



Lista de medicamentos integral para 2022 de

Sharp Direct Advantage®



Lista de medicamentos cubiertos de los planes **Sharp Direct Advantage (HMO)** que tienen contrato con Medicare

Sharp Direct Advantage (HMO)

Formulario para 2022 (Lista de medicamentos cubiertos)

**LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN: ESTE DOCUMENTO
CONTIENE INFORMACIÓN ACERCA DE LOS MEDICAMENTOS
CUBIERTOS POR ESTE PLAN**

Formulario para 2022 de la Parte D. Fecha de entrada en vigor: 01/12/2022

Identificación del formulario: 00022119, versión: 18

Este Formulario se actualizó el 15/11/2022. Para obtener información más actualizada o hacer otras consultas, comuníquese con nuestra línea de ayuda exclusiva para planes de medicamentos con receta de Medicare al 1-855-222-3183 (número gratuito) o al 711 para los usuarios de los servicios TTY/TDD. Hay representantes disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. También puede ingresar a sharpmedicareadvantage.com.

Nota para miembros existentes: El Formulario ha cambiado desde su versión del año pasado. Por favor, revise este documento para averiguar si los medicamentos que usted toma siguen incluidos.

En esta Lista de medicamentos (Formulario), las palabras “nosotros”, “nos” o “nuestro/a” hacen referencia a Sharp Health Plan. Las palabras “plan” o “nuestro plan” hacen referencia a Sharp Direct Advantage (HMO).

Este documento incluye la Lista de medicamentos (Formulario) de nuestro plan, que se encuentra vigente desde el 01/12/2022. Si desea un Formulario actualizado, póngase en contacto con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparecen en la primera y en la última página.

Por lo general, deberá usar farmacias de la red para aprovechar el beneficio de medicamentos con receta. Los beneficios, el Formulario, la red de farmacias, los copagos o el coseguro pueden cambiar el 1.º de enero de cada año y, a veces, en el transcurso del año.

¿Qué es el Formulario de Sharp Direct Advantage (HMO)?

Un Formulario es una lista de medicamentos cubiertos que fue seleccionada por nuestro plan con el asesoramiento de un equipo de proveedores de atención de salud y es representativa de las terapias con medicamentos que se consideran necesarias en un programa de tratamiento de calidad. En general, cubrimos los medicamentos que se encuentran en nuestro Formulario, siempre y cuando el medicamento sea médicamente necesario, la receta se surta en una farmacia de la red y se sigan las reglas del plan. Para obtener más información sobre cómo adquirir sus medicamentos, consulte la *Evidencia de cobertura*.

¿El Formulario (Lista de medicamentos) puede cambiar?

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos tiene lugar el 1.º de enero, pero podemos añadir o quitar medicamentos de la Lista de medicamentos, cambiarlos a un nivel de costo compartido diferente o agregarles nuevas restricciones durante el año. Debemos cumplir las reglas de Medicare para aplicar estos cambios.

Cambios que pueden afectarlo este año: Su cobertura tendrá cambios durante el año en los siguientes casos:

- **Nuevos medicamentos genéricos.** Podemos quitar de la Lista de medicamentos un medicamento de marca inmediatamente si aparece otro genérico nuevo que pueda reemplazarlo al mismo nivel de costo compartido (o uno menor) y tenga iguales o menos restricciones. Además, aunque agreguemos un nuevo medicamento genérico, podemos decidir que el de marca se incluya de todos modos en nuestra Lista de medicamentos, pero cambiarlo inmediatamente a un nivel de costo compartido diferente o agregarle nuevas restricciones. Si actualmente usted toma ese medicamento de marca, es posible que no le avisemos antes de hacer el cambio, pero luego le brindaremos la información sobre los cambios específicos que hayamos realizado.
 - Si realizamos este tipo de cambios, usted o la persona autorizada para recetar pueden pedirnos que hagamos una excepción y que continuemos cubriendo el medicamento de marca en su caso. Encontrará información sobre cómo solicitar una excepción en el aviso que le enviaremos. También puede encontrarla en la sección titulada “¿Cómo pido una excepción al Formulario de Sharp Direct Advantage (HMO)?” más abajo.
- **Medicamentos que se retiran del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos considera que un medicamento de nuestro Formulario no es seguro, o el fabricante lo retira del mercado, nosotros lo eliminaremos de la Lista de medicamentos inmediatamente y notificaremos a los miembros que lo estén tomando.
- **Otros cambios.** Podemos realizar otros cambios que afecten a miembros que actualmente estén tomando un medicamento determinado. Por ejemplo, podemos añadir un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado para reemplazar a otro de marca que actualmente figure en el Formulario, agregar nuevas restricciones al medicamento de marca, cambiarlo a un nivel de costo compartido diferente o las dos opciones anteriores a la vez. Igualmente, podemos realizar cambios que se basen en nuevas pautas clínicas. Si eliminamos medicamentos de nuestro Formulario o agregamos restricciones en cuanto a autorización previa, límites de cantidad o terapia escalonada, o cambiamos un medicamento a un nivel de costo compartido más alto, notificaremos a los miembros afectados al menos 30 días antes de que entre en vigor el cambio o cuando el miembro pida volver a surtir una receta, en cuyo caso este recibirá un suministro del medicamento para 30 días.
 - Usted o la persona autorizada para recetar pueden pedirnos que hagamos una excepción y continuemos cubriendo el medicamento de marca en su caso si realizamos estos otros cambios. Encontrará información sobre cómo solicitar una excepción en el aviso que le enviaremos. También puede encontrarla en la sección titulada “¿Cómo pido una excepción al Formulario de Sharp Direct Advantage (HMO)?” más abajo.

Cambios que no lo afectarán si usted toma actualmente el medicamento. En general, si usted toma un medicamento incluido en nuestro Formulario para 2022 que estaba cubierto a principios de año, no discontinuaremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2022, excepto en los casos descritos anteriormente. Esto significa que dichos medicamentos seguirán disponibles con el mismo costo compartido y sin nuevas restricciones por el resto del año de cobertura para aquellos miembros que los estén tomando. No recibirá avisos directos este año sobre cambios que no lo afecten a usted. Sin embargo, a partir del 1.º de enero del año que viene, sí se verá afectado por estos cambios y es importante que consulte si hay algún cambio en la Lista de medicamentos para el nuevo año de beneficios.

El Formulario adjunto está vigente desde el 01/12/2022. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por nuestro plan, póngase en contacto con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en la primera y en la última página.

Publicaremos una versión actualizada del Formulario del plan en nuestro sitio web sharpmedicareadvantage.com/druglist en caso de que realicemos cambios a mitad de año en medicamentos que no sean de mantenimiento. Puede pedir que le enviemos por correo una versión impresa de las correcciones si lo desea.

¿Cómo uso el Formulario?

Hay dos maneras de encontrar su medicamento en el Formulario:

- **Por afección médica**

El Formulario comienza en la página 1. Los medicamentos en este Formulario están agrupados en categorías según el tipo de afección médica que tratan. Por ejemplo, los medicamentos que tratan una enfermedad cardíaca se encuentran en la categoría “Cardiovascular”. Si sabe para qué se utiliza el medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página 1. Luego, busque su medicamento debajo del nombre de la categoría.

- **Por orden alfabético**

Si no está seguro de la categoría, busque su medicamento en el índice que aparece en la página I-1. El índice proporciona una lista ordenada alfabéticamente de todos los medicamentos incluidos en este documento. Figuran tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Busque el suyo en el índice. Al lado del medicamento, verá el número de la página donde podrá encontrar la información de cobertura. Vaya a la página que se indica en el índice y busque el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

Cubrimos tanto medicamentos de marca como genéricos. Cuando un medicamento contiene el mismo principio activo que otro medicamento de marca, la Administración de Alimentos y Medicamentos lo aprueba como genérico. Generalmente, los medicamentos genéricos cuestan menos que los de marca.

¿Existen restricciones en mi cobertura?

Algunos medicamentos cubiertos pueden tener requisitos adicionales o límites en cuanto a su cobertura. Estos requisitos y límites pueden incluir lo siguiente:

- **Autorización previa:** Usted o su médico tendrán que obtener una autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que nosotros debemos aprobarlo antes de que usted pueda surtir la receta. Si no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos el medicamento.
- **Límites de cantidad:** Para ciertos medicamentos, la cobertura del plan tiene un límite de cantidad. Por ejemplo, proporcionamos 30 comprimidos de rosuvastatin para 30 días por receta. Esto puede sumarse al suministro estándar para un mes o para tres meses.
- **Terapia escalonada:** En algunos casos, solicitamos que pruebe primero ciertos medicamentos para tratar su enfermedad antes de cubrir otro medicamento para esa afección. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma enfermedad, podríamos no cubrir el medicamento B si usted no toma el medicamento A primero. Si el medicamento A no funciona en su caso, entonces cubriremos el medicamento B.

Puede ver si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales en el Formulario que comienza en la página 1. También puede obtener más información sobre las restricciones que se aplican a determinados medicamentos cubiertos ingresando en nuestro sitio web. Encontrará documentos en línea que explican nuestras restricciones en cuanto a autorización previa y terapia escalonada. También puede solicitarnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparecen en la primera y en la última página.

Puede pedirnos que hagamos una excepción a alguna de estas restricciones o límites, o solicitarnos una lista con otros medicamentos similares para tratar su afección de salud. Consulte la sección “¿Cómo pido una excepción al Formulario de Sharp Direct Advantage (HMO)?” en la página iv para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Qué ocurre si mi medicamento no figura en el Formulario?

Si su medicamento no está incluido en este Formulario (Lista de medicamentos cubiertos), debe comunicarse con Servicio al Cliente y consultar si el medicamento está cubierto.

Si su plan no cubre el medicamento, tiene dos opciones:

- Puede pedir a Servicio al Cliente una lista de medicamentos similares que sí estén cubiertos por nuestro plan. Cuando la reciba, llévesela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que tenga cobertura con nuestro plan.
- Puede pedirnos que hagamos una excepción y que cubramos el medicamento. Lea a continuación la información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo pido una excepción al Formulario de Sharp Direct Advantage (HMO)?

Puede pedirnos que hagamos una excepción a nuestras reglas de cobertura. Existen varios tipos de excepciones que nos puede solicitar.

- Puede pedir que cubramos un medicamento aunque no esté en el Formulario. Si se aprueba, el medicamento estará cubierto a un nivel de costo compartido predeterminado, y no podrá solicitarnos que lo proporcionemos a un nivel de costo compartido más bajo.

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento del Formulario a un nivel de costo compartido más bajo siempre que no se encuentre en el nivel de especialidad. Si se aprueba la excepción, el precio que pagará por el medicamento será menor.
- Puede pedirnos que no apliquemos las restricciones o los límites de cobertura. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, la cobertura del plan tiene un límite de cantidad. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede pedirnos que no apliquemos el límite y cubramos una cantidad mayor.

En general, solo aprobaremos la excepción cuando los medicamentos alternativos en el Formulario, el medicamento con menor costo compartido o las otras restricciones de uso del plan no resulten igualmente eficaces para tratar su afección ni le provoquen efectos secundarios adversos.

Debe comunicarse con nosotros para pedir una decisión de cobertura inicial de excepción al Formulario, al nivel de medicamentos o a las restricciones de uso. **Cuando solicite una excepción al Formulario, al nivel de medicamentos o las restricciones de uso, deberá presentar la declaración de su médico o de la persona autorizada para recetar como respaldo.** En general, tomamos una decisión dentro de las 72 horas después de haber recibido la declaración de respaldo de la persona autorizada para recetar. Puede pedir una excepción acelerada (rápida) si usted o su médico consideran que la espera de 72 horas puede poner en grave riesgo su salud. Si se aprueba su pedido acelerado, le informaremos la decisión dentro de las 24 horas después de haber recibido la declaración de su médico o la persona autorizada para recetar.

¿Qué puedo hacer antes de hablar con mi médico acerca de cambiar los medicamentos o solicitar una excepción?

Como miembro nuevo o regular de nuestro plan, es posible que usted esté tomando medicamentos que no están en nuestro Formulario. También puede ser que tome un medicamento que está en nuestro Formulario, pero que tenga alguna limitación respecto a su posibilidad de adquirirlo. Por ejemplo, podría necesitar una autorización previa antes de surtir la receta del medicamento. Debe hablar con su médico para decidir si debe cambiar a un medicamento cubierto adecuado o si debe solicitar una excepción al Formulario para que podamos cubrir el medicamento que toma. En ciertos casos, podríamos cubrir el medicamento durante sus primeros 90 días como miembro del plan mientras el médico y usted determinan la mejor manera de proceder.

Para cada medicamento que no esté incluido en nuestro Formulario, o que tenga alguna limitación respecto a su posibilidad de adquirirlo, cubriremos un suministro temporario para 30 días. Si su receta indica menos días, le permitiremos volver a surtir su medicamento hasta cubrir un suministro para un máximo de 30 días. Luego del primer suministro de 30 días, no pagaremos estos medicamentos, incluso si ha sido miembro del plan por menos de 90 días.

Si usted reside en un centro de atención a largo plazo y necesita un medicamento que no figura en nuestro Formulario, o bien si tiene limitaciones para conseguirlo, pero ya pasaron los primeros 90 días como miembro del plan, cubriremos un suministro de emergencia de 34 días para dicho medicamento durante el proceso de solicitud de excepción al Formulario.

Si usted es un miembro que ingresa en un centro de atención a largo plazo desde otro centro médico y tiene un cambio de nivel de atención, cubriremos el suministro de un medicamento en particular para 34 días o menos si su receta indica menos días.

Para obtener más información

Para obtener información más detallada sobre la cobertura de medicamentos con receta del plan, lea su *Evidencia de cobertura* y otros documentos del plan.

Puede comunicarse con nosotros si tiene preguntas sobre el plan. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparecen en la primera y en la última página.

Si tiene consultas generales sobre la cobertura de medicamentos con receta de Medicare, comuníquese con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de los servicios TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ingresar a <http://www.medicare.gov>.

Formulario de Sharp Direct Advantage (HMO)

El Formulario que comienza en la página 1 proporciona información de cobertura sobre los medicamentos cubiertos por nuestro plan. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, consulte el índice que comienza en la página I-1.

- El nombre del medicamento está en la primera columna del cuadro. Los medicamentos de marca están escritos en mayúscula (p. ej., SYNTHROID), y los medicamentos genéricos en cursiva minúscula (p. ej., *levothyroxine*).
- La segunda columna, "Nivel de medicamentos", indica a qué nivel pertenece el medicamento.

En la columna de requisitos/límites se indica si nuestro plan tiene algún requisito especial para la cobertura de su medicamento.

El monto que pague por un medicamento cubierto dependerá de lo siguiente:

- **Su etapa de pago de medicamentos.** Su plan tiene distintas etapas de cobertura de medicamentos. Cuando adquiera un medicamento, el monto que pague dependerá de la etapa de cobertura en la que se encuentre.
- **El nivel de su medicamento.** Cada medicamento cubierto está en uno de los seis niveles de medicamentos. Cada nivel tiene un monto de copago o coseguro. En el siguiente cuadro, se indican las diferencias entre niveles.

Nivel de medicamentos	Incluye
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	Medicamentos genéricos preferidos
Nivel 2: Medicamentos genéricos	Medicamentos genéricos
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	Medicamentos de marca preferidos y medicamentos genéricos no preferidos
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	Medicamentos genéricos y de marca no preferidos
Nivel 5: Medicamentos de especialidad	Medicamentos genéricos y de marca de muy alto costo que podrían requerir control estricto o manipulación especial
Nivel 6: Medicamentos seleccionados	Medicamentos genéricos seleccionados para tratar afecciones, como diabetes, hipertensión y colesterol alto

Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos y los montos de copago o coseguro para cada nivel, consulte su *Evidencia de cobertura*.

Las siguientes abreviaturas pueden aparecer en el cuerpo de este documento

ABREVIATURAS DE LAS NOTAS DE COBERTURA

Abreviatura	Descripción	Explicación
GC	Brecha de cobertura	Brindamos cobertura de este medicamento con receta durante la etapa de brecha de cobertura. Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información al respecto.
LA	Medicamentos de acceso limitado	Es posible que esta receta solo pueda surtirse en ciertas farmacias. Para obtener más información, consulte su Directorio de farmacias o comuníquese con nuestra línea de ayuda exclusiva para planes de medicamentos con receta de Medicare al 1-855-222-3183 (TTY 711). Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana para su comodidad.
NDS	Sin extensión en días de suministro	El suministro de este medicamento se limita a 30 días.
NM	Sin encargo por correo	El medicamento no está disponible a través de encargos por correo.
PA	Restricción de autorización previa	Usted (o su proveedor) debe solicitarnos una autorización previa antes de surtir esta receta. Sin una aprobación previa, es posible que no cubramos el medicamento.
PA NSO	Restricción de autorización previa para inicios únicamente	Si es miembro nuevo o no ha tomado el medicamento con anterioridad, usted (o su proveedor) debe pedirnos una autorización previa antes de surtir la receta. Sin una aprobación previa, es posible que no cubramos el medicamento.
B/D	Restricción de autorización previa para determinar la cobertura con la Parte B o la Parte D	Este medicamento puede estar cubierto por Medicare Parte B o Parte D dependiendo de las circunstancias. Es posible que deba presentar información describiendo el uso y contexto del medicamento para tomar la determinación.
QL	Restricciones de límites de cantidad	Limitamos la cantidad del medicamento que se cubre por receta, o dentro de un período determinado.
SI	Insulinas seleccionadas	Este medicamento está disponible con un copago más bajo en algunos planes como parte de nuestro Programa de Ahorros para Adultos Mayores.
ST	Restricción de terapia escalonada	Antes de que cubramos el medicamento, debe probar otros medicamentos para tratar su afección. Solo podemos cubrirlo si los otros medicamentos no funcionan.

Tabla de Contenido

ANALGESICS	2
ANESTHETICS	4
ANTI-INFECTIVES	4
ANTINEOPLASTIC AGENTS	14
CARDIOVASCULAR	23
CENTRAL NERVOUS SYSTEM	31
ENDOCRINE AND METABOLIC	46
GASTROINTESTINAL	58
GENITOURINARY	61
HEMATOLOGIC	62
IMMUNOLOGIC AGENTS	64
NUTRITIONAL/SUPPLEMENTS	68
OPHTHALMIC	71
OTIC	73
RESPIRATORY	74
TOPICAL	77
Index	82

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
ANALGESICS		
GOUT		
<i>allopurinol</i> TABS 100mg, 300mg	Tier 1	
<i>colchicine</i> TABS .6mg	Tier 2	QL (120 tabs / 30 days)
<i>colchicine w/ probenecid tab 0.5-500 mg</i>	Tier 2	
MITIGARE CAPS .6mg	Tier 3	QL (60 caps / 30 days)
<i>probenecid</i> TABS 500mg	Tier 2	
NSAIDS		
<i>celecoxib</i> CAPS 50mg	Tier 2	QL (240 caps / 30 days)
<i>celecoxib</i> CAPS 100mg	Tier 2	QL (120 caps / 30 days)
<i>celecoxib</i> CAPS 200mg	Tier 2	QL (60 caps / 30 days)
<i>celecoxib</i> CAPS 400mg	Tier 2	QL (30 caps / 30 days)
<i>diclofenac potassium</i> TABS 50mg	Tier 2	QL (120 tabs / 30 days)
<i>diclofenac sodium</i> TB24 100mg; TBEC 25mg, 50mg, 75mg	Tier 2	
<i>diflunisal</i> TABS 500mg	Tier 2	
<i>ec-naproxen</i> TBEC 375mg	Tier 2	QL (120 tabs / 30 days)
<i>ec-naproxen</i> TBEC 500mg	Tier 2	QL (90 tabs / 30 days)
<i>etodolac</i> CAPS 200mg, 300mg; TABS 400mg, 500mg; TB24 400mg, 500mg, 600mg	Tier 2	
<i>flurbiprofen</i> TABS 100mg	Tier 2	
<i>ibu</i> TABS 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, 500mg	Tier 1	
<i>naproxen</i> TBEC 375mg	Tier 2	QL (120 tabs / 30 days)
<i>naproxen</i> TBEC 500mg	Tier 2	QL (90 tabs / 30 days)
<i>naproxen sodium</i> TABS 275mg, 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, 50mcg/hr, 75mcg/hr, 100mcg/hr	Tier 2	QL (10 patches / 30 days), PA
<i>hydrocodone bitartrate</i> T24A 20mg, 30mg, 40mg, 60mg	Tier 2	QL (30 tabs / 30 days), PA

PA - Previa autorización . PA NSO - Autorización previa sólo para miembros nuevos
 QL - Límites de cantidad. ST - Terapia escalonada . NM - Sin encargos por correo
 B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . LA - Medicamentos con acceso limitado GC
 - Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de
 cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
 NDS - Suministro de días no extendidos SI - Insulinas Selectas

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>hydrocodone bitartrate</i> T24A 80mg, 100mg, 120mg	Tier 3	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>HYSINGLA ER</i> T24A 20mg, 30mg, 40mg, 60mg, 80mg, 100mg, 120mg	Tier 3	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>methadone hcl</i> SOLN 5mg/5ml, 10mg/5ml	Tier 2	QL (450 mL / 30 days), PA
<i>methadone hcl</i> TABS 5mg, 10mg	Tier 2	QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>methadone hydrochloride i</i> CONC 10mg/ml	Tier 2	QL (90 mL / 30 days), PA
<i>morphine sulfate</i> TBCR 15mg, 30mg, 60mg, 100mg, 200mg	Tier 2	QL (90 tabs / 30 days), PA
OPIOID ANALGESICS, SHORT-ACTING		
<i>acetaminophen w/ codeine soln 120-12 mg/5ml</i>	Tier 2	QL (2700 mL / 30 days)
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-15 mg</i>	Tier 2	QL (400 tabs / 30 days)
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-30 mg</i>	Tier 2	QL (360 tabs / 30 days)
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-60 mg</i>	Tier 2	QL (180 tabs / 30 days)
<i>butorphanol tartrate</i> SOLN 1mg/ml, 2mg/ml	Tier 4	
<i>endocet tab 2.5-325mg</i>	Tier 2	QL (360 tabs / 30 days)
<i>endocet tab 5-325mg</i>	Tier 2	QL (360 tabs / 30 days)
<i>endocet tab 7.5-325mg</i>	Tier 2	QL (240 tabs / 30 days)
<i>endocet tab 10-325mg</i>	Tier 2	QL (180 tabs / 30 days)
<i>fentanyl citrate</i> LPOP 200mcg	Tier 2	QL (120 lozenges / 30 days), PA
<i>fentanyl citrate</i> LPOP 400mcg, 600mcg, 800mcg, 1200mcg, 1600mcg	Tier 5	NDS, QL (120 lozenges / 30 days), PA
<i>hydrocodone-acetaminophen soln 7.5-325 mg/15ml</i>	Tier 2	QL (2700 mL / 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 5-325 mg</i>	Tier 2	QL (240 tabs / 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 7.5-325 mg</i>	Tier 2	QL (180 tabs / 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 10-325 mg</i>	Tier 2	QL (180 tabs / 30 days)
<i>hydrocodone-ibuprofen tab 7.5-200 mg</i>	Tier 2	QL (150 tabs / 30 days)
<i>hydromorphone hcl</i> LIQD 1mg/ml	Tier 2	QL (600 mL / 30 days)
<i>hydromorphone hcl</i> TABS 2mg, 4mg, 8mg	Tier 2	QL (180 tabs / 30 days)
<i>morphine sulfate</i> SOLN 1mg/ml, 4mg/ml, 8mg/ml, 10mg/ml	Tier 4	B/D
MORPHINE SULFATE SOLN 2mg/ml, 4mg/ml, 5mg/ml, 8mg/ml, 10mg/ml	Tier 4	B/D

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

3

15/11/2022

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

ANESTHETICS

LOCAL ANESTHETICS

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

ANTI-INFECTIVES

ANTI-INFECTIVES - MISCELLANEOUS

<i>albendazole</i> TABS 200mg	Tier 5	NDS
<i>amikacin sulfate</i> SOLN 1gm/4ml, 500mg/2ml	Tier 2	
<i>atovaquone</i> SUSP 750mg/5ml	Tier 2	
<i>aztreonam</i> SOLR 1gm, 2gm	Tier 2	
CAYSTON SOLR 75mg	Tier 5	NDS, NM, LA, PA
<i>clindamycin hcl</i> CAPS 75mg, 150mg, 300mg	Tier 1	
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i> SOLR 75mg/5ml	Tier 2	
<i>clindamycin phosphate</i> SOLN 300mg/2ml, 600mg/4ml, 900mg/6ml, 9000mg/60ml	Tier 2	
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 300 mg/50ml</i>	Tier 2	

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<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 SOLR 150mg</i>	Tier 2	
<i>dapsone TABS 25mg, 100mg</i>	Tier 2	
DAPTOMYCIN SOLR 350mg	Tier 5	NDS
<i>daptomycin SOLR 350mg, 500mg</i>	Tier 5	NDS
EMVERM CHEW 100mg	Tier 5	NDS, QL (12 tabs / year)
<i>ertapenem sodium SOLR 1gm</i>	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 SOLN 10mg/ml, 40mg/ml</i>	Tier 2	
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln 250 mg</i>	Tier 2	
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln 500 mg</i>	Tier 2	
<i>ivermectin TABS 3mg</i>	Tier 2	PA NSO
<i>linezolid SOLN 600mg/300ml</i>	Tier 2	
<i>linezolid SUSR 100mg/5ml</i>	Tier 5	NDS, QL (1800 mL / 30 days)
<i>linezolid TABS 600mg</i>	Tier 2	QL (60 tabs / 30 days)
<i>linezolid in sodium chloride iv soln 600 mg/300ml-0.9%</i>	Tier 2	
<i>meropenem SOLR 1gm, 500mg</i>	Tier 2	
<i>methenamine hippurate TABS 1gm</i>	Tier 2	
<i>metronidazole SOLN 500mg/100ml</i>	Tier 2	
<i>metronidazole TABS 250mg, 500mg</i>	Tier 1	
<i>neomycin sulfate TABS 500mg</i>	Tier 2	
<i>nitazoxanide TABS 500mg</i>	Tier 5	NDS, QL (6 tabs / 30 days)
<i>nitrofurantoin macrocrystal CAPS 50mg, 100mg</i>	Tier 3	

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i> CAPS 100mg	Tier 3	
<i>paromomycin sulfate</i> CAPS 250mg	Tier 2	
<i>pentamidine isethionate inh</i> SOLR 300mg	Tier 2	B/D
<i>pentamidine isethionate inj</i> SOLR 300mg	Tier 2	
<i>praziquantel</i> TABS 600mg	Tier 2	
SIVEXTRO SOLR 200mg; TABS 200mg	Tier 5	NDS
<i>streptomycin sulfate</i> SOLR 1gm	Tier 2	
<i>sulfadiazine</i> TABS 500mg	Tier 4	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim iv soln</i> 400-80 mg/5ml	Tier 2	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim susp</i> 200-40 mg/5ml	Tier 2	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab</i> 400-80 mg	Tier 1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab</i> 800-160 mg	Tier 1	
SYNERCID INJ 500MG	Tier 5	NDS
<i>tobramycin</i> NEBU 300mg/5ml	Tier 5	NDS, NM, PA
<i>tobramycin sulfate</i> SOLN 1.2gm/30ml, 10mg/ml, 40mg/ml, 80mg/2ml	Tier 2	
TRIMETHOPRIM TABS 100mg	Tier 1	
<i>vancomycin hcl</i> CAPS 125mg	Tier 2	QL (80 caps / 180 days)
<i>vancomycin hcl</i> CAPS 250mg	Tier 2	QL (160 caps / 180 days)
<i>vancomycin hcl</i> SOLR 1gm, 5gm, 10gm, 500mg, 750mg	Tier 2	
VANCOMYCIN INJ 1 GM	Tier 4	
VANCOMYCIN INJ 500MG	Tier 4	
VANCOMYCIN INJ 750MG	Tier 4	
ANTIFUNGALS		
ABELCET SUSP 5mg/ml	Tier 4	B/D
AMBISOME SUSR 50mg	Tier 5	NDS, B/D
<i>amphotericin b</i> SOLR 50mg	Tier 2	B/D
<i>amphotericin b liposome</i> SUSR 50mg	Tier 5	NDS, B/D
<i>casprofungin acetate</i> SOLR 50mg, 70mg	Tier 2	
<i>fluconazole</i> SUSR 10mg/ml, 40mg/ml; TABS 50mg, 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> CAPS 250mg, 500mg	Tier 5	NDS, PA

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>griseofulvin microsized</i> SUSP 125mg/5ml; TABS 500mg	Tier 2	
<i>griseofulvin ultramicrosized</i> TABS 125mg, 250mg	Tier 2	
<i>itraconazole</i> CAPS 100mg	Tier 2	PA
<i>ketoconazole</i> TABS 200mg	Tier 2	PA
<i>miconazole sodium</i> SOLR 50mg, 100mg NOXAFIL SUSP 40mg/ml	Tier 5	NDS
<i>nystatin</i> TABS 500000unit	Tier 5	NDS, QL (630 mL / 30 days), PA
<i>nystatin</i> TABS 500000unit	Tier 2	
<i>posaconazole</i> TBEC 100mg	Tier 5	NDS, QL (93 tabs / 30 days), PA
<i>terbinafine hcl</i> TABS 250mg	Tier 1	QL (90 tabs / year)
<i>voriconazole</i> SOLR 200mg; SUSR 40mg/ml	Tier 5	NDS, PA
<i>voriconazole</i> TABS 50mg	Tier 2	QL (480 tabs / 30 days), PA
<i>voriconazole</i> TABS 200mg	Tier 2	QL (120 tabs / 30 days), PA

ANTIMALARIALS

<i>atovaquone-proguanil hcl tab 62.5-25 mg</i>	Tier 2	
<i>atovaquone-proguanil hcl tab 250-100 mg</i>	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	
<i>primaquine phosphate</i> TABS 26.3mg	Tier 2	
PRIMAQUINE PHOSPHATE TABS 26.3mg	Tier 3	
<i>quinine sulfate</i> CAPS 324mg	Tier 2	PA

ANTIRETROVIRAL AGENTS

<i>abacavir sulfate</i> SOLN 20mg/ml; TABS 300mg	Tier 2	NM
APTIVUS CAPS 250mg	Tier 5	NDS, NM
<i>atazanavir sulfate</i> CAPS 150mg, 200mg, 300mg	Tier 2	NM
EDURANT TABS 25mg	Tier 5	NDS, NM
<i>efavirenz</i> CAPS 50mg, 200mg; TABS 600mg	Tier 2	NM
<i>emtricitabine</i> CAPS 200mg	Tier 2	NM
EMTRIVA SOLN 10mg/ml	Tier 4	NM
<i>etravirine</i> TABS 100mg, 200mg	Tier 5	NDS, NM

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de
cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>fosamprenavir calcium</i> TABS 700mg	Tier 5	NDS, NM
FUZEON SOLR 90mg	Tier 5	NDS, NM
INTELENCE TABS 25mg	Tier 4	NM
INVIRASE TABS 500mg	Tier 5	NDS, NM
ISENTRESS CHEW 25mg; PACK 100mg	Tier 3	NM
ISENTRESS CHEW 100mg; TABS 400mg	Tier 5	NDS, NM
ISENTRESS HD TABS 600mg	Tier 5	NDS, NM
<i>lamivudine</i> SOLN 10mg/ml; TABS 150mg, 300mg	Tier 2	NM
LEXIVA SUSP 50mg/ml	Tier 4	NM
<i>maraviroc</i> TABS 150mg, 300mg	Tier 5	NDS, NM
<i>nevirapine</i> SUSP 50mg/5ml; TABS 200mg; TB24 100mg, 400mg	Tier 2	NM
NORVIR PACK 100mg; SOLN 80mg/ml	Tier 4	NM
PIFELTRO TABS 100mg	Tier 5	NDS, NM
PREZISTA SUSP 100mg/ml	Tier 5	NDS, QL (400 mL / 30 days), NM
PREZISTA TABS 75mg	Tier 4	QL (480 tabs / 30 days), NM
PREZISTA TABS 150mg	Tier 5	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM
PREZISTA TABS 600mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM
PREZISTA TABS 800mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM
REYATAZ PACK 50mg	Tier 5	NDS, NM
<i>ritonavir</i> TABS 100mg	Tier 2	NM
RUKOBIA TB12 600mg	Tier 5	NDS, NM
SELZENTRY SOLN 20mg/ml; TABS 75mg, 150mg, 300mg	Tier 5	NDS, NM
SELZENTRY TABS 25mg	Tier 3	NM
<i>stavudine</i> CAPS 15mg, 20mg, 30mg, 40mg	Tier 2	NM
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> TABS 300mg	Tier 2	NM
TIVICAY TABS 10mg	Tier 3	NM
TIVICAY TABS 25mg, 50mg	Tier 5	NDS, NM
TIVICAY PD TBSO 5mg	Tier 3	NM
TROGARZO SOLN 200mg/1.33ml	Tier 5	NDS, NM, LA
TYBOST TABS 150mg	Tier 3	NM
VIRACEPT TABS 250mg, 625mg	Tier 5	NDS, NM

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

8

15/11/2022

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
VIREAD POWD 40mg/gm; TABS 150mg, 200mg, 250mg	Tier 5	NDS, NM
zidovudine CAPS 100mg; SYRP 50mg/5ml; TABS 300mg	Tier 2	NM
ANTIRETROVIRAL COMBINATION AGENTS		
<i>abacavir sulfate-lamivudine tab 600-300 mg</i>	Tier 2	NM
<i>abacavir sulfate-lamivudine-zidovudine tab 300-150-300 mg</i>	Tier 5	NDS, NM
BIKTARVY TAB 30-120-15 MG	Tier 5	NDS, NM
BIKTARVY TAB 50-200-25 MG	Tier 5	NDS, NM
CIMDUO TAB 300-300	Tier 5	NDS, NM
COMPLERA TAB	Tier 5	NDS, NM
DELSTRIGO TAB	Tier 5	NDS, NM
DESCOVY TAB 120-15MG	Tier 5	NDS, NM
DESCOVY TAB 200/25MG	Tier 5	NDS, NM
DOVATO TAB 50-300MG	Tier 5	NDS, NM
<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab 600-200-300 mg</i>	Tier 5	NDS, NM
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 400-300-300 mg</i>	Tier 5	NDS, NM
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 600-300-300 mg</i>	Tier 5	NDS, NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 100-150 mg</i>	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 133-200 mg</i>	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 167-250 mg</i>	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 200-300 mg</i>	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM
EVOTAZ TAB 300-150	Tier 5	NDS, NM
GENVOYA TAB	Tier 5	NDS, NM
JULUCA TAB 50-25MG	Tier 5	NDS, NM
<i>lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg</i>	Tier 2	NM
<i>lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80-20 mg/ml)</i>	Tier 2	NM
<i>lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg</i>	Tier 2	NM
<i>lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg</i>	Tier 5	NDS, NM
ODEFSEY TAB	Tier 5	NDS, NM
PREZCOBIX TAB 800-150	Tier 5	NDS, NM
STRIBILD TAB	Tier 5	NDS, NM

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

9

15/11/2022

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
SYMTUZA TAB	Tier 5	NDS, NM
TEMIXYS TAB 300-300	Tier 5	NDS, NM
TRIUMEQ PD TAB	Tier 5	NDS, NM
TRIUMEQ TAB	Tier 5	NDS, NM
TRIZIVIR TAB	Tier 5	NDS, NM

ANTITUBERCULAR AGENTS

<i>cycloserine</i> CAPS 250mg	Tier 5	NDS
<i>ethambutol hcl</i> TABS 100mg, 400mg	Tier 2	
<i>isoniazid</i> SYRP 50mg/5ml	Tier 2	
<i>isoniazid</i> TABS 100mg, 300mg	Tier 1	
PASER PACK 4gm	Tier 4	
PRIFTIN TABS 150mg	Tier 4	
<i>pyrazinamide</i> TABS 500mg	Tier 2	
<i>rifabutin</i> CAPS 150mg	Tier 2	
<i>rifampin</i> CAPS 150mg, 300mg; SOLR 600mg	Tier 2	
SIRTURO TABS 20mg, 100mg	Tier 5	NDS, NM, LA, PA
TRECTOR TABS 250mg	Tier 4	

ANTIVIRALS

<i>acyclovir</i> CAPS 200mg; TABS 400mg, 800mg	Tier 1	
<i>acyclovir</i> SUSP 200mg/5ml	Tier 2	
<i>acyclovir sodium</i> SOLN 50mg/ml	Tier 2	B/D
<i>adefovir dipivoxil</i> TABS 10mg	Tier 5	NDS, NM
BARACLUDE SOLN .05mg/ml	Tier 5	NDS, NM
<i>entecavir</i> TABS .5mg, 1mg	Tier 2	NM
EPCLUSA PAK 150-37.5	Tier 5	NDS, NM, PA
EPCLUSA PAK 200-50MG	Tier 5	NDS, NM, PA
EPCLUSA TAB 200-50MG	Tier 5	NDS, NM, PA
EPCLUSA TAB 400-100	Tier 5	NDS, NM, PA
EPIVIR HBV SOLN 5mg/ml	Tier 4	NM
<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	NDS, NM, PA
HARVONI PAK 45-200MG	Tier 5	NDS, NM, PA
HARVONI TAB 45-200MG	Tier 5	NDS, NM, PA
HARVONI TAB 90-400MG	Tier 5	NDS, NM, PA
<i>lamivudine (hbv)</i> TABS 100mg	Tier 2	NM
MAVYRET PAK 50-20MG	Tier 5	NDS, NM, PA
MAVYRET TAB 100-40MG	Tier 5	NDS, NM, PA

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

10

15/11/2022

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>oseltamivir phosphate</i> CAPS 30mg	Tier 2	QL (168 caps / year)
<i>oseltamivir phosphate</i> CAPS 45mg, 75mg	Tier 2	QL (84 caps / year)
<i>oseltamivir phosphate</i> SUSR 6mg/ml	Tier 2	QL (1080 mL / year)
PEGASYS SOLN 180mcg/ml; SOSY 180mcg/0.5ml	Tier 5	NDS, NM, PA
PREVYMIS TABS 240mg, 480mg	Tier 5	NDS, QL (28 tabs / 28 days), PA
RELENZA DISKHALER AEPB 5mg/blister	Tier 3	QL (6 inhalers / year)
<i>ribavirin (hepatitis c)</i> CAPS 200mg; TABS 200mg	Tier 2	NM
<i>rimantadine hydrochloride</i> TABS 100mg	Tier 2	
<i>valacyclovir hcl</i> TABS 1gm, 500mg	Tier 2	
<i>valganciclovir hcl</i> SOLR 50mg/ml	Tier 5	NDS
<i>valganciclovir hcl</i> TABS 450mg	Tier 2	
VEMLIDY TABS 25mg	Tier 5	NDS, NM, PA
VOSEVI TAB	Tier 5	NDS, NM, PA

CEPHALOSPORINS

<i>cefaclor</i> CAPS 250mg, 500mg; SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml, 375mg/5ml	Tier 2	
CEFACTOR ER TB12 500mg	Tier 4	
<i>cefadroxil</i> CAPS 500mg	Tier 1	
<i>cefadroxil</i> SUSR 250mg/5ml, 500mg/5ml	Tier 2	
CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML	Tier 4	
<i>cefazolin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 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> SUSR 100mg/5ml, 200mg/5ml	Tier 2	
<i>cefoxitin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm	Tier 2	
<i>cefepodoxime proxetil</i> SUSR 50mg/5ml, 100mg/5ml; TABS 100mg, 200mg	Tier 2	
<i>cefprozil</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg	Tier 2	
<i>ceftazidime</i> SOLR 1gm, 2gm, 6gm	Tier 2	
CEFTAZIDIME/ SOL D5W 1GM	Tier 4	
CEFTAZIDIME/ SOL D5W 2GM	Tier 4	
<i>ceftriaxone sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 250mg, 500mg	Tier 2	
<i>cefuroxime axetil</i> TABS 250mg, 500mg	Tier 2	

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>cefuroxime sodium</i> SOLR 1.5gm, 750mg	Tier 2	
<i>cephalexin</i> CAPS 250mg, 500mg	Tier 1	
<i>cephalexin</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	Tier 2	
<i>tazicef</i> SOLR 1gm, 2gm, 6gm	Tier 2	
TEFLARO SOLR 400mg, 600mg	Tier 5	NDS
ERYTHROMYCINS/MACROLIDES		
<i>azithromycin</i> PACK 1gm; SOLR 500mg; SUSR 100mg/5ml, 200mg/5ml	Tier 2	
<i>azithromycin</i> TABS 250mg, 500mg, 600mg	Tier 1	
<i>clarithromycin</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg; TB24 500mg	Tier 2	
DIFICID SUSR 40mg/ml; TABS 200mg	Tier 5	NDS
<i>e.e.s. 400</i> TABS 400mg	Tier 2	
<i>ery-tab</i> TBEC 250mg, 333mg, 500mg	Tier 2	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE SOLR 500mg	Tier 5	NDS
<i>erythrocin stearate</i> TABS 250mg	Tier 2	
<i>erythromycin base</i> CPEP 250mg; TABS 250mg, 500mg; TBEC 250mg, 333mg, 500mg	Tier 2	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> TABS 400mg	Tier 2	
<i>erythromycin lactobionate</i> SOLR 500mg	Tier 5	NDS
FLUOROQUINOLONES		
CIPRO SUSR 500mg/5ml	Tier 4	
<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml in d5w</i>	Tier 2	
<i>ciprofloxacin 400 mg/200ml in d5w</i>	Tier 2	
<i>ciprofloxacin hcl</i> TABS 100mg	Tier 2	
<i>ciprofloxacin hcl</i> TABS 250mg, 500mg, 750mg	Tier 1	
<i>levofloxacin</i> SOLN 25mg/ml	Tier 2	
<i>levofloxacin</i> TABS 250mg, 500mg, 750mg	Tier 1	
<i>levofloxacin in d5w iv soln 250 mg/50ml</i>	Tier 2	
<i>levofloxacin in d5w iv soln 500 mg/100ml</i>	Tier 2	
<i>levofloxacin in d5w iv soln 750 mg/150ml</i>	Tier 2	
PENICILLINS		
<i>amoxicillin</i> CAPS 250mg, 500mg; SUSR 125mg/5ml, 200mg/5ml, 250mg/5ml, 400mg/5ml; TABS 500mg, 875mg	Tier 1	
<i>amoxicillin</i> CHEW 125mg, 250mg	Tier 2	

PA - Previa autorización . PA NSO - Autorización previa sólo para miembros nuevos
 QL - Límites de cantidad. ST - Terapia escalonada . NM - Sin encargos por correo
 B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . LA - Medicamentos con acceso limitado GC
 - Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de
 cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
 NDS - Suministro de días no extendidos SI - Insulinas Selectas

12

15/11/2022

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>amoxicillin & k clavulanate chew tab 200-28.5 mg</i>	Tier 2	
<i>amoxicillin & k clavulanate chew tab 400-57 mg</i>	Tier 2	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 200-28.5 mg/5ml</i>	Tier 2	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 250-62.5 mg/5ml</i>	Tier 2	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 400-57 mg/5ml</i>	Tier 2	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 600-42.9 mg/5ml</i>	Tier 2	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 250-125 mg</i>	Tier 2	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 500-125 mg</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</i>	Tier 2	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 3 (2-1) gm</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</i>	Tier 2	
<i>ampicillin sodium SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 125mg, 250mg, 500mg</i>	Tier 2	
<i>BICILLIN L-A SUSP 2400000unit/4ml; SUSY 600000unit/ml, 1200000unit/2ml</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	NDS
<i>oxacillin sodium SOLR 1gm, 2gm, 10gm</i>	Tier 2	
<i>PEN GK/DEXTR INJ 40000/ML</i>	Tier 4	
<i>PEN GK/DEXTR INJ 60000/ML</i>	Tier 4	
<i>penicillin g potassium SOLR 5000000unit, 20000000unit</i>	Tier 2	
<i>PENICILLIN G PROCAINE SUSP 600000unit/ml</i>	Tier 4	

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

13

15/11/2022

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>penicillin g sodium</i> SOLR 5000000unit	Tier 2	
<i>penicillin v potassium</i> SOLR 125mg/5ml, 250mg/5ml	Tier 2	
<i>penicillin v potassium</i> TABS 250mg, 500mg	Tier 1	
<i>pfizerpen</i> SOLR 5000000unit, 20000000unit	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

<i>doxy 100</i> SOLR 100mg	Tier 2	
<i>doxycycline (monohydrate)</i> CAPS 50mg, 100mg; TABS 50mg, 75mg, 100mg	Tier 2	
<i>doxycycline hyclate</i> CAPS 50mg, 100mg; SOLR 100mg; TABS 20mg, 100mg	Tier 2	
<i>minocycline hcl</i> CAPS 50mg, 75mg, 100mg	Tier 2	
NUZYRA SOLR 100mg; TABS 150mg	Tier 5	NDS, NM, LA
<i>tetracycline hcl</i> CAPS 250mg, 500mg	Tier 2	PA
<i>tigecycline</i> SOLR 50mg	Tier 2	
TIGECYCLINE SOLR 50mg	Tier 5	NDS

ANTINEOPLASTIC AGENTS

ALKYLATING AGENTS

BENDEKA SOLN 100mg/4ml	Tier 5	NDS, 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	Tier 2	B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 1gm/5ml, 500mg/2.5ml	Tier 5	NDS, B/D
<i>cyclophosphamide</i> SOLR 1gm, 2gm, 500mg	Tier 5	NDS, B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE TABS 25mg, 50mg	Tier 4	B/D

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de
cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

14

15/11/2022

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR SOLN 2gm/10ml	Tier 5	NDS, B/D
LEUKERAN TABS 2mg	Tier 4	
<i>oxaliplatin</i> SOLN 50mg/10ml, 100mg/20ml, 200mg/40ml	Tier 2	B/D
<i>oxaliplatin</i> SOLR 50mg, 100mg	Tier 5	NDS, B/D
<i>paraplatin</i> SOLN 1000mg/100ml	Tier 2	B/D
ANTIBIOTICS		
<i>adriamycin</i> SOLN 2mg/ml	Tier 2	B/D
<i>doxorubicin hcl</i> SOLN 2mg/ml	Tier 2	B/D
<i>doxorubicin hcl liposomal</i> INJ 2mg/ml	Tier 5	NDS, B/D
<i>epirubicin hcl</i> SOLN 50mg/25ml, 200mg/100ml	Tier 2	B/D
ANTIMETABOLITES		
ALIMTA SOLR 100mg, 500mg	Tier 5	NDS, B/D
azacitidine SUSR 100mg	Tier 5	NDS, B/D, NM
cytarabine SOLN 20mg/ml	Tier 2	B/D
fluorouracil SOLN 1gm/20ml, 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 500mg/10ml	Tier 2	B/D
<i>gemcitabine hcl</i> SOLN 1gm/26.3ml, 2gm/52.6ml, 200mg/5.26ml; SOLR 1gm, 2gm, 200mg	Tier 2	B/D
INQOVI TAB 35-100MG	Tier 5	NDS, NM, LA, PA NSO
LONSURF TAB 15-6.14	Tier 5	NDS, NM, PA NSO
LONSURF TAB 20-8.19	Tier 5	NDS, NM, PA NSO
<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	Tier 5	NDS, NM, LA, PA NSO
<i>pemetrexed disodium</i> SOLR 100mg, 500mg, 750mg, 1000mg	Tier 5	NDS, B/D
PURIXAN SUSP 2000mg/100ml	Tier 5	NDS, NM
TABLOID TABS 40mg	Tier 4	
HORMONAL ANTINEOPLASTIC AGENTS		
<i>abiraterone acetate</i> TABS 250mg, 500mg	Tier 5	NDS, NM, PA NSO
<i>anastrozole</i> TABS 1mg	Tier 1	
<i>bicalutamide</i> TABS 50mg	Tier 2	
EMCYT CAPS 140mg	Tier 5	NDS
ERLEADA TABS 60mg	Tier 5	NDS, NM, LA, PA NSO
EULEXIN CAPS 125mg	Tier 5	NDS
<i>exemestane</i> TABS 25mg	Tier 2	

PA - Previa autorización . PA NSO - Autorización previa sólo para miembros nuevos
 QL - Límites de cantidad. ST - Terapia escalonada . NM - Sin encargos por correo
 B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . LA - Medicamentos con acceso limitado GC
 - Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de
 cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
 NDS - Suministro de días no extendidos SI - Insulinas Selectas

15

15/11/2022

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>flutamide</i> CAPS 125mg	Tier 2	
<i>fulvestrant</i> SOSY 250mg/5ml	Tier 5	NDS, B/D
<i>letrozole</i> TABS 2.5mg	Tier 1	
<i>leuprolide acetate</i> KIT 1mg/0.2ml	Tier 2	NM, PA NSO
LUPRON DEPOT (1-MONTH) KIT 3.75mg	Tier 5	NDS, NM, PA NSO
LUPRON DEPOT (3-MONTH) KIT 11.25mg	Tier 5	NDS, NM, PA NSO
LYSODREN TABS 500mg	Tier 5	NDS, NM
<i>megestrol acetate</i> TABS 20mg, 40mg	Tier 3	
<i>nilutamide</i> TABS 150mg	Tier 5	NDS
NUBEQA TABS 300mg	Tier 5	NDS, NM, LA, PA NSO
ORGOVYX TABS 120mg	Tier 5	NDS, NM, LA, PA NSO
SOLTAMOX SOLN 10mg/5ml	Tier 5	NDS
<i>tamoxifen citrate</i> TABS 10mg, 20mg	Tier 2	
<i>toremifene citrate</i> TABS 60mg	Tier 5	NDS
TRELSTAR MIXJECT SUSR 3.75mg, 11.25mg	Tier 5	NDS, NM, PA NSO
XTANDI CAPS 40mg; TABS 40mg, 80mg	Tier 5	NDS, NM, LA, PA NSO
IMMUNOMODULATORS		
<i>lenalidomide</i> CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg, 15mg	Tier 5	NDS, QL (28 caps / 28 days), NM, LA, PA NSO
<i>lenalidomide</i> CAPS 20mg, 25mg	Tier 5	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, LA, PA NSO
POMALYST CAPS 1mg, 2mg	Tier 5	NDS, QL (21 caps / 21 days), NM, LA, PA NSO
POMALYST CAPS 3mg, 4mg	Tier 5	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, LA, PA NSO
REVLIMID CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg, 15mg	Tier 5	NDS, QL (28 caps / 28 days), NM, LA, PA NSO
REVLIMID CAPS 20mg, 25mg	Tier 5	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, LA, PA NSO
THALOMID CAPS 50mg, 100mg	Tier 5	NDS, QL (28 caps / 28 days), NM, PA NSO
THALOMID CAPS 150mg, 200mg	Tier 5	NDS, QL (56 caps / 28 days), NM, PA NSO
MISCELLANEOUS		
BESREMI SOSY 500mcg/ml	Tier 5	NDS, NM, LA, PA NSO
<i>bexarotene</i> CAPS 75mg	Tier 5	NDS, NM, PA NSO
<i>hydroxyurea</i> CAPS 500mg	Tier 2	
<i>irinotecan hcl</i> SOLN 40mg/2ml, 100mg/5ml, 300mg/15ml, 500mg/25ml	Tier 2	B/D

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de
cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

16

15/11/2022

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
KISQALI 200 PAK FEMARA	Tier 5	NDS, QL (49 tabs / 28 days), NM, PA NSO
KISQALI 400 PAK FEMARA	Tier 5	NDS, QL (70 tabs / 28 days), NM, PA NSO
KISQALI 600 PAK FEMARA	Tier 5	NDS, QL (91 tabs / 28 days), NM, PA NSO
MATULANE CAPS 50mg	Tier 5	NDS, NM, LA
SYNRIBO SOLR 3.5mg	Tier 5	NDS, NM, PA NSO
<i>tretinoin (chemotherapy)</i> CAPS 10mg	Tier 5	NDS
WELIREG TABS 40mg	Tier 5	NDS, NM, LA, PA NSO

MITOTIC INHIBITORS

ABRAXANE INJ 100MG	Tier 5	NDS, B/D, NM
<i>docetaxel</i> CONC 20mg/ml	Tier 2	B/D
<i>docetaxel</i> CONC 80mg/4ml, 160mg/8ml; SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	Tier 5	NDS, B/D
DOCETAXEL CONC 80mg/4ml, 160mg/8ml; SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	Tier 5	NDS, B/D
<i>etoposide</i> SOLN 100mg/5ml, 500mg/25ml	Tier 2	B/D
<i>paclitaxel</i> CONC 30mg/5ml, 100mg/16.7ml, 150mg/25ml, 300mg/50ml	Tier 2	B/D
PACLITAXEL INJ 100MG	Tier 5	NDS, B/D, NM
<i>paclitaxel protein-bound particles for iv susp 100 mg</i>	Tier 5	NDS, B/D, NM
<i>toposar</i> SOLN 1gm/50ml, 100mg/5ml	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

AFINITOR TABS 10mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA NSO
AFINITOR DISPERZ TBSO 2mg	Tier 5	NDS, QL (150 tabs / 30 days), NM, PA NSO
AFINITOR DISPERZ TBSO 3mg	Tier 5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA NSO
AFINITOR DISPERZ TBSO 5mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA NSO
ALECENSA CAPS 150mg	Tier 5	NDS, NM, LA, PA NSO
ALUNBRIG TABS 30mg, 90mg, 180mg	Tier 5	NDS, NM, LA, PA NSO
ALUNBRIG PAK	Tier 5	NDS, NM, LA, PA NSO
AVASTIN SOLN 100mg/4ml, 400mg/16ml	Tier 5	NDS, NM, LA, PA NSO

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
AYVAKIT TABS 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 300mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA NSO
BALVERSA TABS 3mg, 4mg, 5mg	Tier 5	NDS, NM, LA, PA NSO
BORTEZOMIB SOLR 1mg, 2.5mg, 3.5mg	Tier 5	NDS, NM, PA NSO
<i>bortezomib</i> SOLR 3.5mg	Tier 5	NDS, NM, PA NSO
BOSULIF TABS 100mg, 400mg, 500mg	Tier 5	NDS, NM, PA NSO
BRAFTOVI CAPS 75mg	Tier 5	NDS, NM, LA, PA NSO
BRUKINSA CAPS 80mg	Tier 5	NDS, NM, LA, PA NSO
CABOMETYX TABS 20mg, 40mg, 60mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA NSO
CALQUENCE CAPS 100mg	Tier 5	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, LA, PA NSO
CALQUENCE TABS 100mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA NSO
CAPRELSA TABS 100mg, 300mg	Tier 5	NDS, NM, LA, PA NSO
COMETRIQ (60MG DOSE) KIT 20mg	Tier 5	NDS, NM, LA, PA NSO
COMETRIQ KIT 100MG	Tier 5	NDS, NM, LA, PA NSO
COMETRIQ KIT 140MG	Tier 5	NDS, NM, LA, PA NSO
COPIKTRA CAPS 15mg, 25mg	Tier 5	NDS, NM, LA, PA NSO
COTELLIC TABS 20mg	Tier 5	NDS, NM, LA, PA NSO
DAURISMO TABS 25mg, 100mg	Tier 5	NDS, NM, LA, PA NSO
ERIVEDGE CAPS 150mg	Tier 5	NDS, NM, LA, PA NSO
<i>erlotinib hcl</i> TABS 25mg	Tier 5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA NSO
<i>erlotinib hcl</i> TABS 100mg, 150mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA NSO
<i>everolimus</i> TABS 2.5mg, 5mg, 7.5mg, 10mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA NSO
<i>everolimus</i> TBSO 2mg	Tier 5	NDS, QL (150 tabs / 30 days), NM, PA NSO
<i>everolimus</i> TBSO 3mg	Tier 5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA NSO
<i>everolimus</i> TBSO 5mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA NSO
EXKIVITY CAPS 40mg	Tier 5	NDS, NM, LA, PA NSO
FOTIVDA CAPS .89mg, 1.34mg	Tier 5	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, LA, PA NSO
GAVRETO CAPS 100mg	Tier 5	NDS, NM, LA, PA NSO
GILOTRIF TABS 20mg, 30mg, 40mg	Tier 5	NDS, NM, LA, PA NSO
HERCEP HYLEC SOL 60-10000	Tier 5	NDS, NM, PA NSO
HERCEPTIN SOLR 150mg	Tier 5	NDS, NM, PA NSO
HERZUMA SOLR 150mg, 420mg	Tier 5	NDS, NM, PA NSO

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

18

15/11/2022

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
IBRANCE CAPS 75mg, 100mg, 125mg	Tier 5	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, LA, PA NSO
IBRANCE TABS 75mg, 100mg, 125mg	Tier 5	NDS, QL (21 tabs / 28 days), NM, LA, PA NSO
ICLUSIG TABS 10mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA NSO
ICLUSIG TABS 15mg, 30mg, 45mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA NSO
IDHIFA TABS 50mg, 100mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA NSO
<i>imatinib mesylate</i> TABS 100mg	Tier 5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA NSO
<i>imatinib mesylate</i> TABS 400mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA NSO
IMBRUVICA CAPS 70mg	Tier 5	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, LA, PA NSO
IMBRUVICA CAPS 140mg	Tier 5	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA NSO
IMBRUVICA SUSP 70mg/ml	Tier 5	NDS, QL (216 mL / 27 days), NM, LA, PA NSO
IMBRUVICA TABS 140mg, 280mg, 420mg, 560mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA NSO
INLYTA TABS 1mg	Tier 5	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, LA, PA NSO
INLYTA TABS 5mg	Tier 5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA NSO
INREBIC CAPS 100mg	Tier 5	NDS, NM, LA, PA NSO
IRESSA TABS 250mg	Tier 5	NDS, NM, LA, PA NSO
JAKAFI TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 25mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA NSO
KADCYLA SOLR 100mg, 160mg	Tier 5	NDS, B/D, NM
KANJINTI SOLR 150mg, 420mg	Tier 5	NDS, NM, PA NSO
KEYTRUDA SOLN 100mg/4ml	Tier 5	NDS, NM, PA NSO
KISQALI 200 DOSE TBPK 200mg	Tier 5	NDS, QL (21 tabs / 28 days), NM, PA NSO
KISQALI 400 DOSE TBPK 200mg	Tier 5	NDS, QL (42 tabs / 28 days), NM, PA NSO
KISQALI 600 DOSE TBPK 200mg	Tier 5	NDS, QL (63 tabs / 28 days), NM, PA NSO
<i>lapatinib ditosylate</i> TABS 250mg	Tier 5	NDS, NM, PA NSO
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE CPPK 4mg	Tier 5	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, LA, PA NSO

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de
cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

19

15/11/2022

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE CPPK 4mg	Tier 5	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, LA, PA NSO
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE CPPK 10mg	Tier 5	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, LA, PA NSO
LENVIMA 12MG DAILY DOSE CPPK 4mg	Tier 5	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, LA, PA NSO
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE CPPK 10mg	Tier 5	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, LA, PA NSO
LENVIMA CAP 14 MG	Tier 5	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, LA, PA NSO
LENVIMA CAP 18 MG	Tier 5	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, LA, PA NSO
LENVIMA CAP 24 MG	Tier 5	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, LA, PA NSO
LORBRENA TABS 25mg, 100mg	Tier 5	NDS, NM, LA, PA NSO
LUMAKRAS TABS 120mg	Tier 5	NDS, NM, LA, PA NSO
LYNPARZA TABS 100mg, 150mg	Tier 5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA NSO
MEKINIST TABS .5mg, 2mg	Tier 5	NDS, NM, LA, PA NSO
MEKTOVI TABS 15mg	Tier 5	NDS, NM, LA, PA NSO
MONJUVI SOLR 200mg	Tier 5	NDS, NM, LA, PA NSO
MVASI SOLN 100mg/4ml, 400mg/16ml	Tier 5	NDS, NM, LA, PA NSO
NERLYNX TABS 40mg	Tier 5	NDS, NM, LA, PA NSO
NEXAVAR TABS 200mg	Tier 5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA NSO
NINLARO CAPS 2.3mg, 3mg, 4mg	Tier 5	NDS, QL (3 caps / 28 days), NM, PA NSO
ODOMZO CAPS 200mg	Tier 5	NDS, NM, LA, PA NSO
OGIVRI SOLR 150mg	Tier 5	NDS, NM, PA NSO
OGIVRI INJ 420MG	Tier 5	NDS, NM, PA NSO
ONTRUZANT SOLR 150mg, 420mg	Tier 5	NDS, NM, PA NSO
PEMAZYRE TABS 4.5mg, 9mg, 13.5mg	Tier 5	NDS, NM, LA, PA NSO
PHESGO SOL	Tier 5	NDS, NM, LA, PA NSO
PIQRAY 200MG DAILY DOSE TBPK 200mg	Tier 5	NDS, NM, PA NSO
PIQRAY 250MG TAB DOSE	Tier 5	NDS, NM, PA NSO
PIQRAY 300MG DAILY DOSE TBPK 150mg	Tier 5	NDS, NM, PA NSO
QINLOCK TABS 50mg	Tier 5	NDS, NM, LA, PA NSO
RETEVMO CAPS 40mg, 80mg	Tier 5	NDS, NM, LA, PA NSO
RIABNI SOLN 100mg/10ml, 500mg/50ml	Tier 5	NDS, NM, LA, PA NSO
RITUXAN SOLN 100mg/10ml, 500mg/50ml	Tier 5	NDS, NM, LA, PA NSO
RITUXAN INJ HYCELA	Tier 5	NDS, NM, LA, PA NSO

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos 20
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de
cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
ROZLYTREK CAPS 100mg, 200mg	Tier 5	NDS, NM, LA, PA NSO
RUBRACA TABS 200mg, 250mg, 300mg	Tier 5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA NSO
RUXIENCE SOLN 100mg/10ml, 500mg/50ml	Tier 5	NDS, NM, PA NSO
RYDAPT CAPS 25mg	Tier 5	NDS, NM, PA NSO
SCEMBLIX TABS 20mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA NSO
SCEMBLIX TABS 40mg	Tier 5	NDS, QL (300 tabs / 30 days), NM, PA NSO
<i>sorafenib tosylate</i> TABS 200mg	Tier 5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA NSO
SPRYCEL TABS 20mg, 50mg, 70mg, 80mg, 100mg, 140mg	Tier 5	NDS, NM, PA NSO
STIVARGA TABS 40mg	Tier 5	NDS, NM, LA, PA NSO
<i>sunitinib malate</i> CAPS 12.5mg, 25mg, 37.5mg, 50mg	Tier 5	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA NSO
TABRECTA TABS 150mg, 200mg	Tier 5	NDS, NM, PA NSO
TAFINLAR CAPS 50mg, 75mg	Tier 5	NDS, NM, LA, PA NSO
TAGRISSO TABS 40mg, 80mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA NSO
TALZENNA CAPS .5mg, .75mg, 1mg	Tier 5	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, LA, PA NSO
TALZENNA CAPS .25mg	Tier 5	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, LA, PA NSO
TASIGNA CAPS 50mg, 150mg, 200mg	Tier 5	NDS, NM, PA NSO
TAZVERIK TABS 200mg	Tier 5	NDS, NM, LA, PA NSO
TECENTRIQ SOLN 840mg/14ml, 1200mg/20ml	Tier 5	NDS, NM, LA, PA NSO
TEPMETKO TABS 225mg	Tier 5	NDS, NM, LA, PA NSO
TIBSOVO TABS 250mg	Tier 5	NDS, NM, LA, PA NSO
TRAZIMERA SOLR 150mg, 420mg	Tier 5	NDS, NM, PA NSO
TRUSELTIQ 50 MG DAILY DOSE CPPK 25mg	Tier 5	NDS, NM, LA, PA NSO
TRUSELTIQ 75 MG DAILY DOSE CPPK 25mg	Tier 5	NDS, NM, LA, PA NSO
TRUSELTIQ 100 MG DAILY DOSE CPPK 100mg	Tier 5	NDS, NM, LA, PA NSO
TRUSELTIQ 125 MG DAILY DOSE	Tier 5	NDS, NM, LA, PA NSO
TRUXIMA SOLN 100mg/10ml, 500mg/50ml	Tier 5	NDS, NM, PA NSO
TUKYSA TABS 50mg, 150mg	Tier 5	NDS, NM, LA, PA NSO

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

21

15/11/2022

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
TURALIO CAPS 200mg	Tier 5	NDS, NM, LA, PA NSO
VELCADE SOLR 3.5mg	Tier 5	NDS, NM, PA NSO
VENCLEXTA TABS 10mg	Tier 4	QL (112 tabs / 28 days), NM, LA, PA NSO
VENCLEXTA TABS 50mg	Tier 5	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, LA, PA NSO
VENCLEXTA TABS 100mg	Tier 5	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, LA, PA NSO
VENCLEXTA TAB START PK	Tier 5	NDS, QL (42 tabs / 28 days), NM, LA, PA NSO
VERZENIO TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg	Tier 5	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, LA, PA NSO
VITRAKVI CAPS 25mg, 100mg; SOLN 20mg/ml	Tier 5	NDS, NM, LA, PA NSO
VIZIMPRO TABS 15mg, 30mg, 45mg	Tier 5	NDS, NM, LA, PA NSO
VONJO CAPS 100mg	Tier 5	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA NSO
VOTRIENT TABS 200mg	Tier 5	NDS, NM, LA, PA NSO
XALKORI CAPS 200mg, 250mg	Tier 5	NDS, NM, LA, PA NSO
XOSPATA TABS 40mg	Tier 5	NDS, NM, LA, PA NSO
XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY TBPK 20mg, 40mg	Tier 5	NDS, NM, LA, PA NSO
XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY TBPK 20mg, 40mg	Tier 5	NDS, NM, LA, PA NSO
XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY TBPK 20mg, 60mg	Tier 5	NDS, NM, LA, PA NSO
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY TBPK 20mg	Tier 5	NDS, NM, LA, PA NSO
XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY TBPK 20mg, 40mg	Tier 5	NDS, NM, LA, PA NSO
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY TBPK 20mg	Tier 5	NDS, NM, LA, PA NSO
XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY TBPK 20mg, 50mg	Tier 5	NDS, NM, LA, PA NSO
ZEJULA CAPS 100mg	Tier 5	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, LA, PA NSO
ZELBORAF TABS 240mg	Tier 5	NDS, NM, LA, PA NSO
ZIRABEV SOLN 100mg/4ml, 400mg/16ml	Tier 5	NDS, NM, PA NSO
ZOLINZA CAPS 100mg	Tier 5	NDS, NM, PA NSO
ZYDELIG TABS 100mg, 150mg	Tier 5	NDS, NM, LA, PA NSO
ZYKADIA TABS 150mg	Tier 5	NDS, NM, LA, PA NSO

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de
cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

22

15/11/2022

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
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	NDS
CARDIOVASCULAR		
ACE INHIBITOR COMBINATIONS		
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 2.5- 10 mg</i>	Tier 1	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5- 10 mg</i>	Tier 1	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5- 20 mg</i>	Tier 1	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5- 40 mg</i>	Tier 1	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10- 20 mg</i>	Tier 1	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10- 40 mg</i>	Tier 1	QL (30 caps / 30 days)
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 5- 6.25mg</i>	Tier 1	
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 10- 12.5 mg</i>	Tier 1	
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20- 12.5 mg</i>	Tier 1	
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	Tier 1	
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 5-12.5 mg</i>	Tier 1	
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 10-25 mg</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</i>	Tier 6	
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	Tier 6	

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de
cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

23

15/11/2022

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	Tier 6	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	Tier 1	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	Tier 1	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	Tier 1	
ACE INHIBITORS		
<i>benazepril hcl TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg</i>	Tier 6	
<i>captopril TABS 12.5mg, 25mg, 50mg, 100mg</i>	Tier 1	
<i>enalapril maleate TABS 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg</i>	Tier 1	
<i>fosinopril sodium TABS 10mg, 20mg, 40mg</i>	Tier 6	
<i>lisinopril TABS 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	Tier 6	
<i>moexipril hcl TABS 7.5mg, 15mg</i>	Tier 1	
<i>perindopril erbumine TABS 2mg, 4mg, 8mg</i>	Tier 1	
<i>quinapril hcl TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg</i>	Tier 6	
<i>ramipril CAPS 1.25mg, 2.5mg, 5mg, 10mg</i>	Tier 6	
<i>trandolapril TABS 1mg, 2mg, 4mg</i>	Tier 1	
ALDOSTERONE RECEPTOR ANTAGONISTS		
<i>eplerenone TABS 25mg, 50mg</i>	Tier 2	
<i>KERENDIA TABS 10mg, 20mg</i>	Tier 3	QL (30 tabs / 30 days)
<i>spironolactone TABS 25mg, 50mg, 100mg</i>	Tier 1	
ALPHA BLOCKERS		
<i>doxazosin mesylate 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		
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-20 mg</i>	Tier 1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-40 mg</i>	Tier 1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-20 mg</i>	Tier 1	QL (30 tabs / 30 days)

PA - Previa autorización . PA NSO - Autorización previa sólo para miembros nuevos
 QL - Límites de cantidad. ST - Terapia escalonada . NM - Sin encargos por correo
 B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . LA - Medicamentos con acceso limitado GC
 - Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de
 cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
 NDS - Suministro de días no extendidos SI - Insulinas Selectas

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-40 mg</i>	Tier 1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-160 mg</i>	Tier 1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-320 mg</i>	Tier 1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-160 mg</i>	Tier 1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-320 mg</i>	Tier 1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide tab 5-160-12.5 mg</i>	Tier 1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide tab 5-160-25 mg</i>	Tier 1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide tab 10-160-12.5 mg</i>	Tier 1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide tab 10-160-25 mg</i>	Tier 1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide tab 10-320-25 mg</i>	Tier 1	QL (30 tabs / 30 days)
ENTRESTO TAB 24-26MG	Tier 3	
ENTRESTO TAB 49-51MG	Tier 3	
ENTRESTO TAB 97-103MG	Tier 3	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 150-12.5 mg</i>	Tier 6	QL (30 tabs / 30 days)
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 300-12.5 mg</i>	Tier 6	QL (30 tabs / 30 days)
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 50-12.5 mg</i>	Tier 6	
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg</i>	Tier 6	
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	Tier 6	
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	Tier 6	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i>	Tier 6	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-25 mg</i>	Tier 6	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 20-5-12.5 mg</i>	Tier 1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-12.5 mg</i>	Tier 1	QL (30 tabs / 30 days)

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

25

15/11/2022

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-25 mg</i>	Tier 1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-12.5 mg</i>	Tier 1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-25 mg</i>	Tier 1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg</i>	Tier 6	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-12.5 mg</i>	Tier 6	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-25 mg</i>	Tier 6	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-12.5 mg</i>	Tier 6	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-25 mg</i>	Tier 6	QL (30 tabs / 30 days)

ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS

<i>irbesartan TABS 75mg, 150mg, 300mg</i>	Tier 6	QL (30 tabs / 30 days)
<i>losartan potassium TABS 25mg, 50mg, 100mg</i>	Tier 6	
<i>olmesartan medoxomil TABS 5mg</i>	Tier 1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>olmesartan medoxomil TABS 20mg, 40mg</i>	Tier 1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan TABS 20mg, 40mg, 80mg</i>	Tier 1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan TABS 40mg, 80mg, 160mg</i>	Tier 1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>valsartan TABS 320mg</i>	Tier 1	QL (30 tabs / 30 days)

ANTIARRHYTHMICS

<i>amiodarone hcl SOLN 50mg/ml, 900mg/18ml; TABS 100mg, 400mg</i>	Tier 2	
<i>amiodarone hcl TABS 200mg</i>	Tier 1	
<i>disopyramide phosphate CAPS 100mg, 150mg</i>	Tier 4	
<i>dofetilide CAPS 125mcg, 250mcg, 500mcg</i>	Tier 2	NM
<i>flecainide acetate TABS 50mg, 100mg, 150mg</i>	Tier 2	
<i>MULTAQ TABS 400mg</i>	Tier 4	
<i>NORPACE CR CP12 100mg, 150mg</i>	Tier 4	
<i>pacerone TABS 100mg, 400mg</i>	Tier 2	
<i>pacerone TABS 200mg</i>	Tier 1	
<i>propafenone hcl CP12 225mg, 325mg, 425mg; TABS 150mg, 225mg, 300mg</i>	Tier 2	
<i>quinidine sulfate TABS 200mg, 300mg</i>	Tier 2	

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

26

15/11/2022

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>sorine</i> TABS 80mg, 120mg, 160mg, 240mg	Tier 1	
<i>sotalol hcl</i> TABS 80mg, 120mg, 160mg, 240mg	Tier 1	
<i>sotalol hcl (afib/af)</i> TABS 80mg, 120mg, 160mg	Tier 2	
ANTILIPEMICS, FIBRATES		
<i>fenofibrate</i> TABS 48mg, 54mg, 145mg, 160mg	Tier 2	
<i>fenofibrate micronized</i> CAPS 67mg, 134mg, 200mg	Tier 2	
<i>gemfibrozil</i> TABS 600mg	Tier 1	
ANTILIPEMICS, HMG-CoA REDUCTASE INHIBITORS		
<i>atorvastatin calcium</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	Tier 6	QL (30 tabs / 30 days)
<i>lovastatin</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg	Tier 6	QL (60 tabs / 30 days)
<i>pravastatin sodium</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	Tier 6	QL (30 tabs / 30 days)
<i>rosuvastatin calcium</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg	Tier 1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>simvastatin</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	Tier 6	QL (30 tabs / 30 days)
ANTILIPEMICS, MISCELLANEOUS		
<i>cholestyramine</i> PACK 4gm; POWD 4gm/dose	Tier 2	
<i>cholestyramine light</i> PACK 4gm; POWD 4gm/dose	Tier 2	
<i>colesevelam hcl</i> PACK 3.75gm; TABS 625mg	Tier 2	
<i>colestipol hcl</i> GRAN 5gm; PACK 5gm; TABS 1gm	Tier 2	
<i>ezetimibe</i> TABS 10mg	Tier 2	
<i>niacin (antihyperlipidemic)</i> TBCR 500mg, 750mg, 1000mg	Tier 2	QL (60 tabs / 30 days)
PRALUENT SOAJ 75mg/ml, 150mg/ml	Tier 3	NM, PA
<i>prevalite</i> PACK 4gm; POWD 4gm/dose	Tier 2	
VASCEPA CAPS .5gm, 1gm	Tier 4	
BETA-BLOCKER/DIURETIC COMBINATIONS		
<i>atenolol & chlorthalidone tab 50-25 mg</i>	Tier 1	
<i>atenolol & chlorthalidone tab 100-25 mg</i>	Tier 1	

PA - Previa autorización . PA NSO - Autorización previa sólo para miembros nuevos
 QL - Límites de cantidad. ST - Terapia escalonada . NM - Sin encargos por correo
 B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . LA - Medicamentos con acceso limitado GC
 - Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de
 cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
 NDS - Suministro de días no extendidos SI - Insulinas Selectas

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 2.5-6.25 mg</i>	Tier 1	
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 5-6.25 mg</i>	Tier 1	
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 10-6.25 mg</i>	Tier 1	
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i>	Tier 2	
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	Tier 2	
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-50 mg</i>	Tier 2	
BETA-BLOCKERS		
<i>acebutolol hcl CAPS 200mg, 400mg</i>	Tier 2	
<i>atenolol TABS 25mg, 50mg, 100mg</i>	Tier 1	
<i>bisoprolol fumarate TABS 5mg, 10mg</i>	Tier 1	
<i>carvedilol TABS 3.125mg, 6.25mg, 12.5mg, 25mg</i>	Tier 1	
<i>labetalol hcl TABS 100mg, 200mg, 300mg</i>	Tier 2	
<i>metoprolol succinate TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg</i>	Tier 1	
<i>metoprolol tartrate SOLN 5mg/5ml</i>	Tier 2	
<i>metoprolol tartrate TABS 25mg, 50mg, 100mg</i>	Tier 1	
<i>nadolol TABS 20mg, 40mg, 80mg</i>	Tier 2	
<i>nebivolol hcl TABS 2.5mg, 5mg, 10mg</i>	Tier 2	QL (30 tabs / 30 days)
<i>nebivolol hcl TABS 20mg</i>	Tier 2	QL (60 tabs / 30 days)
<i>pindolol TABS 5mg, 10mg</i>	Tier 2	
<i>propranolol hcl CP24 60mg, 80mg, 120mg, 160mg; SOLN 20mg/5ml, 40mg/5ml; TABS 10mg, 20mg, 40mg, 60mg, 80mg</i>	Tier 2	
<i>timolol maleate TABS 5mg, 10mg, 20mg</i>	Tier 2	
CALCIUM CHANNEL BLOCKERS		
<i>amlodipine besylate TABS 2.5mg, 5mg, 10mg</i>	Tier 1	
<i>cartia xt CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg</i>	Tier 2	
<i>dilt-xr CP24 120mg, 180mg, 240mg</i>	Tier 2	
<i>diltiazem hcl CP12 60mg, 90mg, 120mg; SOLN 25mg/5ml, 50mg/10ml, 125mg/25ml</i>	Tier 2	

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>diltiazem hcl</i> TABS 30mg, 60mg, 90mg, 120mg	Tier 1	
<i>diltiazem hcl coated beads</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg	Tier 2	
<i>diltiazem hcl extended release beads</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	Tier 2	
<i>felodipine</i> TB24 2.5mg, 5mg, 10mg	Tier 2	
<i>isradipine</i> CAPS 2.5mg, 5mg	Tier 2	
<i>nicardipine hcl</i> CAPS 20mg, 30mg	Tier 2	
<i>nifedipine</i> TB24 30mg, 60mg, 90mg	Tier 2	
<i>nimodipine</i> CAPS 30mg	Tier 2	
NYMALIZE SOLN 6mg/ml	Tier 5	NDS
<i>taztia xt</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg	Tier 2	
<i>tiadylt er</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	Tier 2	
<i>verapamil hcl</i> CP24 100mg, 120mg, 180mg, 200mg, 240mg, 300mg, 360mg; SOLN 2.5mg/ml	Tier 2	
<i>verapamil hcl</i> TABS 40mg, 80mg, 120mg; TBCR 120mg, 180mg, 240mg	Tier 1	
DIURETICS		
<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 .5mg, 1mg, 2mg	Tier 2	
<i>chlorthalidone</i> TABS 25mg, 50mg	Tier 2	
<i>furosemide</i> SOLN 10mg/ml, 40mg/5ml; 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	

PA - Previa autorización . PA NSO - Autorización previa sólo para miembros nuevos
 QL - Límites de cantidad. ST - Terapia escalonada . NM - Sin encargos por correo
 B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . LA - Medicamentos con acceso limitado GC
 - Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de
 cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
 NDS - Suministro de días no extendidos SI - Insulinas Selectas

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>torse mide</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 100mg	Tier 1	
<i>triamterene & hydrochlorothiazide cap</i> 37.5-25 mg	Tier 1	
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab</i> 37.5-25 mg	Tier 1	
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab</i> 75-50 mg	Tier 1	
MISCELLANEOUS		
ADRENALIN SOLN 1mg/ml	Tier 4	
<i>aliskiren fumarate</i> TABS 150mg, 300mg	Tier 2	
<i>clonidine</i> PTWK .1mg/24hr, .2mg/24hr, .3mg/24hr	Tier 2	
<i>clonidine hcl</i> TABS .1mg, .2mg, .3mg	Tier 1	
CORLANOR SOLN 5mg/5ml; TABS 5mg, 7.5mg	Tier 4	
<i>digitek</i> TABS .125mg, .25mg	Tier 2	QL (30 tabs / 30 days)
<i>digoxin</i> SOLN .05mg/ml, .25mg/ml	Tier 2	
<i>digoxin</i> TABS 125mcg, 250mcg	Tier 2	QL (30 tabs / 30 days)
<i>droxidopa</i> CAPS 100mg	Tier 5	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA
<i>droxidopa</i> CAPS 200mg, 300mg	Tier 5	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
<i>guanfacine hcl</i> TABS 1mg, 2mg	Tier 3	PA; PA if 70 years and older
<i>hydralazine hcl</i> SOLN 20mg/ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg	Tier 2	
<i>metyrosine</i> CAPS 250mg	Tier 5	NDS, 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	Tier 3	
NITRATES		
<i>isosorbide dinitrate</i> TABS 5mg, 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; SUBL .3mg, .4mg, .6mg	Tier 2	

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

30

15/11/2022

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
------------------------------	--------------	-----------------------------

PULMONARY ARTERIAL HYPERTENSION

ADEMPAS TABS .5mg, 1mg, 1.5mg, 2mg, 2.5mg	Tier 5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, LA, PA NSO
<i>ambrisentan</i> TABS 5mg, 10mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA NSO
<i>bosentan</i> TABS 62.5mg	Tier 5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA NSO
<i>bosentan</i> TABS 125mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA NSO
OPSUMIT TABS 10mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA NSO
<i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension)</i> TABS 20mg	Tier 2	QL (90 tabs / 30 days), NM, PA NSO
<i>treprostinil</i> SOLN 20mg/20ml, 50mg/20ml, 100mg/20ml, 200mg/20ml	Tier 5	NDS, NM, LA, PA NSO
VENTAVIS SOLN 10mcg/ml, 20mcg/ml	Tier 5	NDS, NM, PA NSO

CENTRAL NERVOUS SYSTEM

ANTI-ANXIETY

<i>alprazolam</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg	Tier 2	QL (150 tabs / 30 days)
<i>bupirone hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 15mg	Tier 1	
<i>bupirone hcl</i> TABS 7.5mg, 30mg	Tier 2	
<i>flvoxamine maleate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	Tier 2	
<i>lorazepam</i> CONC 2mg/ml	Tier 2	QL (150 mL / 30 days)
<i>lorazepam</i> SOLN 2mg/ml, 4mg/ml	Tier 2	
<i>lorazepam</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg	Tier 2	QL (150 tabs / 30 days)
<i>lorazepam intensol</i> CONC 2mg/ml	Tier 2	QL (150 mL / 30 days)

ANTICONVULSANTS

APTIOM TABS 200mg, 400mg, 600mg, 800mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days)
BRIVIACT SOLN 10mg/ml	Tier 5	NDS, QL (600 mL / 30 days), PA NSO
BRIVIACT SOLN 50mg/5ml	Tier 4	PA NSO
BRIVIACT TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA NSO
<i>carbamazepine</i> CHEW 100mg; CP12 100mg, 200mg, 300mg; SUSP 100mg/5ml; TABS 200mg; TB12 100mg, 200mg, 400mg	Tier 2	
CELONTIN CAPS 300mg	Tier 4	

PA - Previa autorización . PA NSO - Autorización previa sólo para miembros nuevos
 QL - Límites de cantidad. ST - Terapia escalonada . NM - Sin encargos por correo
 B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . LA - Medicamentos con acceso limitado GC
 - Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de
 cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
 NDS - Suministro de días no extendidos SI - Insulinas Selectas

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>clobazam</i> SUSP 2.5mg/ml	Tier 2	QL (480 mL / 30 days), PA NSO
<i>clobazam</i> TABS 10mg, 20mg	Tier 2	QL (60 tabs / 30 days), PA NSO
<i>clonazepam</i> TABS 2mg; TBDP 2mg	Tier 2	QL (300 tabs / 30 days)
<i>clonazepam</i> TABS .5mg, 1mg; TBDP .125mg, .25mg, .5mg, 1mg	Tier 2	QL (90 tabs / 30 days)
<i>clorazepate dipotassium</i> TABS 3.75mg, 7.5mg, 15mg	Tier 2	QL (180 tabs / 30 days), PA NSO; PA if 65 years and older
DIACOMIT CAPS 250mg	Tier 5	NDS, QL (360 caps / 30 days), NM, LA, PA NSO
DIACOMIT CAPS 500mg	Tier 5	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, LA, PA NSO
DIACOMIT PACK 250mg	Tier 5	NDS, QL (360 packets / 30 days), NM, LA, PA NSO
DIACOMIT PACK 500mg	Tier 5	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, LA, PA NSO
<i>diazepam</i> CONC 5mg/ml	Tier 2	QL (240 mL / 30 days), PA NSO; PA if 65 years and older
<i>diazepam</i> SOLN 5mg/5ml	Tier 2	QL (1200 mL / 30 days), PA NSO; PA if 65 years and older
<i>diazepam</i> TABS 2mg, 5mg, 10mg	Tier 2	QL (120 tabs / 30 days), PA NSO; PA if 65 years and older
<i>diazepam (anticonvulsant)</i> GEL 2.5mg, 10mg, 20mg	Tier 2	
<i>diazepam inj</i> SOLN 5mg/ml	Tier 2	
DILANTIN CAPS 30mg, 100mg	Tier 4	
DILANTIN INFATABS CHEW 50mg	Tier 4	
DILANTIN-125 SUSP 125mg/5ml	Tier 4	
<i>divalproex sodium</i> CSDR 125mg; TB24 250mg, 500mg; TBEC 125mg, 250mg, 500mg	Tier 2	
EPIDIOLEX SOLN 100mg/ml	Tier 5	NDS, QL (600 mL / 30 days), NM, LA, PA NSO
<i>epitol</i> TABS 200mg	Tier 2	
EPRONTIA SOLN 25mg/ml	Tier 4	

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de
cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

32

15/11/2022

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>ethosuximide</i> CAPS 250mg; SOLN 250mg/5ml	Tier 2	
<i>felbamate</i> SUSP 600mg/5ml	Tier 5	NDS
<i>felbamate</i> TABS 400mg, 600mg	Tier 2	
FINTEPLA SOLN 2.2mg/ml	Tier 5	NDS, QL (360 mL / 30 days), NM, LA, PA NSO
FYCOMPA SUSP .5mg/ml	Tier 5	NDS, QL (720 mL / 30 days), PA NSO
FYCOMPA TABS 2mg	Tier 4	QL (60 tabs / 30 days), PA NSO
FYCOMPA TABS 4mg, 6mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA NSO
FYCOMPA TABS 8mg, 10mg, 12mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), PA NSO
<i>gabapentin</i> CAPS 100mg	Tier 1	QL (1080 caps / 30 days)
<i>gabapentin</i> CAPS 300mg	Tier 1	QL (360 caps / 30 days)
<i>gabapentin</i> CAPS 400mg	Tier 1	QL (270 caps / 30 days)
<i>gabapentin</i> SOLN 250mg/5ml	Tier 2	QL (2160 mL / 30 days)
<i>gabapentin</i> TABS 600mg	Tier 2	QL (180 tabs / 30 days)
<i>gabapentin</i> TABS 800mg	Tier 2	QL (120 tabs / 30 days)
<i>lacosamide</i> SOLN 10mg/ml	Tier 2	QL (1200 mL / 30 days)
<i>lacosamide</i> SOLN 200mg/20ml	Tier 5	NDS
<i>lacosamide</i> TABS 50mg	Tier 2	QL (120 tabs / 30 days)
<i>lacosamide</i> TABS 100mg, 150mg, 200mg	Tier 2	QL (60 tabs / 30 days)
<i>lamotrigine</i> CHEW 5mg, 25mg; TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 250mg, 300mg	Tier 2	
<i>lamotrigine</i> TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg	Tier 1	
<i>levetiracetam</i> SOLN 100mg/ml, 500mg/5ml; TABS 250mg, 500mg, 750mg, 1000mg; TB24 500mg, 750mg	Tier 2	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> 500 mg/100ml	Tier 2	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> 1000 mg/100ml	Tier 2	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> 1500 mg/100ml	Tier 2	
NAYZILAM SOLN 5mg/0.1ml	Tier 4	
<i>oxcarbazepine</i> SUSP 300mg/5ml; TABS 150mg, 300mg, 600mg	Tier 2	

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

33

15/11/2022

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>phenobarbital</i> ELIX 20mg/5ml	Tier 4	PA NSO; PA if 70 years and older
<i>phenobarbital</i> TABS 15mg, 16.2mg, 30mg, 32.4mg, 60mg, 64.8mg, 97.2mg, 100mg	Tier 3	PA NSO; PA if 70 years and older
<i>phenobarbital sodium</i> SOLN 65mg/ml, 130mg/ml	Tier 4	PA NSO; PA if 70 years and older
PHENYTEK CAPS 200mg, 300mg	Tier 4	
<i>phenytoin</i> CHEW 50mg; SUSP 125mg/5ml	Tier 2	
<i>phenytoin sodium</i> SOLN 50mg/ml	Tier 2	
<i>phenytoin sodium extended</i> CAPS 100mg, 200mg, 300mg	Tier 2	
<i>pregabalin</i> CAPS 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	Tier 2	QL (120 caps / 30 days), PA NSO
<i>pregabalin</i> CAPS 200mg	Tier 2	QL (90 caps / 30 days), PA NSO
<i>pregabalin</i> CAPS 225mg, 300mg	Tier 2	QL (60 caps / 30 days), PA NSO
<i>pregabalin</i> SOLN 20mg/ml	Tier 2	QL (900 mL / 30 days), PA NSO
<i>primidone</i> TABS 50mg, 250mg	Tier 1	
<i>roovepra</i> TABS 500mg	Tier 2	
<i>rufinamide</i> SUSP 40mg/ml	Tier 5	NDS, QL (2300 mL / 28 days), PA NSO
<i>rufinamide</i> TABS 200mg	Tier 5	NDS, QL (480 tabs / 30 days), PA NSO
<i>rufinamide</i> TABS 400mg	Tier 5	NDS, QL (240 tabs / 30 days), PA NSO
SPRITAM TB3D 250mg	Tier 4	QL (360 tabs / 30 days)
SPRITAM TB3D 500mg	Tier 4	QL (180 tabs / 30 days)
SPRITAM TB3D 750mg	Tier 4	QL (120 tabs / 30 days)
SPRITAM TB3D 1000mg	Tier 4	QL (90 tabs / 30 days)
<i>subvenite</i> TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg	Tier 1	
SYMPAZAN FILM 5mg	Tier 4	QL (60 films / 30 days), PA NSO
SYMPAZAN FILM 10mg, 20mg	Tier 5	NDS, QL (60 films / 30 days), PA NSO
<i>tiagabine hcl</i> TABS 2mg, 4mg, 12mg, 16mg	Tier 2	
<i>topiramate</i> CPSP 15mg, 25mg	Tier 2	

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

34

15/11/2022

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>topiramate</i> 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 LIQD 5mg/0.1ml, 10mg/0.1ml; LQPK 7.5mg/0.1ml, 10mg/0.1ml	Tier 4	
<i>vigabatrin</i> PACK 500mg	Tier 5	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, LA, PA NSO
<i>vigabatrin</i> TABS 500mg	Tier 5	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, LA, PA NSO
<i>vigadrone</i> PACK 500mg	Tier 5	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, LA, PA NSO
VIMPAT SOLN 10mg/ml	Tier 5	NDS, QL (1200 mL / 30 days)
VIMPAT SOLN 200mg/20ml	Tier 5	NDS
XCOPRI TABS 50mg	Tier 5	NDS, QL (90 tabs / 30 days)
XCOPRI TABS 100mg, 150mg, 200mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days)
XCOPRI PAK 12.5-25	Tier 4	QL (28 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 50-100MG	Tier 5	NDS, QL (28 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 100-150	Tier 5	NDS, QL (56 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 150-200MG (MAINTENANCE)	Tier 5	NDS, QL (56 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION)	Tier 5	NDS, QL (28 tabs / 28 days)
ZONISADE SUSP 100mg/5ml	Tier 4	QL (900 mL / 30 days), PA NSO
<i>zonisamide</i> CAPS 25mg, 50mg, 100mg	Tier 2	
ZTALMY SUSP 50mg/ml	Tier 5	NDS, QL (1100 mL / 30 days), NM, LA, PA NSO
ANTIDEMENTIA		
<i>donepezil hydrochloride</i> TABS 5mg; TBDP 5mg	Tier 1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>donepezil hydrochloride</i> TABS 10mg; TBDP 10mg	Tier 1	

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

35

15/11/2022

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>galantamine hydrobromide</i> CP24 8mg, 16mg, 24mg	Tier 2	QL (30 caps / 30 days)
<i>galantamine hydrobromide</i> SOLN 4mg/ml	Tier 2	
<i>galantamine hydrobromide</i> TABS 4mg, 8mg, 12mg	Tier 2	QL (60 tabs / 30 days)
<i>memantine hcl</i> CP24 7mg, 14mg, 21mg, 28mg; SOLN 2mg/ml; TABS 5mg, 10mg	Tier 2	PA; PA if < 30 yrs
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> PT24 4.6mg/24hr, 9.5mg/24hr, 13.3mg/24hr	Tier 2	QL (30 patches / 30 days)
<i>rivastigmine tartrate</i> CAPS 1.5mg, 3mg	Tier 2	QL (90 caps / 30 days)
<i>rivastigmine tartrate</i> CAPS 4.5mg, 6mg	Tier 2	QL (60 caps / 30 days)

ANTIDEPRESSANTS

<i>amitriptyline hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	Tier 3	
<i>amoxapine</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg, 150mg	Tier 3	
<i>bupropion hcl</i> TABS 75mg, 100mg; TB12 100mg, 150mg, 200mg; TB24 150mg, 300mg	Tier 2	
<i>citalopram hydrobromide</i> SOLN 10mg/5ml	Tier 2	
<i>citalopram hydrobromide</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg	Tier 1	
<i>clomipramine hcl</i> CAPS 25mg, 50mg, 75mg	Tier 4	PA NSO
<i>desipramine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	Tier 4	
<i>desvenlafaxine succinate</i> TB24 25mg, 50mg, 100mg	Tier 2	QL (30 tabs / 30 days), PA NSO
<i>doxepin hcl</i> CAPS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg; CONC 10mg/ml	Tier 3	
<i>doxepin hcl</i> CAPS 150mg	Tier 4	
DRIZALMA SPRINKLE CSDR 20mg, 30mg, 40mg, 60mg	Tier 4	QL (60 caps / 30 days), PA NSO
<i>duloxetine hcl</i> CPEP 20mg, 30mg, 60mg	Tier 2	QL (60 caps / 30 days)
EMSAM PT24 6mg/24hr, 9mg/24hr, 12mg/24hr	Tier 5	NDS, QL (30 patches / 30 days), PA NSO
<i>escitalopram oxalate</i> SOLN 5mg/5ml	Tier 2	

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

36

15/11/2022

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>escitalopram oxalate</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg	Tier 1	
FETZIMA CP24 20mg, 40mg	Tier 4	QL (60 caps / 30 days), PA NSO
FETZIMA CP24 80mg, 120mg	Tier 4	QL (30 caps / 30 days), PA NSO
FETZIMA CAP TITRATIO	Tier 4	PA NSO
<i>fluoxetine hcl</i> CAPS 10mg, 20mg, 40mg	Tier 1	
<i>fluoxetine hcl</i> SOLN 20mg/5ml	Tier 2	
<i>imipramine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg	Tier 2	
MARPLAN TABS 10mg	Tier 4	QL (180 tabs / 30 days)
<i>mirtazapine</i> TABS 7.5mg; TBDP 15mg, 30mg, 45mg	Tier 2	
<i>mirtazapine</i> TABS 15mg, 30mg, 45mg	Tier 1	
<i>nefazodone hcl</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg, 250mg	Tier 2	
<i>nortriptyline hcl</i> CAPS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg	Tier 2	
<i>nortriptyline hcl</i> SOLN 10mg/5ml	Tier 4	
<i>paroxetine hcl</i> SUSP 10mg/5ml	Tier 4	QL (900 mL / 30 days), PA NSO
<i>paroxetine hcl</i> TABS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	Tier 2	
PAXIL SUSP 10mg/5ml	Tier 4	QL (900 mL / 30 days), PA NSO
<i>phenelzine sulfate</i> TABS 15mg	Tier 2	
<i>protriptyline hcl</i> TABS 5mg, 10mg	Tier 4	
<i>sertraline hcl</i> CONC 20mg/ml	Tier 2	
<i>sertraline hcl</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	Tier 1	
<i>tranylcypromine sulfate</i> TABS 10mg	Tier 2	
<i>trazodone hcl</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg	Tier 1	
<i>trimipramine maleate</i> CAPS 25mg	Tier 4	QL (240 caps / 30 days)
<i>trimipramine maleate</i> CAPS 50mg	Tier 4	QL (120 caps / 30 days)
<i>trimipramine maleate</i> CAPS 100mg	Tier 4	QL (60 caps / 30 days)
TRINTELLIX TABS 5mg	Tier 4	QL (120 tabs / 30 days)
TRINTELLIX TABS 10mg	Tier 4	QL (60 tabs / 30 days)
TRINTELLIX TABS 20mg	Tier 4	QL (30 tabs / 30 days)
<i>venlafaxine hcl</i> CP24 37.5mg, 75mg, 150mg	Tier 1	
<i>venlafaxine hcl</i> TABS 25mg, 37.5mg, 50mg, 75mg, 100mg	Tier 2	
VIIBRYD TABS 10mg, 20mg, 40mg	Tier 4	QL (30 tabs / 30 days)

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

37

15/11/2022

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
VIIBRYD KIT STARTER	Tier 4	
<i>vilazodone hcl</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg	Tier 2	QL (30 tabs / 30 days)
ANTIPARKINSONIAN AGENTS		
<i>amantadine hcl</i> CAPS 100mg	Tier 2	QL (120 caps / 30 days)
<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	Tier 3	PA; PA if 70 years and older
<i>bromocriptine mesylate</i> 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>	Tier 2	
<i>carbidopa & levodopa tab 25-100 mg</i>	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	
KYNMOBI FILM 10mg, 15mg, 20mg, 25mg, 30mg	Tier 5	NDS, QL (150 films / 30 days), NM, PA
NEUPRO PT24 1mg/24hr, 2mg/24hr, 3mg/24hr, 4mg/24hr, 6mg/24hr, 8mg/24hr	Tier 4	
<i>pramipexole dihydrochloride</i> TABS .125mg, .25mg, .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg	Tier 1	

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

38

15/11/2022

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>rasagiline mesylate</i> TABS 1mg	Tier 2	QL (30 tabs / 30 days)
<i>rasagiline mesylate</i> TABS .5mg	Tier 2	QL (60 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; TABS 2mg, 5mg	Tier 3	PA; PA if 70 years and older

ANTIPSYCHOTICS

ABILIFY MAINTENA PRSY 300mg, 400mg	Tier 5	NDS, QL (1 syringe / 28 days)
ABILIFY MAINTENA SRER 300mg, 400mg	Tier 5	NDS, QL (1 injection / 28 days)
<i>aripiprazole</i> SOLN 1mg/ml	Tier 2	QL (900 mL / 30 days)
<i>aripiprazole</i> TABS 2mg, 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 30mg	Tier 2	QL (30 tabs / 30 days)
<i>aripiprazole</i> TBDP 10mg, 15mg	Tier 2	QL (60 tabs / 30 days)
ARISTADA PRSY 441mg/1.6ml, 662mg/2.4ml, 882mg/3.2ml	Tier 5	NDS, QL (1 syringe / 28 days)
ARISTADA PRSY 1064mg/3.9ml	Tier 5	NDS, QL (1 syringe / 56 days)
ARISTADA INITIO PRSY 675mg/2.4ml	Tier 5	NDS
<i>asenapine maleate</i> SUBL 2.5mg, 5mg, 10mg	Tier 2	QL (60 tabs / 30 days)
CAPLYTA CAPS 10.5mg, 21mg	Tier 5	NDS, QL (30 caps / 30 days), PA NSO
CAPLYTA CAPS 42mg	Tier 4	QL (30 caps / 30 days), PA NSO
<i>chlorpromazine hcl</i> SOLN 25mg/ml, 50mg/2ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	Tier 2	
CHLORPROMAZINE HYDROCHLOR CONC 30mg/ml, 100mg/ml	Tier 4	
<i>clozapine</i> TABS 25mg, 50mg	Tier 2	
<i>clozapine</i> TABS 100mg	Tier 2	QL (270 tabs / 30 days)
<i>clozapine</i> TABS 200mg	Tier 2	QL (135 tabs / 30 days)
<i>clozapine</i> TBDP 12.5mg, 25mg	Tier 2	PA NSO
<i>clozapine</i> TBDP 100mg	Tier 2	QL (270 tabs / 30 days), PA NSO
<i>clozapine</i> TBDP 150mg	Tier 2	QL (180 tabs / 30 days), PA NSO
<i>clozapine</i> TBDP 200mg	Tier 5	NDS, QL (135 tabs / 30 days), PA NSO

PA - Previa autorización . PA NSO - Autorización previa sólo para miembros nuevos
 QL - Límites de cantidad. ST - Terapia escalonada . NM - Sin encargos por correo
 B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . LA - Medicamentos con acceso limitado GC
 - Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de
 cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
 NDS - Suministro de días no extendidos SI - Insulinas Selectas

39

15/11/2022

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
FANAPT TABS 1mg, 2mg, 4mg, 6mg, 8mg, 10mg, 12mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA NSO
FANAPT PAK	Tier 4	PA NSO
<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> SOLN 50mg/ml, 100mg/ml	Tier 2	
<i>haloperidol lactate</i> CONC 2mg/ml; SOLN 5mg/ml	Tier 2	
INVEGA SUSTENNA SUSY 39mg/0.25ml	Tier 4	QL (1 syringe / 28 days)
INVEGA SUSTENNA SUSY 78mg/0.5ml, 117mg/0.75ml, 156mg/ml, 234mg/1.5ml	Tier 5	NDS, QL (1 syringe / 28 days)
INVEGA TRINZA SUSY 273mg/0.88ml, 410mg/1.32ml, 546mg/1.75ml, 819mg/2.63ml	Tier 5	NDS, QL (1 syringe / 90 days)
LATUDA TABS 20mg, 40mg, 60mg, 120mg	Tier 4	QL (30 tabs / 30 days)
LATUDA TABS 80mg	Tier 4	QL (60 tabs / 30 days)
<i>loxapine succinate</i> CAPS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	Tier 2	
<i>molindone hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 25mg	Tier 2	
NUPLAZID CAPS 34mg	Tier 5	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, LA, PA NSO
NUPLAZID TABS 10mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA NSO
<i>olanzapine</i> SOLR 10mg	Tier 2	QL (3 vials / 1 day)
<i>olanzapine</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg; TBDP 10mg	Tier 2	QL (60 tabs / 30 days)
<i>olanzapine</i> TABS 7.5mg, 15mg, 20mg; TBDP 5mg, 15mg, 20mg	Tier 2	QL (30 tabs / 30 days)
<i>paliperidone</i> TB24 1.5mg, 3mg, 9mg	Tier 2	QL (30 tabs / 30 days)
<i>paliperidone</i> TB24 6mg	Tier 2	QL (60 tabs / 30 days)
<i>perphenazine</i> TABS 2mg, 4mg, 8mg, 16mg	Tier 2	
PERSERIS PRSY 90mg, 120mg	Tier 5	NDS, QL (1 syringe / 30 days)
<i>pimozide</i> TABS 1mg, 2mg	Tier 2	

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

40

15/11/2022

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
<i>quetiapine fumarate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg, 150mg, 200mg, 300mg, 400mg	Tier 2	
<i>quetiapine fumarate</i> TB24 50mg, 300mg, 400mg	Tier 2	QL (60 tabs / 30 days), PA NSO
<i>quetiapine fumarate</i> TB24 150mg, 200mg	Tier 2	QL (30 tabs / 30 days), PA NSO
REXULTI TABS 3mg, 4mg	Tier 4	QL (30 tabs / 30 days)
REXULTI TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg	Tier 4	QL (60 tabs / 30 days)
RISPERDAL CONSTA SRER 12.5mg, 25mg	Tier 4	QL (2 injections / 28 days)
RISPERDAL CONSTA SRER 37.5mg, 50mg	Tier 5	NDS, QL (2 injections / 28 days)
<i>risperidone</i> SOLN 1mg/ml	Tier 2	QL (240 mL / 30 days)
<i>risperidone</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	Tier 1	
<i>risperidone</i> TBDP 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	Tier 2	QL (60 tabs / 30 days)
<i>risperidone</i> TBDP .25mg, .5mg	Tier 2	QL (90 tabs / 30 days)
SECUADO PT24 3.8mg/24hr, 5.7mg/24hr, 7.6mg/24hr	Tier 4	QL (30 patches / 30 days)
<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	Tier 5	NDS, QL (600 mL / 30 days), PA NSO
VRAYLAR CAPS 1.5mg	Tier 5	NDS, QL (60 caps / 30 days)
VRAYLAR CAPS 3mg, 4.5mg, 6mg	Tier 5	NDS, QL (30 caps / 30 days)
VRAYLAR CAP 1.5-3MG	Tier 4	
<i>ziprasidone hcl</i> CAPS 20mg, 40mg, 60mg, 80mg	Tier 2	QL (60 caps / 30 days)
<i>ziprasidone mesylate</i> SOLR 20mg	Tier 2	QL (6 injections / 3 days)
ZYPREXA RELPREVV SUSR 210mg	Tier 4	QL (2 vials / 28 days), NM, PA NSO
ZYPREXA RELPREVV SUSR 300mg	Tier 5	NDS, QL (2 vials / 28 days), NM, PA NSO
ZYPREXA RELPREVV SUSR 405mg	Tier 5	NDS, QL (1 vial / 28 days), NM, PA NSO

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER		
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg</i>	Tier 2	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 10 mg</i>	Tier 2	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 15 mg</i>	Tier 2	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 20 mg</i>	Tier 2	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 25 mg</i>	Tier 2	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 30 mg</i>	Tier 2	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 5 mg</i>	Tier 2	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 7.5 mg</i>	Tier 2	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 10 mg</i>	Tier 2	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 12.5 mg</i>	Tier 2	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 15 mg</i>	Tier 2	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 20 mg</i>	Tier 2	QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 30 mg</i>	Tier 2	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>atomoxetine hcl CAPS 10mg, 18mg, 25mg</i>	Tier 2	QL (120 caps / 30 days)
<i>atomoxetine hcl CAPS 40mg</i>	Tier 2	QL (60 caps / 30 days)
<i>atomoxetine hcl CAPS 60mg, 80mg, 100mg</i>	Tier 2	QL (30 caps / 30 days)
<i>dexmethylphenidate hcl TABS 2.5mg, 5mg</i>	Tier 2	QL (120 tabs / 30 days), PA
<i>dexmethylphenidate hcl TABS 10mg</i>	Tier 2	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>guanfacine hcl (adhd) TB24 1mg, 2mg, 3mg, 4mg</i>	Tier 3	QL (30 tabs / 30 days), PA; PA if 70 years and older
<i>metadate er TBCR 20mg</i>	Tier 2	QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl SOLN 5mg/5ml</i>	Tier 2	QL (1800 mL / 30 days), PA

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de
cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

42

15/11/2022

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>methylphenidate hcl</i> SOLN 10mg/5ml	Tier 2	QL (900 mL / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl</i> TABS 5mg, 10mg	Tier 2	QL (180 tabs / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl</i> TABS 20mg; TBCR 10mg, 20mg	Tier 2	QL (90 tabs / 30 days), PA
HYPNOTICS		
BELSOMRA TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg	Tier 4	QL (30 tabs / 30 days)
<i>doxepin hcl (sleep)</i> TABS 3mg, 6mg	Tier 2	QL (30 tabs / 30 days)
HETLIOZ CAPS 20mg	Tier 5	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, LA, PA
<i>temazepam</i> CAPS 7.5mg	Tier 2	QL (30 caps / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older after a 90 day supply in a calendar year
<i>temazepam</i> CAPS 15mg	Tier 2	QL (60 caps / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older after a 90 day supply in a calendar year
<i>temazepam</i> CAPS 30mg	Tier 2	QL (30 caps / 30 days), PA; PA if 65 years and older
<i>zolpidem tartrate</i> TABS 5mg, 10mg	Tier 2	QL (30 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 90 day supply in a calendar year
MIGRAINE		
AIMOVIG SOAJ 70mg/ml, 140mg/ml	Tier 3	QL (1 pen / 30 days), NM, PA
<i>dihydroergotamine mesylate</i> SOLN 1mg/ml	Tier 5	NDS
<i>dihydroergotamine mesylate</i> SOLN 4mg/ml	Tier 5	NDS, QL (8 mL / 30 days), PA
<i>ergotamine w/ caffeine tab 1-100 mg</i>	Tier 2	QL (40 tabs / 28 days), PA
<i>naratriptan hcl</i> TABS 1mg, 2.5mg	Tier 2	QL (12 tabs / 30 days)
NURTEC TBDP 75mg	Tier 5	NDS, QL (16 tabs / 30 days), PA

PA - Previa autorización . PA NSO - Autorización previa sólo para miembros nuevos
 QL - Límites de cantidad. ST - Terapia escalonada . NM - Sin encargos por correo
 B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . LA - Medicamentos con acceso limitado GC
 - Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de
 cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
 NDS - Suministro de días no extendidos SI - Insulinas Selectas

43

15/11/2022

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>rizatriptan benzoate</i> TABS 5mg, 10mg; TBDP 5mg, 10mg	Tier 2	QL (18 tabs / 30 days)
<i>sumatriptan</i> SOLN 5mg/act	Tier 2	QL (24 units / 30 days)
<i>sumatriptan</i> SOLN 20mg/act	Tier 2	QL (12 units / 30 days)
<i>sumatriptan succinate</i> SOAJ 4mg/0.5ml; SOCT 4mg/0.5ml	Tier 2	QL (18 injections / 30 days)
<i>sumatriptan succinate</i> SOAJ 6mg/0.5ml; SOCT 6mg/0.5ml; SOLN 6mg/0.5ml	Tier 2	QL (12 injections / 30 days)
<i>sumatriptan succinate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	Tier 2	QL (12 tabs / 30 days)
UBRELVY TABS 50mg, 100mg	Tier 5	NDS, QL (16 tabs / 30 days), PA
<i>zolmitriptan</i> TABS 2.5mg, 5mg; TBDP 2.5mg, 5mg	Tier 2	QL (12 tabs / 30 days)
MISCELLANEOUS		
AUSTEDO TABS 6mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO TABS 9mg, 12mg	Tier 5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
INGREZZA CAPS 40mg, 60mg, 80mg	Tier 5	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, LA, PA
INGREZZA CAP 40-80MG	Tier 5	NDS, QL (28 caps / 28 days), NM, LA, PA
LITHIUM SOLN 8meq/5ml	Tier 4	
<i>lithium carbonate</i> CAPS 150mg, 300mg, 600mg; TABS 300mg	Tier 1	
<i>lithium carbonate</i> TBCR 300mg, 450mg	Tier 2	
NUEDEXTA CAP 20-10MG	Tier 4	QL (60 caps / 30 days), PA
<i>pregabalin (once-daily)</i> TB24 82.5mg, 165mg, 330mg	Tier 2	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>pyridostigmine bromide</i> TABS 60mg	Tier 2	
<i>riluzole</i> TABS 50mg	Tier 2	
<i>tetrabenazine</i> TABS 12.5mg	Tier 5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>tetrabenazine</i> TABS 25mg	Tier 5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS		
BETASERON KIT .3mg	Tier 5	NDS, QL (14 syringes / 28 days), NM, PA NSO
<i>dalfampridine</i> TB12 10mg	Tier 2	NM, PA

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de
cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

44

15/11/2022

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
GILENYA CAPS .5mg	Tier 5	NDS, QL (28 caps / 28 days), NM, PA NSO
<i>glatiramer acetate</i> SOSY 20mg/ml	Tier 5	NDS, QL (30 syringes / 30 days), NM, PA NSO
<i>glatiramer acetate</i> SOSY 40mg/ml	Tier 5	NDS, QL (12 syringes / 28 days), NM, PA NSO
<i>glatopa</i> SOSY 20mg/ml	Tier 5	NDS, QL (30 syringes / 30 days), NM, PA NSO
<i>glatopa</i> SOSY 40mg/ml	Tier 5	NDS, QL (12 syringes / 28 days), NM, PA NSO
KESIMPTA SOAJ 20mg/0.4ml	Tier 5	NDS, QL (16 pens / year), NM, LA, PA NSO

MUSCULOSKELETAL THERAPY AGENTS

<i>baclofen</i> TABS 10mg, 20mg	Tier 2	
<i>cyclobenzaprine hcl</i> TABS 5mg, 10mg	Tier 3	PA; PA if 70 years and older
<i>dantrolene sodium</i> CAPS 25mg, 50mg, 100mg	Tier 2	
<i>tizanidine hcl</i> TABS 2mg, 4mg	Tier 2	

NARCOLEPSY/CATAPLEXY

<i>armodafinil</i> TABS 50mg	Tier 2	QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>armodafinil</i> TABS 150mg, 200mg, 250mg	Tier 2	QL (30 tabs / 30 days), PA
XYREM SOLN 500mg/ml	Tier 5	NDS, QL (540 mL / 30 days), NM, LA, PA

PSYCHOTHERAPEUTIC-MISC

<i>acamprosate calcium</i> TBEC 333mg	Tier 2	
<i>buprenorphine hcl</i> SUBL 2mg, 8mg	Tier 2	QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 2-0.5 mg (base equiv)</i>	Tier 2	QL (90 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 4-1 mg (base equiv)</i>	Tier 2	QL (90 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 8-2 mg (base equiv)</i>	Tier 2	QL (90 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 12-3 mg (base equiv)</i>	Tier 2	QL (60 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 2-0.5 mg (base equiv)</i>	Tier 2	QL (90 tabs / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 8-2 mg (base equiv)</i>	Tier 2	QL (90 tabs / 30 days)

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

45

15/11/2022

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>bupropion hcl (smoking deterrent)</i> TB12 150mg	Tier 2	
CHANTIX TAB 0.5& 1MG	Tier 4	PA
<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 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	Tier 2	QL (56 tabs / 28 days), PA
<i>varenicline tartrate tab 11 x 0.5 mg & 42 x 1 mg start pack</i>	Tier 2	PA
VIVITROL SUSR 380mg	Tier 5	NDS, NM

ENDOCRINE AND METABOLIC

ANDROGENS

ANDRODERM PT24 2mg/24hr, 4mg/24hr	Tier 4	QL (30 patches / 30 days), PA
<i>oxandrolone</i> TABS 2.5mg	Tier 2	QL (120 tabs / 30 days), PA
<i>oxandrolone</i> TABS 10mg	Tier 2	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>testosterone</i> GEL 1%, 25mg/2.5gm, 50mg/5gm	Tier 2	QL (300 gm / 30 days), 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	
BYDUREON BCISE AUIJ 2mg/0.85ml	Tier 3	QL (4 pens / 28 days)
BYETTA SOPN 5mcg/0.02ml, 10mcg/0.04ml	Tier 4	QL (1 pen / 30 days)
FARXIGA TABS 5mg, 10mg	Tier 3	QL (30 tabs / 30 days)
<i>glimepiride</i> TABS 1mg, 2mg	Tier 1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>glimepiride</i> TABS 4mg	Tier 1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>glipizide</i> TABS 5mg	Tier 6	QL (240 tabs / 30 days)
<i>glipizide</i> TABS 10mg	Tier 6	QL (120 tabs / 30 days)
<i>glipizide</i> TB24 2.5mg, 5mg	Tier 6	QL (90 tabs / 30 days)
<i>glipizide</i> TB24 10mg	Tier 6	QL (60 tabs / 30 days)
<i>glipizide xl</i> TB24 2.5mg, 5mg	Tier 6	QL (90 tabs / 30 days)

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de
cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

46

15/11/2022

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>glipizide xl</i> TB24 10mg	Tier 6	QL (60 tabs / 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-250 mg</i>	Tier 1	QL (240 tabs / 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-500 mg</i>	Tier 1	QL (120 tabs / 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl tab 5-500 mg</i>	Tier 1	QL (120 tabs / 30 days)
GLYXAMBI TAB 10-5 MG	Tier 3	QL (30 tabs / 30 days)
GLYXAMBI TAB 25-5 MG	Tier 3	QL (30 tabs / 30 days)
JANUMET TAB 50-500MG	Tier 3	QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET TAB 50-1000	Tier 3	QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET XR TAB 50-500MG	Tier 3	QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET XR TAB 50-1000	Tier 3	QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET XR TAB 100-1000	Tier 3	QL (30 tabs / 30 days)
JANUVIA TABS 25mg, 50mg, 100mg	Tier 3	QL (30 tabs / 30 days)
JARDIANCE TABS 10mg	Tier 3	QL (60 tabs / 30 days)
JARDIANCE TABS 25mg	Tier 3	QL (30 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB 2.5-500	Tier 3	QL (60 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB 2.5-850	Tier 3	QL (60 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB 2.5-1000	Tier 3	QL (60 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB XR 2.5-1000MG	Tier 3	QL (60 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB XR 5-1000MG	Tier 3	QL (30 tabs / 30 days)
<i>metformin hcl</i> TABS 500mg	Tier 6	QL (150 tabs / 30 days)
<i>metformin hcl</i> TABS 850mg	Tier 6	QL (90 tabs / 30 days)
<i>metformin hcl</i> TABS 1000mg	Tier 6	QL (75 tabs / 30 days)
<i>metformin hcl</i> TB24 500mg	Tier 6	QL (120 tabs / 30 days); (generic of GLUCOPHAGE XR)
<i>metformin hcl</i> TB24 750mg	Tier 6	QL (60 tabs / 30 days); (generic of GLUCOPHAGE XR)
<i>nateglinide</i> TABS 60mg, 120mg	Tier 1	QL (90 tabs / 30 days)
OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE) SOPN 2mg/1.5ml	Tier 3	QL (1 pen / 28 days)
OZEMPIC (1MG/DOSE) SOPN 2mg/1.5ml	Tier 3	QL (2 pens / 28 days)
OZEMPIC (1MG/DOSE) SOPN 4mg/3ml	Tier 3	QL (1 pen / 28 days)
OZEMPIC (2MG/DOSE) SOPN 8MG/3ML	Tier 3	QL (1 pen / 28 days)
<i>pioglitazone hcl</i> TABS 15mg, 30mg, 45mg	Tier 6	QL (30 tabs / 30 days)
<i>repaglinide</i> TABS 2mg	Tier 1	QL (240 tabs / 30 days)
<i>repaglinide</i> TABS .5mg, 1mg	Tier 1	QL (120 tabs / 30 days)
RYBELSUS TABS 3mg, 7mg, 14mg	Tier 3	QL (30 tabs / 30 days)
SYNJARDY TAB 5-500MG	Tier 3	QL (120 tabs / 30 days)
SYNJARDY TAB 5-1000MG	Tier 3	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY TAB 12.5-500	Tier 3	QL (60 tabs / 30 days)

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de
cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

47

15/11/2022

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
SYNJARDY TAB 12.5-1000MG	Tier 3	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY XR TAB 5-1000MG	Tier 3	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY XR TAB 10-1000	Tier 3	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY XR TAB 12.5-1000MG	Tier 3	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY XR TAB 25-1000	Tier 3	QL (30 tabs / 30 days)
TRADJENTA TABS 5mg	Tier 3	QL (30 tabs / 30 days)
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 5-2.5-1000MG	Tier 3	QL (60 tabs / 30 days)
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 10-5-1000MG	Tier 3	QL (30 tabs / 30 days)
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 12.5-2.5-1000MG	Tier 3	QL (60 tabs / 30 days)
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 25-5-1000MG	Tier 3	QL (30 tabs / 30 days)
TRULICITY SOPN .75mg/0.5ml, 1.5mg/0.5ml, 3mg/0.5ml, 4.5mg/0.5ml	Tier 3	QL (4 pens / 28 days)
VICTOZA SOPN 18mg/3ml	Tier 3	QL (3 pens / 30 days)
XIGDUO XR TAB 2.5-1000	Tier 3	QL (60 tabs / 30 days)
XIGDUO XR TAB 5-500MG	Tier 3	QL (60 tabs / 30 days)
XIGDUO XR TAB 5-1000MG	Tier 3	QL (60 tabs / 30 days)
XIGDUO XR TAB 10-500MG	Tier 3	QL (30 tabs / 30 days)
XIGDUO XR TAB 10-1000	Tier 3	QL (30 tabs / 30 days)

ANTIDIABETICS, INSULINS

BASAGLAR KWIKPEN SOPN 100unit/ml	Tier 3	SI
BD ALCOHOL SWABS	Tier 3	
FIASP FLEX INJ TOUCH	Tier 3	SI
FIASP INJ 100/ML	Tier 3	SI
FIASP PENFIL INJ U-100	Tier 3	SI
GAUZE PADS 2" X 2"	Tier 3	
HUMULIN R U-500 (CONCENTR SOLN 500unit/ml	Tier 5	NDS, B/D
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SOPN 500unit/ml	Tier 5	NDS
INSULIN SAFETY NEEDLES	Tier 3	
INSULIN SYRINGES: BD/ULTIMED/ALLISON/TRIVIDIA/MHC	Tier 3	
LEVEMIR SOLN 100unit/ml	Tier 3	SI
LEVEMIR FLEXTOUCH SOPN 100unit/ml	Tier 3	SI
NOVOLIN INJ 70/30	Tier 3	SI (brand RELION not covered)
NOVOLIN INJ 70/30 FP	Tier 3	SI (brand RELION not covered)
NOVOLIN N SUSP 100unit/ml	Tier 3	SI (brand RELION not covered)

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

48

15/11/2022

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
NOVOLIN N FLEXPEN SUPN 100unit/ml	Tier 3	SI (brand RELION not covered)
NOVOLIN R SOLN 100unit/ml	Tier 3	SI (brand RELION not covered)
NOVOLIN R FLEXPEN SOPN 100unit/ml	Tier 3	SI (brand RELION not covered)
NOVOLOG SOLN 100unit/ml	Tier 3	SI (brand RELION not covered)
NOVOLOG FLEXPEN SOPN 100unit/ml	Tier 3	SI (brand RELION not covered)
NOVOLOG MIX INJ 70/30	Tier 3	SI (brand RELION not covered)
NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN	Tier 3	SI (brand RELION not covered)
NOVOLOG PENFILL SOCT 100unit/ml	Tier 3	SI (brand RELION not covered)
OMNIPOD 5 G6 KIT INTRO	Tier 4	QL (1 kit / year), PA
OMNIPOD 5 G6 MIS PODS	Tier 4	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD DASH KIT INTRO	Tier 4	QL (1 kit / year), PA
OMNIPOD DASH MIS PODS	Tier 4	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD MIS CLASSIC	Tier 4	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD PDM KIT CLASSIC	Tier 4	QL (1 kit / year), PA
PEN NEEDLES: NOVO/BD/ULTIMED/OWEN/TRIVIDIA	Tier 3	
SOLIQUA INJ 100/33	Tier 3	QL (10 pens / 30 days); SI
TRESIBA SOLN 100unit/ml	Tier 3	SI
TRESIBA FLEXTOUCH SOPN 100unit/ml, 200unit/ml	Tier 3	SI
V-GO 20 KIT	Tier 4	QL (1 kit / 30 days), PA
V-GO 30 KIT	Tier 4	QL (1 kit / 30 days), PA
V-GO 40 KIT	Tier 4	QL (1 kit / 30 days), PA
XULTOPHY INJ 100/3.6	Tier 3	QL (5 pens / 30 days); SI

CALCIUM REGULATORS

<i>alendronate sodium</i> TABS 10mg, 35mg, 70mg	Tier 1	
<i>calcitonin (salmon) spray</i> SOLN 200unit/act	Tier 2	B/D

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de
cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

49

15/11/2022

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
FORTEO SOPN 600mcg/2.4ml	Tier 5	NDS, NM, PA
<i>ibandronate sodium</i> TABS 150mg	Tier 2	B/D
NATPARA CART 25mcg, 50mcg, 75mcg, 100mcg	Tier 5	NDS, NM, PA
PAMIDRONATE DISODIUM SOLN 6mg/ml	Tier 3	B/D
<i>pamidronate disodium</i> SOLN 30mg/10ml, 90mg/10ml; SOLR 30mg, 90mg	Tier 2	B/D
PROLIA SOSY 60mg/ml	Tier 4	QL (1 syringe / 180 days), NM
XGEVA SOLN 120mg/1.7ml	Tier 5	NDS, NM, PA
<i>zoledronic acid</i> CONC 4mg/5ml; SOLN 4mg/100ml, 5mg/100ml	Tier 2	B/D, NM

CHELATING AGENTS

CHEMET CAPS 100mg	Tier 4	
<i>deferasirox</i> PACK 90mg, 180mg, 360mg; TABS 90mg, 180mg, 360mg	Tier 5	NDS, NM, PA
LOKELMA PACK 5gm, 10gm	Tier 3	
<i>penicillamine</i> TABS 250mg	Tier 5	NDS, NM
<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i>	Tier 2	
<i>sps</i> SUSP 15gm/60ml	Tier 2	
<i>trientine hcl</i> CAPS 250mg	Tier 5	NDS, NM, PA
VELTASSA PACK 8.4gm, 16.8gm, 25.2gm	Tier 3	

CONTRACEPTIVES

<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	
<i>azurette</i>	Tier 2	
<i>balziva</i>	Tier 2	
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	Tier 2	
<i>briellyn</i>	Tier 2	
<i>camila</i> TABS .35mg	Tier 2	
<i>chateal</i>	Tier 2	

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

50

15/11/2022

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>cryselle-28</i>	Tier 2	
<i>cyred eq</i>	Tier 2	
<i>dasetta 1/35</i>	Tier 2	
<i>dasetta 7/7/7</i>	Tier 2	
<i>deblitane TABS .35mg</i>	Tier 2	
<i>desogest-eth estrad & eth estrad tab 0.15-0.02/0.01 mg(21/5)</i>	Tier 2	
<i>desogestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg</i>	Tier 2	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.02 mg</i>	Tier 2	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.03 mg</i>	Tier 2	
<i>elinest</i>	Tier 2	
<i>ELLA TABS 30mg</i>	Tier 3	
<i>eluryng</i>	Tier 2	
<i>emoquette</i>	Tier 2	
<i>enpresse-28</i>	Tier 2	
<i>enskyce</i>	Tier 2	
<i>errin TABS .35mg</i>	Tier 2	
<i>estarylla</i>	Tier 2	
<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-35 mcg</i>	Tier 2	
<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-50 mcg</i>	Tier 2	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol va ring 0.120-0.015 mg/24hr</i>	Tier 2	
<i>falmina</i>	Tier 2	
<i>femynor</i>	Tier 2	
<i>hailey 1.5/30</i>	Tier 2	
<i>heather TABS .35mg</i>	Tier 2	
<i>iclevia</i>	Tier 2	
<i>incassia TABS .35mg</i>	Tier 2	
<i>introvale</i>	Tier 2	
<i>isibloom</i>	Tier 2	
<i>jasmiel</i>	Tier 2	
<i>jolessa</i>	Tier 2	
<i>juleber</i>	Tier 2	
<i>junel 1.5/30</i>	Tier 2	
<i>junel 1/20</i>	Tier 2	
<i>junel fe 1.5/30</i>	Tier 2	

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de
cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>junel fe 1/20</i>	Tier 2	
<i>kariva</i>	Tier 2	
<i>kelnor 1/35</i>	Tier 2	
<i>kelnor 1/50</i>	Tier 2	
<i>kurvelo</i>	Tier 2	
<i>larin 1.5/30</i>	Tier 2	
<i>larin 1/20</i>	Tier 2	
<i>larin fe 1.5/30</i>	Tier 2	
<i>larin fe 1/20</i>	Tier 2	
<i>larissia</i>	Tier 2	
<i>leena</i>	Tier 2	
<i>lessina</i>	Tier 2	
<i>levonest</i>	Tier 2	
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol (91-day) tab 0.15-0.03 mg</i>	Tier 2	
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.1 mg-20 mcg</i>	Tier 2	
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg</i>	Tier 2	
<i>levonorgestrel-eth estra tab 0.05- 30/0.075-40/0.125-30mg-mcg</i>	Tier 2	
<i>levora 0.15/30-28</i>	Tier 2	
<i>lillow</i>	Tier 2	
<i>loestrin 1.5/30-21</i>	Tier 2	
<i>loestrin 1/20-21</i>	Tier 2	
<i>loestrin fe 1.5/30</i>	Tier 2	
<i>loestrin fe 1/20</i>	Tier 2	
<i>loryna</i>	Tier 2	
<i>low-ogestrel</i>	Tier 2	
<i>lutera</i>	Tier 2	
<i>lyleq TABS .35mg</i>	Tier 2	
<i>lyza TABS .35mg</i>	Tier 2	
<i>marlissa</i>	Tier 2	
<i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive) SUSP 150mg/ml; SUSY 150mg/ml</i>	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	

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de
cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>mono-linyah</i>	Tier 2	
<i>necon 0.5/35-28</i>	Tier 2	
<i>nikki</i>	Tier 2	
<i>nora-be TABS .35mg</i>	Tier 2	
<i>norethindrone (contraceptive) TABS .35mg</i>	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>	Tier 2	
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-35/0.215-35/0.25-35 mg-mcg</i>	Tier 2	
<i>norlyroc TABS .35mg</i>	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	
<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>	Tier 2	
<i>orsythia</i>	Tier 2	
<i>philith</i>	Tier 2	
<i>pimtrea</i>	Tier 2	
<i>pirmella 1/35</i>	Tier 2	
<i>portia-28</i>	Tier 2	
<i>reclipsen</i>	Tier 2	
<i>setlakin</i>	Tier 2	
<i>sharobel TABS .35mg</i>	Tier 2	
<i>simliya</i>	Tier 2	
<i>sprintec 28</i>	Tier 2	
<i>sronyx</i>	Tier 2	
<i>syeda</i>	Tier 2	

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<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>	Tier 2	
<i>tri-lo-marzia</i>	Tier 2	
<i>tri-lo-mili</i>	Tier 2	
<i>tri-lo-sprintec</i>	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>	Tier 2	
<i>trivora-28</i>	Tier 2	
<i>velivet</i>	Tier 2	
<i>vestura</i>	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	
<i>xulane</i>	Tier 2	
<i>zafemy</i>	Tier 2	
<i>zovia 1/35</i>	Tier 2	
<i>zumandimine</i>	Tier 2	
ENDOMETRIOSIS		
<i>danazol CAPS 50mg, 100mg, 200mg</i>	Tier 2	
<i>SYNAREL SOLN 2mg/ml</i>	Tier 5	NDS
ESTROGENS		
<i>amabelz</i>	Tier 3	
<i>DELESTROGEN OIL 10mg/ml</i>	Tier 4	
<i>dotti PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr</i>	Tier 3	
<i>estradiol PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr; PTWK .025mg/24hr, .05mg/24hr, .06mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr, 37.5mcg/24hr</i>	Tier 3	
<i>estradiol TABS .5mg, 1mg, 2mg</i>	Tier 2	

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de
cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

54

15/11/2022

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>estradiol & norethindrone acetate tab 0.5-0.1 mg</i>	Tier 3	
<i>estradiol & norethindrone acetate tab 1-0.5 mg</i>	Tier 3	
<i>estradiol vaginal</i> CREA .1mg/gm; TABS 10mcg	Tier 2	
<i>estradiol valerate</i> OIL 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> PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr	Tier 3	
<i>mimvey</i>	Tier 3	
<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>yuvaferm</i> TABS 10mcg	Tier 2	
GLUCOCORTICOIDS		
<i>dexamethasone</i> ELIX .5mg/5ml; SOLN .5mg/5ml; TABS .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg, 2mg, 4mg, 6mg	Tier 2	
DEXAMETHASONE INTENSOL CONC 1mg/ml	Tier 4	
<i>dexamethasone sodium phosphate</i> SOLN 4mg/ml, 10mg/ml, 20mg/5ml, 100mg/10ml, 120mg/30ml	Tier 2	
<i>fludrocortisone acetate</i> TABS .1mg	Tier 2	
<i>hydrocortisone</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg	Tier 2	
<i>methylprednisolone</i> TABS 4mg, 8mg, 16mg, 32mg	Tier 2	B/D
<i>methylprednisolone</i> TBPK 4mg	Tier 2	
<i>methylprednisolone acetate</i> SUSP 40mg/ml, 80mg/ml	Tier 2	B/D
<i>methylprednisolone sod succ</i> SOLR 40mg, 125mg, 1000mg	Tier 2	B/D
<i>prednisolone</i> SOLN 15mg/5ml	Tier 2	B/D
<i>prednisolone sodium phosphate</i> SOLN 5mg/5ml, 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

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

55

15/11/2022

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<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		
<i>diazoxide</i> SUSP 50mg/ml	Tier 5	NDS
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SOAJ .5mg/0.1ml, 1mg/0.2ml	Tier 3	
GVOKE KIT SOLN 1mg/0.2ml	Tier 3	
GVOKE PFS SOSY .5mg/0.1ml, 1mg/0.2ml	Tier 3	
MISCELLANEOUS		
ALDURAZYME SOLN 2.9mg/5ml	Tier 5	NDS, NM, LA, PA
<i>betaine powder for oral solution</i>	Tier 5	NDS, NM, LA
<i>cabergoline</i> TABS .5mg	Tier 2	
CARBAGLU TBSO 200mg	Tier 5	NDS, NM, LA, PA
<i>carglumic acid</i> TBSO 200mg	Tier 5	NDS, NM, LA, PA
CERDELGA CAPS 84mg	Tier 5	NDS, NM, PA
CEREZYME SOLR 400unit	Tier 5	NDS, NM, LA, PA
<i>cinacalcet hcl</i> TABS 30mg	Tier 2	B/D, QL (120 tabs / 30 days), NM
<i>cinacalcet hcl</i> TABS 60mg	Tier 5	NDS, B/D, QL (60 tabs / 30 days), NM
<i>cinacalcet hcl</i> TABS 90mg	Tier 5	NDS, B/D, QL (120 tabs / 30 days), NM
CYSTADANE POW	Tier 5	NDS, NM, LA
CYSTAGON CAPS 50mg, 150mg	Tier 4	NM, LA, PA
<i>desmopressin acetate</i> SOLN 4mcg/ml	Tier 5	NDS
<i>desmopressin acetate</i> 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	NDS, NM, LA, PA
GENOTROPIN CART 5mg, 12mg	Tier 5	NDS, NM, PA
GENOTROPIN MINIQUICK PRSY .2mg, .4mg, .6mg, .8mg, 1mg, 1.2mg, 1.4mg, 1.6mg, 1.8mg, 2mg	Tier 5	NDS, NM, PA
INCRELEX SOLN 40mg/4ml	Tier 5	NDS, NM, LA, PA
<i>javygtor</i> PACK 100mg; TABS 100mg	Tier 5	NDS, NM, LA, PA
KORLYM TABS 300mg	Tier 5	NDS, NM, LA, PA
<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i> SOLN 1gm/10ml; TABS 330mg	Tier 2	B/D

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de
cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

56

15/11/2022

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
LUMIZYME SOLR 50mg	Tier 5	NDS, NM, LA, PA
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH KIT 7.5mg, 11.25mg, 15mg)	Tier 5	NDS, NM, PA
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH KIT 11.25mg, 30mg)	Tier 5	NDS, NM, PA
<i>miglustat</i> CAPS 100mg	Tier 5	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA
NAGLAZYME SOLN 1mg/ml	Tier 5	NDS, NM, LA, PA
<i>nitisinone</i> CAPS 2mg, 5mg, 10mg	Tier 5	NDS, NM, PA
<i>octreotide acetate</i> SOLN 50mcg/ml, 100mcg/ml, 200mcg/ml; SOSY 50mcg/ml, 100mcg/ml	Tier 2	NM, PA
<i>octreotide acetate</i> SOLN 500mcg/ml, 1000mcg/ml; SOSY 500mcg/ml	Tier 5	NDS, NM, PA
<i>raloxifene hcl</i> TABS 60mg	Tier 2	
<i>sapropterin dihydrochloride</i> PACK 100mg, 500mg; TABS 100mg	Tier 5	NDS, NM, PA
SIGNIFOR SOLN .3mg/ml, .6mg/ml, .9mg/ml	Tier 5	NDS, NM, LA, PA
<i>sodium phenylbutyrate</i> POWD 3gm/tsp; TABS 500mg	Tier 5	NDS, NM, PA
SOMATULINE DEPOT SOLN 60mg/0.2ml, 90mg/0.3ml	Tier 5	NDS, NM, PA
SOMATULINE DEPOT SOLN 120mg/0.5ml	Tier 5	NDS, NM, PA NSO
SOMAVERT SOLR 10mg, 15mg, 20mg, 25mg, 30mg	Tier 5	NDS, NM, LA, PA
PHOSPHATE BINDER AGENTS		
<i>calcium acetate (phosphate binder)</i> CAPS 667mg	Tier 2	QL (360 caps / 30 days)
<i>calcium acetate (phosphate binder)</i> TABS 667mg	Tier 2	QL (360 tabs / 30 days)
<i>sevelamer carbonate</i> PACK 2.4gm	Tier 2	QL (180 packets / 30 days)
<i>sevelamer carbonate</i> PACK .8gm	Tier 5	NDS, QL (540 packets / 30 days)
<i>sevelamer carbonate</i> TABS 800mg	Tier 2	QL (540 tabs / 30 days)
VELPHORO CHEW 500mg	Tier 5	NDS, QL (180 tabs / 30 days)
PROGESTINS		
<i>medroxyprogesterone acetate</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	Tier 1	
<i>megestrol acetate</i> SUSP 40mg/ml	Tier 3	

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de
cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>megestrol acetate (appetite) SUSP</i> 625mg/5ml	Tier 4	PA
<i>norethindrone acetate TABS 5mg</i>	Tier 2	
THYROID AGENTS		
<i>euthyrox TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg</i>	Tier 2	
<i>levo-t TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg</i>	Tier 2	
<i>levothyroxine sodium TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg</i>	Tier 2	
<i>levoxyl TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg</i>	Tier 2	
<i>liothyronine sodium TABS 5mcg, 25mcg, 50mcg</i>	Tier 2	
<i>methimazole TABS 5mg, 10mg</i>	Tier 1	
<i>propylthiouracil TABS 50mg</i>	Tier 2	
<i>SYNTHROID TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg</i>	Tier 4	
<i>unithroid TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg</i>	Tier 2	
VITAMIN D ANALOGS		
<i>calcitriol CAPS .25mcg, .5mcg; SOLN</i> 1mcg/ml	Tier 2	B/D
<i>paricalcitol CAPS 1mcg, 2mcg, 4mcg</i>	Tier 2	B/D
<i>RAYALDEE CPCR 30mcg</i>	Tier 5	NDS
GASTROINTESTINAL		
ANTIEMETICS		
<i>aprepitant CAPS 40mg, 80mg, 125mg</i>	Tier 2	B/D
<i>aprepitant capsule therapy pack 80 & 125 mg</i>	Tier 2	B/D
<i>compro SUPP 25mg</i>	Tier 2	

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de
cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>dronabinol</i> CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg	Tier 2	B/D, QL (60 caps / 30 days)
<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> 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, 24mg	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	
<i>promethazine hcl</i> SOLN 25mg/ml, 50mg/ml	Tier 3	PA; PA if 70 years and older
<i>promethazine hcl</i> SYRP 6.25mg/5ml; TABS 12.5mg, 25mg, 50mg	Tier 2	PA; PA if 70 years and older
<i>scopolamine</i> PT72 1mg/3days	Tier 4	QL (10 patches / 30 days), PA; PA if 70 years and older

ANTISPASMODICS

<i>dicyclomine hcl</i> CAPS 10mg; TABS 20mg	Tier 3	
<i>dicyclomine hcl</i> SOLN 10mg/5ml	Tier 4	
<i>glycopyrrolate</i> TABS 1mg, 2mg	Tier 2	

H2-RECEPTOR ANTAGONISTS

<i>famotidine</i> SOLN 20mg/2ml, 40mg/4ml, 200mg/20ml	Tier 2	
<i>famotidine</i> SUSR 40mg/5ml	Tier 2	QL (300 mL / 30 days)
<i>famotidine</i> TABS 20mg	Tier 1	QL (120 tabs / 30 days)
<i>famotidine</i> TABS 40mg	Tier 1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>famotidine in nacl 0.9% iv soln 20 mg/50ml</i>	Tier 2	
<i>nizatidine</i> CAPS 150mg, 300mg	Tier 2	

INFLAMMATORY BOWEL DISEASE

<i>balsalazide disodium</i> CAPS 750mg	Tier 2	
<i>budesonide</i> CPEP 3mg	Tier 2	PA

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>budesonide</i> TB24 9mg	Tier 5	NDS, PA
<i>hydrocortisone (intrarectal)</i> ENEM 100mg/60ml	Tier 2	
<i>mesalamine</i> CP24 .375gm	Tier 2	QL (120 caps / 30 days)
<i>mesalamine</i> CPDR 400mg	Tier 2	QL (180 caps / 30 days)
<i>mesalamine</i> ENEM 4gm; SUPP 1000mg	Tier 2	
<i>mesalamine</i> TBEC 1.2gm	Tier 2	QL (120 tabs / 30 days)
<i>mesalamine w/ cleanser</i> KIT 4gm	Tier 2	
<i>sulfasalazine</i> TABS 500mg; 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>	Tier 1	
<i>gavilyte-n/flavor pack</i>	Tier 1	
<i>generlac</i> SOLN 10gm/15ml	Tier 2	
GOLYTELY SOL	Tier 3	
<i>lactulose</i> SOLN 10gm/15ml	Tier 2	
<i>lactulose (encephalopathy)</i> SOLN 10gm/15ml	Tier 2	
NULYTELY SOL LMN/LIME	Tier 3	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl-na sulfate for soln 236 gm</i>	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>	Tier 2	
SUPREP BOWEL SOL PREP KIT	Tier 4	
MISCELLANEOUS		
<i>alosetron hcl</i> TABS 1mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>alosetron hcl</i> TABS .5mg	Tier 2	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>cromolyn sodium (mastocytosis)</i> CONC 100mg/5ml	Tier 2	
<i>diphenoxylate w/ atropine liq 2.5-0.025 mg/5ml</i>	Tier 4	
<i>diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-0.025 mg</i>	Tier 3	
GATTEX KIT 5mg	Tier 5	NDS, NM, LA, PA

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

60

15/11/2022

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
LINZESS CAPS 72mcg, 145mcg, 290mcg	Tier 4	QL (30 caps / 30 days)
<i>loperamide hcl</i> CAPS 2mg	Tier 2	
<i>misoprostol</i> TABS 100mcg, 200mcg	Tier 2	
MOVANTIK TABS 12.5mg	Tier 3	QL (60 tabs / 30 days)
MOVANTIK TABS 25mg	Tier 3	QL (30 tabs / 30 days)
RELISTOR SOLN 8mg/0.4ml, 12mg/0.6ml	Tier 5	NDS, PA
<i>sucralfate</i> TABS 1gm	Tier 2	
<i>ursodiol</i> CAPS 300mg; TABS 250mg, 500mg	Tier 2	
XERMELO TABS 250mg	Tier 5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, LA, PA
XIFAXAN TABS 550mg	Tier 5	NDS, PA

PANCREATIC ENZYMES

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	
ZENPEP CAP 3000UNIT	Tier 4	
ZENPEP CAP 5000UNIT	Tier 4	
ZENPEP CAP 10000UNT	Tier 4	
ZENPEP CAP 15000UNT	Tier 4	
ZENPEP CAP 20000UNT	Tier 4	
ZENPEP CAP 25000UNT	Tier 4	
ZENPEP CAP 40000UNT	Tier 4	

PROTON PUMP INHIBITORS

<i>dexlansoprazole</i> CPDR 30mg, 60mg	Tier 2	QL (30 caps / 30 days)
<i>esomeprazole magnesium</i> CPDR 20mg, 40mg	Tier 2	QL (30 caps / 30 days), ST
<i>lansoprazole</i> CPDR 15mg, 30mg	Tier 2	QL (60 caps / 30 days)
<i>omeprazole</i> CPDR 10mg, 20mg, 40mg	Tier 1	
<i>pantoprazole sodium</i> SOLR 40mg	Tier 2	
<i>pantoprazole sodium</i> TBEC 20mg, 40mg	Tier 1	

GENITOURINARY

BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA

<i>alfuzosin hcl</i> TB24 10mg	Tier 1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>dutasteride</i> CAPS .5mg	Tier 2	QL (30 caps / 30 days)
<i>dutasteride-tamsulosin hcl cap 0.5-0.4 mg</i>	Tier 2	QL (30 caps / 30 days)
<i>finasteride</i> TABS 5mg	Tier 1	
<i>tamsulosin hcl</i> CAPS .4mg	Tier 1	

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
MISCELLANEOUS		
<i>acetic acid</i> SOLN .25%	Tier 2	
<i>bethanechol chloride</i> TABS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	Tier 2	
<i>potassium citrate (alkalinizer)</i> TBCR 15meq, 540mg, 1080mg	Tier 2	
URINARY ANTISPASMODICS		
<i>fesoterodine fumarate</i> TB24 4mg, 8mg	Tier 2	QL (30 tabs / 30 days)
MYRBETRIQ SRER 8mg/ml	Tier 4	QL (300 mL / 28 days)
MYRBETRIQ TB24 25mg, 50mg	Tier 4	QL (30 tabs / 30 days)
<i>oxybutynin chloride</i> SYRP 5mg/5ml; TABS 5mg	Tier 2	
<i>oxybutynin chloride</i> TB24 5mg	Tier 2	QL (30 tabs / 30 days)
<i>oxybutynin chloride</i> TB24 10mg, 15mg	Tier 2	QL (60 tabs / 30 days)
<i>solifenacin succinate</i> TABS 5mg, 10mg	Tier 2	QL (30 tabs / 30 days)
<i>tolterodine tartrate</i> CP24 2mg, 4mg	Tier 2	QL (30 caps / 30 days), ST
<i>tolterodine tartrate</i> TABS 1mg, 2mg	Tier 2	QL (60 tabs / 30 days), ST
TOVIAZ TB24 4mg, 8mg	Tier 3	QL (30 tabs / 30 days)
<i>tropium chloride</i> TABS 20mg	Tier 2	QL (60 tabs / 30 days)
VAGINAL ANTI-INFECTIVES		
<i>clindamycin phosphate vaginal</i> CREA 2%	Tier 2	
<i>metronidazole vaginal</i> GEL .75%	Tier 2	
<i>terconazole vaginal</i> CREA .4%, .8%; SUPP 80mg	Tier 2	
VANDAZOLE GEL .75%	Tier 2	
HEMATOLOGIC		
ANTICOAGULANTS		
<i>dabigatran etexilate mesylate</i> CAPS 75mg, 150mg	Tier 2	QL (60 caps / 30 days)
ELIQUIS TABS 2.5mg	Tier 3	QL (60 tabs / 30 days)
ELIQUIS TABS 5mg	Tier 3	QL (74 tabs / 30 days)
ELIQUIS STARTER PACK TBPK 5mg	Tier 3	QL (74 tabs / 30 days)
<i>enoxaparin sodium</i> 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> SOLN 2.5mg/0.5ml	Tier 2	
<i>fondaparinux sodium</i> SOLN 5mg/0.4ml, 7.5mg/0.6ml, 10mg/0.8ml	Tier 5	NDS

PA - Previa autorización . PA NSO - Autorización previa sólo para miembros nuevos
 QL - Límites de cantidad. ST - Terapia escalonada . NM - Sin encargos por correo
 B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . LA - Medicamentos con acceso limitado GC
 - Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de
 cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
 NDS - Suministro de días no extendidos SI - Insulinas Selectas

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
HEP SOD/D5W INJ 20000UNT	Tier 2	
HEP SOD/D5W INJ 25000UNT	Tier 2	
HEP SOD/NACL INJ 25000UNT	Tier 3	
<i>heparin sodium (porcine)</i> SOLN 1000unit/ml, 5000unit/ml, 10000unit/ml, 20000unit/ml	Tier 2	B/D
HEPARIN/NACL INJ 25000UNT	Tier 3	
<i>jantoven</i> TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	Tier 1	
PRADAXA CAPS 75mg, 150mg	Tier 4	QL (60 caps / 30 days)
PRADAXA CAPS 110mg	Tier 4	QL (120 caps / 30 days)
<i>warfarin sodium</i> TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	Tier 1	
XARELTO SUSR 1mg/ml	Tier 3	QL (620 mL / 30 days)
XARELTO TABS 2.5mg	Tier 3	QL (60 tabs / 30 days)
XARELTO TABS 10mg, 15mg, 20mg	Tier 3	QL (30 tabs / 30 days)
XARELTO STAR TAB 15/20MG	Tier 3	QL (51 tabs / 30 days)
HEMATOPOIETIC GROWTH FACTORS		
PROCRIT SOLN 2000unit/ml, 3000unit/ml, 4000unit/ml, 10000unit/ml	Tier 3	NM, PA
PROCRIT SOLN 20000unit/ml, 40000unit/ml	Tier 5	NDS, NM, PA
ZARXIO SOSY 300mcg/0.5ml, 480mcg/0.8ml	Tier 5	NDS, NM, PA
MISCELLANEOUS		
<i>anagrelide hcl</i> CAPS .5mg, 1mg	Tier 2	
BERINERT KIT 500unit	Tier 5	NDS, QL (24 boxes / 30 days), NM, LA, PA
<i>cilostazol</i> TABS 50mg, 100mg	Tier 1	
DOPTELET TABS 20mg	Tier 5	NDS, NM, LA, PA
DROXIA CAPS 200mg, 300mg, 400mg	Tier 3	
ENDARI PACK 5gm	Tier 5	NDS, NM, LA, PA
HAEGARDA SOLR 2000unit	Tier 5	NDS, QL (30 vials / 30 days), NM, LA, PA
HAEGARDA SOLR 3000unit	Tier 5	NDS, QL (20 vials / 30 days), NM, LA, PA
<i>icatibant acetate</i> SOLN 30mg/3ml	Tier 5	NDS, QL (9 syringes / 30 days), NM, PA
<i>pentoxifylline</i> TBCR 400mg	Tier 1	
PROMACTA PACK 12.5mg	Tier 5	NDS, QL (360 packets / 30 days), NM, LA, PA

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de
cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

63

15/11/2022

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
PROMACTA PACK 25mg	Tier 5	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, LA, PA
PROMACTA TABS 12.5mg, 25mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
PROMACTA TABS 50mg, 75mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
<i>sajazir</i> SOLN 30mg/3ml	Tier 5	NDS, QL (9 syringes / 30 days), NM, PA
<i>tranexamic acid</i> SOLN 1000mg/10ml; TABS 650mg	Tier 2	

PLATELET AGGREGATION INHIBITORS

<i>aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25-200 mg</i>	Tier 2	
BRILINTA TABS 60mg, 90mg	Tier 4	
<i>clopidogrel bisulfate</i> TABS 75mg	Tier 1	
<i>dipyridamole</i> TABS 25mg, 50mg, 75mg	Tier 3	PA; PA if 70 years and older
<i>prasugrel hcl</i> TABS 5mg, 10mg	Tier 2	

IMMUNOLOGIC AGENTS

AUTOIMMUNE AGENTS

ENBREL SOLN 25mg/0.5ml; SOLR 25mg	Tier 5	NDS, QL (16 vials / 28 days), NM, PA
ENBREL SOSY 25mg/0.5ml	Tier 5	NDS, QL (16 syringes / 28 days), NM, PA
ENBREL SOSY 50mg/ml	Tier 5	NDS, QL (8 syringes / 28 days), NM, PA
ENBREL MINI SOCT 50mg/ml	Tier 5	NDS, QL (8 cartridges / 28 days), NM, PA
ENBREL SURECLICK SOAJ 50mg/ml	Tier 5	NDS, QL (8 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PSKT 10mg/0.1ml, 20mg/0.2ml	Tier 5	NDS, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
HUMIRA PSKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml	Tier 5	NDS, QL (6 syringes / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEDIA INJ CROHNS	Tier 5	NDS, NM, PA
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS D PSKT 80mg/0.8ml	Tier 5	NDS, NM, PA
HUMIRA PEN PNKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml	Tier 5	NDS, QL (6 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN PNKT 80mg/0.8ml	Tier 5	NDS, QL (4 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN KIT PS/UV	Tier 5	NDS, NM, PA

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

64

15/11/2022

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
HUMIRA PEN-CD/UC/HS START PNKT 40mg/0.8ml, 80mg/0.8ml	Tier 5	NDS, NM, PA
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S PNKT 80mg/0.8ml	Tier 5	NDS, NM, PA
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER PNKT 40mg/0.8ml	Tier 5	NDS, NM, PA
INFLIXIMAB SOLR 100mg	Tier 5	NDS, NM, LA, PA
OTEZLA TABS 30mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
OTEZLA TAB 10/20/30	Tier 5	NDS, QL (110 tabs / year), NM, PA
REMICADE SOLR 100mg	Tier 5	NDS, NM, PA
RENFLEXIS SOLR 100mg	Tier 5	NDS, NM, LA, PA
RINVOQ TB24 15mg, 30mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
RINVOQ TB24 45mg	Tier 5	NDS, QL (112 tabs / year), NM, PA
SKYRIZI PSKT 75mg/0.83ml	Tier 5	NDS, QL (7 kits / 365 days), NM, PA
SKYRIZI SOCT 360mg/2.4ml	Tier 5	NDS, QL (7 cartridges / 365 days), NM, PA
SKYRIZI SOLN 600mg/10ml	Tier 5	NDS, QL (6 vials / year), NM, PA
SKYRIZI SOSY 150mg/ml	Tier 5	NDS, QL (7 syringes / 365 days), NM, PA
SKYRIZI PEN SOAJ 150mg/ml	Tier 5	NDS, QL (7 pens / 365 days), NM, PA
STELARA SOLN 45mg/0.5ml	Tier 5	NDS, QL (2 vials / 28 days), NM, LA, PA
STELARA SOSY 45mg/0.5ml, 90mg/ml	Tier 5	NDS, QL (1 syringe / 28 days), NM, PA
TALTZ SOAJ 80mg/ml; SOSY 80mg/ml	Tier 5	NDS, QL (3 syringes / 28 days), NM, LA, PA
XELJANZ SOLN 1mg/ml	Tier 5	NDS, QL (240 mL / 24 days), NM, PA
XELJANZ TABS 5mg, 10mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
XELJANZ XR TB24 11mg, 22mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>DISEASE-MODIFYING ANTI-RHEUMATIC DRUGS (DMARDS)</i>		
<i>hydroxychloroquine sulfate</i> TABS 200mg	Tier 2	
<i>leflunomide</i> TABS 10mg, 20mg	Tier 2	QL (30 tabs / 30 days)

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

65

15/11/2022

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>methotrexate sodium</i> TABS 2.5mg	Tier 2	
XATMEP SOLN 2.5mg/ml	Tier 4	B/D
IMMUNOGLOBULINS		
BIVIGAM SOLN 5gm/50ml	Tier 5	NDS, NM, PA
BIVIGAM SOLN 10%	Tier 5	NDS, NM, LA, PA
FLEBOGAMMA DIF SOLN 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 20gm/400ml	Tier 5	NDS, 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	NDS, NM, PA
GAMMAGARD S/D IGA LESS TH SOLR 5gm, 10gm	Tier 5	NDS, NM, PA
GAMMAKED SOLN 1gm/10ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml	Tier 5	NDS, NM, PA
GAMMAPLEX SOLN 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 20gm/400ml	Tier 5	NDS, NM, PA
GAMUNEX-C SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 40gm/400ml	Tier 5	NDS, NM, PA
OCTAGAM SOLN 1gm/20ml, 2gm/20ml, 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 25gm/500ml, 30gm/300ml	Tier 5	NDS, NM, PA
PANZYGA SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	Tier 5	NDS, NM, PA
PRIVIGEN SOLN 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 40gm/400ml	Tier 5	NDS, NM, PA
IMMUNOMODULATORS		
ACTIMMUNE SOLN 2000000unit/0.5ml	Tier 5	NDS, NM, LA, PA NSO
ARCALYST SOLR 220mg	Tier 5	NDS, NM, PA
INTRON A SOLN 6000000unit/ml, 10000000unit/ml; SOLR 50000000unit	Tier 5	NDS, B/D, NM
INTRON A SOLR 10000000unit	Tier 3	B/D, NM
INTRON A SOLR 18000000unit	Tier 4	B/D, NM
IMMUNOSUPPRESSANTS		
<i>azathioprine</i> TABS 50mg	Tier 2	B/D
BENLYSTA SOAJ 200mg/ml; SOSY 200mg/ml	Tier 5	NDS, QL (8 syringes / 28 days), NM, PA

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
BENLYSTA SOLR 120mg, 400mg	Tier 5	NDS, NM, PA
<i>cyclosporine</i> CAPS 25mg, 100mg; SOLN 50mg/ml	Tier 2	B/D, NM
<i>cyclosporine modified (for microemulsion)</i> CAPS 25mg, 50mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	Tier 2	B/D, NM
<i>everolimus (immunosuppressant)</i> TABS .25mg, .5mg, .75mg, 1mg	Tier 5	NDS, B/D, NM
<i>gengraf</i> CAPS 25mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	Tier 2	B/D, NM
<i>mycophenolate mofetil</i> CAPS 250mg; TABS 500mg	Tier 2	B/D, NM
<i>mycophenolate mofetil</i> SUSR 200mg/ml	Tier 5	NDS, B/D, NM
<i>mycophenolate sodium</i> TBEC 180mg, 360mg	Tier 2	B/D, NM
NULOJIX SOLR 250mg	Tier 5	NDS, B/D, NM
PROGRAF PACK .2mg, 1mg	Tier 4	B/D, NM
REZUROCK TABS 200mg	Tier 5	NDS, NM, LA, PA NSO
SANDIMMUNE SOLN 100mg/ml	Tier 3	B/D, NM
<i>sirolimus</i> SOLN 1mg/ml	Tier 5	NDS, B/D, NM
<i>sirolimus</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg	Tier 2	B/D, NM
<i>tacrolimus</i> CAPS .5mg, 1mg, 5mg	Tier 2	B/D, NM
ZORTRESS TABS 1mg	Tier 5	NDS, B/D, NM

VACCINES

ACTHIB INJ	Tier 3	
ADACEL INJ	Tier 3	
BCG VACCINE SOLR 50mg	Tier 3	
BEXSERO INJ	Tier 3	
BOOSTRIX INJ	Tier 3	
DAPTACEL INJ	Tier 3	
DENG VAXIA SUS	Tier 3	
DIP/TET PED INJ 25-5LFU	Tier 3	B/D
ENGERIX-B SUSP 20mcg/ml; SUSY 10mcg/0.5ml, 20mcg/ml	Tier 3	B/D
GARDASIL 9 INJ	Tier 3	
HAVRIX SUSP 720elu/0.5ml, 1440elu/ml	Tier 3	
HIBERIX SOLR 10mcg	Tier 3	
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.) SUSR 2.5unit/ml	Tier 3	B/D
INFANRIX INJ	Tier 3	
IPOL INJ INACTIVE	Tier 3	

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
IXIARO INJ	Tier 3	
KINRIX INJ	Tier 3	
M-M-R II INJ	Tier 3	
MENACTRA INJ	Tier 3	
MENQUADFI INJ	Tier 3	
MENVEO INJ	Tier 3	
PEDIARIX INJ 0.5ML	Tier 3	
PEDVAX HIB SUSP 7.5mcg/0.5ml	Tier 3	
PENTACEL INJ	Tier 3	
PREHEVBRIO SUSP 10mcg/ml	Tier 3	B/D
PRIORIX INJ	Tier 3	
PROQUAD INJ	Tier 3	
QUADRACEL INJ	Tier 3	
QUADRACEL INJ 0.5ML	Tier 3	
RABAVERT INJ	Tier 3	B/D
RECOMBIVAX HB SUSP 5mcg/0.5ml, 10mcg/ml, 40mcg/ml; SUSY 5mcg/0.5ml, 10mcg/ml	Tier 3	B/D
ROTARIX SUS	Tier 3	
ROTATEQ SOL	Tier 3	
SHINGRIX SUSR 50mcg/0.5ml	Tier 3	QL (2 vials per lifetime)
TDVAX INJ 2-2 LF	Tier 3	B/D
TENIVAC INJ 5-2LF	Tier 3	B/D
TICOVAC SUSY 1.2mcg/0.25ml, 2.4mcg/0.5ml	Tier 3	
TRUMENBA INJ	Tier 3	
TWINRIX INJ	Tier 3	
TYPHIM VI SOLN 25mcg/0.5ml; SOSY 25mcg/0.5ml	Tier 3	
VAQTA SUSP 25unit/0.5ml, 50unit/ml	Tier 3	
VARIVAX INJ 1350pfu/0.5ml	Tier 3	
YF-VAX INJ	Tier 3	

NUTRITIONAL/SUPPLEMENTS

ELECTROLYTES/MINERALS, INJECTABLE

D2.5W/NACL INJ 0.45%	Tier 2	
D5W/LYTES INJ #48	Tier 4	
D10W/NACL INJ 0.2%	Tier 3	
<i>dextrose 2.5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	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>	Tier 2	

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de
cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

68

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>	Tier 2	
<i>dextrose 10% w/ sodium chloride 0.45%</i>	Tier 2	
ISOLYTE-P INJ /D5W	Tier 4	
ISOLYTE-S INJ	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>	Tier 2	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj</i>	Tier 2	
KCL 20 MEQ/L (0.15%) IN NACL 0.45% INJ	Tier 4	
<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 0.45% inj</i>	Tier 2	
KCL 40 MEQ/L (0.3%) IN NACL 0.9% INJ	Tier 4	
KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9%	Tier 4	
<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 SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml, 50%</i>	Tier 3	
<i>magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1 gm/100ml</i>	Tier 3	
MG SO4/D5W INJ 10MG/ML	Tier 3	
PLASMA-LYTE INJ -148	Tier 4	
PLASMA-LYTE INJ -A	Tier 4	
<i>potassium chloride SOLN 2meq/ml, 10meq/100ml, 20meq/100ml, 40meq/100ml</i>	Tier 2	
POTASSIUM CHLORIDE SOLN 10meq/50ml, 20meq/50ml	Tier 4	

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

69

15/11/2022

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% inj</i>	Tier 2	
<i>sodium chloride SOLN .45%, .9%, 2.5meq/ml, 3%, 5%</i>	Tier 2	
TPN ELECTROL INJ	Tier 4	B/D

ELECTROLYTES/MINERALS/VITAMINS, ORAL

<i>klor-con PACK 20meq</i>	Tier 2	
<i>klor-con 8 TBCR 8meq</i>	Tier 1	
<i>klor-con 10 TBCR 10meq</i>	Tier 1	
<i>klor-con m10 TBCR 10meq</i>	Tier 1	
<i>klor-con m15 TBCR 15meq</i>	Tier 2	
<i>klor-con m20 TBCR 20meq</i>	Tier 1	
M-NATAL PLUS TAB	Tier 3	
<i>potassium chloride CPCR 8meq, 10meq; PACK 20meq; SOLN 10%, 20%</i>	Tier 2	
<i>potassium chloride TBCR 8meq, 10meq, 20meq</i>	Tier 1	
<i>potassium chloride microencapsulated crystals er TBCR 10meq, 20meq</i>	Tier 1	
<i>potassium chloride microencapsulated crystals er TBCR 15meq</i>	Tier 2	
PRENATAL TAB 27-1MG	Tier 3	
PRENATAL TAB PLUS	Tier 3	
PRENATAL VIT TAB LOW IRON	Tier 3	
<i>sodium fluoride chew; tab; 1.1 (0.5 f) mg/ml soln</i>	Tier 2	
TRICARE TAB PRENATAL	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 SOLN 5%, 10%</i>	Tier 2	
<i>dextrose SOLN 50%, 70%</i>	Tier 2	B/D
FREAMINE III INJ 10%	Tier 4	B/D
<i>hepatamine</i>	Tier 4	B/D

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

70

15/11/2022

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
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 4	B/D
PROCALAMINE INJ 3%	Tier 4	B/D
PROSOL INJ 20%	Tier 4	B/D
TRAVASOL INJ 10%	Tier 4	B/D
TROPHAMINE INJ 10%	Tier 4	B/D

OPHTHALMIC

ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORY

<i>bacitracin-polymyxin-neomycin-hc ophth oint 1%</i>	Tier 2
BLEPHAMIDE OIN S.O.P.	Tier 4
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth oint 0.1%</i>	Tier 1
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth susp 0.1%</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
TOBRADEX ST SUS 0.3-0.05	Tier 3
<i>tobramycin-dexamethasone ophth susp 0.3-0.1%</i>	Tier 2
ZYLET SUS 0.5-0.3%	Tier 3

ANTI-INFECTIVES

<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>gentak OINT .3%</i>	Tier 2
<i>gentamicin sulfate (ophth) SOLN .3%</i>	Tier 1
<i>moxifloxacin hcl (ophth) SOLN .5%</i>	Tier 2
NATACYN SUSP 5%	Tier 4
<i>neomycin-bacitrac zn-polymyx 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i>	Tier 2

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de
cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

71

15/11/2022

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>neomycin-polymy-gramicid op sol 1.75-10000-0.025mg-unt-mg/ml</i>	Tier 2	
<i>ofloxacin (ophth) SOLN .3%</i>	Tier 2	
<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	
ZIRGAN GEL .15%	Tier 4	
ANTI-INFLAMMATORIES		
ALREX SUSP .2%	Tier 3	
<i>bromfenac sodium (ophth) SOLN .09%</i>	Tier 2	
BROMSITE SOLN .075%	Tier 4	
<i>dexamethasone sodium phosphate (ophth) SOLN .1%</i>	Tier 2	
<i>diclofenac sodium (ophth) SOLN .1%</i>	Tier 2	
<i>difluprednate EMUL .05%</i>	Tier 2	
FLAREX SUSP .1%	Tier 4	
<i>fluorometholone (ophth) SUSP .1%</i>	Tier 2	
<i>flurbiprofen sodium SOLN .03%</i>	Tier 2	
ILEVRO SUSP .3%	Tier 3	
<i>ketorolac tromethamine (ophth) SOLN .4%, .5%</i>	Tier 2	
LOTEMAX OINT .5%	Tier 3	
<i>prednisolone acetate (ophth) SUSP 1%</i>	Tier 2	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSP SOLN 1%	Tier 3	
PROLENSA SOLN .07%	Tier 3	
ANTIALLERGICS		
<i>azelastine hcl (ophth) SOLN .05%</i>	Tier 2	
<i>bepotastine besilate SOLN 1.5%</i>	Tier 2	
BEPREVE SOLN 1.5%	Tier 3	
<i>cromolyn sodium (ophth) SOLN 4%</i>	Tier 1	
LASTACFT SOLN .25%	Tier 4	
<i>olopatadine hcl SOLN .1%</i>	Tier 2	
ZERVIAE SOLN .24%	Tier 4	
ANTIGLAUCOMA		
ALPHAGAN P SOLN .1%	Tier 3	
<i>betaxolol hcl (ophth) SOLN .5%</i>	Tier 2	
BETOPTIC-S SUSP .25%	Tier 3	

PA - Previa autorización . PA NSO - Autorización previa sólo para miembros nuevos
 QL - Límites de cantidad. ST - Terapia escalonada . NM - Sin encargos por correo
 B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . LA - Medicamentos con acceso limitado GC
 - Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de
 cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
 NDS - Suministro de días no extendidos SI - Insulinas Selectas

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>brimonidine tartrate</i> SOLN .2%	Tier 1	
<i>brimonidine tartrate</i> SOLN .15%	Tier 2	
<i>brinzolamide</i> SUSP 1%	Tier 2	
<i>carteolol hcl (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 ophth soln</i> 22.3-6.8 mg/ml	Tier 1	
<i>latanoprost</i> 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 3	
SIMBRINZA SUS 1-0.2%	Tier 3	
<i>timolol maleate (ophth)</i> SOLG .25%, .5%	Tier 2	
<i>timolol maleate (ophth)</i> SOLN .25%, .5%	Tier 1	
<i>timolol maleate (ophth) once-daily</i> SOLN .5%	Tier 2	
VYZULTA SOLN .024%	Tier 4	

MISCELLANEOUS

ATROPINE SULFATE SOLN 1%	Tier 3	
<i>atropine sulfate (ophthalmic)</i> SOLN 1%	Tier 2	
CYSTADROPS SOLN .37%	Tier 5	NDS, NM, LA, PA
CYSTARAN SOLN .44%	Tier 5	NDS, NM, LA, PA
ISOPTO ATROPINE SOLN 1%	Tier 3	
<i>proparacaine hcl</i> SOLN .5%	Tier 2	
RESTASIS EMUL .05%	Tier 3	
RESTASIS MULTIDOSE EMUL .05%	Tier 3	
XIIDRA SOLN 5%	Tier 3	

OTIC

OTIC AGENTS

<i>acetic acid (otic)</i> SOLN 2%	Tier 2	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic susp</i> 0.3- 0.1%	Tier 2	
<i>flac</i> OIL .01%	Tier 2	
<i>fluocinolone acetone (otic)</i> OIL .01%	Tier 2	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic soln</i> 1%	Tier 2	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic susp</i> 3.5 mg/ml-10000 unit/ml-1%	Tier 2	
<i>ofloxacin (otic)</i> SOLN .3%	Tier 2	

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de
cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

73

15/11/2022

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
RESPIRATORY		
ANTICHOLINERGIC/BETA AGONIST COMBINATIONS		
ANORO ELLIPT AER 62.5-25	Tier 3	QL (60 blisters / 30 days)
BEVESPI AER 9-4.8MCG	Tier 3	QL (1 inhaler / 30 days)
BREZTRI AERO AER SPHERE	Tier 3	QL (1 inhaler / 30 days)
BREZTRI AERO AER SPHERE (INSTITUTIONAL PACK)	Tier 3	QL (4 inhalers / 28 days)
COMBIVENT AER 20-100	Tier 4	QL (2 inhalers / 30 days)
<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	Tier 3	QL (60 blisters / 30 days)
TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25 MCG	Tier 3	QL (60 blisters / 30 days)
ANTICHOLINERGICS		
ATROVENT HFA AERS 17mcg/act	Tier 4	QL (2 inhalers / 30 days)
INCRUSE ELLIPTA AEPB 62.5mcg/inh	Tier 3	QL (30 blisters / 30 days)
<i>ipratropium bromide SOLN .02%</i>	Tier 2	B/D
<i>ipratropium bromide (nasal) SOLN .03%, .06%</i>	Tier 2	
ANTI-HISTAMINES		
<i>azelastine hcl SOLN .1%, .15%</i>	Tier 2	
<i>cetirizine hcl SOLN 1mg/ml</i>	Tier 1	
<i>cyproheptadine hcl SYRP 2mg/5ml; TABS 4mg</i>	Tier 3	PA; PA if 70 years and older
<i>diphenhydramine hcl SOLN 50mg/ml</i>	Tier 2	
<i>hydroxyzine hcl SOLN 25mg/ml, 50mg/ml</i>	Tier 4	PA; PA if 70 years and older
<i>hydroxyzine hcl SYRP 10mg/5ml</i>	Tier 3	PA; PA if 70 years and older
<i>hydroxyzine hcl TABS 10mg, 25mg, 50mg</i>	Tier 2	PA; PA if 70 years and older
<i>hydroxyzine pamoate CAPS 25mg, 50mg</i>	Tier 2	PA; PA if 70 years and older
<i>levocetirizine dihydrochloride SOLN 2.5mg/5ml; TABS 5mg</i>	Tier 2	

PA - Previa autorización . PA NSO - Autorización previa sólo para miembros nuevos
 QL - Límites de cantidad. ST - Terapia escalonada . NM - Sin encargos por correo
 B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . LA - Medicamentos con acceso limitado GC
 - Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
 NDS - Suministro de días no extendidos SI - Insulinas Selectas

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
BETA AGONISTS		
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act	Tier 2	QL (2 inhalers / 30 days); (generic of Proair HFA)
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act	Tier 2	QL (2 inhalers / 30 days); (generic of Proventil HFA)
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act	Tier 2	QL (2 inhalers / 30 days); (generic of Ventolin HFA)
<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 hcl</i> NEBU 1.25mg/0.5ml, 1.25mg/3ml	Tier 2	B/D
<i>levalbuterol tartrate</i> AERO 45mcg/act	Tier 2	QL (2 inhalers / 30 days)
SEREVENT DISKUS AEPB 50mcg/dose	Tier 3	QL (60 inhalations / 30 days)
<i>terbutaline sulfate</i> TABS 2.5mg, 5mg	Tier 2	
VENTOLIN HFA AERS 108mcg/act	Tier 3	QL (2 inhalers / 30 days)
VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK) AERS 108mcg/act	Tier 3	QL (6 inhalers / 30 days)
LEUKOTRIENE MODULATORS		
<i>montelukast sodium</i> CHEW 4mg, 5mg; PACK 4mg	Tier 2	
<i>montelukast sodium</i> TABS 10mg	Tier 1	
<i>zafirlukast</i> TABS 10mg, 20mg	Tier 2	
MISCELLANEOUS		
<i>acetylcysteine</i> SOLN 10%, 20%	Tier 2	B/D
ARALAST NP SOLR 500mg, 1000mg	Tier 5	NDS, NM, LA, PA
<i>cromolyn sodium</i> NEBU 20mg/2ml	Tier 2	B/D
DALIRESP TABS 250mcg, 500mcg	Tier 4	
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOAJ .15mg/0.3ml, .3mg/0.3ml	Tier 2	(generic of EpiPen)
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOAJ .15mg/0.15ml, .3mg/0.3ml	Tier 2	(generic of Adrenaclick)
ESBRIET CAPS 267mg	Tier 5	NDS, QL (270 caps / 30 days), NM, PA

PA - Previa autorización . PA NSO - Autorización previa sólo para miembros nuevos
 QL - Límites de cantidad. ST - Terapia escalonada . NM - Sin encargos por correo
 B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . LA - Medicamentos con acceso limitado GC
 - Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de
 cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
 NDS - Suministro de días no extendidos SI - Insulinas Selectas

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
ESBRIET TABS 267mg	Tier 5	NDS, QL (270 tabs / 30 days), NM, PA
ESBRIET TABS 801mg	Tier 5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
FAENRA SOSY 30mg/ml	Tier 5	NDS, NM, LA, PA
FAENRA PEN SOAJ 30mg/ml	Tier 5	NDS, NM, LA, PA
KALYDECO PACK 25mg, 50mg, 75mg	Tier 5	NDS, QL (56 packs / 28 days), NM, PA
KALYDECO TABS 150mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
OFEV CAPS 100mg, 150mg	Tier 5	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA
ORKAMBI GRA 100-125	Tier 5	NDS, QL (56 packs / 28 days), NM, PA
ORKAMBI GRA 150-188	Tier 5	NDS, QL (56 packs / 28 days), NM, PA
ORKAMBI TAB 100-125	Tier 5	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, PA
ORKAMBI TAB 200-125	Tier 5	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, PA
<i>pirfenidone</i> TABS 267mg	Tier 5	NDS, QL (270 tabs / 30 days), NM, PA
<i>pirfenidone</i> TABS 534mg, 801mg	Tier 5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
PROLASTIN-C SOLN 1000mg/20ml; SOLR 1000mg	Tier 5	NDS, NM, LA, PA
PULMOZYME SOLN 2.5mg/2.5ml	Tier 5	NDS, NM, PA
SYMDEKO TAB 50-75MG	Tier 5	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, LA, PA
SYMDEKO TAB 100-150	Tier 5	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, LA, PA
SYMJEPI SOSY .15mg/0.3ml, .3mg/0.3ml	Tier 4	
THEO-24 CP24 100mg, 200mg, 300mg, 400mg	Tier 4	
<i>theophylline</i> ELIX 80mg/15ml; SOLN 80mg/15ml; TB12 300mg, 450mg; TB24 400mg, 600mg	Tier 2	
TRIKAFTA TAB 50-25-37.5MG & 75MG	Tier 5	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, LA, PA
TRIKAFTA TAB 100-50-75MG & 150MG	Tier 5	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, LA, PA
XOLAIR SOLR 150mg; SOSY 75mg/0.5ml, 150mg/ml	Tier 5	NDS, NM, LA, PA

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

76

15/11/2022

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
ZEMAIRA SOLR 1000mg	Tier 5	NDS, NM, LA, PA
NASAL STEROIDS		
<i>flunisolide (nasal)</i> SOLN .025%	Tier 2	QL (3 bottles / 30 days)
<i>fluticasone propionate (nasal)</i> SUSP 50mcg/act	Tier 2	QL (1 bottle / 30 days)
STEROID INHALANTS		
ARNUITY ELLIPTA AEPB 50mcg/act, 100mcg/act, 200mcg/act	Tier 3	QL (30 inhalations / 30 days)
<i>budesonide (inhalation)</i> SUSP .25mg/2ml, .5mg/2ml	Tier 2	B/D
FLOVENT DISKUS AEPB 50mcg/blist	Tier 3	QL (180 inhalations / 30 days)
FLOVENT DISKUS AEPB 100mcg/blist, 250mcg/blist	Tier 3	QL (240 inhalations / 30 days)
FLOVENT HFA AERO 44mcg/act, 110mcg/act, 220mcg/act	Tier 3	QL (2 inhalers / 30 days)
PULMICORT FLEXHALER AEPB 90mcg/act	Tier 4	QL (3 inhalers / 30 days)
PULMICORT FLEXHALER AEPB 180mcg/act	Tier 4	QL (2 inhalers / 30 days)
STEROID/BETA-AGONIST COMBINATIONS		
ADVAIR DISKU AER 100/50	Tier 3	QL (60 inhalations / 30 days)
ADVAIR DISKU AER 250/50	Tier 3	QL (60 inhalations / 30 days)
ADVAIR DISKU AER 500/50	Tier 3	QL (60 inhalations / 30 days)
ADVAIR HFA AER 45/21	Tier 3	QL (1 inhaler / 30 days)
ADVAIR HFA AER 115/21	Tier 3	QL (1 inhaler / 30 days)
ADVAIR HFA AER 230/21	Tier 3	QL (1 inhaler / 30 days)
BREO ELLIPTA INH 100-25	Tier 3	QL (60 blisters / 30 days)
BREO ELLIPTA INH 200-25	Tier 3	QL (60 blisters / 30 days)
SYMBICORT AER 80-4.5	Tier 3	QL (1 inhaler / 30 days)
SYMBICORT AER 160-4.5	Tier 3	QL (1 inhaler / 30 days)
TOPICAL		
DERMATOLOGY, ACNE		
<i>acutane</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	Tier 2	PA
<i>amnesteeem</i> CAPS 10mg, 20mg, 40mg	Tier 2	PA

PA - Previa autorización . PA NSO - Autorización previa sólo para miembros nuevos
 QL - Límites de cantidad. ST - Terapia escalonada . NM - Sin encargos por correo
 B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . LA - Medicamentos con acceso limitado GC
 - Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de
 cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
 NDS - Suministro de días no extendidos SI - Insulinas Selectas

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>avita</i> CREA .025%; GEL .025%	Tier 2	QL (45 gm / 30 days), PA
<i>benzoyl peroxide-erythromycin gel</i> 5-3%	Tier 2	QL (46.6 gm / 30 days)
<i>claravis</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	Tier 2	PA
<i>clindamycin phosphate (topical)</i> GEL 1%	Tier 2	QL (75 gm / 30 days)
<i>clindamycin phosphate (topical)</i> LOTN 1%; SOLN 1%	Tier 2	QL (60 mL / 30 days)
<i>ery</i> PADS 2%	Tier 2	QL (60 pledgets / 30 days)
<i>erythromycin (acne aid)</i> SOLN 2%	Tier 2	QL (60 mL / 30 days)
<i>isotretinoin</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	Tier 2	PA
<i>myorisan</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	Tier 2	PA
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i> LOTN 10%	Tier 2	QL (118 mL / 30 days)
<i>tretinoin</i> CREA .025%, .05%, .1%; GEL .01%, .025%	Tier 2	QL (45 gm / 30 days), PA
<i>zenatane</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	Tier 2	PA
DERMATOLOGY, ANTIBIOTICS		
<i>gentamicin sulfate (topical)</i> CREA .1%; OINT .1%	Tier 2	QL (30 gm / 30 days)
<i>mupirocin</i> OINT 2%	Tier 1	QL (220 gm / 30 days)
<i>silver sulfadiazine</i> CREA 1%	Tier 2	
<i>ssd</i> CREA 1%	Tier 2	
SULFAMYLON CREA 85mg/gm	Tier 4	QL (453.6 gm / 30 days)
DERMATOLOGY, ANTIFUNGALS		
<i>ciclopirox olamine</i> CREA .77%	Tier 2	QL (90 gm / 30 days)
<i>ciclopirox olamine</i> SUSP .77%	Tier 2	QL (60 mL / 30 days)
<i>clotrimazole (topical)</i> CREA 1%	Tier 2	QL (45 gm / 30 days)
<i>clotrimazole (topical)</i> SOLN 1%	Tier 2	QL (30 mL / 30 days)
<i>clotrimazole w/ betamethasone cream</i> 1-0.05%	Tier 2	QL (45 gm / 30 days)
<i>ketoconazole (topical)</i> CREA 2%	Tier 2	QL (60 gm / 30 days)
<i>nyamyc</i> POWD 100000unit/gm	Tier 2	QL (60 gm / 30 days)
<i>nystatin (topical)</i> CREA 100000unit/gm; OINT 100000unit/gm	Tier 2	QL (30 gm / 30 days)
<i>nystatin (topical)</i> POWD 100000unit/gm	Tier 2	QL (60 gm / 30 days)
<i>nystop</i> POWD 100000unit/gm	Tier 2	QL (60 gm / 30 days)
DERMATOLOGY, ANTIPSORIATICS		
<i>acitretin</i> CAPS 10mg, 17.5mg, 25mg	Tier 2	PA
<i>calcipotriene</i> OINT .005%	Tier 2	QL (120 gm / 30 days), PA

PA - Previa autorización . PA NSO - Autorización previa sólo para miembros nuevos
 QL - Límites de cantidad. ST - Terapia escalonada . NM - Sin encargos por correo
 B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . LA - Medicamentos con acceso limitado GC
 - Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de
 cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
 NDS - Suministro de días no extendidos SI - Insulinas Selectas

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>calcipotriene</i> SOLN .005%	Tier 2	QL (120 mL / 30 days), PA
<i>calcitrene</i> OINT .005%	Tier 2	QL (120 gm / 30 days), PA
<i>tazarotene</i> CREA .1%	Tier 2	QL (60 gm / 30 days), PA
TAZORAC CREA .05%	Tier 4	QL (60 gm / 30 days), PA

DERMATOLOGY, ANTISEBORRHEICS

<i>ketoconazole (topical)</i> SHAM 2%	Tier 1	QL (120 mL / 30 days)
<i>selenium sulfide</i> LOTN 2.5%	Tier 2	

DERMATOLOGY, CORTICOSTEROIDS

<i>ala-cort</i> CREA 1%, 2.5%	Tier 1	
<i>alclometasone dipropionate</i> CREA .05%; OINT .05%	Tier 2	QL (60 gm / 30 days)
<i>betamethasone dipropionate (topical)</i> CREA .05%; OINT .05%	Tier 2	QL (120 gm / 30 days)
<i>betamethasone dipropionate (topical)</i> LOTN .05%	Tier 2	QL (120 mL / 30 days)
<i>betamethasone dipropionate augmented</i> CREA .05%; GEL .05%; OINT .05%	Tier 2	QL (120 gm / 30 days)
<i>betamethasone dipropionate augmented</i> LOTN .05%	Tier 2	QL (120 mL / 30 days)
<i>betamethasone valerate</i> CREA .1%; OINT .1%	Tier 2	QL (120 gm / 30 days)
<i>betamethasone valerate</i> LOTN .1%	Tier 2	QL (120 mL / 30 days)
<i>clobetasol propionate</i> CREA .05%; GEL .05%; OINT .05%	Tier 2	QL (60 gm / 30 days)
<i>clobetasol propionate</i> SOLN .05%	Tier 2	QL (50 mL / 30 days)
<i>clobetasol propionate e</i> CREA .05%	Tier 2	QL (60 gm / 30 days)
ENSTILAR AER	Tier 4	QL (120 gm / 30 days), PA
<i>fluocinolone acetonide</i> CREA .01%	Tier 2	QL (60 gm / 30 days)
<i>fluocinolone acetonide</i> CREA .025%; OINT .025%	Tier 2	QL (120 gm / 30 days)
<i>fluocinolone acetonide</i> OIL .01%	Tier 2	QL (118.28 mL / 30 days)
<i>fluocinolone acetonide</i> SOLN .01%	Tier 2	QL (90 mL / 30 days)
<i>fluocinonide</i> CREA .05%	Tier 2	QL (120 gm / 30 days)
<i>fluocinonide</i> GEL .05%; OINT .05%	Tier 2	QL (60 gm / 30 days)
<i>fluocinonide</i> SOLN .05%	Tier 2	QL (60 mL / 30 days)
<i>fluocinonide emulsified base</i> CREA .05%	Tier 2	QL (120 gm / 30 days)

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

79

15/11/2022

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>fluticasone propionate</i> CREA .05%; OINT .005%	Tier 2	
<i>halobetasol propionate</i> CREA .05%; OINT .05%	Tier 2	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>mometasone furoate</i> CREA .1%; OINT .1%; SOLN .1%	Tier 2	
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> CREA .1%	Tier 1	QL (454 gm / 30 days)
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> CREA .025%, .5%; OINT .025%, .1%, .5%	Tier 1	
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> LOTN .025%, .1%	Tier 2	
<i>triderm</i> CREA .5%	Tier 1	
DERMATOLOGY, LOCAL ANESTHETICS		
<i>glydo</i> PRSY 2%	Tier 2	QL (60 mL / 30 days), PA
<i>lidocaine</i> OINT 5%	Tier 2	QL (50 gm / 30 days), PA
<i>lidocaine</i> PTCH 5%	Tier 2	QL (3 patches / 1 day), PA
<i>lidocaine hcl</i> GEL 2%	Tier 2	QL (30 mL / 30 days), PA
<i>lidocaine hcl</i> SOLN 4%	Tier 2	QL (50 mL / 30 days), PA
<i>lidocaine-prilocaine cream</i> 2.5-2.5%	Tier 2	QL (30 gm / 30 days), PA
DERMATOLOGY, MISCELLANEOUS SKIN AND MUCOUS MEMBRANE		
<i>bexarotene (topical)</i> GEL 1%	Tier 5	NDS, QL (60 gm / 30 days), NM, PA NSO
<i>diclofenac sodium (topical)</i> GEL 1%	Tier 2	QL (1000 gm / 30 days), PA
<i>fluorouracil (topical)</i> CREA 5%	Tier 2	QL (40 gm / 30 days)
<i>fluorouracil (topical)</i> SOLN 2%, 5%	Tier 2	QL (10 mL / 30 days)
<i>hydrocortisone (rectal)</i> CREA 2.5%	Tier 1	
<i>imiquimod</i> CREA 5%	Tier 2	QL (24 packets / 30 days)
<i>lactic acid (ammonium lactate)</i> CREA 12%; LOTN 12%	Tier 2	

PA - Previa autorización . **PA NSO** - Autorización previa sólo para miembros nuevos
QL - Límites de cantidad. **ST** - Terapia escalonada . **NM** - Sin encargos por correo
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . **LA** - Medicamentos con acceso limitado **GC**
- Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
NDS - Suministro de días no extendidos **SI** - Insulinas Selectas

80

15/11/2022

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>metronidazole (topical)</i> CREA .75%; GEL .75%	Tier 2	QL (45 gm / 30 days)
<i>metronidazole (topical)</i> LOTN .75%	Tier 2	QL (59 mL / 30 days)
PANRETIN GEL .1%	Tier 5	NDS, QL (60 gm / 30 days), PA NSO
<i>podofilox</i> SOLN .5%	Tier 2	QL (7 mL / 28 days)
<i>procto-med hc</i> CREA 2.5%	Tier 2	
<i>procto-pak</i> CREA 1%	Tier 2	
<i>proctosol hc</i> CREA 2.5%	Tier 2	
<i>proctozone-hc</i> CREA 2.5%	Tier 2	
RECTIV OINT .4%	Tier 4	QL (30 gm / 30 days)
<i>rosadan</i> CREA .75%	Tier 2	QL (45 gm / 30 days)
<i>tacrolimus (topical)</i> OINT .03%, .1%	Tier 2	QL (100 gm / 30 days)
TARGRETIN GEL 1%	Tier 5	NDS, QL (60 gm / 30 days), NM, PA NSO
VALCHLOR GEL .016%	Tier 5	NDS, QL (60 gm / 30 days), NM, LA, PA NSO

DERMATOLOGY, SCABICIDES AND PEDICULIDES

<i>malathion</i> LOTN .5%	Tier 2	QL (59 mL / 30 days)
<i>permethrin</i> CREA 5%	Tier 2	QL (60 gm / 30 days)

DERMATOLOGY, WOUND CARE AGENTS

REGRANEX GEL .01%	Tier 5	NDS, QL (30 gm / 30 days), PA
SANTYL OINT 250unit/gm	Tier 4	QL (180 gm / 30 days)
<i>sodium chloride (gu irrigant)</i> SOLN .9%	Tier 2	
<i>water for irrigation, sterile irrigation soln</i>	Tier 2	

MOUTH/THROAT/DENTAL AGENTS

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

PA - Previa autorización . PA NSO - Autorización previa sólo para miembros nuevos
 QL - Límites de cantidad. ST - Terapia escalonada . NM - Sin encargos por correo
 B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D . LA - Medicamentos con acceso limitado GC
 - Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento recetado en la brecha de
 cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta
 NDS - Suministro de días no extendidos SI - Insulinas Selectas

Índice

A	
<i>abacavir sulfate</i>	7
<i>abacavir sulfate-lamivudine tab 600-300 mg</i>	9
<i>abacavir sulfate-lamivudine-zidovudine tab 300-150-300 mg</i>	9
ABELCET	6
ABILIFY MAINTENA.....	39
<i>abiraterone acetate</i>	15
ABRAXANE INJ 100MG	17
<i>acamprosate calcium</i>	45
<i>acarbose</i>	46
<i>accutane</i>	77
<i>acebutolol hcl</i>	28
<i>acetaminophen w/ codeine soln 120-12 mg/5ml</i>	3
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-15 mg</i>	3
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-30 mg</i>	3
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-60 mg</i>	3
<i>acetazolamide</i>	29
<i>acetic acid</i>	62
<i>acetic acid (otic)</i>	73
<i>acetylcysteine</i>	75
<i>acitretin</i>	78
ACTHIB INJ	67
ACTIMMUNE	66
<i>acyclovir</i>	10
<i>acyclovir sodium</i>	10
ADACEL INJ.....	67
<i>adefovir dipivoxil</i>	10
ADEMPAS	31
ADRENALIN	30
<i>adriamycin</i>	15
ADVAIR DISKU AER 100/50	77
ADVAIR DISKU AER 250/50	77
ADVAIR DISKU AER 500/50	77
ADVAIR HFA AER 115/21.....	77
ADVAIR HFA AER 230/21.....	77
ADVAIR HFA AER 45/21	77
AFINITOR	17
AFINITOR DISPERZ	17
<i>afirmelle</i>	50
AIMOVIG.....	43
<i>ala-cort</i>	79
<i>albendazole</i>	4
<i>albuterol sulfate</i>	75
<i>alclometasone dipropionate</i>	79
ALDURAZYME	56
ALECENSA	17
<i>alendronate sodium</i>	49
<i>alfuzosin hcl</i>	61
ALIMTA	15
<i>aliskiren fumarate</i>	30
<i>allopurinol</i>	2
<i>alose tron hcl</i>	60
ALPHAGAN P.....	72
<i>alprazolam</i>	31
ALREX.....	72
<i>altavera</i>	50
ALUNBRIG.....	17
ALUNBRIG PAK	17
<i>alyacen 1/35</i>	50
<i>alyacen 7/7/7</i>	50
<i>amabelz</i>	54
<i>amantadine hcl</i>	38
AMBISOME	6
<i>ambrisentan</i>	31
<i>amikacin sulfate</i>	4
<i>amiloride & hydrochlorothiazide tab 5-50 mg</i>	29
<i>amiloride hcl</i>	29
<i>amiodarone hcl</i>	26
<i>amitriptyline hcl</i>	36
<i>amlodipine besylate</i>	28
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-20 mg</i>	23
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-40 mg</i>	23
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 2.5-10 mg</i>	23
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-10 mg</i>	23
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-20 mg</i>	23
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-40 mg</i>	23
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-20 mg</i>	24

<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-40 mg</i>	25	<i>amoxicillin & k clavulanate tab 500-125 mg</i>	13
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-20 mg</i>	24	<i>amoxicillin & k clavulanate tab 875-125 mg</i>	13
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-40 mg</i>	24	<i>amoxicillin & k clavulanate tab er 12hr 1000-62.5 mg</i>	13
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-160 mg</i>	25	<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 10 mg</i>	42
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-320 mg</i>	25	<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 15 mg</i>	42
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-160 mg</i>	25	<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 20 mg</i>	42
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-320 mg</i>	25	<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 25 mg</i>	42
<i>amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide tab 10-160-12.5 mg</i>	25	<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 30 mg</i>	42
<i>amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide tab 10-160-25 mg</i>	25	<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg</i>	42
<i>amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide tab 10-320-25 mg</i>	25	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 10 mg</i>	42
<i>amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide tab 5-160-12.5 mg</i>	25	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 12.5 mg</i>	42
<i>amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide tab 5-160-25 mg</i>	25	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 15 mg</i>	42
<i>amnestem</i>	77	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 20 mg</i>	42
<i>amoxapine</i>	36	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 30 mg</i>	42
<i>amoxicillin</i>	12	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 5 mg</i>	42
<i>amoxicillin & k clavulanate chew tab 200-28.5 mg</i>	13	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 7.5 mg</i>	42
<i>amoxicillin & k clavulanate chew tab 400-57 mg</i>	13	<i>amphotericin b</i>	6
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 200-28.5 mg/5ml</i>	13	<i>amphotericin b liposome</i>	6
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 250-62.5 mg/5ml</i>	13	<i>ampicillin</i>	13
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 400-57 mg/5ml</i>	13	<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 1.5 (1-0.5) gm</i>	13
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 600-42.9 mg/5ml</i>	13	<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 3 (2-1) gm</i>	13
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 250-125 mg</i>	13	<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 1.5 (1-0.5) gm</i>	13
		<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 15 (10-5) gm</i>	13
		<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 3 (2-1) gm</i>	13
		<i>ampicillin sodium</i>	13
		<i>anagrelide hcl</i>	63

<i>anastrozole</i>	15
ANDRODERM	46
ANORO ELLIPT AER 62.5-25	74
<i>aprepitant</i>	58
<i>aprepitant capsule therapy pack 80 & 125 mg</i>	58
<i>apri</i>	50
APIOM.....	31
APTIVUS	7
ARALAST NP	75
<i>aranelle</i>	50
ARCALYST	66
<i>aripiprazole</i>	39
ARISTADA	39
ARISTADA INITIO.....	39
<i>armodafinil</i>	45
ARNUITY ELLIPTA.....	77
<i>asenapine maleate</i>	39
<i>aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25- 200 mg</i>	64
<i>atazanavir sulfate</i>	7
<i>atenolol</i>	28
<i>atenolol & chlorthalidone tab 100-25 mg</i>	27
<i>atenolol & chlorthalidone tab 50-25 mg</i>	27
<i>atomoxetine hcl</i>	42
<i>atorvastatin calcium</i>	27
<i>atovaquone</i>	4
<i>atovaquone-proguanil hcl tab 250-100 mg</i>	7
<i>atovaquone-proguanil hcl tab 62.5-25 mg</i>	7
ATROPINE SULFATE.....	73
<i>atropine sulfate (ophthalmic)</i>	73
ATROVENT HFA	74
<i>aubra eq</i>	50
<i>aurovela 1/20</i>	50
<i>aurovela fe 1.5/30</i>	50
<i>aurovela fe 1/20</i>	50
AUSTEDO	44
AVASTIN	17
<i>aviane</i>	50
<i>avita</i>	78
<i>ayuna</i>	50
AYVAKIT	18
<i>azacitidine</i>	15
<i>azathioprine</i>	66
<i>azelastine hcl</i>	74
<i>azelastine hcl (ophth)</i>	72
<i>azithromycin</i>	12
<i>aztreonam</i>	4
<i>azurette</i>	50
B	
<i>bacitracin (ophthalmic)</i>	71
<i>bacitracin-polymyxin b ophth oint</i>	71
<i>bacitracin-polymyxin-neomycin-hc ophth oint 1%</i>	71
<i>baclofen</i>	45
<i>balsalazide disodium</i>	59
BALVERSA.....	18
<i>balziva</i>	50
BARACLUDGE	10
BASAGLAR KWIKPEN	48
BCG VACCINE.....	67
BD ALCOHOL SWABS.....	48
BELSOMRA	43
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	23
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	23
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	23
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 5- 6.25mg</i>	23
<i>benazepril hcl</i>	24
BENDEKA	14
BENLYSTA	66, 67
<i>benzoyl peroxide-erythromycin gel 5- 3%</i>	78
<i>benztropine mesylate</i>	38
<i>bepotastine besilate</i>	72
BEPREVE.....	72
BERINERT	63
BESIVANCE	71
BESREMI.....	16
<i>betaine powder for oral solution</i>	56
<i>betamethasone dipropionate (topical)</i>	79
<i>betamethasone dipropionate augmented</i>	79
<i>betamethasone valerate</i>	79
BETASERON	44
<i>betaxolol hcl (ophth)</i>	72

<i>bethanechol chloride</i>	62	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i>	
BETOPTIC-S	72	2-0.5 mg (base equiv)	45
BEVESPI AER 9-4.8MCG	74	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i>	
<i>bexarotene</i>	16	4-1 mg (base equiv)	45
<i>bexarotene (topical)</i>	80	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i>	
BEXSERO INJ.....	67	8-2 mg (base equiv)	45
<i>bicalutamide</i>	15	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab</i>	
BICILLIN L-A	13	2-0.5 mg (base equiv)	45
BIKTARVY TAB 30-120-15 MG.....	9	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab</i>	
BIKTARVY TAB 50-200-25 MG.....	9	8-2 mg (base equiv)	45
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab</i>		<i>bupropion hcl</i>	36
10-6.25 mg	28	<i>bupropion hcl (smoking deterrent)</i> ...	46
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab</i>		<i>buspirone hcl</i>	31
2.5-6.25 mg	28	<i>butorphanol tartrate</i>	3
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 5-</i>		BYDUREON BCISE	46
6.25 mg	28	BYETTA.....	46
<i>bisoprolol fumarate</i>	28	C	
BIVIGAM	66	<i>cabergoline</i>	56
BLEPHAMIDE OIN S.O.P.	71	CABOMETYX	18
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	50	<i>calcipotriene</i>	78, 79
BOOSTRIX INJ	67	<i>calcitonin (salmon) spray</i>	49
<i>bortezomib</i>	18	<i>calcitrene</i>	79
BORTEZOMIB.....	18	<i>calcitriol</i>	58
<i>bosentan</i>	31	<i>calcium acetate (phosphate binder)</i> ..	57
BOSULIF	18	CALQUENCE	18
BRAFTOVI	18	<i>camila</i>	50
BREO ELLIPTA INH 100-25	77	CAPLYTA	39
BREO ELLIPTA INH 200-25	77	CAPRELSA	18
BREZTRI AERO AER SPHERE	74	<i>captopril</i>	24
BREZTRI AERO AER SPHERE		<i>carb/levo orally disintegrating tab 10-</i>	
(INSTITUTIONAL PACK).....	74	100mg	38
<i>briellyn</i>	50	<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-</i>	
BRILINTA	64	100mg	38
<i>brimonidine tartrate</i>	73	<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-</i>	
<i>brinzolamide</i>	73	250mg	38
BRIVIACT	31	CARBAGLU	56
<i>bromfenac sodium (ophth)</i>	72	<i>carbamazepine</i>	31
<i>bromocriptine mesylate</i>	38	<i>carbidopa & levodopa tab 10-100 mg</i>	38
BROMSITE	72	<i>carbidopa & levodopa tab 25-100 mg</i>	38
BRUKINSA	18	<i>carbidopa & levodopa tab 25-250 mg</i>	38
<i>budesonide</i>	59, 60	<i>carbidopa & levodopa tab er 25-100</i>	
<i>budesonide (inhalation)</i>	77	mg	38
<i>bumetanide</i>	29	<i>carbidopa & levodopa tab er 50-200</i>	
<i>buprenorphine hcl</i>	45	mg	38
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i>		<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i>	
12-3 mg (base equiv)	45	12.5-50-200 mg	38

<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i> 18.75-75-200 mg	38	<i>chloroquine phosphate</i>	7
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i> 25-100-200 mg	38	<i>chlorpromazine hcl</i>	39
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i> 31.25-125-200 mg	38	CHLORPROMAZINE HYDROCHLOR	39
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i> 37.5-150-200 mg	38	<i>chlorthalidone</i>	29
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i> 50-200-200 mg	38	<i>cholestyramine</i>	27
<i>carboplatin</i>	14	<i>cholestyramine light</i>	27
<i>carglumic acid</i>	56	<i>ciclopirox olamine</i>	78
<i>carteolol hcl (ophth)</i>	73	<i>cilostazol</i>	63
<i>cartia xt</i>	28	CILOXAN	71
<i>carvedilol</i>	28	CIMDUO TAB 300-300	9
<i>caspofungin acetate</i>	6	<i>cinacalcet hcl</i>	56
CAYSTON	4	CIPRO.....	12
<i>cefaclor</i>	11	<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml in d5w</i> ..	12
CEFACLOR ER	11	<i>ciprofloxacin 400 mg/200ml in d5w</i> ..	12
<i>cefadroxil</i>	11	<i>ciprofloxacin hcl</i>	12
CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML	11	<i>ciprofloxacin hcl (ophth)</i>	71
<i>cefazolin sodium</i>	11	<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic susp</i> 0.3-0.1%	73
CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4% ...	11	<i>cisplatin</i>	14
<i>cefdinir</i>	11	<i>citalopram hydrobromide</i>	36
<i>cefepime hcl</i>	11	<i>claravis</i>	78
<i>cefixime</i>	11	<i>clarithromycin</i>	12
<i>cefoxitin sodium</i>	11	<i>clindamycin hcl</i>	4
<i>cefpodoxime proxetil</i>	11	<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i> ..	4
<i>cefprozil</i>	11	<i>clindamycin phosphate</i>	4
<i>ceftazidime</i>	11	<i>clindamycin phosphate (topical)</i>	78
CEFTAZIDIME/ SOL D5W 1GM.....	11	<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i> 300 mg/50ml	4
CEFTAZIDIME/ SOL D5W 2GM.....	11	<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i> 600 mg/50ml	5
<i>ceftriaxone sodium</i>	11	<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i> 900 mg/50ml	5
<i>cefuroxime axetil</i>	11	<i>clindamycin phosphate vaginal</i>	62
<i>cefuroxime sodium</i>	12	CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML	5
<i>celecoxib</i>	2	CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML	5
CELONTIN	31	CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML	5
<i>cephalexin</i>	12	CLINIMIX INJ 4.25/D10.....	70
CERDELGA.....	56	CLINIMIX INJ 4.25/D5W.....	70
CEREZYME.....	56	CLINIMIX INJ 5%/D15W	70
<i>cetirizine hcl</i>	74	CLINIMIX INJ 5%/D20W	70
<i>cevimeline hcl</i>	81	CLINIMIX INJ 6/5	70
CHANTIX TAB 0.5& 1MG.....	46	CLINIMIX INJ 8/10	70
<i>chateal</i>	50	CLINIMIX INJ 8/14	70
CHEMET	50	<i>clinisol sf 15%</i>	70
<i>chlorhexidine gluconate (mouth-throat)</i>	81	CLINOLIPID EMU 20%	70
		<i>clobazam</i>	32
		<i>clobetasol propionate</i>	79

<i>clobetasol propionate e</i>	79	<i>cyproheptadine hcl</i>	74
<i>clomipramine hcl</i>	36	<i>cyred eq</i>	51
<i>clonazepam</i>	32	CYSTADANE POW	56
<i>clonidine</i>	30	CYSTADROPS	73
<i>clonidine hcl</i>	30	CYSTAGON	56
<i>clopidogrel bisulfate</i>	64	CYSTARAN	73
<i>clorazepate dipotassium</i>	32	<i>cytarabine</i>	15
<i>clotrimazole</i>	81	D	
<i>clotrimazole (topical)</i>	78	D10W/NACL INJ 0.2%	68
<i>clotrimazole w/ betamethasone cream</i> <i>1-0.05%</i>	78	D2.5W/NACL INJ 0.45%.....	68
<i>clozapine</i>	39	D5W/LYTES INJ #48.....	68
COARTEM TAB 20-120MG	7	<i>dabigatran etexilate mesylate</i>	62
<i>colchicine</i>	2	<i>dalfampridine</i>	44
<i>colchicine w/ probenecid tab 0.5-500</i> <i>mg</i>	2	DALIRESP.....	75
<i>colesevelam hcl</i>	27	<i>danazol</i>	54
<i>colestipol hcl</i>	27	<i>dantrolene sodium</i>	45
<i>colistimethate sodium</i>	5	<i>dapsone</i>	5
COMBIGAN SOL 0.2/0.5%	73	DAPTACEL INJ	67
COMBIVENT AER 20-100	74	<i>daptomycin</i>	5
COMETRIQ (60MG DOSE)	18	DAPTOMYCIN	5
COMETRIQ KIT 100MG	18	<i>dasetta 1/35</i>	51
COMETRIQ KIT 140MG	18	<i>dasetta 7/7/7</i>	51
COMPLERA TAB	9	DAURISMO	18
<i>compro</i>	58	<i>deblitane</i>	51
<i>constulose</i>	60	<i>deferasirox</i>	50
COPIKTRA	18	DELESTROGEN.....	54
CORLANOR	30	DELSTRIGO TAB.....	9
COTELLIC.....	18	DENGVAXIA SUS.....	67
CREON CAP 12000UNT.....	61	DESCOVY TAB 120-15MG	9
CREON CAP 24000UNT.....	61	DESCOVY TAB 200/25MG	9
CREON CAP 3000UNIT	61	<i>desipramine hcl</i>	36
CREON CAP 36000UNT.....	61	<i>desmopressin acetate</i>	56
CREON CAP 6000UNIT	61	<i>desmopressin acetate spray</i>	56
<i>cromolyn sodium</i>	75	<i>desmopressin acetate spray</i> <i>refrigerated</i>	56
<i>cromolyn sodium (mastocytosis)</i>	60	<i>desogest-eth estrad & eth estrad tab</i> <i>0.15-0.02/0.01 mg(21/5)</i>	51
<i>cromolyn sodium (ophth)</i>	72	<i>desogestrel & ethinyl estradiol tab 0.15</i> <i>mg-30 mcg</i>	51
<i>cryselle-28</i>	51	<i>desvenlafaxine succinate</i>	36
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	45	<i>dexamethasone</i>	55
<i>cyclophosphamide</i>	14	DEXAMETHASONE INTENSOL.....	55
CYCLOPHOSPHAMIDE	14	<i>dexamethasone sodium phosphate</i> ...	55
CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR....	15	<i>dexamethasone sodium phosphate</i> <i>(ophth)</i>	72
<i>cycloserine</i>	10	<i>dexlansoprazole</i>	61
<i>cyclosporine</i>	67	<i>dexmethylphenidate hcl</i>	42
<i>cyclosporine modified (for</i> <i>microemulsion)</i>	67		

<i>dextrose</i>	70	<i>disopyramide phosphate</i>	26
<i>dextrose 10% w/ sodium chloride</i>		<i>disulfiram</i>	46
<i>0.45%</i>	69	<i>divalproex sodium</i>	32
<i>dextrose 2.5% w/ sodium chloride</i>		<i>docetaxel</i>	17
<i>0.45%</i>	68	DOCETAXEL.....	17
<i>dextrose 5% in lactated ringers</i>	68	<i>dofetilide</i>	26
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.2%</i>		<i>donepezil hydrochloride</i>	35
.....	68	DOPTelet	63
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride</i>		<i>dorzolamide hcl</i>	73
<i>0.225%</i>	69	<i>dorzolamide hcl-timolol maleate ophth</i>	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3%</i>		<i>soln 22.3-6.8 mg/ml</i>	73
.....	68	<i>dotti</i>	54
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%</i>		DOVATO TAB 50-300MG	9
.....	69	<i>doxazosin mesylate</i>	24
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%</i>		<i>doxepin hcl</i>	36
.....	69	<i>doxepin hcl (sleep)</i>	43
DIACOMIT	32	<i>doxorubicin hcl</i>	15
<i>diazepam</i>	32	<i>doxorubicin hcl liposomal</i>	15
<i>diazepam (anticonvulsant)</i>	32	<i>doxy 100</i>	14
<i>diazepam inj</i>	32	<i>doxycycline (monohydrate)</i>	14
<i>diazoxide</i>	56	<i>doxycycline hyclate</i>	14
<i>diclofenac potassium</i>	2	DRIZALMA SPRINKLE	36
<i>diclofenac sodium</i>	2	<i>dronabinol</i>	59
<i>diclofenac sodium (ophth)</i>	72	<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-</i>	
<i>diclofenac sodium (topical)</i>	80	<i>0.02 mg</i>	51
<i>dicloxacillin sodium</i>	13	<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-</i>	
<i>dicyclomine hcl</i>	59	<i>0.03 mg</i>	51
DIFICID	12	DROXIA	63
<i>diflunisal</i>	2	<i>droxidopa</i>	30
<i>difluprednate</i>	72	<i>duloxetine hcl</i>	36
<i>digitek</i>	30	<i>dutasteride</i>	61
<i>digoxin</i>	30	<i>dutasteride-tamsulosin hcl cap 0.5-0.4</i>	
<i>dihydroergotamine mesylate</i>	43	<i>mg</i>	61
DILANTIN	32	E	
DILANTIN INFATABS.....	32	<i>e.e.s. 400</i>	12
DILANTIN-125	32	<i>ec-naproxen</i>	2
<i>diltiazem hcl</i>	28, 29	EDURANT	7
<i>diltiazem hcl coated beads</i>	29	<i>efavirenz</i>	7
<i>diltiazem hcl extended release beads</i>	29	<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab</i>	
<i>dilt-xr</i>	28	<i>600-200-300 mg</i>	9
DIP/TET PED INJ 25-5LFU	67	<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab</i>	
<i>diphenhydramine hcl</i>	74	<i>400-300-300 mg</i>	9
<i>diphenoxylate w/ atropine liq 2.5-0.025</i>		<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab</i>	
<i>mg/5ml</i>	60	<i>600-300-300 mg</i>	9
<i>diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-</i>		<i>elinest</i>	51
<i>0.025 mg</i>	60	ELIQUIS	62
<i>dipyridamole</i>	64	ELIQUIS STARTER PACK.....	62

ELLA	51	<i>epitol</i>	32
<i>eluryng</i>	51	EPIVIR HBV	10
EMCYT	15	<i>eplerenone</i>	24
<i>emoquette</i>	51	EPRONTIA	32
EMSAM	36	<i>ergotamine w/ caffeine tab 1-100 mg</i>	43
<i>emtricitabine</i>	7	ERIVEDGE	18
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 100-150 mg</i>	9	ERLEADA.....	15
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 133-200 mg</i>	9	<i>erlotinib hcl</i>	18
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 167-250 mg</i>	9	<i>errin</i>	51
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 200-300 mg</i>	9	<i>ertapenem sodium</i>	5
EMTRIVA	7	<i>ery</i>	78
EMVERM.....	5	<i>ery-tab</i>	12
<i>enalapril maleate</i>	24	ERYTHROCIN LACTOBIONATE	12
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 10-25 mg</i>	23	<i>erythrocin stearate</i>	12
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 5-12.5 mg</i>	23	<i>erythromycin (acne aid)</i>	78
ENBREL.....	64	<i>erythromycin (ophth)</i>	71
ENBREL MINI	64	<i>erythromycin base</i>	12
ENBREL SURECLICK.....	64	<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	12
ENDARI.....	63	<i>erythromycin lactobionate</i>	12
<i>endocet tab 10-325mg</i>	3	ESBRIET	75, 76
<i>endocet tab 2.5-325mg</i>	3	<i>escitalopram oxalate</i>	36, 37
<i>endocet tab 5-325mg</i>	3	<i>esomeprazole magnesium</i>	61
<i>endocet tab 7.5-325mg</i>	3	<i>estarylla</i>	51
ENGERIX-B.....	67	<i>estradiol</i>	54
<i>enoxaparin sodium</i>	62	<i>estradiol & norethindrone acetate tab 0.5-0.1 mg</i>	55
<i>enpresse-28</i>	51	<i>estradiol & norethindrone acetate tab 1-0.5 mg</i>	55
<i>enskyce</i>	51	<i>estradiol vaginal</i>	55
ENSTILAR AER	79	<i>estradiol valerate</i>	55
<i>entacapone</i>	38	<i>ethambutol hcl</i>	10
<i>entecavir</i>	10	<i>ethosuximide</i>	33
ENTRESTO TAB 24-26MG	25	<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-35 mcg</i>	51
ENTRESTO TAB 49-51MG	25	<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-50 mcg</i>	51
ENTRESTO TAB 97-103MG.....	25	<i>etodolac</i>	2
<i>enulose</i>	60	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol va ring 0.120-0.015 mg/24hr</i>	51
EPCLUSA PAK 150-37.5.....	10	<i>etoposide</i>	17
EPCLUSA PAK 200-50MG.....	10	<i>etravirine</i>	7
EPCLUSA TAB 200-50MG.....	10	EULEXIN	15
EPCLUSA TAB 400-100.....	10	<i>euthyrox</i>	58
EPIDIOLEX	32	<i>everolimus</i>	18
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i>	75	<i>everolimus (immunosuppressant)</i>	67
<i>epirubicin hcl</i>	15	EVOTAZ TAB 300-150	9

<i>exemestane</i>	15	<i>fluocinonide emulsified base</i>	79
EXKIVITY	18	<i>fluorometholone (ophth)</i>	72
<i>ezetimibe</i>	27	<i>fluorouracil</i>	15
F		<i>fluorouracil (topical)</i>	80
FABRAZYME.....	56	<i>fluoxetine hcl</i>	37
<i>falmina</i>	51	<i>fluphenazine decanoate</i>	40
<i>famciclovir</i>	10	<i>fluphenazine hcl</i>	40
<i>famotidine</i>	59	<i>flurbiprofen</i>	2
<i>famotidine in nacl 0.9% iv soln 20</i> <i>mg/50ml</i>	59	<i>flurbiprofen sodium</i>	72
FANAPT	40	<i>flutamide</i>	16
FANAPT PAK	40	<i>fluticasone propionate</i>	80
FARXIGA	46	<i>fluticasone propionate (nasal)</i>	77
FASENRA.....	76	<i>fluvoxamine maleate</i>	31
FASENRA PEN	76	<i>fondaparinux sodium</i>	62
<i>felbamate</i>	33	FORTEO	50
<i>felodipine</i>	29	<i>fosamprenavir calcium</i>	8
<i>femynor</i>	51	<i>fosinopril sodium</i>	24
<i>fenofibrate</i>	27	<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide</i> <i>tab 10-12.5 mg</i>	23
<i>fenofibrate micronized</i>	27	<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide</i> <i>tab 20-12.5 mg</i>	23
<i>fentanyl</i>	2	FOTIVDA	18
<i>fentanyl citrate</i>	3	FREAMINE III INJ 10%.....	70
<i>fesoterodine fumarate</i>	62	<i>fulvestrant</i>	16
FETZIMA	37	<i>furosemide</i>	29
FETZIMA CAP TITRATIO	37	<i>furosemide inj</i>	29
FIASP FLEX INJ TOUCH	48	FUZEON	8
FIASP INJ 100/ML	48	<i>fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg</i>	55
FIASP PENFIL INJ U-100.....	48	<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i>	55
<i>finasteride</i>	61	FYCOMPA	33
FINTEPLA	33	G	
<i>flac</i>	73	<i>gabapentin</i>	33
FLAREX	72	<i>galantamine hydrobromide</i>	36
FLEBOGAMMA DIF	66	GAMASTAN INJ	66
<i>flecainide acetate</i>	26	GAMMAGARD LIQUID.....	66
FLOVENT DISKUS.....	77	GAMMAGARD S/D IGA LESS TH	66
FLOVENT HFA	77	GAMMAKED	66
<i>fluconazole</i>	6	GAMMAPLEX	66
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 200</i> <i>mg/100ml</i>	6	GAMUNEX-C	66
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 400</i> <i>mg/200ml</i>	6	<i>ganciclovir sodium</i>	10
<i>flucytosine</i>	6	GARDASIL 9 INJ.....	67
<i>fludrocortisone acetate</i>	55	<i>gatifloxacin (ophth)</i>	71
<i>flunisolide (nasal)</i>	77	GATTEX	60
<i>fluocinolone acetonide</i>	79	GAUZE PADS 2	48
<i>fluocinolone acetonide (otic)</i>	73	<i>gavilyte-c</i>	60
<i>fluocinonide</i>	79	<i>gavilyte-g</i>	60
		<i>gavilyte-n/ flavor pack</i>	60

GAVRETO	18	<i>haloperidol decanoate</i>	40
<i>gemcitabine hcl</i>	15	<i>haloperidol lactate</i>	40
<i>gemfibrozil</i>	27	HARVONI PAK 33.75-150MG	10
<i>generlac</i>	60	HARVONI PAK 45-200MG	10
<i>gengraf</i>	67	HARVONI TAB 45-200MG	10
GENOTROPIN	56	HARVONI TAB 90-400MG	10
GENOTROPIN MINIQUICK	56	HAVRIX	67
<i>gentak</i>	71	<i>heather</i>	51
<i>gentamicin in saline inj 0.8 mg/ml</i>	5	HEP SOD/D5W INJ 20000UNT	63
<i>gentamicin in saline inj 1 mg/ml</i>	5	HEP SOD/D5W INJ 25000UNT	63
<i>gentamicin in saline inj 1.2 mg/ml</i>	5	HEP SOD/NAACL INJ 25000UNT	63
<i>gentamicin in saline inj 1.6 mg/ml</i>	5	<i>heparin sodium (porcine)</i>	63
<i>gentamicin in saline inj 2 mg/ml</i>	5	HEPARIN/NAACL INJ 25000UNT	63
<i>gentamicin sulfate</i>	5	<i>hepatamine</i>	70
<i>gentamicin sulfate (ophth)</i>	71	HERCEP HYLEC SOL 60-10000	18
<i>gentamicin sulfate (topical)</i>	78	HERCEPTIN	18
GENVOYA TAB	9	HERZUMA	18
GILENYA	45	HETLIOZ	43
GILOTRIF	18	HIBERIX	67
<i>glatiramer acetate</i>	45	HUMIRA	64
<i>glatopa</i>	45	HUMIRA PEDIA INJ CROHNS	64
<i>glimepiride</i>	46	HUMIRA PEDIATRIC CROHNS D	64
<i>glipizide</i>	46	HUMIRA PEN	64
<i>glipizide xl</i>	46, 47	HUMIRA PEN KIT PS/UV	64
<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-250 mg</i>	47	HUMIRA PEN-CD/UC/HS START	65
<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-500 mg</i>	47	HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S	65
<i>glipizide-metformin hcl tab 5-500 mg</i>	47	HUMIRA PEN-PS/UV STARTER	65
<i>glycopyrrolate</i>	59	HUMULIN R U-500 (CONCENTR	48
<i>glydo</i>	80	HUMULIN R U-500 KWIKPEN	48
GLYXAMBI TAB 10-5 MG	47	<i>hydralazine hcl</i>	30
GLYXAMBI TAB 25-5 MG	47	<i>hydrochlorothiazide</i>	29
GOLYTELY SOL	60	<i>hydrocodone bitartrate</i>	2, 3
<i>granisetron hcl</i>	59	<i>hydrocodone-acetaminophen soln 7.5-325 mg/15ml</i>	3
<i>griseofulvin microsize</i>	7	<i>hydrocodone-acetaminophen tab 10-325 mg</i>	3
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	7	<i>hydrocodone-acetaminophen tab 5-325 mg</i>	3
<i>guanfacine hcl</i>	30	<i>hydrocodone-acetaminophen tab 7.5-325 mg</i>	3
<i>guanfacine hcl (adhd)</i>	42	<i>hydrocodone-ibuprofen tab 7.5-200 mg</i>	3
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	56	<i>hydrocortisone</i>	55
GVOKE KIT	56	<i>hydrocortisone (intrarectal)</i>	60
GVOKE PFS	56	<i>hydrocortisone (rectal)</i>	80
H		<i>hydrocortisone (topical)</i>	80
HAEGARDA	63	<i>hydromorphone hcl</i>	3
<i>hailey 1.5/30</i>	51		
<i>halobetasol propionate</i>	80		
<i>haloperidol</i>	40		

<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	65	<i>ipratropium bromide</i>	74
<i>hydroxyurea</i>	16	<i>ipratropium bromide (nasal)</i>	74
<i>hydroxyzine hcl</i>	74	<i>ipratropium-albuterol nebu soln 0.5-</i>	
<i>hydroxyzine pamoate</i>	74	<i>2.5(3) mg/3ml</i>	74
HYSINGLA ER	3	<i>irbesartan</i>	26
I		<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>ibandronate sodium</i>	50	<i>150-12.5 mg</i>	25
IBRANCE	19	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>ibu</i>	2	<i>300-12.5 mg</i>	25
<i>ibuprofen</i>	2	IRESSA	19
<i>icatibant acetate</i>	63	<i>irinotecan hcl</i>	16
<i>iclevia</i>	51	ISENTRESS	8
ICLUSIG	19	ISENTRESS HD	8
IDHIFA	19	<i>isibloom</i>	51
ILEVRO	72	ISOLYTE-P INJ /D5W	69
<i>imatinib mesylate</i>	19	ISOLYTE-S INJ	69
IMBRUVICA	19	ISOLYTE-S INJ PH 7.4	69
<i>imipenem-cilastatin intravenous for</i>		<i>isoniazid</i>	10
<i>soln 250 mg</i>	5	ISOPTO ATROPINE	73
<i>imipenem-cilastatin intravenous for</i>		<i>isosorbide dinitrate</i>	30
<i>soln 500 mg</i>	5	<i>isosorbide mononitrate</i>	30
<i>imipramine hcl</i>	37	<i>isotretinoin</i>	78
<i>imiquimod</i>	80	<i>isradipine</i>	29
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	67	<i>itraconazole</i>	7
<i>incassia</i>	51	<i>ivermectin</i>	5
INCRELEX	56	IXIARO INJ	68
INCRUSE ELLIPTA	74	J	
<i>indapamide</i>	29	JAKAFI	19
INFANRIX INJ	67	<i>jantoven</i>	63
INFLIXIMAB	65	JANUMET TAB 50-1000	47
INGREZZA	44	JANUMET TAB 50-500MG	47
INGREZZA CAP 40-80MG	44	JANUMET XR TAB 100-1000	47
INLYTA	19	JANUMET XR TAB 50-1000	47
INQOVI TAB 35-100MG	15	JANUMET XR TAB 50-500MG	47
INREBIC	19	JANUVIA	47
INSULIN SAFETY NEEDLES	48	JARDIANCE	47
INSULIN SYRINGES:		<i>jasmiel</i>	51
BD/ULTIMED/ALLISON/TRIVIDIA/MH		<i>javygtor</i>	56
C	48	JENTADUETO TAB 2.5-1000	47
INTELENCE	8	JENTADUETO TAB 2.5-500	47
INTRALIPID	71	JENTADUETO TAB 2.5-850	47
INTRON A	66	JENTADUETO TAB XR 2.5-1000MG ...	47
<i>introvale</i>	51	JENTADUETO TAB XR 5-1000MG	47
INVEGA SUSTENNA	40	<i>jinteli</i>	55
INVEGA TRINZA	40	<i>jolessa</i>	51
INVIRASE	8	<i>juleber</i>	51
IPOL INJ INACTIVE	67	JULUCA TAB 50-25MG	9

<i>junel 1.5/30</i>	51	<i>klor-con 8</i>	70
<i>junel 1/20</i>	51	<i>klor-con m10</i>	70
<i>junel fe 1.5/30</i>	51	<i>klor-con m15</i>	70
<i>junel fe 1/20</i>	52	<i>klor-con m20</i>	70
K		KORLYM	56
KADCYLA	19	<i>kurvelo</i>	52
KALYDECO	76	KYNMOBI	38
KANJINTI	19	L	
<i>kariva</i>	52	<i>labetalol hcl</i>	28
<i>kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	69	<i>lacosamide</i>	33
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.2% inj</i>	69	<i>lactated ringer's solution</i>	69
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	69	<i>lactic acid (ammonium lactate)</i>	80
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj</i>	69	<i>lactulose</i>	60
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj</i>	69	<i>lactulose (encephalopathy)</i>	60
KCL 20 MEQ/L (0.15%) IN NAACL 0.45% INJ	69	<i>lamivudine</i>	8
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj</i>	69	<i>lamivudine (hbv)</i>	10
<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	69	<i>lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg</i>	9
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	69	<i>lamotrigine</i>	33
KCL 40 MEQ/L (0.3%) IN NAACL 0.9% INJ	69	<i>lansoprazole</i>	61
KCL/D5W/NAACL INJ 0.3/0.9%	69	<i>lapatinib ditosylate</i>	19
<i>kelnor 1/35</i>	52	<i>larin 1.5/30</i>	52
<i>kelnor 1/50</i>	52	<i>larin 1/20</i>	52
KERENDIA	24	<i>larin fe 1.5/30</i>	52
KESIMPTA	45	<i>larin fe 1/20</i>	52
<i>ketoconazole</i>	7	<i>larissia</i>	52
<i>ketoconazole (topical)</i>	78, 79	LASTACRAFT	72
<i>ketorolac tromethamine (ophth)</i>	72	<i>latanoprost</i>	73
KEYTRUDA	19	LATUDA	40
KINRIX INJ	68	<i>leena</i>	52
KISQALI 200 DOSE	19	<i>leflunomide</i>	65
KISQALI 200 PAK FEMARA	17	<i>lenalidomide</i>	16
KISQALI 400 DOSE	19	LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	20
KISQALI 400 PAK FEMARA	17	LENVIMA 12MG DAILY DOSE	20
KISQALI 600 DOSE	19	LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	20
KISQALI 600 PAK FEMARA	17	LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	19
<i>klor-con</i>	70	LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	20
<i>klor-con 10</i>	70	LENVIMA CAP 14 MG	20
		LENVIMA CAP 18 MG	20
		LENVIMA CAP 24 MG	20
		<i>lessina</i>	52
		<i>letrozole</i>	16
		<i>leucovorin calcium</i>	23
		LEUKERAN	15
		<i>leuprolide acetate</i>	16
		<i>levalbuterol hcl</i>	75
		<i>levalbuterol tartrate</i>	75

LEVEMIR	48	<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-</i>	
LEVEMIR FLEXTOUCH	48	12.5 mg	23
levetiracetam.....	33	<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-</i>	
levetiracetam in sodium chloride iv soln		25 mg	24
1000 mg/100ml	33	LITHIUM	44
levetiracetam in sodium chloride iv soln		lithium carbonate	44
1500 mg/100ml	33	loestrin 1.5/30-21	52
levetiracetam in sodium chloride iv soln		loestrin 1/20-21	52
500 mg/100ml	33	loestrin fe 1.5/30	52
levobunolol hcl.....	73	loestrin fe 1/20	52
levocarnitine (metabolic modifiers) ...	56	LOKELMA	50
levocetirizine dihydrochloride	74	LONSURF TAB 15-6.14.....	15
levofloxacin	12	LONSURF TAB 20-8.19.....	15
levofloxacin in d5w iv soln 250		loperamide hcl	61
mg/50ml	12	lopinavir-ritonavir soln 400-100	
levofloxacin in d5w iv soln 500		mg/5ml (80-20 mg/ml).....	9
mg/100ml	12	lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg.....	9
levofloxacin in d5w iv soln 750		lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg.....	9
mg/150ml	12	lorazepam	31
levonest.....	52	lorazepam intensol	31
levonorgestrel & ethinyl estradiol (91-		LORBRENA	20
day) tab 0.15-0.03 mg.....	52	loryna	52
levonorgestrel & ethinyl estradiol tab		losartan potassium	26
0.1 mg-20 mcg	52	losartan potassium &	
levonorgestrel & ethinyl estradiol tab		hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg	
0.15 mg-30 mcg.....	52	.....	25
levonorgestrel-eth estra tab 0.05-		losartan potassium &	
30/0.075-40/0.125-30mg-mcg.....	52	hydrochlorothiazide tab 100-25 mg	25
levora 0.15/30-28	52	losartan potassium &	
levo-t.....	58	hydrochlorothiazide tab 50-12.5 mg	
levothyroxine sodium.....	58	.....	25
levoxyl.....	58	LOTEMAX	72
LEXIVA	8	lovastatin	27
lidocaine	80	low-ogestrel	52
lidocaine hcl	80	loxapine succinate	40
lidocaine hcl (local anesth.)	4	LUMAKRAS	20
lidocaine hcl (mouth-throat)	81	LUMIGAN	73
lidocaine-prilocaine cream 2.5-2.5%.	80	LUMIZYME.....	57
lillow.....	52	LUPRON DEPOT (1-MONTH).....	16
linezolid	5	LUPRON DEPOT (3-MONTH).....	16
linezolid in sodium chloride iv soln 600		LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH	57
mg/300ml-0.9%.....	5	LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH	57
LINZESS	61	lutera	52
liothyronine sodium	58	lyleq	52
lisinopril	24	lyllana.....	55
lisinopril & hydrochlorothiazide tab 10-		LYNPARZA	20
12.5 mg	23	LYSODREN	16

<i>lyza</i>	52	<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab</i>	
M		100-25 mg	28
<i>magnesium sulfate</i>	69	<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab</i>	
MAGNESIUM SULFATE.....	69	100-50 mg	28
<i>magnesium sulfate in dextrose 5% iv</i>		<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>soln 1 gm/100ml</i>	69	50-25 mg	28
<i>malathion</i>	81	<i>metoprolol succinate</i>	28
<i>maraviroc</i>	8	<i>metoprolol tartrate</i>	28
<i>marlissa</i>	52	<i>metronidazole</i>	5
MARPLAN	37	<i>metronidazole (topical)</i>	81
MATULANE	17	<i>metronidazole vaginal</i>	62
MAVYRET PAK 50-20MG	10	<i>metyrosine</i>	30
MAVYRET TAB 100-40MG	10	MG SO4/D5W INJ 10MG/ML.....	69
<i>meclizine hcl</i>	59	<i>micafungin sodium</i>	7
<i>medroxyprogesterone acetate</i>	57	<i>microgestin 1.5/30</i>	52
<i>medroxyprogesterone acetate</i>		<i>microgestin 1/20</i>	52
<i>(contraceptive)</i>	52	<i>microgestin fe 1.5/30</i>	52
<i>mefloquine hcl</i>	7	<i>microgestin fe 1/20</i>	52
<i>megestrol acetate</i>	16, 57	<i>midodrine hcl</i>	30
<i>megestrol acetate (appetite)</i>	58	<i>miglustat</i>	57
MEKINIST.....	20	<i>mili</i>	52
MEKTOVI.....	20	<i>mimvey</i>	55
<i>meloxicam</i>	2	<i>minocycline hcl</i>	14
<i>memantine hcl</i>	36	<i>minoxidil</i>	30
MENACTRA INJ.....	68	<i>mirtazapine</i>	37
MENQUADFI INJ	68	<i>misoprostol</i>	61
MENVEO INJ	68	MITIGARE	2
<i>mercaptapurine</i>	15	M-M-R II INJ.....	68
<i>meropenem</i>	5	M-NATAL PLUS TAB	70
<i>mesalamine</i>	60	<i>moexipril hcl</i>	24
<i>mesalamine w/ cleanser</i>	60	<i>molindone hcl</i>	40
MESNEX	23	<i>mometasone furoate</i>	80
<i>metadate er</i>	42	MONJUVI.....	20
<i>metformin hcl</i>	47	<i>mono-linyah</i>	53
<i>methadone hcl</i>	3	<i>montelukast sodium</i>	75
<i>methadone hydrochloride i</i>	3	<i>morphine sulfate</i>	3, 4
<i>methazolamide</i>	29	MORPHINE SULFATE	3
<i>methenamine hippurate</i>	5	MOVANTIK	61
<i>methimazole</i>	58	<i>moxifloxacin hcl (ophth)</i>	71
<i>methotrexate sodium</i>	15, 66	MULTAQ	26
<i>methylphenidate hcl</i>	42, 43	<i>mupirocin</i>	78
<i>methylprednisolone</i>	55	MVASI	20
<i>methylprednisolone acetate</i>	55	<i>mycophenolate mofetil</i>	67
<i>methylprednisolone sod succ</i>	55	<i>mycophenolate sodium</i>	67
<i>metoclopramide hcl</i>	59	<i>myorisan</i>	78
<i>metolazone</i>	29	MYRBETRIQ.....	62

N	
<i>nabumetone</i>	2
<i>nadolol</i>	28
<i>nafcillin sodium</i>	13
NAGLAZYME	57
<i>nalbuphine hcl</i>	4
<i>naloxone hcl</i>	46
<i>naltrexone hcl</i>	46
NAMZARIC CAP 14-10MG	36
NAMZARIC CAP 21-10MG	36
NAMZARIC CAP 28-10MG	36
NAMZARIC CAP 7-10MG	36
NAMZARIC CAP PACK.....	36
<i>naproxen</i>	2
<i>naproxen sodium</i>	2
<i>naratriptan hcl</i>	43
NATACYN	71
<i>nateglinide</i>	47
NATPARA.....	50
NAYZILAM	33
<i>nebivolol hcl</i>	28
<i>necon 0.5/35-28</i>	53
<i>nefazodone hcl</i>	37
<i>neomycin sulfate</i>	5
<i>neomycin-bacitrac zn-polymyx</i> <i>5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i>	71
<i>neomycin-polymy-gramicid op sol</i> <i>1.75-10000-0.025mg-unt-mg/ml</i>	72
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone</i> <i>ophth oint 0.1%</i>	71
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone</i> <i>ophth susp 0.1%</i>	71
<i>neomycin-polymyxin-hc ophth susp</i>	71
<i>neomycin-polymyxin-hc otic soln 1%</i>	73
<i>neomycin-polymyxin-hc otic susp 3.5</i> <i>mg/ml-10000 unit/ml-1%</i>	73
NERLYNX.....	20
NEUPRO	38
<i>nevirapine</i>	8
NEXAVAR	20
<i>niacin (antihyperlipidemic)</i>	27
<i>nicardipine hcl</i>	29
NICOTROL INHALER	46
NICOTROL NS	46
<i>nifedipine</i>	29
<i>nikki</i>	53
<i>nilutamide</i>	16
<i>nimodipine</i>	29
NINLARO.....	20
<i>nitazoxanide</i>	5
<i>nitisinone</i>	57
NITRO-BID	30
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	5
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>	6
<i>nitroglycerin</i>	30
<i>nizatidine</i>	59
<i>nora-be</i>	53
<i>norethindrone (contraceptive)</i>	53
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol</i> <i>tab 1 mg-20 mcg</i>	53
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol</i> <i>tab 1.5 mg-30 mcg</i>	53
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol-fe</i> <i>tab 1 mg-20 mcg</i>	53
<i>norethindrone acetate</i>	58
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol</i> <i>tab 0.5 mg-2.5 mcg</i>	55
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol</i> <i>tab 1 mg-5 mcg</i>	55
<i>norethindrone ac-ethinyl estrad-fe tab</i> <i>1-20/1-30/1-35 mg-mcg</i>	53
<i>norgestimate & ethinyl estradiol tab</i> <i>0.25 mg-35 mcg</i>	53
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-</i> <i>25/0.215-25/0.25-25 mg-mcg</i>	53
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-</i> <i>35/0.215-35/0.25-35 mg-mcg</i>	53
<i>norlyroc</i>	53
NORPACE CR	26
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	53
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	53
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	53
<i>nortrel 7/7/7</i>	53
<i>nortriptyline hcl</i>	37
NORVIR	8
NOVOLIN INJ 70/30.....	48
NOVOLIN INJ 70/30 FP	48
NOVOLIN N	48
NOVOLIN N FLEXPEN	49
NOVOLIN R	49
NOVOLIN R FLEXPEN	49
NOVOLOG	49
NOVOLOG FLEXPEN	49
NOVOLOG MIX INJ 70/30	49

NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN	49	<i>olmesartan-amlodipine-</i>	
NOVOLOG PENFILL	49	<i>hydrochlorothiazide tab 40-10-25 mg</i>	
NOXAFIL	7	.....	26
NUBEQA	16	<i>olmesartan-amlodipine-</i>	
NUDEXTA CAP 20-10MG	44	<i>hydrochlorothiazide tab 40-5-12.5</i>	
NULOJIX	67	<i>mg</i>	25
NULYTELY SOL LMN/LIME	60	<i>olmesartan-amlodipine-</i>	
NUPLAZID	40	<i>hydrochlorothiazide tab 40-5-25 mg</i>	
NURTEC	43	.....	26
NUTRILIPID	71	<i>olopatadine hcl</i>	72
NUZYRA	14	<i>omeprazole</i>	61
<i>nyamyc</i>	78	OMNIPOD 5 G6 KIT INTRO	49
<i>nylia 1/35</i>	53	OMNIPOD 5 G6 MIS PODS	49
<i>nylia 7/7/7</i>	53	OMNIPOD DASH KIT INTRO	49
NYMALIZE	29	OMNIPOD DASH MIS PODS.....	49
<i>nymyo</i>	53	OMNIPOD MIS CLASSIC	49
<i>nystatin</i>	7	OMNIPOD PDM KIT CLASSIC.....	49
<i>nystatin (mouth-throat)</i>	81	<i>ondansetron</i>	59
<i>nystatin (topical)</i>	78	<i>ondansetron hcl</i>	59
<i>nystop</i>	78	ONTRUZANT	20
o		ONUREG	15
<i>ocella</i>	53	OPSUMIT.....	31
OCTAGAM	66	ORGOVYX.....	16
<i>octreotide acetate</i>	57	ORKAMBI GRA 100-125	76
ODEFSEY TAB	9	ORKAMBI GRA 150-188	76
ODOMZO.....	20	ORKAMBI TAB 100-125.....	76
OFEV	76	ORKAMBI TAB 200-125	76
<i>ofloxacin (ophth)</i>	72	<i>orsythia</i>	53
<i>ofloxacin (otic)</i>	73	<i>oseltamivir phosphate</i>	11
OGIVRI	20	OTEZLA.....	65
OGIVRI INJ 420MG	20	OTEZLA TAB 10/20/30	65
<i>olanzapine</i>	40	<i>oxacillin sodium</i>	13
<i>olmesartan medoxomil</i>	26	<i>oxaliplatin</i>	15
<i>olmesartan medoxomil-</i>		<i>oxandrolone</i>	46
<i>hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>		<i>oxcarbazepine</i>	33
.....	25	<i>oxybutynin chloride</i>	62
<i>olmesartan medoxomil-</i>		<i>oxycodone hcl</i>	4
<i>hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i>		<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 10-</i>	
.....	25	<i>325 mg</i>	4
<i>olmesartan medoxomil-</i>		<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 2.5-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab 40-25 mg</i> .	25	<i>325 mg</i>	4
<i>olmesartan-amlodipine-</i>		<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 5-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab 20-5-12.5</i>		<i>325 mg</i>	4
<i>mg</i>	25	<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 7.5-</i>	
<i>olmesartan-amlodipine-</i>		<i>325 mg</i>	4
<i>hydrochlorothiazide tab 40-10-12.5</i>		OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE)	47
<i>mg</i>	26	OZEMPIC (1MG/DOSE).....	47

OZEMPIC (2MG/DOSE) SOPN 8MG/3ML	47	PERSERIS.....	40
P		<i>pfizerpen</i>	14
<i>pacerone</i>	26	<i>phenelzine sulfate</i>	37
<i>paclitaxel</i>	17	<i>phenobarbital</i>	34
PACLITAXEL INJ 100MG.....	17	<i>phenobarbital sodium</i>	34
<i>paclitaxel protein-bound particles for iv susp 100 mg</i>	17	PHENYTEK.....	34
<i>paliperidone</i>	40	<i>phenytoin</i>	34
<i>pamidronate disodium</i>	50	<i>phenytoin sodium</i>	34
PAMIDRONATE DISODIUM.....	50	<i>phenytoin sodium extended</i>	34
PANRETIN.....	81	PHESGO SOL.....	20
<i>pantoprazole sodium</i>	61	<i>philith</i>	53
PANZYGA.....	66	PIFELTRO.....	8
<i>paraplatin</i>	15	<i>pilocarpine hcl</i>	73
<i>paricalcitol</i>	58	<i>pilocarpine hcl (oral)</i>	81
<i>paromomycin sulfate</i>	6	<i>pimozide</i>	40
<i>paroxetine hcl</i>	37	<i>pimtrea</i>	53
PASER.....	10	<i>pindolol</i>	28
PAXIL.....	37	<i>pioglitazone hcl</i>	47
PEDIARIX INJ 0.5ML.....	68	<i>piperacillin sod-tazobactam na for inj 3.375 gm (3-0.375 gm)</i>	14
PEDVAX HIB.....	68	<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 13.5 gm (12-1.5 gm)</i>	14
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl-na sulfate for soln 236 gm</i>	60	<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 2.25 gm (2-0.25 gm)</i>	14
<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln 420 gm</i>	60	<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 4.5 gm (4-0.5 gm)</i>	14
PEGASYS.....	11	<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 40.5 gm (36-4.5 gm)</i>	14
PEMAZYRE.....	20	PIQRAY 200MG DAILY DOSE.....	20
<i>pemetrexed disodium</i>	15	PIQRAY 250MG TAB DOSE.....	20
PEN GK/DEXTR INJ 40000/ML.....	13	PIQRAY 300MG DAILY DOSE.....	20
PEN GK/DEXTR INJ 60000/ML.....	13	<i>pirfenidone</i>	76
PEN NEEDLES:		<i>pirmella 1/35</i>	53
NOVO/BD/ULTIMED/OWEN/TRIVIDIA	49	<i>piroxicam</i>	2
<i>penicillamine</i>	50	PLASMA-LYTE INJ -148.....	69
<i>penicillin g potassium</i>	13	PLASMA-LYTE INJ -A.....	69
PENICILLIN G PROCAINE.....	13	<i>plenamine</i>	71
<i>penicillin g sodium</i>	14	PLENVU SOL.....	60
<i>penicillin v potassium</i>	14	<i>podofilox</i>	81
PENTACEL INJ.....	68	<i>polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml-0.1%</i>	72
<i>pentamidine isethionate inh</i>	6	POMALYST.....	16
<i>pentamidine isethionate inj</i>	6	<i>portia-28</i>	53
<i>pentoxifylline</i>	63	<i>posaconazole</i>	7
<i>perindopril erbumine</i>	24	<i>potassium chloride</i>	69, 70
<i>perlogard</i>	81	POTASSIUM CHLORIDE.....	69
<i>permethrin</i>	81		
<i>perphenazine</i>	40		

<i>potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% inj</i>	70	PROLENSA.....	72
<i>potassium chloride microencapsulated crystals er</i>	70	PROLIA	50
<i>potassium citrate (alkalinizer)</i>	62	PROMACTA	63, 64
PRADAXA	63	<i>promethazine hcl</i>	59
PRALUENT	27	<i>propafenone hcl</i>	26
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	38	<i>proparacaine hcl</i>	73
<i>prasugrel hcl</i>	64	<i>propranolol hcl</i>	28
<i>pravastatin sodium</i>	27	<i>propylthiouracil</i>	58
<i>praziquantel</i>	6	PROQUAD INJ	68
<i>prazosin hcl</i>	24	PROSOL INJ 20%	71
<i>prednisolone</i>	55	<i>protriptyline hcl</i>	37
<i>prednisolone acetate (ophth)</i>	72	PULMICORT FLEXHALER	77
PREDNISOLONE SODIUM PHOSP	72	PULMOZYME	76
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	55	PURIXAN	15
<i>prednisone</i>	55, 56	<i>pyrazinamide</i>	10
PREDNISONE INTENSOL.....	56	<i>pyridostigmine bromide</i>	44
<i>pregabalin</i>	34	Q	
<i>pregabalin (once-daily)</i>	44	QINLOCK.....	20
PREHEVBRIO	68	QUADRACEL INJ.....	68
PREMASOL SOL 10%	71	QUADRACEL INJ 0.5ML	68
PRENATAL TAB 27-1MG.....	70	<i>quetiapine fumarate</i>	41
PRENATAL TAB PLUS.....	70	<i>quinapril hcl</i>	24
PRENATAL VIT TAB LOW IRON	70	<i>quinapril-hydrochlorothiazide tab 10- 12.5 mg</i>	24
<i>prevalite</i>	27	<i>quinapril-hydrochlorothiazide tab 20- 12.5 mg</i>	24
PREVYMIS	11	<i>quinapril-hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	24
PREZCOBIX TAB 800-150	9	<i>quinidine sulfate</i>	26
PREZISTA.....	8	<i>quinine sulfate</i>	7
PRIFTIN	10	R	
<i>primaquine phosphate</i>	7	RABAVERT INJ	68
PRIMAQUINE PHOSPHATE	7	<i>raloxifene hcl</i>	57
<i>primidone</i>	34	<i>ramipril</i>	24
PRIORIX INJ	68	<i>ranolazine</i>	30
PRIVIGEN.....	66	<i>rasagiline mesylate</i>	39
<i>probenecid</i>	2	RAYALDEE	58
PROCALAMINE INJ 3%	71	<i>reclipsen</i>	53
<i>prochlorperazine</i>	59	RECOMBIVAX HB.....	68
<i>prochlorperazine edisylate</i>	59	RECTIV	81
<i>prochlorperazine maleate</i>	59	REGRANEX	81
PROCRIT	63	RELENZA DISKHALER	11
<i>procto-med hc</i>	81	RELISTOR	61
<i>procto-pak</i>	81	REMICADE.....	65
<i>proctosol hc</i>	81	RENFLEXIS	65
<i>proctozone-hc</i>	81	<i>repaglinide</i>	47
PROGRAF	67	RESTASIS	73
PROLASTIN-C	76		

RESTASIS MULTIDOSE.....	73	<i>sertraline hcl</i>	37
RETEVMO	20	<i>setlakin</i>	53
REVLIMID.....	16	<i>sevelamer carbonate</i>	57
REXULTI.....	41	<i>sharobel</i>	53
REYATAZ	8	SHINGRIX	68
REZUROCK	67	SIGNIFOR	57
RHOPRESSA	73	<i>sildenafil citrate (pulmonary</i>	
RIABNI	20	<i>hypertension)</i>	31
<i>ribavirin (hepatitis c)</i>	11	<i>silver sulfadiazine</i>	78
<i>rifabutin</i>	10	SIMBRINZA SUS 1-0.2%.....	73
<i>rifampin</i>	10	<i>simliya</i>	53
<i>riluzole</i>	44	<i>simvastatin</i>	27
<i>rimantadine hydrochloride</i>	11	<i>sirolimus</i>	67
RINVOQ	65	SIRTURO.....	10
RISPERDAL CONSTA	41	SIVEXTRO	6
<i>risperidone</i>	41	SKYRIZI	65
<i>ritonavir</i>	8	SKYRIZI PEN	65
RITUXAN	20	<i>sod sulfate-pot sulf-mg sulf oral sol</i>	
RITUXAN INJ HYCELA.....	20	<i>17.5-3.13-1.6 gm/177ml</i>	60
<i>rivastigmine</i>	36	<i>sodium chloride</i>	70
<i>rivastigmine tartrate</i>	36	<i>sodium chloride (gu irrigant)</i>	81
<i>rizatriptan benzoate</i>	44	<i>sodium fluoride chew; tab; 1.1 (0.5 f)</i>	
<i>ropinirole hydrochloride</i>	39	<i>mg/ml soln</i>	70
<i>rosadan</i>	81	<i>sodium phenylbutyrate</i>	57
<i>rosuvastatin calcium</i>	27	<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i>	
ROTARIX SUS	68	.....	50
ROTATEQ SOL.....	68	<i>solifenacin succinate</i>	62
<i>roweepra</i>	34	SOLIQUA INJ 100/33	49
ROZLYTREK	21	SOLTAMOX.....	16
RUBRACA	21	SOLU-CORTEF	56
<i>rufinamide</i>	34	SOMATULINE DEPOT	57
RUKOBIA.....	8	SOMAVERT	57
RUXIENCE	21	<i>sorafenib tosylate</i>	21
RYBELSUS	47	<i>sorine</i>	27
RYDAPT.....	21	<i>sotalol hcl</i>	27
S		<i>sotalol hcl (afib/afl)</i>	27
<i>sajazir</i>	64	<i>spironolactone</i>	24
SANDIMMUNE	67	<i>spironolactone & hydrochlorothiazide</i>	
SANTYL.....	81	<i>tab 25-25 mg</i>	29
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	57	<i>sprintec 28</i>	53
SCEMBLIX	21	SPRITAM	34
<i>scopolamine</i>	59	SPRYCEL	21
SECUADO.....	41	<i>sps</i>	50
<i>selegiline hcl</i>	39	<i>sronyx</i>	53
<i>selenium sulfide</i>	79	<i>ssd</i>	78
SELZENTRY	8	<i>stavudine</i>	8
SEREVENT DISKUS	75	STELARA	65

STIVARGA	21	TABRECTA	21
<i>streptomycin sulfate</i>	6	<i>tacrolimus</i>	67
STRIBILD TAB.....	9	<i>tacrolimus (topical)</i>	81
<i>subvenite</i>	34	TAFINLAR.....	21
<i>sucralfate</i>	61	TAGRISSE.....	21
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	78	TALTZ.....	65
<i>sulfacetamide sodium (ophth)</i>	72	TALZENNA.....	21
<i>sulfacetamide sodium-prednisolone</i>		<i>tamoxifen citrate</i>	16
<i>ophth soln 10-0.23(0.25)%</i>	71	<i>tamsulosin hcl</i>	61
<i>sulfadiazine</i>	6	TARGETIN	81
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim iv soln</i>		<i>tarina fe 1/20 eq</i>	54
400-80 mg/5ml.....	6	TASIGNA.....	21
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim susp</i>		<i>tazarotene</i>	79
200-40 mg/5ml.....	6	<i>tazicef</i>	12
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab</i>		TAZORAC	79
400-80 mg	6	<i>taztia xt</i>	29
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab</i>		TAZVERIK	21
800-160 mg.....	6	TDVAX INJ 2-2 LF.....	68
SULFAMYLON	78	TECENTRIQ	21
<i>sulfasalazine</i>	60	TEFLARO	12
<i>sulindac</i>	2	<i>telmisartan</i>	26
<i>sumatriptan</i>	44	<i>temazepam</i>	43
<i>sumatriptan succinate</i>	44	TEMIXYS TAB 300-300.....	10
<i>sunitinib malate</i>	21	TENIVAC INJ 5-2LF.....	68
SUPREP BOWEL SOL PREP KIT	60	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	8
<i>syeda</i>	53	TEPMETKO	21
SYMBICORT AER 160-4.5	77	<i>terazosin hcl</i>	24
SYMBICORT AER 80-4.5	77	<i>terbinafine hcl</i>	7
SYMDEKO TAB 100-150	76	<i>terbutaline sulfate</i>	75
SYMDEKO TAB 50-75MG	76	<i>terconazole vaginal</i>	62
SYMJEPI.....	76	<i>testosterone</i>	46
SYMPAZAN	34	<i>testosterone cypionate</i>	46
SYMTUZA TAB.....	10	<i>testosterone enanthate</i>	46
SYNAREL.....	54	<i>tetrabenazine</i>	44
SYNERCID INJ 500MG.....	6	<i>tetracycline hcl</i>	14
SYNJARDY TAB 12.5-1000MG	48	THALOMID	16
SYNJARDY TAB 12.5-500.....	47	THEO-24	76
SYNJARDY TAB 5-1000MG	47	<i>theophylline</i>	76
SYNJARDY TAB 5-500MG.....	47	<i>thioridazine hcl</i>	41
SYNJARDY XR TAB 10-1000.....	48	<i>thiothixene</i>	41
SYNJARDY XR TAB 12.5-1000MG.....	48	<i>tiadylt er</i>	29
SYNJARDY XR TAB 25-1000.....	48	<i>tiagabine hcl</i>	34
SYNJARDY XR TAB 5-1000MG	48	TIBSOVO.....	21
SYNRIBO.....	17	TICOVAC.....	68
SYNTHROID.....	58	<i>tigecycline</i>	14
T		TIGECYCLINE.....	14
TABLOID	15	<i>tilia fe</i>	54

<i>timolol maleate</i>	28	<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>timolol maleate (ophth)</i>	73	75-50 mg	30
<i>timolol maleate (ophth) once-daily</i> ...	73	TRICARE TAB PRENATAL	70
TIVICAY	8	<i>triderm</i>	80
TIVICAY PD	8	<i>trientine hcl</i>	50
<i>tizanidine hcl</i>	45	<i>tri-estarylla</i>	54
TOBRADEX OIN 0.3-0.1%	71	<i>trifluoperazine hcl</i>	41
TOBRADEX ST SUS 0.3-0.05	71	<i>trifluridine</i>	72
<i>tobramycin</i>	6	<i>trihexyphenidyl hcl</i>	39
<i>tobramycin (ophth)</i>	72	TRIJARDY XR TAB ER 24HR 10-5-	
<i>tobramycin sulfate</i>	6	1000MG	48
<i>tobramycin-dexamethasone ophth susp</i>		TRIJARDY XR TAB ER 24HR 12.5-2.5-	
0.3-0.1%.....	71	1000MG	48
<i>tolterodine tartrate</i>	62	TRIJARDY XR TAB ER 24HR 25-5-	
<i>topiramate</i>	34, 35	1000MG	48
<i>toposar</i>	17	TRIJARDY XR TAB ER 24HR 5-2.5-	
<i>toremifene citrate</i>	16	1000MG	48
<i>torseamide</i>	30	TRIKAFTA TAB 100-50-75MG & 150MG	
TOVIAZ	62	.....	76
TPN ELECTROL INJ	70	TRIKAFTA TAB 50-25-37.5MG & 75MG	
TRADJENTA	48	.....	76
<i>tramadol hcl</i>	4	<i>tri-legend fe</i>	54
<i>tramadol-acetaminophen tab 37.5-325</i>		<i>tri-lynyah</i>	54
<i>mg</i>	4	<i>tri-lo-estarylla</i>	54
<i>trandolapril</i>	24	<i>tri-lo-marzia</i>	54
<i>tranexamic acid</i>	64	<i>tri-lo-mili</i>	54
<i>tranylcypromine sulfate</i>	37	<i>tri-lo-sprintec</i>	54
TRAVASOL INJ 10%.....	71	TRIMETHOPRIM.....	6
TRAZIMERA	21	<i>tri-mili</i>	54
<i>trazodone hcl</i>	37	<i>trimipramine maleate</i>	37
TRECTOR.....	10	TRINTELLIX	37
TRELEGY AER ELLIPTA 100-62.5-25		<i>tri-nymyo</i>	54
MCG	74	<i>tri-sprintec</i>	54
TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25		TRIUMEQ PD TAB	10
MCG	74	TRIUMEQ TAB	10
TRELSTAR MIXJECT	16	<i>trivora-28</i>	54
<i>treprostinil</i>	31	<i>tri-vylibra</i>	54
TRESIBA	49	<i>tri-vylibra lo</i>	54
TRESIBA FLEXTOUCH.....	49	TRIZIVIR TAB	10
<i>tretinoin</i>	78	TROGARZO.....	8
<i>tretinoin (chemotherapy)</i>	17	TROPHAMINE INJ 10%.....	71
<i>triamcinolone acetonide (mouth)</i>	81	<i>trosipium chloride</i>	62
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i>	80	TRULICITY.....	48
<i>triamterene & hydrochlorothiazide cap</i>		TRUMENBA INJ	68
37.5-25 mg	30	TRUSELTIQ 100 MG DAILY DOSE	21
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab</i>		TRUSELTIQ 125 MG DAILY DOSE	21
37.5-25 mg	30	TRUSELTIQ 50 MG DAILY DOSE	21

TRUSELTIQ 75 MG DAILY DOSE	21	<i>venlafaxine hcl</i>	37
TRUXIMA.....	21	VENTAVIS	31
TUKYSA	21	VENTOLIN HFA.....	75
TURALIO	22	VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK)	
TWINRIX INJ	68	.....	75
TYBOST.....	8	<i>verapamil hcl</i>	29
TYPHIM VI	68	VERQUVO.....	30
U		VERSACLOZ.....	41
UBRELVY	44	VERZENIO	22
<i>unithroid</i>	58	<i>vestura</i>	54
<i>ursodiol</i>	61	V-GO 20 KIT.....	49
V		V-GO 30 KIT.....	49
<i>valacyclovir hcl</i>	11	V-GO 40 KIT.....	49
VALCHLOR.....	81	VICTOZA	48
<i>valganciclovir hcl</i>	11	<i>vienva</i>	54
<i>valproate sodium</i>	35	<i>vigabatrin</i>	35
<i>valproic acid</i>	35	<i>vigadrone</i>	35
<i>valsartan</i>	26	VIIBRYD	37
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-</i>		VIIBRYD KIT STARTER	38
<i>12.5 mg</i>	26	<i>vilazodone hcl</i>	38
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-</i>		VIMPAT.....	35
<i>25 mg</i>	26	<i>vincristine sulfate</i>	17
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-</i>		<i>vinorelbine tartrate</i>	17
<i>12.5 mg</i>	26	<i>viorele</i>	54
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-</i>		VIRACEPT.....	8
<i>25 mg</i>	26	VIREAD.....	9
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 80-</i>		VITRAKVI.....	22
<i>12.5 mg</i>	26	VIVITROL	46
VALTOCO	35	VIZIMPRO	22
<i>vancomycin hcl</i>	6	VONJO	22
VANCOMYCIN INJ 1 GM.....	6	<i>voriconazole</i>	7
VANCOMYCIN INJ 500MG	6	VOSEVI TAB	11
VANCOMYCIN INJ 750MG	6	VOTRIENT	22
VANDAZOLE	62	VRAYLAR.....	41
VAQTA.....	68	VRAYLAR CAP 1.5-3MG	41
<i>varenicline tartrate</i>	46	<i>vyfemla</i>	54
<i>varenicline tartrate tab 11 x 0.5 mg &</i>		<i>vylibra</i>	54
<i>42 x 1 mg start pack</i>	46	VYZULTA.....	73
VARIVAX	68	W	
VASCEPA.....	27	<i>warfarin sodium</i>	63
VELCADE.....	22	<i>water for irrigation, sterile irrigation</i>	
<i>velivet</i>	54	<i>soln</i>	81
VELPHORO	57	WELIREG	17
VELTASSA	50	<i>wera</i>	54
VEMLIDY	11	X	
VENCLEXTA	22	XALKORI	22
VENCLEXTA TAB START PK	22	XARELTO.....	63

XARELTO STAR TAB 15/20MG	63	<i>yuvafem</i>	55
XATMEP	66	Z	
XCOPRI.....	35	<i>zafemy</i>	54
XCOPRI PAK 100-150.....	35	<i>zafirlukast</i>	75
XCOPRI PAK 12.5-25	35	ZARXIO.....	63
XCOPRI PAK 150-200MG		ZEJULA	22
(MAINTENANCE).....	35	ZELBORAF.....	22
XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION)		ZEMAIRA.....	77
.....	35	<i>zenatane</i>	78
XCOPRI PAK 50-100MG	35	ZENPEP CAP 10000UNT.....	61
XELJANZ	65	ZENPEP CAP 15000UNT	61
XELJANZ XR	65	ZENPEP CAP 20000UNT.....	61
XERMELO	61	ZENPEP CAP 25000UNT	61
XGEVA.....	50	ZENPEP CAP 3000UNIT	61
XIFAXAN	61	ZENPEP CAP 40000UNT	61
XIGDUO XR TAB 10-1000	48	ZENPEP CAP 5000UNIT	61
XIGDUO XR TAB 10-500MG	48	ZERVIAE.....	72
XIGDUO XR TAB 2.5-1000	48	<i>zidovudine</i>	9
XIGDUO XR TAB 5-1000MG	48	<i>ziprasidone hcl</i>	41
XIGDUO XR TAB 5-500MG	48	<i>ziprasidone mesylate</i>	41
XIIDRA	73	ZIRABEV	22
XOLAIR	76	ZIRGAN	72
XOSPATA	22	<i>zoledronic acid</i>	50
XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY.....	22	ZOLINZA.....	22
XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY	22	<i>zolmitriptan</i>	44
XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY	22	<i>zolpidem tartrate</i>	43
XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY	22	ZONISADE.....	35
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	22	<i>zonisamide</i>	35
XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY	22	ZORTRESS	67
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	22	<i>zovia 1/35</i>	54
XTANDI.....	16	ZTALMY	35
<i>xulane</i>	54	<i>zumandimine</i>	54
XULTOPHY INJ 100/3.6	49	ZYDELIG	22
XYREM	45	ZYKADIA	22
Y		ZYLET SUS 0.5-0.3%	71
YF-VAX INJ	68	ZYPREXA RELPREVV	41

Este Formulario se actualizó el 15/11/2022. Para obtener información más actualizada o hacer otras consultas, comuníquese con nuestra línea de ayuda exclusiva para planes de medicamentos con receta de Medicare al 1-855-222-3183 (número gratuito) o al 711 para los usuarios de los servicios TTY/TDD. Hay representantes disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. También puede ingresar a sharpmedicareadvantage.com.



Considérenos su asistente personal
de atención de salud®

sharpmedicareadvantage.com

1-855-562-8853, los usuarios de los servicios TTY/TDD deben llamar al 711

H5386_2022 SDA Formulary Comp SP_C

