

Advantage MD

2025



FORMULARIO Y LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS

Johns Hopkins Advantage MD (PPO)
Johns Hopkins Advantage MD Plus (PPO)

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

Número de envío de archivo de formulario aprobado por HPMS: 00024152

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 (PPO) al 1-877-293-5325, o al 711 si es usuario de TTY, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, o visite 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 (PPO) y Johns Hopkins Advantage MD Plus (PPO).

Este documento contiene una Lista de medicamentos actualizada (formulario) para nuestro plan que está vigente al 15 de octubre de 2024. Para obtener un formulario actualizado, por favor póngase en contacto 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/coaseguro pueden cambiar el 1.º de enero del 2025 y algunas veces durante el año.

¿Qué es Johns Hopkins Advantage MD (PPO) y Johns Hopkins Advantage MD Plus (PPO)?

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 a Johns Hopkins Advantage MD (PPO) y Johns Hopkins Advantage MD Plus (PPO)?”

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 la Administración de Alimentos y Medicamentos considera que un medicamento de nuestro formulario es inseguro o que el fabricante lo quita del mercado, inmediatamente sacaremos el medicamento de nuestro formulario y le notificaremos a nuestros miembros que tomen dicho 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. O bien, podemos hacer cambios con base en nuevos lineamientos clínicos. 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, o en el momento en que el miembro solicite un resurtido del medicamento, momento en el cual el miembro recibirá un suministro de 30 días del medicamento.
 - bien si hacemos estos otros cambios, usted o su médico pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento que ha estado tomando. El aviso que le proporcionemos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y también puede encontrar información en la sección siguiente titulada “¿Cómo solicito una excepción a Johns Hopkins Advantage MD (PPO) y Johns Hopkins Advantage MD Plus (PPO)?”.

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 11. 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 se muestran en la categoría “CARDIOVASCULAR - MEDICAMENTOS PARA TRATAR ENFERMEDADES DEL CORAZÓN Y LA CIRCULACIÓN”. Si sabe para qué se utiliza su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página 11. 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 76. 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 76 y busque el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿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”.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

Nuestro plan cubre tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) por tener el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. 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.

¿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 obtiene la aprobación, es posible que nuestro plan no cubra 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 10. 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 a Johns Hopkins Advantage MD (PPO) y Johns Hopkins Advantage MD Plus (PPO)?” 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 a Johns Hopkins Advantage MD (PPO) y Johns Hopkins Advantage MD Plus (PPO)?

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 cubramos un medicamento del formulario a un nivel de costo compartido más bajo, a menos que el medicamento esté en el nivel de especialidad. Si se aprueba, esto reduciría el monto que debe pagar por su medicamento.
- Puede solicitarnos que no apliquemos las restricciones de cobertura o límites sobre 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.

Octubre 2024

Y0124_PPOFormulary0724_C

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 (PPO) y Johns Hopkins Advantage MD Plus (PPO), 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>.

Johns Hopkins Advantage MD (PPO) y Johns Hopkins Advantage MD Plus (PPO)

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 76

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.

EX – Este medicamento recetado normalmente no está cubierto por un plan de medicamentos recetados de Medicare. El monto que usted paga cuando obtiene este medicamento recetado no cuenta para el costo total del medicamento (es decir, el monto que usted paga no le ayuda a calificar para una cobertura catastrófica). Además, si recibe ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, no recibirá ninguna ayuda adicional para pagar este medicamento.

* - Suministro de día no extendido. No disponible para un suministro extendido (a largo plazo)

Octubre 2024

Y0124_PPOFormulary0724_C

Johns Hopkins Advantage MD (PPO) y Plus (PPO)		
Nivel de costo compartido	Costo compartido estándar minorista (dentro de la red)	Costo compartido estándar de pedido por correo (en la red)
Nivel 1 de costo compartido (genérico preferido)	Copago de \$0 por 30 días de suministro Copago de \$0 por 60 días de suministro Copago de \$0 por 100 días de suministro	Copago de \$0 por 30 días de suministro Copago de \$0 por 60 días de suministro Copago de \$0 por 100 días de suministro
Nivel 2 de costo compartido (genérico)	Copago de \$15 por 30 días de suministro Copago de \$22.50 por 60 días de suministro Copago de \$30 por 90 días de suministro	Copago de \$15 por 30 días de suministro Copago de \$22.50 por 60 días de suministro Copago de \$30 por 90 días de suministro
Nivel 3 de costo compartido (marcas preferidas)	Copago del 25% por 30 días de suministro Copago del 25% por 60 días de suministro Copago del 25% por 90 días de suministro	Copago del 25% por 30 días de suministro Copago del 25% por 60 días de suministro Copago del 25% por 90 días de suministro
Nivel 4 de costo compartido (Medicamento no preferido)	Copago del 25% por 30 días de suministro Copago del 25% por 60 días de suministro Copago del 25% por 90 días de suministro	Copago del 25% por 30 días de suministro Copago del 25% por 60 días de suministro Copago del 25% por 90 días de suministro
Nivel 5 de costo compartido (Nivel de especialidad)	Coaseguro de 25% por 30 días de suministro (solamente)	
<p>NOTA:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Los medicamentos se proveen en un centro de cuidados a largo plazo para un suministro de hasta 31 días -Los medicamentos del nivel 5 solo están disponibles por 30 días de suministro -El pedido por correo está disponible para solicitar cómodamente un suministro de hasta 100 días de medicamentos del Nivel 1 y un suministro de 90 días de medicamentos del Nivel 2 al Nivel 4. 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 		

Cobertura de medicamentos adicionales

Advantage MD cubre los siguientes medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare. Estos medicamentos excluidos cubiertos están incluidos en el Nivel 2 e incluyen ciertas vitaminas con receta, medicamentos para la tos y el resfriado, y medicamentos para la disfunción eréctil.

Importante: Los costos de medicamentos excluidos que normalmente no están cubiertos por un plan de medicamentos recetados de Medicare no se contabilizarán para los costos totales de medicamentos recetados de Medicare ni para los gastos anuales de bolsillo.

Nombre del medicamento	Requisitos del medicamento/ Niveles	Límites
<i>Tos y resfriado</i>		
Benzonatato 150 mg Cápsula oral	2	EX
Benzonatato Cáp de 100 mg	2	EX
Benzonatato Cáp de 200 mg	2	EX
Brom/Pse/Dm Jarabe 2/30/10	2	EX
Fosfato de codeína 2 mg/ml / Clorhidrato de fenilefrina 1 mg/ml / Clorhidrato de prometazina 1.25 mg/ml Solución oral	2	EX
Prometh VC Aerosol 6.25-5/5	2	EX
Prometh/Cod Sol 6.25-10	2	EX
Prometazina Sol DM	2	EX

Nombre del medicamento	Requisitos del medicamento/ Niveles	Límites
<i>Salud masculina</i>		
Sildenafil Tableta de 100 mg QL (6 tabletas/30 días)	2	QL EX
Sildenafil Tableta de 25 mg QL (6 tabletas/30 días)	2	QL EX
Sildenafil Tableta de 50 mg QL (6 tabletas/30 días)	2	QL EX
<i>Vitaminas recetadas</i>		
Ácido fólico Tableta de 1 mg	2	EX
Dodex inyectable	2	EX
Nascobal Aerosol 500 mcg	2	EX
Vitamina B12 1 mg/ml Inyectable Solución	2	EX
Vitamina D2 Cáp 50,000 IU	2	EX

Octubre 2024

Y0124_PPOFormulary0724_C

Johns Hopkins Advantage MD (PPO)

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES

ANALGESICS - DRUGS TO TREAT PAIN AND INFLAMMATION

GOUT - DRUGS TO TREAT GOUT

<i>allopurinol</i> TABS 100mg, 300mg	Tier 1	
<i>colchicine</i> (generic of MITIGARE) CAPS .6mg QL (60 caps / 30 days)	Tier 2	QL
<i>colchicine</i> TABS .6mg QL (120 tabs / 30 days)	Tier 2	QL
<i>colchicine w/ probenecid tab</i> 0.5-500 mg MITIGARE CAPS .6mg QL (60 caps / 30 days)	Tier 2 Tier 3	QL
<i>probenecid</i> TABS 500mg	Tier 2	

MISCELLANEOUS

<i>lidocaine hcl</i> (local anesth.) (generic of XYLOCAINE-MPF) SOLN .5%, 1%, 1.5%	Tier 2	B/D
<i>lidocaine hcl</i> (local anesth.) (generic of XYLOCAINE) SOLN .5%, 1%, 2%	Tier 2	B/D

NSAIDS - DRUGS TO TREAT PAIN AND INFLAMMATION

<i>celecoxib</i> (generic of CELEBREX) CAPS 50mg, 100mg, 200mg QL (60 caps / 30 days)	Tier 2	QL
<i>celecoxib</i> (generic of CELEBREX) CAPS 400mg QL (30 caps / 30 days)	Tier 2	QL
<i>diclofenac potassium</i> TABS 50mg QL (120 tabs / 30 days)	Tier 2	QL
<i>diclofenac sodium</i> TB24 100mg; TBEC 25mg, 50mg, 75mg	Tier 2	
<i>diflunisal</i> TABS 500mg	Tier 2	
<i>etodolac</i> CAPS 200mg, 300mg; TABS 500mg; TB24 400mg, 500mg, 600mg	Tier 2	
<i>etodolac</i> (generic of LODINE) TABS 400mg	Tier 2	

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES

<i>flurbiprofen</i> TABS 100mg	Tier 2	
<i>ibu</i> TABS 400mg, 600mg, 800mg	Tier 1	
<i>ibuprofen</i> SUSP 100mg/5ml	Tier 2	
<i>ibuprofen</i> TABS 400mg, 600mg, 800mg	Tier 1	
<i>meloxicam</i> TABS 7.5mg, 15mg	Tier 1	
<i>nabumetone</i> TABS 500mg, 750mg	Tier 1	
<i>naproxen</i> TABS 250mg, 375mg	Tier 1	
<i>naproxen</i> (generic of NAPROSYN) TABS 500mg	Tier 1	
<i>naproxen</i> (generic of EC-NAPROSYN) TBEC 375mg QL (120 tabs / 30 days)	Tier 2	QL
<i>naproxen dr</i> (generic of EC-NAPROSYN) TBEC 500mg QL (90 tabs / 30 days)	Tier 2	QL
<i>naproxen sodium</i> TABS 275mg	Tier 2	
<i>naproxen sodium</i> (generic of ANAPROX DS) TABS 550mg	Tier 2	
<i>piroxicam</i> CAPS 10mg, 20mg	Tier 2	
<i>sulindac</i> TABS 150mg, 200mg	Tier 2	

OPIOID ANALGESICS, LONG-ACTING

<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)	Tier 2	QL PA
<i>hydrocodone bitartrate</i> T24A 20mg, 30mg, 40mg, 60mg, 80mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 2	QL PA
<i>hydrocodone bitartrate</i> T24A 100mg, 120mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL PA
<i>methadone hcl</i> SOLN 5mg/5ml, 10mg/5ml QL (450 mL / 30 days)	Tier 2	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 * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES			
<i>methadone hcl</i> TABS 5mg, 10mg	Tier 2	QL	PA
QL (90 tabs / 30 days)			
<i>methadone hydrochloride i</i> (generic of METHADOSE) CONC 10mg/ml	Tier 2	QL	PA
QL (90 mL / 30 days)			
<i>morphine sulfate</i> (generic of MS CONTIN) TBCR 15mg, 30mg, 60mg, 100mg, 200mg	Tier 2	QL	PA
QL (90 tabs / 30 days)			
OPIOID ANALGESICS, SHORT-ACTING			
<i>acetaminophen w/ codeine soln</i> 120-12 mg/5ml	Tier 2	QL	
QL (2700 mL / 30 days)			
<i>acetaminophen w/ codeine tab</i> 300-15 mg	Tier 2	QL	
QL (400 tabs / 30 days)			
<i>acetaminophen w/ codeine tab</i> 300-30 mg	Tier 2	QL	
QL (360 tabs / 30 days)			
<i>acetaminophen w/ codeine tab</i> 300-60 mg	Tier 2	QL	
QL (180 tabs / 30 days)			
<i>butorphanol tartrate</i> SOLN 1mg/ml, 2mg/ml	Tier 4		
<i>endocet tab</i> 2.5-325mg (generic of PERCOCET)	Tier 2	QL	
QL (360 tabs / 30 days)			
<i>endocet tab</i> 5-325mg (generic of PERCOCET)	Tier 2	QL	
QL (360 tabs / 30 days)			
<i>endocet tab</i> 7.5-325mg (generic of PERCOCET)	Tier 2	QL	
QL (240 tabs / 30 days)			
<i>endocet tab</i> 10-325mg (generic of PERCOCET)	Tier 2	QL	
QL (180 tabs / 30 days)			

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES			
<i>fentanyl citrate</i> LPOP 200mcg	Tier 2	QL	PA
QL (120 lozenges / 30 days)			
<i>fentanyl citrate</i> LPOP 400mcg, 600mcg, 800mcg, 1200mcg, 1600mcg	Tier 5	* QL	PA
QL (120 lozenges / 30 days)			
<i>hydrocodone-acetaminophen soln</i> 7.5-325 mg/15ml	Tier 2	QL	
QL (2700 mL / 30 days)			
<i>hydrocodone-acetaminophen tab</i> 5-325 mg	Tier 2	QL	
QL (240 tabs / 30 days)			
<i>hydrocodone-acetaminophen tab</i> 7.5-325 mg	Tier 2	QL	
QL (180 tabs / 30 days)			
<i>hydrocodone-acetaminophen tab</i> 10-325 mg	Tier 2	QL	
QL (180 tabs / 30 days)			
<i>hydrocodone-ibuprofen tab</i> 7.5-200 mg	Tier 2	QL	
QL (150 tabs / 30 days)			
<i>hydromorphone hcl</i> (generic of DILAUDID) LIQD 1mg/ml	Tier 2	QL	
QL (600 mL / 30 days)			
<i>hydromorphone hcl</i> (generic of DILAUDID) TABS 2mg, 4mg, 8mg	Tier 2	QL	
QL (180 tabs / 30 days)			
<i>morphine sulfate</i> SOLN 4mg/ml, 8mg/ml, 10mg/ml	Tier 4	B/D	
<i>morphine sulfate</i> SOLN 10mg/5ml, 20mg/5ml	Tier 2	QL	
QL (900 mL / 30 days)			
<i>morphine sulfate</i> SOLN 100mg/5ml	Tier 2	QL	
QL (180 mL / 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 * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES			
<i>morphine sulfate</i> TABS 15mg, 30mg QL (180 tabs / 30 days)	Tier 2	QL	
<i>nalbuphine hcl</i> SOLN 10mg/ml, 20mg/ml	Tier 4		
<i>oxycodone hcl</i> CONC 100mg/5ml QL (180 mL / 30 days)	Tier 2	QL	
<i>oxycodone hcl</i> SOLN 5mg/5ml QL (900 mL / 30 days)	Tier 2	QL	
<i>oxycodone hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg QL (180 tabs / 30 days)	Tier 2	QL	
<i>oxycodone hcl</i> (generic of ROXICODONE) TABS 15mg, 30mg QL (180 tabs / 30 days)	Tier 2	QL	
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 2.5-325 mg</i> (generic of PERCOCET) QL (360 tabs / 30 days)	Tier 2	QL	
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 5-325 mg</i> (generic of PERCOCET) QL (360 tabs / 30 days)	Tier 2	QL	
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 7.5-325 mg</i> (generic of PERCOCET) QL (240 tabs / 30 days)	Tier 2	QL	
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 10-325 mg</i> (generic of PERCOCET) QL (180 tabs / 30 days)	Tier 2	QL	
<i>tramadol hcl</i> TABS 50mg QL (240 tabs / 30 days)	Tier 2	QL	
<i>tramadol-acetaminophen tab 37.5-325 mg</i> QL (240 tabs / 30 days)	Tier 2	QL	

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES			
ANTI-INFECTIVES - DRUGS TO TREAT INFECTIONS			
ANTI-INFECTIVES - MISCELLANEOUS			
<i>albendazole</i> TABS 200mg QL (672 tabs / year)	Tier 5	* QL PA	
<i>amikacin sulfate</i> SOLN 1gm/4ml, 500mg/2ml	Tier 2		
ARIKAYCE SUSP 590mg/8.4ml	Tier 5	* NM PA	
<i>atovaquone</i> (generic of MEPRON) SUSP 750mg/5ml QL (300 mL / 30 days)	Tier 2	QL PA	
<i>aztreonam</i> (generic of AZACTAM) SOLR 1gm, 2gm	Tier 2		
CAYSTON SOLR 75mg	Tier 5	* NM PA	
<i>clindamycin hcl</i> (generic of CLEOCIN) CAPS 75mg, 150mg, 300mg	Tier 1		
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i> (generic of CLEOCIN PEDIATRIC GRANULE) SOLR 75mg/5ml	Tier 2		
<i>clindamycin phosphate</i> (generic of CLEOCIN PHOSPHATE) SOLN 900mg/6ml, 9000mg/60ml	Tier 2		
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 300 mg/50ml</i>	Tier 2		
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 600 mg/50ml</i>	Tier 2		
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 900 mg/50ml</i>	Tier 2		
CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML	Tier 4		
CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML	Tier 4		
CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML	Tier 4		
<i>colistimethate sodium</i> (generic of COLY-MYCIN M) SOLR 150mg	Tier 2		
<i>dapsone</i> TABS 25mg, 100mg	Tier 2		
DAPTOMYCIN SOLR 350mg	Tier 5	*	

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>daptomycin</i> (generic of DAPTOMYCIN) SOLR 350mg	Tier 5	*
<i>daptomycin</i> SOLR 500mg	Tier 5	*
EMVERM CHEW 100mg QL (12 tabs / year)	Tier 5	* QL
<i>ertapenem sodium</i> SOLR 1gm	Tier 2	
<i>gentamicin in saline inj 0.8 mg/ml</i>	Tier 2	
<i>gentamicin in saline inj 1 mg/ml</i>	Tier 2	
<i>gentamicin in saline inj 1.2 mg/ml</i>	Tier 2	
<i>gentamicin in saline inj 1.6 mg/ml</i>	Tier 2	
<i>gentamicin in saline inj 2 mg/ml</i>	Tier 2	
<i>gentamicin sulfate</i> SOLN 10mg/ml, 40mg/ml	Tier 2	
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln 250 mg</i>	Tier 2	
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln 500 mg</i> (generic of PRIMAXIN IV)	Tier 2	
IMPAVIDO CAPS 50mg	Tier 5	* PA
<i>ivermectin</i> (generic of STROMECTOL) TABS 3mg QL (12 tabs / 90 days)	Tier 2	QL PA
<i>linezolid</i> (generic of ZYVOX) SOLN 600mg/300ml	Tier 2	
<i>linezolid</i> (generic of ZYVOX) SUSR 100mg/5ml QL (1800 mL / 30 days)	Tier 5	* QL
<i>linezolid</i> (generic of ZYVOX) TABS 600mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 2	QL
LINEZOLID INJ 2MG/ML	Tier 4	
<i>meropenem</i> SOLR 1gm, 500mg	Tier 2	
<i>methenamine hippurate</i> (generic of HIPREX) TABS 1gm	Tier 2	
<i>metronidazole</i> (generic of METRONIDAZOLE) SOLN 500mg/100ml	Tier 2	
<i>metronidazole</i> TABS 250mg, 500mg	Tier 1	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>neomycin sulfate</i> TABS 500mg	Tier 2	
<i>nitazoxanide</i> TABS 500mg QL (6 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> (generic of MACRODANTIN) CAPS 50mg, 100mg	Tier 3	
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i> (generic of MACROBID) CAPS 100mg	Tier 3	
<i>pentamidine isethionate inh</i> (generic of NEBUPENT) SOLR 300mg	Tier 2	B/D
<i>pentamidine isethionate inj</i> (generic of PENTAM 300) SOLR 300mg	Tier 2	
<i>polymyxin b sulfate</i> SOLR 500000unit	Tier 2	
<i>praziquantel</i> (generic of BILTRICIDE) TABS 600mg	Tier 2	
<i>pyrimethamine</i> (generic of DARAPRIM) TABS 25mg QL (90 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL PA
<i>streptomycin sulfate</i> SOLR 1gm	Tier 5	*
<i>sulfadiazine</i> TABS 500mg	Tier 5	*
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim iv soln 400-80 mg/5ml</i>	Tier 2	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim susp 200-40 mg/5ml</i>	Tier 2	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab 400-80 mg</i> (generic of BACTRIM)	Tier 1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab 800-160 mg</i> (generic of BACTRIM DS)	Tier 1	
<i>tinidazole</i> TABS 250mg, 500mg	Tier 2	
TOBI PODHALER CAPS 28mg	Tier 5	* NM PA
<i>tobramycin</i> (generic of KITABIS PAK) NEBU 300mg/5ml	Tier 5	* 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 * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES			
<i>tobramycin sulfate</i> SOLN	Tier 2		
1.2gm/30ml, 10mg/ml, 40mg/ml, 80mg/2ml			
<i>trimethoprim</i> TABS 100mg	Tier 2		
<i>vancomycin hcl</i> (generic of VANCOGIN) CAPS 125mg	Tier 2	QL	
QL (80 caps / 180 days)			
<i>vancomycin hcl</i> (generic of VANCOGIN) CAPS 250mg	Tier 2	QL	
QL (160 caps / 180 days)			
<i>vancomycin hcl</i> (generic of VANCOMYCIN HYDROCHLORIDE) SOLR	Tier 2		
1.25gm			
<i>vancomycin hcl</i> SOLR	Tier 2		
1gm, 1.5gm, 5gm, 10gm, 500mg, 750mg			
VANCOMYCIN INJ 1 GM	Tier 4		
VANCOMYCIN INJ 500MG	Tier 4		
VANCOMYCIN INJ 750MG	Tier 4		
ANTIFUNGALS - DRUGS TO TREAT FUNGAL INFECTIONS			
ABELCET SUSP 5mg/ml	Tier 4	B/D	
<i>amphotericin b</i> SOLR 50mg	Tier 2	B/D	
<i>amphotericin b liposome</i> (generic of AMBISOME) SUSR 50mg	Tier 5	* B/D	
<i>caspofungin acetate</i> (generic of CANCIDAS) SOLR 50mg, 70mg	Tier 2		
<i>fluconazole</i> SUSR 10mg/ml; TABS 50mg	Tier 2		
<i>fluconazole</i> (generic of DIFLUCAN) SUSR 40mg/ml; TABS 100mg, 150mg, 200mg	Tier 2		
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj</i> 200 mg/100ml	Tier 2		
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj</i> 400 mg/200ml	Tier 2		
<i>flucytosine</i> (generic of ANCOBON) CAPS 250mg, 500mg	Tier 5	* PA	
<i>griseofulvin microsize</i> SUSP 125mg/5ml; TABS 500mg	Tier 2		

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES			
<i>griseofulvin ultramicrosize</i> TABS 125mg, 250mg	Tier 2		
<i>itraconazole</i> (generic of SPORANOX) CAPS 100mg	Tier 2	PA	
<i>ketoconazole</i> TABS 200mg	Tier 2	PA	
<i>miconazole sodium</i> (generic of MYCAMINE) SOLR 50mg, 100mg	Tier 2		
<i>nystatin</i> TABS 500000unit	Tier 2		
<i>posaconazole</i> (generic of NOXAFIL) SUSP 40mg/ml	Tier 5	* QL PA	
QL (630 mL / 30 days)			
<i>posaconazole</i> (generic of NOXAFIL) TBEC 100mg	Tier 5	* QL PA	
QL (93 tabs / 30 days)			
<i>terbinafine hcl</i> TABS 250mg	Tier 1	QL PA	
QL (30 tabs / 30 days)			
PA applies after a 90 day supply in a calendar year			
<i>voriconazole</i> (generic of VFEND IV) SOLR 200mg	Tier 2	PA	
<i>voriconazole</i> (generic of VFEND) SUSR 40mg/ml	Tier 5	* QL PA	
QL (600 mL / 28 days)			
<i>voriconazole</i> (generic of VFEND) TABS 50mg	Tier 2	QL	
QL (480 tabs / 30 days)			
<i>voriconazole</i> (generic of VFEND) TABS 200mg	Tier 2	QL	
QL (120 tabs / 30 days)			
ANTIMALARIALS - DRUGS TO TREAT MALARIA			
<i>atovaquone-proguanil hcl</i> tab 62.5-25 mg (generic of MALARONE)	Tier 2		
<i>atovaquone-proguanil hcl</i> tab 250-100 mg (generic of MALARONE)	Tier 2		
<i>chloroquine phosphate</i> TABS 250mg, 500mg	Tier 2		
COARTEM TAB 20-120MG	Tier 4		
<i>mefloquine hcl</i> TABS 250mg	Tier 2		

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
PRIMAQUINE PHOSPHATE TABS 26.3mg	Tier 3	
<i>primaquine phosphate</i> (generic of PRIMAQUINE PHOSPHATE) TABS 26.3mg	Tier 2	
<i>quinine sulfate</i> (generic of QUALAQUIN) CAPS 324mg	Tier 2	PA
ANTIRETROVIRAL AGENTS - DRUGS TO SUPPRESS HIV/AIDS INFECTION		
<i>abacavir sulfate</i> (generic of ZIAGEN) SOLN 20mg/ml	Tier 2	NM
<i>abacavir sulfate</i> TABS 300mg	Tier 2	NM
APTIVUS CAPS 250mg	Tier 5	* NM
<i>atazanavir sulfate</i> CAPS 150mg	Tier 2	NM
<i>atazanavir sulfate</i> (generic of REYATAZ) CAPS 200mg, 300mg	Tier 2	NM
<i>darunavir</i> (generic of PREZISTA) TABS 600mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM
<i>darunavir</i> (generic of PREZISTA) TABS 800mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM
EDURANT TABS 25mg	Tier 5	* NM
<i>efavirenz</i> (generic of SUSTIVA) TABS 600mg	Tier 2	NM
<i>emtricitabine</i> (generic of EMTRIVA) CAPS 200mg	Tier 2	NM
EMTRIVA SOLN 10mg/ml	Tier 4	NM
<i>etravirine</i> (generic of INTELENCE) TABS 100mg, 200mg	Tier 5	* NM
<i>fosamprenavir calcium</i> (generic of LEXIVA) TABS 700mg	Tier 5	* NM
FUZEON SOLR 90mg	Tier 5	* NM
INTELENCE TABS 25mg	Tier 4	NM
ISENTRESS CHEW 25mg	Tier 4	NM
ISENTRESS CHEW 100mg; PACK 100mg; TABS 400mg	Tier 5	* NM
ISENTRESS HD TABS 600mg	Tier 5	* NM

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>lamivudine</i> (generic of EPIVIR) SOLN 10mg/ml; TABS 150mg, 300mg	Tier 2	NM
<i>maraviroc</i> (generic of SELZENTRY) TABS 150mg, 300mg	Tier 5	* NM
<i>nevirapine</i> SUSP 50mg/5ml; TABS 200mg; TB24 400mg	Tier 2	NM
NORVIR PACK 100mg	Tier 4	NM
PIFELTRO TABS 100mg	Tier 5	* NM
PREZISTA SUSP 100mg/ml QL (400 mL / 30 days)	Tier 5	* QL NM
PREZISTA TABS 75mg QL (480 tabs / 30 days)	Tier 4	QL NM
PREZISTA TABS 150mg QL (240 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM
REYATAZ PACK 50mg	Tier 5	* NM
<i>ritonavir</i> (generic of NORVIR) TABS 100mg	Tier 2	NM
RUKOBIA TB12 600mg	Tier 5	* NM
SELZENTRY SOLN 20mg/ml; TABS 75mg	Tier 5	* NM
SELZENTRY TABS 25mg	Tier 4	NM
SUNLENCA TBPK 300mg	Tier 5	* NM
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> (generic of VIREAD) TABS 300mg	Tier 2	NM
TIVICAY TABS 10mg	Tier 3	NM
TIVICAY TABS 25mg, 50mg	Tier 5	* NM
TIVICAY PD TBSO 5mg	Tier 5	* NM
TROGARZO SOLN 200mg/1.33ml	Tier 5	* NM
TYBOST TABS 150mg	Tier 3	NM
VIRACEPT TABS 250mg, 625mg	Tier 5	* NM
VIREAD POWD 40mg/gm; TABS 150mg, 200mg, 250mg	Tier 5	* NM
<i>zidovudine</i> (generic of RETROVIR) CAPS 100mg; SYRP 50mg/5ml	Tier 2	NM
<i>zidovudine</i> TABS 300mg	Tier 2	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 * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

**NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS /
LIMITES**

**ANTIRETROVIRAL COMBINATION
AGENTS - DRUGS TO SUPPRESS
HIV/AIDS INFECTION**

<i>abacavir sulfate-lamivudine tab 600-300 mg (generic of EPZICOM)</i>	Tier 2	NM
BIKTARVY TAB 30-120-15 MG	Tier 5	* NM
BIKTARVY TAB 50-200-25 MG	Tier 5	* NM
CIMDUO TAB 300-300	Tier 5	* NM
COMPLERA TAB	Tier 5	* NM
DELSTRIGO TAB	Tier 5	* NM
DESCOVY TAB 120-15MG QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM
DESCOVY TAB 200/25MG QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM
DOVATO TAB 50-300MG	Tier 5	* NM
<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab 600-200-300 mg (generic of ATRIPLA)</i>	Tier 5	* NM
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 400-300-300 mg (generic of SYMFI LO)</i>	Tier 5	* NM
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 600-300-300 mg (generic of SYMFI)</i>	Tier 5	* NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 100-150 mg (generic of TRUVADA) QL (30 tabs / 30 days)</i>	Tier 5	* QL NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 133-200 mg (generic of TRUVADA) QL (30 tabs / 30 days)</i>	Tier 5	* QL NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 167-250 mg (generic of TRUVADA) QL (30 tabs / 30 days)</i>	Tier 5	* QL NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 200-300 mg (generic of TRUVADA) QL (30 tabs / 30 days)</i>	Tier 2	QL NM
EVOTAZ TAB 300-150	Tier 5	* NM

**NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS /
LIMITES**

GENVOYA TAB	Tier 5	* NM
JULUCA TAB 50-25MG	Tier 5	* NM
<i>lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg</i>	Tier 2	NM
<i>lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80-20 mg/ml) (generic of KALETRA)</i>	Tier 2	NM
<i>lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg (generic of KALETRA)</i>	Tier 2	NM
<i>lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg (generic of KALETRA)</i>	Tier 2	NM
ODEFSEY TAB	Tier 5	* NM
PREZCOBIX TAB 800-150	Tier 5	* NM
STRIBILD TAB	Tier 5	* NM
SYMTUZA TAB	Tier 5	* NM
TRIUMEQ PD TAB	Tier 3	NM
TRIUMEQ TAB	Tier 5	* NM
ANTITUBERCULAR AGENTS - DRUGS TO TREAT TUBERCULOSIS		
<i>cycloserine CAPS 250mg</i>	Tier 5	*
<i>ethambutol hcl TABS 100mg, 400mg</i>	Tier 2	
<i>isoniazid SYRP 50mg/5ml</i>	Tier 2	
<i>isoniazid TABS 100mg, 300mg</i>	Tier 1	
PRIFTIN TABS 150mg	Tier 4	
<i>pyrazinamide TABS 500mg</i>	Tier 2	
<i>rifabutin (generic of MYCOBUTIN) CAPS 150mg</i>	Tier 2	
<i>rifampin CAPS 150mg, 300mg</i>	Tier 2	
<i>rifampin (generic of RIFADIN) SOLR 600mg</i>	Tier 2	
SIRTURO TABS 20mg, 100mg	Tier 5	* NM PA
TRECTOR TABS 250mg	Tier 4	
ANTIVIRALS - DRUGS TO TREAT VIRAL INFECTIONS		
<i>acyclovir CAPS 200mg; TABS 400mg, 800mg</i>	Tier 1	
<i>acyclovir SUSP 200mg/5ml</i>	Tier 2	
<i>acyclovir sodium SOLN 50mg/ml</i>	Tier 2	B/D
<i>adefovir dipivoxil TABS 10mg</i>	Tier 2	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 * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES		
BARACLUDE SOLN .05mg/ml	Tier 5	* NM ST
<i>entecavir</i> (generic of BARACLUDE) TABS .5mg, 1mg	Tier 2	NM
EPCLUSA PAK 150-37.5	Tier 5	* NM PA
EPCLUSA PAK 200-50MG	Tier 5	* NM PA
EPCLUSA TAB 200-50MG	Tier 5	* NM PA
EPCLUSA TAB 400-100	Tier 5	* NM PA
<i>famciclovir</i> TABS 125mg, 250mg, 500mg	Tier 2	
<i>ganciclovir sodium</i> SOLR 500mg	Tier 2	B/D
HARVONI PAK 33.75-150MG	Tier 5	* NM PA
HARVONI PAK 45-200MG	Tier 5	* NM PA
HARVONI TAB 45-200MG	Tier 5	* NM PA
HARVONI TAB 90-400MG	Tier 5	* NM PA
<i>lamivudine (hbv)</i> TABS 100mg	Tier 2	NM
LIVTENCITY TABS 200mg QL (336 tabs / 28 days)	Tier 5	* QL NM PA
MAVYRET PAK 50-20MG	Tier 5	* NM PA
MAVYRET TAB 100-40MG	Tier 5	* NM PA
<i>oseltamivir phosphate</i> (generic of TAMIFLU) CAPS 30mg QL (168 caps / year)	Tier 2	QL
<i>oseltamivir phosphate</i> (generic of TAMIFLU) CAPS 45mg, 75mg QL (84 caps / year)	Tier 2	QL
<i>oseltamivir phosphate</i> (generic of TAMIFLU) SUSR 6mg/ml QL (1080 mL / year)	Tier 2	QL
PAXLOVID TAB 150-100 QL (40 tabs / 90 days)	Tier 5	* QL
PAXLOVID TAB 300-100 QL (60 tabs / 90 days)	Tier 5	* QL
PEGASYS SOLN 180mcg/ml; SOSY 180mcg/0.5ml	Tier 5	* NM PA
PREVYMIS TABS 240mg, 480mg QL (28 tabs / 28 days)	Tier 5	* QL PA

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

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES	
<i>cefprozil</i> SUSR 125mg/5ml, Tier 2 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg	
<i>ceftazidime</i> SOLR 1gm, Tier 2 2gm, 6gm	
<i>ceftriaxone sodium</i> SOLR Tier 2 1gm, 2gm, 10gm, 250mg, 500mg	
<i>cefuroxime axetil</i> TABS Tier 2 250mg, 500mg	
<i>cefuroxime sodium</i> SOLR Tier 2 1.5gm, 750mg	
<i>cephalexin</i> CAPS 250mg, Tier 1 500mg	
<i>cephalexin</i> SUSR Tier 2 125mg/5ml, 250mg/5ml	
<i>tazicef</i> SOLR 1gm, 2gm, Tier 2 6gm	
TEFLARO SOLR 400mg, Tier 5 * 600mg	
ERYTHROMYCINS/MACROLIDES - DRUGS TO TREAT INFECTIONS	
<i>azithromycin</i> PACK 1gm Tier 2	
<i>azithromycin</i> (generic of Tier 2 ZITHROMAX) SOLR 500mg; SUSR 100mg/5ml, 200mg/5ml	
<i>azithromycin</i> (generic of Tier 1 ZITHROMAX) TABS 250mg, 500mg	
<i>azithromycin</i> TABS 600mg Tier 1	
<i>clarithromycin</i> SUSR Tier 2 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg	
<i>clarithromycin</i> (generic of Tier 2 BIAXIN XL) TB24 500mg	
DIFICID SUSR 40mg/ml; Tier 5 * TABS 200mg	
e.e.s. 400 TABS 400mg Tier 2	
<i>ery-tab</i> TBEC 250mg, Tier 2 333mg, 500mg	
ERYTHROCIN Tier 4 LACTOBIONATE SOLR 500mg	
<i>erythromycin base</i> CPEP Tier 2 250mg; TABS 250mg, 500mg; TBEC 250mg, 333mg, 500mg	

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> Tier 2 TABS 400mg	
<i>erythromycin lactobionate</i> Tier 2 (generic of ERYTHROCIN LACTOBIONATE) SOLR 500mg	
FLUOROQUINOLONAS - DRUGS TO TREAT INFECTIONS	
<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml</i> Tier 2 <i>in d5w</i>	
<i>ciprofloxacin 400 mg/200ml</i> Tier 2 <i>in d5w</i>	
<i>ciprofloxacin hcl</i> (generic of Tier 1 CIPRO) TABS 250mg, 500mg	
<i>ciprofloxacin hcl</i> TABS Tier 1 750mg	
<i>levofloxacin</i> SOLN 25mg/ml Tier 2	
<i>levofloxacin</i> TABS 250mg, Tier 1 500mg, 750mg	
<i>levofloxacin in d5w iv soln</i> Tier 2 250 mg/50ml	
<i>levofloxacin in d5w iv soln</i> Tier 2 500 mg/100ml	
<i>levofloxacin in d5w iv soln</i> Tier 2 750 mg/150ml	
<i>moxifloxacin hcl</i> TABS Tier 2 400mg	
<i>moxifloxacin hcl 400</i> Tier 2 <i>mg/250ml in sodium</i> <i>chloride 0.8% inj</i>	
PENICILLINS - DRUGS TO TREAT INFECTIONS	
<i>amoxicillin</i> CAPS 250mg, Tier 1 500mg; SUSR 125mg/5ml, 200mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 500mg, 875mg	
<i>amoxicillin</i> CHEW 125mg, Tier 2 250mg	
<i>amoxicillin</i> (generic of Tier 1 AMOXICILLIN) SUSR 400mg/5ml	
<i>amoxicillin & k clavulanate</i> Tier 2 <i>chew tab 400-57 mg</i>	
<i>amoxicillin & k clavulanate</i> Tier 2 <i>for susp 200-28.5 mg/5ml</i>	
<i>amoxicillin & k clavulanate</i> Tier 2 <i>for susp 250-62.5 mg/5ml</i>	

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 400-57 mg/5ml</i>	Tier 2
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 600-42.9 mg/5ml (generic of AUGMENTIN ES-600)</i>	Tier 2
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 250-125 mg</i>	Tier 2
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 500-125 mg (generic of AUGMENTIN)</i>	Tier 2
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 875-125 mg</i>	Tier 2
<i>amoxicillin & k clavulanate tab er 12hr 1000-62.5 mg</i>	Tier 2
<i>ampicillin CAPS 500mg</i>	Tier 1
<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 1.5 (1-0.5) gm (generic of UNASYN)</i>	Tier 2
<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 3 (2-1) gm (generic of UNASYN)</i>	Tier 2
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 1.5 (1-0.5) gm</i>	Tier 2
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 3 (2-1) gm</i>	Tier 2
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 15 (10-5) gm (generic of UNASYN BULK PACK)</i>	Tier 2
<i>ampicillin sodium SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 125mg, 250mg, 500mg</i>	Tier 2
<i>BICILLIN L-A SUSY 600000unit/ml, 1200000unit/2ml, 2400000unit/4ml</i>	Tier 4
<i>dicloxacillin sodium CAPS 250mg, 500mg</i>	Tier 2
<i>nafcillin sodium SOLR 1gm, 2gm</i>	Tier 2
<i>nafcillin sodium SOLR 10gm</i>	Tier 5 *
<i>oxacillin sodium SOLR 1gm, 2gm, 10gm</i>	Tier 2
<i>penicillin g potassium SOLR 5000000unit, 20000000unit</i>	Tier 2

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES	
<i>penicillin g sodium SOLR 5000000unit</i>	Tier 2
<i>penicillin v potassium SOLR 125mg/5ml, 250mg/5ml</i>	Tier 2
<i>penicillin v potassium TABS 250mg, 500mg</i>	Tier 1
<i>pfizerpen SOLR 5000000unit, 20000000unit</i>	Tier 2
<i>piperacillin sod-tazobactam na for inj 3.375 gm (3-0.375 gm)</i>	Tier 2
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 2.25 gm (2-0.25 gm)</i>	Tier 2
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 4.5 gm (4-0.5 gm)</i>	Tier 2
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 13.5 gm (12-1.5 gm)</i>	Tier 2
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 40.5 gm (36-4.5 gm)</i>	Tier 2
TETRACYCLINES - DRUGS TO TREAT INFECTIONS	
<i>doxy 100 SOLR 100mg</i>	Tier 2
<i>doxycycline (monohydrate) CAPS 50mg, 100mg; SUSR 25mg/5ml; TABS 50mg, 75mg, 100mg</i>	Tier 2
<i>doxycycline hyclate CAPS 50mg; SOLR 100mg; TABS 20mg, 100mg</i>	Tier 2
<i>doxycycline hyclate (generic of VIBRAMYCIN) CAPS 100mg</i>	Tier 2
<i>minocycline hcl CAPS 50mg, 75mg, 100mg</i>	Tier 2
<i>NUZYRA SOLR 100mg</i>	Tier 5 * NM
<i>NUZYRA TABS 150mg QL (30 tabs / 14 days)</i>	Tier 5 * QL NM
<i>tetracycline hcl CAPS 250mg, 500mg</i>	Tier 2
<i>tigecycline (generic of TYGACIL) SOLR 50mg</i>	Tier 5 *

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES

ANTINEOPLASTIC AGENTS - DRUGS TO TREAT CANCER

ALKYLATING AGENTS

BENDAMUSTINE HYDROCHLORID SOLN 100mg/4ml	Tier 5	* B/D NM
BENDEKA SOLN 100mg/4ml	Tier 5	* B/D NM
<i>carboplatin</i> SOLN 50mg/5ml, 150mg/15ml, 450mg/45ml, 600mg/60ml	Tier 2	B/D
<i>cisplatin</i> SOLN 50mg/50ml, 100mg/100ml, 200mg/200ml	Tier 2	B/D
<i>cyclophosphamide</i> CAPS 25mg, 50mg; SOLR 1gm, 500mg	Tier 2	B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 1gm/5ml, 500mg/2.5ml, 500mg/5ml, 1000mg/10ml, 2000mg/20ml	Tier 5	* B/D
<i>cyclophosphamide</i> SOLR 2gm	Tier 5	* B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE TABS 25mg, 50mg	Tier 4	B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR SOLN 2gm/10ml	Tier 5	* B/D
GLEOSTINE CAPS 10mg, 40mg	Tier 4	NM
GLEOSTINE CAPS 100mg	Tier 5	* NM
<i>oxaliplatin</i> SOLN 50mg/10ml, 100mg/20ml, 200mg/40ml; SOLR 50mg	Tier 2	B/D
<i>oxaliplatin</i> SOLR 100mg	Tier 5	* B/D
ANTIMETABOLITES		
<i>azacitidine</i> (generic of VIDAZA) SUSR 100mg	Tier 5	* B/D NM
<i>cytarabine</i> SOLN 20mg/ml	Tier 2	B/D
<i>fluorouracil</i> SOLN 1gm/20ml, 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 500mg/10ml	Tier 2	B/D
<i>gemcitabine hcl</i> (generic of GEMCITABINE HYDROCHLORIDE) SOLN 1gm/26.3ml, 2gm/52.6ml, 200mg/5.26ml	Tier 2	B/D
<i>gemcitabine hcl</i> SOLR 1gm, 2gm, 200mg	Tier 2	B/D

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES

INQOVI TAB 35-100MG QL (5 tabs / 28 days)	Tier 5	* QL NM PA
LONSURF TAB 15-6.14 QL (100 tabs / 28 days)	Tier 5	* QL NM PA
LONSURF TAB 20-8.19 QL (80 tabs / 28 days)	Tier 5	* QL NM PA
<i>mercaptopurine</i> TABS 50mg	Tier 2	
<i>methotrexate sodium</i> SOLN 1gm/40ml, 50mg/2ml, 250mg/10ml; SOLR 1gm	Tier 2	B/D
ONUREG TABS 200mg, 300mg QL (14 tabs / 28 days)	Tier 5	* QL NM PA
<i>pemetrexed disodium</i> (generic of ALIMTA) SOLR 100mg, 500mg	Tier 5	* B/D
<i>pemetrexed disodium</i> SOLR 750mg, 1000mg	Tier 5	* B/D
PURIXAN SUSP 2000mg/100ml	Tier 5	* NM
HORMONAL ANTINEOPLASTIC AGENTS		
<i>abiraterone acetate</i> (generic of ZYTIGA) TABS 250mg QL (120 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA
<i>abiraterone acetate</i> (generic of ZYTIGA) TABS 500mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA
AKEEGA TAB 50/500MG QL (60 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA
AKEEGA TAB 100/500 QL (60 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA
<i>anastrozole</i> (generic of ARIMIDEX) TABS 1mg	Tier 1	
<i>bicalutamide</i> (generic of CASODEX) TABS 50mg	Tier 2	
ELIGARD KIT 7.5mg, 22.5mg, 30mg, 45mg	Tier 4	NM PA
ERLEADA TABS 60mg QL (120 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA
ERLEADA TABS 240mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA
EULEXIN CAPS 125mg	Tier 5	*
<i>exemestane</i> (generic of AROMASIN) TABS 25mg	Tier 2	
FIRMAGON SOLR 80mg	Tier 4	NM PA

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos 20
 por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I -
 Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES	
FIRMAGON SOLR 120mg/vial	Tier 5 * NM PA
<i>fulvestrant</i> (generic of FASLODEX) SOSY 250mg/5ml	Tier 5 * B/D
<i>letrozole</i> (generic of FEMARA) TABS 2.5mg	Tier 1
<i>leuprolide acetate</i> KIT 1mg/0.2ml	Tier 2 NM PA
LUPRON DEPOT (1-MONTH) KIT 3.75mg	Tier 5 * NM PA
LUPRON DEPOT (3-MONTH) KIT 11.25mg	Tier 5 * NM PA
LYSODREN TABS 500mg	Tier 5 * NM
<i>megestrol acetate</i> TABS 20mg, 40mg	Tier 3
<i>nilutamide</i> (generic of NILANDRON) TABS 150mg	Tier 5 *
NUBEQA TABS 300mg QL (120 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
ORGOVYX TABS 120mg	Tier 5 * NM PA
ORSERDU TABS 86mg QL (90 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
ORSERDU TABS 345mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
SOLTAMOX SOLN 10mg/5ml	Tier 5 *
<i>tamoxifen citrate</i> TABS 10mg, 20mg	Tier 2
<i>toremifene citrate</i> (generic of FARESTON) TABS 60mg	Tier 2 PA
XTANDI CAPS 40mg QL (120 caps / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
XTANDI TABS 40mg QL (120 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
XTANDI TABS 80mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
IMMUNOMODULATORS	
<i>lenalidomide</i> CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg, 15mg QL (28 caps / 28 days)	Tier 5 * QL NM PA
<i>lenalidomide</i> CAPS 20mg, 25mg QL (21 caps / 28 days)	Tier 5 * QL NM PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES	
POMALYST CAPS 1mg, 2mg, 3mg, 4mg QL (21 caps / 28 days)	Tier 5 * QL NM PA
THALOMID CAPS 50mg QL (84 caps / 28 days)	Tier 5 * QL NM PA
THALOMID CAPS 100mg QL (112 caps / 28 days)	Tier 5 * QL NM PA
THALOMID CAPS 150mg, 200mg QL (56 caps / 28 days)	Tier 5 * QL NM PA
MISCELLANEOUS	
BESREMI SOSY 500mcg/ml QL (2 syringes / 28 days)	Tier 5 * QL NM PA
<i>bexarotene</i> (generic of TARGRETIN) CAPS 75mg QL (300 caps / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
<i>doxorubicin hcl</i> (generic of DOXORUBICIN HCL) SOLN 2mg/ml	Tier 2 B/D
<i>doxorubicin hcl liposomal</i> (generic of DOXIL) INJ 2mg/ml	Tier 5 * B/D
<i>hydroxyurea</i> (generic of HYDREA) CAPS 500mg	Tier 2
<i>irinotecan hcl</i> (generic of CAMPTOSAR) SOLN 40mg/2ml, 100mg/5ml, 300mg/15ml	Tier 2 B/D
<i>irinotecan hcl</i> SOLN 500mg/25ml	Tier 2 B/D
IWILFIN TABS 192mg QL (240 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
MATULANE CAPS 50mg	Tier 5 * NM
<i>tretinoin (chemotherapy)</i> CAPS 10mg	Tier 5 *
WELIREG TABS 40mg QL (90 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
MITOTIC INHIBITORS	
<i>docetaxel</i> (generic of DOCETAXEL) CONC 20mg/ml	Tier 2 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 * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES			
DOCETAXEL CONC 80mg/4ml, 160mg/8ml; SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	Tier 5	* B/D	
<i>docetaxel</i> (generic of DOCETAXEL) CONC 80mg/4ml, 160mg/8ml; SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	Tier 5	* B/D	
<i>etoposide</i> SOLN 1gm/50ml, 100mg/5ml, 500mg/25ml	Tier 2	B/D	
<i>paclitaxel</i> CONC 6mg/ml, 30mg/5ml, 150mg/25ml, 300mg/50ml	Tier 2	B/D	
<i>vincristine sulfate</i> SOLN 1mg/ml	Tier 2	B/D	
<i>vinorelbine tartrate</i> SOLN 10mg/ml, 50mg/5ml	Tier 2	B/D	
MOLECULAR TARGET AGENTS			
ALECENSA CAPS 150mg QL (240 caps / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA	
ALUNBRIG TABS 30mg QL (120 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA	
ALUNBRIG TABS 90mg, 180mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA	
ALUNBRIG PAK QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA	
AUGTYRO CAPS 40mg QL (240 caps / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA	
AYVAKIT TABS 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 300mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA	
BALVERSA TABS 3mg QL (84 tabs / 28 days)	Tier 5	* QL NM PA	
BALVERSA TABS 4mg QL (56 tabs / 28 days)	Tier 5	* QL NM PA	
BALVERSA TABS 5mg QL (28 tabs / 28 days)	Tier 5	* QL NM PA	
BORTEZOMIB SOLR 1mg, 2.5mg	Tier 4	NM PA	
<i>bortezomib</i> (generic of VELCADE) SOLR 3.5mg	Tier 5	* NM PA	

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES			
BOSULIF CAPS 50mg QL (360 caps / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA	
BOSULIF CAPS 100mg QL (150 caps / 25 days)	Tier 5	* QL NM PA	
BOSULIF TABS 100mg QL (180 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA	
BOSULIF TABS 400mg, 500mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA	
BRAFTOVI CAPS 75mg QL (180 caps / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA	
BRUKINSA CAPS 80mg QL (120 caps / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA	
CABOMETYX TABS 20mg, 40mg, 60mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA	
CALQUENCE CAPS 100mg QL (60 caps / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA	
CALQUENCE TABS 100mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA	
CAPRELSA TABS 100mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA	
CAPRELSA TABS 300mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA	
COMETRIQ (60MG DOSE) KIT 20mg QL (84 caps / 28 days)	Tier 5	* QL NM PA	
COMETRIQ KIT 100MG QL (56 caps / 28 days)	Tier 5	* QL NM PA	
COMETRIQ KIT 140MG QL (112 caps / 28 days)	Tier 5	* QL NM PA	
COPIKTRA CAPS 15mg, 25mg QL (56 caps / 28 days)	Tier 5	* QL NM PA	
COTELLIC TABS 20mg QL (63 tabs / 28 days)	Tier 5	* QL NM PA	
DAURISMO TABS 25mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA	
DAURISMO TABS 100mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5	* 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 * - Suministro de días no extendidos I -
Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES	
ERIVEDGE CAPS 150mg QL (30 caps / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
<i>erlotinib hcl</i> TABS 25mg QL (90 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
<i>erlotinib hcl</i> (generic of TARCEVA) TABS 100mg, 150mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
<i>everolimus</i> (generic of AFINITOR) TABS 2.5mg, 5mg, 7.5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
<i>everolimus</i> (generic of AFINITOR DISPERZ) TBSO 2mg QL (150 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
<i>everolimus</i> (generic of AFINITOR DISPERZ) TBSO 3mg QL (90 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
<i>everolimus</i> (generic of AFINITOR DISPERZ) TBSO 5mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
FOTIVDA CAPS .89mg, 1.34mg QL (21 caps / 28 days)	Tier 5 * QL NM PA
FRUZAQLA CAPS 1mg QL (84 caps / 28 days)	Tier 5 * QL NM PA
FRUZAQLA CAPS 5mg QL (21 caps / 28 days)	Tier 5 * QL NM PA
GAVRETO CAPS 100mg QL (120 caps / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
<i>gefitinib</i> (generic of IRESSA) TABS 250mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
GILOTRIF TABS 20mg, 30mg, 40mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
HERCEP HYLEC SOL 60- 10000	Tier 5 * NM PA
HERCEPTIN SOLR 150mg	Tier 5 * NM PA
HERZUMA SOLR 150mg, 420mg	Tier 5 * NM PA
IBRANCE CAPS 75mg, 100mg, 125mg QL (21 caps / 28 days)	Tier 5 * QL NM PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES	
IBRANCE TABS 75mg, 100mg, 125mg QL (21 tabs / 28 days)	Tier 5 * QL NM PA
ICLUSIG TABS 10mg, 15mg, 30mg, 45mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
IDHIFA TABS 50mg, 100mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
<i>imatinib mesylate</i> (generic of GLEEVEC) TABS 100mg QL (90 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
<i>imatinib mesylate</i> (generic of GLEEVEC) TABS 400mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
IMBRUVICA CAPS 70mg QL (30 caps / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
IMBRUVICA CAPS 140mg QL (120 caps / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
IMBRUVICA SUSP 70mg/ml QL (216 mL / 27 days)	Tier 5 * QL NM PA
IMBRUVICA TABS 140mg, 280mg, 420mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
INLYTA TABS 1mg QL (180 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
INLYTA TABS 5mg QL (120 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
INREBIC CAPS 100mg QL (120 caps / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
JAKAFI TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 25mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
JAYPIRCA TABS 50mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
JAYPIRCA TABS 100mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
KADCYLA SOLR 100mg, 160mg	Tier 5 * B/D NM
KANJINTI SOLR 150mg, 420mg	Tier 5 * NM PA
KEYTRUDA SOLN 100mg/4ml	Tier 5 * 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 * - Suministro de días no extendidos I -
Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES	
KISQALI 200 DOSE TBPK 200mg QL (21 tabs / 28 days)	Tier 5 * QL NM PA
KISQALI 200 PAK FEMARA QL (49 tabs / 28 days)	Tier 5 * QL NM PA
KISQALI 400 DOSE TBPK 200mg QL (42 tabs / 28 days)	Tier 5 * QL NM PA
KISQALI 400 PAK FEMARA QL (70 tabs / 28 days)	Tier 5 * QL NM PA
KISQALI 600 DOSE TBPK 200mg QL (63 tabs / 28 days)	Tier 5 * QL NM PA
KISQALI 600 PAK FEMARA QL (91 tabs / 28 days)	Tier 5 * QL NM PA
KOSELUGO CAPS 10mg QL (240 caps / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
KOSELUGO CAPS 25mg QL (120 caps / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
KRAZATI TABS 200mg QL (180 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
<i>lapatinib ditosylate</i> (generic of TYKERB) TABS 250mg QL (180 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE CPPK 4mg QL (30 caps / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE CPPK 4mg QL (60 caps / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE CPPK 10mg QL (30 caps / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
LENVIMA 12MG DAILY DOSE CPPK 4mg QL (90 caps / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE CPPK 10mg QL (60 caps / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
LENVIMA CAP 14 MG QL (60 caps / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
LENVIMA CAP 18 MG QL (90 caps / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
LENVIMA CAP 24 MG QL (90 caps / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES	
LORBRENA TABS 25mg QL (90 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
LORBRENA TABS 100mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
LUMAKRAS TABS 120mg QL (240 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
LUMAKRAS TABS 320mg QL (90 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
LYNPARZA TABS 100mg, 150mg QL (120 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) TBPK 4mg QL (84 tabs / 28 days)	Tier 5 * QL NM PA
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) TBPK 4mg QL (112 tabs / 28 days)	Tier 5 * QL NM PA
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) TBPK 4mg QL (140 tabs / 28 days)	Tier 5 * QL NM PA
MEKINIST SOLR .05mg/ml QL (1260 mL / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
MEKINIST TABS 2mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
MEKINIST TABS .5mg QL (90 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
MEKTOVI TABS 15mg QL (180 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
MONJUVI SOLR 200mg NERLYNX TABS 40mg QL (180 tabs / 30 days)	Tier 5 * NM PA Tier 5 * QL NM PA
NINLARO CAPS 2.3mg, 3mg, 4mg QL (3 caps / 28 days)	Tier 5 * QL NM PA
ODOMZO CAPS 200mg QL (30 caps / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
OGIVRI SOLR 150mg, 420mg OGSIVEO TABS 50mg QL (180 tabs / 30 days)	Tier 5 * NM PA Tier 5 * 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 ***** - Suministro de días no extendidos **I** - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
OGSIVEO TABS 100mg, 150mg QL (56 tabs / 28 days)	Tier 5	* QL NM PA
OJEMDA SUSR 25mg/ml QL (96 mL / 28 days)	Tier 5	* QL NM PA
OJEMDA TABS 100mg QL (24 tabs / 28 days)	Tier 5	* QL NM PA
OJJAARA TABS 100mg, 150mg, 200mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA
ONTRUZANT SOLR 150mg, 420mg	Tier 5	* NM PA
<i>pazopanib hcl</i> (generic of VOTRIENT) TABS 200mg QL (120 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA
PEMAZYRE TABS 4.5mg, 9mg, 13.5mg QL (28 tabs / 28 days)	Tier 5	* QL NM PA
PHESGO SOL	Tier 5	* NM PA
PIQRAY 200MG DAILY DOSE TBPK 200mg QL (28 tabs / 28 days)	Tier 5	* QL NM PA
PIQRAY 250MG TAB DOSE QL (56 tabs / 28 days)	Tier 5	* QL NM PA
PIQRAY 300MG DAILY DOSE TBPK 150mg QL (56 tabs / 28 days)	Tier 5	* QL NM PA
QINLOCK TABS 50mg QL (90 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA
RETEVMO CAPS 40mg QL (180 caps / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA
RETEVMO CAPS 80mg QL (120 caps / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA
RETEVMO TABS 40mg QL (90 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA
RETEVMO TABS 80mg, 120mg, 160mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA
REZLIDHIA CAPS 150mg QL (60 caps / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA
ROZLYTREK CAPS 100mg QL (180 caps / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA
ROZLYTREK CAPS 200mg QL (90 caps / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
ROZLYTREK PACK 50mg QL (336 packets / 28 days)	Tier 5	* QL NM PA
RUBRACA TABS 200mg, 250mg, 300mg QL (120 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA
RYDAPT CAPS 25mg QL (224 caps / 28 days)	Tier 5	* QL NM PA
SCSEMBLIX TABS 20mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA
SCSEMBLIX TABS 40mg QL (300 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA
SCSEMBLIX TABS 100mg QL (120 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA
<i>sorafenib tosylate</i> (generic of NEXAVAR) TABS 200mg QL (120 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA
SPRYCEL TABS 20mg QL (90 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA
SPRYCEL TABS 50mg, 70mg, 80mg, 100mg, 140mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA
STIVARGA TABS 40mg QL (84 tabs / 28 days)	Tier 5	* QL NM PA
<i>sunitinib malate</i> (generic of SUTENT) CAPS 12.5mg, 25mg, 37.5mg, 50mg QL (30 caps / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA
TABRECTA TABS 150mg, 200mg QL (112 tabs / 28 days)	Tier 5	* QL NM PA
TAFINLAR CAPS 50mg, 75mg QL (120 caps / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA
TAFINLAR TBSO 10mg QL (900 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA
TAGRISSO TABS 40mg, 80mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5	* 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 ***** - Suministro de días no extendidos **I** - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
TALZENNA CAPS .1mg, .35mg, .5mg, .75mg, 1mg	Tier 5	* QL NM PA QL (30 caps / 30 days)
TALZENNA CAPS .25mg	Tier 5	* QL NM PA QL (90 caps / 30 days)
TASIGNA CAPS 50mg	Tier 5	* QL NM PA QL (120 caps / 30 days)
TASIGNA CAPS 150mg, 200mg	Tier 5	* QL NM PA QL (112 caps / 28 days)
TAZVERIK TABS 200mg	Tier 5	* QL NM PA QL (240 tabs / 30 days)
TECENTRIQ SOLN 840mg/14ml, 1200mg/20ml	Tier 5	* NM PA
TEPMETKO TABS 225mg	Tier 5	* QL NM PA QL (60 tabs / 30 days)
TIBSOVO TABS 250mg	Tier 5	* QL NM PA QL (60 tabs / 30 days)
torpenz (generic of AFINITOR) TABS 2.5mg, 5mg, 7.5mg, 10mg	Tier 5	* QL NM PA QL (30 tabs / 30 days)
TRAZIMERA SOLR 150mg, 420mg	Tier 5	* NM PA
TRUQAP TABS 160mg, 200mg	Tier 5	* QL NM PA QL (64 tabs / 28 days)
TRUXIMA SOLN 100mg/10ml, 500mg/50ml	Tier 5	* NM PA
TUKYSA TABS 50mg, 150mg	Tier 5	* QL NM PA QL (120 tabs / 30 days)
TURALIO CAPS 125mg	Tier 5	* QL NM PA QL (120 caps / 30 days)
VANFLYTA TABS 17.7mg, 26.5mg	Tier 5	* QL NM PA QL (56 tabs / 28 days)
VENCLEXTA TABS 10mg	Tier 3	QL NM PA QL (112 tabs / 28 days)
VENCLEXTA TABS 50mg	Tier 5	* QL NM PA QL (112 tabs / 28 days)

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
VENCLEXTA TABS 100mg	Tier 5	* QL NM PA QL (180 tabs / 30 days)
VENCLEXTA TAB START PK	Tier 5	* QL NM PA QL (42 tabs / 28 days)
VERZENIO TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg	Tier 5	* QL NM PA QL (56 tabs / 28 days)
VITRAKVI CAPS 25mg	Tier 5	* QL NM PA QL (180 caps / 30 days)
VITRAKVI CAPS 100mg	Tier 5	* QL NM PA QL (60 caps / 30 days)
VITRAKVI SOLN 20mg/ml	Tier 5	* QL NM PA QL (300 mL / 30 days)
VIZIMPRO TABS 15mg, 30mg, 45mg	Tier 5	* QL NM PA QL (30 tabs / 30 days)
VONJO CAPS 100mg	Tier 5	* QL NM PA QL (120 caps / 30 days)
XALKORI CAPS 200mg, 250mg; CPSP 50mg	Tier 5	* QL NM PA QL (120 caps / 30 days)
XALKORI CPSP 20mg	Tier 5	* QL NM PA QL (240 caps / 30 days)
XALKORI CPSP 150mg	Tier 5	* QL NM PA QL (180 caps / 30 days)
XOSPATA TABS 40mg	Tier 5	* QL NM PA QL (90 tabs / 30 days)
XPOVIO PAK (40 MG ONCE WEEKLY) TBPK 40mg	Tier 5	* QL NM PA QL (4 tabs / 28 days)
XPOVIO PAK (40 MG TWICE WEEKLY) TBPK 40mg	Tier 5	* QL NM PA QL (8 tabs / 28 days)
XPOVIO PAK (60 MG ONCE WEEKLY) TBPK 60mg	Tier 5	* QL NM PA QL (4 tabs / 28 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 ***** - Suministro de días no extendidos **I** - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES

XPOVIO PAK (60 MG TWICE WEEKLY) TBPK 20mg QL (24 tabs / 28 days)	Tier 5	* QL NM PA
XPOVIO PAK (80 MG ONCE WEEKLY) TBPK 40mg QL (8 tabs / 28 days)	Tier 5	* QL NM PA
XPOVIO PAK (80 MG TWICE WEEKLY) TBPK 20mg QL (32 tabs / 28 days)	Tier 5	* QL NM PA
XPOVIO PAK (100 MG ONCE WEEKLY) TBPK 50mg QL (8 tabs / 28 days)	Tier 5	* QL NM PA
ZEJULA TABS 100mg, 200mg, 300mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA
ZELBORAF TABS 240mg QL (240 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA
ZIRABEV SOLN 100mg/4ml, 400mg/16ml	Tier 5	* NM PA
ZOLINZA CAPS 100mg QL (120 caps / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA
ZYDELIG TABS 100mg, 150mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA
ZYKADIA TABS 150mg QL (84 tabs / 28 days)	Tier 5	* QL NM PA

PROTECTIVE AGENTS

<i>leucovorin calcium</i> SOLN 500mg/50ml; SOLR 50mg, 100mg, 200mg, 350mg, 500mg	Tier 2	B/D
<i>leucovorin calcium</i> TABS 5mg, 10mg, 15mg, 25mg	Tier 2	
MESNEX TABS 400mg	Tier 5	*

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES

**CARDIOVASCULAR - DRUGS TO TREAT HEART AND CIRCULATION CONDITIONS
ACE INHIBITOR COMBINATIONS -
DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE**

<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 2.5-10 mg</i> QL (30 caps / 30 days)	Tier 1	QL
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-10 mg</i> (generic of LOTREL) QL (30 caps / 30 days)	Tier 1	QL
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-20 mg</i> (generic of LOTREL) QL (30 caps / 30 days)	Tier 1	QL
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-40 mg</i> QL (30 caps / 30 days)	Tier 1	QL
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-20 mg</i> (generic of LOTREL) QL (30 caps / 30 days)	Tier 1	QL
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-40 mg</i> (generic of LOTREL) QL (30 caps / 30 days)	Tier 1	QL
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 5-6.25mg</i>	Tier 1	
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i> (generic of LOTENSIN HCT)	Tier 1	
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i> (generic of LOTENSIN HCT)	Tier 1	
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i> (generic of LOTENSIN HCT)	Tier 1	
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25-15 mg</i>	Tier 1	
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg</i>	Tier 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 * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES	
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-15 mg</i>	Tier 1
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i>	Tier 1
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 5-12.5 mg</i>	Tier 1
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 10-25 mg (generic of VASERETIC)</i>	Tier 1
<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	Tier 1
<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	Tier 1
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg (generic of ZESTORETIC)</i>	Tier 1
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg (generic of ZESTORETIC)</i>	Tier 1
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg (generic of ZESTORETIC)</i>	Tier 1
ACE INHIBITORS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE	
<i>benazepril hcl TABS 5mg</i>	Tier 1
<i>benazepril hcl (generic of LOTENSIN) TABS 10mg, 20mg, 40mg</i>	Tier 1
<i>captopril TABS 12.5mg, 25mg, 50mg, 100mg</i>	Tier 1
<i>enalapril maleate (generic of VASOTEC) TABS 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg</i>	Tier 1
<i>fosinopril sodium TABS 10mg, 20mg, 40mg</i>	Tier 1
<i>lisinopril (generic of ZESTRIL) TABS 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	Tier 1

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES		
<i>moexipril hcl TABS 7.5mg, 15mg</i>	Tier 1	
<i>perindopril erbumine TABS 2mg, 4mg, 8mg</i>	Tier 1	
<i>quinapril hcl (generic of ACCUPRIL) TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg</i>	Tier 1	
<i>ramipril (generic of ALTACE) CAPS 1.25mg, 2.5mg, 5mg, 10mg</i>	Tier 1	
<i>trandolapril TABS 1mg, 2mg, 4mg</i>	Tier 1	
ALDOSTERONE RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>eplerenone (generic of INSPRA) TABS 25mg, 50mg</i>	Tier 2	
<i>KERENDIA TABS 10mg, 20mg</i>	Tier 3	QL
QL (30 tabs / 30 days)		
<i>spironolactone (generic of ALDACTONE) TABS 25mg, 50mg, 100mg</i>	Tier 1	
ALPHA BLOCKERS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>doxazosin mesylate (generic of CARDURA) TABS 1mg, 2mg, 4mg, 8mg</i>	Tier 1	
<i>prazosin hcl CAPS 1mg, 2mg, 5mg</i>	Tier 2	
<i>terazosin hcl CAPS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg</i>	Tier 1	
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONIST COMBINATIONS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-20 mg (generic of AMLODIPINE/OLMESARTAN MED)</i>	Tier 1	QL
QL (30 tabs / 30 days)		
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-40 mg (generic of AMLODIPINE/OLMESARTAN MED)</i>	Tier 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 * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-20 mg</i> (generic of AMLODIPINE/OLMESARTAN MED)	Tier 1	QL
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-40 mg</i> (generic of AMLODIPINE/OLMESARTAN MED)	Tier 1	QL
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-160 mg</i> (generic of EXFORGE)	Tier 1	QL
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-320 mg</i> (generic of EXFORGE)	Tier 1	QL
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-160 mg</i> (generic of EXFORGE)	Tier 1	QL
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-320 mg</i> (generic of EXFORGE)	Tier 1	QL
ENTRESTO CAP 6-6MG	Tier 3	QL
ENTRESTO CAP 15-16MG	Tier 3	QL
ENTRESTO TAB 24-26MG	Tier 3	QL
ENTRESTO TAB 49-51MG	Tier 3	QL
ENTRESTO TAB 97-103MG	Tier 3	QL
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 150-12.5 mg</i> (generic of AVALIDE)	Tier 1	QL

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 300-12.5 mg</i> (generic of AVALIDE)	Tier 1	QL
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 50-12.5 mg</i> (generic of HYZAAR)	Tier 1	
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg</i> (generic of HYZAAR)	Tier 1	
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i> (generic of HYZAAR)	Tier 1	
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i> (generic of BENICAR HCT)	Tier 1	QL
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i> (generic of BENICAR HCT)	Tier 1	QL
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-25 mg</i> (generic of BENICAR HCT)	Tier 1	QL
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 20-5-12.5 mg</i> (generic of TRIBENZOR)	Tier 1	QL
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-12.5 mg</i> (generic of TRIBENZOR)	Tier 1	QL
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-25 mg</i> (generic of TRIBENZOR)	Tier 1	QL

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-12.5 mg</i> (generic of TRIBENZOR) QL (30 tabs / 30 days)	Tier 1	QL
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-25 mg</i> (generic of TRIBENZOR) QL (30 tabs / 30 days)	Tier 1	QL
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg</i> (generic of DIOVAN HCT) QL (30 tabs / 30 days)	Tier 1	QL
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-12.5 mg</i> (generic of DIOVAN HCT) QL (30 tabs / 30 days)	Tier 1	QL
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-25 mg</i> (generic of DIOVAN HCT) QL (30 tabs / 30 days)	Tier 1	QL
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-12.5 mg</i> (generic of DIOVAN HCT) QL (30 tabs / 30 days)	Tier 1	QL
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-25 mg</i> (generic of DIOVAN HCT) QL (30 tabs / 30 days)	Tier 1	QL
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>candesartan cilexetil</i> (generic of ATACAND) TABS 4mg, 8mg, 16mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 1	QL
<i>candesartan cilexetil</i> (generic of ATACAND) TABS 32mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 1	QL

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>irbesartan</i> (generic of AVAPRO) TABS 75mg, 150mg, 300mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 1	QL
<i>losartan potassium</i> (generic of COZAAR) TABS 25mg, 50mg, 100mg	Tier 1	
<i>olmesartan medoxomil</i> (generic of BENICAR) TABS 5mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 1	QL
<i>olmesartan medoxomil</i> (generic of BENICAR) TABS 20mg, 40mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 1	QL
<i>telmisartan</i> (generic of MICARDIS) TABS 20mg, 40mg, 80mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 1	QL
<i>valsartan</i> (generic of DIOVAN) TABS 40mg, 80mg, 160mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 1	QL
<i>valsartan</i> (generic of DIOVAN) TABS 320mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 1	QL
ANTIARRHYTHMICS - DRUGS TO CONTROL HEART RHYTHM		
<i>amiodarone hcl</i> SOLN 50mg/ml, 900mg/18ml; TABS 100mg, 400mg	Tier 2	
<i>amiodarone hcl</i> TABS 200mg	Tier 1	
<i>disopyramide phosphate</i> (generic of NORPACE) CAPS 100mg, 150mg	Tier 4	
<i>dofetilide</i> (generic of TIKOSYN) CAPS 125mcg, 250mcg, 500mcg	Tier 2	NM
<i>flecainide acetate</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg	Tier 2	
MULTAQ TABS 400mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 4	QL
<i>pacerone</i> TABS 100mg, 400mg	Tier 2	
<i>pacerone</i> TABS 200mg	Tier 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 * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES		
<i>propafenone hcl</i> CP12 225mg, 325mg, 425mg; TABS 150mg, 225mg, 300mg	Tier 2	
<i>quinidine sulfate</i> TABS 200mg, 300mg	Tier 2	
<i>sotalol hcl</i> (generic of BETAPACE) TABS 80mg, 120mg, 160mg	Tier 1	
<i>sotalol hcl</i> TABS 240mg	Tier 1	
<i>sotalol hcl (afib/af)</i> (generic of BETAPACE AF) TABS 80mg, 120mg, 160mg	Tier 2	
ANTILIPEMICS, FIBRATES		
<i>fenofibrate</i> (generic of TRICOR) TABS 48mg, 145mg	Tier 2	
<i>fenofibrate</i> TABS 54mg, 160mg	Tier 2	
<i>fenofibrate micronized</i> CAPS 67mg, 134mg, 200mg	Tier 2	
<i>gemfibrozil</i> (generic of LOPID) TABS 600mg	Tier 1	
ANTILIPEMICS, HMG-CoA REDUCTASE INHIBITORS - DRUGS TO TREAT HIGH CHOLESTEROL		
<i>atorvastatin calcium</i> (generic of LIPITOR) TABS 10mg, 20mg, 40mg, 80mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 1	QL
<i>lovastatin</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 1	QL
<i>pravastatin sodium</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg, 80mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 1	QL
<i>rosuvastatin calcium</i> (generic of CRESTOR) TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 1	QL
<i>simvastatin</i> TABS 5mg, 80mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 1	QL

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES		
<i>simvastatin</i> (generic of ZOCOR) TABS 10mg, 20mg, 40mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 1	QL
ANTILIPEMICS, MISCELLANEOUS - DRUGS TO TREAT HIGH CHOLESTEROL		
<i>cholestyramine</i> (generic of QUESTRAN) PACK 4gm; POWD 4gm/dose	Tier 2	
<i>cholestyramine light</i> PACK 4gm	Tier 2	
<i>cholestyramine light</i> (generic of QUESTRAN LIGHT) POWD 4gm/dose	Tier 2	
<i>colesevelam hcl</i> (generic of WELCHOL) PACK 3.75gm; TABS 625mg	Tier 2	
<i>colestipol hcl</i> (generic of COLESTID) GRAN 5gm; TABS 1gm	Tier 2	
<i>colestipol hcl</i> PACK 5gm	Tier 2	
<i>ezetimibe</i> (generic of ZETIA) TABS 10mg	Tier 2	
<i>ezetimibe-simvastatin tab</i> 10-10 mg (generic of VYTORIN) QL (30 tabs / 30 days)	Tier 1	QL
<i>ezetimibe-simvastatin tab</i> 10-20 mg (generic of VYTORIN) QL (30 tabs / 30 days)	Tier 1	QL
<i>ezetimibe-simvastatin tab</i> 10-40 mg (generic of VYTORIN) QL (30 tabs / 30 days)	Tier 1	QL
<i>ezetimibe-simvastatin tab</i> 10-80 mg (generic of VYTORIN) QL (30 tabs / 30 days)	Tier 1	QL
NEXLETOL TABS 180mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 3	QL
NEXLIZET TAB 180/10MG QL (30 tabs / 30 days)	Tier 3	QL
<i>niacin (antihyperlipidemic)</i> TBCR 500mg, 750mg, 1000mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 2	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 * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>omega-3-acid ethyl esters cap 1 gm</i> (generic of LOVAZA)	Tier 2	PA
<i>prevalite</i> PACK 4gm	Tier 2	
<i>prevalite</i> (generic of QUESTRAN LIGHT) POWD 4gm/dose	Tier 2	
REPATHA SOSY 140mg/ml	Tier 3	NM PA
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM SOCT 420mg/3.5ml	Tier 3	NM PA
REPATHA SURECLICK SOAJ 140mg/ml	Tier 3	NM PA
VASCEPA CAPS .5gm, 1gm	Tier 3	
BETA-BLOCKER/DIURETIC COMBINATIONS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE AND HEART CONDITIONS		
<i>atenolol & chlorthalidone tab</i> 50-25 mg (generic of TENORETIC 50)	Tier 1	
<i>atenolol & chlorthalidone tab</i> 100-25 mg (generic of TENORETIC 100)	Tier 1	
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab</i> 2.5-6.25 mg	Tier 1	
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab</i> 5-6.25 mg	Tier 1	
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab</i> 10-6.25 mg	Tier 1	
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab</i> 50-25 mg	Tier 2	
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab</i> 100-25 mg	Tier 2	
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab</i> 100-50 mg	Tier 2	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
BETA-BLOCKERS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE AND HEART CONDITIONS		
<i>acebutolol hcl</i> CAPS 200mg, 400mg	Tier 2	
<i>atenolol</i> (generic of TENORMIN) TABS 25mg, 50mg, 100mg	Tier 1	
<i>bisoprolol fumarate</i> TABS 5mg, 10mg	Tier 1	
<i>carvedilol</i> (generic of COREG) TABS 3.125mg, 6.25mg, 12.5mg, 25mg	Tier 1	
<i>labetalol hcl</i> TABS 100mg, 200mg, 300mg	Tier 2	
<i>metoprolol succinate</i> (generic of TOPROL XL) TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	Tier 1	
<i>metoprolol tartrate</i> SOLN 5mg/5ml	Tier 2	
<i>metoprolol tartrate</i> TABS 25mg	Tier 1	
<i>metoprolol tartrate</i> (generic of LOPRESSOR) TABS 50mg, 100mg	Tier 1	
<i>nadolol</i> (generic of CORGARD) TABS 20mg, 40mg	Tier 2	
<i>nadolol</i> TABS 80mg	Tier 2	
<i>nebivolol hcl</i> (generic of BYSTOLIC) TABS 2.5mg, 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 2	QL
<i>nebivolol hcl</i> (generic of BYSTOLIC) TABS 20mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 2	QL
<i>pindolol</i> TABS 5mg, 10mg	Tier 2	
<i>propranolol hcl</i> (generic of Inderal LA) CP24 60mg, 80mg, 120mg, 160mg	Tier 2	
<i>propranolol hcl</i> SOLN 20mg/5ml, 40mg/5ml; TABS 10mg, 20mg, 40mg, 60mg, 80mg	Tier 2	
<i>timolol maleate</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg	Tier 2	

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

**NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS /
LIMITES**

**CALCIUM CHANNEL BLOCKERS -
DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD
PRESSURE AND HEART CONDITIONS**

<i>amlodipine besylate</i> (generic of NORVASC) TABS 2.5mg, 5mg	Tier 1
<i>amlodipine besylate</i> TABS 10mg	Tier 1
<i>cartia xt</i> (generic of CARDIZEM CD) CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg	Tier 2
<i>dilt-xr</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg	Tier 2
<i>diltiazem hcl</i> CP12 60mg, 90mg, 120mg; SOLN 25mg/5ml, 50mg/10ml, 125mg/25ml	Tier 2
<i>diltiazem hcl</i> (generic of CARDIZEM) TABS 30mg, 60mg, 120mg	Tier 1
<i>diltiazem hcl</i> TABS 90mg	Tier 1
<i>diltiazem hcl coated beads</i> (generic of CARDIZEM CD) CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg	Tier 2
<i>diltiazem hcl extended release beads</i> (generic of TIAZAC) CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	Tier 2
<i>felodipine</i> TB24 2.5mg, 5mg, 10mg	Tier 2
<i>nicardipine hcl</i> CAPS 20mg, 30mg	Tier 2
<i>nifedipine</i> TB24 30mg, 60mg, 90mg	Tier 2
<i>nifedipine</i> (generic of PROCARDIA XL) TB24 30mg, 60mg, 90mg	Tier 2
<i>nimodipine</i> CAPS 30mg	Tier 2
<i>tiadylt er</i> (generic of TIAZAC) CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	Tier 2
<i>verapamil hcl</i> CP24 100mg, 200mg, 300mg, 360mg; SOLN 2.5mg/ml	Tier 2

**NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS /
LIMITES**

<i>verapamil hcl</i> (generic of VERELAN) CP24 120mg, 180mg, 240mg	Tier 2
<i>verapamil hcl</i> TABS 40mg, 80mg, 120mg; TBCR 120mg, 180mg, 240mg	Tier 1
DIURETICS - DRUGS TO TREAT HEART CONDITIONS	
<i>acetazolamide</i> CP12 500mg; TABS 125mg, 250mg	Tier 2
<i>amiloride & hydrochlorothiazide tab 5-50 mg</i>	Tier 1
<i>amiloride hcl</i> TABS 5mg	Tier 1
<i>bumetanide</i> SOLN .25mg/ml; TABS 1mg, 2mg	Tier 2
<i>bumetanide</i> (generic of BUMEX) TABS .5mg	Tier 2
<i>chlorthalidone</i> TABS 25mg, 50mg	Tier 2
<i>furosemide</i> SOLN 10mg/ml, 40mg/5ml	Tier 1
<i>furosemide</i> (generic of LASIX) TABS 20mg, 40mg, 80mg	Tier 1
<i>furosemide inj</i> SOLN 10mg/ml	Tier 2
<i>hydrochlorothiazide</i> CAPS 12.5mg; TABS 12.5mg, 25mg, 50mg	Tier 1
<i>indapamide</i> TABS 1.25mg, 2.5mg	Tier 1
<i>methazolamide</i> TABS 25mg, 50mg	Tier 2
<i>metolazone</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	Tier 2
<i>spironolactone & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg</i>	Tier 2
<i>torseamide</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 100mg	Tier 1
<i>triamterene & hydrochlorothiazide cap 37.5-25 mg</i>	Tier 1
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab 37.5-25 mg</i>	Tier 1

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab 75-50 mg</i>	Tier 1	
MISCELLANEOUS		
<i>aliskiren fumarate</i> (generic of TEKTURN) TABS 150mg, 300mg	Tier 1	
<i>clonidine</i> (generic of CATAPRES-TTS-1) PTWK .1mg/24hr	Tier 2	
<i>clonidine</i> (generic of CATAPRES-TTS-2) PTWK .2mg/24hr	Tier 2	
<i>clonidine</i> (generic of CATAPRES-TTS-3) PTWK .3mg/24hr	Tier 2	
<i>clonidine hcl</i> TABS .1mg, .2mg, .3mg	Tier 1	
CORLANOR SOLN 5mg/5ml QL (450 mL / 30 days)	Tier 4	QL
<i>digoxin</i> SOLN .05mg/ml	Tier 2	
<i>digoxin</i> (generic of LANOXIN) SOLN .25mg/ml	Tier 2	
<i>digoxin</i> (generic of LANOXIN) TABS 125mcg, 250mcg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 2	QL
<i>droxidopa</i> (generic of NORTHERA) CAPS 100mg QL (90 caps / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA
<i>droxidopa</i> (generic of NORTHERA) CAPS 200mg, 300mg QL (180 caps / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA
<i>epinephrine</i> (anaphylaxis) SOLN 1mg/ml	Tier 2	
<i>guanfacine hcl</i> TABS 1mg, 2mg PA applies if 70 years and older	Tier 3	PA
<i>hydralazine hcl</i> SOLN 20mg/ml	Tier 2	
<i>hydralazine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg	Tier 1	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>ivabradine hcl</i> (generic of CORLANOR) TABS 5mg, 7.5mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 2	QL
<i>metyrosine</i> (generic of DEMSER) CAPS 250mg	Tier 5	* NM PA
<i>midodrine hcl</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	Tier 2	
<i>minoxidil</i> TABS 2.5mg, 10mg	Tier 2	
<i>ranolazine</i> TB12 500mg, 1000mg	Tier 2	
VERQUVO TABS 2.5mg, 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 3	QL PA
NITRATES - DRUGS TO TREAT HEART CONDITIONS		
<i>isosorbide dinitrate</i> (generic of ISORDIL TITRADOSE) TABS 5mg	Tier 2	
<i>isosorbide dinitrate</i> TABS 10mg, 20mg, 30mg	Tier 2	
<i>isosorbide mononitrate</i> TABS 10mg, 20mg; TB24 30mg, 60mg, 120mg	Tier 1	
NITRO-BID OINT 2%	Tier 3	
<i>nitroglycerin</i> PT24 .1mg/hr, .2mg/hr, .4mg/hr, .6mg/hr	Tier 2	
<i>nitroglycerin</i> (generic of NITROSTAT) SUBL .3mg, .4mg, .6mg	Tier 2	
PULMONARY ARTERIAL HYPERTENSION - DRUGS TO TREAT PULMONARY HYPERTENSION		
<i>alyq</i> (generic of ADCIRCA) TABS 20mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA
<i>ambrisentan</i> (generic of LETAIRIS) TABS 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA
<i>bosentan</i> (generic of TRACLEER) TABS 62.5mg, 125mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 5	* 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 * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES			
<i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension)</i> (generic of REVATIO) TABS 20mg QL (360 tabs / 30 days)	Tier 2	QL NM PA	
<i>tadalafil (pulmonary hypertension)</i> (generic of ADCIRCA) TABS 20mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA	
<i>treprostinil</i> SOLN 20mg/20ml, 50mg/20ml, 100mg/20ml, 200mg/20ml	Tier 5	* NM PA	
CENTRAL NERVOUS SYSTEM - DRUGS TO TREAT NERVOUS SYSTEM DISORDERS			
ANTI-ANXIETY - DRUGS TO TREAT ANXIETY			
<i>alprazolam</i> (generic of XANAX) TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg QL (150 tabs / 30 days)	Tier 2	QL	
<i>bupirone hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 15mg	Tier 1		
<i>bupirone hcl</i> TABS 7.5mg, 30mg	Tier 2		
<i>fluvoxamine maleate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	Tier 2		
<i>lorazepam</i> CONC 2mg/ml QL (150 mL / 30 days)	Tier 2	QL	
<i>lorazepam</i> (generic of ATIVAN) SOLN 4mg/ml, 20mg/10ml	Tier 2		
<i>lorazepam</i> (generic of ATIVAN) TABS .5mg, 1mg, 2mg QL (150 tabs / 30 days)	Tier 2	QL	
<i>lorazepam intensol</i> CONC 2mg/ml QL (150 mL / 30 days)	Tier 2	QL	
ANTIDEMENTIA - DRUGS TO TREAT DEMENTIA AND MEMORY LOSS			
<i>donepezil hydrochloride</i> (generic of ARICEPT) TABS 5mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 1	QL	

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES			
<i>donepezil hydrochloride</i> (generic of ARICEPT) TABS 10mg	Tier 1		
<i>donepezil hydrochloride</i> TBDP 5mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 1	QL	
<i>donepezil hydrochloride</i> TBDP 10mg	Tier 1		
<i>galantamine hydrobromide</i> CP24 8mg, 16mg, 24mg QL (30 caps / 30 days)	Tier 2	QL	
<i>galantamine hydrobromide</i> SOLN 4mg/ml QL (200 mL / 30 days)	Tier 2	QL	
<i>galantamine hydrobromide</i> TABS 4mg, 8mg, 12mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 2	QL	
<i>memantine hcl</i> CP24 7mg; SOLN 2mg/ml; TABS 5mg, 10mg PA applies if 29 years and younger	Tier 2	PA	
<i>memantine hcl</i> (generic of NAMENDA XR) CP24 14mg, 21mg, 28mg PA applies if 29 years and younger	Tier 2	PA	
NAMZARIC CAP 7-10MG	Tier 4		
NAMZARIC CAP 14-10MG	Tier 4		
NAMZARIC CAP 21-10MG	Tier 4		
NAMZARIC CAP 28-10MG	Tier 4		
NAMZARIC CAP PACK	Tier 4		
<i>rivastigmine</i> (generic of EXELON) PT24 4.6mg/24hr, 9.5mg/24hr, 13.3mg/24hr QL (30 patches / 30 days)	Tier 2	QL	
<i>rivastigmine tartrate</i> CAPS 1.5mg, 3mg, 4.5mg, 6mg QL (60 caps / 30 days)	Tier 2	QL	
ANTIDEPRESSANTS - DRUGS TO TREAT DEPRESSION			
<i>amitriptyline hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	Tier 3		
<i>amoxapine</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg, 150mg	Tier 3		

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
AUVELITY TAB 45-105MG QL (60 tabs / 30 days)	Tier 4	QL PA
bupropion hcl TABS 75mg, 100mg	Tier 2	
bupropion hcl (generic of WELLBUTRIN SR) TB12 100mg, 150mg, 200mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 2	QL
bupropion hcl (generic of WELLBUTRIN XL) TB24 150mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 2	QL
bupropion hcl (generic of WELLBUTRIN XL) TB24 300mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 2	QL
citalopram hydrobromide SOLN 10mg/5ml	Tier 2	
citalopram hydrobromide (generic of CELEXA) TABS 10mg, 20mg, 40mg	Tier 1	
clomipramine hcl (generic of ANAFRANIL) CAPS 25mg, 50mg, 75mg	Tier 4	PA
desipramine hcl (generic of NORPRAMIN) TABS 10mg, 25mg	Tier 4	
desipramine hcl TABS 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	Tier 4	
desvenlafaxine succinate (generic of PRISTIQ) TB24 25mg, 50mg, 100mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 2	QL
doxepin hcl CAPS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg; CONC 10mg/ml	Tier 3	
DRIZALMA SPRINKLE CSDR 20mg, 30mg, 40mg, 60mg QL (60 caps / 30 days)	Tier 4	QL PA
duloxetine hcl (generic of CYMBALTA) CPEP 20mg, 30mg, 60mg QL (60 caps / 30 days)	Tier 2	QL
EMSAM PT24 6mg/24hr, 9mg/24hr, 12mg/24hr QL (30 patches / 30 days)	Tier 5	* QL PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
escitalopram oxalate SOLN 5mg/5ml	Tier 2	
escitalopram oxalate (generic of LEXAPRO) TABS 5mg, 10mg, 20mg	Tier 1	
FETZIMA CP24 20mg, 40mg QL (60 caps / 30 days)	Tier 4	QL PA
FETZIMA CP24 80mg, 120mg QL (30 caps / 30 days)	Tier 4	QL PA
FETZIMA CAP TITRATIO QL (2 packs / year)	Tier 4	QL PA
fluoxetine hcl (generic of PROZAC) CAPS 10mg, 20mg, 40mg	Tier 1	
fluoxetine hcl SOLN 20mg/5ml	Tier 2	
imipramine hcl TABS 10mg, 25mg, 50mg	Tier 2	
MARPLAN TABS 10mg QL (180 tabs / 30 days)	Tier 4	QL
mirtazapine TABS 7.5mg	Tier 2	
mirtazapine (generic of REMERON) TABS 15mg, 30mg	Tier 1	
mirtazapine TABS 45mg	Tier 1	
mirtazapine (generic of REMERON SOLTAB) TBDP 15mg, 30mg, 45mg	Tier 2	
nefazodone hcl TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg, 250mg	Tier 2	
nortriptyline hcl (generic of PAMELOR) CAPS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg	Tier 2	
nortriptyline hcl SOLN 10mg/5ml	Tier 4	
paroxetine hcl (generic of PAXIL) SUSP 10mg/5ml QL (900 mL / 30 days)	Tier 4	QL PA
paroxetine hcl (generic of PAXIL) TABS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	Tier 2	
phenelzine sulfate (generic of NARDIL) TABS 15mg	Tier 2	
protriptyline hcl TABS 5mg, 10mg	Tier 4	

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D ***** - Suministro de días no extendidos **I** - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES			
<i>sertraline hcl</i> (generic of ZOLOFT) CONC 20mg/ml	Tier 2		
<i>sertraline hcl</i> (generic of ZOLOFT) TABS 25mg, 50mg, 100mg	Tier 1		
<i>tranylcypromine sulfate</i> (generic of PARNATE) TABS 10mg	Tier 2		
<i>trazodone hcl</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg	Tier 1		
<i>trimipramine maleate</i> CAPS 25mg, 50mg QL (120 caps / 30 days)	Tier 4	QL	
<i>trimipramine maleate</i> CAPS 100mg QL (60 caps / 30 days)	Tier 4	QL	
TRINTELLIX TABS 5mg, 10mg, 20mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 4	QL PA	
<i>venlafaxine hcl</i> (generic of EFFEXOR XR) CP24 37.5mg, 75mg, 150mg	Tier 1		
<i>venlafaxine hcl</i> TABS 25mg, 37.5mg, 50mg, 75mg, 100mg	Tier 2		
<i>vilazodone hcl</i> (generic of VIIBRYD) TABS 10mg, 20mg, 40mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 2	QL	
ZURZUVAE CAPS 20mg, 25mg QL (28 caps / 14 days)	Tier 5	* QL NM PA	
ZURZUVAE CAPS 30mg QL (14 caps / 14 days)	Tier 5	* QL NM PA	
ANTIPARKINSONIAN AGENTS - DRUGS TO TREAT PARKINSONS DISEASE			
<i>amantadine hcl</i> CAPS 100mg QL (120 caps / 30 days)	Tier 2	QL	
<i>amantadine hcl</i> SOLN 50mg/5ml; TABS 100mg	Tier 2		
<i>benztropine mesylate</i> SOLN 1mg/ml	Tier 2		
<i>benztropine mesylate</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg PA applies if 70 years and older	Tier 2	PA	

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES			
<i>bromocriptine mesylate</i> (generic of PARLODEL) CAPS 5mg; TABS 2.5mg	Tier 2		
<i>carb/levo orally disintegrating tab 10-100mg</i>	Tier 2		
<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-100mg</i>	Tier 2		
<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-250mg</i>	Tier 2		
<i>carbidopa & levodopa tab 10-100 mg</i> (generic of SINEMET)	Tier 2		
<i>carbidopa & levodopa tab 25-100 mg</i> (generic of SINEMET)	Tier 2		
<i>carbidopa & levodopa tab 25-250 mg</i>	Tier 2		
<i>carbidopa & levodopa tab er 25-100 mg</i>	Tier 2		
<i>carbidopa & levodopa tab er 50-200 mg</i>	Tier 2		
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 12.5-50-200 mg</i>	Tier 2		
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 18.75-75-200 mg</i>	Tier 2		
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 25-100-200 mg</i>	Tier 2		
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 31.25-125-200 mg</i>	Tier 2		
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 37.5-150-200 mg</i>	Tier 2		
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 50-200-200 mg</i>	Tier 2		
<i>entacapone</i> TABS 200mg	Tier 2		
INBRIJA CAPS 42mg QL (300 caps / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA	
<i>pramipexole dihydrochloride</i> TABS .125mg, .25mg, .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg	Tier 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 * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES			
<i>rasagiline mesylate</i> (generic of AZILECT) TABS .5mg, 1mg	Tier 2	QL	
QL (30 tabs / 30 days)			
<i>ropinirole hydrochloride</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg, 5mg	Tier 1		
<i>selegiline hcl</i> CAPS 5mg; TABS 5mg	Tier 2		
<i>trihexyphenidyl hcl</i> SOLN .4mg/ml	Tier 3	PA	
PA applies if 70 years and older			
<i>trihexyphenidyl hcl</i> TABS 2mg, 5mg	Tier 2	PA	
PA applies if 70 years and older			
ANTIPSYCHOTICS - DRUGS TO TREAT PSYCHOSES			
<i>aripiprazole</i> SOLN 1mg/ml	Tier 2	QL	
QL (900 mL / 30 days)			
<i>aripiprazole</i> (generic of ABILIFY) TABS 2mg, 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 30mg	Tier 2	QL	
QL (30 tabs / 30 days)			
<i>aripiprazole</i> TBDP 10mg, 15mg	Tier 2	QL ST	
QL (60 tabs / 30 days)			
ARISTADA PRSY 441mg/1.6ml, 662mg/2.4ml, 882mg/3.2ml	Tier 5	* QL	
QL (1 syringe / 28 days)			
ARISTADA PRSY 1064mg/3.9ml	Tier 5	* QL	
QL (1 syringe / 56 days)			
ARISTADA INITIO PRSY 675mg/2.4ml	Tier 5	*	
<i>asenapine maleate</i> (generic of SAPHRIS) SUBL 2.5mg, 5mg, 10mg	Tier 2	QL	
QL (60 tabs / 30 days)			
CAPLYTA CAPS 10.5mg, 21mg, 42mg	Tier 5	* QL	
QL (30 caps / 30 days)			

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES			
<i>chlorpromazine hcl</i> CONC 30mg/ml, 100mg/ml; SOLN 25mg/ml, 50mg/2ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	Tier 2		
<i>clozapine</i> (generic of CLOZARIL) TABS 25mg, 50mg	Tier 2		
<i>clozapine</i> (generic of CLOZARIL) TABS 100mg	Tier 2	QL	
QL (270 tabs / 30 days)			
<i>clozapine</i> (generic of CLOZARIL) TABS 200mg	Tier 2	QL	
QL (120 tabs / 30 days)			
<i>clozapine</i> TBDP 12.5mg, 25mg	Tier 2	PA	
<i>clozapine</i> TBDP 100mg	Tier 2	QL PA	
QL (270 tabs / 30 days)			
<i>clozapine</i> TBDP 150mg	Tier 2	QL PA	
QL (180 tabs / 30 days)			
<i>clozapine</i> TBDP 200mg	Tier 2	QL PA	
QL (120 tabs / 30 days)			
FANAPT TABS 1mg, 2mg, 4mg, 6mg, 8mg, 10mg, 12mg	Tier 5	* QL PA	
QL (60 tabs / 30 days)			
FANAPT PAK	Tier 4	QL PA	
QL (2 packs / year)			
<i>fluphenazine decanoate</i> SOLN 25mg/ml	Tier 2		
<i>fluphenazine hcl</i> CONC 5mg/ml; ELIX 2.5mg/5ml; SOLN 2.5mg/ml; TABS 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg	Tier 2		
<i>haloperidol</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg, 5mg, 10mg, 20mg	Tier 2		
<i>haloperidol decanoate</i> (generic of HALDOL DECANOATE 50) SOLN 50mg/ml	Tier 2		

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES			
<i>haloperidol decanoate</i> (generic of HALDOL DECANOATE 100) SOLN 100mg/ml	Tier 2		
<i>haloperidol lactate</i> CONC 2mg/ml; SOLN 5mg/ml	Tier 2		
INVEGA HAFYERA SUSY 1092mg/3.5ml, 1560mg/5ml QL (1 injection / 180 days)	Tier 5	* QL	
INVEGA SUSTENNA SUSY 39mg/0.25ml QL (1 syringe / 28 days)	Tier 4	QL	
INVEGA SUSTENNA SUSY 78mg/0.5ml, 117mg/0.75ml, 156mg/ml, 234mg/1.5ml QL (1 syringe / 28 days)	Tier 5	* QL	
INVEGA TRINZA SUSY 273mg/0.88ml, 410mg/1.32ml, 546mg/1.75ml, 819mg/2.63ml QL (1 syringe / 90 days)	Tier 5	* QL	
<i>loxapine succinate</i> CAPS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	Tier 2		
<i>lurasidone hcl</i> (generic of LATUDA) TABS 20mg, 40mg, 60mg, 120mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 2	QL	
<i>lurasidone hcl</i> (generic of LATUDA) TABS 80mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 2	QL	
<i>molindone hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 25mg	Tier 2		
NUPLAZID CAPS 34mg QL (30 caps / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA	
NUPLAZID TABS 10mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA	
<i>olanzapine</i> (generic of ZYPREXA) SOLR 10mg QL (3 vials / 1 day)	Tier 2	QL	
<i>olanzapine</i> (generic of ZYPREXA) TABS 2.5mg, 5mg, 10mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 2	QL	

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES			
<i>olanzapine</i> (generic of ZYPREXA) TABS 7.5mg, 15mg, 20mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 2	QL	
<i>olanzapine</i> (generic of ZYPREXA ZYDIS) TBP 5mg, 15mg, 20mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 2	QL ST	
<i>olanzapine</i> (generic of ZYPREXA ZYDIS) TBP 10mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 2	QL ST	
<i>paliperidone</i> TB24 1.5mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 2	QL	
<i>paliperidone</i> (generic of INVEGA) TB24 3mg, 9mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 2	QL	
<i>paliperidone</i> (generic of INVEGA) TB24 6mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 2	QL	
<i>perphenazine</i> TABS 2mg, 4mg, 8mg, 16mg	Tier 2		
<i>pimozide</i> TABS 1mg, 2mg	Tier 2		
<i>quetiapine fumarate</i> (generic of SEROQUEL) TABS 25mg QL (180 tabs / 30 days)	Tier 2	QL	
<i>quetiapine fumarate</i> (generic of SEROQUEL) TABS 50mg, 100mg, 200mg QL (90 tabs / 30 days)	Tier 2	QL	
<i>quetiapine fumarate</i> TABS 150mg QL (90 tabs / 30 days)	Tier 2	QL	
<i>quetiapine fumarate</i> (generic of SEROQUEL) TABS 300mg, 400mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 2	QL PA	
<i>quetiapine fumarate</i> (generic of SEROQUEL XR) TB24 50mg, 300mg, 400mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 2	QL PA	
<i>quetiapine fumarate</i> (generic of SEROQUEL XR) TB24 150mg, 200mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 2	QL PA	
REXULTI TABS 3mg, 4mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5	* 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 * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
REXULTI TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL
<i>risperidone</i> (generic of RISPERSDAL) SOLN 1mg/ml QL (240 mL / 30 days)	Tier 2	QL
<i>risperidone</i> (generic of RISPERSDAL) TABS .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	Tier 1	
<i>risperidone</i> TABS .25mg	Tier 1	
<i>risperidone</i> TBDP 1mg, 2mg, 3mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 2	QL ST
<i>risperidone</i> TBDP 4mg QL (120 tabs / 30 days)	Tier 2	QL ST
<i>risperidone</i> TBDP .25mg, .5mg QL (90 tabs / 30 days)	Tier 2	QL ST
<i>risperidone microspheres</i> (generic of RISPERSDAL CONSTA) SRER 12.5mg, 25mg QL (2 injections / 28 days)	Tier 2	QL
<i>risperidone microspheres</i> (generic of RISPERSDAL CONSTA) SRER 37.5mg, 50mg QL (2 injections / 28 days)	Tier 5	* QL
SECUADO PT24 3.8mg/24hr, 5.7mg/24hr, 7.6mg/24hr QL (30 patches / 30 days)	Tier 5	* QL
<i>thioridazine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg	Tier 2	
<i>thiothixene</i> CAPS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	Tier 2	
<i>trifluoperazine hcl</i> TABS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	Tier 2	
VERSACLOZ SUSP 50mg/ml QL (600 mL / 30 days)	Tier 5	* QL PA
VRAYLAR CAPS 1.5mg QL (60 caps / 30 days)	Tier 5	* QL

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
VRAYLAR CAPS 3mg, 4.5mg, 6mg QL (30 caps / 30 days)	Tier 5	* QL
VRAYLAR CAP 1.5-3MG QL (2 packs / year)	Tier 4	QL
<i>ziprasidone hcl</i> (generic of GEODON) CAPS 20mg, 40mg, 60mg, 80mg QL (60 caps / 30 days)	Tier 2	QL
<i>ziprasidone mesylate</i> (generic of GEODON) SOLR 20mg QL (6 injections / 3 days)	Tier 2	QL
ZYPREXA RELPREVV SUSR 210mg QL (2 vials / 28 days)	Tier 4	QL NM PA
ZYPREXA RELPREVV SUSR 300mg QL (2 vials / 28 days)	Tier 5	* QL NM PA
ZYPREXA RELPREVV SUSR 405mg QL (1 vial / 28 days)	Tier 5	* QL NM PA
ANTISEIZURE AGENTS		
APTIOM TABS 200mg, 400mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL
APTIOM TABS 600mg, 800mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL
BRIVIACT SOLN 10mg/ml QL (600 mL / 30 days)	Tier 5	* QL PA
BRIVIACT TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL PA
<i>carbamazepine</i> CHEW 100mg	Tier 2	
<i>carbamazepine</i> (generic of CARBATROL) CP12 100mg, 200mg, 300mg	Tier 2	
<i>carbamazepine</i> (generic of TEGRETOL) SUSP 100mg/5ml; TABS 200mg	Tier 2	
<i>carbamazepine</i> (generic of TEGRETOL-XR) TB12 100mg, 200mg, 400mg	Tier 2	
<i>clobazam</i> (generic of ONFI) SUSP 2.5mg/ml QL (480 mL / 30 days)	Tier 2	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 * - Suministro de días no extendidos **I** - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>clobazam</i> (generic of ONFI) TABS 10mg, 20mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 2	QL PA
<i>clonazepam</i> (generic of KLONOPIN) TABS 2mg QL (300 tabs / 30 days)	Tier 2	QL
<i>clonazepam</i> (generic of KLONOPIN) TABS .5mg, 1mg QL (90 tabs / 30 days)	Tier 2	QL
<i>clonazepam</i> TBDP 2mg QL (300 tabs / 30 days)	Tier 2	QL
<i>clonazepam</i> TBDP .125mg, .25mg, .5mg, 1mg QL (90 tabs / 30 days)	Tier 2	QL
<i>clorazepate dipotassium</i> TABS 3.75mg, 7.5mg, 15mg QL (180 tabs / 30 days) PA applies if 65 years and older	Tier 2	QL PA
DIACOMIT CAPS 250mg QL (360 caps / 30 days)	Tier 5 *	QL NM PA
DIACOMIT CAPS 500mg QL (180 caps / 30 days)	Tier 5 *	QL NM PA
DIACOMIT PACK 250mg QL (360 packets / 30 days)	Tier 5 *	QL NM PA
DIACOMIT PACK 500mg QL (180 packets / 30 days)	Tier 5 *	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	Tier 2	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	Tier 2	QL PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>diazepam (anticonvulsant)</i> GEL 2.5mg, 10mg, 20mg	Tier 2	
<i>diazepam inj</i> SOLN 5mg/ml	Tier 2	
<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	Tier 2	QL PA
DILANTIN CAPS 30mg	Tier 4	
<i>divalproex sodium</i> (generic of DEPAKOTE SPRINKLES) CSDR 125mg	Tier 2	
<i>divalproex sodium</i> (generic of DEPAKOTE ER) TB24 250mg, 500mg	Tier 2	
<i>divalproex sodium</i> (generic of DEPAKOTE) TBEC 125mg, 250mg, 500mg	Tier 2	
EPIDIOLEX SOLN 100mg/ml QL (600 mL / 30 days)	Tier 5 *	QL NM PA
<i>epitol</i> (generic of TEGRETOL) TABS 200mg	Tier 2	
EPRONTIA SOLN 25mg/ml QL (480 mL / 30 days)	Tier 4	QL PA
<i>ethosuximide</i> (generic of ZARONTIN) CAPS 250mg; SOLN 250mg/5ml	Tier 2	
<i>felbamate</i> SUSP 600mg/5ml	Tier 2	
<i>felbamate</i> (generic of FELBATOL) TABS 400mg, 600mg	Tier 2	
FINTEPLA SOLN 2.2mg/ml QL (360 mL / 30 days)	Tier 5 *	QL NM PA
FYCOMPA SUSP .5mg/ml QL (720 mL / 30 days)	Tier 5 *	QL PA
FYCOMPA TABS 2mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 4	QL PA
FYCOMPA TABS 4mg, 6mg, 8mg, 10mg, 12mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5 *	QL PA
<i>gabapentin</i> (generic of NEURONTIN) CAPS 100mg, 300mg QL (360 caps / 30 days)	Tier 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 * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>gabapentin</i> (generic of NEURONTIN) CAPS 400mg QL (270 caps / 30 days)	Tier 1	QL
<i>gabapentin</i> (generic of NEURONTIN) SOLN 250mg/5ml, 300mg/6ml QL (2160 mL / 30 days)	Tier 2	QL
<i>gabapentin</i> (generic of NEURONTIN) TABS 600mg QL (180 tabs / 30 days)	Tier 2	QL
<i>gabapentin</i> (generic of NEURONTIN) TABS 800mg QL (120 tabs / 30 days)	Tier 2	QL
<i>lacosamide</i> (generic of VIMPAT) SOLN 200mg/20ml	Tier 2	
<i>lacosamide</i> (generic of VIMPAT) TABS 50mg QL (120 tabs / 30 days)	Tier 2	QL
<i>lacosamide</i> (generic of VIMPAT) TABS 100mg, 150mg, 200mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 2	QL
<i>lacosamide oral</i> (generic of VIMPAT) SOLN 10mg/ml QL (1200 mL / 30 days)	Tier 2	QL
<i>lamotrigine</i> (generic of LAMICTAL CHEWABLE DISPERS) CHEW 5mg, 25mg	Tier 2	
<i>lamotrigine</i> (generic of LAMICTAL) TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg	Tier 1	
<i>lamotrigine</i> (generic of LAMICTAL XR) TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 250mg, 300mg	Tier 2	ST

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>levetiracetam</i> (generic of KEPPRA) SOLN 100mg/ml, 500mg/5ml; TABS 250mg, 500mg, 750mg, 1000mg	Tier 2	
<i>levetiracetam</i> (generic of KEPPRA XR) TB24 500mg, 750mg	Tier 2	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 500 mg/100ml</i> (generic of LEVETIRACETAM)	Tier 2	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1000 mg/100ml</i> (generic of LEVETIRACETAM)	Tier 2	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1500 mg/100ml</i> (generic of LEVETIRACETAM)	Tier 2	
LIBERVANT FILM 5mg, 7.5mg, 10mg, 12.5mg, 15mg QL (10 buccal films / 30 days)	Tier 4	QL
<i>methsuximide</i> (generic of CELONTIN) CAPS 300mg	Tier 2	
NAYZILAM SOLN 5mg/0.1ml QL (10 nasal units per 30 days)	Tier 4	QL
<i>oxcarbazepine</i> (generic of TRILEPTAL) SUSP 300mg/5ml; TABS 150mg, 300mg, 600mg	Tier 2	
<i>phenobarbital</i> ELIX 20mg/5ml QL (1500 mL / 30 days) PA applies if 70 years and older	Tier 4	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	Tier 3	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 * - Suministro de días no extendidos **I** - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES		
<i>phenobarbital sodium</i> SOLN 65mg/ml, 130mg/ml PA applies if 70 years and older	Tier 4	PA
<i>phenytek</i> CAPS 200mg, 300mg	Tier 2	
<i>phenytoin</i> (generic of DILANTIN INFATABS) CHEW 50mg	Tier 2	
<i>phenytoin</i> (generic of DILANTIN-125) SUSP 125mg/5ml	Tier 2	
<i>phenytoin sodium</i> SOLN 50mg/ml	Tier 2	
<i>phenytoin sodium extended</i> (generic of DILANTIN) CAPS 100mg	Tier 2	
<i>phenytoin sodium extended</i> CAPS 200mg, 300mg	Tier 2	
<i>pregabalin</i> (generic of LYRICA) CAPS 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg QL (120 caps / 30 days)	Tier 2	QL PA
<i>pregabalin</i> (generic of LYRICA) CAPS 200mg QL (90 caps / 30 days)	Tier 2	QL PA
<i>pregabalin</i> (generic of LYRICA) CAPS 225mg, 300mg QL (60 caps / 30 days)	Tier 2	QL PA
<i>pregabalin</i> (generic of LYRICA) SOLN 20mg/ml QL (900 mL / 30 days)	Tier 2	QL PA
<i>primidone</i> (generic of MYSOLINE) TABS 50mg, 250mg	Tier 1	
<i>primidone</i> TABS 125mg	Tier 1	
<i>roweepra</i> (generic of KEPPRA) TABS 500mg	Tier 2	
<i>rufinamide</i> (generic of BANZEL) SUSP 40mg/ml QL (2400 mL / 30 days)	Tier 5	* QL PA
<i>rufinamide</i> (generic of BANZEL) TABS 200mg QL (480 tabs / 30 days)	Tier 2	QL PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES		
<i>rufinamide</i> (generic of BANZEL) TABS 400mg QL (240 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL PA
SPRITAM TB3D 250mg QL (360 tabs / 30 days)	Tier 4	QL
SPRITAM TB3D 500mg QL (180 tabs / 30 days)	Tier 4	QL
SPRITAM TB3D 750mg QL (120 tabs / 30 days)	Tier 4	QL
SPRITAM TB3D 1000mg QL (90 tabs / 30 days)	Tier 4	QL
<i>subvenite</i> (generic of LAMICTAL) TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg	Tier 1	
SYMPAZAN FILM 5mg, 10mg, 20mg QL (60 films / 30 days)	Tier 5	* QL PA
<i>tiagabine hcl</i> TABS 2mg, 4mg, 12mg, 16mg	Tier 2	
<i>topiramate</i> (generic of TOPAMAX SPRINKLE) CPSP 15mg, 25mg	Tier 2	
<i>topiramate</i> (generic of TOPAMAX) TABS 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	Tier 1	
<i>valproate sodium</i> SOLN 100mg/ml, 250mg/5ml	Tier 2	
<i>valproic acid</i> CAPS 250mg	Tier 2	
VALTOCO 5 MG DOSE LIQD 5mg/0.1ml QL (10 blister packs per 30 days)	Tier 4	QL
VALTOCO 10 MG DOSE LIQD 10mg/0.1ml QL (10 blister packs per 30 days)	Tier 4	QL
VALTOCO 15 MG DOSE LQPK 7.5mg/0.1ml QL (10 blister packs per 30 days)	Tier 4	QL
VALTOCO 20 MG DOSE LQPK 10mg/0.1ml QL (10 blister packs per 30 days)	Tier 4	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 * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>vigabatrin</i> (generic of SABRIL) PACK 500mg QL (180 packets / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA
<i>vigabatrin</i> (generic of SABRIL) TABS 500mg QL (180 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA
<i>vigadrone</i> (generic of SABRIL) PACK 500mg QL (180 packets / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA
<i>vigadrone</i> (generic of SABRIL) TABS 500mg QL (180 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA
VIGAFYDE SOLN 100mg/ml QL (900 mL / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA
<i>vigpoder</i> (generic of SABRIL) PACK 500mg QL (180 packets / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA
XCOPRI TABS 25mg, 50mg, 100mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL
XCOPRI TABS 150mg, 200mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL
XCOPRI PAK 12.5-25 QL (28 tabs / 28 days)	Tier 4	QL
XCOPRI PAK 50-100MG QL (28 tabs / 28 days)	Tier 5	* QL
XCOPRI PAK 100-150 QL (56 tabs / 28 days)	Tier 5	* QL
XCOPRI PAK 150-200MG (MAINTENANCE) QL (56 tabs / 28 days)	Tier 5	* QL
XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION) QL (28 tabs / 28 days)	Tier 5	* QL
ZONISADE SUSP 100mg/5ml QL (900 mL / 30 days)	Tier 5	* QL PA
<i>zonisamide</i> (generic of ZONEGRAN) CAPS 25mg, 100mg	Tier 2	
<i>zonisamide</i> CAPS 50mg	Tier 2	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
ZTALMY SUSP 50mg/ml QL (1100 mL / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA
ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER - DRUGS TO TREAT ADHD		
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i> 24hr 5 mg (generic of ADDERALL XR) QL (30 caps / 30 days)	Tier 2	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i> 24hr 10 mg (generic of ADDERALL XR) QL (30 caps / 30 days)	Tier 2	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i> 24hr 15 mg (generic of ADDERALL XR) QL (30 caps / 30 days)	Tier 2	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i> 24hr 20 mg (generic of ADDERALL XR) QL (30 caps / 30 days)	Tier 2	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i> 24hr 25 mg (generic of ADDERALL XR) QL (30 caps / 30 days)	Tier 2	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i> 24hr 30 mg (generic of ADDERALL XR) QL (30 caps / 30 days)	Tier 2	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 5 mg</i> (generic of ADDERALL) QL (60 tabs / 30 days)	Tier 2	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 7.5 mg</i> (generic of ADDERALL) QL (60 tabs / 30 days)	Tier 2	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 10 mg</i> (generic of ADDERALL) QL (60 tabs / 30 days)	Tier 2	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 * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 12.5 mg</i> (generic of ADDERALL) QL (60 tabs / 30 days)	Tier 2	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 15 mg</i> (generic of ADDERALL) QL (60 tabs / 30 days)	Tier 2	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 20 mg</i> (generic of ADDERALL) QL (90 tabs / 30 days)	Tier 2	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 30 mg</i> (generic of ADDERALL) QL (60 tabs / 30 days)	Tier 2	QL PA
<i>atomoxetine hcl</i> (generic of STRATTERA) CAPS 10mg, 18mg, 25mg QL (120 caps / 30 days)	Tier 2	QL
<i>atomoxetine hcl</i> (generic of STRATTERA) CAPS 40mg QL (60 caps / 30 days)	Tier 2	QL
<i>atomoxetine hcl</i> (generic of STRATTERA) CAPS 60mg, 80mg, 100mg QL (30 caps / 30 days)	Tier 2	QL
<i>dexmethylphenidate hcl</i> (generic of FOCALIN) TABS 2.5mg, 5mg QL (120 tabs / 30 days)	Tier 2	QL PA
<i>dexmethylphenidate hcl</i> (generic of FOCALIN) TABS 10mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 2	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	Tier 3	QL PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>guanfacine hcl (adhd)</i> (generic of INTUNIV) TB24 3mg QL (60 tabs / 30 days) PA applies if 70 years and older	Tier 3	QL PA
<i>methylphenidate hcl</i> (generic of METHYLIN) SOLN 5mg/5ml QL (1800 mL / 30 days)	Tier 2	QL PA
<i>methylphenidate hcl</i> (generic of METHYLIN) SOLN 10mg/5ml QL (900 mL / 30 days)	Tier 2	QL PA
<i>methylphenidate hcl</i> (generic of RITALIN) TABS 5mg, 10mg QL (180 tabs / 30 days)	Tier 2	QL PA
<i>methylphenidate hcl</i> (generic of RITALIN) TABS 20mg QL (90 tabs / 30 days)	Tier 2	QL PA
<i>methylphenidate hcl</i> TBCR 10mg, 20mg QL (90 tabs / 30 days)	Tier 2	QL PA
HYPNOTICS - DRUGS TO TREAT INSOMNIA		
DAYVIGO TABS 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 3	QL
<i>doxepin hcl (sleep)</i> (generic of SILENOR) TABS 3mg, 6mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 2	QL
<i>tasimelteon</i> (generic of HETLIOZ) CAPS 20mg QL (30 caps / 30 days)	Tier 5 *	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	Tier 2	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 * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>temazepam</i> (generic of RESTORIL) CAPS 15mg QL (60 caps / 30 days) PA applies if 65 years and older	Tier 2	QL PA
<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	Tier 2	QL PA
MIGRAINE - DRUGS TO TREAT SEVERE HEADACHES		
AIMOVIG SOAJ 70mg/ml, 140mg/ml QL (1 pen / 30 days)	Tier 3	QL NM PA
<i>dihydroergotamine mesylate</i> SOLN 1mg/ml	Tier 5	*
<i>dihydroergotamine mesylate</i> (generic of MIGRANAL) SOLN 4mg/ml QL (8 mL / 30 days)	Tier 5	* QL PA
EMGALITY SOAJ 120mg/ml QL (2 pens / 30 days)	Tier 3	QL NM PA
EMGALITY SOSY 100mg/ml QL (3 syringes / 30 days)	Tier 3	QL NM PA
EMGALITY SOSY 120mg/ml QL (2 syringes / 30 days)	Tier 3	QL NM PA
<i>ergotamine w/ caffeine tab</i> 1-100 mg QL (40 tabs / 28 days)	Tier 2	QL PA
<i>naratriptan hcl</i> TABS 1mg, 2.5mg QL (12 tabs / 30 days)	Tier 2	QL
NURTEC TBDP 75mg QL (16 tabs / 30 days)	Tier 3	QL PA
QULIPTA TABS 10mg, 30mg, 60mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 3	QL PA
<i>rizatriptan benzoate</i> TABS 5mg; TBDP 5mg QL (18 tabs / 30 days)	Tier 2	QL

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>rizatriptan benzoate</i> (generic of MAXALT) TABS 10mg QL (18 tabs / 30 days)	Tier 2	QL
<i>rizatriptan benzoate</i> (generic of MAXALT-MLT) TBDP 10mg QL (18 tabs / 30 days)	Tier 2	QL
<i>sumatriptan</i> SOLN 5mg/act QL (24 units / 30 days)	Tier 2	QL
<i>sumatriptan</i> SOLN 20mg/act QL (12 units / 30 days)	Tier 2	QL
<i>sumatriptan succinate</i> SOAJ 4mg/0.5ml; SOCT 4mg/0.5ml QL (18 injections / 30 days)	Tier 2	QL
<i>sumatriptan succinate</i> (generic of IMITREX STATDOSE SYSTEM) SOAJ 6mg/0.5ml QL (12 injections / 30 days)	Tier 2	QL
<i>sumatriptan succinate</i> (generic of IMITREX STATDOSE REFILL) SOCT 6mg/0.5ml QL (12 injections / 30 days)	Tier 2	QL
<i>sumatriptan succinate</i> SOLN 6mg/0.5ml QL (12 injections / 30 days)	Tier 2	QL
<i>sumatriptan succinate</i> (generic of IMITREX) TABS 25mg, 50mg, 100mg QL (12 tabs / 30 days)	Tier 2	QL
UBRELVY TABS 50mg, 100mg QL (16 tabs / 30 days)	Tier 3	QL PA
MISCELLANEOUS		
AUSTEDO TABS 6mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA
AUSTEDO TABS 9mg, 12mg QL (120 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA
AUSTEDO XR TB24 6mg QL (90 tabs / 30 days)	Tier 5	* 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 * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES	
AUSTEDO XR TB24 12mg QL (120 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
AUSTEDO XR TB24 18mg, 24mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
AUSTEDO XR TB24 30mg, 36mg, 42mg, 48mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
AUSTEDO XR TAB TITR KIT QL (2 packs / year)	Tier 5 * QL NM PA
<i>lithium</i> SOLN 8meq/5ml	Tier 2
<i>lithium carbonate</i> CAPS 150mg, 300mg, 600mg; TABS 300mg	Tier 1
<i>lithium carbonate</i> (generic of LITHOBID) TBCR 300mg	Tier 2
<i>lithium carbonate</i> TBCR 450mg	Tier 2
NUDEXTA CAP 20-10MG QL (60 caps / 30 days)	Tier 5 * QL PA
<i>pyridostigmine bromide</i> (generic of MESTINON) TABS 60mg	Tier 2
<i>riluzole</i> TABS 50mg	Tier 2
<i>tetrabenazine</i> (generic of XENAZINE) TABS 12.5mg QL (90 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
<i>tetrabenazine</i> (generic of XENAZINE) TABS 25mg QL (120 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS - DRUGS TO TREAT MULTIPLE SCLEROSIS	
BAFIERTAM CPDR 95mg QL (120 caps / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
BETASERON KIT .3mg QL (14 syringes / 28 days)	Tier 5 * QL NM PA
COPAXONE SOSY 20mg/ml QL (30 syringes / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES	
COPAXONE SOSY 40mg/ml QL (12 syringes / 28 days)	Tier 5 * QL NM PA
<i>dalfampridine</i> (generic of AMPYRA) TB12 10mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 2 QL NM PA
<i> fingolimod hcl</i> (generic of GILENYA) CAPS .5mg QL (30 caps / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
<i>glatiramer acetate</i> (generic of COPAXONE) SOSY 20mg/ml QL (30 syringes / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
<i>glatiramer acetate</i> (generic of COPAXONE) SOSY 40mg/ml QL (12 syringes / 28 days)	Tier 5 * QL NM PA
<i>glatopa</i> (generic of COPAXONE) SOSY 20mg/ml QL (30 syringes / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
<i>glatopa</i> (generic of COPAXONE) SOSY 40mg/ml QL (12 syringes / 28 days)	Tier 5 * QL NM PA
KESIMPTA SOAJ 20mg/0.4ml QL (16 pens / 365 days)	Tier 5 * QL NM PA
MUSCULOSKELETAL THERAPY AGENTS - DRUGS TO TREAT MUSCLE SPASMS	
<i>baclofen</i> TABS 5mg QL (90 tabs / 30 days)	Tier 2 QL
<i>baclofen</i> TABS 10mg, 20mg	Tier 2
<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	Tier 3 QL PA
<i>dantrolene sodium</i> (generic of DANTRIUM) CAPS 25mg	Tier 2

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES	
<i>dantrolene sodium</i> CAPS 50mg, 100mg	Tier 2
<i>tizanidine hcl</i> TABS 2mg	Tier 2
<i>tizanidine hcl</i> (generic of ZANAFLEX) TABS 4mg	Tier 2
NARCOLEPSY/CATAPLEXY - DRUGS FOR SLEEP DISORDERS	
<i>armodafinil</i> (generic of NUVIGIL) TABS 50mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 2 QL PA
<i>armodafinil</i> (generic of NUVIGIL) TABS 150mg, 200mg, 250mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 2 QL PA
<i>modafinil</i> (generic of PROVIGIL) TABS 100mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 2 QL PA
<i>modafinil</i> (generic of PROVIGIL) TABS 200mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 2 QL PA
SODIUM OXYBATE SOLN 500mg/ml QL (540 mL / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
PSYCHOTHERAPEUTIC-MISC	
<i>acamprosate calcium</i> TBEC 333mg	Tier 2
<i>buprenorphine hcl</i> SUBL 2mg, 8mg QL (90 tabs / 30 days)	Tier 2 QL
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i> 2-0.5 mg (base equiv) (generic of SUBOXONE) QL (90 films / 30 days)	Tier 2 QL
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i> 4-1 mg (base equiv) (generic of SUBOXONE) QL (90 films / 30 days)	Tier 2 QL
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i> 8-2 mg (base equiv) (generic of SUBOXONE) QL (90 films / 30 days)	Tier 2 QL
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i> 12-3 mg (base equiv) (generic of SUBOXONE) QL (60 films / 30 days)	Tier 2 QL

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES	
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab</i> 2-0.5 mg (base equiv) QL (90 tabs / 30 days)	Tier 2 QL
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab</i> 8-2 mg (base equiv) QL (90 tabs / 30 days)	Tier 2 QL
<i>bupropion hcl</i> (smoking deterrent) TB12 150mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 2 QL
<i>disulfiram</i> TABS 250mg, 500mg	Tier 2
<i>naloxone hcl</i> LIQD 4mg/0.1ml; SOCT .4mg/ml; SOLN .4mg/ml, 4mg/10ml; SOSY .4mg/ml, 2mg/2ml	Tier 2
<i>naltrexone hcl</i> TABS 50mg	Tier 2
NICOTROL INHALER INHA 10mg	Tier 4
NICOTROL NS SOLN 10mg/ml	Tier 4
<i>varenicline tartrate</i> TABS .5mg, 1mg QL (56 tabs / 28 days)	Tier 2 QL
<i>varenicline tartrate tab</i> 11 x 0.5 mg & 42 x 1 mg start pack QL (2 packs / year)	Tier 2 QL
VIVITROL SUSR 380mg	Tier 5 * NM
ENDOCRINE AND METABOLIC - DRUGS TO TREAT DIABETES AND REGULATE HORMONES	
ANDROGENS - DRUGS TO REGULATE MALE HORMONES	
<i>danazol</i> CAPS 50mg, 100mg, 200mg	Tier 2
<i>depo-testosterone</i> SOLN 100mg/ml, 200mg/ml	Tier 2 PA
<i>methyltestosterone</i> CAPS 10mg QL (600 caps / 30 days)	Tier 5 * QL PA
<i>testosterone</i> GEL 1%, 25mg/2.5gm, 50mg/5gm QL (300 gm / 30 days)	Tier 2 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 * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>testosterone</i> (generic of ANDROGEL PUMP) GEL 1.62% QL (150 gm / 30 days)	Tier 2	QL PA
<i>testosterone cypionate</i> SOLN 100mg/ml, 200mg/ml	Tier 2	PA
<i>testosterone enanthate</i> SOLN 200mg/ml	Tier 2	PA
ANTIDIABETICS		
<i>acarbose</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	Tier 2	
FARXIGA TABS 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 3	QL
<i>glimepiride</i> TABS 1mg, 2mg QL (90 tabs / 30 days)	Tier 1	QL
<i>glimepiride</i> TABS 4mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 1	QL
<i>glipizide</i> TABS 5mg QL (240 tabs / 30 days)	Tier 1	QL
<i>glipizide</i> TABS 10mg QL (120 tabs / 30 days)	Tier 1	QL
<i>glipizide</i> TB24 2.5mg QL (90 tabs / 30 days)	Tier 1	QL
<i>glipizide</i> (generic of GLUCOTROL XL) TB24 5mg QL (90 tabs / 30 days)	Tier 1	QL
<i>glipizide</i> (generic of GLUCOTROL XL) TB24 10mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 1	QL
<i>glipizide xl</i> TB24 2.5mg QL (90 tabs / 30 days)	Tier 1	QL
<i>glipizide xl</i> (generic of GLUCOTROL XL) TB24 5mg QL (90 tabs / 30 days)	Tier 1	QL
<i>glipizide xl</i> (generic of GLUCOTROL XL) TB24 10mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 1	QL
<i>glipizide-metformin hcl tab</i> 2.5-250 mg QL (240 tabs / 30 days)	Tier 1	QL

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>glipizide-metformin hcl tab</i> 2.5-500 mg QL (120 tabs / 30 days)	Tier 1	QL
<i>glipizide-metformin hcl tab</i> 5-500 mg QL (120 tabs / 30 days)	Tier 1	QL
GLYXAMBI TAB 10-5 MG QL (30 tabs / 30 days)	Tier 3	QL
GLYXAMBI TAB 25-5 MG QL (30 tabs / 30 days)	Tier 3	QL
JANUMET TAB 50-500MG QL (60 tabs / 30 days)	Tier 3	QL
JANUMET TAB 50-1000 QL (60 tabs / 30 days)	Tier 3	QL
JANUMET XR TAB 50-500MG QL (60 tabs / 30 days)	Tier 3	QL
JANUMET XR TAB 50-1000 QL (60 tabs / 30 days)	Tier 3	QL
JANUMET XR TAB 100-1000 QL (30 tabs / 30 days)	Tier 3	QL
JANUVIA TABS 25mg, 50mg, 100mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 3	QL
JARDIANCE TABS 10mg, 25mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 3	QL
JENTADUETO TAB 2.5-500 QL (60 tabs / 30 days)	Tier 3	QL
JENTADUETO TAB 2.5-850 QL (60 tabs / 30 days)	Tier 3	QL
JENTADUETO TAB 2.5-1000 QL (60 tabs / 30 days)	Tier 3	QL
JENTADUETO TAB XR 2.5-1000MG QL (60 tabs / 30 days)	Tier 3	QL
JENTADUETO TAB XR 5-1000MG QL (30 tabs / 30 days)	Tier 3	QL
<i>metformin hcl</i> TABS 500mg QL (150 tabs / 30 days)	Tier 1	QL
<i>metformin hcl</i> TABS 850mg QL (90 tabs / 30 days)	Tier 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 * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO		NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>metformin hcl</i>	TABS 1000mg QL (75 tabs / 30 days)	Tier 1	QL
<i>metformin hcl</i>	TB24 500mg QL (120 tabs / 30 days) (generic of GLUCOPHAGE XR)	Tier 1	QL
<i>metformin hcl</i>	TB24 750mg QL (60 tabs / 30 days) (generic of GLUCOPHAGE XR)	Tier 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)	Tier 3	QL PA
<i>nateglinide</i>	TABS 60mg, 120mg QL (90 tabs / 30 days)	Tier 1	QL
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE)	SOPN 2mg/1.5ml QL (1 pen / 28 days)	Tier 3	QL PA
OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE)	SOPN 2mg/3ml QL (1 pen / 28 days)	Tier 3	QL PA
OZEMPIC (1MG/DOSE)	SOPN 4mg/3ml QL (1 pen / 28 days)	Tier 3	QL PA
OZEMPIC (2MG/DOSE)	SOPN 8mg/3ml QL (1 pen / 28 days)	Tier 3	QL PA
<i>pioglitazone hcl</i> (generic of ACTOS)	TABS 15mg, 30mg, 45mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 1	QL
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl tab</i>	15-500 mg QL (90 tabs / 30 days)	Tier 1	QL
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl tab</i>	15-850 mg (generic of ACTOPLUS MET) QL (90 tabs / 30 days)	Tier 1	QL
<i>repaglinide</i>	TABS 2mg QL (240 tabs / 30 days)	Tier 1	QL

NOMBRE DE MEDICAMENTO		NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>repaglinide</i>	TABS .5mg, 1mg QL (120 tabs / 30 days)	Tier 1	QL
RYBELSUS	TABS 3mg, 7mg, 14mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 3	QL PA
SYNJARDY TAB	5-500MG QL (120 tabs / 30 days)	Tier 3	QL
SYNJARDY TAB	5-1000MG QL (60 tabs / 30 days)	Tier 3	QL
SYNJARDY TAB	12.5-500 QL (60 tabs / 30 days)	Tier 3	QL
SYNJARDY TAB	12.5- 1000MG QL (60 tabs / 30 days)	Tier 3	QL
SYNJARDY XR TAB	5- 1000MG QL (60 tabs / 30 days)	Tier 3	QL
SYNJARDY XR TAB	10- 1000 QL (60 tabs / 30 days)	Tier 3	QL
SYNJARDY XR TAB	12.5- 1000 QL (60 tabs / 30 days)	Tier 3	QL
SYNJARDY XR TAB	25- 1000 QL (30 tabs / 30 days)	Tier 3	QL
TRADJENTA	TABS 5mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 3	QL
TRIJARDY XR TAB ER	24HR 5-2.5-1000MG QL (60 tabs / 30 days)	Tier 3	QL
TRIJARDY XR TAB ER	24HR 10-5-1000MG QL (30 tabs / 30 days)	Tier 3	QL
TRIJARDY XR TAB ER	24HR 12.5-2.5-1000MG QL (60 tabs / 30 days)	Tier 3	QL
TRIJARDY XR TAB ER	24HR 25-5-1000MG QL (30 tabs / 30 days)	Tier 3	QL
TRULICITY	SOPN .75mg/0.5ml, 1.5mg/0.5ml, 3mg/0.5ml, 4.5mg/0.5ml QL (4 pens / 28 days)	Tier 3	QL PA
XIGDUO XR TAB	2.5-1000 QL (60 tabs / 30 days)	Tier 3	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 * - Suministro de días no extendidos **I** - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES		
XIGDUO XR TAB 5-500MG QL (60 tabs / 30 days)	Tier 3	QL
XIGDUO XR TAB 5-1000MG QL (60 tabs / 30 days)	Tier 3	QL
XIGDUO XR TAB 10-500MG QL (30 tabs / 30 days)	Tier 3	QL
XIGDUO XR TAB 10-1000 QL (30 tabs / 30 days)	Tier 3	QL
ANTIDIABETICS, INSULINS		
ADMELOG SOLN 100unit/ml	Tier 3	I
ADMELOG SOLOSTAR SOPN 100unit/ml	Tier 3	I
ALCOHOL SWABS: BD-EMBECTA/MHC/RUGBY	Tier 3	PA
BASAGLAR KWIKPEN SOPN 100unit/ml	Tier 3	I
FIASP SOLN 100unit/ml	Tier 3	I
FIASP FLEXTOUCH SOPN 100unit/ml	Tier 3	I
FIASP PENFILL SOCT 100unit/ml	Tier 3	I
FIASP PUMPCART SOCT 100unit/ml	Tier 3	B/D
GAUZE PADS 2" X 2"	Tier 3	PA
HUMULIN R U-500 (CONCENTR SOLN 500unit/ml)	Tier 5	I * B/D
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SOPN 500unit/ml	Tier 5	I *
INSULIN PEN NEEDLES: BD-EMBECTA	Tier 3	PA
INSULIN SAFETY NEEDLES: BD-EMBECTA	Tier 3	PA
INSULIN SYRINGES: BD-EMBECTA	Tier 3	PA
NOVOLIN INJ 70/30 (brand RELION not covered)	Tier 3	I
NOVOLIN INJ 70/30 FP (brand RELION not covered)	Tier 3	I
NOVOLIN N SUSP 100unit/ml (brand RELION not covered)	Tier 3	I

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES		
NOVOLIN N FLEXPEN SUPN 100unit/ml (brand RELION not covered)	Tier 3	I
NOVOLIN R SOLN 100unit/ml (brand RELION not covered)	Tier 3	I
NOVOLIN R FLEXPEN SOPN 100unit/ml (brand RELION not covered)	Tier 3	I
NOVOLOG SOLN 100unit/ml (brand RELION not covered)	Tier 3	I
NOVOLOG FLEXPEN SOPN 100unit/ml (brand RELION not covered)	Tier 3	I
NOVOLOG MIX INJ 70/30 (brand RELION not covered)	Tier 3	I
NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN (brand RELION not covered)	Tier 3	I
NOVOLOG PENFILL SOCT 100unit/ml (brand RELION not covered)	Tier 3	I
OMNIPOD 5 G6 KIT INTRO QL (1 kit / year)	Tier 4	QL PA
OMNIPOD 5 G6 MIS PODS QL (15 pods / 30 days)	Tier 4	QL PA
OMNIPOD 5 G7 KIT INTRO QL (1 kit / year)	Tier 4	QL PA
OMNIPOD 5 G7 MIS PODS QL (15 pods / 30 days)	Tier 4	QL PA
OMNIPOD DASH KIT INTRO QL (1 kit / year)	Tier 4	QL PA
OMNIPOD DASH MIS PODS QL (15 pods / 30 days)	Tier 4	QL PA
OMNIPOD GO KIT 10UNT/DY QL (15 pods / 30 days)	Tier 4	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 ***** - Suministro de días no extendidos **I** - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES		
OMNIPOD GO KIT 15UNT/DY QL (15 pods / 30 days)	Tier 4	QL PA
OMNIPOD GO KIT 20UNT/DY QL (15 pods / 30 days)	Tier 4	QL PA
OMNIPOD GO KIT 25UNT/DY QL (15 pods / 30 days)	Tier 4	QL PA
OMNIPOD GO KIT 30UNT/DY QL (15 pods / 30 days)	Tier 4	QL PA
OMNIPOD GO KIT 35UNT/DY QL (15 pods / 30 days)	Tier 4	QL PA
OMNIPOD GO KIT 40UNT/DY QL (15 pods / 30 days)	Tier 4	QL PA
OMNIPOD MIS CLASSIC QL (15 pods / 30 days)	Tier 4	QL PA
SOLQUA INJ 100/33 QL (5 pens / 25 days)	Tier 3	I QL
TOUJEO MAX SOLOSTAR SOPN 300unit/ml	Tier 3	I
TOUJEO SOLOSTAR SOPN 300unit/ml	Tier 3	I
TRESIBA SOLN 100unit/ml	Tier 3	I
TRESIBA FLEXTOUCH SOPN 100unit/ml, 200unit/ml	Tier 3	I
XULTOPHY INJ 100/3.6 QL (5 pens / 30 days)	Tier 3	I QL
CALCIUM REGULATORS		
<i>alendronate sodium</i> TABS 10mg, 35mg	Tier 1	
<i>alendronate sodium</i> (generic of FOSAMAX) TABS 70mg	Tier 1	
<i>calcitonin (salmon) spray</i> SOLN 200unit/act	Tier 2	B/D
<i>ibandronate sodium</i> TABS 150mg	Tier 2	B/D
PAMIDRONATE DISODIUM SOLN 6mg/ml	Tier 3	B/D
<i>pamidronate disodium</i> SOLN 30mg/10ml, 90mg/10ml	Tier 2	B/D
PROLIA SOSY 60mg/ml QL (1 syringe / 180 days)	Tier 4	QL NM

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES		
TERIPARATIDE SOPN 620mcg/2.48ml	Tier 5	* NM PA
XGEVA SOLN 120mg/1.7ml	Tier 5	* NM PA
<i>zoledronic acid</i> CONC 4mg/5ml	Tier 2	B/D NM
<i>zoledronic acid</i> (generic of RECLAST) SOLN 5mg/100ml	Tier 2	B/D NM
CHELATING AGENTS		
CHEMET CAPS 100mg	Tier 5	*
<i>deferasirox</i> (generic of JADENU) TABS 90mg	Tier 2	NM PA
<i>deferasirox</i> (generic of JADENU) TABS 180mg, 360mg	Tier 4	NM PA
<i>deferasirox</i> (generic of EXJADE) TBSO 125mg	Tier 2	NM PA
<i>deferasirox</i> (generic of EXJADE) TBSO 250mg, 500mg	Tier 5	* NM PA
<i>kionex</i> SUSP 15gm/60ml	Tier 2	
LOKELMA PACK 5gm, 10gm	Tier 3	
<i>penicillamine</i> (generic of DEPEN TITRATABS) TABS 250mg	Tier 5	* NM
<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i> sps SUSP 15gm/60ml	Tier 2	
<i>trientine hcl</i> (generic of SYPRINE) CAPS 250mg	Tier 5	* NM PA
CONTRACEPTIVES - DRUGS FOR BIRTH CONTROL		
<i>afirmelle</i>	Tier 2	
<i>altavera</i>	Tier 2	
<i>alyacen 1/35</i>	Tier 2	
<i>alyacen 7/7/7</i>	Tier 2	
<i>apri</i>	Tier 2	
<i>aranelle</i>	Tier 2	
<i>aubra eq</i>	Tier 2	
<i>aurovela 1/20</i>	Tier 2	
<i>aurovela fe 1.5/30</i>	Tier 2	
<i>aurovela fe 1/20</i>	Tier 2	
<i>aviane</i>	Tier 2	
<i>ayuna</i>	Tier 2	

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL REQUISITOS / LIMITES
azurette	Tier 2
balziva	Tier 2
blisovi fe 1.5/30	Tier 2
briellyn	Tier 2
camila TABS .35mg	Tier 2
chateal eq	Tier 2
cryselle-28	Tier 2
cyred eq	Tier 2
dasetta 1/35	Tier 2
dasetta 7/7/7	Tier 2
deblitane TABS .35mg	Tier 2
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUSY 104mg/0.65ml	Tier 3
desogest-eth estrad & eth estrad tab 0.15-0.02/0.01 mg(2 1/5)	Tier 2
drosiprenone-ethinyl estradiol tab 3-0.02 mg (generic of YAZ)	Tier 2
drosiprenone-ethinyl estradiol tab 3-0.03 mg (generic of YASMIN 28)	Tier 2
elinest	Tier 2
eluryng (generic of NUVARING)	Tier 2
emzahn TABS .35mg	Tier 2
enilloring (generic of NUVARING)	Tier 2
enpresse-28	Tier 2
enskyce	Tier 2
errin TABS .35mg	Tier 2
estarylla	Tier 2
ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-35 mcg	Tier 2
ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-50 mcg	Tier 2
etonogestrel-ethinyl estradiol va ring 0.12-0.015 mg/24hr (generic of NUVARING)	Tier 2
falmina	Tier 2
hailey 1.5/30	Tier 2
haloette (generic of NUVARING)	Tier 2

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL REQUISITOS / LIMITES
heather TABS .35mg	Tier 2
iclevia	Tier 2
incassia TABS .35mg	Tier 2
introvale	Tier 2
isibloom	Tier 2
jasmiel (generic of YAZ)	Tier 2
jolessa	Tier 2
juleber	Tier 2
junel 1.5/30	Tier 2
junel 1/20	Tier 2
junel fe 1.5/30	Tier 2
junel fe 1/20	Tier 2
kariva	Tier 2
kelnor 1/35	Tier 2
kelnor 1/50	Tier 2
kurvelo	Tier 2
larin 1.5/30	Tier 2
larin 1/20	Tier 2
larin fe 1.5/30	Tier 2
larin fe 1/20	Tier 2
leena	Tier 2
lessina	Tier 2
levonest	Tier 2
levonorgestrel & ethinyl estradiol (91-day) tab 0.15-0.03 mg	Tier 2
levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.1 mg-20 mcg	Tier 2
levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg	Tier 2
levonorgestrel-eth estra tab 0.05-30/0.075-40/0.125-30mg-mcg	Tier 2
levora 0.15/30-28	Tier 2
LILETTA IUD 20.1mcg/day	Tier 3 NM
loestrin 1.5/30-21	Tier 2
loestrin 1/20-21	Tier 2
loestrin fe 1.5/30	Tier 2
loestrin fe 1/20	Tier 2
loryna (generic of YAZ)	Tier 2
low-ogestrel	Tier 2
lutera	Tier 2
lyleq TABS .35mg	Tier 2
lyza TABS .35mg	Tier 2

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>marlissa</i>	Tier 2	
<i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive)</i> (generic of DEPO-PROVERA CONTRACEPTIV) SUSP 150mg/ml; SUSY 150mg/ml	Tier 2	
<i>microgestin 1.5/30</i>	Tier 2	
<i>microgestin 1/20</i>	Tier 2	
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	Tier 2	
<i>microgestin fe 1/20</i>	Tier 2	
<i>mili</i>	Tier 2	
<i>mono-linyah</i>	Tier 2	
<i>necon 0.5/35-28</i>	Tier 2	
NEXPLANON IMPL 68mg	Tier 3	NM
<i>nikki</i> (generic of YAZ)	Tier 2	
<i>nora-be</i> TABS .35mg	Tier 2	
<i>norelgestromin-ethinyl estradiol td ptwk 150-35 mcg/24hr</i>	Tier 2	
<i>norethindrone (contraceptive)</i> TABS .35mg	Tier 2	
<i>norethindrone ac-ethinyl estrad-fe tab 1-20/1-30/1-35 mg-mcg</i>	Tier 2	
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1 mg-20 mcg</i>	Tier 2	
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1.5 mg-30 mcg</i>	Tier 2	
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol-fe tab 1 mg-20 mcg</i>	Tier 2	
<i>norgestimate & ethinyl estradiol tab 0.25 mg-35 mcg</i>	Tier 2	
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-25/0.215-25/0.25-25 mg-mcg</i> (generic of ORTHO TRI-CYCLEN LO)	Tier 2	
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-35/0.215-35/0.25-35 mg-mcg</i>	Tier 2	
<i>norlyroc</i> TABS .35mg	Tier 2	
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	Tier 2	
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	Tier 2	
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	Tier 2	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>nortrel 7/7/7</i>	Tier 2	
<i>nylia 1/35</i>	Tier 2	
<i>nylia 7/7/7</i>	Tier 2	
<i>nymyo</i>	Tier 2	
<i>ocella</i> (generic of YASMIN 28)	Tier 2	
<i>philith</i>	Tier 2	
<i>pimtrea</i>	Tier 2	
<i>portia-28</i>	Tier 2	
<i>reclipsen</i>	Tier 2	
<i>setlakin</i>	Tier 2	
<i>sharobel</i> TABS .35mg	Tier 2	
<i>simliya</i>	Tier 2	
<i>sprintec 28</i>	Tier 2	
<i>sronyx</i>	Tier 2	
<i>syeda</i> (generic of YASMIN 28)	Tier 2	
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	Tier 2	
<i>tilia fe</i>	Tier 2	
<i>tri-estarylla</i>	Tier 2	
<i>tri-legest fe</i>	Tier 2	
<i>tri-linyah</i>	Tier 2	
<i>tri-lo-estarylla</i> (generic of ORTHO TRI-CYCLEN LO)	Tier 2	
<i>tri-lo-marzia</i> (generic of ORTHO TRI-CYCLEN LO)	Tier 2	
<i>tri-lo-mili</i> (generic of ORTHO TRI-CYCLEN LO)	Tier 2	
<i>tri-lo-sprintec</i> (generic of ORTHO TRI-CYCLEN LO)	Tier 2	
<i>tri-mili</i>	Tier 2	
<i>tri-nymyo</i>	Tier 2	
<i>tri-sprintec</i>	Tier 2	
<i>tri-vylibra</i>	Tier 2	
<i>tri-vylibra lo</i> (generic of ORTHO TRI-CYCLEN LO)	Tier 2	
<i>trivora-28</i>	Tier 2	
<i>turqoz</i>	Tier 2	
<i>velivet</i>	Tier 2	
<i>vestura</i> (generic of YAZ)	Tier 2	
<i>vienva</i>	Tier 2	
<i>viorele</i>	Tier 2	
<i>vyfemla</i>	Tier 2	
<i>vylibra</i>	Tier 2	
<i>wera</i>	Tier 2	

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>xulane</i>	Tier 2	
<i>zafemy</i>	Tier 2	
<i>zovia 1/35</i>	Tier 2	
<i>zumandimine</i> (generic of YASMIN 28)	Tier 2	
ESTROGENS - DRUGS TO REGULATE FEMALE HORMONES		
<i>dotti</i> (generic of VIVELLE-DOT) PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr	Tier 3	
<i>estradiol</i> (generic of VIVELLE-DOT) PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr	Tier 3	
<i>estradiol</i> (generic of CLIMARA) PTWK .025mg/24hr, .05mg/24hr, .06mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr, 37.5mcg/24hr	Tier 3	
<i>estradiol</i> (generic of ESTRACE) TABS .5mg, 1mg, 2mg	Tier 2	
<i>estradiol & norethindrone acetate tab 0.5-0.1 mg</i>	Tier 3	
<i>estradiol & norethindrone acetate tab 1-0.5 mg</i> (generic of ACTIVEVELLA)	Tier 3	
<i>estradiol vaginal</i> (generic of ESTRACE) CREA .1mg/gm	Tier 2	
<i>estradiol vaginal</i> (generic of VAGIFEM) TABS 10mcg	Tier 2	
<i>estradiol valerate</i> (generic of DELESTROGEN) OIL 10mg/ml, 20mg/ml, 40mg/ml	Tier 2	
<i>fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg</i>	Tier 3	
<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i>	Tier 3	
<i>jinteli</i>	Tier 3	
<i>lyllana</i> (generic of MINIVELLE) PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr	Tier 3	
<i>mimvey</i> (generic of ACTIVEVELLA)	Tier 3	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 0.5 mg-2.5 mcg</i>	Tier 3	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 1 mg-5 mcg</i>	Tier 3	
<i>yuvafem</i> (generic of VAGIFEM) TABS 10mcg	Tier 2	
GLUCOCORTICOIDS - DRUGS TO TREAT INFLAMMATORY RESPONSE		
<i>dexamethasone ELIX .5mg/5ml; SOLN .5mg/5ml; TABS .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg, 2mg, 4mg, 6mg</i>	Tier 2	
<i>DEXAMETHASONE INTENSOL CONC 1mg/ml</i>	Tier 4	
<i>dexamethasone sodium phosphate SOLN 4mg/ml, 10mg/ml, 20mg/5ml, 100mg/10ml, 120mg/30ml; SOSY 4mg/ml</i>	Tier 2	
<i>fludrocortisone acetate TABS .1mg</i>	Tier 2	
<i>hydrocortisone</i> (generic of CORTEF) TABS 5mg, 10mg, 20mg	Tier 2	
<i>methylprednisolone</i> (generic of MEDROL) TABS 4mg, 8mg, 16mg	Tier 2	B/D
<i>methylprednisolone TABS 32mg</i>	Tier 2	B/D
<i>methylprednisolone</i> (generic of MEDROL DOSEPAK) TBPK 4mg	Tier 2	
<i>methylprednisolone acetate</i> (generic of DEPO-MEDROL) SUSP 40mg/ml, 80mg/ml	Tier 2	B/D
<i>methylprednisolone sod succ SOLR 40mg, 125mg</i>	Tier 2	B/D
<i>methylprednisolone sod succ</i> (generic of SOLU-MEDROL) SOLR 1000mg	Tier 2	B/D
<i>prednisolone SOLN 15mg/5ml</i>	Tier 2	B/D
<i>prednisolone sodium phosphate</i> (generic of PEDIAPRED) SOLN 5mg/5ml	Tier 2	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 * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>prednisolone sodium phosphate</i> SOLN 15mg/5ml, 25mg/5ml	Tier 2	B/D
<i>prednisone</i> SOLN 5mg/5ml	Tier 2	B/D
<i>prednisone</i> TABS 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 50mg	Tier 1	B/D
<i>prednisone</i> TBPK 5mg, 10mg	Tier 2	
PREDNISONE INTENSOL CONC 5mg/ml	Tier 4	B/D
SOLU-CORTEF SOLR 100mg, 250mg, 500mg, 1000mg	Tier 4	
GLUCOSE ELEVATING AGENTS - DRUGS TO TREAT LOW BLOOD SUGAR		
<i>diazoxide</i> (generic of PROGLYCEM) SUSP 50mg/ml	Tier 5	*
ZEGALOGUE SOAJ .6mg/0.6ml; SOSY .6mg/0.6ml	Tier 3	
MISCELLANEOUS		
ALDURAZYME SOLN 2.9mg/5ml	Tier 5	* NM PA
<i>betaine powder for oral solution</i> (generic of CYSTADANE)	Tier 5	* NM
<i>cabergoline</i> TABS .5mg	Tier 2	
<i>carglumic acid</i> (generic of CARBAGLU) TBSO 200mg	Tier 5	* NM PA
CERDELGA CAPS 84mg	Tier 5	* NM PA
CEREZYME SOLR 400unit	Tier 5	* NM PA
<i>cinacalcet hcl</i> (generic of SENSIPAR) TABS 30mg, 60mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 2	B/D QL NM
<i>cinacalcet hcl</i> (generic of SENSIPAR) TABS 90mg QL (120 tabs / 30 days)	Tier 5	* B/D QL NM
CYSTAGON CAPS 50mg, 150mg	Tier 4	NM PA
<i>desmopressin acetate</i> (generic of DDAVP) SOLN 4mcg/ml	Tier 5	*

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>desmopressin acetate</i> (generic of DDAVP) TABS .1mg, .2mg	Tier 2	
<i>desmopressin acetate spray</i> SOLN .01%	Tier 2	
<i>desmopressin acetate spray refrigerated</i> SOLN .01%	Tier 2	
FABRAZYME SOLR 5mg, 35mg	Tier 5	* NM PA
GENOTROPIN CART 5mg, 12mg	Tier 5	* NM PA
GENOTROPIN MINIQUICK PRSY .2mg	Tier 3	NM PA
GENOTROPIN MINIQUICK PRSY .4mg, .6mg, .8mg, 1mg, 1.2mg, 1.4mg, 1.6mg, 1.8mg, 2mg	Tier 5	* NM PA
INCRELEX SOLN 40mg/4ml	Tier 5	* NM PA
<i>javygtor</i> (generic of KUVAN) PACK 100mg, 500mg; TABS 100mg	Tier 5	* NM PA
<i>lanreotide acetate</i> SOLN 120mg/0.5ml	Tier 5	* NM PA
<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i> (generic of CARNITOR) SOLN 1gm/10ml; TABS 330mg	Tier 2	B/D
LUMIZYME SOLR 50mg	Tier 5	* NM PA
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH KIT 7.5mg, 11.25mg, 15mg)	Tier 5	* NM PA
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH KIT 11.25mg, 30mg)	Tier 5	* NM PA
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH KIT 45mg)	Tier 5	* NM PA
<i>mifepristone (hyperglycemia)</i> (generic of KORLYM) TABS 300mg	Tier 5	* NM PA
NAGLAZYME SOLN 1mg/ml	Tier 5	* NM PA
<i>nitisinone</i> (generic of ORFADIN) CAPS 2mg, 5mg, 10mg, 20mg	Tier 5	* NM PA
<i>octreotide acetate</i> (generic of SANDOSTATIN) SOLN 50mcg/ml, 100mcg/ml	Tier 2	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 * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES

<i>octreotide acetate</i> SOLN 200mcg/ml; SOSY 50mcg/ml, 100mcg/ml	Tier 2	NM PA
<i>octreotide acetate</i> (generic of SANDOSTATIN) SOLN 500mcg/ml	Tier 5	* NM PA
<i>octreotide acetate</i> SOLN 1000mcg/ml; SOSY 500mcg/ml	Tier 5	* NM PA
<i>raloxifene hcl</i> (generic of EVISTA) TABS 60mg	Tier 2	
<i>sapropterin dihydrochloride</i> (generic of KUVAN) PACK 100mg, 500mg; TABS 100mg	Tier 5	* NM PA
SIGNIFOR SOLN .3mg/ml, .6mg/ml, .9mg/ml	Tier 5	* NM PA
<i>sodium phenylbutyrate</i> (generic of BUPHENYL) POWD 3gm/tsp; TABS 500mg	Tier 5	* NM PA
SOMATULINE DEPOT SOLN 60mg/0.2ml, 90mg/0.3ml, 120mg/0.5ml	Tier 5	* NM PA
SOMAVERT SOLR 10mg, 15mg, 20mg, 25mg, 30mg	Tier 5	* NM PA
SYNAREL SOLN 2mg/ml	Tier 5	* PA
VEOZAH TABS 45mg	Tier 4	PA

PROGESTINS - DRUGS TO REGULATE FEMALE HORMONES

<i>medroxyprogesterone acetate</i> (generic of PROVERA) TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	Tier 1	
<i>megestrol acetate</i> SUSP 40mg/ml	Tier 3	
<i>megestrol acetate</i> (appetite) SUSP 625mg/5ml	Tier 4	PA
<i>norethindrone acetate</i> TABS 5mg	Tier 2	
<i>progesterone</i> (generic of PROMETRIUM) CAPS 100mg, 200mg	Tier 2	

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES

THYROID AGENTS - DRUGS TO REGULATE THYROID LEVELS

<i>euthyrox</i> (generic of SYNTHROID) TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg	Tier 2	
<i>levo-t</i> (generic of SYNTHROID) TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	Tier 2	
<i>levothyroxine sodium</i> (generic of SYNTHROID) TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	Tier 2	
<i>levoxyl</i> (generic of SYNTHROID) TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg	Tier 2	
<i>liothyronine sodium</i> (generic of CYTOMEL) TABS 5mcg, 25mcg, 50mcg	Tier 2	
<i>methimazole</i> TABS 5mg, 10mg	Tier 1	
<i>propylthiouracil</i> TABS 50mg	Tier 2	
SYNTHROID TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	Tier 4	
<i>unithroid</i> (generic of SYNTHROID) TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	Tier 2	
VITAMIN D ANALOGS		
<i>calcitriol</i> (generic of ROCALTROL) CAPS .25mcg, .5mcg	Tier 2	B/D

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES		
<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	Tier 2	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	Tier 3	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	Tier 4	QL PA
ANTISPASMODICS - DRUGS FOR STOMACH SPASMS		
<i>dicyclomine hcl</i> CAPS 10mg; TABS 20mg	Tier 3	
<i>dicyclomine hcl</i> SOLN 10mg/5ml	Tier 4	
<i>glycopyrrolate</i> (generic of ROBINUL) TABS 1mg QL (90 tabs / 30 days)	Tier 2	QL
<i>glycopyrrolate</i> (generic of ROBINUL FORTE) TABS 2mg QL (120 tabs / 30 days)	Tier 2	QL
H2-RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID		
<i>famotidine</i> SOLN 20mg/2ml, 40mg/4ml, 200mg/20ml; SUSR 40mg/5ml	Tier 2	
<i>famotidine</i> (generic of PEPCID) TABS 20mg, 40mg	Tier 1	
<i>famotidine in nacl 0.9% iv soln 20 mg/50ml</i>	Tier 2	
<i>nizatidine</i> CAPS 150mg, 300mg	Tier 2	

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

**NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS /
LIMITES**

INFLAMMATORY BOWEL DISEASE

<i>balsalazide disodium</i> (generic of COLAZAL) CAPS 750mg	Tier 2	
<i>budesonide</i> CPEP 3mg QL (90 caps / 30 days)	Tier 2	QL PA
<i>budesonide</i> (generic of UCERIS) TB24 9mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL PA
<i>hydrocortisone (intrarectal)</i> (generic of CORTENEMA) ENEM 100mg/60ml	Tier 2	
<i>mesalamine</i> (generic of APRISO) CP24 .375gm QL (120 caps / 30 days)	Tier 2	QL
<i>mesalamine</i> (generic of DELZICOL) CPDR 400mg QL (180 caps / 30 days)	Tier 2	QL
<i>mesalamine</i> ENEM 4gm QL (1680 mL / 28 days)	Tier 2	QL
<i>mesalamine</i> (generic of CANASA) SUPP 1000mg QL (30 suppositories / 30 days)	Tier 2	QL
<i>mesalamine</i> (generic of LIALDA) TBEC 1.2gm QL (120 tabs / 30 days)	Tier 2	QL
<i>mesalamine w/ cleanser</i> (generic of ROWASA) KIT 4gm QL (28 bottles / 28 days)	Tier 2	QL
<i>sulfasalazine</i> (generic of AZULFIDINE) TABS 500mg	Tier 2	
<i>sulfasalazine</i> (generic of AZULFIDINE EN-TABS) TBEC 500mg	Tier 2	
LAXATIVES		
<i>constulose</i> SOLN 10gm/15ml	Tier 2	
<i>enulose</i> SOLN 10gm/15ml	Tier 2	
<i>gavilyte-c</i>	Tier 1	
<i>gavilyte-g</i> (generic of GOLYTELY)	Tier 1	

**NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS /
LIMITES**

<i>gavilyte-n/flavor pack</i>	Tier 1	
<i>generlac</i> SOLN 10gm/15ml	Tier 2	
<i>lactulose</i> SOLN 10gm/15ml	Tier 2	
<i>lactulose (encephalopathy)</i> SOLN 10gm/15ml	Tier 2	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl- na sulfate for soln 236 gm</i> (generic of GOLYTELY)	Tier 1	
<i>peg 3350-kcl-sod bicarb- nacl for soln 420 gm</i>	Tier 1	
PLENVU SOL	Tier 4	
<i>sod sulfate-pot sulf-mg sulf oral sol 17.5-3.13-1.6 gm/177ml</i> (generic of SUPREP BOWEL PREP KIT)	Tier 2	
MISCELLANEOUS		
<i>alose tron hcl</i> (generic of LOTRONEX) TABS 1mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL PA
<i>alose tron hcl</i> (generic of LOTRONEX) TABS .5mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 2	QL PA
CREON CAP 3000UNIT	Tier 3	
CREON CAP 6000UNIT	Tier 3	
CREON CAP 12000UNT	Tier 3	
CREON CAP 24000UNT	Tier 3	
CREON CAP 36000UNT	Tier 3	
<i>cromolyn sodium</i> (<i>mastocytosis</i>) (generic of GASTROCROM) CONC 100mg/5ml	Tier 2	
<i>diphenoxylate w/ atropine liq</i> 2.5-0.025 mg/5ml	Tier 4	
<i>diphenoxylate w/ atropine</i> tab 2.5-0.025 mg (generic of LOMOTIL)	Tier 3	
GATTEX KIT 5mg	Tier 5	* NM PA
LINZESS CAPS 72mcg, 145mcg, 290mcg QL (30 caps / 30 days)	Tier 3	QL
<i>loperamide hcl</i> CAPS 2mg	Tier 2	
<i>misoprostol</i> (generic of CYTOTEC) TABS 100mcg, 200mcg	Tier 2	

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos
por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I -
Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES	
MOVANTIK TABS 12.5mg, Tier 3 25mg QL (30 tabs / 30 days)	QL
RELISTOR SOLN Tier 5 8mg/0.4ml, 12mg/0.6ml QL (28 syringes / 28 days)	* QL PA
<i>sucralfate</i> (generic of CARAFATE) TABS 1gm Tier 2	
<i>ursodiol</i> CAPS 300mg; TABS 250mg Tier 2	
<i>ursodiol</i> (generic of URSO FORTE) TABS 500mg Tier 2	
VOWST CAP Tier 5 QL (12 caps / 30 days)	* QL NM PA
XERMELO TABS 250mg Tier 5 QL (84 tabs / 28 days)	* QL NM PA
XIFAXAN TABS 550mg Tier 5	* PA
ZENPEP CAP 3000UNIT Tier 4	
ZENPEP CAP 5000UNIT Tier 4	
ZENPEP CAP 10000UNIT Tier 4	
ZENPEP CAP 15000UNIT Tier 4	
ZENPEP CAP 20000UNIT Tier 4	
ZENPEP CAP 25000UNIT Tier 4	
ZENPEP CAP 40000UNIT Tier 4	
ZENPEP CAP 60000UNIT Tier 4	
PROTON PUMP INHIBITORS - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID	
<i>esomeprazole magnesium</i> (generic of NEXIUM) CPDR 20mg, 40mg Tier 2 QL (30 caps / 30 days)	QL ST
<i>lansoprazole</i> CPDR 15mg Tier 2 QL (60 caps / 30 days)	QL
<i>lansoprazole</i> (generic of PREVACID) CPDR 30mg Tier 2 QL (60 caps / 30 days)	QL
<i>omeprazole</i> CPDR 10mg, Tier 1 20mg, 40mg	
<i>pantoprazole sodium</i> (generic of PROTONIX) SOLR 40mg Tier 2	
<i>pantoprazole sodium</i> (generic of PROTONIX) TBEC 20mg, 40mg Tier 1	

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES	
GENITOURINARY - DRUGS TO TREAT GENITAL AND URINARY TRACT CONDITIONS	
BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA - DRUGS TO TREAT ENLARGED PROSTATE	
<i>alfuzosin hcl</i> (generic of UROXATRAL) TB24 10mg Tier 1 QL (30 tabs / 30 days)	QL
<i>dutasteride</i> (generic of AVODART) CAPS .5mg Tier 2 QL (30 caps / 30 days)	QL
<i>dutasteride-tamsulosin hcl cap 0.5-0.4 mg</i> Tier 2 QL (30 caps / 30 days)	QL
<i>finasteride</i> (generic of PROSCAR) TABS 5mg Tier 1 QL (30 tabs / 30 days)	QL
<i>tadalafil</i> (generic of CIALIS) TABS 5mg Tier 2 QL (30 tabs / 30 days)	QL PA
<i>tamsulosin hcl</i> (generic of FLOMAX) CAPS .4mg Tier 1 QL (60 caps / 30 days)	QL
MISCELLANEOUS	
<i>acetic acid</i> SOLN .25% Tier 2	
<i>bethanechol chloride</i> TABS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg Tier 2	
<i>potassium citrate</i> (alkalinizer) (generic of UROCIT-K 15) TBCR 15meq Tier 2	
<i>potassium citrate</i> (alkalinizer) TBCR 540mg Tier 2	
<i>potassium citrate</i> (alkalinizer) (generic of UROCIT-K 10) TBCR 1080mg Tier 2	
URINARY ANTISPASMODICS - DRUGS TO TREAT URINARY INCONTINENCE	
MYRBETRIQ SRER 8mg/ml Tier 4 QL (300 mL / 28 days)	QL
MYRBETRIQ TB24 25mg, Tier 4 50mg QL (30 tabs / 30 days)	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 * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES			
<i>oxybutynin chloride</i> SOLN 5mg/5ml QL (600 mL / 30 days)	Tier 2	QL	
<i>oxybutynin chloride</i> TABS 5mg QL (120 tabs / 30 days)	Tier 2	QL	
<i>oxybutynin chloride</i> TB24 5mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 2	QL	
<i>oxybutynin chloride</i> TB24 10mg, 15mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 2	QL	
<i>solifenacin succinate</i> (generic of VESICARE) TABS 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 2	QL	
<i>tolterodine tartrate</i> (generic of DETROL LA) CP24 2mg, 4mg QL (30 caps / 30 days)	Tier 2	QL ST	
<i>tolterodine tartrate</i> (generic of DETROL) TABS 1mg, 2mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 2	QL	
<i>tropium chloride</i> TABS 20mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 2	QL	
VAGINAL ANTI-INFECTIVES			
<i>clindamycin phosphate vaginal</i> (generic of CLEOCIN) CREA 2% QL (60 tabs / 30 days)	Tier 2		
<i>metronidazole vaginal</i> GEL .75%	Tier 2		
<i>terconazole vaginal</i> CREA .4%, .8%; SUPP 80mg	Tier 2		
HEMATOLOGIC - DRUGS TO TREAT BLOOD DISORDERS			
ANTICOAGULANTS - BLOOD THINNERS			
<i>dabigatran etexilate mesylate</i> (generic of PRADAXA) CAPS 75mg, 150mg QL (60 caps / 30 days)	Tier 2	QL	
<i>dabigatran etexilate mesylate</i> (generic of PRADAXA) CAPS 110mg QL (120 caps / 30 days)	Tier 2	QL	

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES			
ELIQUIS TABS 2.5mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 3	QL	
ELIQUIS TABS 5mg QL (74 tabs / 30 days)	Tier 3	QL	
ELIQUIS STARTER PACK TBPK 5mg QL (74 tabs / 30 days)	Tier 3	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	Tier 2		
<i>fondaparinux sodium</i> (generic of ARIXTRA) SOLN 2.5mg/0.5ml	Tier 2		
<i>fondaparinux sodium</i> (generic of ARIXTRA) SOLN 5mg/0.4ml, 7.5mg/0.6ml, 10mg/0.8ml	Tier 5	*	
HEP SOD/NAACL INJ 25000UNT	Tier 3		
<i>heparin sodium (porcine)</i> SOLN 1000unit/ml, 5000unit/ml, 10000unit/ml, 20000unit/ml	Tier 2	B/D	
<i>jantoven</i> TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	Tier 1		
<i>warfarin sodium</i> TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	Tier 1		
XARELTO SUSR 1mg/ml QL (620 mL / 30 days)	Tier 3	QL	
XARELTO TABS 2.5mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 3	QL	
XARELTO TABS 10mg, 15mg, 20mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 3	QL	
XARELTO STAR TAB 15/20MG QL (51 tabs / 30 days)	Tier 3	QL	
HEMATOPOIETIC GROWTH FACTORS			
FULPHILA SOSY QL (2 syringes / 28 days)	Tier 5	* 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 * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES	
PROCRIT SOLN 2000unit/ml, 3000unit/ml, 4000unit/ml, 10000unit/ml	Tier 3 NM PA
PROCRIT SOLN 20000unit/ml, 40000unit/ml	Tier 5 * NM PA
ZARXIO SOSY 300mcg/0.5ml, 480mcg/0.8ml	Tier 5 * NM PA
MISCELLANEOUS	
ALVAIZ TABS 9mg, 54mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
ALVAIZ TABS 18mg, 36mg QL (90 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
<i>anagrelide hcl</i> CAPS 1mg	Tier 2
<i>anagrelide hcl</i> (generic of AGRYLIN) CAPS .5mg	Tier 2
BERINERT KIT 500unit QL (24 boxes / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
<i>cilostazol</i> TABS 50mg, 100mg	Tier 1
DOPTELET TABS 20mg	Tier 5 * NM PA
DROXIA CAPS 200mg, 300mg, 400mg	Tier 3
HAEGARDA SOLR 2000unit QL (30 vials / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
HAEGARDA SOLR 3000unit QL (20 vials / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
<i>icatibant acetate</i> (generic of FIRAZYR) SOSY 30mg/3ml QL (9 syringes / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
<i>l-glutamine (sickle cell)</i> (generic of ENDARI) PACK 5gm	Tier 5 * NM PA
<i>pentoxifylline</i> TBCR 400mg	Tier 1
<i>sajazir</i> (generic of FIRAZYR) SOSY 30mg/3ml QL (9 syringes / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
TAVNEOS CAPS 10mg QL (180 caps / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
<i>tranexamic acid</i> (generic of CYKLOKAPRON) SOLN 1000mg/10ml	Tier 2

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES	
<i>tranexamic acid</i> TABS 650mg	Tier 2
PLATELET AGGREGATION INHIBITORS	
<i>aspirin-dipyridamole cap er</i> 12hr 25-200 mg	Tier 2
BRILINTA TABS 60mg, 90mg	Tier 3
<i>clopidogrel bisulfate</i> (generic of PLAVIX) TABS 75mg	Tier 1
<i>dipyridamole</i> TABS 25mg, 50mg, 75mg PA applies if 70 years and older	Tier 3 PA
<i>prasugrel hcl</i> (generic of EFFIENT) TABS 5mg, 10mg	Tier 2
IMMUNOLOGIC AGENTS - DRUGS TO TREAT DISORDERS OF THE IMMUNE SYSTEM	
AUTOIMMUNE AGENTS	
ADALIMUMAB-AACF (2 PEN) AJKT 40mg/0.8ml QL (56 pens / 365 days)	Tier 5 * QL NM PA
ADALIMUMAB-AACF (2 SYRING PSKT 40mg/0.8ml QL (56 syringes / 365 days)	Tier 5 * QL NM PA
COSENTYX SOLN 125mg/5ml	Tier 5 * NM PA
COSENTYX SOSY 75mg/0.5ml QL (16 syringes / 365 days)	Tier 5 * QL NM PA
COSENTYX SOSY 150mg/ml QL (32 syringes / 365 days)	Tier 5 * QL NM PA
COSENTYX SENSOREADY PEN SOAJ 150mg/ml QL (32 pens / 365 days)	Tier 5 * QL NM PA
COSENTYX UNOREADY SOAJ 300mg/2ml QL (16 pens / 365 days)	Tier 5 * 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 * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES	
DUPIXENT SOPN 200mg/1.14ml, 300mg/2ml QL (4 pens / 28 days)	Tier 5 * QL NM PA
DUPIXENT SOSY 100mg/0.67ml	Tier 5 * NM PA
DUPIXENT SOSY 200mg/1.14ml, 300mg/2ml QL (4 syringes / 28 days)	Tier 5 * QL NM PA
ENBREL SOLN 25mg/0.5ml QL (16 vials / 28 days)	Tier 5 * QL NM PA
ENBREL SOSY 25mg/0.5ml QL (16 syringes / 28 days)	Tier 5 * QL NM PA
ENBREL SOSY 50mg/ml QL (8 syringes / 28 days)	Tier 5 * QL NM PA
ENBREL MINI SOCT 50mg/ml QL (8 cartridges / 28 days)	Tier 5 * QL NM PA
ENBREL SURECLICK SOAJ 50mg/ml QL (8 pens / 28 days)	Tier 5 * QL NM PA
HUMIRA PSKT 10mg/0.1ml QL (2 syringes / 28 days)	Tier 5 * QL NM PA
HUMIRA PSKT 20mg/0.2ml QL (4 syringes / 28 days)	Tier 5 * QL NM PA
HUMIRA PSKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml QL (6 syringes / 28 days)	Tier 5 * QL NM PA
HUMIRA PEN PNKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml QL (6 pens / 28 days)	Tier 5 * QL NM PA
HUMIRA PEN PNKT 80mg/0.8ml QL (4 pens / 28 days)	Tier 5 * QL NM PA
HUMIRA PEN KIT PS/UV QL (3 pens / 28 days)	Tier 5 * QL NM PA
HUMIRA PEN-CD/UC/HS START PNKT 80mg/0.8ml QL (3 pens / 28 days)	Tier 5 * QL NM PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES	
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S PNKT 80mg/0.8ml QL (4 pens / 28 days)	Tier 5 * QL NM PA
IDACIO (2 PEN) AJKT 40mg/0.8ml QL (56 pens / 365 days)	Tier 5 * QL NM PA
IDACIO (2 SYRINGE) PSKT 40mg/0.8ml QL (56 syringes / 365 days)	Tier 5 * QL NM PA
IDACIO CROHN INJ DISEASE AJKT 40mg/0.8ml QL (2 packs / year)	Tier 5 * QL NM PA
IDACIO PLAQU INJ PSORIASIS AJKT 40mg/0.8ml QL (2 packs / year)	Tier 5 * QL NM PA
INFLIXIMAB SOLR 100mg	Tier 5 * NM PA
REMICADE SOLR 100mg	Tier 5 * NM PA
RENFLEXIS SOLR 100mg	Tier 5 * NM PA
RINVOQ TB24 15mg, 30mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
RINVOQ TB24 45mg QL (168 tabs / year)	Tier 5 * QL NM PA
RINVOQ LQ SOLN 1mg/ml QL (360 mL / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
SKYRIZI SOCT 180mg/1.2ml, 360mg/2.4ml QL (1 cartridge / 56 days)	Tier 5 * QL NM PA
SKYRIZI SOLN 600mg/10ml	Tier 5 * NM PA
SKYRIZI SOSY 150mg/ml QL (6 syringes / 365 days)	Tier 5 * QL NM PA
SKYRIZI PEN SOAJ 150mg/ml QL (6 pens / 365 days)	Tier 5 * QL NM PA
SOTYKTU TABS 6mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
STELARA SOLN 45mg/0.5ml QL (1 vial / 28 days)	Tier 5 * QL NM PA
STELARA SOLN 130mg/26ml	Tier 5 * 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 * - Suministro de días no extendidos **I** - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES	
STELARA SOSY 45mg/0.5ml, 90mg/ml QL (1 syringe / 28 days)	Tier 5 * QL NM PA
TREMFYA SOPN 100mg/ml QL (1 pen / 28 days)	Tier 5 * QL NM PA
TREMFYA SOSY 100mg/ml QL (1 syringe / 28 days)	Tier 5 * QL NM PA
TYENNE SOAJ 162mg/0.9ml QL (4 pens / 28 days)	Tier 5 * QL NM PA
TYENNE SOLN 80mg/4ml, 200mg/10ml, 400mg/20ml	Tier 5 * NM PA
TYENNE SOSY 162mg/0.9ml QL (4 syringes / 28 days)	Tier 5 * QL NM PA
VELSIPITY TABS 2mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
XELJANZ SOLN 1mg/ml QL (480 mL / 24 days)	Tier 5 * QL NM PA
XELJANZ TABS 5mg, 10mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
XELJANZ XR TB24 11mg, 22mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
DISEASE-MODIFYING ANTI-RHEUMATIC DRUGS (DMARDS) - DRUGS TO TREAT RHEUMATOID ARTHRITIS	
<i>hydroxychloroquine sulfate</i> (generic of PLAQUENIL) TABS 200mg	Tier 2
JYLAMVO SOLN 2mg/ml	Tier 4 B/D
<i>leflunomide</i> (generic of ARAVA) TABS 10mg, 20mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 2 QL
<i>methotrexate sodium</i> TABS 2.5mg	Tier 2
XATMEP SOLN 2.5mg/ml	Tier 4 B/D
IMMUNOGLOBULINS	
ALYGLO SOLN 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml	Tier 5 * PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES	
BIVIGAM SOLN 5gm/50ml, 10%	Tier 5 * NM PA
FLEBOGAMMA DIF SOLN 5gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/400ml	Tier 5 * NM PA
GAMASTAN INJ	Tier 4 B/D NM
GAMMAGARD LIQUID SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	Tier 5 * NM PA
GAMMAGARD S/D IGA LESS TH SOLR 5gm, 10gm	Tier 5 * NM PA
GAMMAKED SOLN 1gm/10ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml	Tier 5 * NM PA
GAMMAPLEX SOLN 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 20gm/400ml	Tier 5 * NM PA
GAMUNEX-C SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 40gm/400ml	Tier 5 * NM PA
OCTAGAM SOLN 1gm/20ml, 2gm/20ml, 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	Tier 5 * NM PA
PANZYGA SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	Tier 5 * NM PA
PRIVIGEN SOLN 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 40gm/400ml	Tier 5 * NM PA
IMMUNOMODULATORS	
ACTIMMUNE SOLN 100mcg/0.5ml	Tier 5 * NM PA
ARCALYST SOLR 220mg	Tier 5 * NM PA
IMMUNOSUPPRESSANTS	
ASTAGRAF XL CP24 5mg	Tier 5 * B/D NM
ASTAGRAF XL CP24 .5mg, 1mg	Tier 4 B/D NM
<i>azathioprine</i> (generic of IMURAN) TABS 50mg	Tier 2 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 * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES

BENLYSTA SOAJ 200mg/ml; SOSY 200mg/ml QL (8 syringes / 28 days)	Tier 5	* QL NM PA
BENLYSTA SOLR 120mg, 400mg	Tier 5	* NM PA
<i>cyclosporine</i> (generic of SANDIMMUNE) CAPS 25mg, 100mg	Tier 2	B/D NM
<i>cyclosporine modified (for microemulsion)</i> (generic of NEORAL) CAPS 25mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	Tier 2	B/D NM
<i>cyclosporine modified (for microemulsion)</i> CAPS 50mg	Tier 2	B/D NM
<i>everolimus</i> (<i>immunosuppressant</i>) (generic of ZORTRESS) TABS .25mg, .5mg, .75mg, 1mg	Tier 5	* B/D NM
<i>gengraf</i> (generic of NEORAL) CAPS 25mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	Tier 2	B/D NM
<i>mycophenolate mofetil</i> (generic of CELLCEPT) CAPS 250mg; TABS 500mg	Tier 2	B/D NM
<i>mycophenolate mofetil</i> (generic of CELLCEPT) SUSR 200mg/ml	Tier 5	* B/D NM
<i>mycophenolate sodium</i> (generic of MYFORTIC) TBEC 180mg, 360mg	Tier 2	B/D NM
NULOJIX SOLR 250mg	Tier 5	* B/D NM
PROGRAF PACK .2mg, 1mg	Tier 4	B/D NM
REZUROCK TABS 200mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA
<i>sirolimus</i> (generic of RAPAMUNE) SOLN 1mg/ml	Tier 5	* B/D NM
<i>sirolimus</i> (generic of RAPAMUNE) TABS .5mg, 1mg, 2mg	Tier 2	B/D NM
<i>tacrolimus</i> (generic of PROGRAF) CAPS .5mg, 1mg, 5mg	Tier 2	B/D NM

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES

VACCINES

ABRYSVO SOLR 120mcg/0.5ml	Tier 1	
ACTHIB INJ	Tier 1	
ADACEL INJ	Tier 1	
AREXVY SUSR 120mcg/0.5ml	Tier 1	
BCG VACCINE SOLR 50mg	Tier 1	
BEXSERO INJ	Tier 1	
BOOSTRIX INJ	Tier 1	
DAPTACEL INJ	Tier 1	
DENGVAXIA SUS	Tier 1	
DIP/TET PED INJ 25-5LFU	Tier 1	B/D
ENGERIX-B SUSP 20mcg/ml; SUSY 10mcg/0.5ml, 20mcg/ml	Tier 1	B/D
GARDASIL 9 INJ	Tier 1	
HAVRIX SUSP 720elu/0.5ml, 1440elu/ml	Tier 1	
HEPLISAV-B SOSY 20mcg/0.5ml	Tier 1	B/D
HIBERIX SOLR 10mcg	Tier 1	
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.) SUSR 2.5unit/ml	Tier 1	B/D
INFANRIX INJ	Tier 1	
IPOL INJ INACTIVE	Tier 1	
IXCHIQ INJ	Tier 1	
IXIARO INJ	Tier 1	
JYNNEOS SUSP .5ml	Tier 1	B/D
KINRIX INJ	Tier 1	
M-M-R II INJ	Tier 1	
MENACTRA INJ	Tier 1	
MENQUADFI INJ	Tier 1	
MENVEO INJ	Tier 1	
MENVEO SOL	Tier 1	
MRESVIA SUSY 50mcg/0.5ml	Tier 1	
PEDIARIX INJ 0.5ML	Tier 1	
PEDVAX HIB SUSP 7.5mcg/0.5ml	Tier 1	
PENBRAYA INJ	Tier 1	
PENTACEL INJ	Tier 1	
PREHEVBRIO SUSP 10mcg/ml	Tier 1	B/D
PRIORIX INJ	Tier 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 * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
PROQUAD INJ	Tier 1	
QUADRACEL INJ	Tier 1	
QUADRACEL INJ 0.5ML	Tier 1	
RBAVERT INJ	Tier 1	B/D
RECOMBIVAX HB SUSP 5mcg/0.5ml, 10mcg/ml, 40mcg/ml; SUSY 5mcg/0.5ml, 10mcg/ml	Tier 1	B/D
ROTARIX SUS	Tier 1	
ROTATEQ SOL	Tier 1	
SHINGRIX SUSR 50mcg/0.5ml QL (2 vials per lifetime)	Tier 1	QL
TDVAX INJ 2-2 LF	Tier 1	B/D
TENIVAC INJ 5-2LF	Tier 1	B/D
TICOVAC SUSY 1.2mcg/0.25ml, 2.4mcg/0.5ml	Tier 1	
TRUMENBA INJ	Tier 1	
TWINRIX INJ	Tier 1	
TYPHIM VI SOLN 25mcg/0.5ml; SOSY 25mcg/0.5ml	Tier 1	
VAQTA SUSP 25unit/0.5ml, 50unit/ml	Tier 1	
VARIVAX INJ 1350pfu/0.5ml	Tier 1	
YF-VAX INJ	Tier 1	
NUTRITIONAL/SUPPLEMENTS - VITAMINS AND SUPPLEMENTS ELECTROLYTES/MINERALS, INJECTABLE		
D2.5W/NACL INJ 0.45%	Tier 4	
D10W/NACL INJ 0.2%	Tier 3	
<i>dextrose 2.5% w/ sodium chloride 0.45%</i> (generic of DEXTROSE 2.5%/SODIUM CHLO)	Tier 2	
<i>dextrose 5% in lactated ringers</i>	Tier 2	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.2%</i>	Tier 2	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3%</i> (generic of DEXTROSE 5%/SODIUM CHLORI)	Tier 2	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%</i>	Tier 2	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	Tier 2	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.225%</i> (generic of DEXTROSE/SODIUM CHLORIDE)	Tier 2	
<i>dextrose 10% w/ sodium chloride 0.45%</i>	Tier 2	
ISOLYTE-P INJ /D5W	Tier 4	
ISOLYTE-S INJ PH 7.4	Tier 4	
<i>kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	Tier 2	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.2% inj</i>	Tier 2	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj</i>	Tier 2	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	Tier 2	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj</i> (generic of POTASSIUM CHLORIDE/SODIUM)	Tier 2	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj</i> (generic of POTASSIUM CHLORIDE/SODIUM)	Tier 2	
<i>kcl 20 meq/l (0.149%) in nacl 0.45% inj</i>	Tier 2	
<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	Tier 2	
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj</i> (generic of KCL 0.3%/D5W/NACL 0.9%)	Tier 2	
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	Tier 2	
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj</i> (generic of POTASSIUM CHLORIDE/SODIUM)	Tier 2	
KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9%	Tier 4	

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES	
<i>lactated ringer's solution</i>	Tier 2
MAGNESIUM SULFATE SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml	Tier 3
<i>magnesium sulfate</i> (generic of MAGNESIUM SULFATE) SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml	Tier 3
<i>magnesium sulfate</i> SOLN 50%	Tier 3
<i>magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1 gm/100ml</i> (generic of MAGNESIUM SULFATE IN D5W)	Tier 3
<i>multiple electrolytes ph 5.5</i>	Tier 2
<i>multiple electrolytes ph 7.4</i> (generic of PLASMA-LYTE A)	Tier 2
POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	Tier 4
POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.45% INJ	Tier 4
POT CHL 40MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	Tier 4
<i>potassium chloride</i> SOLN 2meq/ml	Tier 2
<i>potassium chloride</i> (generic of POTASSIUM CHLORIDE) SOLN 10meq/100ml, 10meq/50ml, 20meq/100ml, 20meq/50ml, 40meq/100ml	Tier 2
<i>potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% inj</i>	Tier 2
<i>sodium chloride</i> SOLN .45%, .9%, 2.5meq/ml, 3%, 5%	Tier 2
TPN ELECTROL INJ	Tier 4 B/D
ELECTROLYTES/MINERALS/VITAMINS, ORAL	
<i>klor-con</i> PACK 20meq	Tier 2
<i>klor-con 8</i> TBCR 8meq	Tier 1
<i>klor-con 10</i> TBCR 10meq	Tier 1
<i>klor-con m10</i> TBCR 10meq	Tier 1
<i>klor-con m15</i> TBCR 15meq	Tier 2

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES		
<i>klor-con m20</i> TBCR 20meq	Tier 1	
M-NATAL PLUS TAB	Tier 3	
<i>potassium chloride</i> CPCR 8meq, 10meq; PACK 20meq; SOLN 10%, 20%	Tier 2	
<i>potassium chloride</i> TBCR 8meq, 10meq	Tier 1	
<i>potassium chloride</i> (generic of K-TAB) TBCR 20meq	Tier 1	
<i>potassium chloride microencapsulated crystals</i> TBCR 10meq, 20meq	Tier 1	
<i>potassium chloride microencapsulated crystals</i> TBCR 15meq	Tier 2	
PRENATAL TAB 27-1MG	Tier 3	
PRENATAL TAB PLUS	Tier 3	
<i>sodium fluoride chew; tab; 1.1 (0.5 f) mg/ml soln</i>	Tier 2	
WESTAB PLUS TAB 27-1MG	Tier 3	
IV NUTRITION		
CLINIMIX INJ 4.25/D5W	Tier 4	B/D
CLINIMIX INJ 4.25/D10	Tier 4	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D15W	Tier 4	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D20W	Tier 4	B/D
CLINIMIX INJ 6/5	Tier 4	B/D
CLINIMIX INJ 8/10	Tier 4	B/D
CLINIMIX INJ 8/14	Tier 4	B/D
<i>clinisol sf 15%</i>	Tier 2	B/D
CLINOLIPID EMU 20%	Tier 4	B/D
<i>dextrose</i> SOLN 5%, 10%	Tier 2	
<i>dextrose</i> SOLN 50%, 70%	Tier 2	B/D
INTRALIPID EMUL 20gm/100ml, 30gm/100ml	Tier 4	B/D
NUTRILIPID EMUL 20gm/100ml	Tier 4	B/D
<i>plenamine</i>	Tier 2	B/D
PREMASOL SOL 10%	Tier 5	* B/D
PROSOL INJ 20%	Tier 4	B/D
TRAVASOL INJ 10%	Tier 4	B/D
TROPHAMINE INJ 10%	Tier 4	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 * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES

**OPHTHALMIC - DRUGS TO TREAT EYE CONDITIONS
ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORY - DRUGS TO TREAT INFECTIONS AND INFLAMMATION**

<i>bacitracin-polymyxin-neomycin-hc ophth oint 1%</i>	Tier 2	
<i>neo-polycin hc ophth oint 1%</i>	Tier 2	
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth oint 0.1% (generic of MAXITROL)</i>	Tier 1	
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth susp 0.1% (generic of MAXITROL)</i>	Tier 2	
<i>neomycin-polymyxin-hc ophth susp</i>	Tier 2	
<i>sulfacetamide sodium-prednisolone ophth soln 10-0.23(0.25)%</i>	Tier 2	
TOBRADEX OIN 0.3-0.1%	Tier 3	
<i>tobramycin-dexamethasone ophth susp 0.3-0.1%</i>	Tier 2	
ZYLET SUS 0.5-0.3%	Tier 3	
ANTI-INFECTIVES - DRUGS TO TREAT INFECTIONS		
<i>bacitracin (ophthalmic) OINT 500unit/gm</i>	Tier 2	
<i>bacitracin-polymyxin b ophth oint</i>	Tier 1	
BESIVANCE SUSP .6%	Tier 3	
CILOXAN OINT .3%	Tier 3	
<i>ciprofloxacin hcl (ophth) SOLN .3%</i>	Tier 1	
<i>erythromycin (ophth) OINT 5mg/gm</i>	Tier 1	
<i>gatifloxacin (ophth) SOLN .5%</i>	Tier 2	
<i>gentamicin sulfate (ophth) SOLN .3%</i>	Tier 1	
<i>moxifloxacin hcl (ophth) (generic of VIGAMOX) SOLN .5%</i>	Tier 2	QL
QL (12 mL / 30 days)		
<i>neo-polycin 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i>	Tier 2	

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES

<i>neomycin-bacitrac zn-polymyx 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i>	Tier 2	
<i>neomycin-polymy-gramicid op sol 1.75-10000-0.025mg-unt-mg/ml</i>	Tier 2	
<i>ofloxacin (ophth) (generic of OCUFLOX) SOLN .3%</i>	Tier 2	
<i>polycin ophth oint</i>	Tier 1	
<i>polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml-0.1%</i>	Tier 1	
<i>sulfacetamide sodium (ophth) OINT 10%; SOLN 10%</i>	Tier 2	
<i>tobramycin (ophth) SOLN .3%</i>	Tier 1	
<i>trifluridine SOLN 1%</i>	Tier 2	
XDEM VY SOLN .25%	Tier 5	* NM PA
ZIRGAN GEL .15%	Tier 4	
ANTI-INFLAMMATORIES - DRUGS TO TREAT INFLAMMATION		
<i>bromfenac sodium (ophth) (generic of PROLENSA) SOLN .07%</i>	Tier 2	
<i>bromfenac sodium (ophth) (generic of BROMSITE) SOLN .075%</i>	Tier 2	
<i>dexamethasone sodium phosphate (ophth) SOLN .1%</i>	Tier 2	
<i>diclofenac sodium (ophth) SOLN .1%</i>	Tier 2	
FLAREX SUSP .1%	Tier 4	
<i>fluorometholone (ophth) (generic of FML LIQUIFILM) SUSP .1%</i>	Tier 2	
<i>flurbiprofen sodium SOLN .03%</i>	Tier 2	
<i>ketorolac tromethamine (ophth) (generic of ACULAR LS) SOLN .4%</i>	Tier 2	
<i>ketorolac tromethamine (ophth) (generic of ACULAR) SOLN .5%</i>	Tier 2	
LOTEMAX OINT .5%	Tier 3	

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>loteprednol etabonate</i> (generic of ALREX) SUSP .2%	Tier 2	
<i>prednisolone acetate</i> (<i>ophth</i>) (generic of PRED FORTE) SUSP 1%	Tier 2	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSP SOLN 1%	Tier 3	
ANTIALLERGICS - DRUGS TO TREAT ALLERGIES		
<i>azelastine hcl</i> (<i>ophth</i>) SOLN .05%	Tier 2	
<i>cromolyn sodium</i> (<i>ophth</i>) SOLN 4%	Tier 1	
ANTIGLAUCOMA - DRUGS TO TREAT GLAUCOMA		
<i>betaxolol hcl</i> (<i>ophth</i>) SOLN .5%	Tier 2	
BETOPTIC-S SUSP .25%	Tier 4	
<i>brimonidine tartrate</i> SOLN .2%	Tier 1	
<i>brimonidine tartrate</i> (generic of ALPHAGAN P) SOLN .15%	Tier 2	
<i>brinzolamide</i> (generic of AZOPT) SUSP 1%	Tier 2	
<i>carteolol hcl</i> (<i>ophth</i>) SOLN 1%	Tier 2	
COMBIGAN SOL 0.2/0.5%	Tier 3	
<i>dorzolamide hcl</i> SOLN 2%	Tier 1	
<i>dorzolamide hcl-timolol maleate</i> (<i>ophth</i>) soln 2-0.5% (generic of COSOPT)	Tier 1	
<i>latanoprost</i> (generic of XALATAN) SOLN .005%	Tier 1	
<i>levobunolol hcl</i> SOLN .5%	Tier 2	
LUMIGAN SOLN .01%	Tier 3	
<i>pilocarpine hcl</i> SOLN 1%, 2%, 4%	Tier 2	
RHOPRESSA SOLN .02%	Tier 4	
ROCKLATAN DRO	Tier 4	
SIMBRINZA SUS 1-0.2%	Tier 4	
<i>timolol maleate</i> (<i>ophth</i>) SOLG .25%, .5%	Tier 2	
<i>timolol maleate</i> (<i>ophth</i>) SOLN .25%, .5%	Tier 1	
VYZULTA SOLN .024%	Tier 4	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
MISCELLANEOUS		
ATROPINE SULFATE SOLN 1%	Tier 3	
<i>atropine sulfate</i> (<i>ophthalmic</i>) SOLN 1%	Tier 2	
CYSTADROPS SOLN .37%	Tier 5	* NM PA
CYSTARAN SOLN .44%	Tier 5	* NM PA
EYSUVIS SUSP .25%	Tier 4	
MIEBO SOLN 1.338gm/ml	Tier 3	
<i>proparacaine hcl</i> (generic of ALCAINE) SOLN .5%	Tier 2	
RESTASIS EMUL .05%	Tier 3	
RESTASIS MULTIDOSE EMUL .05%	Tier 3	
XIIDRA SOLN 5%	Tier 3	
OTIC - DRUGS TO TREAT CONDITIONS OF THE EAR		
OTIC AGENTS		
<i>acetic acid</i> (<i>otic</i>) SOLN 2%	Tier 2	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i> <i>otic susp</i> 0.3-0.1%	Tier 2	
<i>flac</i> (generic of DERMOTIC) OIL .01%	Tier 2	
<i>fluocinolone acetonide</i> (<i>otic</i>) (generic of DERMOTIC) OIL .01%	Tier 2	
<i>neomycin-polymyxin-hc</i> <i>otic soln</i> 1%	Tier 2	
<i>neomycin-polymyxin-hc</i> <i>otic susp</i> 3.5 mg/ml-10000 unit/ml-1%	Tier 2	
<i>ofloxacin</i> (<i>otic</i>) SOLN .3%	Tier 2	
RESPIRATORY - DRUGS TO TREAT BREATHING DISORDERS		
ANTICHOLINERGIC/BETA AGONIST COMBINATIONS - DRUGS TO TREAT COPD		
ANORO ELLIPT AER 62.5-25	Tier 3	QL
		QL (60 blisters / 30 days)
BEVESPI AER 9-4.8MCG	Tier 3	QL
		QL (1 inhaler / 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 * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES			
BREZTRI AERO AER SPHERE QL (1 inhaler / 30 days)	Tier 3	QL	
BREZTRI AERO AER SPHERE (INSTITUTIONAL PACK) QL (4 inhalers / 28 days)	Tier 3	QL	
COMBIVENT AER QL (2 inhalers / 30 days)	Tier 4	QL	
<i>ipratropium-albuterol nebu soln 0.5-2.5(3) mg/3ml</i>	Tier 2	B/D	
TRELEGY AER ELLIPTA 100-62.5-25 MCG QL (60 blisters / 30 days)	Tier 3	QL	
TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25 MCG QL (60 blisters / 30 days)	Tier 3	QL	
ANTICHOLINERGICS - DRUGS TO TREAT COPD			
ATROVENT HFA AERS 17mcg/act QL (2 inhalers / 30 days)	Tier 4	QL	
INCRUSE ELLIPTA AEPB 62.5mcg/inh QL (30 blisters / 30 days)	Tier 3	QL	
<i>ipratropium bromide SOLN .02%</i>	Tier 2	B/D	
<i>ipratropium bromide (nasal) SOLN .03%, .06%</i>	Tier 2		
ANTI-HISTAMINES - DRUGS TO TREAT ALLERGIES			
<i>azelastine hcl SOLN .1%</i>	Tier 2		
<i>cetirizine hcl SOLN 5mg/5ml</i> QL (300 mL / 30 days)	Tier 1	QL	
<i>cyproheptadine hcl SYRP 2mg/5ml; TABS 4mg</i> PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year	Tier 3	PA	

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES			
<i>diphenhydramine hcl SOLN 50mg/ml</i>	Tier 2		
<i>hydroxyzine hcl SOLN 25mg/ml, 50mg/ml</i> PA applies if 70 years and older	Tier 4	PA	
<i>hydroxyzine hcl SYRP 10mg/5ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg</i> PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year	Tier 3	PA	
<i>hydroxyzine pamoate (generic of VISTARIL) CAPS 25mg</i> PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year	Tier 3	PA	
<i>hydroxyzine pamoate CAPS 50mg</i> PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year	Tier 3	PA	
<i>levocetirizine dihydrochloride SOLN 2.5mg/5ml</i> QL (300 mL / 30 days)	Tier 2	QL	
<i>levocetirizine dihydrochloride TABS 5mg</i> QL (30 tabs / 30 days)	Tier 2	QL	
BETA AGONISTS - DRUGS TO TREAT ASTHMA AND COPD			
<i>albuterol sulfate AERS 108mcg/act</i> QL (2 inhalers / 30 days) (generic of Proair HFA)	Tier 2	QL	
<i>albuterol sulfate AERS 108mcg/act</i> QL (2 inhalers / 30 days) (generic of Ventolin HFA)	Tier 2	QL	
<i>albuterol sulfate (generic of PROVENTIL HFA) AERS 108mcg/act</i> QL (2 inhalers / 30 days) (generic of Proventil HFA)	Tier 2	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 * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES			
<i>albuterol sulfate</i> NEBU .083%, .63mg/3ml, 1.25mg/3ml, 2.5mg/0.5ml	Tier 2		B/D
<i>albuterol sulfate</i> SYRP 2mg/5ml; TABS 2mg, 4mg	Tier 2		
<i>levalbuterol tartrate</i> AERO 45mcg/act QL (2 inhalers / 30 days)	Tier 2		QL ST
SEREVENT DISKUS AEPB 50mcg/dose QL (60 inhalations / 30 days)	Tier 3		QL
<i>terbutaline sulfate</i> TABS 2.5mg, 5mg	Tier 2		
VENTOLIN HFA AERS 108mcg/act QL (2 inhalers / 30 days)	Tier 3		QL
VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK) AERS 108mcg/act QL (6 inhalers / 30 days)	Tier 3		QL
LEUKOTRIENE MODULATORS			
<i>montelukast sodium</i> (generic of SINGULAIR) CHEW 4mg, 5mg; PACK 4mg	Tier 2		
<i>montelukast sodium</i> (generic of SINGULAIR) TABS 10mg	Tier 1		
<i>zafirlukast</i> (generic of ACCOLATE) TABS 10mg, 20mg	Tier 2		
MISCELLANEOUS			
<i>acetylcysteine</i> SOLN 10%, 20%	Tier 2		B/D
ARALAST NP SOLR 500mg, 1000mg	Tier 5		* NM PA
BRONCHITOL CAPS 40mg QL (560 caps / 28 days)	Tier 5		* QL NM PA
<i>cromolyn sodium</i> NEBU 20mg/2ml	Tier 2		B/D
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> (generic of EPIPEN 2-PAK) SOAJ .3mg/0.3ml (generic of EpiPen)	Tier 2		

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES			
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> (generic of EPIPEN-JR 2- PAK) SOAJ .15mg/0.3ml (generic of EpiPen)	Tier 2		
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOAJ .15mg/0.15ml, .3mg/0.3ml (generic of AdrenaClick)	Tier 2		
FASENRA SOSY 10mg/0.5ml, 30mg/ml QL (1 syringe / 28 days)	Tier 5		* QL NM PA
FASENRA PEN SOAJ 30mg/ml QL (1 pen / 28 days)	Tier 5		* QL NM PA
KALYDECO PACK 5.8mg, 13.4mg, 25mg, 50mg, 75mg QL (56 packets / 28 days)	Tier 5		* QL NM PA
KALYDECO TABS 150mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 5		* QL NM PA
OFEV CAPS 100mg, 150mg QL (60 caps / 30 days)	Tier 5		* QL NM PA
ORKAMBI GRA 75-94MG QL (56 packets / 28 days)	Tier 5		* QL NM PA
ORKAMBI GRA 100-125 QL (56 packets / 28 days)	Tier 5		* QL NM PA
ORKAMBI GRA 150-188 QL (56 packets / 28 days)	Tier 5		* QL NM PA
ORKAMBI TAB 100-125 QL (112 tabs / 28 days)	Tier 5		* QL NM PA
ORKAMBI TAB 200-125 QL (112 tabs / 28 days)	Tier 5		* QL NM PA
<i>pirfenidone</i> (generic of ESBRIET) CAPS 267mg QL (270 caps / 30 days)	Tier 5		* QL NM PA
<i>pirfenidone</i> (generic of ESBRIET) TABS 267mg QL (270 tabs / 30 days)	Tier 5		* QL NM PA
<i>pirfenidone</i> TABS 534mg QL (90 tabs / 30 days)	Tier 5		* 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 * - Suministro de días no extendidos I -
Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>pirfenidone</i> (generic of ESBRIET) TABS 801mg QL (90 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA
PROLASTIN-C SOLN 1000mg/20ml	Tier 5	* NM PA
PULMOZYME SOLN 2.5mg/2.5ml	Tier 5	* NM PA
<i>roflumilast</i> (generic of DALIRESP) TABS 250mcg QL (56 tabs / year)	Tier 2	QL
<i>roflumilast</i> (generic of DALIRESP) TABS 500mcg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 2	QL
SYMDEKO TAB 50-75MG QL (56 tabs / 28 days)	Tier 5	* QL NM PA
SYMDEKO TAB 100-150 QL (56 tabs / 28 days)	Tier 5	* QL NM PA
<i>theophylline</i> ELIX 80mg/15ml; SOLN 80mg/15ml; TB12 100mg, 200mg, 300mg, 450mg; TB24 400mg, 600mg	Tier 2	
TRIKAFTA PAK 59.5MG QL (56 packs / 28 days)	Tier 5	* QL NM PA
TRIKAFTA PAK 75MG QL (56 packs / 28 days)	Tier 5	* QL NM PA
TRIKAFTA TAB 50-25-37.5MG & 75MG QL (84 tabs / 28 days)	Tier 5	* QL NM PA
TRIKAFTA TAB 100-50-75MG & 150MG QL (84 tabs / 28 days)	Tier 5	* QL NM PA
XOLAIR SOAJ 75mg/0.5ml, 300mg/2ml QL (4 pens / 28 days)	Tier 5	* QL NM PA
XOLAIR SOAJ 150mg/ml QL (8 pens / 28 days)	Tier 5	* QL NM PA
XOLAIR SOLR 150mg QL (8 vials / 28 days)	Tier 5	* QL NM PA
XOLAIR SOSY 75mg/0.5ml, 300mg/2ml QL (4 syringes / 28 days)	Tier 5	* QL NM PA
XOLAIR SOSY 150mg/ml QL (8 syringes / 28 days)	Tier 5	* QL NM PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
ZEMAIRA SOLR 1000mg, 4000mg, 5000mg	Tier 5	* NM PA
NASAL STEROIDS - DRUGS TO TREAT ALLERGIES		
<i>flunisolide</i> (nasal) SOLN .025% QL (3 bottles / 30 days)	Tier 2	QL
<i>fluticasone propionate</i> (nasal) SUSP 50mcg/act QL (1 bottle / 30 days)	Tier 2	QL
XHANCE EXHU 93mcg/act QL (32 mL / 30 days)	Tier 4	QL PA
STEROID INHALANTS - DRUGS TO TREAT ASTHMA		
ALVESCO AERS 80mcg/act QL (3 inhalers / 30 days)	Tier 4	QL
ALVESCO AERS 160mcg/act QL (2 inhalers / 30 days)	Tier 4	QL
ARNUITY ELLIPTA AEPB 50mcg/act, 100mcg/act, 200mcg/act QL (30 inhalations / 30 days)	Tier 3	QL
<i>budesonide</i> (inhalation) (generic of PULMICORT) SUSP .25mg/2ml, .5mg/2ml	Tier 2	B/D
STEROID/BETA-AGONIST COMBINATIONS - DRUGS TO TREAT ASTHMA AND COPD		
ADVAIR HFA AER 45/21 QL (1 inhaler / 30 days)	Tier 3	QL
ADVAIR HFA AER 115/21 QL (1 inhaler / 30 days)	Tier 3	QL
ADVAIR HFA AER 230/21 QL (1 inhaler / 30 days)	Tier 3	QL
BREO ELLIPTA INH 50-25MCG QL (60 blisters / 30 days)	Tier 3	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 ***** - Suministro de días no extendidos **I** - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES		
BREO ELLIPTA INH 100-25 Tier 3 QL (60 blisters / 30 days)		QL
BREO ELLIPTA INH 200-25 Tier 3 QL (60 blisters / 30 days)		QL
<i>brey</i> na (generic of SYMBICORT) QL (3 inhalers / 30 days)	Tier 2	QL
<i>budesonide-formoterol fumarate dihyd aerosol 80-4.5 mcg/act</i> (generic of SYMBICORT) QL (3 inhalers / 30 days)	Tier 2	QL
<i>budesonide-formoterol fumarate dihyd aerosol 160-4.5 mcg/act</i> (generic of SYMBICORT) QL (3 inhalers / 30 days)	Tier 2	QL
DULERA AER 50-5MCG QL (3 inhalers / 30 days)	Tier 4	QL
DULERA AER 100-5MCG QL (3 inhalers / 30 days)	Tier 4	QL
DULERA AER 200-5MCG QL (3 inhalers / 30 days)	Tier 4	QL
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 100-50 mcg/act</i> (generic of ADVAIR DISKUS) QL (60 inhalations / 30 days) (generic PRASCO not covered)	Tier 2	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)	Tier 2	QL

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES		
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 500-50 mcg/act</i> (generic of ADVAIR DISKUS) QL (60 inhalations / 30 days) (generic PRASCO not covered)	Tier 2	QL
<i>wixela inhub</i> (generic of ADVAIR DISKUS) QL (60 inhalations / 30 days)	Tier 2	QL
TOPICAL - DRUGS TO TREAT EAR AND SKIN CONDITIONS		
DERMATOLOGY, ACNE		
<i>acutane</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	Tier 2	PA
<i>amnesteem</i> CAPS 10mg, 20mg, 40mg	Tier 2	PA
<i>benzoyl peroxide-erythromycin gel 5-3%</i> (generic of BENZAMYCIN) QL (46.6 gm / 30 days)	Tier 2	QL
<i>claravis</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	Tier 2	PA
<i>clindamycin phosphate (topical)</i> (generic of CLINDAGEL) GEL 1% QL (75 mL / 30 days)	Tier 2	QL
<i>clindamycin phosphate (topical)</i> (generic of CLEOCIN-T) LOTN 1% QL (60 mL / 30 days)	Tier 2	QL
<i>clindamycin phosphate (topical)</i> SOLN 1% QL (60 mL / 30 days)	Tier 2	QL
<i>ery</i> PADS 2% QL (60 pledgets / 30 days)	Tier 2	QL
<i>erythromycin (acne aid)</i> (generic of ERYGEL) GEL 2% QL (60 gm / 30 days)	Tier 2	QL
<i>erythromycin (acne aid)</i> SOLN 2% QL (60 mL / 30 days)	Tier 2	QL
<i>isotretinoin</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	Tier 2	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 * - Suministro de días no extendidos **I** - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>sulfacetamide sodium</i> (acne) (generic of KLARON) LOTN 10% QL (118 mL / 30 days)	Tier 2	QL
<i>tretinoin</i> (generic of RETIN-A) CREA .025%, .05%, .1%; GEL .01%, .025% QL (45 gm / 30 days)	Tier 2	QL PA
<i>twice-daily clindamycin phosphate</i> (topical) GEL 1% QL (75 gm / 30 days)	Tier 2	QL
<i>zenatane</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	Tier 2	PA
DERMATOLOGY, ANTIBIOTICS		
<i>gentamicin sulfate</i> (topical) CREA .1%; OINT .1% QL (30 gm / 30 days)	Tier 2	QL
<i>mupirocin</i> OINT 2% QL (220 gm / 30 days)	Tier 1	QL
<i>silver sulfadiazine</i> (generic of SILVADENE) CREA 1%	Tier 2	
<i>ssd</i> (generic of SILVADENE) CREA 1%	Tier 2	
SULFAMYLON CREA 85mg/gm QL (453.6 gm / 30 days)	Tier 4	QL
DERMATOLOGY, ANTIFUNGALS		
<i>ciclopirox</i> SHAM 1% QL (120 mL / 30 days)	Tier 2	QL
<i>ciclopirox olamine</i> CREA .77% QL (90 gm / 30 days)	Tier 2	QL
<i>ciclopirox olamine</i> SUSP .77% QL (60 mL / 30 days)	Tier 2	QL
<i>clotrimazole</i> (topical) CREA 1% QL (45 gm / 30 days)	Tier 2	QL
<i>clotrimazole</i> (topical) SOLN 1% QL (60 mL / 30 days)	Tier 2	QL
<i>clotrimazole w/ betamethasone cream</i> 1-0.05% QL (45 gm / 30 days)	Tier 2	QL
<i>econazole nitrate</i> CREA 1% QL (85 gm / 30 days)	Tier 2	QL

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>ketoconazole</i> (topical) CREA 2% QL (60 gm / 30 days)	Tier 2	QL
<i>ketoconazole</i> (topical) SHAM 2% QL (120 mL / 30 days)	Tier 1	QL
<i>klayesta</i> POWD 100000unit/gm QL (60 gm / 30 days)	Tier 2	QL
<i>nyamyc</i> POWD 100000unit/gm QL (60 gm / 30 days)	Tier 2	QL
<i>nystatin</i> (topical) CREA 100000unit/gm; OINT 100000unit/gm QL (30 gm / 30 days)	Tier 2	QL
<i>nystatin</i> (topical) POWD 100000unit/gm QL (60 gm / 30 days)	Tier 2	QL
<i>nystop</i> POWD 100000unit/gm QL (60 gm / 30 days)	Tier 2	QL
<i>selenium sulfide</i> LOTN 2.5%	Tier 2	
DERMATOLOGY, ANTIPSORIATICS		
<i>acitretin</i> CAPS 10mg, 17.5mg, 25mg	Tier 2	PA
<i>calcipotriene</i> CREA .005%; OINT .005% QL (120 gm / 30 days)	Tier 2	QL PA
<i>calcipotriene</i> SOLN .005% QL (120 mL / 30 days)	Tier 2	QL PA
<i>calcitrene</i> OINT .005% QL (120 gm / 30 days)	Tier 2	QL PA
ENSTILAR AER QL (120 gm / 30 days)	Tier 5	* QL PA
<i>tazarotene</i> (generic of TAZORAC) CREA .1% QL (60 gm / 30 days)	Tier 2	QL PA
TAZORAC CREA .05% QL (60 gm / 30 days)	Tier 4	QL PA
DERMATOLOGY, CORTICOSTEROIDS		
<i>ala-cort</i> CREA 1%	Tier 1	
<i>alclometasone dipropionate</i> CREA .05%; OINT .05% QL (60 gm / 30 days)	Tier 2	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 * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES		
<i>betamethasone dipropionate (topical)</i> CREA .05%; OINT .05%	Tier 2	QL
QL (120 gm / 30 days)		
<i>betamethasone dipropionate (topical)</i> LOTN .05%	Tier 2	QL
QL (120 mL / 30 days)		
<i>betamethasone dipropionate augmented</i> CREA .05%; GEL .05%	Tier 2	QL
QL (120 gm / 30 days)		
<i>betamethasone dipropionate augmented</i> LOTN .05%	Tier 2	QL
QL (120 mL / 30 days)		
<i>betamethasone dipropionate augmented</i> (generic of DIPROLENE) OINT .05%	Tier 2	QL
QL (120 gm / 30 days)		
<i>betamethasone valerate</i> CREA .1%; OINT .1%	Tier 2	QL
QL (120 gm / 30 days)		
<i>betamethasone valerate</i> LOTN .1%	Tier 2	QL
QL (120 mL / 30 days)		
<i>clobetasol propionate</i> CREA .05%; GEL .05%; OINT .05%	Tier 2	QL
QL (60 gm / 30 days)		
<i>clobetasol propionate</i> SOLN .05%	Tier 2	QL
QL (50 mL / 30 days)		
<i>clobetasol propionate e</i> CREA .05%	Tier 2	QL
QL (60 gm / 30 days)		
<i>fluocinolone acetonide</i> CREA .01%	Tier 2	QL
QL (60 gm / 30 days)		
<i>fluocinolone acetonide</i> (generic of SYNALAR) CREA .025%; OINT .025%	Tier 2	QL
QL (120 gm / 30 days)		
<i>fluocinolone acetonide</i> (generic of DERMA-SMOOTHIE/FS BODY) OIL .01%	Tier 2	QL
QL (118.28 mL / 30 days)		

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES		
<i>fluocinolone acetonide</i> (generic of DERMA-SMOOTHIE/FS SCALP) OIL .01%	Tier 2	QL
QL (118.28 mL / 30 days)		
<i>fluocinolone acetonide</i> SOLN .01%	Tier 2	QL
QL (60 mL / 30 days)		
<i>fluocinonide</i> CREA .05%	Tier 2	QL
QL (120 gm / 30 days)		
<i>fluocinonide</i> GEL .05%; OINT .05%	Tier 2	QL
QL (60 gm / 30 days)		
<i>fluocinonide</i> SOLN .05%	Tier 2	QL
QL (60 mL / 30 days)		
<i>fluocinonide emulsified base</i> CREA .05%	Tier 2	QL
QL (120 gm / 30 days)		
<i>fluticasone propionate</i> CREA .05%; OINT .005%	Tier 2	
<i>halobetasol propionate</i> CREA .05%; OINT .05%	Tier 2	QL
QL (50 gm / 30 days)		
<i>hydrocortisone (topical)</i> CREA 1%, 2.5%	Tier 1	
<i>hydrocortisone (topical)</i> LOTN 2.5%; OINT 2.5%	Tier 2	
<i>hydrocortisone (topical)</i> OINT 1%	Tier 2	QL
QL (30 gm / 30 days)		
<i>hydrocortisone valerate</i> CREA .2%	Tier 2	QL
QL (60 gm / 30 days)		
<i>mometasone furoate</i> CREA .1%; OINT .1%; SOLN .1%	Tier 2	
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> CREA .025%, .1%, .5%	Tier 1	QL
QL (454 gm / 30 days)		
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> LOTN .025%, .1%	Tier 2	
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> OINT .025%, .1%, .5%	Tier 1	
<i>triderm</i> CREA .5%	Tier 1	QL
QL (454 gm / 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 * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES

DERMATOLOGY, LOCAL ANESTHETICS

<i>glydo</i> PRSY 2% QL (60 mL / 30 days)	Tier 2	QL PA
<i>lidocaine</i> OINT 5% QL (50 gm / 30 days)	Tier 2	QL PA
<i>lidocaine</i> (generic of LIDODERM) PTCH 5% QL (3 patches / 1 day)	Tier 2	QL PA
<i>lidocaine hcl</i> SOLN 4% QL (50 mL / 30 days)	Tier 2	QL PA
<i>lidocaine-prilocaine cream</i> 2.5-2.5% QL (30 gm / 30 days)	Tier 2	B/D QL
<i>lidocan</i> (generic of LIDODERM) PTCH 5% QL (3 patches / 1 day)	Tier 2	QL PA
<i>tridacaine ii</i> (generic of LIDODERM) PTCH 5% QL (3 patches / 1 day)	Tier 2	QL PA
DERMATOLOGY, MISCELLANEOUS SKIN AND MUCOUS MEMBRANE		
<i>bexarotene</i> (topical) (generic of TARGRETIN) GEL 1% QL (60 gm / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA
<i>diclofenac sodium</i> (topical) SOLN 1.5% QL (300 mL / 28 days)	Tier 2	QL
<i>fluorouracil</i> (topical) (generic of EFUDEX) CREA 5% QL (40 gm / 30 days)	Tier 2	QL
<i>fluorouracil</i> (topical) SOLN 2%, 5% QL (10 mL / 30 days)	Tier 2	QL
<i>hydrocortisone</i> (rectal) CREA 1%	Tier 2	
<i>hydrocortisone</i> (rectal) (generic of ANUSOL-HC) CREA 2.5%	Tier 2	
<i>imiquimod</i> CREA 5% QL (24 packets / 30 days)	Tier 2	QL
<i>lactic acid</i> (ammonium lactate) CREA 12%; LOTN 12%	Tier 2	
<i>metronidazole</i> (topical) (generic of METROCREAM) CREA .75% QL (45 gm / 30 days)	Tier 2	QL

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES

<i>metronidazole</i> (topical) GEL .75% QL (45 gm / 30 days)	Tier 2	QL
<i>metronidazole</i> (topical) (generic of METROLOTION) LOTN .75% QL (59 mL / 30 days)	Tier 2	QL
<i>nitroglycerin</i> (intra-anal) (generic of RECTIV) OINT .4% QL (30 gm / 30 days)	Tier 2	QL
PANRETIN GEL .1% QL (60 gm / 30 days)	Tier 5	* QL PA
<i>pimecrolimus</i> (generic of ELIDEL) CREA 1% QL (100 gm / 30 days)	Tier 2	QL PA
<i>podofilox</i> SOLN .5% QL (7 mL / 28 days)	Tier 2	QL
<i>procto-med hc</i> (generic of ANUSOL-HC) CREA 2.5%	Tier 2	
<i>proctocort</i> CREA 1%	Tier 2	
<i>proctosol hc</i> (generic of ANUSOL-HC) CREA 2.5%	Tier 2	
<i>proctozone-hc</i> (generic of ANUSOL-HC) CREA 2.5%	Tier 2	
<i>tacrolimus</i> (topical) OINT .03%, .1% QL (100 gm / 30 days)	Tier 2	QL PA
VALCHLOR GEL .016% QL (60 gm / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA
DERMATOLOGY, SCABICIDES AND PEDICULIDES		
<i>malathion</i> LOTN .5% QL (59 mL / 30 days)	Tier 2	QL
<i>permethrin</i> CREA 5% QL (60 gm / 30 days)	Tier 2	QL
DERMATOLOGY, WOUND CARE AGENTS		
REGANEX GEL .01% QL (30 gm / 30 days)	Tier 5	* QL PA
SANTYL OINT 250unit/gm QL (180 gm / 30 days)	Tier 4	QL
<i>sodium chloride</i> (gu irrigant) SOLN .9%	Tier 2	
<i>water for irrigation, sterile irrigation soln</i>	Tier 2	

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D * - Suministro de días no extendidos I - Insulinas cubiertas por \$35/ mes

**NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS /
LIMITES**

MOUTH/THROAT/DENTAL AGENTS

<i>chlorhexidine gluconate</i> (<i>mouth-throat</i>) (generic of PERIDEX) SOLN .12%	Tier 1	
<i>clotrimazole</i> TROC 10mg QL (150 lozenges / 30 days)	Tier 2	QL
<i>kourzeq</i> PSTE .1%	Tier 2	
<i>lidocaine hcl</i> (<i>mouth-throat</i>) SOLN 2%	Tier 2	
<i>nystatin</i> (<i>mouth-throat</i>) (generic of NYSTATIN) SUSP 100000unit/ml	Tier 2	
<i>periogard</i> (generic of PERIDEX) SOLN .12%	Tier 1	
<i>pilocarpine hcl</i> (<i>oral</i>) (generic of SALAGEN) TABS 5mg, 7.5mg	Tier 2	
<i>triamcinolone acetonide</i> (<i>mouth</i>) PSTE .1%	Tier 2	

Index

- A**
abacavir sulfate.....15
abacavir sulfate-lamivudine tab 600-300 mg.....16
ABELCET14
ABILIFY
 see *aripiprazole*.....38
abiraterone acetate.....20
ABRYSVO65
acamprosate calcium.....48
acarbose.....49
ACCOLATE
 see *zafirlukast*.....71
ACCUPRIL
 see *quinapril hcl*.....28
accutane73
acebutolol hcl.....32
acetaminophen w/ codeine soln 120-12 mg/5ml.....11
acetaminophen w/ codeine tab 300-15 mg.....11
acetaminophen w/ codeine tab 300-30 mg.....11
acetaminophen w/ codeine tab 300-60 mg.....11
acetazolamide33
acetic acid.....60
acetic acid (otic).....69
acetylcysteine71
acitretin74
ACTHIB INJ65
ACTIMMUNE64
ACTIVELLA
 see *estradiol & norethindrone acetate tab 1-0.5 mg*55
 see *mimvey*.....55
ACTOPLUS MET
 see *pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-850 mg*50
ACTOS
 see *pioglitazone hcl*.....50
ACULAR
 see *ketorolac tromethamine (ophth)*68
ACULAR LS
 see *ketorolac tromethamine (ophth)*68
acyclovir.....16
acyclovir sodium16
ADACEL INJ65
ADALIMUMAB-AACF (2 PEN)62
ADALIMUMAB-AACF (2 SYRING)62
ADCIRCA
 see *alyq*.....34
 see *tadalafil (pulmonary hypertension)*.....35
ADDERALL
 see *amphetamine-dextroamphetamine tab 10 mg*.....44
 see *amphetamine-dextroamphetamine tab 12.5 mg*.....45
 see *amphetamine-dextroamphetamine tab 15 mg*.....45
 see *amphetamine-dextroamphetamine tab 20 mg*.....45
 see *amphetamine-dextroamphetamine tab 30 mg*.....45
 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* ...44
 see *amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 15 mg* ...44
 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*44
adefovir dipivoxil16
ADMELOG51
ADMELOG SOLOSTAR .51
ADVAIR DISKUS
 see *fluticasone-salmeterol aer powder ba 100-50 mcg/act*...73
 see *fluticasone-salmeterol aer powder ba 250-50 mcg/act*...73
 see *fluticasone-salmeterol aer powder ba 500-50 mcg/act*...73
 see *wixela inhub*.....73
ADVAIR HFA AER 115/2172
ADVAIR HFA AER 230/2172
ADVAIR HFA AER 45/21 72
AFINITOR
 see *everolimus*.....23
 see *torpenz*26
AFINITOR DISPERZ
 see *everolimus*.....23
afirmelle52
AGRYLIN
 see *anagrelide hcl*.....62
AIMOVIG46
AKEEGA TAB 100/500 ...20
AKEEGA TAB 50/500MG20
ala-cort.....74
albendazole12
albuterol sulfate70, 71
ALCAINE
 see *proparacaine hcl*...69
alclometasone dipropionate74

ALCOHOL SWABS: BD- EMBECTA/MHC/RUGBY.....51	<i>amlodipine besylate- benazepril hcl cap 10-20 mg.....27</i>	see <i>amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 5-20 mg .....28</i>
ALDACTONE see <i>spironolactone.....28</i>	<i>amlodipine besylate- benazepril hcl cap 10-40 mg.....27</i>	see <i>amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 5-40 mg .....28</i>
ALDURAZYME .....56	<i>amlodipine besylate- benazepril hcl cap 2.5-10 mg.....27</i>	<i>amnesteam.....73</i>
ALECENSA .....22	<i>amlodipine besylate- benazepril hcl cap 5-10 mg.....27</i>	<i>amoxapine .....35</i>
<i>alendronate sodium.....52</i>	<i>amlodipine besylate- benazepril hcl cap 5-20 mg.....27</i>	<i>amoxicillin .....18</i>
<i>alfuzosin hcl.....60</i>	<i>amlodipine besylate- benazepril hcl cap 5-40 mg.....27</i>	AMOXICILLIN see <i>amoxicillin.....18</i>
ALIMTA see <i>pemetrexed disodium.....20</i>	<i>amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 10-20 mg.....29</i>	<i>amoxicillin & k clavulanate chew tab 400-57 mg....18</i>
<i>aliskiren fumarate .....34</i>	<i>amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 10-40 mg.....29</i>	<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 200-28.5 mg/5ml.....18</i>
<i>allopurinol .....10</i>	<i>amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 10-20 mg.....29</i>	<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 250-62.5 mg/5ml.....18</i>
<i>alosetron hcl .....59</i>	<i>amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 10-40 mg.....29</i>	<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 400-57 mg/5ml.....18</i>
ALPHAGAN P see <i>brimonidine tartrate.....69</i>	<i>amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 10-40 mg.....29</i>	<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 600-42.9 mg/5ml.....19</i>
<i>alprazolam.....35</i>	<i>amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 5-20 mg.....28</i>	<i>amoxicillin & k clavulanate tab 250-125 mg.....19</i>
ALREX see <i>loteprednol etabonate .....69</i>	<i>amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 5-40 mg.....28</i>	<i>amoxicillin & k clavulanate tab 500-125 mg.....19</i>
ALTACE see <i>ramipril .....28</i>	<i>amlodipine besylate- valsartan tab 10-160 mg.....29</i>	<i>amoxicillin & k clavulanate tab 875-125 mg.....19</i>
<i>altavera.....52</i>	<i>amlodipine besylate- valsartan tab 10-320 mg.....29</i>	<i>amoxicillin & k clavulanate tab er 12hr 1000-62.5 mg.....19</i>
ALUNBRIG .....22	<i>amlodipine besylate- valsartan tab 5-160 mg29</i>	<i>amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 10 mg.....44</i>
ALUNBRIG PAK .....22	<i>amlodipine besylate- valsartan tab 5-320 mg29</i>	<i>amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 15 mg.....44</i>
ALVAIZ .....62	AMLODIPINE/OLMESARTAN MED see <i>amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 10-20 mg .....29</i>	<i>amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 20 mg.....44</i>
ALVESCO.....72	see <i>amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 10-40 mg .....29</i>	<i>amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 25 mg.....44</i>
<i>alyacen 1/35.....52</i>		<i>amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 30 mg.....44</i>
<i>alyacen 7/7/7 .....52</i>		
ALYGLO .....64		
<i>alyq.....34</i>		
<i>amantadine hcl .....37</i>		
AMBIEN see <i>zolpidem tartrate...46</i>		
AMBISOME see <i>amphotericin b liposome .....14</i>		
<i>ambrisentan.....34</i>		
<i>amikacin sulfate.....12</i>		
<i>amiloride & hydrochlorothiazide tab 5-50 mg.....33</i>		
<i>amiloride hcl .....33</i>		
<i>amiodarone hcl.....30</i>		
<i>amitriptyline hcl.....35</i>		
<i>amlodipine besylate .....33</i>		

amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg.....44	see naproxen sodium..10	see candesartan cilexetil.....30
amphetamine- dextroamphetamine tab 10 mg.....44	anastrozole .....20	atazanavir sulfate.....15
amphetamine- dextroamphetamine tab 12.5 mg.....45	ANCOBON see flucytosine .....14	atenolol .....32
amphetamine- dextroamphetamine tab 15 mg.....45	ANDROGEL PUMP see testosterone.....49	atenolol & chlorthalidone tab 100-25 mg.....32
amphetamine- dextroamphetamine tab 20 mg.....45	ANORO ELLIPT AER 62.5- 25 .....69	atenolol & chlorthalidone tab 50-25 mg.....32
amphetamine- dextroamphetamine tab 5 mg.....44	ANUSOL-HC see hydrocortisone (rectal) .....76	ATIVAN see lorazepam.....35
amphetamine- dextroamphetamine tab 7.5 mg.....44	see procto-med hc .....76	atomoxetine hcl.....45
amphotericin b .....14	see proctosol hc.....76	atorvastatin calcium .....31
amphotericin b liposome.14	see proctozone-hc.....76	atovaquone.....12
ampicillin.....19	aprepitant.....58	atovaquone-proguanil hcl tab 250-100 mg.....14
ampicillin & sulbactam sodium for inj 1.5 (1-0.5) gm.....19	aprepitant capsule therapy pack 80 & 125 mg .....58	atovaquone-proguanil hcl tab 62.5-25 mg.....14
ampicillin & sulbactam sodium for inj 3 (2-1) gm.....19	apri.....52	ATRIPLA see efavirenz- emtricitabine-tenofovir df tab 600-200-300 mg.....16
ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 1.5 (1- 0.5) gm.....19	APRISO see mesalamine .....59	ATROPINE SULFATE ...69
ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 15 (10- 5) gm.....19	APTIOM.....40	atropine sulfate (ophthalmic) .....69
ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 3 (2-1) gm.....19	APTIVUS .....15	ATROVENT HFA.....70
ampicillin sodium .....19	ARALAST NP .....71	aubra eq .....52
AMPYRA see dalfampridine.....47	aranelle.....52	AUGMENTIN see amoxicillin & k clavulanate tab 500- 125 mg.....19
ANAFRANIL see clomipramine hcl ..36	ARAVA see leflunomide .....64	AUGMENTIN ES-600 see amoxicillin & k clavulanate for susp 600-42.9 mg/5ml.....19
anagrelide hcl .....62	ARCALYST.....64	AUGTYRO .....22
ANAPROX DS	AREXVY .....65	aurovela 1/20.....52
	ARICEPT see donepezil hydrochloride .....35	aurovela fe 1.5/30.....52
	ARIKAYCE .....12	aurovela fe 1/20.....52
	ARIMIDEX see anastrozole.....20	AUSTEDO .....46
	aripiprazole .....38	AUSTEDO XR .....46, 47
	ARISTADA.....38	AUSTEDO XR TAB TITR KIT .....47
	ARISTADA INITIO .....38	AUVELITY TAB 45-105MG.....36
	ARIXTRA see fondaparinux sodium.....61	AVALIDE see irbesartan- hydrochlorothiazide tab 150-12.5 mg .....29
	armodafinil.....48	
	ARNUIITY ELLIPTA.....72	
	AROMASIN see exemestane.....20	
	asenapine maleate .....38	
	aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25-200 mg.....62	
	ASTAGRAF XL.....64	
	ATACAND	

see <i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 300-12.5 mg</i>.....29	see <i>rufinamide</i>.....43	<i>betaine powder for oral solution</i>.....56
AVAPRO	BARACLUDE.....16	<i>betamethasone dipropionate (topical)</i> ...75
see <i>irbesartan</i> .....30	see <i>entecavir</i>.....17	<i>betamethasone dipropionate augmented</i>.....75
<i>aviane</i>.....52	BASAGLAR KWIKPEN...51	<i>betamethasone valerate</i> .75
AVODART	BCG VACCINE .....65	BETAPACE
see <i>dutasteride</i>.....60	<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>.....27	see <i>sotalol hcl</i> .....31
<i>ayuna</i>.....52	<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>.....27	BETAPACE AF
AYVAKIT .....22	<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>.....27	see <i>sotalol hcl (afib/af)</i> 31
<i>azacitidine</i>.....20	<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 5-6.25mg</i>.....27	BETASERON.....47
AZACTAM	<i>benazepril hcl</i>.....28	<i>betaxolol hcl (ophth)</i> .....69
see <i>aztreonam</i> .....12	BENDAMUSTINE	<i>bethanechol chloride</i>.....60
<i>azathioprine</i>.....64	HYDROCHLORID .....20	BETOPTIC-S .....69
<i>azelastine hcl</i>.....70	BENDEKA .....20	BEVESPI AER 9-4.8MCG.....69
<i>azelastine hcl (ophth)</i>.....69	BENICAR	<i>bexarotene</i>.....21
AZILECT	see <i>olmesartan medoxomil</i> .....30	<i>bexarotene (topical)</i>.....76
see <i>rasagiline mesylate</i>.....38	BENICAR HCT	BEXSERO INJ.....65
<i>azithromycin</i> .....18	see <i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i> .....29	BIAXIN XL
AZOPT	see <i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i> .....29	see <i>clarithromycin</i> .....18
see <i>brinzolamide</i>.....69	see <i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-25 mg</i> .....29	<i>bicalutamide</i>.....20
<i>aztreonam</i>.....12	BENLYSTA.....65	BICILLIN L-A.....19
AZULFIDINE	BENZAMYCIN	BIKTARVY TAB 30-120-15 MG .....16
see <i>sulfasalazine</i>.....59	see <i>benzoyl peroxide-erythromycin gel 5-3%</i>.....73	BIKTARVY TAB 50-200-25 MG .....16
AZULFIDINE EN-TABS	<i>benzoyl peroxide-erythromycin gel 5-3%</i> 73	BILTRICIDE
see <i>sulfasalazine</i>.....59	<i>benztropine mesylate</i>.....37	see <i>praziquantel</i>.....13
<i>azurette</i>.....53	BERINERT .....62	<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 10-6.25 mg</i>.....32
B	BESIVANCE .....68	<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 2.5-6.25 mg</i>.....32
<i>bacitracin (ophthalmic)</i>....68	BESREMI .....21	<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 5-6.25 mg</i>.....32
<i>bacitracin-polymyxin b ophth oint</i>.....68		<i>bisoprolol fumarate</i> .....32
<i>bacitracin-polymyxin-neomycin-hc ophth oint 1%</i>.....68		BIVIGAM.....64
<i>baclofen</i>.....47		<i>blisovi fe 1.5/30</i>.....53
BACTRIM		BOOSTRIX INJ.....65
see <i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab 400-80 mg</i> .....13		<i>bortezomib</i>.....22
BACTRIM DS		BORTEZOMIB .....22
see <i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab 800-160 mg</i> .....13		<i>bosentan</i>.....34
BAFIERTAM .....47		BOSULIF .....22
<i>balsalazide disodium</i> .....59		BRAFTOVI.....22
BALVERSA.....22		
<i>balziva</i> .....53		
BANZEL		

BREO ELLIPTA INH 100-25.....73	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 4-1 mg (base equiv) .....48</i>	<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg.....28</i>
BREO ELLIPTA INH 200-25.....73	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 8-2 mg (base equiv) .....48</i>	CARAFATE
BREO ELLIPTA INH 50-25MCG.....72	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 2-0.5 mg (base equiv) .....48</i>	see <i>sucralfate.....60</i>
<i>breyna.....73</i>	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 8-2 mg (base equiv) .....48</i>	<i>carb/levo orally disintegrating tab 10-100mg.....37</i>
BREZTRI AERO AER SPHERE .....70	<i>bupropion hcl.....36</i>	<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-100mg.....37</i>
BREZTRI AERO AER SPHERE (INSTITUTIONAL PACK) .....70	<i>bupropion hcl (smoking deterrent) .....48</i>	<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-250mg.....37</i>
<i>brIELlyn.....53</i>	<i>bupirone hcl.....35</i>	CARBAGLU
BRILINTA .....62	<i>butorphanol tartrate .....11</i>	see <i>carglumic acid .....56</i>
<i>brimonidine tartrate.....69</i>	BYSTOLIC	<i>carbamazepine.....40</i>
<i>brinzolamide.....69</i>	see <i>nebivolol hcl.....32</i>	CARBATROL
BRIVIACT .....40	C	see <i>carbamazepine.....40</i>
<i>bromfenac sodium (ophth).....68</i>	<i>cabergoline.....56</i>	<i>carbidopa & levodopa tab 10-100 mg.....37</i>
<i>bromocriptine mesylate...37</i>	CABOMETYX .....22	<i>carbidopa & levodopa tab 25-100 mg.....37</i>
BROMSITE	<i>calcipotriene.....74</i>	<i>carbidopa & levodopa tab 25-250 mg.....37</i>
see <i>bromfenac sodium (ophth).....68</i>	<i>calcitonin (salmon) spray52</i>	<i>carbidopa & levodopa tab er 25-100 mg.....37</i>
BRONCHITOL .....71	<i>calcitrene .....74</i>	<i>carbidopa & levodopa tab er 50-200 mg.....37</i>
BRUKINSA .....22	<i>calcitriol.....57</i>	<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 12.5-50-200 mg.....37</i>
<i>budesonide.....59</i>	<i>calcitriol (oral) .....58</i>	<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 18.75-75-200 mg.....37</i>
<i>budesonide (inhalation) ..72</i>	CALQUENCE .....22	<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 25-100-200 mg.....37</i>
<i>budesonide-formoterol fumarate dihyd aerosol 160-4.5 mcg/act .....73</i>	<i>camila .....53</i>	<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 31.25-125-200 mg.....37</i>
<i>budesonide-formoterol fumarate dihyd aerosol 80-4.5 mcg/act .....73</i>	CAMPTOSAR	<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 37.5-150-200 mg.....37</i>
<i>bumetanide.....33</i>	see <i>irinotecan hcl.....21</i>	<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 50-200-200 mg.....37</i>
BUMEX	CANASA	<i>carboplatin.....20</i>
see <i>bumetanide.....33</i>	see <i>mesalamine.....59</i>	CARDIZEM
BUPHENYL	CANCIDAS	
see <i>sodium phenylbutyrate.....57</i>	see <i>casprofungin acetate.....14</i>	
<i>buprenorphine hcl.....48</i>	<i>candesartan cilexetil.....30</i>	
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 12-3 mg (base equiv) .....48</i>	CAPLYTA .....38	
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 2-0.5 mg (base equiv) .....48</i>	CAPRELSA .....22	
	<i>captopril.....28</i>	
	<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25-15 mg.....27</i>	
	<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg.....27</i>	
	<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-15 mg.....28</i>	

see <i>diltiazem hcl</i>.....33	see <i>celecoxib</i> .....10	see <i>clindamycin</i>
CARDIZEM CD	<i>celecoxib</i>.....10	<i>phosphate vaginal</i> ...61
see <i>cartia xt</i>.....33	CELEXA	CLEOCIN PEDIATRIC
see <i>diltiazem hcl coated</i>	see <i>citalopram</i>	GRANULE
<i>beads</i>.....33	<i>hydrobromide</i>.....36	see <i>clindamycin</i>
CARDURA	CELLCEPT	<i>palmitate hydrochloride</i>
see <i>doxazosin mesylate</i>	see <i>mycophenolate</i>	.....12
.....28	<i>mofetil</i>.....65	CLEOCIN PHOSPHATE
<i>carglumic acid</i>.....56	CELONTIN	see <i>clindamycin</i>
CARNITOR	see <i>methsuximide</i> .....42	<i>phosphate</i>.....12
see <i>levocarnitine</i>	<i>cephalexin</i> .....18	CLEOCIN-T
(<i>metabolic modifiers</i>)	CERDELGA .....56	see <i>clindamycin</i>
.....56	CEREZYME .....56	<i>phosphate (topical)</i> ..73
<i>carteolol hcl (ophth)</i> .....69	<i>cetirizine hcl</i>.....70	CLIMARA
<i>cartia xt</i>.....33	<i>chateal eq</i>.....53	see <i>estradiol</i>.....55
<i>carvedilol</i> .....32	CHEMET .....52	CLINDAGEL
CASODEX	<i>chlorhexidine gluconate</i>	see <i>clindamycin</i>
see <i>bicalutamide</i> .....20	(<i>mouth-throat</i>) .....77	<i>phosphate (topical)</i> ..73
<i>caspofungin acetate</i>.....14	<i>chloroquine phosphate</i> ...14	<i>clindamycin hcl</i> .....12
CATAPRES-TTS-1	<i>chlorpromazine hcl</i>.....38	<i>clindamycin palmitate</i>
see <i>clonidine</i> .....34	<i>chlorthalidone</i> .....33	<i>hydrochloride</i>.....12
CATAPRES-TTS-2	<i>cholestyramine</i>.....31	<i>clindamycin phosphate</i> ...12
see <i>clonidine</i> .....34	<i>cholestyramine light</i>.....31	<i>clindamycin phosphate</i>
CATAPRES-TTS-3	CIALIS	(<i>topical</i>) .....73
see <i>clonidine</i> .....34	see <i>tadalafil</i>.....60	<i>clindamycin phosphate in</i>
CAYSTON .....12	<i>ciclopirox</i>.....74	<i>d5w iv soln 300 mg/50ml</i>
<i>cefaclor</i>.....17	<i>ciclopirox olamine</i> .....74	.....12
<i>cefadroxil</i> .....17	<i>cilostazol</i>.....62	<i>clindamycin phosphate in</i>
CEFAZOLIN .....17	CILOXAN .....68	<i>d5w iv soln 600 mg/50ml</i>
CEFAZOLIN INJ	CIMDUO TAB 300-300 ...16	.....12
1GM/50ML .....17	<i>cinacalcet hcl</i>.....56	<i>clindamycin phosphate in</i>
<i>cefazolin sodium</i>.....17	CIPRO	<i>d5w iv soln 900 mg/50ml</i>
CEFAZOLIN SOLN	see <i>ciprofloxacin hcl</i>....18	.....12
2GM/100ML-4% .....17	<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml</i>	<i>clindamycin phosphate</i>
<i>cefdinir</i>.....17	<i>in d5w</i>.....18	<i>vaginal</i>.....61
<i>cefepime hcl</i> .....17	<i>ciprofloxacin 400 mg/200ml</i>	CLINDMYC/NAC INJ
<i>cefixime</i> .....17	<i>in d5w</i>.....18	300/50ML .....12
CEFOTAN	<i>ciprofloxacin hcl</i>.....18	CLINDMYC/NAC INJ
see <i>cefotetan disodium</i>	<i>ciprofloxacin hcl (ophth)</i> ..68	600/50ML .....12
.....17	<i>ciprofloxacin-</i>	CLINDMYC/NAC INJ
<i>cefotetan disodium</i>.....17	<i>dexamethasone otic susp</i>	900/50ML .....12
<i>cefoxitin sodium</i>.....17	0.3-0.1%.....69	CLINIMIX INJ 4.25/D10 ..67
<i>cefpodoxime proxetil</i>.....17	<i>cisplatin</i>.....20	CLINIMIX INJ 4.25/D5W.67
<i>cefprozil</i> .....17	<i>citalopram hydrobromide</i> 36	CLINIMIX INJ 5%/D15W.67
<i>ceftazidime</i> .....17	<i>claravis</i> .....73	CLINIMIX INJ 5%/D20W.67
<i>ceftriaxone sodium</i>.....18	<i>clarithromycin</i>.....18	CLINIMIX INJ 6/5.....67
<i>cefuroxime axetil</i>.....18	CLEOCIN	CLINIMIX INJ 8/10.....67
<i>cefuroxime sodium</i>.....18	see <i>clindamycin hcl</i>....12	CLINIMIX INJ 8/14.....67
CELEBREX		<i>clinisol sf 15%</i>.....67

CLINOLIPID EMU 20%...67	COREG	see <i>duloxetine hcl</i> .....36
<i>clobazam</i> .....40, 41	see <i>carvedilol</i> .....32	<i>cyproheptadine hcl</i>.....70
<i>clobetasol propionate</i>.....75	CORGARD	<i>cyred eq</i>.....53
<i>clobetasol propionate e</i> ...75	see <i>nadolol</i>.....32	CYSTADANE
<i>clomipramine hcl</i>.....36	CORLANOR .....34	see <i>betaine powder for</i>
<i>clonazepam</i> .....41	see <i>ivabradine hcl</i>.....34	<i>oral solution</i> .....56
<i>clonidine</i> .....34	CORTEF	CYSTADROPS .....69
<i>clonidine hcl</i>.....34	see <i>hydrocortisone</i>.....55	CYSTAGON.....56
<i>clopidogrel bisulfate</i> .....62	CORTENEMA	CYSTARAN .....69
<i>clorazepate dipotassium</i> .41	see <i>hydrocortisone</i>	<i>cytarabine</i> .....20
<i>clotrimazole</i> .....77	(<i>intrarectal</i>) .....59	CYTOMEL
<i>clotrimazole (topical)</i>.....74	COSENTYX .....62	see <i>liothyronine sodium</i>
<i>clotrimazole w/</i>	COSENTYX	.....57
<i>betamethasone cream 1-</i>	SENSOREADY PEN...62	CYTOTEC
<i>0.05%</i>.....74	COSENTYX UNOREADY	see <i>misoprostol</i>.....59
<i>clozapine</i> .....38	.....62	D
CLOZARIL	COSOFT	D10W/NAACL INJ 0.2%...66
see <i>clozapine</i> .....38	see <i>dorzolamide hcl-</i>	D2.5W/NAACL INJ 0.45%.66
COARTEM TAB 20-120MG	<i>timolol maleate ophth</i>	<i>dabigatran etexilate</i>
.....14	<i>soln 2-0.5%</i>.....69	<i>mesylate</i>.....61
COLAZAL	COTELLIC .....22	<i>dalfampridine</i> .....47
see <i>balsalazide disodium</i>	COZAAR	DALIRESP
.....59	see <i>losartan potassium</i>	see <i>roflumilast</i>.....72
<i>colchicine</i> .....10	.....30	<i>danazol</i> .....48
<i>colchicine w/ probenecid</i>	CREON CAP 12000UNT 59	DANTRIUM
<i>tab 0.5-500 mg</i>.....10	CREON CAP 24000UNT 59	see <i>dantrolene sodium</i> 47
<i>colesevelam hcl</i>.....31	CREON CAP 3000UNIT .59	<i>dantrolene sodium</i> ....47, 48
COLESTID	CREON CAP 36000UNT 59	<i>dapsone</i>.....12
see <i>colestipol hcl</i>.....31	CREON CAP 6000UNIT .59	DAPTACEL INJ .....65
<i>colestipol hcl</i>.....31	CRESTOR	<i>daptomycin</i> .....13
<i>colistimethate sodium</i> .....12	see <i>rosuvastatin calcium</i>	DAPTOMYCIN.....12
COLY-MYCIN M	.....31	see <i>daptomycin</i>.....13
see <i>colistimethate</i>	<i>cromolyn sodium</i>.....71	DARAPRIM
<i>sodium</i>.....12	<i>cromolyn sodium</i>	see <i>pyrimethamine</i>.....13
COMBIGAN SOL 0.2/0.5%	(<i>mastocytosis</i>).....59	<i>darunavir</i>.....15
.....69	<i>cromolyn sodium (ophth)</i> 69	<i>dasetta 1/35</i>.....53
COMBIVENT AER 20-100	<i>cryselle-28</i> .....53	<i>dasetta 7/7/7</i>.....53
.....70	<i>cyclobenzaprine hcl</i> .....47	DAURISMO .....22
COMETRIQ (60MG DOSE)	<i>cyclophosphamide</i> .....20	DAYVIGO .....45
.....22	CYCLOPHOSPHAMIDE .20	DDAVP
COMETRIQ KIT 100MG .22	CYCLOPHOSPHAMIDE	see <i>desmopressin</i>
COMETRIQ KIT 140MG .22	MONOHYDR.....20	<i>acetate</i>.....56
COMPLERA TAB.....16	<i>cycloserine</i>.....16	<i>deblitane</i> .....53
<i>compro</i>.....58	<i>cyclosporine</i>.....65	<i>deferasirox</i>.....52
<i>constulose</i> .....59	<i>cyclosporine modified (for</i>	DELESTROGEN
COPAXONE .....47	<i>microemulsion</i>).....65	see <i>estradiol valerate</i> ..55
see <i>glatiramer acetate</i> .47	CYKLOKAPRON	DELSTRIGO TAB .....16
see <i>glatopa</i> .....47	see <i>tranexamic acid</i> ....62	DELZICOL
COPIKTRA .....22	CYMBALTA	see <i>mesalamine</i> .....59

DEMSER			<i>diazepam intensol</i>.....41
see <i>metyrosine</i>	34		<i>diazoxide</i> .....56
DENG VAXIA SUS	65		<i>diclofenac potassium</i> .....10
DEPAKOTE			<i>diclofenac sodium</i>.....10
see <i>divalproex sodium</i>	41		<i>diclofenac sodium (ophth)</i>
DEPAKOTE ER			.....68
see <i>divalproex sodium</i>	41		<i>diclofenac sodium (topical)</i>
DEPAKOTE SPRINKLES			.....76
see <i>divalproex sodium</i>	41		<i>dicloxacillin sodium</i>.....19
DEPEN TITRATABS			<i>dicyclomine hcl</i> .....58
see <i>penicillamine</i>	52		DIFICID.....18
DEPO-MEDROL			DIFLUCAN
see <i>methylprednisolone</i>			see <i>fluconazole</i> .....14
<i>acetate</i>	55		<i>diflunisal</i>.....10
DEPO-PROVERA			<i>digoxin</i> .....34
CONTRACEPTIV			<i>dihydroergotamine</i>
see			<i>mesylate</i>.....46
<i>medroxyprogesterone</i>			DILANTIN .....41
<i>acetate (contraceptive)</i>			see <i>phenytoin sodium</i>
.....	54		<i>extended</i>.....43
DEPO-SUBQ PROVERA			DILANTIN INFATABS
104.....	53		see <i>phenytoin</i>.....43
<i>depo-testosterone</i>	48		DILANTIN-125
DERMA-SMOOTH/FS			see <i>phenytoin</i>.....43
BODY			DILAUDID
see <i>fluocinolone</i>			see <i>hydromorphone hcl</i>
<i>acetonide</i>	75		.....11
DERMA-SMOOTH/FS			<i>diltiazem hcl</i>.....33
SCALP			<i>diltiazem hcl coated beads</i>
see <i>fluocinolone</i>			.....33
<i>acetonide</i>	75		<i>diltiazem hcl extended</i>
DERMOTIC			<i>release beads</i>.....33
see <i>flac</i>	69		<i>dilt-xr</i>.....33
see <i>fluocinolone</i>			DIOVAN
<i>acetonide (otic)</i>	69		see <i>valsartan</i>.....30
DESCOVY TAB 120-15MG			DIOVAN HCT
.....	16		see <i>valsartan-</i>
DESCOVY TAB 200/25MG			<i>hydrochlorothiazide tab</i>
.....	16		160-12.5 mg .....30
<i>desipramine hcl</i>	36		see <i>valsartan-</i>
<i>desmopressin acetate</i>	56		<i>hydrochlorothiazide tab</i>
<i>desmopressin acetate</i>			160-25 mg .....30
<i>spray</i>	56		see <i>valsartan-</i>
<i>desmopressin acetate</i>			<i>hydrochlorothiazide tab</i>
<i>spray refrigerated</i>	56		320-12.5 mg .....30
<i>desogest-eth estrad & eth</i>			see <i>valsartan-</i>
<i>estrad tab 0.15-0.02/0.01</i>			<i>hydrochlorothiazide tab</i>
<i>mg(21/5)</i>	53		320-25 mg .....30
<i>desvenlafaxine succinate</i>	36		
DETROL			
see <i>tolterodine tartrate</i>	61		
DETROL LA			
see <i>tolterodine tartrate</i>	61		
dexamethasone	55		
DEXAMETHASONE			
INTENSOL	55		
<i>dexamethasone sodium</i>			
<i>phosphate</i>	55		
<i>dexamethasone sodium</i>			
<i>phosphate (ophth)</i>	68		
<i>dexamethylphenidate hcl</i> ..	45		
dextrose.....	67		
<i>dextrose 10% w/ sodium</i>			
<i>chloride 0.45%</i>	66		
<i>dextrose 2.5% w/ sodium</i>			
<i>chloride 0.45%</i>	66		
DEXTROSE 2.5%/SODIUM			
CHLO			
see <i>dextrose 2.5% w/</i>			
<i>sodium chloride 0.45%</i>			
.....	66		
<i>dextrose 5% in lactated</i>			
<i>ringers</i>	66		
<i>dextrose 5% w/ sodium</i>			
<i>chloride 0.2%</i>	66		
<i>dextrose 5% w/ sodium</i>			
<i>chloride 0.225%</i>	66		
<i>dextrose 5% w/ sodium</i>			
<i>chloride 0.3%</i>	66		
<i>dextrose 5% w/ sodium</i>			
<i>chloride 0.45%</i>	66		
<i>dextrose 5% w/ sodium</i>			
<i>chloride 0.9%</i>	66		
DEXTROSE 5%/SODIUM			
CHLORI			
see <i>dextrose 5% w/</i>			
<i>sodium chloride 0.3%</i>			
.....	66		
DEXTROSE/SODIUM			
CHLORIDE			
see <i>dextrose 5% w/</i>			
<i>sodium chloride</i>			
0.225%	66		
DIACOMIT	41		
<i>diazepam</i>	41		
<i>diazepam (anticonvulsant)</i>			
.....	41		
<i>diazepam inj</i>	41		

see valsartan-		
hydrochlorothiazide tab		
80-12.5 mg	30	
DIP/TET PED INJ 25-5LFU		
.....	65	
diphenhydramine hcl.....	70	
diphenoxylate w/ atropine		
liq 2.5-0.025 mg/5ml....	59	
diphenoxylate w/ atropine		
tab 2.5-0.025 mg.....	59	
DIPROLENE		
see betamethasone		
dipropionate		
augmented.....	75	
dipyridamole	62	
disopyramide phosphate.	30	
disulfiram	48	
divalproex sodium.....	41	
docetaxel	21, 22	
DOCETAXEL.....	22	
see docetaxel.....	21, 22	
dofetilide	30	
donepezil hydrochloride..	35	
DOPTLET.....	62	
dorzolamide hcl.....	69	
dorzolamide hcl-timolol		
maleate ophth soln 2-		
0.5%.....	69	
dotti.....	55	
DOVATO TAB 50-300MG		
.....	16	
doxazosin mesylate	28	
doxepin hcl	36	
doxepin hcl (sleep).....	45	
DOXIL		
see doxorubicin hcl		
liposomal	21	
doxorubicin hcl.....	21	
DOXORUBICIN HCL		
see doxorubicin hcl	21	
doxorubicin hcl liposomal	21	
doxy 100	19	
doxycycline (monohydrate)		
.....	19	
doxycycline hyclate.....	19	
DRIZALMA SPRINKLE ...	36	
dronabinol.....	58	
drospirenone-ethinyl		
estradiol tab 3-0.02 mg	53	
drospirenone-ethinyl		
estradiol tab 3-0.03 mg	53	
DROXIA.....	62	
droxidopa.....	34	
DULERA AER 100-5MCG		
.....	73	
DULERA AER 200-5MCG		
.....	73	
DULERA AER 50-5MCG	73	
duloxetine hcl.....	36	
DUPIXENT	63	
dutasteride.....	60	
dutasteride-tamsulosin hcl		
cap 0.5-0.4 mg	60	
E		
e.e.s. 400.....	18	
EC-NAPROSYN		
see naproxen	10	
see naproxen dr	10	
econazole nitrate	74	
EDURANT	15	
efavirenz.....	15	
efavirenz-emtricitabine-		
tenofovir df tab 600-200-		
300 mg.....	16	
efavirenz-lamivudine-		
tenofovir df tab 400-300-		
300 mg.....	16	
efavirenz-lamivudine-		
tenofovir df tab 600-300-		
300 mg.....	16	
EFFEXOR XR		
see venlafaxine hcl.....	37	
EFFIENT		
see prasugrel hcl.....	62	
EFUDEX		
see fluorouracil (topical)		
.....	76	
ELIDEL		
see pimecrolimus	76	
ELIGARD.....	20	
elinest.....	53	
ELIQUIS	61	
ELIQUIS STARTER PACK		
.....	61	
eluryng.....	53	
EMEND		
see aprepitant	58	
EMGALITY	46	
EMSAM	36	
emtricitabine	15	
emtricitabine-tenofovir		
disoproxil fumarate tab		
100-150 mg.....	16	
emtricitabine-tenofovir		
disoproxil fumarate tab		
133-200 mg.....	16	
emtricitabine-tenofovir		
disoproxil fumarate tab		
167-250 mg.....	16	
emtricitabine-tenofovir		
disoproxil fumarate tab		
200-300 mg.....	16	
EMTRIVA.....	15	
see emtricitabine	15	
EMVERM.....	13	
emzahn.....	53	
enalapril maleate	28	
enalapril maleate &		
hydrochlorothiazide tab		
10-25 mg.....	28	
enalapril maleate &		
hydrochlorothiazide tab		
5-12.5 mg.....	28	
ENBREL	63	
ENBREL MINI.....	63	
ENBREL SURECLICK...63		
ENDARI		
see l-glutamine (sickle		
cell).....	62	
endocet tab 10-325mg....	11	
endocet tab 2.5-325mg...11		
endocet tab 5-325mg.....11		
endocet tab 7.5-325mg...11		
ENGERIX-B.....	65	
enilloring	53	
enoxaparin sodium	61	
enpresse-28.....	53	
enskyce	53	
ENSTILAR AER.....	74	
entacapone.....	37	
entecavir	17	
ENTRESTO CAP 15-16MG		
.....	29	
ENTRESTO CAP 6-6MG	29	
ENTRESTO TAB 24-26MG		
.....	29	

ENTRESTO TAB 49-51MG.....29	<i>erythromycin ethylsuccinate</i>.....18	see <i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-320 mg</i> .....29
ENTRESTO TAB 97-103MG .....29	<i>erythromycin lactobionate</i>.....18	see <i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-160 mg</i> .....29
<i>enulose</i> .....59	ESBRIET see <i>pirfenidone</i>.....71, 72	see <i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-320 mg</i> .....29
EPCLUSA PAK 150-37.517	<i>escitalopram oxalate</i>.....36	
EPCLUSA PAK 200-50MG.....17	<i>esomeprazole magnesium</i>.....60	
EPCLUSA TAB 200-50MG.....17	<i>estarylla</i> .....53	EXJADE see <i>deferasirox</i>.....52
EPCLUSA TAB 400-100.17	ESTRACE see <i>estradiol</i>.....55	EYSUVIS .....69
EPIDIOLEX.....41	see <i>estradiol vaginal</i> ...55	<i>ezetimibe</i> .....31
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> .....34, 71	<i>estradiol</i>.....55	<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-10 mg</i>.....31
EPIPEN 2-PAK see <i>epinephrine (anaphylaxis)</i>.....71	<i>estradiol & norethindrone acetate tab 0.5-0.1 mg</i> 55	<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-20 mg</i>.....31
EPIPEN-JR 2-PAK see <i>epinephrine (anaphylaxis)</i>.....71	<i>estradiol & norethindrone acetate tab 1-0.5 mg</i> ...55	<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-40 mg</i>.....31
<i>epitol</i>.....41	<i>estradiol vaginal</i>.....55	<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-80 mg</i>.....31
EPIVIR see <i>lamivudine</i> .....15	<i>estradiol valerate</i> .....55	F
<i>eplerenone</i>.....28	<i>ethambutol hcl</i> .....16	FABRAZYME .....56
EPRONTIA .....41	<i>ethosuximide</i>.....41	<i>falmina</i> .....53
EPZICOM see <i>abacavir sulfate-lamivudine tab 600-300 mg</i> .....16	<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-35 mcg</i>.....53	<i>famciclovir</i>.....17
<i>ergotamine w/ caffeine tab 1-100 mg</i>.....46	<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-50 mcg</i>.....53	<i>famotidine</i> .....58
ERIVEDGE .....23	<i>etodolac</i>.....10	<i>famotidine in nacl 0.9% iv soln 20 mg/50ml</i>.....58
ERLEADA.....20	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol va ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>.....53	FANAPT .....38
<i>erlotinib hcl</i> .....23	<i>etoposide</i> .....22	FANAPT PAK .....38
<i>errin</i> .....53	<i>etravirine</i>.....15	FARESTON see <i>toremifene citrate</i> ..21
<i>ertapenem sodium</i>.....13	EULEXIN .....20	FARXIGA .....49
<i>ery</i>.....73	<i>euthyrox</i>.....57	FASENRA.....71
ERYGEL see <i>erythromycin (acne aid)</i> .....73	<i>everolimus</i> .....23	FASENRA PEN .....71
<i>ery-tab</i> .....18	<i>everolimus (immunosuppressant)</i> .65	FASLODEX see <i>fulvestrant</i>.....21
ERYTHROCIN LACTOBIONATE .....18	EVISTA see <i>raloxifene hcl</i> .....57	<i>felbamate</i>.....41
see <i>erythromycin lactobionate</i> .....18	EVOTAZ TAB 300-150 ...16	FELBATOL see <i>felbamate</i>.....41
<i>erythromycin (acne aid)</i> ..73	EXELON see <i>rivastigmine</i> .....35	<i>felodipine</i> .....33
<i>erythromycin (ophth)</i>.....68	<i>exemestane</i> .....20	FEMARA see <i>letrozole</i>.....21
<i>erythromycin base</i> .....18	EXFORGE see <i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-160 mg</i> .....29	<i>fenofibrate</i>.....31
		<i>fenofibrate micronized</i> ...31
		<i>fantanyl</i>.....10
		<i>fantanyl citrate</i> .....11
		FETZIMA .....36

FETZIMA CAP TITRATIO		GASTROCROM
.....36	<i>fluticasone-salmeterol aer</i>	see <i>cromolyn sodium</i>
FIASP.....51	<i>powder ba 250-50</i>	<i>(mastocytosis)</i> .....59
FIASP FLEXTOUCH.....51	<i>mcg/act</i> .....73	<i>gatifloxacin (ophth)</i> .....68
FIASP PENFILL.....51	<i>fluticasone-salmeterol aer</i>	GATTEX .....59
FIASP PUMPCART .....51	<i>powder ba 500-50</i>	GAUZE PADS 2.....51
<i>finasteride</i> .....60	<i>mcg/act</i> .....73	<i>gavilyte-c</i>.....59
<i> fingolimod hcl</i>.....47	<i>fluvoxamine maleate</i>.....35	<i>gavilyte-g</i> .....59
FINTEPLA .....41	FML LIQUIFILM	<i>gavilyte-n/ flavor pack</i> .....59
FIRAZYR	see <i>fluorometholone</i>	GAVRETO .....23
see <i>icatibant acetate</i> ...62	<i>(ophth)</i> .....68	<i>gefitinib</i> .....23
see <i>sajazir</i>.....62	FOCALIN	<i>gemcitabine hcl</i>.....20
FIRMAGON .....20, 21	see <i>dexmethylphenidate</i>	GEMCITABINE
<i>flac</i>.....69	<i>hcl</i>.....45	HYDROCHLORIDE
FLAREX.....68	<i>fondaparinux sodium</i> .....61	see <i>gemcitabine hcl</i> ....20
FLEBOGAMMA DIF.....64	FOSAMAX	<i>gemfibrozil</i> .....31
<i>flecainide acetate</i>.....30	see <i>alendronate sodium</i>	<i>generlac</i>.....59
FLOMAX	.....52	<i>gengraf</i> .....65
see <i>tamsulosin hcl</i>.....60	<i>fosamprenavir calcium</i> ...15	GENOTROPIN.....56
<i>fluconazole</i> .....14	<i>fosinopril sodium</i>.....28	GENOTROPIN MINIQUICK
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj</i>	<i>fosinopril sodium &</i>	.....56
200 mg/100ml .....14	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	<i>gentamicin in saline inj 0.8</i>
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj</i>	10-12.5 mg.....28	mg/ml .....13
400 mg/200ml .....14	<i>fosinopril sodium &</i>	<i>gentamicin in saline inj 1</i>
<i>flucytosine</i>.....14	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	mg/ml .....13
<i>fludrocortisone acetate</i> ...55	20-12.5 mg.....28	<i>gentamicin in saline inj 1.2</i>
<i>flunisolide (nasal)</i>.....72	FOTIVDA .....23	mg/ml .....13
<i>fluocinolone acetamide</i> ...75	FRUZAQLA.....23	<i>gentamicin in saline inj 1.6</i>
<i>fluocinolone acetamide</i>	FULPHILA .....61	mg/ml .....13
<i>(otic)</i>.....69	<i>fulvestrant</i>.....21	<i>gentamicin in saline inj 2</i>
<i>fluocinonide</i> .....75	<i>furosemide</i>.....33	mg/ml .....13
<i>fluocinonide emulsified</i>	<i>furosemide inj</i> .....33	<i>gentamicin sulfate</i>.....13
base .....75	FUZEON.....15	<i>gentamicin sulfate (ophth)</i>
<i>fluorometholone (ophth)</i> ..68	<i>fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg</i>	.....68
<i>fluorouracil</i> .....20	.....55	<i>gentamicin sulfate (topical)</i>
<i>fluorouracil (topical)</i> .....76	<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i>....55	.....74
<i>fluoxetine hcl</i>.....36	FYCOMPA .....41	GENVOYA TAB.....16
<i>fluphenazine decanoate</i> ..38	G	GEODON
<i>fluphenazine hcl</i>.....38	<i>gabapentin</i>.....41, 42	see <i>ziprasidone hcl</i> ....40
<i>flurbiprofen</i>.....10	<i>galantamine hydrobromide</i>	see <i>ziprasidone mesylate</i>
<i>flurbiprofen sodium</i> .....68	.....35	.....40
<i>fluticasone propionate</i>....75	GAMASTAN INJ .....64	GILENYA
<i>fluticasone propionate</i>	GAMMAGARD LIQUID ...64	see <i> fingolimod hcl</i> .....47
<i>(nasal)</i>.....72	GAMMAGARD S/D IGA	GILOTRIF .....23
<i>fluticasone-salmeterol aer</i>	LESS TH .....64	<i>glatiramer acetate</i> .....47
<i>powder ba 100-50</i>	GAMMAKED.....64	<i>glatopa</i>.....47
<i>mcg/act</i> .....73	GAMMAPLEX .....64	GLEEVEC
	GAMUNEX-C.....64	see <i> imatinib mesylate</i> ..23
	<i>ganciclovir sodium</i> .....17	GLEOSTINE .....20
	GARDASIL 9 INJ .....65	

<i>glimepiride</i>	49	HARVONI TAB 45-200MG	.....17	<i>hydrocodone-ibuprofen tab</i>	7.5-200 mg.....11
<i>glipizide</i>	49	HARVONI TAB 90-400MG	.....17	<i>hydrocortisone</i>	55
<i>glipizide xl</i>	49	HAVRIX	65	<i>hydrocortisone (intrarectal)</i>	.....59
<i>glipizide-metformin hcl tab</i>		<i>heather</i>	53	<i>hydrocortisone (rectal)</i>	76
2.5-250 mg.....	49	HEP SOD/NACL INJ		<i>hydrocortisone (topical)</i> ..	75
<i>glipizide-metformin hcl tab</i>		25000UNT.....	61	<i>hydrocortisone valerate</i> ..	75
2.5-500 mg.....	49	<i>heparin sodium (porcine)</i>	61	<i>hydromorphone hcl</i>	11
<i>glipizide-metformin hcl tab</i>		HEPLISAV-B.....	65	<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	.....64
5-500 mg.....	49	HERCEP HYLEC SOL 60-		<i>hydroxyurea</i>	21
GLUCOTROL XL		10000	23	<i>hydroxyzine hcl</i>	70
see <i>glipizide</i>	49	HERCEPTIN	23	<i>hydroxyzine pamoate</i>	70
see <i>glipizide xl</i>	49	HERZUMA	23	HYZAAR	
<i>glycopyrrolate</i>	58	HETLIOZ		see <i>losartan potassium &</i>	
<i>glydo</i>	76	see <i>tasimelteon</i>	45	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
GLYXAMBI TAB 10-5 MG		HIBERIX	65	100-12.5 mg	29
.....	49	HIPREX		see <i>losartan potassium &</i>	
GLYXAMBI TAB 25-5 MG		see <i>methenamine</i>		<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
.....	49	<i>hippurate</i>	13	100-25 mg	29
GOLYTELY		HUMIRA	63	see <i>losartan potassium &</i>	
see <i>gavilyte-g</i>	59	HUMIRA PEN	63	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
see <i>peg 3350-kcl-na</i>		HUMIRA PEN KIT PS/UV		100-25 mg	29
<i>bicarb-nacl-na sulfate</i>		.....	63	see <i>losartan potassium &</i>	
<i>for soln 236 gm</i>	59	HUMIRA PEN-CD/UC/HS		<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>granisetron hcl</i>	58	START	63	50-12.5 mg	29
<i>griseofulvin microsize</i>	14	HUMIRA PEN-PEDIATRIC			
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>		UC S	63	I	
.....	14	HUMULIN R U-500		<i>ibandronate sodium</i>	52
<i>guanfacine hcl</i>	34	(CONCENTR.....	51	IBRANCE.....	23
<i>guanfacine hcl (adhd)</i>	45	HUMULIN R U-500		<i>ibu</i>	10
H		KWIKPEN.....	51	<i>ibuprofen</i>	10
HAEGARDA	62	<i>hydralazine hcl</i>	34	<i>icatibant acetate</i>	62
<i>hailey 1.5/30</i>	53	HYDREA		<i>iclevia</i>	53
HALDOL DECANOATE		see <i>hydroxyurea</i>	21	ICLUSIG	23
100		<i>hydrochlorothiazide</i>	33	IDACIO (2 PEN).....	63
see <i>haloperidol</i>		<i>hydrocodone bitartrate</i>	10	IDACIO (2 SYRINGE).....	63
<i>decanoate</i>	39	<i>hydrocodone-</i>		IDACIO CROHN INJ	
HALDOL DECANOATE 50		<i>acetaminophen soln 7.5-</i>		DISEASE.....	63
see <i>haloperidol</i>		325 mg/15ml	11	IDACIO PLAQU INJ	
<i>decanoate</i>	38	<i>hydrocodone-</i>		PSORIASIS.....	63
<i>halobetasol propionate</i> ...	75	<i>acetaminophen tab 10-</i>		IDHIFA.....	23
<i>haloette</i>	53	325 mg.....	11	<i>imatinib mesylate</i>	23
<i>haloperidol</i>	38	<i>hydrocodone-</i>		IMBRUVICA.....	23
<i>haloperidol decanoate</i> ...	38,	<i>acetaminophen tab 5-</i>		<i>imipenem-cilastatin</i>	
39		325 mg.....	11	<i>intravenous for soln 250</i>	
<i>haloperidol lactate</i>	39	<i>hydrocodone-</i>		mg.....	13
HARVONI PAK 33.75-		<i>acetaminophen tab 7.5-</i>		<i>imipenem-cilastatin</i>	
150MG	17	325 mg.....	11	<i>intravenous for soln 500</i>	
HARVONI PAK 45-200MG		<i>hydrocodone-</i>		mg.....	13
.....	17	<i>acetaminophen tab 7.5-</i>		<i>imipramine hcl</i>	36
		325 mg.....	11	<i>imiquimod</i>	76

<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.2% inj</i>.....66	KISQALI 600 PAK FEMARA.....24	<i>lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg</i>.....16
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>.....66	KITABIS PAK see <i>tobramycin</i>.....13	<i>lamotrigine</i>.....42
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj</i>.....66	KLARON see <i>sulfacetamide sodium (acne)</i>.....74	LANOXIN see <i>digoxin</i>.....34
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj</i>.....66	<i>klayesta</i>.....74	<i>lanreotide acetate</i>.....56
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj</i>.....66	KLONOPIN see <i>clonazepam</i>.....41	<i>lansoprazole</i>.....60
<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>.....66	<i>klor-con</i>.....67	<i>lapatinib ditosylate</i>.....24
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>.....66	<i>klor-con 10</i>.....67	<i>larin 1.5/30</i>.....53
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj</i>.....66	<i>klor-con 8</i>.....67	<i>larin 1/20</i>.....53
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj</i>.....66	<i>klor-con m10</i>.....67	<i>larin fe 1.5/30</i>.....53
KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9%.....66	<i>klor-con m15</i>.....67	<i>larin fe 1/20</i>.....53
<i>kelnor 1/35</i>.....53	<i>klor-con m20</i>.....67	LASIX see <i>furosemide</i>.....33
<i>kelnor 1/50</i>.....53	KORLYM see <i>mifepristone (hyperglycemia)</i>.....56	<i>latanoprost</i>.....69
KEPPRA see <i>levetiracetam</i>.....42	KOSELUGO.....24	LATUDA see <i>lurasidone hcl</i>.....39
KEPPRA XR see <i>levetiracetam</i>.....42	<i>kourzeq</i>.....77	<i>leena</i>.....53
KERENDIA.....28	KRAZATI.....24	<i>leflunomide</i>.....64
KESIMPTA.....47	K-TAB see <i>potassium chloride</i>.....67	<i>lenalidomide</i>.....21
<i>ketoconazole</i>.....14	<i>kurvelo</i>.....53	LENVIMA 10 MG DAILY DOSE.....24
<i>ketoconazole (topical)</i>.....74	KUVAN see <i>javygtor</i>.....56	LENVIMA 12MG DAILY DOSE.....24
<i>ketorolac tromethamine (ophth)</i>.....68	see <i>sapropterin dihydrochloride</i>.....57	LENVIMA 20 MG DAILY DOSE.....24
KEYTRUDA.....23	L	LENVIMA 4 MG DAILY DOSE.....24
KINRIX INJ.....65	<i>labetalol hcl</i>.....32	LENVIMA 8 MG DAILY DOSE.....24
<i>kionex</i>.....52	<i>lacosamide</i>.....42	LENVIMA CAP 14 MG...24
KISQALI 200 DOSE.....24	<i>lacosamide oral</i>.....42	LENVIMA CAP 18 MG...24
KISQALI 200 PAK FEMARA.....24	<i>lactated ringer's solution</i>.....67	LENVIMA CAP 24 MG...24
KISQALI 400 DOSE.....24	<i>lactic acid (ammonium lactate)</i>.....76	<i>lessina</i>.....53
KISQALI 400 PAK FEMARA.....24	<i>lactulose</i>.....59	LETAIRIS see <i>ambrisentan</i>.....34
KISQALI 600 DOSE.....24	<i>lactulose (encephalopathy)</i>.....59	<i>letrozole</i>.....21
	LAMICTAL see <i>lamotrigine</i>.....42	<i>leucovorin calcium</i>.....27
	see <i>subvenite</i>.....43	<i>leuprolide acetate</i>.....21
	LAMICTAL CHEWABLE DISPERS see <i>lamotrigine</i>.....42	<i>levalbuterol tartrate</i>.....71
	LAMICTAL XR see <i>lamotrigine</i>.....42	<i>levetiracetam</i>.....42
	<i>lamivudine</i>.....15	LEVETIRACETAM see <i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1000 mg/100ml</i>.....42
	<i>lamivudine (hbv)</i>.....17	see <i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1500 mg/100ml</i>.....42

see <i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 500 mg/100ml</i>.....42	see <i>mesalamine</i>.....59	LONSURF TAB 15-6.14 .20
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1000 mg/100ml</i>.....42	LIBERVANT.....42	LONSURF TAB 20-8.19 .20
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1500 mg/100ml</i>.....42	<i>lidocaine</i>.....76	<i>loperamide hcl</i>.....59
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 500 mg/100ml</i>.....42	<i>lidocaine hcl</i>.....76	LOPID
<i>levobunolol hcl</i>.....69	<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i>.....10	see <i>gemfibrozil</i>.....31
<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i>.....56	<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i>.....77	<i>lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80-20 mg/ml)</i>.....16
<i>levocetirizine dihydrochloride</i>.....70	<i>lidocaine-prilocaine cream 2.5-2.5%</i>.....76	<i>lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg</i>.....16
<i>levofloxacin</i>.....18	<i>lidocan</i>.....76	<i>lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg</i>.....16
<i>levofloxacin in d5w iv soln 250 mg/50ml</i>.....18	LIDODERM	LOPRESSOR
<i>levofloxacin in d5w iv soln 500 mg/100ml</i>.....18	see <i>lidocaine</i>.....76	see <i>metoprolol tartrate</i> 32
<i>levofloxacin in d5w iv soln 750 mg/150ml</i>.....18	see <i>lidocan</i>.....76	<i>lorazepam</i>.....35
<i>levonest</i>.....53	see <i>tridacaine ii</i>.....76	<i>lorazepam intensol</i>.....35
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol (91-day) tab 0.15-0.03 mg</i>.....53	LILETTA.....53	LORBRENA.....24
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.1 mg-20 mcg</i>.....53	<i>linezolid</i>.....13	<i>loryna</i>.....53
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg</i>.....53	LINEZOLID INJ 2MG/ML 13	<i>losartan potassium</i>.....30
<i>levonorgestrel-eth estra tab 0.05-30/0.075-40/0.125-30mg-mcg</i>.....53	LINZESS.....59	<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg</i>.....29
<i>levora 0.15/30-28</i>.....53	<i>liothyronine sodium</i>.....57	<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>.....29
<i>levo-t</i>.....57	LIPITOR	<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 50-12.5 mg</i>.....29
<i>levothyroxine sodium</i>.....57	see <i>atorvastatin calcium</i>.....31	LOTEMAX.....68
<i>levoxyl</i>.....57	<i>lisinopril</i>.....28	LOTENSIN
LEXAPRO	<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>.....28	see <i>benazepril hcl</i>.....28
see <i>escitalopram oxalate</i>.....36	<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>.....28	LOTENSIN HCT
LEXIVA	<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>.....28	see <i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>.....27
see <i>fosamprenavir calcium</i>.....15	<i>lithium</i>.....47	see <i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>.....27
<i>l-glutamine (sickle cell)</i> ...62	<i>lithium carbonate</i>.....47	see <i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>.....27
LIALDA	LITHOBID	<i>loteprednol etabonate</i>.....69
	see <i>lithium carbonate</i> ..47	LOTREL
	LIVTENCITY.....17	see <i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-20 mg</i>.....27
	LODINE	see <i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-40 mg</i>.....27
	see <i>etodolac</i>.....10	
	<i>loestrin 1.5/30-21</i>.....53	
	<i>loestrin 1/20-21</i>.....53	
	<i>loestrin fe 1.5/30</i>.....53	
	<i>loestrin fe 1/20</i>.....53	
	LOKELMA.....52	
	LOMOTIL	
	see <i>diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-0.025 mg</i>.....59	

see <i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-10 mg</i>.....27	MACRODANTIN see <i>nitrofurantoin macrocrystal</i>.....13	see <i>methylprednisolone</i>.....55
see <i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-20 mg</i>.....27	<i>magnesium sulfate</i>.....67	MEDROL DOSEPAK see <i>methylprednisolone</i>.....55
LOTRONEX see <i>alosetron hcl</i>.....59	MAGNESIUM SULFATE 67 see <i>magnesium sulfate</i>.....67	<i>medroxyprogesterone acetate</i>.....57
<i>lovastatin</i>.....31	MAGNESIUM SULFATE IN D5W see <i>magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1 gm/100ml</i>.....67	<i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive)</i> 54
LOVAZA see <i>omega-3-acid ethyl esters cap 1 gm</i>.....32	<i>magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1 gm/100ml</i>.....67	<i>mefloquine hcl</i>.....14
LOVENOX see <i>enoxaparin sodium</i>.....61	MALARONE see <i>atovaquone-proguanil hcl tab 250-100 mg</i>.....14	<i>megestrol acetate</i>.....21, 57
<i>low-ogestrel</i>.....53	see <i>atovaquone-proguanil hcl tab 62.5-25 mg</i>.....14	<i>megestrol acetate (appetite)</i>.....57
<i>loxapine succinate</i>.....39	<i>malathion</i>.....76	MEKINIST.....24
LUMAKRAS.....24	<i>maraviroc</i>.....15	MEKTOVI.....24
LUMIGAN.....69	MARINOL see <i>dronabinol</i>.....58	<i>meloxicam</i>.....10
LUMIZYME.....56	<i>marlissa</i>.....54	<i>memantine hcl</i>.....35
LUPRON DEPOT (1-MONTH).....21	MARPLAN.....36	MENACTRA INJ.....65
LUPRON DEPOT (3-MONTH).....21	MATULANE.....21	MENQUADFI INJ.....65
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH).....56	MAVYRET PAK 50-20MG.....17	MENVEO INJ.....65
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH).....56	MAVYRET TAB 100-40MG.....17	MENVEO SOL.....65
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH).....56	MAXALT see <i>rizatriptan benzoate</i>.....46	MEPRON see <i>atovaquone</i>.....12
<i>lurasidone hcl</i>.....39	MAXALT-MLT see <i>rizatriptan benzoate</i>.....46	<i>mercaptopurine</i>.....20
<i>lutera</i>.....53	MAXITROL see <i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth oint 0.1%</i>.....68	<i>meropenem</i>.....13
<i>lyleq</i>.....53	see <i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth susp 0.1%</i>.....68	<i>mesalamine</i>.....59
<i>lyllana</i>.....55	<i>meclizine hcl</i>.....58	<i>mesalamine w/ cleanser</i> .59
LYNPARZA.....24	MEDROL see <i>methylprednisolone</i>.....55	MESNEX.....27
LYRICA see <i>pregabalin</i>.....43		MESTINON see <i>pyridostigmine bromide</i>.....47
LYSODREN.....21		<i>metformin hcl</i>.....49, 50
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE).....24		<i>methadone hcl</i>.....10, 11
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE).....24		<i>methadone hydrochloride i</i>.....11
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE).....24		METHADOSE see <i>methadone hydrochloride i</i>.....11
<i>lyza</i>.....53		<i>methazolamide</i>.....33
M		<i>methenamine hippurate</i> ..13
MACROBID see <i>nitrofurantoin monohyd macro</i>.....13		<i>methimazole</i>.....57
		<i>methotrexate sodium 20, 64</i>
		<i>methsuximide</i>.....42
		METHYLIN see <i>methylphenidate hcl</i>.....45
		<i>methylphenidate hcl</i>.....45
		<i>methylprednisolone</i>.....55

<i>methylprednisolone acetate</i>.....55	<i>minoxidil</i>.....34	<i>naloxone hcl</i>.....48
<i>methylprednisolone sod</i> <i>succ</i>.....55	<i>mirtazapine</i>.....36	<i>naltrexone hcl</i>.....48
<i>methyltestosterone</i>.....48	<i>misoprostol</i>.....59	NAMENDA XR see <i>memantine hcl</i>.....35
<i>metoclopramide hcl</i>.....58	MITIGARE.....10 see <i>colchicine</i>.....10	NAMZARIC CAP 14-10MG.....35
<i>metolazone</i>.....33	M-M-R II INJ.....65	NAMZARIC CAP 21-10MG.....35
<i>metoprolol &</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 100-25 mg.....32	M-NATAL PLUS TAB.....67	NAMZARIC CAP 28-10MG.....35
<i>metoprolol &</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 100-50 mg.....32	<i>modafinil</i>.....48	NAMZARIC CAP 7-10MG.....35
<i>metoprolol &</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 50-25 mg.....32	<i>moexipril hcl</i>.....28	NAMZARIC CAP PACK..35
<i>metoprolol succinate</i>.....32	<i>molindone hcl</i>.....39	NAPROSYN see <i>naproxen</i>.....10
<i>metoprolol tartrate</i>.....32	<i>mometasone furoate</i>.....75	<i>naproxen</i>.....10
METROCREAM see <i>metronidazole</i> (topical).....76	MONJUVI.....24	<i>naproxen dr</i>.....10
METROLOTION see <i>metronidazole</i> (topical).....76	<i>mono-lynyah</i>.....54	<i>naproxen sodium</i>.....10
<i>metronidazole</i>.....13	<i>montelukast sodium</i>.....71	<i>naratriptan hcl</i>.....46
METRONIDAZOLE see <i>metronidazole</i>.....13	<i>morphine sulfate</i>.....11, 12	NARDIL see <i>phenelzine sulfate</i> 36
<i>metronidazole (topical)</i> ...76	MOUNJARO.....50	<i>nateglinide</i>.....50
<i>metronidazole vaginal</i>....61	MOVANTIK.....60	NAYZILAM.....42
<i>metyrosine</i>.....34	<i>moxifloxacin hcl</i>.....18	<i>nebivolol hcl</i>.....32
<i>micafungin sodium</i>.....14	<i>moxifloxacin hcl (ophth)</i> ..68	NEBUPENT see <i>pentamidine</i> <i>isethionate inh</i>.....13
MICARDIS see <i>telmisartan</i>.....30	<i>moxifloxacin hcl 400</i> mg/250ml in sodium <i>chloride 0.8% inj</i>.....18	<i>necon 0.5/35-28</i>.....54
<i>microgestin 1.5/30</i>.....54	MRESVIA.....65	<i>nefazodone hcl</i>.....36
<i>microgestin 1/20</i>.....54	MS CONTIN see <i>morphine sulfate</i> ...11	<i>neomycin sulfate</i>.....13
<i>microgestin fe 1.5/30</i>.....54	MULTAQ.....30	<i>neomycin-bacitrac zn-</i> <i>polymyx 5(3.5)mg-</i> <i>400unt-10000unt op oin</i>.....68
<i>microgestin fe 1/20</i>.....54	<i>multiple electrolytes ph 5.5</i>.....67	<i>neomycin-polymy-gramicid</i> <i>op sol 1.75-10000-</i> <i>0.025mg-unt-mg/ml</i>.....68
<i>midodrine hcl</i>.....34	<i>multiple electrolytes ph 7.4</i>.....67	<i>neomycin-polymyxin-</i> <i>dexamethasone ophth</i> <i>oint 0.1%</i>.....68
MIEBO.....69	<i>mupirocin</i>.....74	<i>neomycin-polymyxin-</i> <i>dexamethasone ophth</i> <i>susp 0.1%</i>.....68
<i>mifepristone</i> (<i>hyperglycemia</i>).....56	MYCAMINE see <i>micafungin sodium</i> 14	<i>neomycin-polymyxin-hc</i> <i>ophth susp</i>.....68
MIGRANAL see <i>dihydroergotamine</i> <i>mesylate</i>.....46	MYCOBUTIN see <i>rifabutin</i>.....16	<i>neomycin-polymyxin-hc otic</i> <i>soln 1%</i>.....69
<i>mili</i>.....54	<i>mycophenolate mofetil</i>....65	
<i>mimvey</i>.....55	<i>mycophenolate sodium</i> ...65	
MINIVELLE see <i>lyllana</i>.....55	MYFORTIC see <i>mycophenolate</i> <i>sodium</i>.....65	
<i>minocycline hcl</i>.....19	MYRBETRIQ.....60	
	MYSOLINE see <i>primidone</i>.....43	
	N	
	<i>nabumetone</i>.....10	
	<i>nadolol</i>.....32	
	<i>nafcillin sodium</i>.....19	
	NAGLAZYME.....56	
	<i>nalbuphine hcl</i>.....12	

<i>neomycin-polymyxin-hc otic susp 3.5 mg/ml-10000 unit/ml-1%</i>.....69	<i>nizatidine</i> .....58	<i>see amlodipine besylate</i> .....33
<i>neo-polycin 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i> .....68	<i>nora-be</i> .....54	NORVIR.....15
<i>neo-polycin hc ophth oint 1%</i>.....68	<i>norelgestromin-ethinyl estradiol td ptwk 150-35 mcg/24hr</i>.....54	<i>see ritonavir</i>.....15
NEORAL	<i>norethindrone (contraceptive)</i> .....54	NOVOLIN INJ 70/30 .....51
<i>see cyclosporine modified (for microemulsion)</i> .....65	<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1 mg-20 mcg</i> .....54	NOVOLIN INJ 70/30 FP..51
<i>see gengraf</i> .....65	<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1.5 mg-30 mcg</i> .....54	NOVOLIN N.....51
NERLYNX.....24	<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1 mg-20 mcg</i> .....54	NOVOLIN N FLEXPEN...51
NEURONTIN	<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol-fe tab 1 mg-20 mcg</i> .....54	NOVOLIN R .....51
<i>see gabapentin</i>.....41, 42	<i>norethindrone acetate</i>.....57	NOVOLIN R FLEXPEN...51
<i>nevirapine</i> .....15	<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 0.5 mg-2.5 mcg</i>.....55	NOVOLOG.....51
NEXAVAR	<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 1 mg-5 mcg</i> .....55	NOVOLOG FLEXPEN ...51
<i>see sorafenib tosylate</i> .25	<i>norethindrone ac-ethinyl estrad-fe tab 1-20/1-30/1-35 mg-mcg</i>.....54	NOVOLOG MIX INJ 70/30 .....51
NEXIUM	<i>norgestimate & ethinyl estradiol tab 0.25 mg-35 mcg</i> .....54	NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN.....51
<i>see esomeprazole magnesium</i>.....60	<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-25/0.215-25/0.25-25 mg-mcg</i>.....54	NOVOLOG PENFILL .....51
NEXLETOL.....31	<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-35/0.215-35/0.25-35 mg-mcg</i>.....54	NOXAFIL
NEXLIZET TAB 180/10MG .....31	<i>norlyroc</i>.....54	<i>see posaconazole</i> .....14
NEXPLANON .....54	NORPACE	NUBEQA.....21
<i>niacin (antihyperlipidemic)</i> .....31	<i>see disopyramide phosphate</i>.....30	NUDEXTA CAP 20-10MG .....47
<i>nicardipine hcl</i>.....33	NORPRAMIN	NULOJIX.....65
NICOTROL INHALER.....48	<i>see desipramine hcl</i> ....36	NUPLAZID .....39
NICOTROL NS .....48	NORTHERA	NURTEC.....46
<i>nifedipine</i> .....33	<i>see droxidopa</i>.....34	NUTRILIPID.....67
<i>nikki</i> .....54	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i> .....54	NUVARING
NILANDRON	<i>nortrel 1/35 (21)</i> .....54	<i>see eluryng</i>.....53
<i>see nilutamide</i>.....21	<i>nortrel 1/35 (28)</i> .....54	<i>see enilloring</i>.....53
<i>nilutamide</i> .....21	<i>nortrel 7/7/7</i> .....54	<i>see etonogestrel-ethinyl estradiol va ring 0.12-0.015 mg/24hr</i> .....53
<i>nimodipine</i> .....33	<i>nortriptyline hcl</i>.....36	<i>see haloette</i>.....53
NINLARO.....24	NORVASC	NUVIGIL
<i>nitazoxanide</i> .....13	<i>see droxidopa</i>.....34	<i>see armodafinil</i>.....48
<i>nitisinone</i> .....56	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i> .....54	NUZYRA .....19
NITRO-BID .....34	<i>nortrel 1/35 (21)</i> .....54	<i>nyamyc</i> .....74
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> .....13	<i>nortrel 1/35 (28)</i> .....54	<i>nylia 1/35</i> .....54
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i> .....13	<i>nortrel 7/7/7</i> .....54	<i>nylia 7/7/7</i> .....54
<i>nitroglycerin</i> .....34	<i>nortriptyline hcl</i>.....36	<i>nymyo</i> .....54
<i>nitroglycerin (intra-anal)</i> ..76	NORVASC	<i>nystatin</i> .....14
NITROSTAT		NYSTATIN
<i>see nitroglycerin</i>.....34		<i>see nystatin (mouth-throat)</i>.....77
		<i>nystatin (mouth-throat)</i> ...77
		<i>nystatin (topical)</i>.....74
		<i>nystop</i>.....74
		O
		<i>ocella</i> .....54

OCTAGAM	64	OMNIPOD 5 G7 MIS PODS	.....51	<i>oxacillin sodium</i>	19
<i>octreotide acetate</i>	56, 57	INTRO	51	<i>oxaliplatin</i>	20
OCUFLOX		OMNIPOD DASH KIT		<i>oxcarbazepine</i>	42
see <i>ofloxacin (ophth)</i> ...	68	INTRO	51	<i>oxybutynin chloride</i>	61
ODEFSEY TAB.....	16	OMNIPOD DASH MIS		<i>oxycodone hcl</i>	12
ODOMZO	24	PODS.....	51	<i>oxycodone w/</i>	
OFEV	71	OMNIPOD GO KIT		<i>acetaminophen tab 10-</i>	
<i>ofloxacin (ophth)</i>	68	10UNT/DY.....	51	325 mg.....	12
<i>ofloxacin (otic)</i>	69	OMNIPOD GO KIT		<i>oxycodone w/</i>	
OGIVRI	24	15UNT/DY.....	52	<i>acetaminophen tab 2.5-</i>	
OGSIVEO	24, 25	OMNIPOD GO KIT		325 mg.....	12
OJEMDA.....	25	20UNT/DY.....	52	<i>oxycodone w/</i>	
OJJAARA	25	OMNIPOD GO KIT		<i>acetaminophen tab 5-325</i>	
<i>olanzapine</i>	39	25UNT/DY.....	52	mg.....	12
<i>olmesartan medoxomil</i>	30	OMNIPOD GO KIT		<i>oxycodone w/</i>	
<i>olmesartan medoxomil-</i>		30UNT/DY.....	52	<i>acetaminophen tab 7.5-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		OMNIPOD GO KIT		325 mg.....	12
20-12.5 mg.....	29	35UNT/DY.....	52	OZEMPIC (0.25 OR 0.5	
<i>olmesartan medoxomil-</i>		OMNIPOD GO KIT		MG/DOSE)	50
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		40UNT/DY.....	52	OZEMPIC (0.25 OR	
40-12.5 mg.....	29	OMNIPOD MIS CLASSIC		0.5MG/DOSE)	50
<i>olmesartan medoxomil-</i>		.....	52	OZEMPIC (1MG/DOSE) .	50
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		<i>ondansetron</i>	58	OZEMPIC (2MG/DOSE) .	50
40-25 mg.....	29	<i>ondansetron hcl</i>	58	P	
<i>olmesartan-amlodipine-</i>		ONFI		<i>pacerone</i>	30
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		see <i>clobazam</i>	40, 41	<i>paclitaxel</i>	22
20-5-12.5 mg.....	29	ONTRUZANT.....	25	<i>paliperidone</i>	39
<i>olmesartan-amlodipine-</i>		ONUREG	20	PAMELOR	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		ORFADIN		see <i>nortriptyline hcl</i>	36
40-10-12.5 mg.....	30	see <i>nitisinone</i>	56	<i>pamidronate disodium</i>	52
<i>olmesartan-amlodipine-</i>		ORGOVYX	21	PAMIDRONATE	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		ORKAMBI GRA 100-125	71	DISODIUM	52
40-10-25 mg.....	30	ORKAMBI GRA 150-188	71	PANRETIN.....	76
<i>olmesartan-amlodipine-</i>		ORKAMBI GRA 75-94MG		<i>pantoprazole sodium</i>	60
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		.....	71	PANZYGA.....	64
40-5-12.5 mg.....	29	ORKAMBI TAB 100-125	71	<i>paricalcitol</i>	58
<i>olmesartan-amlodipine-</i>		ORKAMBI TAB 200-125	71	PARLODEL	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		ORSERDU.....	21	see <i>bromocriptine</i>	
40-5-25 mg.....	29	ORTHO TRI-CYCLEN LO		<i>mesylate</i>	37
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>		see <i>norgestimate-eth</i>		PARNATE	
<i>cap 1 gm</i>	32	<i>estrad tab 0.18-</i>		see <i>tranylcypromine</i>	
<i>omeprazole</i>	60	25/0.215-25/0.25-25		<i>sulfate</i>	37
OMNIPOD 5 G6 KIT		mg-mcg.....	54	<i>paroxetine hcl</i>	36
INTRO	51	see <i>tri-lo-estarylla</i>	54	PAXIL	
OMNIPOD 5 G6 MIS PODS		see <i>tri-lo-marzia</i>	54	see <i>paroxetine hcl</i>	36
.....	51	see <i>tri-lo-mili</i>	54	PAXLOVID TAB 150-10017	
OMNIPOD 5 G7 KIT		see <i>tri-lo-sprintec</i>	54	PAXLOVID TAB 300-10017	
INTRO	51	see <i>tri-vylibra lo</i>	54	<i>pazopanib hcl</i>	25
		<i>oseltamivir phosphate</i>	17	PEDIAPRED	

see <i>prednisolone sodium phosphate</i>.....55	PERIDEX	PIQRAY 200MG DAILY
PEDIARIX INJ 0.5ML.....65	see <i>chlorhexidine gluconate (mouth-throat)</i>.....77	DOSE .....25
PEDVAX HIB .....65	see <i>perio gard</i>.....77	PIQRAY 250MG TAB
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl-na sulfate for soln 236 gm</i>.....59	<i>perindopril erbumine</i>.....28	DOSE .....25
<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln 420 gm</i>....59	<i>perio gard</i>.....77	PIQRAY 300MG DAILY
PEGASYS .....17	<i>permethrin</i> .....76	DOSE .....25
PEMAZYRE .....25	<i>perphenazine</i>.....39	<i>pirfenidone</i>.....71, 72
<i>pemetrexed disodium</i> .....20	<i>pfizerpen</i>.....19	<i>piroxicam</i> .....10
PENBRAYA INJ.....65	<i>phenelzine sulfate</i>.....36	PLAQUENIL
<i>penicillamine</i>.....52	PHENERGAN	see <i>hydroxychloroquine sulfate</i>.....64
<i>penicillin g potassium</i>.....19	see <i>promethazine hcl</i> ..58	PLASMA-LYTE A
<i>penicillin g sodium</i> .....19	<i>phenobarbital</i>.....42	see <i>multiple electrolytes ph 7.4</i>.....67
<i>penicillin v potassium</i>.....19	<i>phenobarbital sodium</i> ....43	PLAVIX
PENTACEL INJ .....65	<i>phenytek</i>.....43	see <i>clopidogrel bisulfate</i>
PENTAM 300	<i>phenytoin</i>.....43	.....62
see <i>pentamidine isethionate inj</i>.....13	<i>phenytoin sodium</i>.....43	<i>plenamine</i> .....67
<i>pentamidine isethionate inh</i> .....13	<i>phenytoin sodium extended</i> .....43	PLENVU SOL .....59
<i>pentamidine isethionate inj</i> .....13	PHESGO SOL .....25	<i>podofilox</i> .....76
<i>pentoxifylline</i>.....62	<i>philith</i> .....54	<i>polycin ophth oint</i>.....68
PEPCID	PIFELTRO .....15	<i>polymyxin b sulfate</i> .....13
see <i>famotidine</i>.....58	<i>pilocarpine hcl</i>.....69	<i>polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml-0.1%</i>.....68
PERCOCET	<i>pilocarpine hcl (oral)</i> .....77	POMALYST .....21
see <i>endocet tab 10-325mg</i> .....11	<i>pimecrolimus</i>.....76	<i>portia-28</i> .....54
see <i>endocet tab 2.5-325mg</i> .....11	<i>pimozide</i> .....39	<i>posaconazole</i>.....14
see <i>endocet tab 5-325mg</i> .....11	<i>pimtrea</i>.....54	POT CHL 20MEQ/L IN
see <i>endocet tab 7.5-325mg</i> .....11	<i>pindolol</i> .....32	NACL 0.45% INJ .....67
see <i>oxycodone w/ acetaminophen tab 10-325 mg</i> .....12	<i>pioglitazone hcl</i>.....50	POT CHL 20MEQ/L IN
see <i>oxycodone w/ acetaminophen tab 2.5-325 mg</i> .....12	<i>pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-500 mg</i> .....50	NACL 0.9% INJ .....67
see <i>oxycodone w/ acetaminophen tab 5-325 mg</i> .....12	<i>pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-850 mg</i> .....50	POT CHL 40MEQ/L IN
see <i>oxycodone w/ acetaminophen tab 7.5-325 mg</i> .....12	<i>piperacillin sod-tazobactam na for inj 3.375 gm (3-0.375 gm)</i>.....19	NACL 0.9% INJ .....67
	<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 13.5 gm (12-1.5 gm)</i>.....19	<i>potassium chloride</i>.....67
	<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 2.25 gm (2-0.25 gm)</i>.....19	POTASSIUM CHLORIDE
	<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 4.5 gm (4-0.5 gm)</i>.....19	see <i>potassium chloride</i> 67
	<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 40.5 gm (36-4.5 gm)</i>.....19	<i>potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% inj</i>.....67
		<i>potassium chloride microencapsulated crystals er</i>.....67
		POTASSIUM
		CHLORIDE/SODIUM
		see <i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj</i> .....66
		see <i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj</i> .....66

see <i>kcl 40 meq/l (0.3%)</i> <i>in nacl 0.9% inj</i> .....66	see <i>imipenem-cilastatin</i> <i>intravenous for soln</i> 500 mg .....13	PROVERA see <i>medroxyprogesterone</i> <i>acetate</i>.....57
potassium citrate (alkalinizer).....60	primidone.....43	PROVIGIL see <i>modafinil</i>.....48
PRADAXA see <i>dabigatran etexilate</i> <i>mesylate</i>.....61	PRIORIX INJ.....65	PROZAC see <i>fluoxetine hcl</i> .....36
pramipexole <i>dihydrochloride</i>.....37	PRISTIQ see <i>desvenlafaxine</i> <i>succinate</i> .....36	PULMICORT see <i>budesonide</i> <i>(inhalation)</i>.....72
prasugrel hcl.....62	PRIVIGEN .....64	PULMOZYME .....72
pravastatin sodium.....31	probenecid.....10	PURIXAN.....20
praziquantel.....13	PROCARDIA XL see <i>nifedipine</i>.....33	pyrazinamide .....16
prazosin hcl .....28	prochlorperazine .....58	pyridostigmine bromide...47
PRED FORTE see <i>prednisolone acetate</i> <i>(ophth)</i>.....69	prochlorperazine edisylate .....58	pyrimethamine .....13
prednisolone .....55	prochlorperazine maleate .....58	Q
prednisolone acetate (ophth).....69	PROCRIT .....62	QINLOCK.....25
PREDNISOLONE SODIUM PHOSP .....69	proctocort.....76	QUADRACEL INJ .....66
prednisolone sodium <i>phosphate</i> .....55, 56	procto-med hc.....76	QUADRACEL INJ 0.5ML 66
prednisone.....56	proctosol hc .....76	QUALAQUIN see <i>quinine sulfate</i> .....15
PREDNISONE INTENSOL .....56	proctozone-hc.....76	QUESTRAN see <i>cholestyramine</i> .....31
pregabalin.....43	progesterone.....57	QUESTRAN LIGHT see <i>cholestyramine light</i> .....31
PREHEVBRIO .....65	PROGLYCEM see <i>diazoxide</i> .....56	see <i>prevalite</i>.....32
PREMASOL SOL 10% ...67	PROGRAF .....65	quetiapine fumarate .....39
PRENATAL TAB 27-1MG .....67	see <i>tacrolimus</i>.....65	quinapril hcl.....28
PRENATAL TAB PLUS ..67	PROLASTIN-C.....72	quinidine sulfate.....31
PREVACID see <i>lansoprazole</i>.....60	PROLENSA see <i>bromfenac sodium</i> <i>(ophth)</i>.....68	quinine sulfate.....15
prevalite.....32	PROLIA .....52	QULIPTA .....46
PREVYMIS .....17	promethazine hcl .....58	R
PREZCOBIX TAB 800-150 .....16	PROMETRIUM see <i>progesterone</i> .....57	RABAVERT INJ .....66
PREZISTA .....15	propafenone hcl.....31	raloxifene hcl.....57
see <i>darunavir</i> .....15	proparacaine hcl .....69	ramipril.....28
PRIFTIN.....16	propranolol hcl.....32	ranolazine .....34
primaquine phosphate ....15	propylthiouracil.....57	RAPAMUNE see <i>sirolimus</i> .....65
PRIMAQUINE PHOSPHATE .....15	PROQUAD INJ .....66	rasagiline mesylate .....38
see <i>primaquine</i> <i>phosphate</i>.....15	PROSCAR see <i>finasteride</i>.....60	RECLAST see <i>zoledronic acid</i> .....52
PRIMAXIN IV	PROSOL INJ 20% .....67	reclipsen .....54
	PROTONIX see <i>pantoprazole sodium</i> .....60	RECOMBIVAX HB.....66
	protriptyline hcl.....36	RECTIV see <i>nitroglycerin (intra-</i> <i>anal)</i>.....76
	PROVENTIL HFA see <i>albuterol sulfate</i> ....70	REGLAN

<i>see metoclopramide hcl</i>	<i>see risperidone</i>	<i>see octreotide acetate</i> 56,
.....58	<i>microspheres</i>.....40	57
REGRANEX .....76	<i>risperidone</i>.....40	SANTYL.....76
RELENZA DISKHALER..17	<i>risperidone microspheres</i> 40	SAPHRIS
RELISTOR.....60	RITALIN	<i>see asenapine maleate</i>
REMERON	<i>see methylphenidate hcl</i>	.....38
<i>see mirtazapine</i>.....36	.....45	<i>sapropterin dihydrochloride</i>
REMERON SOLTAB	<i>ritonavir</i>.....15	.....57
<i>see mirtazapine</i>.....36	<i>rivastigmine</i> .....35	SCEMBLIX.....25
REMICADE.....63	<i>rivastigmine tartrate</i> .....35	<i>scopolamine</i>.....58
RENFLEXIS.....63	<i>rizatriptan benzoate</i> .....46	SECUADO .....40
<i>repaglinide</i> .....50	ROBINUL	<i>selegiline hcl</i>.....38
REPATHA.....32	<i>see glycopyrrolate</i>.....58	<i>selenium sulfide</i>.....74
REPATHA PUSHTRONEX	ROBINUL FORTE	SELZENTRY.....15
SYSTEM .....32	<i>see glycopyrrolate</i>.....58	<i>see maraviroc</i>.....15
REPATHA SURECLICK .32	ROCALTROL	SENSIPAR
RESTASIS.....69	<i>see calcitriol</i> .....57	<i>see cinacalcet hcl</i>.....56
RESTASIS MULTIDOSE 69	<i>see calcitriol (oral)</i>.....58	SEREVENT DISKUS .....71
RESTORIL	ROCKLATAN DRO .....69	SEROQUEL
<i>see temazepam</i>....45, 46	<i>roflumilast</i> .....72	<i>see quetiapine fumarate</i>
RETEVMO .....25	<i>ropinirole hydrochloride</i> ..38	.....39
RETIN-A	<i>rosuvastatin calcium</i> .....31	SEROQUEL XR
<i>see tretinoin</i> .....74	ROTARIX SUS .....66	<i>see quetiapine fumarate</i>
RETROVIR	ROTATEQ SOL .....66	.....39
<i>see zidovudine</i> .....15	ROWASA	<i>sertraline hcl</i> .....37
REVATIO	<i>see mesalamine w/</i>	<i>setlakin</i> .....54
<i>see sildenafil citrate</i>	<i>cleanser</i>.....59	<i>sharobel</i>.....54
(<i>pulmonary</i>	<i>roweepra</i>.....43	SHINGRIX .....66
<i>hypertension</i>).....35	ROXICODONE	SIGNIFOR .....57
REXULTI .....39, 40	<i>see oxycodone hcl</i> .....12	<i>sildenafil citrate (pulmonary</i>
REYATAZ .....15	ROZLYTREK .....25	<i>hypertension)</i> .....35
<i>see atazanavir sulfate</i> .15	RUBRACA .....25	SILENOR
REZLIDHIA.....25	<i>rufinamide</i>.....43	<i>see doxepin hcl (sleep)</i>
REZUROCK .....65	RUKOBIA .....15	.....45
RHOPRESSA .....69	RYBELSUS .....50	SILVADENE
<i>ribavirin (hepatitis c)</i>.....17	RYDAPT .....25	<i>see silver sulfadiazine</i> .74
<i>rifabutin</i>.....16	S	<i>see ssd</i>.....74
RIFADIN	SABRIL	<i>silver sulfadiazine</i> .....74
<i>see rifampin</i> .....16	<i>see vigabatrin</i>.....44	SIMBRINZA SUS 1-0.2%69
<i>rifampin</i>.....16	<i>see vigadrone</i>.....44	<i>simliya</i>.....54
<i>riluzole</i> .....47	<i>see vigoder</i>.....44	<i>simvastatin</i>.....31
<i>rimantadine hydrochloride</i>	<i>sajazir</i> .....62	SINEMET
.....17	SALAGEN	<i>see carbidopa &</i>
RINVOQ .....63	<i>see pilocarpine hcl (oral)</i>	<i>levodopa tab 10-100</i>
RINVOQ LQ.....63	.....77	<i>mg</i> .....37
RISPERDAL	SANDIMMUNE	<i>see carbidopa &</i>
<i>see risperidone</i>.....40	<i>see cyclosporine</i> .....65	<i>levodopa tab 25-100</i>
RISPERDAL CONSTA	SANDOSTATIN	<i>mg</i> .....37

see <i>montelukast sodium</i>	STROMECTOL	SUSTIVA
.....71	see <i>ivermectin</i>.....13	see <i>efavirenz</i>.....15
<i>sirolimus</i> .....65	SUBOXONE	SUTENT
SIRTURO .....16	see <i>buprenorphine hcl-</i>	see <i>sunitinib malate</i> ....25
SKYRIZI.....63	<i>naloxone hcl sl film 12-</i>	<i>syeda</i>.....54
SKYRIZI PEN .....63	<i>3 mg (base equiv)</i>....48	SYMBICORT
<i>sod sulfate-pot sulf-mg sulf</i>	see <i>buprenorphine hcl-</i>	see <i>breyana</i> .....73
<i>oral sol 17.5-3.13-1.6</i>	<i>naloxone hcl sl film 2-</i>	see <i>budesonide-</i>
<i>gm/177ml</i> .....59	<i>0.5 mg (base equiv)</i> .48	<i>formoterol fumarate</i>
<i>sodium chloride</i>.....67	see <i>buprenorphine hcl-</i>	<i>dihyd aerosol 160-4.5</i>
<i>sodium chloride (gu</i>	<i>naloxone hcl sl film 4-1</i>	<i>mcg/act</i>.....73
<i>irrigant)</i>.....76	mg (base equiv).....48	see <i>budesonide-</i>
<i>sodium fluoride chew; tab;</i>	see <i>buprenorphine hcl-</i>	<i>formoterol fumarate</i>
1.1 (0.5 f) mg/ml soln ..67	<i>naloxone hcl sl film 8-2</i>	<i>dihyd aerosol 80-4.5</i>
SODIUM OXYBATE .....48	<i>mg (base equiv)</i>.....48	<i>mcg/act</i>.....73
<i>sodium phenylbutyrate</i> ...57	<i>subvenite</i> .....43	SYMDEKO TAB 100-15072
<i>sodium polystyrene</i>	<i>sucrafate</i> .....60	SYMDEKO TAB 50-75MG
<i>sulfonate powder</i>.....52	<i>sulfacetamide sodium</i>	.....72
<i>solifenacin succinate</i>.....61	(<i>acne</i>).....74	SYMFI
SOLQUA INJ 100/33 .....52	<i>sulfacetamide sodium</i>	see <i>efavirenz-</i>
SOLTAMOX.....21	(<i>ophth</i>).....68	<i>lamivudine-tenofovir df</i>
SOLU-CORTEF .....56	<i>sulfacetamide sodium-</i>	<i>tab 600-300-300 mg</i> 16
SOLU-MEDROL	<i>prednisolone ophth soln</i>	SYMFI LO
see <i>methylprednisolone</i>	10-0.23(0.25)% .....68	see <i>efavirenz-</i>
<i>sod succ</i> .....55	<i>sulfadiazine</i>.....13	<i>lamivudine-tenofovir df</i>
SOMATULINE DEPOT ...57	<i>sulfamethoxazole-</i>	<i>tab 400-300-300 mg</i> 16
SOMAVERT .....57	<i>trimethoprim iv soln 400-</i>	SYMPAZAN.....43
<i>sorafenib tosylate</i>.....25	80 mg/5ml .....13	SYMTUZA TAB.....16
<i>sotalol hcl</i>.....31	<i>sulfamethoxazole-</i>	SYNALAR
<i>sotalol hcl (afib/af)</i>.....31	<i>trimethoprim susp 200-40</i>	see <i>fluocinolone</i>
SOTYKTU.....63	<i>mg/5ml</i> .....13	<i>acetamide</i>.....75
<i>spironolactone</i> .....28	<i>sulfamethoxazole-</i>	SYNAREL .....57
<i>spironolactone &</i>	<i>trimethoprim tab 400-80</i>	SYNJARDY TAB 12.5-
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	<i>mg</i>.....13	1000MG .....50
25-25 mg.....33	<i>sulfamethoxazole-</i>	SYNJARDY TAB 12.5-500
SPORANOX	<i>trimethoprim tab 800-160</i>	.....50
see <i>itraconazole</i>.....14	<i>mg</i>.....13	SYNJARDY TAB 5-
<i>sprintec 28</i>.....54	SULFAMYLON .....74	1000MG .....50
SPRITAM.....43	<i>sulfasalazine</i>.....59	SYNJARDY TAB 5-500MG
SPRYCEL.....25	<i>sulindac</i> .....10	.....50
<i>sps</i>.....52	<i>sumatriptan</i>.....46	SYNJARDY XR TAB 10-
<i>sronyx</i>.....54	<i>sumatriptan succinate</i>....46	1000 .....50
<i>ssd</i>.....74	<i>sunitinib malate</i>.....25	SYNJARDY XR TAB 12.5-
STELARA .....63, 64	SUNLENCA .....15	1000 .....50
STIVARGA .....25	SUPREP BOWEL PREP	SYNJARDY XR TAB 25-
STRATTERA	KIT	1000 .....50
see <i>atomoxetine hcl</i>....45	see <i>sod sulfate-pot sulf-</i>	SYNJARDY XR TAB 5-
<i>streptomycin sulfate</i>.....13	<i>mg sulf oral sol 17.5-</i>	1000MG .....50
STRIBILD TAB.....16	3.13-1.6 gm/177ml...59	SYNTHROID.....57

see <i>euthyrox</i>	57	<i>temazepam</i>	45, 46	TOBRADEX OIN 0.3-0.1%	68
see <i>levo-t</i>	57	TENIVAC INJ 5-2LF	66	.....	68
see <i>levothyroxine sodium</i>	57	<i>tenofovir disoproxil</i>		<i>tobramycin</i>	13
.....	57	<i>fumarate</i>	15	<i>tobramycin (ophth)</i>	68
see <i>levoxyl</i>	57	TENORETIC 100		<i>tobramycin sulfate</i>	14
see <i>unithroid</i>	57	see <i>atenolol</i> &		<i>tobramycin-dexamethasone</i>	68
SYPRINE		<i>chlorthalidone tab 100-</i>		<i>ophth susp 0.3-0.1%</i> ...	68
see <i>trientine hcl</i>	52	<i>25 mg</i>	32	<i>tolterodine tartrate</i>	61
T		TENORETIC 50		TOPAMAX	
TABRECTA	25	see <i>atenolol</i> &		see <i>topiramate</i>	43
<i>tacrolimus</i>	65	<i>chlorthalidone tab 50-</i>		TOPAMAX SPRINKLE	
<i>tacrolimus (topical)</i>	76	<i>25 mg</i>	32	see <i>topiramate</i>	43
<i>tadalafil</i>	60	TENORMIN		<i>topiramate</i>	43
<i>tadalafil (pulmonary</i>		see <i>atenolol</i>	32	TOPROL XL	
<i>hypertension)</i>	35	TEPMETKO	26	see <i>metoprolol succinate</i>	
TAFINLAR	25	<i>terazosin hcl</i>	28	.....	32
TAGRISSO	25	<i>terbinafine hcl</i>	14	<i>toremifene citrate</i>	21
TALZENNA.....	26	<i>terbutaline sulfate</i>	71	<i>torpenz</i>	26
TAMIFLU		<i>terconazole vaginal</i>	61	<i>torse mide</i>	33
see <i>oseltamivir</i>		TERIPARATIDE.....	52	TOUJEO MAX SOLOSTAR	
<i>phosphate</i>	17	<i>testosterone</i>	48, 49	.....	52
<i>tamoxifen citrate</i>	21	<i>testosterone cypionate</i> ...	49	TOUJEO SOLOSTAR.....	52
<i>tamsulosin hcl</i>	60	<i>testosterone enanthate</i> ...	49	TPN ELECTROL INJ	67
TARCEVA		<i>tetrabenazine</i>	47	TRACLEER	
see <i>erlotinib hcl</i>	23	<i>tetracycline hcl</i>	19	see <i>bosentan</i>	34
TARGRETIN		THALOMID	21	TRADJENTA.....	50
see <i>bexarotene</i>	21	<i>theophylline</i>	72	<i>tramadol hcl</i>	12
see <i>bexarotene (topical)</i>		<i>thioridazine hcl</i>	40	<i>tramadol-acetaminophen</i>	
.....	76	<i>thiothixene</i>	40	<i>tab 37.5-325 mg</i>	12
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	54	<i>tiadylt er</i>	33	<i>trandolapril</i>	28
TASIGNA.....	26	<i>tiagabine hcl</i>	43	<i>tranexamic acid</i>	62
<i>tasimelteon</i>	45	TIAZAC		TRANSDERM-SCOP	
TAVNEOS	62	see <i>diltiazem hcl</i>		see <i>scopolamine</i>	58
<i>tazarotene</i>	74	<i>extended release</i>		<i>tranylcypropramine sulfate</i> ...	37
<i>tazicef</i>	18	<i>beads</i>	33	TRAVASOL INJ 10%	67
TAZORAC	74	see <i>tiadylt er</i>	33	TRAZIMERA	26
see <i>tazarotene</i>	74	TIBSOVO.....	26	<i>trazodone hcl</i>	37
TAZVERIK	26	TICOVAC.....	66	TRECTOR	16
TDVAX INJ 2-2 LF	66	<i>tigecycline</i>	19	TRELEGY AER ELLIPTA	
TECENTRIQ.....	26	TIKOSYN		100-62.5-25 MCG	70
TEFLARO	18	see <i>dofetilide</i>	30	TRELEGY AER ELLIPTA	
TEGRETOL		<i>tilia fe</i>	54	200-62.5-25 MCG	70
see <i>carbamazepine</i>	40	<i>timolol maleate</i>	32	TREMFYA.....	64
see <i>epitol</i>	41	<i>timolol maleate (ophth)</i> ...	69	<i>treprostinil</i>	35
TEGRETOL-XR		<i>tinidazole</i>	13	TRESIBA	52
see <i>carbamazepine</i>	40	TIVICAY.....	15	TRESIBA FLEXTOUCH..	52
TEKTURNA		TIVICAY PD.....	15	<i>tretinoin</i>	74
see <i>aliskiren fumarate</i> ..	34	<i>tizanidine hcl</i>	48	<i>tretinoin (chemotherapy)</i> ..	21
<i>telmisartan</i>	30	TOBI PODHALER.....	13		

<i>triamcinolone acetonide</i> (mouth).....77	TRIJARDY XR TAB ER 24HR 25-5-1000MG ....50	see <i>emtricitabine-</i> <i>tenofovir disoproxil</i> <i>fumarate tab 200-300</i> <i>mg</i> .....16
<i>triamcinolone acetonide</i> (topical) .....75	TRIJARDY XR TAB ER 24HR 5-2.5-1000MG ...50	TRUXIMA.....26
<i>triamterene &</i> <i>hydrochlorothiazide cap</i> 37.5-25 mg.....33	TRIKAFTA PAK 59.5MG 72	TUKYSA .....26
<i>triamterene &</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 37.5-25 mg.....33	TRIKAFTA PAK 75MG ...72	TURALIO .....26
<i>triamterene &</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 75-50 mg.....34	TRIKAFTA TAB 100-50- 75MG & 150MG .....72	<i>turqoz</i>.....54
TRIBENZOR see <i>olmesartan-</i> <i>amlodipine-</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 20-5-12.5 mg .....29	TRIKAFTA TAB 50-25- 37.5MG & 75MG .....72	<i>twice-daily clindamycin</i> <i>phosphate (topical)</i>.....74
see <i>olmesartan-</i> <i>amlodipine-</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 40-10-12.5 mg .....30	<i>tri-legest fe</i>.....54	TWINRIX INJ .....66
see <i>olmesartan-</i> <i>amlodipine-</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 40-10-25 mg .....30	TRILEPTAL see <i>oxcarbazepine</i> .....42	TYBOST .....15
see <i>olmesartan-</i> <i>amlodipine-</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 40-5-12.5 mg .....29	<i>tri-lyst</i>.....54	TYENNE .....64
see <i>olmesartan-</i> <i>amlodipine-</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 40-5-25 mg .....29	<i>tri-lo-estarylla</i> .....54	TYGACIL see <i>tigecycline</i>.....19
TRICOR see <i>fenofibrate</i> .....31	<i>tri-lo-marzia</i>.....54	TYKERB see <i>lapatinib ditosylate</i> 24
<i>tridacaine ii</i> .....76	<i>tri-lo-mili</i> .....54	TYPHIM VI.....66
<i>triderm</i> .....75	<i>tri-lo-sprintec</i>.....54	U
<i>trientine hcl</i> .....52	<i>trimethoprim</i>.....14	UBRELVY .....46
<i>tri-estarylla</i> .....54	<i>tri-mili</i> .....54	UCERIS see <i>budesonide</i>.....59
<i>trifluoperazine hcl</i>.....40	<i>trimipramine maleate</i> .....37	UNASYN see <i>ampicillin &</i> <i>sulbactam sodium for</i> <i>inj 1.5 (1-0.5) gm</i> .....19
<i>trifluridine</i> .....68	TRINTELLIX .....37	see <i>ampicillin &</i> <i>sulbactam sodium for</i> <i>inj 3 (2-1) gm</i> .....19
<i>trihexyphenidyl hcl</i>.....38	<i>tri-nymyo</i>.....54	UNASYN BULK PACK see <i>ampicillin &</i> <i>sulbactam sodium for</i> <i>iv soln 15 (10-5) gm</i> .19
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 10-5-1000MG ....50	<i>tri-sprintec</i>.....54	<i>unithroid</i>.....57
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 12.5-2.5-1000MG.....50	TRIUMEQ PD TAB .....16	UROCIT-K 10 see <i>potassium citrate</i> (alkalinizer) .....60
	TRIUMEQ TAB .....16	UROCIT-K 15 see <i>potassium citrate</i> (alkalinizer) .....60
	<i>trivora-28</i> .....54	UROXATRAL see <i>alfuzosin hcl</i>.....60
	<i>tri-vylibra</i> .....54	URSO FORTE see <i>ursodiol</i>.....60
	<i>tri-vylibra lo</i> .....54	<i>ursodiol</i>.....60
	TROGARZO .....15	V
	TROPHAMINE INJ 10% .67	VAGIFEM see <i>estradiol vaginal</i> ...55
	<i>trosipium chloride</i> .....61	see <i>yuvafem</i>.....55
	TRULICITY .....50	
	TRUMENBA INJ .....66	
	TRUQAP .....26	
	TRUVADA see <i>emtricitabine-</i> <i>tenofovir disoproxil</i> <i>fumarate tab 100-150</i> <i>mg</i> .....16	
	see <i>emtricitabine-</i> <i>tenofovir disoproxil</i> <i>fumarate tab 133-200</i> <i>mg</i> .....16	
	see <i>emtricitabine-</i> <i>tenofovir disoproxil</i> <i>fumarate tab 167-250</i> <i>mg</i> .....16	

<i>valacyclovir hcl</i>.....17	VASCEPA.....32	<i>vilazodone hcl</i>.....37
VALCHLOR .....76	VASERETIC	VIMPAT
VALCYTE	see <i>enalapril maleate &</i>	see <i>lacosamide</i> .....42
see <i>valganciclovir hcl</i> ..17	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	see <i>lacosamide oral</i> ...42
<i>valganciclovir hcl</i>.....17	10-25 mg .....28	<i>vincristine sulfate</i> .....22
VALIUM	VASOTEC	<i>vinorelbine tartrate</i> .....22
see <i>diazepam</i>.....41	see <i>enalapril maleate</i> ..28	<i>viorele</i> .....54
<i>valproate sodium</i> .....43	VELCADE	VIRACEPT .....15
<i>valproic acid</i>.....43	see <i>bortezomib</i>.....22	VIREAD .....15
<i>valsartan</i> .....30	<i>velivet</i> .....54	see <i>tenofovir disoproxil</i>
<i>valsartan-</i>	VELSIPITY .....64	<i>fumarate</i> .....15
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	VENCLEXTA .....26	VISTARIL
160-12.5 mg.....30	VENCLEXTA TAB START	see <i>hydroxyzine</i>
<i>valsartan-</i>	PK .....26	<i>pamoate</i>.....70
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	<i>venlafaxine hcl</i>.....37	VITRAKVI .....26
160-25 mg.....30	VENTOLIN HFA.....71	VIVELLE-DOT
<i>valsartan-</i>	VENTOLIN HFA	see <i>dotti</i>.....55
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	(INSTITUTIONAL PACK)	see <i>estradiol</i>.....55
320-12.5 mg.....30	.....71	VIVITROL .....48
<i>valsartan-</i>	VEOZAH.....57	VIZIMPRO .....26
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	<i>verapamil hcl</i>.....33	VONJO .....26
320-25 mg.....30	VERELAN	<i>voriconazole</i>.....14
<i>valsartan-</i>	see <i>verapamil hcl</i> .....33	VOSEVI TAB .....17
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	VERQUVO.....34	VOTRIENT
80-12.5 mg.....30	VERSACLOZ.....40	see <i>pazopanib hcl</i> .....25
VALTOCO 10 MG DOSE 43	VERZENIO .....26	VOWST CAP .....60
VALTOCO 15 MG DOSE 43	VESICARE	VRAYLAR.....40
VALTOCO 20 MG DOSE 43	see <i>solifenacin succinate</i>	VRAYLAR CAP 1.5-3MG 40
VALTOCO 5 MG DOSE..43	.....61	<i>vyfemla</i> .....54
VALTRESX	<i>vestura</i>.....54	<i>vylibra</i> .....54
see <i>valacyclovir hcl</i>.....17	VFEND	VYTORIN
VANCOGIN	see <i>voriconazole</i> .....14	see <i>ezetimibe-</i>
see <i>vancomycin hcl</i>.....14	VFEND IV	<i>simvastatin tab 10-10</i>
<i>vancomycin hcl</i> .....14	see <i>voriconazole</i> .....14	mg .....31
VANCOMYCIN	VIBRAMYCIN	see <i>ezetimibe-</i>
HYDROCHLORIDE	see <i>doxycycline hyclate</i>	<i>simvastatin tab 10-20</i>
see <i>vancomycin hcl</i>.....14	.....19	mg .....31
VANCOMYCIN INJ 1 GM 14	VIDAZA	see <i>ezetimibe-</i>
VANCOMYCIN INJ 500MG	see <i>azacitidine</i> .....20	<i>simvastatin tab 10-40</i>
.....14	<i>vienna</i> .....54	mg .....31
VANCOMYCIN INJ 750MG	<i>vigabatrin</i> .....44	see <i>ezetimibe-</i>
.....14	<i>vigadrone</i>.....44	<i>simvastatin tab 10-80</i>
VANFLYTA .....26	VIGAFYDE .....44	mg .....31
VAQTA .....66	VIGAMOX	VYZULTA.....69
<i>varenicline tartrate</i> .....48	see <i>moxifloxacin hcl</i>	W
<i>varenicline tartrate tab 11 x</i>	(<i>ophth</i>).....68	<i>warfarin sodium</i> .....61
0.5 mg & 42 x 1 mg start	<i>vigpoder</i>.....44	<i>water for irrigation, sterile</i>
pack .....48	VIIBRYD	<i>irrigation soln</i>.....76
VARIVAX .....66	see <i>vilazodone hcl</i>.....37	WELCHOL

see <i>colesevelam hcl</i>	31	XOSPATA.....	26	ZARXIO	62
WELIREG	21	XPOVIO PAK (100 MG		ZEGALOGUE	56
WELLBUTRIN SR		ONCE WEEKLY).....	27	ZEJULA	27
see <i>bupropion hcl</i>	36	XPOVIO PAK (40 MG		ZELBORAF.....	27
WELLBUTRIN XL		ONCE WEEKLY).....	26	ZEMAIRA.....	72
see <i>bupropion hcl</i>	36	XPOVIO PAK (40 MG		ZEMPLAR	
<i>wera</i>	54	TWICE WEEKLY)	26	see <i>paricalcitol</i>	58
WESTAB PLUS TAB 27-		XPOVIO PAK (60 MG		<i>zenatane</i>	74
1MG	67	ONCE WEEKLY).....	26	ZENPEP CAP 10000UNT	
<i>wixela inhub</i>	73	XPOVIO PAK (60 MG		.....	60
X		TWICE WEEKLY)	27	ZENPEP CAP 15000UNT	
XALATAN		XPOVIO PAK (80 MG		.....	60
see <i>latanoprost</i>	69	ONCE WEEKLY).....	27	ZENPEP CAP 20000UNT	
XALKORI	26	XPOVIO PAK (80 MG		.....	60
XANAX		TWICE WEEKLY)	27	ZENPEP CAP 25000UNT	
see <i>alprazolam</i>	35	XTANDI	21	.....	60
XARELTO.....	61	<i>xulane</i>	55	ZENPEP CAP 3000UNIT	60
XARELTO STAR TAB		XULTOPHY INJ 100/3.6	.52	ZENPEP CAP 40000UNT	
15/20MG	61	XYLOCAINE		.....	60
XATMEP	64	see <i>lidocaine hcl (local</i>		ZENPEP CAP 5000UNIT	60
XCOPRI.....	44	<i>anesth.</i>).....	10	ZENPEP CAP 60000UNT	
XCOPRI PAK 100-150....	44	XYLOCAINE-MPF		.....	60
XCOPRI PAK 12.5-25....	44	see <i>lidocaine hcl (local</i>		ZESTORETIC	
XCOPRI PAK 150-200MG		<i>anesth.</i>).....	10	see <i>lisinopril &</i>	
(MAINTENANCE).....	44	Y		<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
XCOPRI PAK 150-200MG		YASMIN 28		10-12.5 mg	28
(TITRATION).....	44	see <i>drospirenone-ethinyl</i>		see <i>lisinopril &</i>	
XCOPRI PAK 50-100MG	44	<i>estradiol tab 3-0.03 mg</i>		<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
XDEMVY	68	.....	53	20-12.5 mg	28
XELJANZ.....	64	see <i>ocella</i>	54	see <i>lisinopril &</i>	
XELJANZ XR.....	64	see <i>syeda</i>	54	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
XENAZINE		see <i>zumandimine</i>	55	20-25 mg	28
see <i>tetrabenazine</i>	47	YAZ		ZESTRIL	
XERMELO	60	see <i>drospirenone-ethinyl</i>		see <i>lisinopril</i>	28
XGEVA	52	<i>estradiol tab 3-0.02 mg</i>		ZETIA	
XHANCE.....	72	.....	53	see <i>ezetimibe</i>	31
XIFAXAN	60	see <i>jasmiel</i>	53	ZIAGEN	
XIGDUO XR TAB 10-1000		see <i>loryna</i>	53	see <i>abacavir sulfate</i> ...	15
.....	51	see <i>nikki</i>	54	<i>zidovudine</i>	15
XIGDUO XR TAB 10-		see <i>vestura</i>	54	<i>ziprasidone hcl</i>	40
500MG	51	YF-VAX INJ	66	<i>ziprasidone mesylate</i>	40
XIGDUO XR TAB 2.5-1000		<i>yuvafem</i>	55	ZIRABEV	27
.....	50	Z		ZIRGAN	68
XIGDUO XR TAB 5-		<i>zafemy</i>	55	ZITHROMAX	
1000MG	51	<i>zafirlukast</i>	71	see <i>azithromycin</i>	18
XIGDUO XR TAB 5-500MG		ZANAFLEX		ZOCOR	
.....	51	see <i>tizanidine hcl</i>	48	see <i>simvastatin</i>	31
XIIDRA.....	69	ZARONTIN		<i>zoledronic acid</i>	52
XOLAIR	72	see <i>ethosuximide</i>	41	ZOLINZA.....	27

ZOLOFT		
<i>see sertraline hcl</i>	37	
<i>zolpidem tartrate</i>	46	
ZONEGRAN		
<i>see zonisamide</i>	44	
ZONISADE	44	
<i>zonisamide</i>	44	
ZORTRESS		
		<i>see everolimus</i>
		<i>(immunosuppressant)</i>
	
	65	
<i>zovia 1/35</i>	55	
ZTALMY	44	
<i>zumandimine</i>	55	
ZURZUVAE	37	
ZYDELIG	27	
ZYKADIA	27	
ZYLET SUS 0.5-0.3%.....	68	
		ZYPREXA
		<i>see olanzapine</i>
		39
		ZYPREXA RELPREVV ...
		40
		ZYPREXA ZYDIS
		<i>see olanzapine</i>
		39
		ZYTIGA
		<i>see abiraterone acetate</i>
	
		20
		ZYVOX
		<i>see linezolid</i>
		13

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.

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.

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 답해 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.