropenem</i> .....	12	see <i>metronidazole</i> .....	12
MAVYRET PAK 50-20MG .....	16	<i>mesalamine</i> .....	59	<i>metronidazole (topical)</i> ..	77
MAVYRET TAB 100-40MG .....	16	<i>mesalamine w/ cleanser</i> .	59	<i>metronidazole vaginal</i> .....	61
MAXALT		MESNEX .....	26	<i>metyrosine</i> .....	33
see <i>rizatriptan benzoate</i> .....	45	MESTINON		<i>mibelas 24 fe</i> .....	54
MAXALT-MLT		see <i>pyridostigmine bromide</i> .....	46	<i>micalungin sodium</i> .....	13
see <i>rizatriptan benzoate</i> .....	46	<i>metformin hcl</i> .....	49	MICARDIS	
MAXITROL		<i>methadone hcl</i> .....	10	see <i>telmisartan</i> .....	29
see <i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth oint 0.1%</i> .....	68	<i>methadone hydrochloride i</i> .....	10	MICARDIS HCT	
see <i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth susp 0.1%</i> .....	68	METHADOSE		see <i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i> .....	29
<i>meclizine hcl</i> .....	58	see <i>methadone hydrochloride i</i> .....	10	see <i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg</i> .....	29
MEDROL		<i>methazolamide</i> .....	32	see <i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-25 mg</i> .....	29
see <i>methylprednisolone</i> .....	56	<i>methenamine hippurate</i> ..	12	<i>microgestin 1.5/30</i> .....	54
MEDROL DOSEPAK		<i>methimazole</i> .....	58	<i>microgestin 1/20</i> .....	54
see <i>methylprednisolone</i> .....	56	<i>methocarbamol</i> .....	47	<i>microgestin 24 fe</i> .....	54
<i>medroxyprogesterone acetate</i> .....	57	<i>methotrexate sodium</i> 19, 65		<i>microgestin fe 1.5/30</i> .....	54
<i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive)</i>	54	<i>methsuximide</i> .....	42	<i>microgestin fe 1/20</i> .....	54
<i>mefloquine hcl</i> .....	13	METHYLIN		<i>midodrine hcl</i> .....	33
<i>megestrol acetate</i> .....	20, 57	see <i>methylphenidate hcl</i> .....	44	MIEBO .....	70
<i>megestrol acetate (appetite)</i> .....	57	<i>methylphenidate hcl</i> ..	44, 45	<i>mifepristone (hyperglycemia)</i> .....	57
MEKINIST.....	23	<i>methylprednisolone</i> .....	56	MIGRANAL	
MEKTOVI .....	23	<i>methylprednisolone acetate</i> .....	56	see <i>dihydroergotamine mesylate</i> .....	45
<i>meloxicam</i> .....	9	<i>methylprednisolone sod succ</i> .....	56	<i>mili</i> .....	54
<i>memantine hcl</i> .....	34	<i>methyltestosterone</i> .....	48	<i>mimvey</i> .....	56
<i>memantine hcl tab 28 x 5 mg &amp; 21 x 10 mg titration pack</i> .....	35	<i>metoclopramide hcl</i> .....	58	MINIVELLE	
		<i>metolazone</i> .....	33	see <i>lyllana</i> .....	56
		<i>metoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i> .....	31	<i>minocycline hcl</i> .....	18
		<i>metoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab 100-50 mg</i> .....	31	<i>minoxidil</i> .....	33
		<i>metoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i> .....	31	<i>mirtazapine</i> .....	36
		<i>metoprolol succinate</i> .....	31	<i>misoprostol</i> .....	60
				MITIGARE .....	9
				see <i>colchicine</i> .....	9



M-M-R II INJ .....	66		
M-NATAL PLUS TAB.....	68		
<i>modafinil</i> .....	47		
<i>moexipril hcl</i> .....	27		
<i>molindone hcl</i> .....	38		
<i>mometasone furoate</i> .....	76		
MONJUVI .....	23		
<i>mono-lynyah</i> .....	54		
<i>montelukast sodium</i> .....	71		
<i>morphine sulfate</i> .....	10		
MOUNJARO .....	49		
MOVANTIK.....	60		
<i>moxifloxacin hcl</i> .....	17		
<i>moxifloxacin hcl (ophth)</i> ..	69		
<i>moxifloxacin hcl 400</i> <i>mg/250ml in sodium</i> <i>chloride 0.8% inj</i> .....	17		
MRESVIA .....	66		
MS CONTIN			
<i>see morphine sulfate</i> ...	10		
MULTAQ.....	30		
<i>multiple electrolytes ph 5.5</i> .....	67		
<i>multiple electrolytes ph 7.4</i> .....	67		
<i>mupirocin</i> .....	74		
MYCAMINE			
<i>see micafungin sodium</i>	13		
MYCOBUTIN			
<i>see rifabutin</i> .....	15		
<i>mycophenolate mofetil</i> ....	65		
<i>mycophenolate sodium</i> ...	65		
MYFORTIC			
<i>see mycophenolate</i> <i>sodium</i> .....	65		
MYRBETRIQ .....	61		
MYSOLINE			
<i>see primidone</i> .....	42		
<b>N</b>			
<i>nabumetone</i> .....	9		
<i>nadolol</i> .....	31		
<i>nafcillin sodium</i> .....	18		
NAGLAZYME .....	57		
<i>nalbuphine hcl</i> .....	10		
<i>naloxone hcl</i> .....	48		
<i>naltrexone hcl</i> .....	48		
NAMENDA TITRATION PAK			
<i>see memantine hcl tab</i> 28 x 5 mg & 21 x 10 mg titration pack .....	35		
NAMENDA XR			
<i>see memantine hcl</i> .....	34		
NAMZARIC CAP 14-10MG .....	35		
NAMZARIC CAP 21-10MG .....	35		
NAMZARIC CAP 28-10MG .....	35		
NAMZARIC CAP 7-10MG .....	35		
NAMZARIC CAP PACK..	35		
NAPROSYN			
<i>see naproxen</i> .....	9		
<i>naproxen</i> .....	9		
<i>naproxen dr</i> .....	9		
<i>naproxen sodium</i> .....	9		
<i>naratriptan hcl</i> .....	45		
NARDIL			
<i>see phenelzine sulfate</i>	36		
<i>nateglinide</i> .....	49		
NAYZILAM.....	42		
<i>nebivolol hcl</i> .....	31		
NEBUPENT			
<i>see pentamidine</i> <i>isethionate inh</i> .....	12		
<i>necon 0.5/35-28</i> .....	54		
<i>nefazodone hcl</i> .....	36		
<i>neomycin sulfate</i> .....	12		
<i>neomycin-bacitrac zn-</i> <i>polymyx 5(3.5)mg-</i> <i>400unt-10000unt op oin</i> .....	69		
<i>neomycin-polymy-gramicid</i> <i>op sol 1.75-10000-</i> <i>0.025mg-unt-mg/ml</i> .....	69		
<i>neomycin-polymyxin-</i> <i>dexamethasone ophth</i> <i>oint 0.1%</i> .....	68		
<i>neomycin-polymyxin-</i> <i>dexamethasone ophth</i> <i>susp 0.1%</i> .....	68		
<i>neomycin-polymyxin-hc</i> <i>ophth susp</i> .....	68		
<i>neomycin-polymyxin-hc otic</i> <i>soln 1%</i> .....	70		
<i>neomycin-polymyxin-hc otic</i> <i>susp 3.5 mg/ml-10000</i> <i>unit/ml-1%</i> .....	70		
<i>neo-polycin 5(3.5)mg-</i> <i>400unt-10000unt op oin</i> .....	69		
<i>neo-polycin hc ophth oint</i> <i>1%</i> .....	68		
NEORAL			
<i>see cyclosporine</i> <i>modified (for</i> <i>microemulsion)</i> .....	65		
<i>see gengraf</i> .....	65		
NERLYNX.....	23		
NEURONTIN			
<i>see gabapentin</i> .....	41		
<i>nevirapine</i> .....	14		
NEXAVAR			
<i>see sorafenib tosylate</i> .	24		
NEXIUM			
<i>see esomeprazole</i> <i>magnesium</i> .....	60		
NEXLETOL .....	31		
NEXLIZET TAB 180/10MG .....	31		
NEXPLANON.....	54		
<i>niacin (antihyperlipidemic)</i> .....	31		
<i>nicardipine hcl</i> .....	32		
NICOTROL INHALER.....	48		
NICOTROL NS .....	48		
<i>nifedipine</i> .....	32		
<i>nikki</i> .....	54		
NILANDRON			
<i>see nilutamide</i> .....	20		
<i>nilutamide</i> .....	20		
<i>nimodipine</i> .....	32		
NINLARO.....	23		
<i>nitazoxanide</i> .....	12		
<i>nitisinone</i> .....	57		
NITRO-BID .....	33		
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> .....	12		
<i>nitrofurantoin monohyd</i> <i>macro</i> .....	12		
<i>nitroglycerin</i> .....	33, 34		
<i>nitroglycerin (intra-anal)</i> ..	77		
NITROLINGUAL			
<i>see nitroglycerin</i> .....	33		

NITROSTAT		
see nitroglycerin.....	34	
nizatidine .....	59	
nora-be .....	54	
norelgestromin-ethinyl		
estradiol td ptwk 150-35		
mcg/24hr .....	54	
norethindrone & ethinyl		
estradiol-fe chew tab 0.4		
mg-35 mcg .....	54	
norethindrone & ethinyl		
estradiol-fe chew tab 0.8		
mg-25 mcg .....	54	
norethindrone		
(contraceptive) .....	54	
norethindrone ace & ethinyl		
estradiol tab 1 mg-20		
mcg .....	54	
norethindrone ace & ethinyl		
estradiol tab 1.5 mg-30		
mcg .....	54	
norethindrone ace & ethinyl		
estradiol-fe tab 1 mg-20		
mcg .....	54	
norethindrone ace-eth		
estradiol-fe chew tab 1		
mg-20 mcg (24).....	54	
norethindrone acetate.....	57	
norethindrone acetate-		
ethinyl estradiol tab 0.5		
mg-2.5 mcg .....	56	
norethindrone acetate-		
ethinyl estradiol tab 1		
mg-5 mcg .....	56	
norethindrone ac-ethinyl		
estrad-fe tab 1-20/1-30/1-		
35 mg-mcg .....	54	
norgestimate & ethinyl		
estradiol tab 0.25 mg-35		
mcg .....	54	
norgestimate-eth estrad tab		
0.18-25/0.215-25/0.25-25		
mg-mcg .....	54	
norgestimate-eth estrad tab		
0.18-35/0.215-35/0.25-35		
mg-mcg .....	54	
norlyroc.....	54	
NORPACE		
		see <i>disopyramide</i>
		<i>phosphate</i> .....30
NORPRAMIN		see <i>desipramine hcl</i> ...35
NORTHERA		see <i>droxidopa</i> .....33
nortrel 0.5/35 (28) .....	54	
nortrel 1/35 (21) .....	54	
nortrel 1/35 (28) .....	54	
nortrel 7/7/7 .....	54	
nortriptyline hcl.....	36	
NORVASC		see <i>amlodipine besylate</i>
		.....32
NORVIR.....	14	
see <i>ritonavir</i> .....	14	
NOVOLIN INJ 70/30 .....	51	
NOVOLIN INJ 70/30 FP..	51	
NOVOLIN N .....	51	
NOVOLIN N FLEXPEN...51		
NOVOLIN R .....	51	
NOVOLIN R FLEXPEN...51		
NOVOLOG .....	51	
NOVOLOG FLEXPEN ...51		
NOVOLOG MIX INJ 70/30		
.....	51	
NOVOLOG MIX INJ		
FLEXPEN.....	51	
NOVOLOG PENFILL .....	51	
NOXAFIL		see <i>posaconazole</i> .....
		.....13
NUBEQA .....	20	
NUDEXTA CAP 20-10MG		
.....	46	
NULOJIX .....	65	
NUPLAZID .....	38	
NURTEC.....	45	
NUTRILIPID.....	68	
NUVARING		see <i>eluryng</i> .....
		.....53
		see <i>enilloring</i> .....
		.....53
		see <i>etonogestrel-ethinyl</i>
		<i>estradiol va ring 0.12-</i>
		<i>0.015 mg/24hr</i> .....
		.....53
		see <i>haloette</i> .....
		.....53
NUVIGIL		see <i>armodafinil</i> .....
		.....47
NUZYRA.....	18	
nyamyc .....	75	
		<i>nylia 1/35</i> .....
		.....55
		<i>nylia 7/7/7</i> .....
		.....55
		<i>nymyo</i> .....
		.....55
		<i>nystatin</i> .....
		.....13
NYSTATIN		see <i>nystatin (mouth-</i>
		<i>throat)</i> .....
		.....78
		<i>nystatin (mouth-throat)</i> ...78
		<i>nystatin (topical)</i> .....75
		<i>nystop</i> .....
		.....75
<b>O</b>		
ocella .....	55	
OCTAGAM.....	65	
octreotide acetate .....	57	
OCUFLOX		see <i>ofloxacin (ophth)</i> ...69
ODEFSEY TAB.....	15	
ODOMZO.....	23	
OFEV .....	72	
ofloxacin (ophth) .....	69	
ofloxacin (otic).....	70	
OGIVRI .....	23	
OGSIVEO .....	23	
OJEMDA.....	23	
OJJAARA.....	24	
olanzapine .....	38	
olmesartan medoxomil....29		
olmesartan medoxomil-		
hydrochlorothiazide tab		
20-12.5 mg .....	28	
olmesartan medoxomil-		
hydrochlorothiazide tab		
40-12.5 mg .....	28	
olmesartan medoxomil-		
hydrochlorothiazide tab		
40-25 mg .....	28	
olmesartan-amlodipine-		
hydrochlorothiazide tab		
20-5-12.5 mg.....	28	
olmesartan-amlodipine-		
hydrochlorothiazide tab		
40-10-12.5 mg.....	28	
olmesartan-amlodipine-		
hydrochlorothiazide tab		
40-10-25 mg.....	28	
olmesartan-amlodipine-		
hydrochlorothiazide tab		
40-5-12.5 mg.....	28	

<i>olmesartan-amlodipine- hydrochlorothiazide tab 40-5-25 mg</i> .....28	ORSERDU.....20	<i>see bromocriptine mesylate</i> .....36
<i>omega-3-acid ethyl esters cap 1 gm</i> .....31	ORTHO TRI-CYCLEN LO <i>see norgestimate-eth estrad tab 0.18- 25/0.215-25/0.25-25 mg-mcg</i> .....54	PARNATE <i>see tranlycypromine sulfate</i> .....36
<i>omeprazole</i> .....60	<i>see tri-lo-estarylla</i> .....55	<i>paroxetine hcl</i> .....36
OMNIPOD 5 G6 KIT INTRO.....51	<i>see tri-lo-marzia</i> .....55	PAXIL <i>see paroxetine hcl</i> .....36
OMNIPOD 5 G6 MIS PODS .....51	<i>see tri-lo-mili</i> .....55	PAXLOVID TAB 150-10016
OMNIPOD 5 G7 KIT INTRO.....51	<i>see tri-lo-sprintec</i> .....55	PAXLOVID TAB 300-10016
OMNIPOD 5 G7 MIS PODS .....51	<i>see tri-vylibra lo</i> .....55	<i>pazopanib hcl</i> .....24
OMNIPOD DASH KIT INTRO.....51	<i>oseltamivir phosphate</i> .....16	PEDIAPRED <i>see prednisolone sodium phosphate</i> .....56
OMNIPOD DASH MIS PODS.....51	<i>oxacillin sodium</i> .....18	PEDIARIX INJ 0.5ML.....66
OMNIPOD GO KIT 10UNT/DY.....51	<i>oxaliplatin</i> .....19	PEDVAX HIB .....66
OMNIPOD GO KIT 15UNT/DY.....51	<i>oxcarbazepine</i> .....42	<i>peg 3350-kcl-na bicarb- nacl-na sulfate for soln 236 gm</i> .....60
OMNIPOD GO KIT 20UNT/DY.....51	<i>oxybutynin chloride</i> .....61	<i>peg 3350-kcl-sod bicarb- nacl for soln 420 gm</i> ...60
OMNIPOD GO KIT 25UNT/DY.....51	<i>oxycodone hcl</i> .....10, 11	PEGASYS.....16
OMNIPOD GO KIT 30UNT/DY.....51	<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 10- 325 mg</i> .....11	PEMAZYRE .....24
OMNIPOD GO KIT 35UNT/DY.....51	<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 2.5- 325 mg</i> .....11	<i>pemetrexed disodium</i> ....19
OMNIPOD GO KIT 40UNT/DY.....51	<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 5-325 mg</i> .....11	PENBRAYA INJ.....66
OMNIPOD MIS CLASSIC .....51	<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 7.5- 325 mg</i> .....11	<i>penicillamine</i> .....52
<i>ondansetron</i> .....58	OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE).....49	<i>penicillin g potassium</i> .....18
<i>ondansetron hcl</i> .....58	OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE).....49	<i>penicillin g sodium</i> .....18
ONFI <i>see clobazam</i> .....40	OZEMPIC (1MG/DOSE) .49	<i>penicillin v potassium</i> .....18
ONTRUZANT .....24	OZEMPIC (2MG/DOSE) .50	PENTACEL INJ .....66
ONUREG.....19	<b>P</b>	PENTAM 300 <i>see pentamidine isethionate inj</i> .....12
ORFADIN <i>see nitisinone</i> .....57	<i>pacerone</i> .....30	<i>pentamidine isethionate inh</i> .....12
ORGOVYX .....20	<i>paclitaxel</i> .....21	<i>pentamidine isethionate inj</i> .....12
ORKAMBI GRA 100-125 72	<i>paliperidone</i> .....38, 39	<i>pentoxifylline</i> .....63
ORKAMBI GRA 150-188 72	PAMELOR <i>see nortriptyline hcl</i> ....36	PEPCID <i>see famotidine</i> .....59
ORKAMBI GRA 75-94MG .....72	<i>pamidronate disodium</i> ....52	PERCOCET <i>see endocet tab 10- 325mg</i> .....10
ORKAMBI TAB 100-125.72	PAMIDRONATE DISODIUM .....52	<i>see endocet tab 2.5- 325mg</i> .....10
ORKAMBI TAB 200-125.72	PANRETIN .....77	<i>see endocet tab 5-325mg</i> .....10
	<i>pantoprazole sodium</i> .....60	<i>see endocet tab 7.5- 325mg</i> .....10
	PANZYGA .....65	
	<i>paricalcitol</i> .....58	
	PARLODEL	

see oxycodone w/ acetaminophen tab 10- 325 mg .....11	<i>piperacillin sod-tazobactam</i> sod for inj 13.5 gm (12- 1.5 gm).....18	<i>potassium chloride 20</i> meq/l (0.15%) in dextrose 5% inj.....68
see oxycodone w/ acetaminophen tab 2.5-325 mg .....11	<i>piperacillin sod-tazobactam</i> sod for inj 2.25 gm (2- 0.25 gm).....18	<i>potassium chloride</i> microencapsulated crystals er.....68
see oxycodone w/ acetaminophen tab 5- 325 mg .....11	<i>piperacillin sod-tazobactam</i> sod for inj 4.5 gm (4-0.5 gm).....18	POTASSIUM CHLORIDE/SODIUM see kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj .....67
see oxycodone w/ acetaminophen tab 7.5-325 mg .....11	<i>piperacillin sod-tazobactam</i> sod for inj 40.5 gm (36- 4.5 gm).....18	see kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj .....67
PERIDEX	PIQRAY 200MG DAILY DOSE .....24	see kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj .....67
see chlorhexidine gluconate (mouth- throat).....77	PIQRAY 250MG TAB DOSE .....24	<i>potassium citrate</i> (alkalinizer).....61
see periogard.....78	PIQRAY 300MG DAILY DOSE .....24	PRADAXA see <i>dabigatran etexilate</i> <i>mesylate</i> .....62
<i>perindopril erbumine</i> .....27	<i>pirfenidone</i> .....72	<i>pramipexole</i> <i>dihydrochloride</i> .....37
<i>periogard</i> .....78	<i>piroxicam</i> .....9	<i>prasugrel hcl</i> .....63
<i>permethrin</i> .....77	PLAQUENIL see <i>hydroxychloroquine</i> <i>sulfate</i> .....64	<i>pravastatin sodium</i> .....30
<i>perphenazine</i> .....39	PLASMA-LYTE A see <i>multiple electrolytes</i> <i>ph 7.4</i> .....67	<i>praziquantel</i> .....12
<i>pfizerpen</i> .....18	PLAVIX see <i>clopidogrel bisulfate</i> .....63	<i>prazosin hcl</i> .....27
<i>phenelzine sulfate</i> .....36	PLENVU SOL .....60	PRED FORTE see <i>prednisolone acetate</i> (ophth) .....69
PHENERGAN see <i>promethazine hcl</i> ..59	<i>podofilox</i> .....77	<i>prednisolone</i> .....56
<i>phenobarbital</i> .....42	<i>polycin ophth oint</i> .....69	<i>prednisolone acetate</i> (ophth).....69
<i>phenobarbital sodium</i> ....42	<i>polymyxin b sulfate</i> .....12	PREDNISOLONE SODIUM PHOSP.....69
<i>phenytek</i> .....42	<i>polymyxin b-trimethoprim</i> <i>ophth soln 10000 unit/ml-</i> <i>0.1%</i> .....69	<i>prednisolone sodium</i> <i>phosphate</i> .....56
<i>phenytoin</i> .....42	POMALYST .....20	<i>prednisone</i> .....56
<i>phenytoin sodium</i> .....42	<i>portia-28</i> .....55	PREDNISONONE INTENSOL .....56
<i>phenytoin sodium extended</i> .....42	<i>posaconazole</i> .....13	<i>pregabalin</i> .....42
PHESGO SOL .....24	POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.45% INJ .....67	PREHEVBRIO .....66
<i>philit</i> .....55	POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.9% INJ .....67	PREMASOL SOL 10% ..68
PIFELTRO .....14	POT CHL 40MEQ/L IN NACL 0.9% INJ .....67	PRENATAL TAB 27-1MG .....68
<i>pilocarpine hcl</i> .....70	<i>potassium chloride</i> ....67, 68	PRENATAL TAB PLUS ..68
<i>pilocarpine hcl (oral)</i> .....78	POTASSIUM CHLORIDE see <i>potassium chloride</i> 67	PREVACID see <i>lansoprazole</i> .....60
<i>pimecrolimus</i> .....77		<i>prevalite</i> .....31
<i>pimozide</i> .....39		PREVYMIS .....16
<i>pimtrea</i> .....55		
<i>pindolol</i> .....31		
<i>pioglitazone hcl</i> .....50		
<i>pioglitazone hcl-metformin</i> <i>hcl tab 15-500 mg</i> .....50		
<i>pioglitazone hcl-metformin</i> <i>hcl tab 15-850 mg</i> .....50		
<i>piperacillin sod-tazobactam</i> <i>na for inj 3.375 gm (3-</i> <i>0.375 gm)</i> .....18		

PREZCOBIX TAB 800-150 .....15	<i>propylthiouracil</i> .....58	<i>ranolazine</i> .....33
PREZISTA .....14	PROQUAD INJ .....66	RAPAMUNE
see <i>darunavir</i> .....14	PROSCAR	see <i>sirolimus</i> .....66
PRIFTIN.....15	see <i>finasteride</i> .....61	<i>rasagiline mesylate</i> .....37
<i>primaquine phosphate</i> ....14	PROSOL INJ 20% .....68	RECLAST
PRIMAQUINE	PROTONIX	see <i>zoledronic acid</i> .....52
PHOSPHATE .....13	see <i>pantoprazole sodium</i>	<i>reclipsen</i> .....55
see <i>primaquine phosphate</i> .....14	.....60	RECOMBIVAX HB.....66
PRIMAXIN IV	<i>protriptyline hcl</i> .....36	RECTIV
see <i>imipenem-cilastatin</i>	PROVENTIL HFA	see <i>nitroglycerin (intra-</i>
<i>intravenous for soln</i>	see <i>albuterol sulfate</i> ....71	<i>anal</i> ).....77
500 mg .....12	PROVERA	REGLAN
<i>primidone</i> .....42	see	see <i>metoclopramide hcl</i>
PRIORIX INJ .....66	<i>medroxyprogesterone</i>	.....58
PRISTIQ	<i>acetate</i> .....57	REGRANEX.....77
see <i>desvenlafaxine</i>	PROVIGIL	RELENZA DISKHALER..16
<i>succinate</i> .....35	see <i>modafinil</i> .....47	RELISTOR.....60
PRIVIGEN .....65	PROZAC	REMERON
<i>probenecid</i> .....9	see <i>fluoxetine hcl</i> .....36	see <i>mirtazapine</i> .....36
PROCARDIA XL	PULMICORT	REMERON SOLTAB
see <i>nifedipine</i> .....32	see <i>budesonide</i>	see <i>mirtazapine</i> .....36
<i>prochlorperazine</i> .....58	<i>(inhalation)</i> .....73	REMICADE.....64
<i>prochlorperazine edisylate</i>	PULMOZYME .....72	RENFLEXIS.....64
.....59	PURIXAN.....19	<i>repaglinide</i> .....50
<i>prochlorperazine maleate</i>	<i>pyrazinamide</i> .....15	REPATHA.....31
.....59	<i>pyridostigmine bromide</i> ...46	REPATHA PUSHTRONEX
PROCRIT .....62	<i>pyrimethamine</i> .....12	SYSTEM .....31
<i>proctocort</i> .....77	<b>Q</b>	REPATHA SURECLICK .31
<i>procto-med hc</i> .....77	QINLOCK .....24	RESTASIS .....70
<i>proctosol hc</i> .....77	QUADRACEL INJ .....66	RESTASIS MULTIDOSE 70
<i>proctozone-hc</i> .....77	QUADRACEL INJ 0.5ML 66	RESTORIL
<i>progesterone</i> .....57	QUALAQUIN	see <i>temazepam</i> .....45
PROGLYCEM	see <i>quinine sulfate</i> .....14	RETEVMO .....24
see <i>diazoxide</i> .....56	QUESTRAN	RETIN-A
PROGRAF.....65	see <i>cholestyramine</i> ....30	see <i>tretinoin</i> .....74
see <i>tacrolimus</i> .....66	QUESTRAN LIGHT	RETROVIR
PROLASTIN-C.....72	see <i>cholestyramine light</i>	see <i>zidovudine</i> .....14
PROLENSA	.....30	REVATIO
see <i>bromfenac sodium</i>	see <i>prevalite</i> .....31	see <i>sildenafil citrate</i>
<i>(ophth)</i> .....69	<i>quetiapine fumarate</i> .....39	<i>(pulmonary</i>
PROLIA .....52	<i>quinapril hcl</i> .....27	<i>hypertension)</i> .....34
<i>promethazine hcl</i> .....59	<i>quinidine sulfate</i> .....30	REXULTI.....39
PROMETRIUM	<i>quinine sulfate</i> .....14	REYATAZ .....14
see <i>progesterone</i> .....57	QULIPTA .....45	see <i>atazanavir sulfate</i> .14
<i>propafenone hcl</i> .....30	<b>R</b>	REZLIDHIA .....24
<i>proparacaine hcl</i> .....70	RABAVERT INJ .....66	REZUROCK.....65
<i>propranolol hcl</i> .....32	<i>rabeprazole sodium</i> .....61	RHOPRESSA .....70
	<i>raloxifene hcl</i> .....57	<i>ribavirin (hepatitis c)</i> .....16
	<i>ramipril</i> .....27	<i>rifabutin</i> .....15

RIFADIN  
 see *rifampin* .....15  
*rifampin*.....15  
*riluzole* .....46  
*rimantadine hydrochloride*  
 .....16  
RINVOQ .....64  
RINVOQ LQ.....64  
*risedronate sodium* .....52  
RISPERDAL  
 see *risperidone*.....39  
RISPERDAL CONSTA  
 see *risperidone*  
*microspheres*.....39  
*risperidone*.....39  
*risperidone microspheres*39  
RITALIN  
 see *methylphenidate hcl*  
 .....44, 45  
*ritonavir*.....14  
*rivastigmine* .....35  
*rivastigmine tartrate* .....35  
*rivelsa* .....55  
*rizatriptan benzoate* ..45, 46  
ROBINUL  
 see *glycopyrrolate*.....59  
ROBINUL FORTE  
 see *glycopyrrolate*.....59  
ROCALTROL  
 see *calcitriol* .....58  
 see *calcitriol (oral)*.....58  
ROCKLATAN DRO.....70  
*roflumilast* .....72  
*ropinirole hydrochloride* ..37  
*rosuvastatin calcium* .....30  
ROTARIX SUS .....66  
ROTATEQ SOL.....66  
ROWASA  
 see *mesalamine w/*  
*cleanser*.....59  
*roweepra*.....42  
ROXICODONE  
 see *oxycodone hcl* .....11  
ROZLYTREK.....24  
RUBRACA .....24  
*rufinamide*.....42  
RUKOBIA .....14  
RYBELSUS .....50  
RYDAPT .....24

**S**  
SABRIL  
 see *vigabatrin*.....43  
 see *vigadrone*.....43  
 see *vigpoder*.....43  
SAFYRAL  
 see *drospirenone-ethinyl*  
*estradiol-levomefolate*  
*tab 3-0.03-0.451 mg* 53  
 see *tydemy*.....55  
*sajazir* .....63  
SALAGEN  
 see *pilocarpine hcl (oral)*  
 .....78  
SANDIMMUNE  
 see *cyclosporine* .....65  
SANDOSTATIN  
 see *octreotide acetate*.57  
SANTYL.....77  
SAPHRIS  
 see *asenapine maleate*  
 .....37  
*sapropterin dihydrochloride*  
 .....57  
SCSEMBLIX .....24  
*scopolamine*.....59  
SECUADO.....39  
*selegiline hcl*.....37  
*selenium sulfide*.....75  
SELZENTRY.....14  
 see *maraviroc*.....14  
SENSIPAR  
 see *cinacalcet hcl*..56, 57  
SEREVENT DISKUS .....71  
SEROQUEL  
 see *quetiapine fumarate*  
 .....39  
SEROQUEL XR  
 see *quetiapine fumarate*  
 .....39  
*sertraline hcl* .....36  
*setlakin* .....55  
*sharobel*.....55  
SHINGRIX .....66  
SIGNIFOR .....57  
*sildenafil citrate (pulmonary*  
*hypertension)* .....34  
SILENOR

see *doxepin hcl (sleep)*  
 .....45  
SILVADENE  
 see *silver sulfadiazine* .74  
 see *ssd*.....74  
*silver sulfadiazine* .....74  
SIMBRINZA SUS 1-0.2%70  
*simliya*.....55  
*simpesse*.....55  
*simvastatin*.....30  
SINEMET  
 see *carbidopa &*  
*levodopa tab 10-100*  
*mg* .....37  
 see *carbidopa &*  
*levodopa tab 25-100*  
*mg* .....37  
SINGULAIR  
 see *montelukast sodium*  
 .....71  
*sirolimus* .....66  
SIRTURO.....15  
SKYRIZI.....64  
SKYRIZI PEN .....64  
*sod sulfate-pot sulf-mg sulf*  
*oral sol 17.5-3.13-1.6*  
*gm/177ml* .....60  
*sodium chloride*.....68  
*sodium chloride (gu*  
*irrigant)*.....77  
*sodium fluoride chew; tab;*  
*1.1 (0.5 f) mg/ml soln* ..68  
SODIUM OXYBATE .....47  
*sodium phenylbutyrate*...57  
*sodium polystyrene*  
*sulfonate powder*.....52  
*solifenacin succinate*.....61  
SOLQUA INJ 100/33 .....52  
SOLTAMOX.....20  
SOLU-CORTEF .....56  
SOLU-MEDROL  
 see *methylprednisolone*  
*sod succ* .....56  
SOMA  
 see *carisoprodol*.....47  
SOMATULINE DEPOT ...57  
SOMAVERT.....57  
*sorafenib tosylate*.....24  
*sotalol hcl*.....30

<i>sotalol hcl (afib/af)</i> .....30	<i>sulfamethoxazole-</i>	SYNALAR
SOTYKTU.....64	<i>trimethoprim susp 200-40</i>	see <i>fluocinolone</i>
<i>spironolactone</i> .....27	<i>mg/5ml</i> .....12	<i>acetonide</i> .....76
<i>spironolactone &amp;</i>	<i>sulfamethoxazole-</i>	SYNAREL.....57
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	<i>trimethoprim tab 400-80</i>	SYNJARDY TAB 12.5-
<i>25-25 mg</i> .....33	<i>mg</i> .....12	1000MG .....50
SPORANOX	<i>sulfamethoxazole-</i>	SYNJARDY TAB 12.5-500
see <i>itraconazole</i> .....13	<i>trimethoprim tab 800-160</i>	.....50
<i>sprintec 28</i> .....55	<i>mg</i> .....12	SYNJARDY TAB 5-
SPRITAM.....42	SULFAMYLON .....75	1000MG .....50
SPRYCEL.....24	<i>sulfasalazine</i> .....59	SYNJARDY TAB 5-500MG
<i>sps</i> .....52	<i>sulindac</i> .....9	.....50
<i>sronyx</i> .....55	<i>sumatriptan</i> .....46	SYNJARDY XR TAB 10-
<i>ssd</i> .....74	<i>sumatriptan succinate</i> ....46	1000 .....50
STELARA .....64	<i>sunitinib malate</i> .....24	SYNJARDY XR TAB 12.5-
STIVARGA .....24	SUNLENCA .....14	1000 .....50
STRATTERA	SUPREP BOWEL PREP	SYNJARDY XR TAB 25-
see <i>atomoxetine hcl</i> ...44	KIT	1000 .....50
<i>streptomycin sulfate</i> .....12	see <i>sod sulfate-pot sulf-</i>	SYNJARDY XR TAB 5-
STRIBILD TAB.....15	<i>mg sulf oral sol 17.5-</i>	1000MG .....50
STROMECTOL	<i>3.13-1.6 gm/177ml</i> ...60	SYNTHROID.....58
see <i>ivermectin</i> .....12	SUSTIVA	see <i>euthyrox</i> .....58
SUBOXONE	see <i>efavirenz</i> .....14	see <i>levo-t</i> .....58
see <i>buprenorphine hcl-</i>	SUTENT	see <i>levothyroxine sodium</i>
<i>naloxone hcl sl film 12-</i>	see <i>sunitinib malate</i> ...24	.....58
<i>3 mg (base equiv)</i> ...48	<i>syeda</i> .....55	see <i>levoxyl</i> .....58
see <i>buprenorphine hcl-</i>	SYMBICORT	see <i>unithroid</i> .....58
<i>naloxone hcl sl film 2-</i>	see <i>breyana</i> .....73	SYPRINE
<i>0.5 mg (base equiv)</i> .47	see <i>budesonide-</i>	see <i>trientine hcl</i> .....52
see <i>buprenorphine hcl-</i>	<i>formoterol fumarate</i>	<b>T</b>
<i>naloxone hcl sl film 4-1</i>	<i>dihyd aerosol 160-4.5</i>	TABRECTA.....24
<i>mg (base equiv)</i> .....48	<i>mcg/act</i> .....73	<i>tacrolimus</i> .....66
see <i>buprenorphine hcl-</i>	see <i>budesonide-</i>	<i>tacrolimus (topical)</i> .....77
<i>naloxone hcl sl film 8-2</i>	<i>formoterol fumarate</i>	<i>tadalafil</i> .....61
<i>mg (base equiv)</i> .....48	<i>dihyd aerosol 80-4.5</i>	<i>tadalafil (pulmonary</i>
<i>subvenite</i> .....42	<i>mcg/act</i> .....73	<i>hypertension)</i> .....34
<i>sucralfate</i> .....60	SYMDEKO TAB 100-15072	TAFINLAR .....24
<i>sulfacetamide sodium</i>	SYMDEKO TAB 50-75MG	TAGRISO .....24
<i>(acne)</i> .....74	.....72	TALZENNA.....24
<i>sulfacetamide sodium</i>	SYMFI	TAMIFLU
<i>(ophth)</i> .....69	see <i>efavirenz-</i>	see <i>oseltamivir</i>
<i>sulfacetamide sodium-</i>	<i>lamivudine-tenofovir df</i>	<i>phosphate</i> .....16
<i>prednisolone ophth soln</i>	<i>tab 600-300-300 mg 15</i>	<i>tamoxifen citrate</i> .....20
<i>10-0.23(0.25)%</i> .....68	SYMFI LO	<i>tamsulosin hcl</i> .....61
<i>sulfadiazine</i> .....12	see <i>efavirenz-</i>	TARCEVA
<i>sulfamethoxazole-</i>	<i>lamivudine-tenofovir df</i>	see <i>erlotinib hcl</i> .....21
<i>trimethoprim iv soln 400-</i>	<i>tab 400-300-300 mg 15</i>	TARGETIN
<i>80 mg/5ml</i> .....12	SYMPAZAN.....42	see <i>bexarotene</i> .....20
	SYM TUZA TAB.....15	

see <i>bexarotene (topical)</i>	see <i>atenolol &amp;</i>	TOPAMAX
.....77	<i>chlorthalidone tab 50-</i>	see <i>topiramate</i> .....43
<i>tarina 24 fe</i> .....55	25 mg .....31	TOPAMAX SPRINKLE
<i>tarina fe 1/20 eq</i> .....55	TENORMIN	see <i>topiramate</i> .....42
TASIGNA.....24	see <i>atenolol</i> .....31	<i>topiramate</i> .....42, 43
<i>tasimelteon</i> .....45	TEPMETKO .....25	TOPROL XL
TAVNEOS .....63	<i>terazosin hcl</i> .....27	see <i>metoprolol succinate</i>
<i>tazarotene</i> .....75	<i>terbinafine hcl</i> .....13	.....31
<i>tazicef</i> .....17	<i>terbutaline sulfate</i> .....71	<i>toremifene citrate</i> .....20
TAZORAC .....75	<i>terconazole vaginal</i> .....62	<i>torpenz</i> .....25
see <i>tazarotene</i> .....75	TERIPARATIDE.....52	<i>torse mide</i> .....33
TAZVERIK .....25	<i>testosterone</i> .....48	TOUJEO MAX SOLOSTAR
TDVAX INJ 2-2 LF .....66	<i>testosterone cypionate</i> ...48	.....52
TECENTRIQ.....25	<i>testosterone enanthate</i> ...48	TOUJEO SOLOSTAR.....52
TEFLARO .....17	<i>tetrabenazine</i> .....46	TOVIAZ
TEGRETOL	<i>tetracycline hcl</i> .....18	see <i>fesoterodine</i>
see <i>carbamazepine</i> ....40	THALOMID .....20	<i>fumarate</i> .....61
see <i>epitol</i> .....41	THEO-24 .....72	TPN ELECTROL INJ .....68
TEGRETOL-XR	<i>theophylline</i> .....72	TRACLEER
see <i>carbamazepine</i> ....40	<i>thioridazine hcl</i> .....39	see <i>bosentan</i> .....34
TEKTURNIA	<i>thiothixene</i> .....39	TRADJENTA.....50
see <i>aliskiren fumarate</i> .33	<i>tiadylt er</i> .....32	<i>tramadol hcl</i> .....11
<i>telmisartan</i> .....29	<i>tiagabine hcl</i> .....42	<i>tramadol-acetaminophen</i>
<i>telmisartan-amlodipine tab</i>	TIAZAC	<i>tab 37.5-325 mg</i> .....11
40-10 mg.....29	see <i>diltiazem hcl</i>	<i>trandolapril</i> .....27
<i>telmisartan-amlodipine tab</i>	<i>extended release</i>	<i>tranexamic acid</i> .....63
40-5 mg.....29	<i>beads</i> .....32	TRANSDERM-SCOP
<i>telmisartan-amlodipine tab</i>	see <i>tiadylt er</i> .....32	see <i>scopolamine</i> .....59
80-10 mg.....29	TIBSOVO.....25	<i>tranylcypromine sulfate</i> ...36
<i>telmisartan-amlodipine tab</i>	TICOVAC.....66	TRAVASOL INJ 10% .....68
80-5 mg.....29	<i>tigecycline</i> .....19	TRAZIMERA .....25
<i>telmisartan-</i>	TIKOSYN	<i>trazodone hcl</i> .....36
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	see <i>dofetilide</i> .....30	TRECTOR .....15
40-12.5 mg.....29	<i>tilia fe</i> .....55	TRELEGY AER ELLIPTA
<i>telmisartan-</i>	<i>timolol maleate</i> .....32	100-62.5-25 MCG .....70
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	<i>timolol maleate (ophth)</i> ...70	TRELEGY AER ELLIPTA
80-12.5 mg.....29	<i>tinidazole</i> .....12	200-62.5-25 MCG .....70
<i>telmisartan-</i>	TIVICAY.....14	TREMFYA.....64
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	TIVICAY PD.....14	<i>treprostinil</i> .....34
80-25 mg.....29	<i>tizanidine hcl</i> .....47	TRESIBA .....52
<i>temazepam</i> .....45	TOBI PODHALER.....12	TRESIBA FLEXTOUCH..52
TENIVAC INJ 5-2LF .....66	TOBRADEX OIN 0.3-0.1%	<i>tretinoin</i> .....74
<i>tenofovir disoproxil</i>	.....68	<i>tretinoin (chemotherapy)</i> .20
<i>fumarate</i> .....14	<i>tobramycin</i> .....12	<i>triamcinolone acetonide</i>
TENORETIC 100	<i>tobramycin (ophth)</i> .....69	<i>(mouth)</i> .....78
see <i>atenolol &amp;</i>	<i>tobramycin sulfate</i> .....12	<i>triamcinolone acetonide</i>
<i>chlorthalidone tab 100-</i>	<i>tobramycin-dexamethasone</i>	<i>(topical)</i> .....76
25 mg .....31	<i>ophth susp 0.3-0.1%</i> ...68	
TENORETIC 50	<i>tolterodine tartrate</i> .....61	



<i>triamterene &amp; hydrochlorothiazide cap</i> 37.5-25 mg.....33	TRIKAFTA PAK 75MG ...72	TURALIO .....25
<i>triamterene &amp; hydrochlorothiazide tab</i> 37.5-25 mg.....33	TRIKAFTA TAB 100-50-75MG & 150MG .....73	<i>turqoz</i> .....55
<i>triamterene &amp; hydrochlorothiazide tab</i> 75-50 mg.....33	TRIKAFTA TAB 50-25-37.5MG & 75MG .....73	<i>twice-daily clindamycin phosphate (topical)</i> .....74
TRIBENZOR see <i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab</i> 20-5-12.5 mg.....28	<i>tri-legest fe</i> .....55	TWINRIX INJ .....66
see <i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab</i> 40-10-12.5 mg .....28	TRILEPTAL see <i>oxcarbazepine</i> .....42	TYBOST .....14
see <i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab</i> 40-10-25 mg .....28	<i>tri-linyah</i> .....55	<i>tydemy</i> .....55
see <i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab</i> 40-5-12.5 mg .....28	<i>tri-lo-estarylla</i> .....55	TYENNE .....64
see <i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab</i> 40-5-25 mg .....28	<i>tri-lo-marzia</i> .....55	TYGACIL see <i>tigecycline</i> .....19
TRICOR see <i>fenofibrate</i> .....30	<i>tri-lo-mili</i> .....55	TYKERB see <i>lapatinib ditosylate</i> 23
<i>tridacaine ii</i> .....77	<i>tri-lo-sprintec</i> .....55	TYPHIM VI.....66
<i>triderm</i> .....76	<i>trimethoprim</i> .....12	<b>U</b>
<i>trientine hcl</i> .....52	<i>tri-mili</i> .....55	UBRELVY .....46
<i>tri-estarylla</i> .....55	<i>trimipramine maleate</i> .....36	UCERIS see <i>budesonide</i> .....59
<i>trifluoperazine hcl</i> .....39	TRINTELLIX .....36	UNASYN see <i>ampicillin &amp; sulbactam sodium for inj 1.5 (1-0.5) gm</i> .....18
<i>trifluridine</i> .....69	<i>tri-nymyo</i> .....55	see <i>ampicillin &amp; sulbactam sodium for inj 3 (2-1) gm</i> .....18
<i>trihexyphenidyl hcl</i> .....37	<i>tri-sprintec</i> .....55	UNASYN BULK PACK see <i>ampicillin &amp; sulbactam sodium for iv soln 15 (10-5) gm</i> .18
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 10-5-1000MG....50	TRIUMEQ PD TAB .....15	<i>unithroid</i> .....58
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 12.5-2.5-1000MG .....50	TRIUMEQ TAB .....15	UROCIT-K 10 see <i>potassium citrate (alkalinizer)</i> .....61
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 25-5-1000MG....50	<i>trivora-28</i> .....55	UROCIT-K 15 see <i>potassium citrate (alkalinizer)</i> .....61
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 5-2.5-1000MG...50	<i>tri-vylibra</i> .....55	UROXATRAL see <i>alfuzosin hcl</i> .....61
TRIKAFTA PAK 59.5MG 72	<i>tri-vylibra lo</i> .....55	URSO FORTE see <i>ursodiol</i> .....60
	TROGARZO .....14	<i>ursodiol</i> .....60
	TROPHAMINE INJ 10% .68	<b>V</b>
	<i>trospium chloride</i> .....61	VAGIFEM see <i>estradiol vaginal</i> ...55
	TRULICITY .....50	see <i>yuvafem</i> .....56
	TRUMENBA INJ .....66	<i>valacyclovir hcl</i> .....16
	TRUQAP.....25	VALCHLOR .....77
	TRUVADA see <i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 100-150 mg</i> .....15	VALCYTE see <i>valganciclovir hcl</i> ..16
	see <i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 133-200 mg</i> .....15	<i>valganciclovir hcl</i> .....16
	see <i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 167-250 mg</i> .....15	
	see <i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 200-300 mg</i> .....15	
	TRUXIMA .....25	
	TUKYSA .....25	

VALIUM		<i>vinorelbine tartrate</i> .....21
see <i>diazepam</i> .....40		<i>viorele</i> .....55
<i>valproate sodium</i> .....43	VASOTEC	VIRACEPT.....14
<i>valproic acid</i> .....43	see <i>enalapril maleate</i> ..27	VIREAD.....14
<i>valsartan</i> .....29	VELCADE	see <i>tenofovir disoproxil</i>
<i>valsartan-</i>	see <i>bortezomib</i> .....21	<i>fumarate</i> .....14
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	<i>velivet</i> .....55	VISTARIL
160-12.5 mg.....29	VELSIPITY.....64	see <i>hydroxyzine</i>
<i>valsartan-</i>	VENCLEXTA.....25	<i>pamoate</i> .....71
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	VENCLEXTA TAB START	VITRAKVI.....25
160-25 mg.....29	PK.....25	VIVELLE-DOT
<i>valsartan-</i>	<i>venlafaxine hcl</i> .....36	see <i>dotti</i> .....55
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	VENTOLIN HFA.....71	see <i>estradiol</i> .....55
320-12.5 mg.....29	VENTOLIN HFA	VIVITROL.....48
<i>valsartan-</i>	(INSTITUTIONAL PACK)	VIZIMPRO.....25
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	.....71	VONJO.....25
320-25 mg.....29	VEOZAH.....57	<i>voriconazole</i> .....13
<i>valsartan-</i>	<i>verapamil hcl</i> .....32	VOSEVI TAB.....16
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	VERELAN	VOTRIENT
80-12.5 mg.....29	see <i>verapamil hcl</i> .....32	see <i>pazopanib hcl</i> .....24
VALTOCO 10 MG DOSE 43	VERQUVO.....33	VOWST CAP.....60
VALTOCO 15 MG DOSE 43	VERSACLOZ.....39	VRAYLAR.....39
VALTOCO 20 MG DOSE 43	VERZENIO.....25	VRAYLAR CAP 1.5-3MG 39
VALTOCO 5 MG DOSE..43	VESICARE	<i>vyfemla</i> .....55
VALTREX	see <i>solifenacin succinate</i>	<i>vylibra</i> .....55
see <i>valacyclovir hcl</i> .....16	.....61	VYTORIN
VANCOCIN	<i>vestura</i> .....55	see <i>ezetimibe-</i>
see <i>vancomycin hcl</i> .....13	VFEND	<i>simvastatin tab 10-10</i>
<i>vancomycin hcl</i> .....13	see <i>voriconazole</i> .....13	<i>mg</i> .....30
VANCOMYCIN	VFEND IV	see <i>ezetimibe-</i>
HYDROCHLORIDE	see <i>voriconazole</i> .....13	<i>simvastatin tab 10-20</i>
see <i>vancomycin hcl</i> .....13	VIBRAMYCIN	<i>mg</i> .....30
VANCOMYCIN INJ 1 GM 13	see <i>doxycycline hyclate</i>	see <i>ezetimibe-</i>
VANCOMYCIN INJ 500MG	.....18	<i>simvastatin tab 10-40</i>
.....13	VIDAZA	<i>mg</i> .....30
VANCOMYCIN INJ 750MG	see <i>azacitidine</i> .....19	see <i>ezetimibe-</i>
.....13	<i>vienna</i> .....55	<i>simvastatin tab 10-80</i>
VANFLYTA.....25	<i>vigabatrin</i> .....43	<i>mg</i> .....30
VAQTA.....66	<i>vigadrone</i> .....43	VYZULTA.....70
<i>varenicline tartrate</i> .....48	VIGAFYDE.....43	<b>W</b>
<i>varenicline tartrate tab 11 x</i>	VIGAMOX	<i>warfarin sodium</i> .....62
0.5 mg & 42 x 1 mg start	see <i>moxifloxacin hcl</i>	<i>water for irrigation, sterile</i>
<i>pack</i> .....48	( <i>ophth</i> ).....69	<i>irrigation soln</i> .....77
VARIVAX.....66	<i>vigpoder</i> .....43	WELCHOL
VASCEPA.....31	VIIBRYD	see <i>colesevelam hcl</i> ....30
VASERETIC	see <i>vilazodone hcl</i> .....36	WELIREG.....20
see <i>enalapril maleate &amp;</i>	<i>vilazodone hcl</i> .....36	WELLBUTRIN SR
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	VIMPAT	see <i>bupropion hcl</i> .....35
10-25 mg.....26	see <i>lacosamide</i> .....41	WELLBUTRIN XL
	see <i>lacosamide oral</i> ....41	
	<i>vincristine sulfate</i> .....21	

<i>see bupropion hcl</i> .....	35	XPOVIO PAK (40 MG		ZEJULA .....	25
<i>wera</i> .....	55	ONCE WEEKLY).....	25	ZELBORAF .....	25
WESTAB PLUS TAB 27-		XPOVIO PAK (40 MG		ZEMAIRA.....	73
1MG .....	68	TWICE WEEKLY) .....	25	ZEMPLAR	
<i>wixela inhub</i> .....	74	XPOVIO PAK (60 MG		<i>see paricalcitol</i> .....	58
<i>wymzya fe</i> .....	55	ONCE WEEKLY).....	25	<i>zenatane</i> .....	74
<b>X</b>		XPOVIO PAK (60 MG		ZENPEP CAP 10000UNT	
XALATAN		TWICE WEEKLY) .....	25	.....	60
<i>seelatanoprost</i> .....	70	XPOVIO PAK (80 MG		ZENPEP CAP 15000UNT	
XALKORI .....	25	ONCE WEEKLY).....	25	.....	60
XANAX		XPOVIO PAK (80 MG		ZENPEP CAP 20000UNT	
<i>seealprazolam</i> .....	34	TWICE WEEKLY) .....	25	.....	60
XARELTO .....	62	XTANDI .....	20	ZENPEP CAP 25000UNT	
XARELTO STAR TAB		<i>xulane</i> .....	55	.....	60
15/20MG .....	62	XULTOPHY INJ 100/3.6	52	ZENPEP CAP 3000UNIT	60
XATMEP .....	65	XYLOCAINE		ZENPEP CAP 40000UNT	
XCOPRI.....	43	<i>see lidocaine hcl (local</i>		.....	60
XCOPRI PAK 100-150....	43	<i>anesth.)</i> .....	9	ZENPEP CAP 5000UNIT	60
XCOPRI PAK 12.5-25....	43	XYLOCAINE-MPF		ZENPEP CAP 60000UNT	
XCOPRI PAK 150-200MG		<i>see lidocaine hcl (local</i>		.....	60
(MAINTENANCE).....	43	<i>anesth.)</i> .....	9	ZESTORETIC	
XCOPRI PAK 150-200MG		<b>Y</b>		<i>see lisinopril &amp;</i>	
(TITRATION).....	43	YASMIN 28		<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
XCOPRI PAK 50-100MG	43	<i>see drospirenone-ethinyl</i>		10-12.5 mg .....	26
XDEMVY .....	69	<i>estradiol tab 3-0.03 mg</i>		<i>see lisinopril &amp;</i>	
XELJANZ.....	64	.....	53	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
XELJANZ XR.....	64	<i>see ocella</i> .....	55	20-12.5 mg .....	26
XENAZINE		<i>see syeda</i> .....	55	<i>see lisinopril &amp;</i>	
<i>see tetrabenazine</i> .....	46	<i>see zumandimine</i> .....	55	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
XERMELO .....	60	<b>YAZ</b>		20-25 mg .....	26
XGEVA .....	52	<i>see drospirenone-ethinyl</i>		ZESTRIL	
XHANCE.....	73	<i>estradiol tab 3-0.02 mg</i>		<i>see lisinopril</i> .....	27
XIFAXAN .....	60	.....	53	ZETIA	
XIGDUO XR TAB 10-1000		<i>see jasmiel</i> .....	53	<i>see ezetimibe</i> .....	30
.....	50	<i>see loryna</i> .....	54	ZIAGEN	
XIGDUO XR TAB 10-		<i>see nikki</i> .....	54	<i>see abacavir sulfat</i> e ....	14
500MG .....	50	<i>see vestura</i> .....	55	<i>zidovudine</i> .....	14
XIGDUO XR TAB 2.5-1000		YF-VAX INJ .....	66	<i>ziprasidone hcl</i> .....	39
.....	50	<i>yuvafem</i> .....	56	<i>ziprasidone mesylate</i> .....	39
XIGDUO XR TAB 5-		<b>Z</b>		ZIRABEV .....	25
1000MG .....	50	<i>zafemy</i> .....	55	ZIRGAN .....	69
XIGDUO XR TAB 5-500MG		<i>zafirlukast</i> .....	72	ZITHROMAX	
.....	50	<i>zaleplon</i> .....	45	<i>see azithromycin</i> .....	17
XIIDRA.....	70	ZANAFLEX		ZOCOR	
XOFLUZA.....	16	<i>see tizanidine hcl</i> .....	47	<i>see simvastatin</i> .....	30
XOLAIR .....	73	ZARONTIN		<i>zoledronic acid</i> .....	52
XOSPATA.....	25	<i>see ethosuximide</i> .....	41	ZOLINZA.....	25
XPOVIO PAK (100 MG		ZARXIO .....	62	ZOLOFT	
ONCE WEEKLY).....	25	ZEGALOGUE .....	56	<i>see sertraline hcl</i> .....	36

<i>zolpidem tartrate</i> .....	45	<i>zovia 1/35</i> .....	55	ZYPREXA RELPREVV...39
ZONEGRAN		ZTALMY .....	43	ZYPREXA ZYDIS
<i>see zonisamide</i> .....	43	<i>zumandimine</i> .....	55	<i>see olanzapine</i> .....
ZONISADE .....	43	ZURZUVAE .....	36	ZYTIGA
<i>zonisamide</i> .....	43	ZYDELIG .....	26	<i>see abiraterone acetate</i>
ZORTRESS		ZYKADIA .....	26	.....
<i>see everolimus</i>		ZYLET SUS 0.5-0.3%.....	68	ZYVOX
( <i>immunosuppressant</i> )		ZYPREXA		<i>see linezolid</i> .....
.....	65	<i>see olanzapine</i> .....	38	

# Aviso de no discriminación



Johns Hopkins Advantage MD (HMO) y Johns Hopkins Advantage MD (PPO) cumplen con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discriminan por motivos de raza, color, origen nacional, (incluido el dominio limitado del inglés y el idioma principal) edad, discapacidad o sexo (de acuerdo con la definición de discriminación sexual descrita en el Título 45, Sección 92.101(a)(2) del Código de Regulaciones Federales). Johns Hopkins Advantage MD no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

## Johns Hopkins Advantage MD:

- Ofrece adaptaciones razonables, ayudas y servicios auxiliares adecuados a las personas con discapacidades, incluidos intérpretes cualificados e información en formatos alternativos, como braille o letra grande, de forma gratuita y oportuna, siempre que dichas adaptaciones, ayudas y servicios, sean necesarios para garantizar la accesibilidad y la igualdad de oportunidades de participación a las personas con discapacidades.
- Ofrece servicios de asistencia lingüística, incluida la traducción electrónica y escrita de documentos y la interpretación oral, de forma gratuita y en el momento oportuno, cuando dichos servicios sean una medida razonable para proporcionar un acceso significativo a una persona con un dominio limitado del inglés.

Si necesita estos servicios, póngase en contacto con nuestro Departamento de Atención al Cliente llamando al 1-877-293-5325 (TTY: 711) o visite [www.HopkinsMedicare.com](http://www.HopkinsMedicare.com).

Si considera que Johns Hopkins Advantage MD no le ha ofrecido estos servicios o lo ha discriminado de alguna otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante: El Johns Hopkins Grievance Compliance Coordinator en 7231 Parkway Dr., Suite 100, Hanover, MD 21076, teléfono: 1-844-422-6957 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8:00 a .m. a 5:00 p. m. o 1-844-SPEAK2US (1-844-773-2528, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana), fax: 1-410-762-1527 o por correo electrónico: [compliance@jhhp.org](mailto:compliance@jhhp.org).

Puede presentar una queja en persona, o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, un coordinador de cumplimiento de Johns Hopkins Advantage MD está a su disposición para ayudarlo. También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., de manera electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf> o por correo postal o teléfono a: 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). Los formularios de quejas están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>.

## Multi-Language Insert

### Multi-language Interpreter Services

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-877-293-5325 (TTY: 711). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

**Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-877-293-5325 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-877-293-5325 (TTY: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

**Chinese Cantonese:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-877-293-5325 (TTY: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-877-293-5325 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-877-293-5325 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin

Form CMS-10802  
(Expires 12/31/25)

Y0124\_MAMultiLanguageInsert0223\_C

gọi 1-877-293-5325 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí .

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-877-293-5325 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-877-293-5325 (TTY: 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-877-293-5325 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**Arabic:** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على (TTY: 711) 1-877-293-5325. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-877-293-5325 (TTY: 711) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-877-293-5325 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portuguese:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-877-293-5325 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis

rele nou nan 1-877-293-5325 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-877-293-5325 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-877-293-5325 (TTY: 711)にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Form CMS-10802  
(Expires 12/31/25)

Y0124\_MAMultiLanguageInsert0223\_C

Johns Hopkins Advantage MD is a Medicare Advantage plan with a Medicare contract offering HMO and PPO products. Enrollment in Johns Hopkins Advantage MD depends on contract renewal.