

# SHARP Health Plan

---

Sharp Direct Advantage®

## Lista integral de medicamentos para 2025

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



Sharp Direct Advantage (HMO)

# Formulario para 2025 (Lista de medicamentos cubiertos o “Lista de medicamentos”)

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

**Formulario para 2025 de la Parte D. Fecha de entrada en vigor: 01/01/2025**

**Identificación del formulario: 00025296**

Este Formulario se actualizó el 28 de agosto de 2024. 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](http://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 28 de agosto de 2024. Para obtener una Lista de medicamentos (Formulario) actualizada, póngase en contacto con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización de la Lista de medicamentos (Formulario), aparece en la primera y en la última página.

Por lo general, deberá ir a 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)?

En este documento, “Lista de medicamentos” y “Formulario” se refieren a lo mismo. Un Formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados 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, se adquiera 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 podría cambiar?

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos tiene lugar el 1.º de enero, pero podemos añadir o quitar medicamentos del Formulario, 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. Todos los meses, publicamos la versión más actualizada del Formulario en nuestro sitio web: [sharpmedicareadvantage.com/druglist](https://sharpmedicareadvantage.com/druglist).

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

- **Sustitución inmediata de determinadas nuevas versiones de medicamentos de marca y productos biológicos originales.** Podríamos quitar inmediatamente del Formulario un medicamento de marca si lo reemplazamos por determinadas nuevas versiones de ese medicamento que estarán en el mismo nivel de costo compartido (o uno menor) y que tendrán las mismas restricciones, o menos. Cuando agregamos al Formulario una nueva versión de algún medicamento, podríamos decidir conservar el medicamento de marca o el producto biológico original, pero moverlo de inmediato a otro nivel de costo compartido o agregar nuevas restricciones.

Podemos aplicar estos cambios de inmediato únicamente si agregamos una nueva versión de un producto que ya estaba incluido en el Formulario, ya sea la versión genérica de un medicamento de marca o nuevas versiones biosimilares de algún producto biológico original. Por ejemplo: agregamos un producto biosimilar intercambiable que una farmacia pueda dispensar en lugar del producto biológico original sin necesidad de una nueva receta.

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 que cambiamos. Para obtener más información, consulte la sección de este documento titulada “¿Cómo pido una excepción al Formulario de Sharp Direct Advantage (HMO)?”.

Es posible que usted no esté familiarizado con algunos de estos tipos de medicamentos. Para obtener más información, consulte la sección de este documento titulada “¿Qué son los productos biológicos originales y qué relación tienen con los productos biosimilares?”.

- **Medicamentos que se retiran del mercado.** Si algún fabricante de medicamentos retira su producto del mercado, o si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) determina que el medicamento debe retirarse del mercado por motivos de seguridad o eficacia, podríamos retirarlo de inmediato del Formulario y notificar a los miembros que usan ese medicamento.
- **Otros cambios.** Podemos realizar otros cambios que afecten a miembros que actualmente estén tomando un medicamento determinado. Por ejemplo, podríamos retirar del Formulario

algún medicamento de marca cuando agregamos un equivalente genérico, o podríamos eliminar un producto biológico original cuando agregamos uno biosimilar. Además, podríamos aplicar nuevas restricciones al medicamento de marca o producto biológico original, o podríamos cambiarlo a otro nivel de costo compartido, o hacer ambas cosas. Podríamos 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 si 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 bien, cuando el miembro pida renovar su pedido del medicamento, podría recibir un suministro del medicamento para 30 días junto con la notificación del cambio.

Si hacemos estos otros cambios, usted o la persona autorizada para recetar pueden pedirnos que hagamos una excepción y continuemos cubriéndole el medicamento que ha estado tomando. 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 2025 que estaba cubierto a principios de año, no discontinuaremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2025, 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 el Formulario para el nuevo año de beneficios.

El Formulario adjunto entra en vigor el 28 de agosto de 2024. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por nuestro plan, póngase en contacto con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en la primera y en la última página.

Publicaremos una versión actualizada del Formulario del plan en nuestro sitio web [sharpmedicareadvantage.com/druglist](https://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 debajo del nombre de la categoría de su medicamento.

- **Por orden alfabético**

Si no está seguro de la categoría, busque su medicamento en el índice que comienza en la página 83. 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. En la página que figura en el índice, encontrará 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. La mayoría de las veces, los medicamentos genéricos son igual de efectivos que los de marca, y menos costosos. Existen medicamentos genéricos que sustituyen a muchos medicamentos de marca. Los medicamentos de marca, por lo general, se pueden sustituir por genéricos en la farmacia sin necesidad de una nueva receta (depende de lo establecido en las leyes del estado).

## ¿Qué son los productos biológicos originales y qué relación tienen con los productos biosimilares?

En el Formulario, “medicamentos” hace referencia tanto a medicamentos como a productos biológicos. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. Por eso, en lugar de tener una versión genérica, tienen una versión alternativa que se la llama “producto biosimilar”. La mayoría de las veces, los productos biosimilares son tan efectivos como el producto biológico original, y menos costosos. Hay alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos productos biosimilares son intercambiables. Eso significa que, según las leyes del estado, pueden dispensarse en la farmacia en lugar del producto biológico original sin necesidad de una nueva receta, igual que sucede con los medicamentos de marca, que pueden reemplazarse por su versión genérica.

- En la *Evidencia de cobertura*, encontrará una explicación de los tipos de medicamentos. Consulte el capítulo 5, sección 3.1, “La Lista de medicamentos indica cuáles son los medicamentos de la Parte D que están cubiertos”.

## ¿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 la persona autorizada para recetar tendrán que obtener una autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que nosotros debemos aprobarlo antes de que usted pueda adquirirlo. Si no obtiene la autorización, podríamos no cubrir 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 v 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 no apliquemos alguna restricción a la cobertura de su medicamento, como el requisito de autorización previa, terapia escalonada o límite de cantidad. Por ejemplo, la cobertura del plan tiene un límite de cantidad para ciertos medicamentos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede pedirnos que no apliquemos el límite y cubramos una cantidad mayor.
- 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.

En general, solo aprobaremos la excepción cuando los medicamentos alternativos en el Formulario del plan, es decir, los medicamentos con menor costo compartido, no resulten tan eficaces para tratar su afección o le provoquen efectos secundarios adversos, o cuando aplicar la restricción tuviera dichas consecuencias.

Usted o la persona autorizada para recetar deben contactarnos para pedir una excepción al Formulario, o una excepción a alguna restricción de la cobertura. **Cuando usted solicita una excepción, la persona autorizada para recetar deberá explicar el motivo médico por el cual se necesita la excepción.** 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 decisión acelerada (rápida) si usted considera (y nosotros coincidimos) que la espera de 72 horas puede poner en grave riesgo su salud. Si estamos de acuerdo, o si la persona autorizada para recetar pide una decisión rápida, debemos tomar una decisión en un plazo de 24 horas como máximo desde que recibimos la declaración de respaldo de la persona autorizada para recetar.

## ¿Qué puedo hacer si mi medicamento no está en el Formulario o tiene una restricción?

Como miembro nuevo o regular de nuestro plan, es posible que usted esté tomando medicamentos que no están en nuestro Formulario. O, tal vez, esté tomando algún medicamento incluido en nuestro Formulario pero que tiene alguna restricción para la cobertura, por ejemplo, el requisito de autorización previa. Hable con la persona que le emite las recetas sobre la posibilidad de solicitar una decisión respecto de la cobertura para demostrar que usted cumple con los criterios para que le aprobemos el medicamento, para cambiárselo por otro que cubramos o para solicitar una excepción al Formulario con el propósito de que le cubramos el medicamento. 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 tenga alguna restricción para la cobertura, cubriremos un suministro temporario para 30 días. Si su receta indica menos días, le permitiremos renovar su pedido del medicamento hasta alcanzar un suministro para un máximo de 30 días. Si no se aprueba la cobertura, después 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 hay un cambio en su 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 consultar <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 83.

- 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:

- **La etapa de pago de medicamentos en la que usted se encuentre.** 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, puede incluir algunos medicamentos de marca.
Nivel 2: Medicamentos genéricos	Medicamentos genéricos, puede incluir algunos medicamentos de marca.
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	Medicamentos de marca preferidos y medicamentos genéricos no preferidos.
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	Medicamentos genéricos no preferidos y medicamentos 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
<b>NDS</b>	Sin extensión en días de suministro	El suministro de este medicamento se limita a 30 días.
<b>NM</b>	Sin encargo por correo	El medicamento no está disponible a través de encargos por correo.
<b>PA</b>	Restricción de autorización previa	Usted (o su proveedor) debe solicitarnos una autorización previa antes de adquirir este medicamento. Sin una aprobación previa, es posible que no cubramos el medicamento.
<b>PA NSO</b>	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 adquirir el medicamento. Sin una aprobación previa, es posible que no cubramos el medicamento.
<b>B/D</b>	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 según las circunstancias. Es posible que deba presentar información describiendo el uso y contexto del medicamento para tomar la determinación.
<b>QL</b>	Restricciones de límites de cantidad	Limitamos la cantidad del medicamento que se cubre por receta, o dentro de un plazo determinado.
<b>ST</b>	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**

<b>ANALGESICS .....</b>	<b>2</b>
<b>ANTI-INFECTIVES .....</b>	<b>4</b>
<b>ANTINEOPLASTIC AGENTS .....</b>	<b>14</b>
<b>CARDIOVASCULAR .....</b>	<b>24</b>
<b>CENTRAL NERVOUS SYSTEM.....</b>	<b>32</b>
<b>ENDOCRINE AND METABOLIC .....</b>	<b>47</b>
<b>GASTROINTESTINAL .....</b>	<b>59</b>
<b>GENITOURINARY .....</b>	<b>62</b>
<b>HEMATOLOGIC .....</b>	<b>63</b>
<b>IMMUNOLOGIC AGENTS .....</b>	<b>64</b>
<b>NUTRITIONAL/SUPPLEMENTS.....</b>	<b>69</b>
<b>OPHTHALMIC .....</b>	<b>72</b>
<b>OTIC .....</b>	<b>74</b>
<b>RESPIRATORY .....</b>	<b>74</b>
<b>TOPICAL.....</b>	<b>78</b>
<b>Index .....</b>	<b>83</b>

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<b>ANALGESICS</b>		
<b>GOUT</b>		
<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	
<b>MISCELLANEOUS</b>		
<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i> SOLN .5%, 1%, 1.5%, 2%	Tier 2	B/D
<b>NSAIDS</b>		
<i>celecoxib</i> CAPS 50mg, 100mg, 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 400mg, 600mg, 800mg	Tier 1	
<i>ibuprofen</i> SUSP 100mg/5ml	Tier 2	
<i>ibuprofen</i> TABS 400mg, 600mg, 800mg	Tier 1	
<i>meloxicam</i> TABS 7.5mg, 15mg	Tier 1	
<i>nabumetone</i> TABS 500mg, 750mg	Tier 1	
<i>naproxen</i> TABS 250mg, 375mg, 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	
<b>OPIOID ANALGESICS, LONG-ACTING</b>		
<i>fentanyl</i> PT72 12mcg/hr, 25mcg/hr, 37.5mcg/hr, 50mcg/hr, 62.5mcg/hr, 75mcg/hr, 87.5mcg/hr, 100mcg/hr	Tier 2	QL (10 patches / 30 days), PA
<i>hydrocodone bitartrate</i> T24A 20mg, 30mg, 40mg, 60mg, 80mg	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 . NDS - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<i>hydrocodone bitartrate</i> T24A 100mg, 120mg	Tier 5	NDS, 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</i> 120-12 mg/5ml	Tier 2	QL (2700 mL / 30 days)
<i>acetaminophen w/ codeine tab</i> 300-15 mg	Tier 2	QL (400 tabs / 30 days)
<i>acetaminophen w/ codeine tab</i> 300-30 mg	Tier 2	QL (360 tabs / 30 days)
<i>acetaminophen w/ codeine tab</i> 300-60 mg	Tier 2	QL (180 tabs / 30 days)
<i>butorphanol tartrate</i> SOLN 1mg/ml, 2mg/ml	Tier 4	
<i>endocet tab</i> 2.5-325mg	Tier 2	QL (360 tabs / 30 days)
<i>endocet tab</i> 5-325mg	Tier 2	QL (360 tabs / 30 days)
<i>endocet tab</i> 7.5-325mg	Tier 2	QL (240 tabs / 30 days)
<i>endocet tab</i> 10-325mg	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</i> 7.5-325 mg/15ml	Tier 2	QL (2700 mL / 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen tab</i> 5-325 mg	Tier 2	QL (240 tabs / 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen tab</i> 7.5-325 mg	Tier 2	QL (180 tabs / 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen tab</i> 10-325 mg	Tier 2	QL (180 tabs / 30 days)
<i>hydrocodone-ibuprofen tab</i> 7.5-200 mg	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 4mg/ml, 8mg/ml, 10mg/ml	Tier 4	B/D
<i>morphine sulfate</i> SOLN 10mg/5ml, 20mg/5ml	Tier 2	QL (900 mL / 30 days)
<i>morphine sulfate</i> SOLN 100mg/5ml	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> CONC 100mg/5ml	Tier 2	QL (180 mL / 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 . **NDS** - Suministro de días no extendidos

3

08/28/2024

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<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)

## **ANTI-INFECTIVES**

### **ANTI-INFECTIVES - MISCELLANEOUS**

<i>albendazole</i> TABS 200mg	Tier 5	NDS, QL (672 tabs / year), PA
<i>amikacin sulfate</i> SOLN 1gm/4ml, 500mg/2ml	Tier 2	
ARIKAYCE SUSP 590mg/8.4ml	Tier 5	NDS, NM, PA
<i>atovaquone</i> SUSP 750mg/5ml	Tier 2	QL (300 mL / 30 days), PA
<i>aztreonam</i> SOLR 1gm, 2gm	Tier 2	
CAYSTON SOLR 75mg	Tier 5	NDS, NM, 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 900mg/6ml, 9000mg/60ml	Tier 2	
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 300 mg/50ml</i>	Tier 2	
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 600 mg/50ml</i>	Tier 2	
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 900 mg/50ml</i>	Tier 2	
CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML	Tier 4	
CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML	Tier 4	
CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML	Tier 4	
<i>colistimethate sodium</i> SOLR 150mg	Tier 2	
<i>dapsone</i> TABS 25mg, 100mg	Tier 2	
DAPTOMYCIN SOLR 350mg	Tier 5	NDS
<i>daptomycin</i> SOLR 350mg, 500mg	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 . **NDS** - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
EMVERM CHEW 100mg	Tier 5	NDS, QL (12 tabs / year)
<i>ertapenem sodium</i> SOLR 1gm	Tier 2	
<i>gentamicin in saline inj 0.8 mg/ml</i>	Tier 2	
<i>gentamicin in saline inj 1 mg/ml</i>	Tier 2	
<i>gentamicin in saline inj 1.2 mg/ml</i>	Tier 2	
<i>gentamicin in saline inj 1.6 mg/ml</i>	Tier 2	
<i>gentamicin in saline inj 2 mg/ml</i>	Tier 2	
<i>gentamicin sulfate</i> SOLN 10mg/ml, 40mg/ml	Tier 2	
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln 250 mg</i>	Tier 2	
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln 500 mg</i>	Tier 2	
IMPAVIDO CAPS 50mg	Tier 5	NDS, PA
<i>ivermectin</i> TABS 3mg	Tier 2	QL (12 tabs / 90 days), PA
<i>linezolid</i> SOLN 600mg/300ml	Tier 2	
<i>linezolid</i> SUSR 100mg/5ml	Tier 5	NDS, QL (1800 mL / 30 days)
<i>linezolid</i> TABS 600mg	Tier 2	QL (60 tabs / 30 days)
LINEZOLID INJ 2MG/ML	Tier 4	
<i>meropenem</i> SOLR 1gm, 500mg	Tier 2	
<i>methenamine hippurate</i> TABS 1gm	Tier 2	
<i>metronidazole</i> SOLN 500mg/100ml	Tier 2	
<i>metronidazole</i> TABS 250mg, 500mg	Tier 1	
<i>neomycin sulfate</i> TABS 500mg	Tier 2	
<i>nitazoxanide</i> TABS 500mg	Tier 5	NDS, QL (6 tabs / 30 days)
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> CAPS 50mg, 100mg	Tier 3	
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i> CAPS 100mg	Tier 3	
<i>pentamidine isethionate inh</i> SOLR 300mg	Tier 2	B/D
<i>pentamidine isethionate inj</i> SOLR 300mg	Tier 2	
<i>polymyxin b sulfate</i> SOLR 500000unit	Tier 2	
<i>praziquantel</i> TABS 600mg	Tier 2	
<i>pyrimethamine</i> TABS 25mg	Tier 5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>streptomycin sulfate</i> SOLR 1gm	Tier 5	NDS
<i>sulfadiazine</i> TABS 500mg	Tier 5	NDS
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim iv soln 400-80 mg/5ml</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 . NDS - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim susp 200-40 mg/5ml</i>	Tier 2	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab 400-80 mg</i>	Tier 1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab 800-160 mg</i>	Tier 1	
<i>tinidazole TABS 250mg, 500mg</i>	Tier 2	
TOBI PODHALER CAPS 28mg	Tier 5	NDS, NM, PA
<i>tobramycin NEBU 300mg/5ml</i>	Tier 5	NDS, NM, PA
<i>tobramycin sulfate SOLN 1.2gm/30ml, 10mg/ml, 40mg/ml, 80mg/2ml</i>	Tier 2	
<i>trimethoprim TABS 100mg</i>	Tier 2	
<i>vancomycin hcl CAPS 125mg</i>	Tier 2	QL (80 caps / 180 days)
<i>vancomycin hcl CAPS 250mg</i>	Tier 2	QL (160 caps / 180 days)
<i>vancomycin hcl SOLR 1gm, 1.25gm, 1.5gm, 5gm, 10gm, 500mg, 750mg</i>	Tier 2	
VANCOMYCIN INJ 1 GM	Tier 4	
VANCOMYCIN INJ 500MG	Tier 4	
VANCOMYCIN INJ 750MG	Tier 4	
<b>ANTIFUNGALS</b>		
ABELCET SUSP 5mg/ml	Tier 4	B/D
<i>amphotericin b SOLR 50mg</i>	Tier 2	B/D
<i>amphotericin b liposome SUSR 50mg</i>	Tier 5	NDS, B/D
<i>caspofungin acetate SOLR 50mg, 70mg</i>	Tier 2	
<i>fluconazole SUSR 10mg/ml, 40mg/ml; TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg</i>	Tier 2	
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 200 mg/100ml</i>	Tier 2	
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 400 mg/200ml</i>	Tier 2	
<i>flucytosine CAPS 250mg, 500mg</i>	Tier 5	NDS, PA
<i>griseofulvin microsize SUSP 125mg/5ml; TABS 500mg</i>	Tier 2	
<i>griseofulvin ultramicrosize TABS 125mg, 250mg</i>	Tier 2	
<i>itraconazole CAPS 100mg</i>	Tier 2	PA
<i>ketoconazole TABS 200mg</i>	Tier 2	PA
<i>miconazole sodium SOLR 50mg, 100mg</i>	Tier 2	
<i>nystatin TABS 500000unit</i>	Tier 2	
<i>posaconazole SUSP 40mg/ml</i>	Tier 5	NDS, QL (630 mL / 30 days), PA
<i>posaconazole TBEC 100mg</i>	Tier 5	NDS, QL (93 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 . **NDS** - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<i>terbinafine hcl</i> TABS 250mg	Tier 1	QL (30 tabs / 30 days), PA; PA applies after a 90 day supply in a calendar year
<i>voriconazole</i> SOLR 200mg	Tier 2	PA
<i>voriconazole</i> SUSR 40mg/ml	Tier 5	NDS, QL (600 mL / 28 days), PA
<i>voriconazole</i> TABS 50mg	Tier 2	QL (480 tabs / 30 days)
<i>voriconazole</i> TABS 200mg	Tier 2	QL (120 tabs / 30 days)

### **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
<i>darunavir</i> TABS 600mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM
<i>darunavir</i> TABS 800mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM
EDURANT TABS 25mg	Tier 5	NDS, NM
<i>efavirenz</i> 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
<i>fosamprenavir calcium</i> TABS 700mg	Tier 5	NDS, NM
FUZEON SOLR 90mg	Tier 5	NDS, NM
INTELENCE TABS 25mg	Tier 4	NM
ISENTRESS CHEW 25mg	Tier 4	NM
ISENTRESS CHEW 100mg; PACK 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

**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 . **NDS** - Suministro de días no extendidos

7

08/28/2024



<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<i>maraviroc</i> TABS 150mg, 300mg	Tier 5	NDS, NM
<i>nevirapine</i> SUSP 50mg/5ml; TABS 200mg; TB24 400mg	Tier 2	NM
NORVIR PACK 100mg	Tier 4	NM
PIFELTRO TABS 100mg	Tier 5	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
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	Tier 5	NDS, NM
SELZENTRY TABS 25mg	Tier 4	NM
SUNLENCA TBPK 300mg	Tier 5	NDS, 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 5	NDS, NM
TROGARZO SOLN 200mg/1.33ml	Tier 5	NDS, NM
TYBOST TABS 150mg	Tier 3	NM
VIRACEPT TABS 250mg, 625mg	Tier 5	NDS, NM
VIREAD POWD 40mg/gm; TABS 150mg, 200mg, 250mg	Tier 5	NDS, NM
<i>zidovudine</i> CAPS 100mg; SYRP 50mg/5ml; TABS 300mg	Tier 2	NM
<b>ANTIRETROVIRAL COMBINATION AGENTS</b>		
<i>abacavir sulfate-lamivudine tab 600-300 mg</i>	Tier 2	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, QL (30 tabs / 30 days), NM
DESCOVY TAB 200/25MG	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM
DOVATO TAB 50-300MG	Tier 5	NDS, NM
<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab 600-200-300 mg</i>	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 . NDS - Suministro de días no extendidos

8

08/28/2024

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<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 2	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 2	NM
ODEFSEY TAB	Tier 5	NDS, NM
PREZCOBIX TAB 800-150	Tier 5	NDS, NM
STRIBILD TAB	Tier 5	NDS, NM
SYMTUZA TAB	Tier 5	NDS, NM
TRIUMEQ PD TAB	Tier 3	NM
TRIUMEQ TAB	Tier 5	NDS, NM
<b>ANTITUBERCULAR AGENTS</b>		
<i>cycloserine CAPS 250mg</i>	Tier 5	NDS
<i>ethambutol hcl TABS 100mg, 400mg</i>	Tier 2	
<i>isoniazid SYRP 50mg/5ml</i>	Tier 2	
<i>isoniazid TABS 100mg, 300mg</i>	Tier 1	
PRIFTIN TABS 150mg	Tier 4	
<i>pyrazinamide TABS 500mg</i>	Tier 2	
<i>rifabutin CAPS 150mg</i>	Tier 2	
<i>rifampin CAPS 150mg, 300mg; SOLR 600mg</i>	Tier 2	
SIRTURO TABS 20mg, 100mg	Tier 5	NDS, NM, PA
TRECTOR TABS 250mg	Tier 4	
<b>ANTIVIRALS</b>		
<i>acyclovir CAPS 200mg; TABS 400mg, 800mg</i>	Tier 1	
<i>acyclovir SUSP 200mg/5ml</i>	Tier 2	
<i>acyclovir sodium SOLN 50mg/ml</i>	Tier 2	B/D

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 . NDS - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<i>adefovir dipivoxil</i> TABS 10mg	Tier 2	NM
BARACLUDE SOLN .05mg/ml	Tier 5	NDS, NM, ST
<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
<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
LIVTENCITY TABS 200mg	Tier 5	NDS, QL (336 tabs / 28 days), NM, PA
MAVYRET PAK 50-20MG	Tier 5	NDS, NM, PA
MAVYRET TAB 100-40MG	Tier 5	NDS, NM, PA
<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)
PAXLOVID TAB 150-100	Tier 5	NDS, QL (40 tabs / 90 days); \$0 Cost Share
PAXLOVID TAB 300-100	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 90 days); \$0 Cost Share
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	
VOSEVI TAB	Tier 5	NDS, NM, PA
<b>CEPHALOSPORINS</b>		
<i>cefaclor</i> CAPS 250mg, 500mg	Tier 2	
<i>cefadroxil</i> CAPS 500mg	Tier 1	
<i>cefadroxil</i> SUSR 250mg/5ml, 500mg/5ml	Tier 2	
CEFAZOLIN SOLR 2gm, 3gm	Tier 4	
CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML	Tier 4	

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 . NDS - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<i>cefazolin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 3gm, 10gm, 500mg	Tier 2	
CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4%	Tier 4	
<i>cefdinir</i> CAPS 300mg; SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	Tier 2	
<i>cefepime hcl</i> SOLR 1gm, 2gm	Tier 2	
<i>cefixime</i> CAPS 400mg; SUSR 100mg/5ml, 200mg/5ml	Tier 2	
<i>cefotetan disodium</i> SOLR 1gm, 2gm	Tier 2	
<i>cefoxitin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm	Tier 2	
<i>cefpodoxime proxetil</i> SUSR 50mg/5ml, 100mg/5ml; TABS 100mg, 200mg	Tier 2	
<i>cefprozil</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg	Tier 2	
<i>ceftazidime</i> SOLR 1gm, 2gm, 6gm	Tier 2	
<i>ceftriaxone sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 250mg, 500mg	Tier 2	
<i>cefuroxime axetil</i> TABS 250mg, 500mg	Tier 2	
<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
<b>ERYTHROMYCINS/MACROLIDES</b>		
<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 4	
<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 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 . NDS - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<b>FLUOROQUINOLONAS</b>		
<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml in d5w</i>	Tier 2	
<i>ciprofloxacin 400 mg/200ml in d5w</i>	Tier 2	
<i>ciprofloxacin hcl TABS 250mg, 500mg, 750mg</i>	Tier 1	
<i>levofloxacin SOLN 25mg/ml</i>	Tier 2	
<i>levofloxacin TABS 250mg, 500mg, 750mg</i>	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	
<i>moxifloxacin hcl TABS 400mg</i>	Tier 2	
<i>moxifloxacin hcl 400 mg/250ml in sodium chloride 0.8% inj</i>	Tier 2	
<b>PENICILLINS</b>		
<i>amoxicillin CAPS 250mg, 500mg; SUSR 125mg/5ml, 200mg/5ml, 250mg/5ml, 400mg/5ml; TABS 500mg, 875mg</i>	Tier 1	
<i>amoxicillin CHEW 125mg, 250mg</i>	Tier 2	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate chew tab 200-28.5 mg</i>	Tier 2	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate chew tab 400-57 mg</i>	Tier 2	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate for susp 200-28.5 mg/5ml</i>	Tier 2	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate for susp 250-62.5 mg/5ml</i>	Tier 2	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate for susp 400-57 mg/5ml</i>	Tier 2	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate for susp 600-42.9 mg/5ml</i>	Tier 2	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate tab 250-125 mg</i>	Tier 2	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate tab 500-125 mg</i>	Tier 2	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate tab 875-125 mg</i>	Tier 2	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate tab er 12hr 1000-62.5 mg</i>	Tier 2	
<i>ampicillin CAPS 500mg</i>	Tier 1	
<i>ampicillin &amp; sulbactam sodium for inj 1.5 (1-0.5) gm</i>	Tier 2	
<i>ampicillin &amp; sulbactam sodium for inj 3 (2-1) gm</i>	Tier 2	
<i>ampicillin &amp; sulbactam sodium for iv soln 1.5 (1-0.5) gm</i>	Tier 2	
<i>ampicillin &amp; sulbactam sodium for iv soln 3 (2-1) gm</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 . NDS - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<i>ampicillin &amp; 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 SUSY 600000unit/ml, 1200000unit/2ml, 2400000unit/4ml</i>	Tier 4	
<i>dicloxacillin sodium CAPS 250mg, 500mg</i>	Tier 2	
<i>nafcillin sodium SOLR 1gm, 2gm</i>	Tier 2	
<i>nafcillin sodium SOLR 10gm</i>	Tier 5	NDS
<i>oxacillin sodium SOLR 1gm, 2gm, 10gm</i>	Tier 2	
<i>penicillin g potassium SOLR 5000000unit, 20000000unit</i>	Tier 2	
<i>penicillin g sodium SOLR 5000000unit</i>	Tier 2	
<i>penicillin v potassium SOLR 125mg/5ml, 250mg/5ml</i>	Tier 2	
<i>penicillin v potassium TABS 250mg, 500mg</i>	Tier 1	
<i>pfizerpen SOLR 5000000unit, 20000000unit</i>	Tier 2	
<i>piperacillin sod-tazobactam na for inj 3.375 gm (3-0.375 gm)</i>	Tier 2	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 2.25 gm (2-0.25 gm)</i>	Tier 2	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 4.5 gm (4-0.5 gm)</i>	Tier 2	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 13.5 gm (12-1.5 gm)</i>	Tier 2	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 40.5 gm (36-4.5 gm)</i>	Tier 2	
<b>TETRACYCLINES</b>		
<i>doxy 100 SOLR 100mg</i>	Tier 2	
<i>doxycycline (monohydrate) CAPS 50mg, 100mg; SUSR 25mg/5ml; TABS 50mg, 75mg, 100mg</i>	Tier 2	
<i>doxycycline hyclate CAPS 50mg, 100mg; SOLR 100mg; TABS 20mg, 100mg</i>	Tier 2	
<i>minocycline hcl CAPS 50mg, 75mg, 100mg</i>	Tier 2	
<i>NUZYRA SOLR 100mg</i>	Tier 5	NDS, NM
<i>NUZYRA TABS 150mg</i>	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 14 days), NM
<i>tetracycline hcl CAPS 250mg, 500mg</i>	Tier 2	
<i>tigecycline SOLR 50mg</i>	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 . NDS - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<b>ANTINEOPLASTIC AGENTS</b>		
<b>ALKYLATING AGENTS</b>		
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; SOLR 1gm, 500mg	Tier 2	B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 1gm/5ml, 500mg/2.5ml, 500mg/5ml, 1000mg/10ml, 2000mg/20ml	Tier 5	NDS, B/D
<i>cyclophosphamide</i> SOLR 2gm	Tier 5	NDS, B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE TABS 25mg, 50mg	Tier 4	B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR SOLN 2gm/10ml	Tier 5	NDS, B/D
GLEOSTINE CAPS 10mg, 40mg	Tier 4	NM
GLEOSTINE CAPS 100mg	Tier 5	NDS, NM
LEUKERAN TABS 2mg	Tier 5	NDS
<i>oxaliplatin</i> SOLN 50mg/10ml, 100mg/20ml, 200mg/40ml; SOLR 50mg	Tier 2	B/D
<i>oxaliplatin</i> SOLR 100mg	Tier 5	NDS, B/D
<b>ANTIMETABOLITES</b>		
<i>azacitidine</i> SUSR 100mg	Tier 5	NDS, B/D, NM
<i>cytarabine</i> SOLN 20mg/ml	Tier 2	B/D
<i>fluorouracil</i> SOLN 1gm/20ml, 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 500mg/10ml	Tier 2	B/D
<i>gemcitabine hcl</i> 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, QL (5 tabs / 28 days), NM, PA NSO
LONSURF TAB 15-6.14	Tier 5	NDS, QL (100 tabs / 28 days), NM, PA NSO
LONSURF TAB 20-8.19	Tier 5	NDS, QL (80 tabs / 28 days), 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, QL (14 tabs / 28 days), NM, PA NSO
<i>pemetrexed disodium</i> SOLR 100mg, 500mg, 750mg, 1000mg	Tier 5	NDS, B/D
PURIXAN SUSP 2000mg/100ml	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 . **NDS** - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
TABLOID TABS 40mg	Tier 5	NDS
<b><i>HORMONAL ANTINEOPLASTIC AGENTS</i></b>		
<i>abiraterone acetate</i> TABS 250mg	Tier 5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA NSO
<i>abiraterone acetate</i> TABS 500mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA NSO
AKEEGA TAB 50/500MG	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA NSO
AKEEGA TAB 100/500	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA NSO
<i>anastrozole</i> TABS 1mg	Tier 1	
<i>bicalutamide</i> TABS 50mg	Tier 2	
ELIGARD KIT 7.5mg, 22.5mg, 30mg, 45mg	Tier 4	NM, PA NSO
ERLEADA TABS 60mg	Tier 5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA NSO
ERLEADA TABS 240mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA NSO
EULEXIN CAPS 125mg	Tier 5	NDS
<i>exemestane</i> TABS 25mg	Tier 2	
FIRMAGON SOLR 80mg	Tier 4	NM, PA NSO
FIRMAGON SOLR 120mg/vial	Tier 5	NDS, NM, PA NSO
<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, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA NSO
ORGOVYX TABS 120mg	Tier 5	NDS, NM, PA NSO
ORSERDU TABS 86mg	Tier 5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA NSO
ORSERDU TABS 345mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, 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 2	PA NSO
XTANDI CAPS 40mg	Tier 5	NDS, QL (120 caps / 30 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 . NDS - Suministro de días no extendidos



<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
XTANDI TABS 40mg	Tier 5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA NSO
XTANDI TABS 80mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA NSO

### **IMMUNOMODULATORS**

<i>lenalidomide</i> CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg, 15mg	Tier 5	NDS, QL (28 caps / 28 days), NM, PA NSO
<i>lenalidomide</i> CAPS 20mg, 25mg	Tier 5	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, PA NSO
POMALYST CAPS 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	Tier 5	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, PA NSO
THALOMID CAPS 50mg	Tier 5	NDS, QL (84 caps / 28 days), NM, PA NSO
THALOMID CAPS 100mg	Tier 5	NDS, QL (112 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, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA NSO
<i>bexarotene</i> CAPS 75mg	Tier 5	NDS, QL (300 caps / 30 days), NM, PA NSO
<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>hydroxyurea</i> CAPS 500mg	Tier 2	
<i>irinotecan hcl</i> SOLN 40mg/2ml, 100mg/5ml, 300mg/15ml, 500mg/25ml	Tier 2	B/D
IWILFIN TABS 192mg	Tier 5	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM, PA NSO
MATULANE CAPS 50mg	Tier 5	NDS, NM
<i>tretinoin (chemotherapy)</i> CAPS 10mg	Tier 5	NDS
WELIREG TABS 40mg	Tier 5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA NSO

### **MITOTIC INHIBITORS**

<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 1gm/50ml, 100mg/5ml, 500mg/25ml	Tier 2	B/D
<i>paclitaxel</i> CONC 6mg/ml, 30mg/5ml, 150mg/25ml, 300mg/50ml	Tier 2	B/D

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 . NDS - Suministro de días no extendidos

16

08/28/2024

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<i>vincristine sulfate</i> SOLN 1mg/ml	Tier 2	B/D
<i>vinorelbine tartrate</i> SOLN 10mg/ml, 50mg/5ml	Tier 2	B/D

### **MOLECULAR TARGET AGENTS**

ALECENSA CAPS 150mg	Tier 5	NDS, QL (240 caps / 30 days), NM, PA NSO
ALUNBRIG TABS 30mg	Tier 5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA NSO
ALUNBRIG TABS 90mg, 180mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA NSO
ALUNBRIG PAK	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA NSO
AUGTYRO CAPS 40mg	Tier 5	NDS, QL (240 caps / 30 days), NM, PA NSO
AYVAKIT TABS 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 300mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA NSO
BALVERSA TABS 3mg	Tier 5	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA NSO
BALVERSA TABS 4mg	Tier 5	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA NSO
BALVERSA TABS 5mg	Tier 5	NDS, QL (28 tabs / 28 days), NM, PA NSO
BORTEZOMIB SOLR 1mg, 2.5mg	Tier 4	NM, PA NSO
<i>bortezomib</i> SOLR 3.5mg	Tier 5	NDS, NM, PA NSO
BOSULIF CAPS 50mg	Tier 5	NDS, QL (360 caps / 30 days), NM, PA NSO
BOSULIF CAPS 100mg	Tier 5	NDS, QL (150 caps / 25 days), NM, PA NSO
BOSULIF TABS 100mg	Tier 5	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA NSO
BOSULIF TABS 400mg, 500mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA NSO
BRAFTOVI CAPS 75mg	Tier 5	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA NSO
BRUKINSA CAPS 80mg	Tier 5	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA NSO
CABOMETYX TABS 20mg, 40mg, 60mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA NSO
CALQUENCE CAPS 100mg	Tier 5	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA NSO
CALQUENCE TABS 100mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA NSO
CAPRELSA TABS 100mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 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 . **NDS** - Suministro de días no extendidos

17

08/28/2024

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
CAPRELSA TABS 300mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA NSO
COMETRIQ (60MG DOSE) KIT 20mg	Tier 5	NDS, QL (84 caps / 28 days), NM, PA NSO
COMETRIQ KIT 100MG	Tier 5	NDS, QL (56 caps / 28 days), NM, PA NSO
COMETRIQ KIT 140MG	Tier 5	NDS, QL (112 caps / 28 days), NM, PA NSO
COPIKTRA CAPS 15mg, 25mg	Tier 5	NDS, QL (56 caps / 28 days), NM, PA NSO
COTELLIC TABS 20mg	Tier 5	NDS, QL (63 tabs / 28 days), NM, PA NSO
DAURISMO TABS 25mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA NSO
DAURISMO TABS 100mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA NSO
ERIVEDGE CAPS 150mg	Tier 5	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, 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
FOTIVDA CAPS .89mg, 1.34mg	Tier 5	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, PA NSO
FRUZAQLA CAPS 1mg	Tier 5	NDS, QL (84 caps / 28 days), NM, PA NSO
FRUZAQLA CAPS 5mg	Tier 5	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, PA NSO
GAVRETO CAPS 100mg	Tier 5	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA NSO
<i>gefitinib</i> TABS 250mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA NSO
GILOTRIF TABS 20mg, 30mg, 40mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA NSO
HERCEP HYLEC SOL 60-10000	Tier 5	NDS, NM, PA NSO
HERCEPTIN SOLR 150mg	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 . **NDS** - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
HERZUMA SOLR 150mg, 420mg	Tier 5	NDS, NM, PA NSO
IBRANCE CAPS 75mg, 100mg, 125mg	Tier 5	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, PA NSO
IBRANCE TABS 75mg, 100mg, 125mg	Tier 5	NDS, QL (21 tabs / 28 days), NM, PA NSO
ICLUSIG TABS 10mg, 15mg, 30mg, 45mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA NSO
IDHIFA TABS 50mg, 100mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, 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, PA NSO
IMBRUVICA CAPS 140mg	Tier 5	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA NSO
IMBRUVICA SUSP 70mg/ml	Tier 5	NDS, QL (216 mL / 27 days), NM, PA NSO
IMBRUVICA TABS 140mg, 280mg, 420mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA NSO
INLYTA TABS 1mg	Tier 5	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA NSO
INLYTA TABS 5mg	Tier 5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA NSO
INREBIC CAPS 100mg	Tier 5	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA NSO
JAKAFI TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 25mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA NSO
JAYPIRCA TABS 50mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA NSO
JAYPIRCA TABS 100mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, 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 200 PAK FEMARA	Tier 5	NDS, QL (49 tabs / 28 days), NM, PA NSO
KISQALI 400 DOSE TBPK 200mg	Tier 5	NDS, QL (42 tabs / 28 days), NM, PA NSO
KISQALI 400 PAK FEMARA	Tier 5	NDS, QL (70 tabs / 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 . **NDS** - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
KISQALI 600 DOSE TBPK 200mg	Tier 5	NDS, QL (63 tabs / 28 days), NM, PA NSO
KISQALI 600 PAK FEMARA	Tier 5	NDS, QL (91 tabs / 28 days), NM, PA NSO
KOSELUGO CAPS 10mg	Tier 5	NDS, QL (240 caps / 30 days), NM, PA NSO
KOSELUGO CAPS 25mg	Tier 5	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA NSO
KRAZATI TABS 200mg	Tier 5	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA NSO
<i>lapatinib ditosylate</i> TABS 250mg	Tier 5	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA NSO
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE CPPK 4mg	Tier 5	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA NSO
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE CPPK 4mg	Tier 5	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA NSO
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE CPPK 10mg	Tier 5	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA NSO
LENVIMA 12MG DAILY DOSE CPPK 4mg	Tier 5	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA NSO
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE CPPK 10mg	Tier 5	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA NSO
LENVIMA CAP 14 MG	Tier 5	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA NSO
LENVIMA CAP 18 MG	Tier 5	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA NSO
LENVIMA CAP 24 MG	Tier 5	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA NSO
LORBRENA TABS 25mg	Tier 5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA NSO
LORBRENA TABS 100mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA NSO
LUMAKRAS TABS 120mg	Tier 5	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM, PA NSO
LUMAKRAS TABS 320mg	Tier 5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA NSO
LYNPARZA TABS 100mg, 150mg	Tier 5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA NSO
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) TBPK 4mg	Tier 5	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA NSO
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) TBPK 4mg	Tier 5	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, PA NSO
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) TBPK 4mg	Tier 5	NDS, QL (140 tabs / 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 . **NDS** - Suministro de días no extendidos

20

08/28/2024

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
MEKINIST SOLR .05mg/ml	Tier 5	NDS, QL (1260 mL / 30 days), NM, PA NSO
MEKINIST TABS 2mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA NSO
MEKINIST TABS .5mg	Tier 5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA NSO
MEKTOVI TABS 15mg	Tier 5	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA NSO
MONJUVI SOLR 200mg	Tier 5	NDS, NM, PA NSO
NERLYNX TABS 40mg	Tier 5	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, 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, QL (30 caps / 30 days), NM, PA NSO
OGIVRI SOLR 150mg, 420mg	Tier 5	NDS, NM, PA NSO
OGSIVEO TABS 50mg	Tier 5	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA NSO
OGSIVEO TABS 100mg, 150mg	Tier 5	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA NSO
OJEMDA SUSR 25mg/ml	Tier 5	NDS, QL (96 mL / 28 days), NM, PA NSO
OJEMDA TABS 100mg	Tier 5	NDS, QL (24 tabs / 28 days), NM, PA NSO
OJJAARA TABS 100mg, 150mg, 200mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA NSO
ONTRUZANT SOLR 150mg, 420mg	Tier 5	NDS, NM, PA NSO
<i>pazopanib hcl</i> TABS 200mg	Tier 5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA NSO
PEMAZYRE TABS 4.5mg, 9mg, 13.5mg	Tier 5	NDS, QL (28 tabs / 28 days), NM, PA NSO
PHESGO SOL	Tier 5	NDS, NM, PA NSO
PIQRAY 200MG DAILY DOSE TBPK 200mg	Tier 5	NDS, QL (28 tabs / 28 days), NM, PA NSO
PIQRAY 250MG TAB DOSE	Tier 5	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA NSO
PIQRAY 300MG DAILY DOSE TBPK 150mg	Tier 5	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA NSO
QINLOCK TABS 50mg	Tier 5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA NSO
RETEVMO CAPS 40mg	Tier 5	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA NSO
RETEVMO CAPS 80mg	Tier 5	NDS, QL (120 caps / 30 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 . **NDS** - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
REZLIDHIA CAPS 150mg	Tier 5	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA NSO
ROZLYTREK CAPS 100mg	Tier 5	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA NSO
ROZLYTREK CAPS 200mg	Tier 5	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA NSO
ROZLYTREK PACK 50mg	Tier 5	NDS, QL (336 packets / 28 days), NM, PA NSO
RUBRACA TABS 200mg, 250mg, 300mg	Tier 5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA NSO
RYDAPT CAPS 25mg	Tier 5	NDS, QL (224 caps / 28 days), 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
SCEMBLIX TABS 100mg	Tier 5	NDS, QL (120 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	Tier 5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA NSO
SPRYCEL TABS 50mg, 70mg, 80mg, 100mg, 140mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA NSO
STIVARGA TABS 40mg	Tier 5	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, 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, QL (112 tabs / 28 days), NM, PA NSO
TAFINLAR CAPS 50mg, 75mg	Tier 5	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA NSO
TAFINLAR TBSO 10mg	Tier 5	NDS, QL (900 tabs / 30 days), NM, PA NSO
TAGRISSE TABS 40mg, 80mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA NSO
TALZENNA CAPS .1mg, .35mg, .5mg, .75mg, 1mg	Tier 5	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA NSO
TALZENNA CAPS .25mg	Tier 5	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA NSO
TASIGNA CAPS 50mg	Tier 5	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA NSO
TASIGNA CAPS 150mg, 200mg	Tier 5	NDS, QL (112 caps / 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 . **NDS** - Suministro de días no extendidos

22

08/28/2024

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
TAZVERIK TABS 200mg	Tier 5	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM, PA NSO
TECENTRIQ SOLN 840mg/14ml, 1200mg/20ml	Tier 5	NDS, NM, PA NSO
TEPMETKO TABS 225mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA NSO
TIBSOVO TABS 250mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA NSO
TRAZIMERA SOLR 150mg, 420mg	Tier 5	NDS, NM, PA NSO
TRUQAP TABS 160mg, 200mg	Tier 5	NDS, QL (64 tabs / 28 days), NM, PA NSO
TRUXIMA SOLN 100mg/10ml, 500mg/50ml	Tier 5	NDS, NM, PA NSO
TUKYSA TABS 50mg, 150mg	Tier 5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA NSO
TURALIO CAPS 125mg	Tier 5	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA NSO
VANFLYTA TABS 17.7mg, 26.5mg	Tier 5	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA NSO
VENCLEXTA TABS 10mg	Tier 3	QL (112 tabs / 28 days), NM, PA NSO
VENCLEXTA TABS 50mg	Tier 5	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, PA NSO
VENCLEXTA TABS 100mg	Tier 5	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA NSO
VENCLEXTA TAB START PK	Tier 5	NDS, QL (42 tabs / 28 days), NM, PA NSO
VERZENIO TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg	Tier 5	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA NSO
VITRAKVI CAPS 25mg	Tier 5	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA NSO
VITRAKVI CAPS 100mg	Tier 5	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA NSO
VITRAKVI SOLN 20mg/ml	Tier 5	NDS, QL (300 mL / 30 days), NM, PA NSO
VIZIMPRO TABS 15mg, 30mg, 45mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA NSO
VONJO CAPS 100mg	Tier 5	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA NSO
XALKORI CAPS 200mg, 250mg; CPSP 50mg	Tier 5	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA NSO
XALKORI CPSP 20mg	Tier 5	NDS, QL (240 caps / 30 days), NM, PA NSO
XALKORI CPSP 150mg	Tier 5	NDS, QL (180 caps / 30 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 . **NDS** - Suministro de días no extendidos

23

08/28/2024



<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
XOSPATA TABS 40mg	Tier 5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA NSO
XPOVIO PAK (40 MG ONCE WEEKLY) TBPK 40mg	Tier 5	NDS, QL (4 tabs / 28 days), NM, PA NSO
XPOVIO PAK (40 MG TWICE WEEKLY) TBPK 40mg	Tier 5	NDS, QL (8 tabs / 28 days), NM, PA NSO
XPOVIO PAK (60 MG ONCE WEEKLY) TBPK 60mg	Tier 5	NDS, QL (4 tabs / 28 days), NM, PA NSO
XPOVIO PAK (60 MG TWICE WEEKLY) TBPK 20mg	Tier 5	NDS, QL (24 tabs / 28 days), NM, PA NSO
XPOVIO PAK (80 MG ONCE WEEKLY) TBPK 40mg	Tier 5	NDS, QL (8 tabs / 28 days), NM, PA NSO
XPOVIO PAK (80 MG TWICE WEEKLY) TBPK 20mg	Tier 5	NDS, QL (32 tabs / 28 days), NM, PA NSO
XPOVIO PAK (100 MG ONCE WEEKLY) TBPK 50mg	Tier 5	NDS, QL (8 tabs / 28 days), NM, PA NSO
ZEJULA TABS 100mg, 200mg, 300mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA NSO
ZELBORAF TABS 240mg	Tier 5	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM, PA NSO
ZIRABEV SOLN 100mg/4ml, 400mg/16ml	Tier 5	NDS, NM, PA NSO
ZOLINZA CAPS 100mg	Tier 5	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA NSO
ZYDELIG TABS 100mg, 150mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA NSO
ZYKADIA TABS 150mg	Tier 5	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA NSO

### **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)

**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 . **NDS** - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<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 &amp; hydrochlorothiazide tab 5-6.25mg</i>	Tier 1	
<i>benazepril &amp; hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	Tier 1	
<i>benazepril &amp; hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	Tier 1	
<i>benazepril &amp; hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	Tier 1	
<i>captopril &amp; hydrochlorothiazide tab 25-15 mg</i>	Tier 1	
<i>captopril &amp; hydrochlorothiazide tab 25-25 mg</i>	Tier 1	
<i>captopril &amp; hydrochlorothiazide tab 50-15 mg</i>	Tier 1	
<i>captopril &amp; hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i>	Tier 1	
<i>enalapril maleate &amp; hydrochlorothiazide tab 5-12.5 mg</i>	Tier 1	
<i>enalapril maleate &amp; hydrochlorothiazide tab 10-25 mg</i>	Tier 1	
<i>fosinopril sodium &amp; hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	Tier 1	
<i>fosinopril sodium &amp; hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	Tier 1	
<i>lisinopril &amp; hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	Tier 6	
<i>lisinopril &amp; hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	Tier 6	
<i>lisinopril &amp; hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	Tier 6	
<b>ACE INHIBITORS</b>		
<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	

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 . NDS - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<i>lisinopril</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	Tier 6	
<i>moexipril hcl</i> TABS 7.5mg, 15mg	Tier 1	
<i>perindopril erbumine</i> TABS 2mg, 4mg, 8mg	Tier 1	
<i>quinapril hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg	Tier 6	
<i>ramipril</i> CAPS 1.25mg, 2.5mg, 5mg, 10mg	Tier 6	
<i>trandolapril</i> TABS 1mg, 2mg, 4mg	Tier 1	
<b>ALDOSTERONE RECEPTOR ANTAGONISTS</b>		
<i>eplerenone</i> TABS 25mg, 50mg	Tier 2	
KERENDIA TABS 10mg, 20mg	Tier 3	QL (30 tabs / 30 days)
<i>spironolactone</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	Tier 1	
<b>ALPHA BLOCKERS</b>		
<i>doxazosin mesylate</i> TABS 1mg, 2mg, 4mg, 8mg	Tier 1	
<i>prazosin hcl</i> CAPS 1mg, 2mg, 5mg	Tier 2	
<i>terazosin hcl</i> CAPS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	Tier 1	
<b>ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONIST COMBINATIONS</b>		
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil</i> tab 5-20 mg	Tier 1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil</i> tab 5-40 mg	Tier 1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil</i> tab 10-20 mg	Tier 1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil</i> tab 10-40 mg	Tier 1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan</i> tab 5-160 mg	Tier 1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan</i> tab 5-320 mg	Tier 1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan</i> tab 10-160 mg	Tier 1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan</i> tab 10-320 mg	Tier 1	QL (30 tabs / 30 days)
ENTRESTO TAB 24-26MG	Tier 3	QL (60 tabs / 30 days)
ENTRESTO TAB 49-51MG	Tier 3	QL (60 tabs / 30 days)
ENTRESTO TAB 97-103MG	Tier 3	QL (60 tabs / 30 days)
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i> tab 150-12.5 mg	Tier 6	QL (60 tabs / 30 days)
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i> tab 300-12.5 mg	Tier 6	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 . NDS - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<i>losartan potassium &amp; hydrochlorothiazide tab 50-12.5 mg</i>	Tier 6	
<i>losartan potassium &amp; hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg</i>	Tier 6	
<i>losartan potassium &amp; 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)
<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)
<b>ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS</b>		
<i>candesartan cilexetil TABS 4mg, 8mg, 16mg</i>	Tier 1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>candesartan cilexetil TABS 32mg</i>	Tier 1	QL (30 tabs / 30 days)
<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)

**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 . **NDS** - Suministro de días no extendidos

27

08/28/2024

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<b>ANTIARRHYTHMICS</b>		
<i>amiodarone hcl</i> SOLN 50mg/ml, 900mg/18ml; TABS 100mg, 400mg	Tier 2	
<i>amiodarone hcl</i> TABS 200mg	Tier 1	
<i>disopyramide phosphate</i> CAPS 100mg, 150mg	Tier 4	
<i>dofetilide</i> CAPS 125mcg, 250mcg, 500mcg	Tier 2	NM
<i>flecainide acetate</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg	Tier 2	
MULTAQ TABS 400mg	Tier 4	QL (60 tabs / 30 days)
<i>pacerone</i> TABS 100mg, 400mg	Tier 2	
<i>pacerone</i> TABS 200mg	Tier 1	
<i>propafenone hcl</i> CP12 225mg, 325mg, 425mg; TABS 150mg, 225mg, 300mg	Tier 2	
<i>quinidine sulfate</i> TABS 200mg, 300mg	Tier 2	
<i>sotalol hcl</i> TABS 80mg, 120mg, 160mg, 240mg	Tier 1	
<i>sotalol hcl (afib/afl)</i> TABS 80mg, 120mg, 160mg	Tier 2	
<b>ANTILIPEMICS, FIBRATES</b>		
<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	
<b>ANTILIPEMICS, HMG-CoA REDUCTASE INHIBITORS</b>		
<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)
<b>ANTILIPEMICS, MISCELLANEOUS</b>		
<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	

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 . NDS - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<i>colestipol hcl</i> GRAN 5gm; PACK 5gm; TABS 1gm	Tier 2	
<i>ezetimibe</i> TABS 10mg	Tier 2	
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-10 mg</i>	Tier 1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-20 mg</i>	Tier 1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-40 mg</i>	Tier 1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-80 mg</i>	Tier 1	QL (30 tabs / 30 days)
NEXLETOL TABS 180mg	Tier 3	QL (30 tabs / 30 days)
NEXLIZET TAB 180/10MG	Tier 3	QL (30 tabs / 30 days)
<i>niacin (antihyperlipidemic)</i> TBCR 500mg, 750mg, 1000mg	Tier 2	QL (60 tabs / 30 days)
<i>omega-3-acid ethyl esters cap 1 gm</i>	Tier 2	PA
<i>prevalite</i> PACK 4gm; POWD 4gm/dose	Tier 2	
REPATHA SOSY 140mg/ml	Tier 3	NM, PA
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM SOCT 420mg/3.5ml	Tier 3	NM, PA
REPATHA SURECLICK SOAJ 140mg/ml	Tier 3	NM, PA
VASCEPA CAPS .5gm, 1gm	Tier 3	
<b>BETA-BLOCKER/DIURETIC COMBINATIONS</b>		
<i>atenolol &amp; chlorthalidone tab 50-25 mg</i>	Tier 1	
<i>atenolol &amp; chlorthalidone tab 100-25 mg</i>	Tier 1	
<i>bisoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab 2.5- 6.25 mg</i>	Tier 1	
<i>bisoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab 5-6.25 mg</i>	Tier 1	
<i>bisoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab 10- 6.25 mg</i>	Tier 1	
<i>metoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab 50- 25 mg</i>	Tier 2	
<i>metoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab 100- 25 mg</i>	Tier 2	
<i>metoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab 100- 50 mg</i>	Tier 2	
<b>BETA-BLOCKERS</b>		
<i>acebutolol hcl</i> CAPS 200mg, 400mg	Tier 2	
<i>atenolol</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	Tier 1	
<i>bisoprolol fumarate</i> TABS 5mg, 10mg	Tier 1	
<i>carvedilol</i> TABS 3.125mg, 6.25mg, 12.5mg, 25mg	Tier 1	
<i>labetalol hcl</i> TABS 100mg, 200mg, 300mg	Tier 2	
<i>metoprolol succinate</i> TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	Tier 1	
<i>metoprolol tartrate</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 . NDS - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<i>metoprolol tartrate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	Tier 1	
<i>nadolol</i> TABS 20mg, 40mg, 80mg	Tier 2	
<i>nebivolol hcl</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	Tier 2	QL (30 tabs / 30 days)
<i>nebivolol hcl</i> TABS 20mg	Tier 2	QL (60 tabs / 30 days)
<i>pindolol</i> TABS 5mg, 10mg	Tier 2	
<i>propranolol hcl</i> CP24 60mg, 80mg, 120mg, 160mg; SOLN 20mg/5ml, 40mg/5ml; TABS 10mg, 20mg, 40mg, 60mg, 80mg	Tier 2	
<i>timolol maleate</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg	Tier 2	
<b>CALCIUM CHANNEL BLOCKERS</b>		
<i>amlodipine besylate</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	Tier 1	
<i>cartia xt</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg	Tier 2	
<i>dilt-xr</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg	Tier 2	
<i>diltiazem hcl</i> CP12 60mg, 90mg, 120mg; SOLN 25mg/5ml, 50mg/10ml, 125mg/25ml	Tier 2	
<i>diltiazem hcl</i> 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>nicardipine hcl</i> CAPS 20mg, 30mg	Tier 2	
<i>nifedipine</i> TB24 30mg, 60mg, 90mg	Tier 2	
<i>nimodipine</i> CAPS 30mg	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	
<b>DIURETICS</b>		
<i>acetazolamide</i> CP12 500mg; TABS 125mg, 250mg	Tier 2	
<i>amiloride &amp; hydrochlorothiazide tab 5-50 mg</i>	Tier 1	
<i>amiloride hcl</i> TABS 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 . NDS - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<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 &amp; hydrochlorothiazide tab 25-25 mg</i>	Tier 2	
<i>toremide</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 100mg	Tier 1	
<i>triamterene &amp; hydrochlorothiazide cap 37.5-25 mg</i>	Tier 1	
<i>triamterene &amp; hydrochlorothiazide tab 37.5-25 mg</i>	Tier 1	
<i>triamterene &amp; hydrochlorothiazide tab 75-50 mg</i>	Tier 1	
<b>MISCELLANEOUS</b>		
<i>aliskiren fumarate</i> TABS 150mg, 300mg	Tier 1	
<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	Tier 4	QL (450 mL / 30 days)
CORLANOR TABS 5mg, 7.5mg	Tier 4	QL (60 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>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOLN 1mg/ml	Tier 2	
<i>guanfacine hcl</i> TABS 1mg, 2mg	Tier 3	PA; PA applies if 70 years and older
<i>hydralazine hcl</i> SOLN 20mg/ml	Tier 2	
<i>hydralazine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg	Tier 1	
<i>metyrosine</i> CAPS 250mg	Tier 5	NDS, NM, PA
<i>midodrine hcl</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	Tier 2	
<i>minoxidil</i> TABS 2.5mg, 10mg	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 . **NDS** - Suministro de días no extendidos



<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<i>ranolazine</i> TB12 500mg, 1000mg	Tier 2	
VERQUVO TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	Tier 3	QL (30 tabs / 30 days), PA

### **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	

### **PULMONARY ARTERIAL HYPERTENSION**

<i>alyq</i> TABS 20mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA NSO
<i>ambrisentan</i> TABS 5mg, 10mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA NSO
<i>bosentan</i> TABS 62.5mg, 125mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA NSO
<i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension)</i> TABS 20mg	Tier 2	QL (360 tabs / 30 days), NM, PA NSO
<i>tadalafil (pulmonary hypertension)</i> TABS 20mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA NSO
<i>treprostinil</i> SOLN 20mg/20ml, 50mg/20ml, 100mg/20ml, 200mg/20ml	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>fluvoxamine 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 4mg/ml, 20mg/10ml	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)

### **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	
<i>galantamine hydrobromide</i> CP24 8mg, 16mg, 24mg	Tier 2	QL (30 caps / 30 days)
<i>galantamine hydrobromide</i> SOLN 4mg/ml	Tier 2	QL (200 mL / 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 . NDS - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<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 applies if 29 years and younger
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, 4.5mg, 6mg	Tier 2	QL (60 caps / 30 days)
<b>ANTIDEPRESSANTS</b>		
<i>amitriptyline hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	Tier 3	
<i>amoxapine</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg, 150mg	Tier 3	
AUVELITY TAB 45-105MG	Tier 4	QL (60 tabs / 30 days), PA NSO
<i>bupropion hcl</i> TABS 75mg, 100mg	Tier 2	
<i>bupropion hcl</i> TB12 100mg, 150mg, 200mg; TB24 150mg	Tier 2	QL (60 tabs / 30 days)
<i>bupropion hcl</i> TB24 300mg	Tier 2	QL (30 tabs / 30 days)
<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)
<i>doxepin hcl</i> CAPS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg; CONC 10mg/ml	Tier 3	
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	
<i>escitalopram oxalate</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg	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 . NDS - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
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	QL (2 packs / year), 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	
<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, 50mg	Tier 4	QL (120 caps / 30 days)
<i>trimipramine maleate</i> CAPS 100mg	Tier 4	QL (60 caps / 30 days)
TRINTELLIX TABS 5mg, 10mg, 20mg	Tier 4	QL (30 tabs / 30 days), PA NSO
<i>venlafaxine hcl</i> CP24 37.5mg, 75mg, 150mg	Tier 1	
<i>venlafaxine hcl</i> TABS 25mg, 37.5mg, 50mg, 75mg, 100mg	Tier 2	
<i>vilazodone hcl</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg	Tier 2	QL (30 tabs / 30 days)
ZURZUVAE CAPS 20mg, 25mg	Tier 5	NDS, QL (28 caps / 14 days), NM, PA NSO
ZURZUVAE CAPS 30mg	Tier 5	NDS, QL (14 caps / 14 days), NM, PA NSO
<b>ANTIPARKINSONIAN AGENTS</b>		
<i>amantadine hcl</i> CAPS 100mg	Tier 2	QL (120 caps / 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 . NDS - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<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 2	PA; PA applies 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 &amp; levodopa tab 10-100 mg</i>	Tier 2	
<i>carbidopa &amp; levodopa tab 25-100 mg</i>	Tier 2	
<i>carbidopa &amp; levodopa tab 25-250 mg</i>	Tier 2	
<i>carbidopa &amp; levodopa tab er 25-100 mg</i>	Tier 2	
<i>carbidopa &amp; levodopa tab er 50-200 mg</i>	Tier 2	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 12.5-50-200 mg</i>	Tier 2	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 18.75-75-200 mg</i>	Tier 2	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 25-100-200 mg</i>	Tier 2	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 31.25-125-200 mg</i>	Tier 2	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 37.5-150-200 mg</i>	Tier 2	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 50-200-200 mg</i>	Tier 2	
<i>entacapone</i> TABS 200mg	Tier 2	
INBRIJA CAPS 42mg	Tier 5	NDS, QL (300 caps / 30 days), NM, PA
<i>pramipexole dihydrochloride</i> TABS .125mg, .25mg, .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg	Tier 1	
<i>rasagiline mesylate</i> TABS .5mg, 1mg	Tier 2	QL (30 tabs / 30 days)
<i>ropinirole hydrochloride</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg, 5mg	Tier 1	
<i>selegiline hcl</i> CAPS 5mg; TABS 5mg	Tier 2	
<i>trihexyphenidyl hcl</i> SOLN .4mg/ml	Tier 3	PA; PA applies if 70 years and older
<i>trihexyphenidyl hcl</i> TABS 2mg, 5mg	Tier 2	PA; PA applies if 70 years and older

**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 . **NDS** - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<b>ANTIPSYCHOTICS</b>		
<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), ST
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, 42mg	Tier 5	NDS, QL (30 caps / 30 days)
<i>chlorpromazine hcl</i> CONC 30mg/ml, 100mg/ml; SOLN 25mg/ml, 50mg/2ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	Tier 2	
<i>clozapine</i> 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 (120 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 2	QL (120 tabs / 30 days), PA NSO
FANAPT TABS 1mg, 2mg, 4mg, 6mg, 8mg, 10mg, 12mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA NSO
FANAPT PAK	Tier 4	QL (2 packs / year), 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 HAFYERA SUSY 1092mg/3.5ml, 1560mg/5ml	Tier 5	NDS, QL (1 injection / 180 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 . NDS - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
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)
<i>loxapine succinate</i> CAPS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	Tier 2	
<i>lurasidone hcl</i> TABS 20mg, 40mg, 60mg, 120mg	Tier 2	QL (30 tabs / 30 days)
<i>lurasidone hcl</i> TABS 80mg	Tier 2	QL (60 tabs / 30 days)
<i>molindone hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 25mg	Tier 2	
NUPLAZID CAPS 34mg	Tier 5	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA NSO
NUPLAZID TABS 10mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA NSO
<i>olanzapine</i> SOLR 10mg	Tier 2	QL (3 vials / 1 day)
<i>olanzapine</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	Tier 2	QL (60 tabs / 30 days)
<i>olanzapine</i> TABS 7.5mg, 15mg, 20mg	Tier 2	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olanzapine</i> TBDP 5mg, 15mg, 20mg	Tier 2	QL (30 tabs / 30 days), ST
<i>olanzapine</i> TBDP 10mg	Tier 2	QL (60 tabs / 30 days), ST
<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	
<i>pimozide</i> TABS 1mg, 2mg	Tier 2	
<i>quetiapine fumarate</i> TABS 25mg	Tier 2	QL (180 tabs / 30 days)
<i>quetiapine fumarate</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg	Tier 2	QL (90 tabs / 30 days)
<i>quetiapine fumarate</i> TABS 300mg, 400mg	Tier 2	QL (60 tabs / 30 days)
<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 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
REXULTI TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 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	

**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 . **NDS** - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<i>risperidone</i> TBDP 1mg, 2mg, 3mg	Tier 2	QL (60 tabs / 30 days), ST
<i>risperidone</i> TBDP 4mg	Tier 2	QL (120 tabs / 30 days), ST
<i>risperidone</i> TBDP .25mg, .5mg	Tier 2	QL (90 tabs / 30 days), ST
<i>risperidone microspheres</i> SRER 12.5mg, 25mg	Tier 2	QL (2 injections / 28 days)
<i>risperidone microspheres</i> SRER 37.5mg, 50mg	Tier 5	NDS, QL (2 injections / 28 days)
SECUADO PT24 3.8mg/24hr, 5.7mg/24hr, 7.6mg/24hr	Tier 5	NDS, 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)
<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
<b>ANTISEIZURE AGENTS</b>		
APTIOM TABS 200mg, 400mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
APTIOM TABS 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 TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg	Tier 5	NDS, QL (60 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 . **NDS** - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<i>carbamazepine</i> CHEW 100mg; CP12 100mg, 200mg, 300mg; SUSP 100mg/5ml; TABS 200mg; TB12 100mg, 200mg, 400mg	Tier 2	
<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 applies if 65 years and older
DIACOMIT CAPS 250mg	Tier 5	NDS, QL (360 caps / 30 days), NM, PA NSO
DIACOMIT CAPS 500mg	Tier 5	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA NSO
DIACOMIT PACK 250mg	Tier 5	NDS, QL (360 packets / 30 days), NM, PA NSO
DIACOMIT PACK 500mg	Tier 5	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, PA NSO
<i>diazepam</i> SOLN 5mg/5ml	Tier 2	QL (1200 mL / 30 days), PA NSO; PA applies if 65 years and older when greater than 5 day supply
<i>diazepam</i> TABS 2mg, 5mg, 10mg	Tier 2	QL (120 tabs / 30 days), PA NSO; PA applies if 65 years and older when greater than 5 day supply
<i>diazepam (anticonvulsant)</i> GEL 2.5mg, 10mg, 20mg	Tier 2	
<i>diazepam inj</i> SOLN 5mg/ml	Tier 2	
<i>diazepam intensol</i> CONC 5mg/ml	Tier 2	QL (240 mL / 30 days), PA NSO; PA applies if 65 years and older when greater than 5 day supply
DILANTIN CAPS 30mg	Tier 4	
<i>divalproex sodium</i> CSDR 125mg; TB24 250mg, 500mg; TBEC 125mg, 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 . **NDS** - Suministro de días no extendidos



<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
EPIDIOLEX SOLN 100mg/ml	Tier 5	NDS, QL (600 mL / 30 days), NM, PA NSO
<i>epitol</i> TABS 200mg	Tier 2	
EPRONTIA SOLN 25mg/ml	Tier 4	QL (480 mL / 30 days), PA NSO
<i>ethosuximide</i> CAPS 250mg; SOLN 250mg/5ml	Tier 2	
<i>felbamate</i> SUSP 600mg/5ml; TABS 400mg, 600mg	Tier 2	
FINTEPLA SOLN 2.2mg/ml	Tier 5	NDS, QL (360 mL / 30 days), NM, 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, 8mg, 10mg, 12mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), PA NSO
<i>gabapentin</i> CAPS 100mg, 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, 300mg/6ml	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 200mg/20ml	Tier 2	
<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>lacosamide oral</i> SOLN 10mg/ml	Tier 2	QL (1200 mL / 30 days)
<i>lamotrigine</i> CHEW 5mg, 25mg	Tier 2	
<i>lamotrigine</i> TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg	Tier 1	
<i>lamotrigine</i> TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 250mg, 300mg	Tier 2	ST
<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	
LIBERVANT FILM 5mg, 7.5mg, 10mg, 12.5mg, 15mg	Tier 4	QL (10 buccal films / 30 days)
<i>methsuximide</i> CAPS 300mg	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 . NDS - Suministro de días no extendidos

40

08/28/2024

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
NAYZILAM SOLN 5mg/0.1ml	Tier 4	QL (10 nasal units per 30 days)
<i>oxcarbazepine</i> SUSP 300mg/5ml; TABS 150mg, 300mg, 600mg	Tier 2	
<i>phenobarbital</i> ELIX 20mg/5ml	Tier 4	QL (1500 mL / 30 days), PA NSO; PA applies if 70 years and older
<i>phenobarbital</i> TABS 15mg, 16.2mg, 30mg, 32.4mg, 60mg, 64.8mg, 97.2mg, 100mg	Tier 3	QL (120 tabs / 30 days), PA NSO; PA applies if 70 years and older
<i>phenobarbital sodium</i> SOLN 65mg/ml, 130mg/ml	Tier 4	PA NSO; PA applies if 70 years and older
<i>phenytek</i> CAPS 200mg, 300mg	Tier 2	
<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, 125mg, 250mg	Tier 1	
<i>roweepra</i> TABS 500mg	Tier 2	
<i>rufinamide</i> SUSP 40mg/ml	Tier 5	NDS, QL (2400 mL / 30 days), PA NSO
<i>rufinamide</i> TABS 200mg	Tier 2	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, 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 . **NDS** - Suministro de días no extendidos

41

08/28/2024

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<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 5 MG DOSE LIQD 5mg/0.1ml	Tier 4	QL (10 blister packs per 30 days)
VALTOCO 10 MG DOSE LIQD 10mg/0.1ml	Tier 4	QL (10 blister packs per 30 days)
VALTOCO 15 MG DOSE LQPK 7.5mg/0.1ml	Tier 4	QL (10 blister packs per 30 days)
VALTOCO 20 MG DOSE LQPK 10mg/0.1ml	Tier 4	QL (10 blister packs per 30 days)
<i>vigabatrin</i> PACK 500mg	Tier 5	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, PA NSO
<i>vigabatrin</i> TABS 500mg	Tier 5	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA NSO
<i>vigadrone</i> PACK 500mg	Tier 5	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, PA NSO
<i>vigadrone</i> TABS 500mg	Tier 5	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA NSO
<i>vigpoder</i> PACK 500mg	Tier 5	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, PA NSO
XCOPRI TABS 25mg, 50mg, 100mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
XCOPRI TABS 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 5	NDS, 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, PA NSO
<b>ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER</b>		
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i> 24hr 5 mg	Tier 2	QL (30 caps / 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 . **NDS** - Suministro de días no extendidos

42

08/28/2024

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<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, 4mg</i>	Tier 3	QL (30 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older
<i>guanfacine hcl (adhd) TB24 3mg</i>	Tier 3	QL (60 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older
<i>methylphenidate hcl SOLN 5mg/5ml</i>	Tier 2	QL (1800 mL / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl SOLN 10mg/5ml</i>	Tier 2	QL (900 mL / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl TABS 5mg, 10mg</i>	Tier 2	QL (180 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 . **NDS** - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<i>methylphenidate hcl</i> TABS 20mg; TBCR 10mg, 20mg	Tier 2	QL (90 tabs / 30 days), PA

### **HYPNOTICS**

DAYVIGO TABS 5mg, 10mg	Tier 3	QL (30 tabs / 30 days)
<i>doxepin hcl (sleep)</i> TABS 3mg, 6mg	Tier 2	QL (30 tabs / 30 days)
<i>tasimelteon</i> CAPS 20mg	Tier 5	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
<i>temazepam</i> CAPS 7.5mg, 30mg	Tier 2	QL (30 caps / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older
<i>temazepam</i> CAPS 15mg	Tier 2	QL (60 caps / 30 days), PA; PA applies 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
EMGALITY SOAJ 120mg/ml	Tier 3	QL (2 pens / 30 days), NM, PA
EMGALITY SOSY 100mg/ml	Tier 3	QL (3 syringes / 30 days), NM, PA
EMGALITY SOSY 120mg/ml	Tier 3	QL (2 syringes / 30 days), NM, 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 3	QL (16 tabs / 30 days), PA
QULIPTA TABS 10mg, 30mg, 60mg	Tier 3	QL (30 tabs / 30 days), PA
<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)

**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 . **NDS** - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<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 3	QL (16 tabs / 30 days), PA

### **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
AUSTEDO XR TB24 6mg	Tier 5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TB24 12mg	Tier 5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TB24 24mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TB24 30mg, 36mg, 42mg, 48mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TAB TITR KIT	Tier 5	NDS, QL (2 packs / year), NM, PA
<i>lithium</i> SOLN 8meq/5ml	Tier 2	
<i>lithium carbonate</i> CAPS 150mg, 300mg, 600mg; TABS 300mg	Tier 1	
<i>lithium carbonate</i> TBCR 300mg, 450mg	Tier 2	
NUEDEXTA CAP 20-10MG	Tier 5	NDS, QL (60 caps / 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**

BAFIERTAM CPDR 95mg	Tier 5	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA NSO
BETASERON KIT .3mg	Tier 5	NDS, QL (14 syringes / 28 days), NM, PA NSO
COPAXONE SOSY 20mg/ml	Tier 5	NDS, QL (30 syringes / 30 days), NM, PA NSO
COPAXONE SOSY 40mg/ml	Tier 5	NDS, QL (12 syringes / 28 days), NM, PA NSO
<i>dalfampridine</i> TB12 10mg	Tier 2	QL (60 tabs / 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 . **NDS** - Suministro de días no extendidos

45

08/28/2024

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<i>fingolimod hcl</i> CAPS .5mg	Tier 5	NDS, QL (30 caps / 30 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, PA NSO

### **MUSCULOSKELETAL THERAPY AGENTS**

<i>baclofen</i> TABS 5mg	Tier 2	QL (90 tabs / 30 days)
<i>baclofen</i> TABS 10mg, 20mg	Tier 2	
<i>cyclobenzaprine hcl</i> TABS 5mg, 10mg	Tier 3	QL (90 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<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 (60 tabs / 30 days), PA
<i>armodafinil</i> TABS 150mg, 200mg, 250mg	Tier 2	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>modafinil</i> TABS 100mg	Tier 2	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>modafinil</i> TABS 200mg	Tier 2	QL (60 tabs / 30 days), PA
SODIUM OXYBATE SOLN 500mg/ml	Tier 5	NDS, QL (540 mL / 30 days), NM, 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)
<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)

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 . NDS - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<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)
<i>bupropion hcl (smoking deterrent) TB12 150mg</i>	Tier 2	QL (60 tabs / 30 days)
<i>disulfiram TABS 250mg, 500mg</i>	Tier 2	
<i>naloxone hcl LIQD 4mg/0.1ml; SOCT .4mg/ml; SOLN .4mg/ml, 4mg/10ml; SOSY 2mg/2ml</i>	Tier 2	
<i>naltrexone hcl TABS 50mg</i>	Tier 2	
<i>NICOTROL INHALER INHA 10mg</i>	Tier 4	
<i>NICOTROL NS SOLN 10mg/ml</i>	Tier 4	
<i>varenicline tartrate TABS .5mg, 1mg</i>	Tier 2	QL (56 tabs / 28 days)
<i>varenicline tartrate tab 11 x 0.5 mg &amp; 42 x 1 mg start pack</i>	Tier 2	QL (2 packs / year)
<i>VIVITROL SUSR 380mg</i>	Tier 5	NDS, NM

## **ENDOCRINE AND METABOLIC**

### **ANDROGENS**

<i>danazol CAPS 50mg, 100mg, 200mg</i>	Tier 2	
<i>depo-testosterone SOLN 100mg/ml, 200mg/ml</i>	Tier 2	PA
<i>methyltestosterone CAPS 10mg</i>	Tier 5	NDS, QL (600 caps / 30 days), PA
<i>testosterone GEL 1%, 25mg/2.5gm, 50mg/5gm</i>	Tier 2	QL (300 gm / 30 days), PA
<i>testosterone GEL 1.62%</i>	Tier 2	QL (150 gm / 30 days), PA
<i>testosterone cypionate SOLN 100mg/ml, 200mg/ml</i>	Tier 2	PA
<i>testosterone enanthate SOLN 200mg/ml</i>	Tier 2	PA

### **ANTIDIABETICS**

<i>acarbose TABS 25mg, 50mg, 100mg</i>	Tier 2	
<i>FARXIGA TABS 5mg, 10mg</i>	Tier 3	QL (30 tabs / 30 days)
<i>glimepiride TABS 1mg, 2mg</i>	Tier 1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>glimepiride TABS 4mg</i>	Tier 1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>glipizide TABS 5mg</i>	Tier 6	QL (240 tabs / 30 days)
<i>glipizide TABS 10mg</i>	Tier 6	QL (120 tabs / 30 days)
<i>glipizide TB24 2.5mg, 5mg</i>	Tier 6	QL (90 tabs / 30 days)
<i>glipizide TB24 10mg</i>	Tier 6	QL (60 tabs / 30 days)
<i>glipizide xl TB24 2.5mg, 5mg</i>	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 . **NDS** - Suministro de días no extendidos



<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<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, 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)
MOUNJARO SOPN 2.5mg/0.5ml, 5mg/0.5ml, 7.5mg/0.5ml, 10mg/0.5ml, 12.5mg/0.5ml, 15mg/0.5ml	Tier 3	QL (4 pens / 28 days), PA
<i>nateglinide</i> TABS 60mg, 120mg	Tier 1	QL (90 tabs / 30 days)
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) SOPN 2mg/1.5ml	Tier 3	QL (1 pen / 28 days), PA
OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE) SOPN 2mg/3ml	Tier 3	QL (1 pen / 28 days), PA
OZEMPIC (1MG/DOSE) SOPN 4mg/3ml	Tier 3	QL (1 pen / 28 days), PA
OZEMPIC (2MG/DOSE) SOPN 8mg/3ml	Tier 3	QL (1 pen / 28 days), PA
<i>pioglitazone hcl</i> TABS 15mg, 30mg, 45mg	Tier 6	QL (30 tabs / 30 days)
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-500 mg</i>	Tier 1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-850 mg</i>	Tier 1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>repaglinide</i> TABS 2mg	Tier 1	QL (240 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 . **NDS** - Suministro de días no extendidos

48

08/28/2024

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<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), PA
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)
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 12.5-1000	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), PA
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**

ADMELOG SOLN 100unit/ml	Tier 3	
ADMELOG SOLOSTAR SOPN 100unit/ml	Tier 3	
ALCOHOL SWABS: BD-EMBECTA/MHC/RUGBY	Tier 3	PA
BASAGLAR KWIKPEN SOPN 100unit/ml	Tier 3	
FIASP SOLN 100unit/ml	Tier 3	
FIASP FLEXTOUCH SOPN 100unit/ml	Tier 3	
FIASP PENFILL SOCT 100unit/ml	Tier 3	
FIASP PUMPCART SOCT 100unit/ml	Tier 3	B/D
GAUZE PADS 2" X 2"	Tier 3	PA
HUMULIN R U-500 (CONCENTR SOLN 500unit/ml	Tier 5	NDS, B/D
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SOPN 500unit/ml	Tier 5	NDS
INSULIN PEN NEEDLES: BD-EMBECTA	Tier 3	PA
INSULIN SAFETY NEEDLES: BD-EMBECTA	Tier 3	PA
INSULIN SYRINGES: BD-EMBECTA	Tier 3	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 . **NDS** - Suministro de días no extendidos

49

08/28/2024

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
NOVOLIN INJ 70/30	Tier 3	(brand RELION not covered)
NOVOLIN INJ 70/30 FP	Tier 3	(brand RELION not covered)
NOVOLIN N SUSP 100unit/ml	Tier 3	(brand RELION not covered)
NOVOLIN N FLEXPEN SUPN 100unit/ml	Tier 3	(brand RELION not covered)
NOVOLIN R SOLN 100unit/ml	Tier 3	(brand RELION not covered)
NOVOLIN R FLEXPEN SOPN 100unit/ml	Tier 3	(brand RELION not covered)
NOVOLOG MIX INJ 70/30	Tier 3	(brand RELION not covered)
NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN	Tier 3	(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 5 G7 KIT INTRO	Tier 4	QL (1 kit / year), PA
OMNIPOD 5 G7 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 GO KIT 10UNT/DY	Tier 4	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 15UNT/DY	Tier 4	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 20UNT/DY	Tier 4	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 25UNT/DY	Tier 4	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 30UNT/DY	Tier 4	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 35UNT/DY	Tier 4	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 40UNT/DY	Tier 4	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD MIS CLASSIC	Tier 4	QL (15 pods / 30 days), PA
SOLIQUA INJ 100/33	Tier 3	QL (5 pens / 25 days)
TOUJEO MAX SOLOSTAR SOPN 300unit/ml	Tier 3	
TOUJEO SOLOSTAR SOPN 300unit/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 . **NDS** - Suministro de días no extendidos

50

08/28/2024

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
TRESIBA SOLN 100unit/ml	Tier 3	
TRESIBA FLEXTOUCH SOPN 100unit/ml, 200unit/ml	Tier 3	
XULTOPHY INJ 100/3.6	Tier 3	QL (5 pens / 30 days)
<b>CALCIUM REGULATORS</b>		
<i>alendronate sodium</i> TABS 10mg, 35mg, 70mg	Tier 1	
<i>calcitonin (salmon) spray</i> SOLN 200unit/act	Tier 2	B/D
<i>ibandronate sodium</i> TABS 150mg	Tier 2	B/D
PAMIDRONATE DISODIUM SOLN 6mg/ml	Tier 3	B/D
<i>pamidronate disodium</i> SOLN 30mg/10ml, 90mg/10ml	Tier 2	B/D
PROLIA SOSY 60mg/ml	Tier 4	QL (1 syringe / 180 days), NM
TERIPARATIDE SOPN 620mcg/2.48ml	Tier 5	NDS, NM, PA
XGEVA SOLN 120mg/1.7ml	Tier 5	NDS, NM, PA
<i>zoledronic acid</i> CONC 4mg/5ml; SOLN 5mg/100ml	Tier 2	B/D, NM
<b>CHELATING AGENTS</b>		
CHEMET CAPS 100mg	Tier 5	NDS
<i>deferasirox</i> TABS 90mg; TBSO 125mg	Tier 2	NM, PA
<i>deferasirox</i> TABS 180mg, 360mg	Tier 4	NM, PA
<i>deferasirox</i> TBSO 250mg, 500mg	Tier 5	NDS, NM, PA
<i>kionex</i> SUSP 15gm/60ml	Tier 2	
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
<b>CONTRACEPTIVES</b>		
<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	

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 . NDS - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<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 eq</i>	Tier 2	
<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</i> TABS .35mg	Tier 2	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUSY 104mg/0.65ml	Tier 3	
<i>desogest-eth estrad &amp; eth estrad tab 0.15- 0.02/0.01 mg(21/5)</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>eluryng</i>	Tier 2	
<i>emzahh</i> TABS .35mg	Tier 2	
<i>enilloring</i>	Tier 2	
<i>enpresse-28</i>	Tier 2	
<i>enskyce</i>	Tier 2	
<i>errin</i> TABS .35mg	Tier 2	
<i>estarylla</i>	Tier 2	
<i>ethynodiol diacetate &amp; ethinyl estradiol tab 1 mg-35 mcg</i>	Tier 2	
<i>ethynodiol diacetate &amp; ethinyl estradiol tab 1 mg-50 mcg</i>	Tier 2	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol va ring 0.12- 0.015 mg/24hr</i>	Tier 2	
<i>falmina</i>	Tier 2	
<i>hailey 1.5/30</i>	Tier 2	
<i>haloette</i>	Tier 2	
<i>heather</i> TABS .35mg	Tier 2	
<i>iclevia</i>	Tier 2	
<i>incassia</i> TABS .35mg	Tier 2	
<i>introvale</i>	Tier 2	
<i>isibloom</i>	Tier 2	
<i>jasmiel</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 . **NDS** - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<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	
<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>leena</i>	Tier 2	
<i>lessina</i>	Tier 2	
<i>levonest</i>	Tier 2	
<i>levonorgestrel &amp; ethinyl estradiol (91-day) tab 0.15-0.03 mg</i>	Tier 2	
<i>levonorgestrel &amp; ethinyl estradiol tab 0.1 mg-20 mcg</i>	Tier 2	
<i>levonorgestrel &amp; 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>LILETTA IUD 20.1mcg/day</i>	Tier 3	NM
<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>lutra</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	

**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 . **NDS** - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<i>microgestin fe 1/20</i>	Tier 2	
<i>mili</i>	Tier 2	
<i>mono-linyah</i>	Tier 2	
<i>necon 0.5/35-28</i>	Tier 2	
NEXPLANON IMPL 68mg	Tier 3	NM
<i>nikki</i>	Tier 2	
<i>nora-be TABS .35mg</i>	Tier 2	
<i>norelgestromin-ethinyl estradiol td ptwk 150-35 mcg/24hr</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 &amp; ethinyl estradiol tab 1 mg-20 mcg</i>	Tier 2	
<i>norethindrone ace &amp; ethinyl estradiol tab 1.5 mg-30 mcg</i>	Tier 2	
<i>norethindrone ace &amp; ethinyl estradiol-fe tab 1 mg-20 mcg</i>	Tier 2	
<i>norgestimate &amp; 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>philith</i>	Tier 2	
<i>pimtrea</i>	Tier 2	
<i>portia-28</i>	Tier 2	
<i>reclipsen</i>	Tier 2	
<i>setlakin</i>	Tier 2	
<i>sharobel TABS .35mg</i>	Tier 2	
<i>simliya</i>	Tier 2	
<i>sprintec 28</i>	Tier 2	
<i>sronyx</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 . **NDS** - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<i>syeda</i>	Tier 2	
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	Tier 2	
<i>tilia fe</i>	Tier 2	
<i>tri-estarylla</i>	Tier 2	
<i>tri-legest fe</i>	Tier 2	
<i>tri-linyah</i>	Tier 2	
<i>tri-lo-estarylla</i>	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>turqoz</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	
<b>ESTROGENS</b>		
<i>dotti</i> PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr	Tier 3	
<i>estradiol</i> 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	Tier 3	
<i>estradiol</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg	Tier 2	
<i>estradiol &amp; norethindrone acetate tab 0.5- 0.1 mg</i>	Tier 3	
<i>estradiol &amp; norethindrone acetate tab 1-0.5 mg</i>	Tier 3	
<i>estradiol vaginal</i> CREA .1mg/gm; TABS 10mcg	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 . **NDS** - Suministro de días no extendidos



<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<i>estradiol valerate</i> OIL 10mg/ml, 20mg/ml, 40mg/ml	Tier 2	
<i>fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg</i>	Tier 3	
<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i>	Tier 3	
<i>jinteli</i>	Tier 3	
<i>lyllana</i> 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	
<b>GLUCOCORTICOIDS</b>		
<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; SOSY 4mg/ml	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
<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	
<b>GLUCOSE ELEVATING AGENTS</b>		
<i>diazoxide</i> SUSP 50mg/ml	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 . NDS - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
ZEGALOGUE SOAJ .6mg/0.6ml; SOSY .6mg/0.6ml	Tier 3	
<b>MISCELLANEOUS</b>		
ALDURAZYME SOLN 2.9mg/5ml	Tier 5	NDS, NM, PA
<i>betaine powder for oral solution</i>	Tier 5	NDS, NM
<i>cabergoline</i> TABS .5mg	Tier 2	
<i>carglumic acid</i> TBSO 200mg	Tier 5	NDS, NM, PA
CERDELGA CAPS 84mg	Tier 5	NDS, NM, PA
CEREZYME SOLR 400unit	Tier 5	NDS, NM, PA
<i>cinacalcet hcl</i> TABS 30mg, 60mg	Tier 2	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
CYSTAGON CAPS 50mg, 150mg	Tier 4	NM, 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, PA
GENOTROPIN CART 5mg, 12mg	Tier 5	NDS, NM, PA
GENOTROPIN MINIQUICK PRSY .2mg	Tier 3	NM, PA
GENOTROPIN MINIQUICK PRSY .4mg, .6mg, .8mg, 1mg, 1.2mg, 1.4mg, 1.6mg, 1.8mg, 2mg	Tier 5	NDS, NM, PA
INCRELEX SOLN 40mg/4ml	Tier 5	NDS, NM, PA
<i>javygtor</i> PACK 100mg, 500mg; TABS 100mg	Tier 5	NDS, NM, PA
<i>lanreotide acetate</i> SOLN 120mg/0.5ml	Tier 5	NDS, NM, PA NSO
<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i> SOLN 1gm/10ml; TABS 330mg	Tier 2	B/D
LUMIZYME SOLR 50mg	Tier 5	NDS, NM, 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
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH KIT 45mg	Tier 5	NDS, NM, PA
<i>mifepristone (hyperglycemia)</i> TABS 300mg	Tier 5	NDS, NM, PA
NAGLAZYME SOLN 1mg/ml	Tier 5	NDS, NM, PA
<i>nitisinone</i> CAPS 2mg, 5mg, 10mg, 20mg	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 . **NDS** - Suministro de días no extendidos

57

08/28/2024

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<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, 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, PA
SYNAREL SOLN 2mg/ml	Tier 5	NDS, PA
VEOZAH TABS 45mg	Tier 4	PA

### **PROGESTINS**

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

### **THYROID AGENTS**

<i>euthyrox</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg	Tier 2	
<i>levo-t</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	Tier 2	
<i>levothyroxine sodium</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	Tier 2	
<i>levoxyl</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg	Tier 2	
<i>liothyronine sodium</i> TABS 5mcg, 25mcg, 50mcg	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 . **NDS** - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<i>methimazole</i> TABS 5mg, 10mg	Tier 1	
<i>propylthiouracil</i> TABS 50mg	Tier 2	
SYNTHROID TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	Tier 4	
<i>unithroid</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	Tier 2	

### **VITAMIN D ANALOGS**

<i>calcitriol</i> CAPS .25mcg, .5mcg	Tier 2	B/D
<i>calcitriol (oral)</i> SOLN 1mcg/ml	Tier 2	B/D
<i>paricalcitol</i> CAPS 1mcg, 2mcg, 4mcg	Tier 2	B/D

### **GASTROINTESTINAL**

#### **ANTIEMETICS**

<i>aprepitant</i> CAPS 40mg, 80mg, 125mg	Tier 2	B/D
<i>aprepitant capsule therapy pack 80 &amp; 125 mg</i>	Tier 2	B/D
<i>compro</i> SUPP 25mg	Tier 2	
<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	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 6.25mg/5ml; TABS 12.5mg, 25mg, 50mg	Tier 2	PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year

**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 . **NDS** - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<i>promethazine hcl</i> SOLN 25mg/ml, 50mg/ml	Tier 3	PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>scopolamine</i> PT72 1mg/3days	Tier 4	QL (10 patches / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year

### **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	Tier 2	QL (90 tabs / 30 days)
<i>glycopyrrolate</i> TABS 2mg	Tier 2	QL (120 tabs / 30 days)

### **H2-RECEPTOR ANTAGONISTS**

<i>famotidine</i> SOLN 20mg/2ml, 40mg/4ml, 200mg/20ml; SUSR 40mg/5ml	Tier 2	
<i>famotidine</i> TABS 20mg, 40mg	Tier 1	
<i>famotidine in nacl 0.9% iv soln 20 mg/50ml</i>	Tier 2	
<i>nizatidine</i> CAPS 150mg, 300mg	Tier 2	

### **INFLAMMATORY BOWEL DISEASE**

<i>balsalazide disodium</i> CAPS 750mg	Tier 2	
<i>budesonide</i> CPEP 3mg	Tier 2	QL (90 caps / 30 days), PA
<i>budesonide</i> TB24 9mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), 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	Tier 2	QL (1680 mL / 28 days)
<i>mesalamine</i> SUPP 1000mg	Tier 2	QL (30 suppositories / 30 days)
<i>mesalamine</i> TBEC 1.2gm	Tier 2	QL (120 tabs / 30 days)
<i>mesalamine w/ cleanser</i> KIT 4gm	Tier 2	QL (28 bottles / 28 days)
<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	

**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 . **NDS** - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<i>generlac</i> SOLN 10gm/15ml	Tier 2	
<i>lactulose</i> SOLN 10gm/15ml	Tier 2	
<i>lactulose (encephalopathy)</i> SOLN 10gm/15ml	Tier 2	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl-na sulfate for soln 236 gm</i>	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	
<b>MISCELLANEOUS</b>		
<i>alose tron hcl</i> TABS 1mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>alose tron hcl</i> TABS .5mg	Tier 2	QL (60 tabs / 30 days), PA
CREON CAP 3000UNIT	Tier 3	
CREON CAP 6000UNIT	Tier 3	
CREON CAP 12000UNT	Tier 3	
CREON CAP 24000UNT	Tier 3	
CREON CAP 36000UNT	Tier 3	
<i>cromolyn sodium (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, PA
LINZESS CAPS 72mcg, 145mcg, 290mcg	Tier 3	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, 25mg	Tier 3	QL (30 tabs / 30 days)
RELISTOR SOLN 8mg/0.4ml, 12mg/0.6ml	Tier 5	NDS, QL (28 syringes / 28 days), PA
<i>sucralfate</i> TABS 1gm	Tier 2	
<i>ursodiol</i> CAPS 300mg; TABS 250mg, 500mg	Tier 2	
VOWST CAP	Tier 5	NDS, QL (12 caps / 30 days), NM, PA
XERMELO TABS 250mg	Tier 5	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA
XIFAXAN TABS 550mg	Tier 5	NDS, PA
ZENPEP CAP 3000UNIT	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 . **NDS** - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
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	
ZENPEP CAP 60000UNT	Tier 4	

### **PROTON PUMP INHIBITORS**

<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	QL (30 tabs / 30 days)
<i>tadalafil</i> TABS 5mg	Tier 2	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>tamsulosin hcl</i> CAPS .4mg	Tier 1	QL (60 caps / 30 days)

#### **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**

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> SOLN 5mg/5ml	Tier 2	QL (600 mL / 30 days)
<i>oxybutynin chloride</i> TABS 5mg	Tier 2	QL (120 tabs / 30 days)
<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)
<i>trospium chloride</i> TABS 20mg	Tier 2	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 . **NDS** - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<b>VAGINAL ANTI-INFECTIVES</b>		
<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	
<b>HEMATOLOGIC</b>		
<b>ANTICOAGULANTS</b>		
<i>dabigatran etexilate mesylate</i> CAPS 75mg, 150mg	Tier 2	QL (60 caps / 30 days)
<i>dabigatran etexilate mesylate</i> CAPS 110mg	Tier 2	QL (120 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
HEP SOD/NAACL INJ 25000UNT	Tier 3	
<i>heparin sodium (porcine)</i> SOLN 1000unit/ml, 5000unit/ml, 10000unit/ml, 20000unit/ml	Tier 2	B/D
<i>jantoven</i> TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	Tier 1	
<i>warfarin sodium</i> TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	Tier 1	
XARELTO SUSR 1mg/ml	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)
<b>HEMATOPOIETIC GROWTH FACTORS</b>		
FULPHILA SOSY 6mg/0.6ml	Tier 5	NDS, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
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

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 . NDS - Suministro de días no extendidos



<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<b>MISCELLANEOUS</b>		
ALVAIZ TABS 9mg, 54mg	Tier 5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
ALVAIZ TABS 18mg, 36mg	Tier 5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>anagrelide hcl</i> CAPS .5mg, 1mg	Tier 2	
BERINERT KIT 500unit	Tier 5	NDS, QL (24 boxes / 30 days), NM, PA
<i>cilostazol</i> TABS 50mg, 100mg	Tier 1	
DOPTELET TABS 20mg	Tier 5	NDS, NM, PA
DROXIA CAPS 200mg, 300mg, 400mg	Tier 3	
ENDARI PACK 5gm	Tier 5	NDS, NM, PA
HAEGARDA SOLR 2000unit	Tier 5	NDS, QL (30 vials / 30 days), NM, PA
HAEGARDA SOLR 3000unit	Tier 5	NDS, QL (20 vials / 30 days), NM, PA
<i>icatibant acetate</i> SOSY 30mg/3ml	Tier 5	NDS, QL (9 syringes / 30 days), NM, PA
<i>l-glutamine (sickle cell)</i> PACK 5gm	Tier 5	NDS, NM, PA
<i>pentoxifylline</i> TBCR 400mg	Tier 1	
<i>sajazir</i> SOSY 30mg/3ml	Tier 5	NDS, QL (9 syringes / 30 days), NM, PA
TAVNEOS CAPS 10mg	Tier 5	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
<i>tranexamic acid</i> SOLN 1000mg/10ml; TABS 650mg	Tier 2	
<b>PLATELET AGGREGATION INHIBITORS</b>		
<i>aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25-200 mg</i>	Tier 2	
BRILINTA TABS 60mg, 90mg	Tier 3	
<i>clopidogrel bisulfate</i> TABS 75mg	Tier 1	
<i>dipyridamole</i> TABS 25mg, 50mg, 75mg	Tier 3	PA; PA applies if 70 years and older
<i>prasugrel hcl</i> TABS 5mg, 10mg	Tier 2	
<b>IMMUNOLOGIC AGENTS</b>		
<b>AUTOIMMUNE AGENTS</b>		
ADALIMUMAB-AACF (2 PEN) AJKT 40mg/0.8ml	Tier 5	NDS, QL (56 pens / 365 days), NM, PA
COSENTYX SOLN 125mg/5ml	Tier 5	NDS, NM, PA
COSENTYX SOSY 75mg/0.5ml	Tier 5	NDS, QL (16 syringes / 365 days), NM, PA
COSENTYX SOSY 150mg/ml	Tier 5	NDS, QL (32 syringes / 365 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 . NDS - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
COSENTYX SENSOREADY PEN SOAJ 150mg/ml	Tier 5	NDS, QL (32 pens / 365 days), NM, PA
COSENTYX UNOREADY SOAJ 300mg/2ml	Tier 5	NDS, QL (16 pens / 365 days), NM, PA
DUPIXENT SOPN 200mg/1.14ml, 300mg/2ml	Tier 5	NDS, QL (4 pens / 28 days), NM, PA
DUPIXENT SOSY 100mg/0.67ml	Tier 5	NDS, NM, PA
DUPIXENT SOSY 200mg/1.14ml, 300mg/2ml	Tier 5	NDS, QL (4 syringes / 28 days), NM, PA
ENBREL SOLN 25mg/0.5ml	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	Tier 5	NDS, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
HUMIRA PSKT 20mg/0.2ml	Tier 5	NDS, QL (4 syringes / 28 days), NM, PA
HUMIRA PSKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml	Tier 5	NDS, QL (6 syringes / 28 days), 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, QL (3 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN-CD/UC/HS START PNKT 80mg/0.8ml	Tier 5	NDS, QL (3 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S PNKT 80mg/0.8ml	Tier 5	NDS, QL (4 pens / 28 days), NM, PA
IDACIO (2 PEN) AJKT 40mg/0.8ml	Tier 5	NDS, QL (56 pens / 365 days), NM, PA
IDACIO (2 SYRINGE) PSKT 40mg/0.8ml	Tier 5	NDS, QL (56 syringes / 365 days), NM, PA
IDACIO CROHN INJ DISEASE AJKT 40mg/0.8ml	Tier 5	NDS, QL (2 packs / year), NM, PA
IDACIO PLAQU INJ PSORIASIS AJKT 40mg/0.8ml	Tier 5	NDS, QL (2 packs / year), NM, PA
INFLIXIMAB SOLR 100mg	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 . **NDS** - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
REMICADE SOLR 100mg	Tier 5	NDS, NM, PA
RENFLEXIS SOLR 100mg	Tier 5	NDS, NM, PA
RINVOQ TB24 15mg, 30mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
RINVOQ TB24 45mg	Tier 5	NDS, QL (168 tabs / year), NM, PA
RINVOQ LQ SOLN 1mg/ml	Tier 5	NDS, QL (360 mL / 30 days), NM, PA
SKYRIZI SOCT 180mg/1.2ml, 360mg/2.4ml	Tier 5	NDS, QL (1 cartridge / 56 days), NM, PA
SKYRIZI SOLN 600mg/10ml	Tier 5	NDS, NM, PA
SKYRIZI SOSY 150mg/ml	Tier 5	NDS, QL (6 syringes / 365 days), NM, PA
SKYRIZI PEN SOAJ 150mg/ml	Tier 5	NDS, QL (6 pens / 365 days), NM, PA
SOTYKTU TABS 6mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
STELARA SOLN 45mg/0.5ml	Tier 5	NDS, QL (1 vial / 28 days), NM, PA
STELARA SOLN 130mg/26ml	Tier 5	NDS, NM, PA
STELARA SOSY 45mg/0.5ml, 90mg/ml	Tier 5	NDS, QL (1 syringe / 28 days), NM, PA
TREMFYA SOPN 100mg/ml	Tier 5	NDS, QL (1 pen / 28 days), NM, PA
TREMFYA SOSY 100mg/ml	Tier 5	NDS, QL (1 syringe / 28 days), NM, PA
TYENNE SOLN 80mg/4ml, 200mg/10ml, 400mg/20ml	Tier 5	NDS, NM, PA
VELSIPITY TABS 2mg	Tier 5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
XELJANZ SOLN 1mg/ml	Tier 5	NDS, QL (480 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

### ***DISEASE-MODIFYING ANTI-RHEUMATIC DRUGS (DMARDS)***

<i>hydroxychloroquine sulfate</i> TABS 200mg	Tier 2	
JYLAMVO SOLN 2mg/ml	Tier 4	B/D
<i>leflunomide</i> TABS 10mg, 20mg	Tier 2	QL (30 tabs / 30 days)
<i>methotrexate sodium</i> TABS 2.5mg	Tier 2	
XATMEP SOLN 2.5mg/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 . **NDS** - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<b>IMMUNOGLOBULINS</b>		
ALYGLO SOLN 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml	Tier 5	NDS, PA
BIVIGAM SOLN 5gm/50ml, 10%	Tier 5	NDS, NM, PA
FLEBOGAMMA DIF SOLN 5gm/100ml, 10gm/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, 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
<b>IMMUNOMODULATORS</b>		
ACTIMMUNE SOLN 100mcg/0.5ml	Tier 5	NDS, NM, PA NSO
ARCALYST SOLR 220mg	Tier 5	NDS, NM, PA
<b>IMMUNOSUPPRESSANTS</b>		
ASTAGRAF XL CP24 5mg	Tier 5	NDS, B/D, NM
ASTAGRAF XL CP24 .5mg, 1mg	Tier 4	B/D, NM
azathioprine TABS 50mg	Tier 2	B/D
BENLYSTA SOAJ 200mg/ml; SOSY 200mg/ml	Tier 5	NDS, QL (8 syringes / 28 days), NM, PA
BENLYSTA SOLR 120mg, 400mg	Tier 5	NDS, NM, PA
cyclosporine CAPS 25mg, 100mg	Tier 2	B/D, NM
cyclosporine modified (for microemulsion) CAPS 25mg, 50mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	Tier 2	B/D, 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 . NDS - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<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, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
SANDIMMUNE SOLN 100mg/ml	Tier 4	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

### **VACCINES**

ABRYSVO SOLR 120mcg/0.5ml	Tier 1	
ACTHIB INJ	Tier 1	
ADACEL INJ	Tier 1	
AREXVY SUSR 120mcg/0.5ml	Tier 1	
BCG VACCINE SOLR 50mg	Tier 1	
BEXSERO INJ	Tier 1	
BOOSTRIX INJ	Tier 1	
DAPTACEL INJ	Tier 1	
DENGVAXIA SUS	Tier 1	
DIP/TET PED INJ 25-5LFU	Tier 1	B/D
ENGERIX-B SUSP 20mcg/ml; SUSY 10mcg/0.5ml, 20mcg/ml	Tier 1	B/D
GARDASIL 9 INJ	Tier 1	
HAVRIX SUSP 720elu/0.5ml, 1440elu/ml	Tier 1	
HEPLISAV-B SOSY 20mcg/0.5ml	Tier 1	B/D
HIBERIX SOLR 10mcg	Tier 1	
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.) SUSR 2.5unit/ml	Tier 1	B/D
INFANRIX INJ	Tier 1	
IPOL INJ INACTIVE	Tier 1	
IXCHIQ INJ	Tier 1	
IXIARO INJ	Tier 1	
JYNNEOS SUSP .5ml	Tier 1	B/D
KINRIX INJ	Tier 1	
M-M-R II INJ	Tier 1	

**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 . **NDS** - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
MENACTRA INJ	Tier 1	
MENQUADFI INJ	Tier 1	
MENVEO INJ	Tier 1	
MENVEO SOL	Tier 1	
PEDIARIX INJ 0.5ML	Tier 1	
PEDVAX HIB SUSP 7.5mcg/0.5ml	Tier 1	
PENBRAYA INJ	Tier 1	
PENTACEL INJ	Tier 1	
PREHEVBRIO SUSP 10mcg/ml	Tier 1	B/D
PRIORIX INJ	Tier 1	
PROQUAD INJ	Tier 1	
QUADRACEL INJ	Tier 1	
QUADRACEL INJ 0.5ML	Tier 1	
RABAVERT INJ	Tier 1	B/D
RECOMBIVAX HB SUSP 5mcg/0.5ml, 10mcg/ml, 40mcg/ml; SUSY 5mcg/0.5ml, 10mcg/ml	Tier 1	B/D
ROTARIX SUS	Tier 1	
ROTATEQ SOL	Tier 1	
SHINGRIX SUSR 50mcg/0.5ml	Tier 1	QL (2 vials per lifetime)
TDVAX INJ 2-2 LF	Tier 1	B/D
TENIVAC INJ 5-2LF	Tier 1	B/D
TICOVAC SUSY 1.2mcg/0.25ml, 2.4mcg/0.5ml	Tier 1	
TRUMENBA INJ	Tier 1	
TWINRIX INJ	Tier 1	
TYPHIM VI SOLN 25mcg/0.5ml; SOSY 25mcg/0.5ml	Tier 1	
VAQTA SUSP 25unit/0.5ml, 50unit/ml	Tier 1	
VARIVAX INJ 1350pfu/0.5ml	Tier 1	
YF-VAX INJ	Tier 1	

## **NUTRITIONAL/SUPPLEMENTS**

### ***ELECTROLYTES/MINERALS, INJECTABLE***

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

**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 . **NDS** - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<i>dextrose 10% w/ sodium chloride 0.45%</i>	Tier 2	
ISOLYTE-P INJ /D5W	Tier 4	
ISOLYTE-S INJ PH 7.4	Tier 4	
<i>kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.45% inj</i>	Tier 2	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.2% inj</i>	Tier 2	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.9% inj</i>	Tier 2	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% &amp; 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	
<i>kcl 20 meq/l (0.149%) in nacl 0.45% inj</i>	Tier 2	
<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.45% inj</i>	Tier 2	
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.9% inj</i>	Tier 2	
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.45% inj</i>	Tier 2	
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj</i>	Tier 2	
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	
<i>multiple electrolytes ph 5.5</i>	Tier 2	
<i>multiple electrolytes ph 7.4</i>	Tier 2	
POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	Tier 4	
POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.45% INJ	Tier 4	
POT CHL 40MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	Tier 4	
<i>potassium chloride SOLN 2meq/ml, 10meq/100ml, 10meq/50ml, 20meq/100ml, 20meq/50ml, 40meq/100ml</i>	Tier 2	
<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	

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 . NDS - Suministro de días no extendidos

70

08/28/2024

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
TPN ELECTROL INJ	Tier 4	B/D
<b><i>ELECTROLYTES/MINERALS/VITAMINS, ORAL</i></b>		
<i>klor-con</i> PACK 20meq	Tier 2	
<i>klor-con 8</i> TBCR 8meq	Tier 1	
<i>klor-con 10</i> TBCR 10meq	Tier 1	
<i>klor-con m10</i> TBCR 10meq	Tier 1	
<i>klor-con m15</i> TBCR 15meq	Tier 2	
<i>klor-con m20</i> TBCR 20meq	Tier 1	
M-NATAL PLUS TAB	Tier 3	
<i>potassium chloride</i> CPCR 8meq, 10meq; PACK 20meq; SOLN 10%, 20%	Tier 2	
<i>potassium chloride</i> TBCR 8meq, 10meq, 20meq	Tier 1	
<i>potassium chloride microencapsulated crystals er</i> TBCR 10meq, 20meq	Tier 1	
<i>potassium chloride microencapsulated crystals er</i> TBCR 15meq	Tier 2	
PRENATAL TAB 27-1MG	Tier 3	
PRENATAL TAB PLUS	Tier 3	
<i>sodium fluoride chew; tab; 1.1 (0.5 f) mg/ml soln</i>	Tier 2	
WESTAB PLUS TAB 27-1MG	Tier 3	
<b><i>IV NUTRITION</i></b>		
CLINIMIX INJ 4.25/D5W	Tier 4	B/D
CLINIMIX INJ 4.25/D10	Tier 4	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D15W	Tier 4	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D20W	Tier 4	B/D
CLINIMIX INJ 6/5	Tier 4	B/D
CLINIMIX INJ 8/10	Tier 4	B/D
CLINIMIX INJ 8/14	Tier 4	B/D
<i>clinisol sf 15%</i>	Tier 2	B/D
CLINOLIPID EMU 20%	Tier 4	B/D
<i>dextrose</i> SOLN 5%, 10%	Tier 2	
<i>dextrose</i> SOLN 50%, 70%	Tier 2	B/D
INTRALIPID EMUL 20gm/100ml, 30gm/100ml	Tier 4	B/D
NUTRILIPID EMUL 20gm/100ml	Tier 4	B/D
<i>plenamine</i>	Tier 2	B/D
PREMASOL SOL 10%	Tier 5	NDS, B/D
PROSOL INJ 20%	Tier 4	B/D
TRAVASOL INJ 10%	Tier 4	B/D
TROPHAMINE INJ 10%	Tier 4	B/D

PA - Previa autorización . 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 . NDS - Suministro de días no extendidos



<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<b>OPHTHALMIC</b>		
<b>ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORY</b>		
<i>bacitracin-polymyxin-neomycin-hc ophth oint 1%</i>	Tier 2	
<i>neo-polycin hc ophth oint 1%</i>	Tier 2	
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth oint 0.1%</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	
<b>ANTI-INFECTIVES</b>		
<i>bacitracin (ophthalmic) OINT 500unit/gm</i>	Tier 2	
<i>bacitracin-polymyxin b ophth oint</i>	Tier 1	
BESIVANCE SUSP .6%	Tier 3	
CILOXAN OINT .3%	Tier 3	
<i>ciprofloxacin hcl (ophth) SOLN .3%</i>	Tier 1	
<i>erythromycin (ophth) OINT 5mg/gm</i>	Tier 1	
<i>gatifloxacin (ophth) SOLN .5%</i>	Tier 2	
<i>gentamicin sulfate (ophth) SOLN .3%</i>	Tier 1	
<i>moxifloxacin hcl (ophth) SOLN .5%</i>	Tier 2	QL (12 mL / 30 days)
NATACYN SUSP 5%	Tier 4	
<i>neo-polycin 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i>	Tier 2	
<i>neomycin-bacitrac zn-polymyx 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i>	Tier 2	
<i>neomycin-polymy-gramicid op sol 1.75-10000-0.025mg-unt-mg/ml</i>	Tier 2	
<i>ofloxacin (ophth) SOLN .3%</i>	Tier 2	
<i>polycin ophth oint</i>	Tier 1	
<i>polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml-0.1%</i>	Tier 1	
<i>sulfacetamide sodium (ophth) OINT 10%; SOLN 10%</i>	Tier 2	
<i>tobramycin (ophth) SOLN .3%</i>	Tier 1	
<i>trifluridine SOLN 1%</i>	Tier 2	
XDEMVY SOLN .25%	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 . NDS - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
ZIRGAN GEL .15%	Tier 4	
<b>ANTI-INFLAMMATORIES</b>		
<i>bromfenac sodium (ophth)</i> SOLN .07%, .075%	Tier 2	
<i>dexamethasone sodium phosphate (ophth)</i> SOLN .1%	Tier 2	
<i>diclofenac sodium (ophth)</i> SOLN .1%	Tier 2	
FLAREX SUSP .1%	Tier 4	
<i>fluorometholone (ophth)</i> SUSP .1%	Tier 2	
<i>flurbiprofen sodium</i> SOLN .03%	Tier 2	
<i>ketorolac tromethamine (ophth)</i> SOLN .4%, .5%	Tier 2	
LOTEMAX OINT .5%	Tier 3	
<i>loteprednol etabonate</i> SUSP .2%	Tier 2	
<i>prednisolone acetate (ophth)</i> SUSP 1%	Tier 2	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSP SOLN 1%	Tier 3	
<b>ANTIALLERGICS</b>		
<i>azelastine hcl (ophth)</i> SOLN .05%	Tier 2	
<i>cromolyn sodium (ophth)</i> SOLN 4%	Tier 1	
ZERVIAE SOLN .24%	Tier 4	
<b>ANTI GLAUCOMA</b>		
<i>betaxolol hcl (ophth)</i> SOLN .5%	Tier 2	
BETOPTIC-S SUSP .25%	Tier 4	
<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> 2-0.5%	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 4	
ROCKLATAN DRO	Tier 4	
SIMBRINZA SUS 1-0.2%	Tier 4	
<i>timolol maleate (ophth)</i> SOLG .25%, .5%	Tier 2	
<i>timolol maleate (ophth)</i> SOLN .25%, .5%	Tier 1	
VYZULTA SOLN .024%	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 . NDS - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<b>MISCELLANEOUS</b>		
ATROPINE SULFATE SOLN 1%	Tier 3	
<i>atropine sulfate (ophthalmic)</i> SOLN 1%	Tier 2	
CYSTADROPS SOLN .37%	Tier 5	NDS, NM, PA
CYSTARAN SOLN .44%	Tier 5	NDS, NM, PA
EYSUVIS SUSP .25%	Tier 4	
MIEBO SOLN 1.338gm/ml	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	
<b>OTIC</b>		
<b>OTIC AGENTS</b>		
<i>acetic acid (otic)</i> SOLN 2%	Tier 2	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic susp 0.3-0.1%</i>	Tier 2	
<i>flac</i> OIL .01%	Tier 2	
<i>fluocinolone acetonide (otic)</i> OIL .01%	Tier 2	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic soln 1%</i>	Tier 2	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic susp 3.5 mg/ml-10000 unit/ml-1%</i>	Tier 2	
<i>ofloxacin (otic)</i> SOLN .3%	Tier 2	
<b>RESPIRATORY</b>		
<b>ANTICHOLINERGIC/BETA AGONIST COMBINATIONS</b>		
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)
<b>ANTICHOLINERGICS</b>		
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)

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 . NDS - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<i>ipratropium bromide</i> SOLN .02%	Tier 2	B/D
<i>ipratropium bromide (nasal)</i> SOLN .03%, .06%	Tier 2	
<b>ANTI-HISTAMINES</b>		
<i>azelastine hcl</i> SOLN .1%	Tier 2	
<i>cetirizine hcl</i> SOLN 5mg/5ml	Tier 1	QL (300 mL / 30 days)
<i>cyproheptadine hcl</i> SYRP 2mg/5ml; TABS 4mg	Tier 3	PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>diphenhydramine hcl</i> SOLN 50mg/ml	Tier 2	
<i>hydroxyzine hcl</i> SOLN 25mg/ml, 50mg/ml	Tier 4	PA; PA applies if 70 years and older
<i>hydroxyzine hcl</i> SYRP 10mg/5ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg	Tier 3	PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>hydroxyzine pamoate</i> CAPS 25mg, 50mg	Tier 3	PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>levocetirizine dihydrochloride</i> SOLN 2.5mg/5ml	Tier 2	QL (300 mL / 30 days)
<i>levocetirizine dihydrochloride</i> TABS 5mg	Tier 2	QL (30 tabs / 30 days)
<b>BETA AGONISTS</b>		
<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 tartrate</i> AERO 45mcg/act	Tier 2	QL (2 inhalers / 30 days), ST
SEREVENT DISKUS AEPB 50mcg/dose	Tier 3	QL (60 inhalations / 30 days)
<i>terbutaline sulfate</i> TABS 2.5mg, 5mg	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 . NDS - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
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)
<b>LEUKOTRIENE MODULATORS</b>		
<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	
<b>MISCELLANEOUS</b>		
<i>acetylcysteine</i> SOLN 10%, 20%	Tier 2	B/D
ARALAST NP SOLR 500mg, 1000mg	Tier 5	NDS, NM, PA
BRONCHITOL CAPS 40mg	Tier 5	NDS, QL (560 caps / 28 days), NM, PA
<i>cromolyn sodium</i> NEBU 20mg/2ml	Tier 2	B/D
<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)
FASENRA SOSY 10mg/0.5ml, 30mg/ml	Tier 5	NDS, QL (1 syringe / 28 days), NM, PA
FASENRA PEN SOAJ 30mg/ml	Tier 5	NDS, QL (1 pen / 28 days), NM, PA
KALYDECO PACK 5.8mg, 13.4mg, 25mg, 50mg, 75mg	Tier 5	NDS, QL (56 packets / 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 75-94MG	Tier 5	NDS, QL (56 packets / 28 days), NM, PA
ORKAMBI GRA 100-125	Tier 5	NDS, QL (56 packets / 28 days), NM, PA
ORKAMBI GRA 150-188	Tier 5	NDS, QL (56 packets / 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> CAPS 267mg	Tier 5	NDS, QL (270 caps / 30 days), NM, PA
<i>pirfenidone</i> TABS 267mg	Tier 5	NDS, QL (270 tabs / 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 . NDS - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<i>pirfenidone</i> TABS 534mg, 801mg	Tier 5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
PROLASTIN-C SOLN 1000mg/20ml	Tier 5	NDS, NM, PA
PULMOZYME SOLN 2.5mg/2.5ml	Tier 5	NDS, NM, PA
<i>roflumilast</i> TABS 250mcg	Tier 2	QL (56 tabs / year)
<i>roflumilast</i> TABS 500mcg	Tier 2	QL (30 tabs / 30 days)
SYMDEKO TAB 50-75MG	Tier 5	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
SYMDEKO TAB 100-150	Tier 5	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
<i>theophylline</i> ELIX 80mg/15ml; SOLN 80mg/15ml; TB12 100mg, 200mg, 300mg, 450mg; TB24 400mg, 600mg	Tier 2	
TRIKAFTA PAK 59.5MG	Tier 5	NDS, QL (56 packs / 28 days), NM, PA
TRIKAFTA PAK 75MG	Tier 5	NDS, QL (56 packs / 28 days), NM, PA
TRIKAFTA TAB 50-25-37.5MG & 75MG	Tier 5	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA
TRIKAFTA TAB 100-50-75MG & 150MG	Tier 5	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA
XOLAIR SOAJ 75mg/0.5ml, 300mg/2ml	Tier 5	NDS, QL (4 pens / 28 days), NM, PA
XOLAIR SOAJ 150mg/ml	Tier 5	NDS, QL (8 pens / 28 days), NM, PA
XOLAIR SOLR 150mg	Tier 5	NDS, QL (8 vials / 28 days), NM, PA
XOLAIR SOSY 75mg/0.5ml, 300mg/2ml	Tier 5	NDS, QL (4 syringes / 28 days), NM, PA
XOLAIR SOSY 150mg/ml	Tier 5	NDS, QL (8 syringes / 28 days), NM, PA
ZEMAIRA SOLR 1000mg, 4000mg, 5000mg	Tier 5	NDS, NM, PA
<b>NASAL STEROIDS</b>		
<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)
XHANCE EXHU 93mcg/act	Tier 4	QL (32 mL / 30 days), PA
<b>STEROID INHALANTS</b>		
ALVESCO AERS 80mcg/act	Tier 4	QL (3 inhalers / 30 days)
ALVESCO AERS 160mcg/act	Tier 4	QL (2 inhalers / 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 . NDS - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
ARNUIITY ELLIPTA AEPB 50mcg/act, 100mcg/act, 200mcg/act	Tier 3	QL (30 inhalations / 30 days)
<i>budesonide (inhalation) SUSP .25mg/2ml, .5mg/2ml</i>	Tier 2	B/D

### **STEROID/BETA-AGONIST COMBINATIONS**

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 50-25MCG	Tier 3	QL (60 blisters / 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)
<i>breynd</i>	Tier 2	QL (3 inhalers / 30 days)
<i>budesonide-formoterol fumarate dihyd aerosol 80-4.5 mcg/act</i>	Tier 2	QL (3 inhalers / 30 days)
<i>budesonide-formoterol fumarate dihyd aerosol 160-4.5 mcg/act</i>	Tier 2	QL (3 inhalers / 30 days)
DULERA AER 50-5MCG	Tier 4	QL (3 inhalers / 30 days)
DULERA AER 100-5MCG	Tier 4	QL (3 inhalers / 30 days)
DULERA AER 200-5MCG	Tier 4	QL (3 inhalers / 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 100-50 mcg/act</i>	Tier 2	QL (60 inhalations / 30 days); (generic PRASCO not covered)
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 250-50 mcg/act</i>	Tier 2	QL (60 inhalations / 30 days); (generic PRASCO not covered)
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 500-50 mcg/act</i>	Tier 2	QL (60 inhalations / 30 days); (generic PRASCO not covered)
<i>wixela inhub</i>	Tier 2	QL (60 inhalations / 30 days)

### **TOPICAL**

#### **DERMATOLOGY, ACNE**

<i>acutane</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	Tier 2	PA
<i>amnestem</i> CAPS 10mg, 20mg, 40mg	Tier 2	PA
<i>benzoyl peroxide-erythromycin gel 5-3%</i>	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 mL / 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 . **NDS** - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<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> GEL 2%	Tier 2	QL (60 gm / 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>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>twice-daily clindamycin phosphate (topical)</i> GEL 1%	Tier 2	QL (75 gm / 30 days)
<i>zenatane</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	Tier 2	PA
<b>DERMATOLOGY, ANTIBIOTICS</b>		
<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)
<b>DERMATOLOGY, ANTIFUNGALS</b>		
<i>ciclopirox</i> SHAM 1%	Tier 2	QL (120 mL / 30 days)
<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 (60 mL / 30 days)
<i>clotrimazole w/ betamethasone cream 1-0.05%</i>	Tier 2	QL (45 gm / 30 days)
<i>econazole nitrate</i> CREA 1%	Tier 2	QL (85 gm / 30 days)
<i>ketoconazole (topical)</i> CREA 2%	Tier 2	QL (60 gm / 30 days)
<i>ketoconazole (topical)</i> SHAM 2%	Tier 1	QL (120 mL / 30 days)
<i>klayesta</i> POWD 100000unit/gm	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)
<i>selenium sulfide</i> LOTN 2.5%	Tier 2	
<b>DERMATOLOGY, ANTIPSORIATICS</b>		
<i>acitretin</i> CAPS 10mg, 17.5mg, 25mg	Tier 2	PA
<i>calcipotriene</i> CREA .005%; 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 . NDS - Suministro de días no extendidos



<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<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
ENSTILAR AER	Tier 5	NDS, 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, CORTICOSTEROIDS**

<i>ala-cort</i> CREA 1%	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)
<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 (60 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)
<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	

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 . NDS - Suministro de días no extendidos

80

08/28/2024

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<i>hydrocortisone (topical)</i> LOTN 2.5%; OINT 2.5%	Tier 2	
<i>hydrocortisone (topical)</i> OINT 1%	Tier 2	QL (30 gm / 30 days)
<i>hydrocortisone valerate</i> CREA .2%	Tier 2	QL (60 gm / 30 days)
<i>mometasone furoate</i> CREA .1%; OINT .1%; SOLN .1%	Tier 2	
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> CREA .025%, .1%, .5%	Tier 1	QL (454 gm / 30 days)
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> LOTN .025%, .1%	Tier 2	
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> OINT .025%, .1%, .5%	Tier 1	
<i>triderm</i> CREA .5%	Tier 1	QL (454 gm / 30 days)
<b>DERMATOLOGY, LOCAL ANESTHETICS</b>		
<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> SOLN 4%	Tier 2	QL (50 mL / 30 days), PA
<i>lidocaine-prilocaine cream</i> 2.5-2.5%	Tier 2	B/D, QL (30 gm / 30 days)
<i>lidocan</i> PTCH 5%	Tier 2	QL (3 patches / 1 day), PA
<b>DERMATOLOGY, MISCELLANEOUS SKIN AND MUCOUS MEMBRANE</b>		
<i>bexarotene (topical)</i> GEL 1%	Tier 5	NDS, QL (60 gm / 30 days), NM, PA NSO
<i>diclofenac sodium (topical)</i> SOLN 1.5%	Tier 2	QL (300 mL / 28 days)
<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 1%, 2.5%	Tier 2	
<i>imiquimod</i> CREA 5%	Tier 2	QL (24 packets / 30 days)
<i>lactic acid (ammonium lactate)</i> CREA 12%; LOTN 12%	Tier 2	
<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)
<i>nitroglycerin (intra-anal)</i> OINT .4%	Tier 2	QL (30 gm / 30 days)
PANRETIN GEL .1%	Tier 5	NDS, QL (60 gm / 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 . NDS - Suministro de días no extendidos

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<i>pimecrolimus</i> CREA 1%	Tier 2	QL (100 gm / 30 days), PA
<i>podofilox</i> SOLN .5%	Tier 2	QL (7 mL / 28 days)
<i>procto-med hc</i> CREA 2.5%	Tier 2	
<i>proctocort</i> CREA 1%	Tier 2	
<i>proctosol hc</i> CREA 2.5%	Tier 2	
<i>proctozone-hc</i> CREA 2.5%	Tier 2	
<i>tacrolimus (topical)</i> OINT .03%, .1%	Tier 2	QL (100 gm / 30 days), PA
VALCHLOR GEL .016%	Tier 5	NDS, QL (60 gm / 30 days), NM, 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>chlorhexidine gluconate (mouth-throat)</i> SOLN .12%	Tier 1	
<i>clotrimazole</i> TROC 10mg	Tier 2	QL (150 lozenges / 30 days)
<i>kourzeq</i> PSTE .1%	Tier 2	
<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 . NDS - Suministro de días no extendidos

# Índice

<b>A</b>	
<i>abacavir sulfate</i> .....	7
<i>abacavir sulfate-lamivudine tab 600-300 mg</i> .....	8
ABELCET .....	6
<i>abiraterone acetate</i> .....	15
ABRYSVO .....	68
<i>acamprosate calcium</i> .....	46
<i>acarbose</i> .....	47
<i>accutane</i> .....	78
<i>acebutolol hcl</i> .....	29
<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> .....	30
<i>acetic acid</i> .....	62
<i>acetic acid (otic)</i> .....	74
<i>acetylcysteine</i> .....	76
<i>acitretin</i> .....	79
ACTHIB INJ .....	68
ACTIMMUNE .....	67
<i>acyclovir</i> .....	9
<i>acyclovir sodium</i> .....	9
ADACEL INJ .....	68
ADALIMUMAB-AACF (2 PEN) .....	64
<i>adefovir dipivoxil</i> .....	10
ADMELOG .....	49
ADMELOG SOLOSTAR .....	49
ADVAIR HFA AER 115/21 .....	78
ADVAIR HFA AER 230/21 .....	78
ADVAIR HFA AER 45/21 .....	78
<i>afirmelle</i> .....	51
AIMOVIG .....	44
AKEEGA TAB 100/500 .....	15
AKEEGA TAB 50/500MG .....	15
<i>ala-cort</i> .....	80
<i>albendazole</i> .....	4
<i>albuterol sulfate</i> .....	75
<i>alclometasone dipropionate</i> .....	80
ALCOHOL SWABS: BD-EMBECTA/MHC/RUGBY .....	49
ALDURAZYME .....	57
ALECENSA .....	17
<i>alendronate sodium</i> .....	51
<i>alfuzosin hcl</i> .....	62
<i>aliskiren fumarate</i> .....	31
<i>allopurinol</i> .....	2
<i>alose tron hcl</i> .....	61
<i>alprazolam</i> .....	32
<i>altavera</i> .....	51
ALUNBRIG .....	17
ALUNBRIG PAK .....	17
ALVAIZ .....	64
ALVESCO .....	77
<i>alyacen 1/35</i> .....	51
<i>alyacen 7/7/7</i> .....	51
ALYGLO .....	67
<i>alyq</i> .....	32
<i>amantadine hcl</i> .....	34, 35
<i>ambrisentan</i> .....	32
<i>amikacin sulfate</i> .....	4
<i>amiloride &amp; hydrochlorothiazide tab 5-50 mg</i> .....	30
<i>amiloride hcl</i> .....	30
<i>amiodarone hcl</i> .....	28
<i>amitriptyline hcl</i> .....	33
<i>amlodipine besylate</i> .....	30
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-20 mg</i> .....	25
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-40 mg</i> .....	25
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 2.5-10 mg</i> .....	24
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-10 mg</i> .....	24
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-20 mg</i> .....	24
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-40 mg</i> .....	24
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-20 mg</i> .....	26
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-40 mg</i> .....	26
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-20 mg</i> .....	26
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-40 mg</i> .....	26

<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-160 mg</i> .....	26	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 15 mg</i> .....	43
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-320 mg</i> .....	26	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 20 mg</i> .....	43
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-160 mg</i> .....	26	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 30 mg</i> .....	43
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-320 mg</i> .....	26	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 5 mg</i> .....	43
<i>amnesteem</i> .....	78	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 7.5 mg</i> .....	43
<i>amoxapine</i> .....	33	<i>amphotericin b</i> .....	6
<i>amoxicillin</i> .....	12	<i>amphotericin b liposome</i> .....	6
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate chew tab 200-28.5 mg</i> .....	12	<i>ampicillin</i> .....	12
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate chew tab 400-57 mg</i> .....	12	<i>ampicillin &amp; sulbactam sodium for inj 1.5 (1-0.5) gm</i> .....	12
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate for susp 200-28.5 mg/5ml</i> .....	12	<i>ampicillin &amp; sulbactam sodium for inj 3 (2-1) gm</i> .....	12
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate for susp 250-62.5 mg/5ml</i> .....	12	<i>ampicillin &amp; sulbactam sodium for iv soln 1.5 (1-0.5) gm</i> .....	12
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate for susp 400-57 mg/5ml</i> .....	12	<i>ampicillin &amp; sulbactam sodium for iv soln 15 (10-5) gm</i> .....	13
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate for susp 600-42.9 mg/5ml</i> .....	12	<i>ampicillin &amp; sulbactam sodium for iv soln 3 (2-1) gm</i> .....	12
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate tab 250-125 mg</i> .....	12	<i>ampicillin sodium</i> .....	13
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate tab 500-125 mg</i> .....	12	<i>anagrelide hcl</i> .....	64
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate tab 875-125 mg</i> .....	12	<i>anastrozole</i> .....	15
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate tab er 12hr 1000-62.5 mg</i> .....	12	<i>ANORO ELLIPT AER 62.5-25</i> .....	74
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 10 mg</i> .....	43	<i>aprepitant</i> .....	59
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 15 mg</i> .....	43	<i>aprepitant capsule therapy pack 80 &amp; 125 mg</i> .....	59
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 20 mg</i> .....	43	<i>apri</i> .....	51
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 25 mg</i> .....	43	<i>APTIOM</i> .....	38
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 30 mg</i> .....	43	<i>APTIVUS</i> .....	7
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg</i> .....	42	<i>ARALAST NP</i> .....	76
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 10 mg</i> .....	43	<i>aranelle</i> .....	51
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 12.5 mg</i> .....	43	<i>ARCALYST</i> .....	67
		<i>AREXVY</i> .....	68
		<i>ARIKAYCE</i> .....	4
		<i>aripiprazole</i> .....	36
		<i>ARISTADA</i> .....	36
		<i>ARISTADA INITIO</i> .....	36
		<i>armodafinil</i> .....	46
		<i>ARNUITY ELLIPTA</i> .....	78
		<i>asenapine maleate</i> .....	36
		<i>aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25-200 mg</i> .....	64
		<i>ASTAGRAF XL</i> .....	67

<i>atazanavir sulfate</i> .....	7	BCG VACCINE.....	68
<i>atenolol</i> .....	29	<i>benazepril &amp; hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>atenolol &amp; chlorthalidone tab 100-25</i>		<i>10-12.5 mg</i> .....	25
<i>mg</i> .....	29	<i>benazepril &amp; hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>atenolol &amp; chlorthalidone tab 50-25 mg</i>		<i>20-12.5 mg</i> .....	25
.....	29	<i>benazepril &amp; hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>atomoxetine hcl</i> .....	43	<i>20-25 mg</i> .....	25
<i>atorvastatin calcium</i> .....	28	<i>benazepril &amp; hydrochlorothiazide tab 5-</i>	
<i>atovaquone</i> .....	4	<i>6.25mg</i> .....	25
<i>atovaquone-proguanil hcl tab 250-100</i>		<i>benazepril hcl</i> .....	25
<i>mg</i> .....	7	BENDEKA.....	14
<i>atovaquone-proguanil hcl tab 62.5-25</i>		BENLYSTA.....	67
<i>mg</i> .....	7	<i>benzoyl peroxide-erythromycin gel 5-</i>	
ATROPINE SULFATE.....	74	<i>3%</i> .....	78
<i>atropine sulfate (ophthalmic)</i> .....	74	<i>benztropine mesylate</i> .....	35
ATROVENT HFA.....	74	BERINERT .....	64
<i>aubra eq</i> .....	51	BESIVANCE .....	72
AUGTYRO.....	17	BESREMI .....	16
<i>aurovela 1/20</i> .....	51	<i>betaine powder for oral solution</i> .....	57
<i>aurovela fe 1/20</i> .....	51	<i>betamethasone dipropionate (topical)</i>	
<i>aurovela fe 1.5/30</i> .....	51	.....	80
AUSTEDO.....	45	<i>betamethasone dipropionate</i>	
AUSTEDO XR.....	45	<i>augmented</i> .....	80
AUSTEDO XR TAB TITR KIT .....	45	<i>betamethasone valerate</i> .....	80
AUVELITY TAB 45-105MG .....	33	BETASERON .....	45
<i>aviane</i> .....	51	<i>betaxolol hcl (ophth)</i> .....	73
<i>ayuna</i> .....	52	<i>bethanechol chloride</i> .....	62
AYVAKIT .....	17	BETOPTIC-S .....	73
<i>azacitidine</i> .....	14	BEVESPI AER 9-4.8MCG.....	74
<i>azathioprine</i> .....	67	<i>bexarotene</i> .....	16
<i>azelastine hcl</i> .....	75	<i>bexarotene (topical)</i> .....	81
<i>azelastine hcl (ophth)</i> .....	73	BEXSERO INJ .....	68
<i>azithromycin</i> .....	11	<i>bicalutamide</i> .....	15
<i>aztreonam</i> .....	4	BICILLIN L-A .....	13
<i>azurette</i> .....	52	BIKTARVY TAB 30-120-15 MG .....	8
<b>B</b>		BIKTARVY TAB 50-200-25 MG .....	8
<i>bacitracin (ophthalmic)</i> .....	72	<i>bisoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>bacitracin-polymyxin b ophth oint</i> ....	72	<i>10-6.25 mg</i> .....	29
<i>bacitracin-polymyxin-neomycin-hc</i>		<i>bisoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>ophth oint 1%</i> .....	72	<i>2.5-6.25 mg</i> .....	29
<i>baclofen</i> .....	46	<i>bisoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab 5-</i>	
BAFIERTAM .....	45	<i>6.25 mg</i> .....	29
<i>balsalazide disodium</i> .....	60	<i>bisoprolol fumarate</i> .....	29
BALVERSA.....	17	BIVIGAM.....	67
<i>balziva</i> .....	52	<i>blisovi fe 1.5/30</i> .....	52
BARACLUDGE .....	10	BOOSTRIX INJ .....	68
BASAGLAR KWIKPEN .....	49	<i>bortezomib</i> .....	17

BORTEZOMIB .....	17	<i>calcipotriene</i> .....	79, 80
<i>bosentan</i> .....	32	<i>calcitonin (salmon) spray</i> .....	51
BOSULIF .....	17	<i>calcitrene</i> .....	80
BRAFTOVI .....	17	<i>calcitriol</i> .....	59
BREO ELLIPTA INH 100-25 .....	78	<i>calcitriol (oral)</i> .....	59
BREO ELLIPTA INH 200-25 .....	78	CALQUENCE .....	17
BREO ELLIPTA INH 50-25MCG .....	78	<i>camila</i> .....	52
<i>breylna</i> .....	78	<i>candesartan cilexetil</i> .....	27
BREZTRI AERO AER SPHERE .....	74	CAPLYTA .....	36
BREZTRI AERO AER SPHERE (INSTITUTIONAL PACK) .....	74	CAPRELSA .....	17, 18
<i>briellyn</i> .....	52	<i>captopril</i> .....	25
BRILINTA .....	64	<i>captopril &amp; hydrochlorothiazide tab 25- 15 mg</i> .....	25
<i>brimonidine tartrate</i> .....	73	<i>captopril &amp; hydrochlorothiazide tab 25- 25 mg</i> .....	25
<i>brinzolamide</i> .....	73	<i>captopril &amp; hydrochlorothiazide tab 50- 15 mg</i> .....	25
BRIVIACT .....	38	<i>captopril &amp; hydrochlorothiazide tab 50- 25 mg</i> .....	25
<i>bromfenac sodium (ophth)</i> .....	73	<i>carb/levo orally disintegrating tab 10- 100mg</i> .....	35
<i>bromocriptine mesylate</i> .....	35	<i>carb/levo orally disintegrating tab 25- 100mg</i> .....	35
BRONCHITOL .....	76	<i>carb/levo orally disintegrating tab 25- 250mg</i> .....	35
BRUKINSA .....	17	<i>carbamazepine</i> .....	39
<i>budesonide</i> .....	60	<i>carbidopa &amp; levodopa tab 10-100 mg</i> .....	35
<i>budesonide (inhalation)</i> .....	78	<i>carbidopa &amp; levodopa tab 25-100 mg</i> .....	35
<i>budesonide-formoterol fumarate dihyd aerosol 160-4.5 mcg/act</i> .....	78	<i>carbidopa &amp; levodopa tab 25-250 mg</i> .....	35
<i>budesonide-formoterol fumarate dihyd aerosol 80-4.5 mcg/act</i> .....	78	<i>carbidopa &amp; levodopa tab er 25-100 mg</i> .....	35
<i>bumetanide</i> .....	31	<i>carbidopa &amp; levodopa tab er 50-200 mg</i> .....	35
<i>buprenorphine hcl</i> .....	46	<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 12.5-50-200 mg</i> .....	35
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 12-3 mg (base equiv)</i> .....	47	<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 18.75-75-200 mg</i> .....	35
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 2-0.5 mg (base equiv)</i> .....	46	<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 25-100-200 mg</i> .....	35
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 4-1 mg (base equiv)</i> .....	46	<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 31.25-125-200 mg</i> .....	35
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 8-2 mg (base equiv)</i> .....	46	<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 37.5-150-200 mg</i> .....	35
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 2-0.5 mg (base equiv)</i> .....	47	<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 50-200-200 mg</i> .....	35
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 8-2 mg (base equiv)</i> .....	47	<i>carboplatin</i> .....	14
<i>bupropion hcl</i> .....	33	<i>carglumic acid</i> .....	57
<i>bupropion hcl (smoking deterrent)</i> .....	47		
<i>bupirone hcl</i> .....	32		
<i>butorphanol tartrate</i> .....	3		
<b>C</b>			
<i>cabergoline</i> .....	57		
CABOMETYX .....	17		

<i>carteolol hcl (ophth)</i> .....	73	<i>ciprofloxacin hcl (ophth)</i> .....	72
<i>cartia xt</i> .....	30	<i>cisplatin</i> .....	14
<i>carvedilol</i> .....	29	<i>citalopram hydrobromide</i> .....	33
<i>caspofungin acetate</i> .....	6	<i>claravis</i> .....	78
CAYSTON.....	4	<i>clarithromycin</i> .....	11
<i>cefaclor</i> .....	10	<i>clindamycin hcl</i> .....	4
<i>cefadroxil</i> .....	10	<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i> ...4	
CEFAZOLIN .....	10	<i>clindamycin phosphate</i> .....	4
CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML .....	10	<i>clindamycin phosphate (topical)</i> ..78, 79	
<i>cefazolin sodium</i> .....	11	<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i>	
CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4% ...11		300 mg/50ml .....	4
<i>cefdinir</i> .....	11	<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i>	
<i>cefepime hcl</i> .....	11	600 mg/50ml .....	4
<i>cefixime</i> .....	11	<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i>	
<i>cefotetan disodium</i> .....	11	900 mg/50ml .....	4
<i>cefoxitin sodium</i> .....	11	<i>clindamycin phosphate vaginal</i> .....	63
<i>cefpodoxime proxetil</i> .....	11	CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML.....	4
<i>cefprozil</i> .....	11	CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML.....	4
<i>ceftazidime</i> .....	11	CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML.....	4
<i>ceftriaxone sodium</i> .....	11	CLINIMIX INJ 4.25/D10 .....	71
<i>cefuroxime axetil</i> .....	11	CLINIMIX INJ 4.25/D5W .....	71
<i>cefuroxime sodium</i> .....	11	CLINIMIX INJ 5%/D15W .....	71
<i>celecoxib</i> .....	2	CLINIMIX INJ 5%/D20W .....	71
<i>cephalexin</i> .....	11	CLINIMIX INJ 6/5.....	71
CERDELGA .....	57	CLINIMIX INJ 8/10 .....	71
CEREZYME .....	57	CLINIMIX INJ 8/14 .....	71
<i>cetirizine hcl</i> .....	75	<i>clinisol sf 15%</i> .....	71
<i>chateal eq</i> .....	52	CLINOLIPID EMU 20% .....	71
CHEMET.....	51	<i>clobazam</i> .....	39
<i>chlorhexidine gluconate (mouth-throat)</i>		<i>clobetasol propionate</i> .....	80
.....	82	<i>clobetasol propionate e</i> .....	80
<i>chloroquine phosphate</i> .....	7	<i>clomipramine hcl</i> .....	33
<i>chlorpromazine hcl</i> .....	36	<i>clonazepam</i> .....	39
<i>chlorthalidone</i> .....	31	<i>clonidine</i> .....	31
<i>cholestyramine</i> .....	28	<i>clonidine hcl</i> .....	31
<i>cholestyramine light</i> .....	28	<i>clopidogrel bisulfate</i> .....	64
<i>ciclopirox</i> .....	79	<i>clorazepate dipotassium</i> .....	39
<i>ciclopirox olamine</i> .....	79	<i>clotrimazole</i> .....	82
<i>cilostazol</i> .....	64	<i>clotrimazole (topical)</i> .....	79
CILOXAN.....	72	<i>clotrimazole w/ betamethasone cream</i>	
CIMDUO TAB 300-300 .....	8	1-0.05% .....	79
<i>cinacalcet hcl</i> .....	57	<i>clozapine</i> .....	36
<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml in d5w</i> ..12		COARTEM TAB 20-120MG .....	7
<i>ciprofloxacin 400 mg/200ml in d5w</i> ..12		<i>colchicine</i> .....	2
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic susp</i>		<i>colchicine w/ probenecid tab 0.5-500</i>	
0.3-0.1% .....	74	mg .....	2
<i>ciprofloxacin hcl</i> .....	12	<i>colesevelam hcl</i> .....	28



<i>colestipol hcl</i> .....	29	<i>dapsone</i> .....	4
<i>colistimethate sodium</i> .....	4	DAPTACEL INJ .....	68
COMBIGAN SOL 0.2/0.5% .....	73	<i>daptomycin</i> .....	4
COMBIVENT AER 20-100 .....	74	DAPTOMYCIN .....	4
COMETRIQ (60MG DOSE).....	18	<i>darunavir</i> .....	7
COMETRIQ KIT 100MG.....	18	<i>dasetta 1/35</i> .....	52
COMETRIQ KIT 140MG.....	18	<i>dasetta 7/7/7</i> .....	52
COMPLERA TAB .....	8	DAURISMO.....	18
<i>compro</i> .....	59	DAYVIGO .....	44
<i>constulose</i> .....	60	<i>deblitane</i> .....	52
COPAXONE.....	45	<i>deferasirox</i> .....	51
COPIKTRA .....	18	DELSTRIGO TAB .....	8
CORLANOR.....	31	DENGVAIXIA SUS.....	68
COSENTYX .....	64	DEPO-SUBQ PROVERA 104 .....	52
COSENTYX SENSOREADY PEN.....	65	<i>depo-testosterone</i> .....	47
COSENTYX UNOREADY.....	65	DESCOVY TAB 120-15MG.....	8
COTELLIC .....	18	DESCOVY TAB 200/25MG.....	8
CREON CAP 12000UNT .....	61	<i>desipramine hcl</i> .....	33
CREON CAP 24000UNT .....	61	<i>desmopressin acetate</i> .....	57
CREON CAP 3000UNIT .....	61	<i>desmopressin acetate spray</i> .....	57
CREON CAP 36000UNT .....	61	<i>desmopressin acetate spray</i>	
CREON CAP 6000UNIT .....	61	<i>refrigerated</i> .....	57
<i>cromolyn sodium</i> .....	76	<i>desogest-eth estrad &amp; eth estrad tab</i>	
<i>cromolyn sodium (mastocytosis)</i> .....	61	0.15-0.02/0.01 mg(21/5).....	52
<i>cromolyn sodium (ophth)</i> .....	73	<i>desvenlafaxine succinate</i> .....	33
<i>cryselle-28</i> .....	52	<i>dexamethasone</i> .....	56
<i>cyclobenzaprine hcl</i> .....	46	DEXAMETHASONE INTENSOL.....	56
<i>cyclophosphamide</i> .....	14	<i>dexamethasone sodium phosphate</i> ...	56
CYCLOPHOSPHAMIDE .....	14	<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	
CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR....	14	( <i>ophth</i> ) .....	73
<i>cycloserine</i> .....	9	<i>dexmethylphenidate hcl</i> .....	43
<i>cyclosporine</i> .....	67	<i>dextrose</i> .....	71
<i>cyclosporine modified (for</i>		<i>dextrose 10% w/ sodium chloride</i>	
<i>microemulsion)</i> .....	67	0.45% .....	70
<i>cyproheptadine hcl</i> .....	75	<i>dextrose 2.5% w/ sodium chloride</i>	
<i>cyred eq</i> .....	52	0.45% .....	69
CYSTADROPS .....	74	<i>dextrose 5% in lactated ringers</i> .....	69
CYSTAGON.....	57	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.2%</i>	
CYSTARAN .....	74	.....	69
<i>cytarabine</i> .....	14	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride</i>	
<b>D</b>		0.225% .....	69
D10W/NAACL INJ 0.2% .....	69	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3%</i>	
D2.5W/NAACL INJ 0.45%.....	69	.....	69
<i>dabigatran etexilate mesylate</i> .....	63	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	
<i>dalfampridine</i> .....	45	.....	69
<i>danazol</i> .....	47	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%</i>	
<i>dantrolene sodium</i> .....	46	.....	69

DIACOMIT.....	39	<i>doxycycline (monohydrate)</i> .....	13
<i>diazepam</i> .....	39	<i>doxycycline hyclate</i> .....	13
<i>diazepam (anticonvulsant)</i> .....	39	DRIZALMA SPRINKLE.....	33
<i>diazepam inj</i> .....	39	<i>dronabinol</i> .....	59
<i>diazepam intensol</i> .....	39	<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-</i> <i>0.02 mg</i> .....	52
<i>diazoxide</i> .....	56	<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-</i> <i>0.03 mg</i> .....	52
<i>diclofenac potassium</i> .....	2	DROXIA .....	64
<i>diclofenac sodium</i> .....	2	<i>droxidopa</i> .....	31
<i>diclofenac sodium (ophth)</i> .....	73	DULERA AER 100-5MCG.....	78
<i>diclofenac sodium (topical)</i> .....	81	DULERA AER 200-5MCG.....	78
<i>dicloxacillin sodium</i> .....	13	DULERA AER 50-5MCG.....	78
<i>dicyclomine hcl</i> .....	60	<i>duloxetine hcl</i> .....	33
DIFICID .....	11	DUPIXENT .....	65
<i>diflunisal</i> .....	2	<i>dutasteride</i> .....	62
<i>digoxin</i> .....	31	<i>dutasteride-tamsulosin hcl cap 0.5-0.4</i> <i>mg</i> .....	62
<i>dihydroergotamine mesylate</i> .....	44	<b>E</b>	
DILANTIN .....	39	<i>e.e.s. 400</i> .....	11
<i>diltiazem hcl</i> .....	30	<i>ec-naproxen</i> .....	2
<i>diltiazem hcl coated beads</i> .....	30	<i>econazole nitrate</i> .....	79
<i>diltiazem hcl extended release beads</i> 30		EDURANT .....	7
<i>dilt-xr</i> .....	30	<i>efavirenz</i> .....	7
DIP/TET PED INJ 25-5LFU .....	68	<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab</i> <i>600-200-300 mg</i> .....	8
<i>diphenhydramine hcl</i> .....	75	<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab</i> <i>400-300-300 mg</i> .....	9
<i>diphenoxylate w/ atropine liq 2.5-0.025</i> <i>mg/5ml</i> .....	61	<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab</i> <i>600-300-300 mg</i> .....	9
<i>diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-</i> <i>0.025 mg</i> .....	61	ELIGARD.....	15
<i>dipyridamole</i> .....	64	<i>elinest</i> .....	52
<i>disopyramide phosphate</i> .....	28	ELIQUIS .....	63
<i>disulfiram</i> .....	47	ELIQUIS STARTER PACK .....	63
<i>divalproex sodium</i> .....	39	<i>eluryng</i> .....	52
<i>docetaxel</i> .....	16	EMGALITY .....	44
DOCETAXEL .....	16	EMSAM .....	33
<i>dofetilide</i> .....	28	<i>emtricitabine</i> .....	7
<i>donepezil hydrochloride</i> .....	32	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil</i> <i>fumarate tab 100-150 mg</i> .....	9
DOPTELET.....	64	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil</i> <i>fumarate tab 133-200 mg</i> .....	9
<i>dorzolamide hcl</i> .....	73	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil</i> <i>fumarate tab 167-250 mg</i> .....	9
<i>dorzolamide hcl-timolol maleate ophth</i> <i>soln 2-0.5%</i> .....	73	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil</i> <i>fumarate tab 200-300 mg</i> .....	9
<i>dotti</i> .....	55	EMTRIVA .....	7
DOVATO TAB 50-300MG .....	8		
<i>doxazosin mesylate</i> .....	26		
<i>doxepin hcl</i> .....	33		
<i>doxepin hcl (sleep)</i> .....	44		
<i>doxorubicin hcl</i> .....	16		
<i>doxorubicin hcl liposomal</i> .....	16		
<i>doxy 100</i> .....	13		

EMVERM .....	5	erythromycin (acne aid).....	79
emzahh .....	52	erythromycin (ophth) .....	72
enalapril maleate .....	25	erythromycin base .....	11
enalapril maleate & hydrochlorothiazide		erythromycin ethylsuccinate .....	11
tab 10-25 mg .....	25	erythromycin lactobionate .....	11
enalapril maleate & hydrochlorothiazide		escitalopram oxalate .....	33
tab 5-12.5 mg .....	25	esomeprazole magnesium .....	62
ENBREL .....	65	estarylla .....	52
ENBREL MINI.....	65	estradiol .....	55
ENBREL SURECLICK .....	65	estradiol & norethindrone acetate tab	
ENDARI .....	64	0.5-0.1 mg.....	55
endocet tab 10-325mg .....	3	estradiol & norethindrone acetate tab	
endocet tab 2.5-325mg .....	3	1-0.5 mg.....	55
endocet tab 5-325mg .....	3	estradiol vaginal .....	55
endocet tab 7.5-325mg .....	3	estradiol valerate .....	56
ENGERIX-B .....	68	ethambutol hcl .....	9
enilloring .....	52	ethosuximide.....	40
enoxaparin sodium.....	63	ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol	
enpresse-28 .....	52	tab 1 mg-35 mcg .....	52
enskyce .....	52	ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol	
ENSTILAR AER.....	80	tab 1 mg-50 mcg .....	52
entacapone .....	35	etodolac .....	2
entecavir .....	10	etonogestrel-ethinyl estradiol va ring	
ENTRESTO TAB 24-26MG .....	26	0.12-0.015 mg/24hr .....	52
ENTRESTO TAB 49-51MG .....	26	etoposide.....	16
ENTRESTO TAB 97-103MG .....	26	etravirine.....	7
enulose.....	60	EULEXIN .....	15
EPCLUSA PAK 150-37.5 .....	10	euthyrox.....	58
EPCLUSA PAK 200-50MG.....	10	everolimus .....	18
EPCLUSA TAB 200-50MG.....	10	everolimus (immunosuppressant).....	68
EPCLUSA TAB 400-100 .....	10	EVOTAZ TAB 300-150 .....	9
EPIDIOLEX.....	40	exemestane .....	15
epinephrine (anaphylaxis).....	31, 76	EYSUVIS .....	74
epitol.....	40	ezetimibe.....	29
eplerenone.....	26	ezetimibe-simvastatin tab 10-10 mg.	29
EPRONTIA.....	40	ezetimibe-simvastatin tab 10-20 mg.	29
ergotamine w/ caffeine tab 1-100 mg		ezetimibe-simvastatin tab 10-40 mg.	29
.....	44	ezetimibe-simvastatin tab 10-80 mg.	29
ERIVEDGE.....	18	<b>F</b>	
ERLEADA .....	15	FABRAZYME .....	57
erlotinib hcl .....	18	falmina .....	52
errin.....	52	famciclovir .....	10
ertapenem sodium .....	5	famotidine .....	60
ery.....	79	famotidine in nacl 0.9% iv soln 20	
ery-tab .....	11	mg/50ml .....	60
ERYTHROCIN LACTOBIONATE .....	11	FANAPT .....	36
erythrocin stearate.....	11	FANAPT PAK .....	36

FARXIGA.....	47	<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba</i>	
FASENRA .....	76	250-50 mcg/act .....	78
FASENRA PEN.....	76	<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba</i>	
<i>felbamate</i> .....	40	500-50 mcg/act .....	78
<i>felodipine</i> .....	30	<i>fluvoxamine maleate</i> .....	32
<i>fenofibrate</i> .....	28	<i>fondaparinux sodium</i> .....	63
<i>fenofibrate micronized</i> .....	28	<i>fosamprenavir calcium</i> .....	7
<i>fentanyl</i> .....	2	<i>fosinopril sodium</i> .....	25
<i>fentanyl citrate</i> .....	3	<i>fosinopril sodium &amp; hydrochlorothiazide</i>	
FETZIMA.....	34	<i>tab 10-12.5 mg</i> .....	25
FETZIMA CAP TITRATIO .....	34	<i>fosinopril sodium &amp; hydrochlorothiazide</i>	
FIASP .....	49	<i>tab 20-12.5 mg</i> .....	25
FIASP FLEXTOUCH .....	49	FOTIVDA.....	18
FIASP PENFILL.....	49	FRUZAQLA .....	18
FIASP PUMPCART .....	49	FULPHILA.....	63
<i>finasteride</i> .....	62	<i>fulvestrant</i> .....	15
<i> fingolimod hcl</i> .....	46	<i>furosemide</i> .....	31
FINTEPLA .....	40	<i>furosemide inj</i> .....	31
FIRMAGON .....	15	FUZEON .....	7
<i>flac</i> .....	74	<i>fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg</i> .....	56
FLAREX.....	73	<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i> .....	56
FLEBOGAMMA DIF .....	67	FYCOMPA .....	40
<i>flecainide acetate</i> .....	28	<b>G</b>	
<i>fluconazole</i> .....	6	<i>gabapentin</i> .....	40
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 200</i>		<i>galantamine hydrobromide</i> .....	32, 33
<i>mg/100ml</i> .....	6	GAMASTAN INJ .....	67
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 400</i>		GAMMAGARD LIQUID .....	67
<i>mg/200ml</i> .....	6	GAMMAGARD S/D IGA LESS TH .....	67
<i>flucytosine</i> .....	6	GAMMAKED .....	67
<i>fludrocortisone acetate</i> .....	56	GAMMAPLEX .....	67
<i>flunisolide (nasal)</i> .....	77	GAMUNEX-C .....	67
<i>fluocinolone acetonide</i> .....	80	<i>ganciclovir sodium</i> .....	10
<i>fluocinolone acetonide (otic)</i> .....	74	GARDASIL 9 INJ .....	68
<i>fluocinonide</i> .....	80	<i>gatifloxacin (ophth)</i> .....	72
<i>fluocinonide emulsified base</i> .....	80	GATTEX .....	61
<i>fluorometholone (ophth)</i> .....	73	GAUZE PADS 2 .....	49
<i>fluorouracil</i> .....	14	<i>gavilyte-c</i> .....	60
<i>fluorouracil (topical)</i> .....	81	<i>gavilyte-g</i> .....	60
<i>fluoxetine hcl</i> .....	34	GAVRETO.....	18
<i>fluphenazine decanoate</i> .....	36	<i>gefitinib</i> .....	18
<i>fluphenazine hcl</i> .....	36	<i>gemcitabine hcl</i> .....	14
<i>flurbiprofen</i> .....	2	<i>gemfibrozil</i> .....	28
<i>flurbiprofen sodium</i> .....	73	<i>generlac</i> .....	61
<i>fluticasone propionate</i> .....	80	<i>gengraf</i> .....	68
<i>fluticasone propionate (nasal)</i> .....	77	GENOTROPIN .....	57
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba</i>		GENOTROPIN MINIQUICK.....	57
100-50 mcg/act .....	78	<i>gentamicin in saline inj 0.8 mg/ml</i> .....	5

<i>gentamicin in saline inj 1.2 mg/ml</i> .....	5	HERCEPTIN .....	18
<i>gentamicin in saline inj 1.6 mg/ml</i> .....	5	HERZUMA .....	19
<i>gentamicin in saline inj 1 mg/ml</i> .....	5	HIBERIX .....	68
<i>gentamicin in saline inj 2 mg/ml</i> .....	5	HUMIRA.....	65
<i>gentamicin sulfate</i> .....	5	HUMIRA PEN .....	65
<i>gentamicin sulfate (ophth)</i> .....	72	HUMIRA PEN-CD/UC/HS START.....	65
<i>gentamicin sulfate (topical)</i> .....	79	HUMIRA PEN KIT PS/UV .....	65
GENVOYA TAB .....	9	HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S .....	65
GILOTRIF .....	18	HUMULIN R U-500 (CONCENTR .....	49
<i>glatiramer acetate</i> .....	46	HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....	49
<i>glatopa</i> .....	46	<i>hydralazine hcl</i> .....	31
GLEOSTINE .....	14	<i>hydrochlorothiazide</i> .....	31
<i>glimepiride</i> .....	47	<i>hydrocodone-acetaminophen soln 7.5-</i>	
<i>glipizide</i> .....	47	<i>325 mg/15ml</i> .....	3
<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-250 mg</i>		<i>hydrocodone-acetaminophen tab 10-</i>	
.....	48	<i>325 mg</i> .....	3
<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-500 mg</i>		<i>hydrocodone-acetaminophen tab 5-325</i>	
.....	48	<i>mg</i> .....	3
<i>glipizide-metformin hcl tab 5-500 mg</i>	48	<i>hydrocodone-acetaminophen tab 7.5-</i>	
<i>glipizide xl</i> .....	47, 48	<i>325 mg</i> .....	3
<i>glycopyrrolate</i> .....	60	<i>hydrocodone bitartrate</i> .....	2, 3
<i>glydo</i> .....	81	<i>hydrocodone-ibuprofen tab 7.5-200 mg</i>	
GLYXAMBI TAB 10-5 MG .....	48	.....	3
GLYXAMBI TAB 25-5 MG .....	48	<i>hydrocortisone</i> .....	56
<i>granisetron hcl</i> .....	59	<i>hydrocortisone (intrarectal)</i> .....	60
<i>griseofulvin microsize</i> .....	6	<i>hydrocortisone (rectal)</i> .....	81
<i>griseofulvin ultramicrosize</i> .....	6	<i>hydrocortisone (topical)</i> .....	80, 81
<i>guanfacine hcl</i> .....	31	<i>hydrocortisone valerate</i> .....	81
<i>guanfacine hcl (adhd)</i> .....	43	<i>hydromorphone hcl</i> .....	3
<b>H</b>		<i>hydroxychloroquine sulfate</i> .....	66
HAEGARDA.....	64	<i>hydroxyurea</i> .....	16
<i>hailey 1.5/30</i> .....	52	<i>hydroxyzine hcl</i> .....	75
<i>halobetasol propionate</i> .....	80	<i>hydroxyzine pamoate</i> .....	75
<i>haloette</i> .....	52	<b>I</b>	
<i>haloperidol</i> .....	36	<i>ibandronate sodium</i> .....	51
<i>haloperidol decanoate</i> .....	36	IBRANCE.....	19
<i>haloperidol lactate</i> .....	36	<i>ibu</i> .....	2
HARVONI PAK 33.75-150MG.....	10	<i>ibuprofen</i> .....	2
HARVONI PAK 45-200MG .....	10	<i>icatibant acetate</i> .....	64
HARVONI TAB 45-200MG .....	10	<i>iclevia</i> .....	52
HARVONI TAB 90-400MG .....	10	ICLUSIG .....	19
HAVRIX .....	68	IDACIO (2 PEN) .....	65
<i>heather</i> .....	52	IDACIO (2 SYRINGE) .....	65
<i>heparin sodium (porcine)</i> .....	63	IDACIO CROHN INJ DISEASE.....	65
HEPLISAV-B .....	68	IDACIO PLAQU INJ PSORIASIS.....	65
HEP SOD/NACL INJ 25000UNT .....	63	IDHIFA .....	19
HERCEP HYLEC SOL 60-10000 .....	18	<i>imatinib mesylate</i> .....	19

IMBRUVICA .....	19	<i>isosorbide dinitrate</i> .....	32
<i>imipenem-cilastatin intravenous for</i>		<i>isosorbide mononitrate</i> .....	32
<i>soln 250 mg</i> .....	5	<i>isotretinoin</i> .....	79
<i>imipenem-cilastatin intravenous for</i>		<i>itraconazole</i> .....	6
<i>soln 500 mg</i> .....	5	<i>ivermectin</i> .....	5
<i>imipramine hcl</i> .....	34	IWILFIN.....	16
<i>imiquimod</i> .....	81	IXCHIQ INJ .....	68
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.) .....	68	IXIARO INJ.....	68
IMPAVIDO.....	5	<b>J</b>	
INBRIJA.....	35	JAKAFI .....	19
<i>incassia</i> .....	52	<i>jantoven</i> .....	63
INCRELEX .....	57	JANUMET TAB 50-1000 .....	48
INCRUSE ELLIPTA .....	74	JANUMET TAB 50-500MG .....	48
<i>indapamide</i> .....	31	JANUMET XR TAB 100-1000.....	48
INFANRIX INJ .....	68	JANUMET XR TAB 50-1000 .....	48
INFLIXIMAB.....	65	JANUMET XR TAB 50-500MG.....	48
INLYTA .....	19	JANUVIA .....	48
INQOVI TAB 35-100MG.....	14	JARDIANCE .....	48
INREBIC .....	19	<i>jasmiel</i> .....	52
INSULIN PEN NEEDLES: BD-EMBECTA		<i>javygtor</i> .....	57
.....	49	JAYPIRCA.....	19
INSULIN SAFETY NEEDLES: BD-		JENTADUETO TAB 2.5-1000.....	48
EMBECTA .....	49	JENTADUETO TAB 2.5-500 .....	48
INSULIN SYRINGES: BD-EMBECTA ...	49	JENTADUETO TAB 2.5-850 .....	48
INTELENCE .....	7	JENTADUETO TAB XR 2.5-1000MG ...	48
INTRALIPID.....	71	JENTADUETO TAB XR 5-1000MG .....	48
<i>introvale</i> .....	52	<i>jinteli</i> .....	56
INVEGA HAFYERA.....	36	<i>jolessa</i> .....	53
INVEGA SUSTENNA .....	37	<i>juleber</i> .....	53
INVEGA TRINZA.....	37	JULUCA TAB 50-25MG .....	9
IPOL INJ INACTIVE.....	68	<i>junel 1/20</i> .....	53
<i>ipratropium-albuterol nebu soln 0.5-</i>		<i>junel 1.5/30</i> .....	53
<i>2.5(3) mg/3ml</i> .....	74	<i>junel fe 1/20</i> .....	53
<i>ipratropium bromide</i> .....	75	<i>junel fe 1.5/30</i> .....	53
<i>ipratropium bromide (nasal)</i> .....	75	JYLAMVO .....	66
<i>irbesartan</i> .....	27	JYNNEOS .....	68
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab</i>		<b>K</b>	
<i>150-12.5 mg</i> .....	26	KADCYLA .....	19
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab</i>		KALYDECO .....	76
<i>300-12.5 mg</i> .....	26	KANJINTI .....	19
<i>irinotecan hcl</i> .....	16	<i>kariva</i> .....	53
ISENTRESS .....	7	KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9%.....	70
ISENTRESS HD .....	7	<i>kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5%</i>	
<i>isibloom</i> .....	52	<i>&amp; nacl 0.45% inj</i> .....	70
ISOLYTE-P INJ /D5W .....	70	<i>kcl 20 meq/l (0.149%) in nacl 0.45%</i>	
ISOLYTE-S INJ PH 7.4.....	70	<i>inj</i> .....	70
<i>isoniazid</i> .....	9		

<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.2% inj</i> .....	70	<i>lacosamide oral</i> .....	40
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.45% inj</i> .....	70	<i>lactated ringer's solution</i> .....	70
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.9% inj</i> .....	70	<i>lactic acid (ammonium lactate)</i> .....	81
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj</i> .....	70	<i>lactulose</i> .....	61
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj</i> .....	70	<i>lactulose (encephalopathy)</i> .....	61
<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.45% inj</i> .....	70	<i>lamivudine</i> .....	7
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.45% inj</i> .....	70	<i>lamivudine (hbv)</i> .....	10
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.9% inj</i> .....	70	<i>lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg</i> .....	9
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj</i> .....	70	<i>lamotrigine</i> .....	40
<i>kelnor 1/35</i> .....	53	<i>lanreotide acetate</i> .....	57
<i>kelnor 1/50</i> .....	53	<i>lansoprazole</i> .....	62
KERENDIA.....	26	<i>lapatinib ditosylate</i> .....	20
KESIMPTA .....	46	<i>larin 1/20</i> .....	53
<i>ketoconazole</i> .....	6	<i>larin 1.5/30</i> .....	53
<i>ketoconazole (topical)</i> .....	79	<i>larin fe 1/20</i> .....	53
<i>ketorolac tromethamine (ophth)</i> .....	73	<i>larin fe 1.5/30</i> .....	53
KEYTRUDA .....	19	<i>latanoprost</i> .....	73
KINRIX INJ.....	68	<i>leena</i> .....	53
<i>kionex</i> .....	51	<i>leflunomide</i> .....	66
KISQALI 200 DOSE .....	19	<i>lenalidomide</i> .....	16
KISQALI 200 PAK FEMARA.....	19	LENVIMA 10 MG DAILY DOSE .....	20
KISQALI 400 DOSE .....	19	LENVIMA 12MG DAILY DOSE .....	20
KISQALI 400 PAK FEMARA.....	19	LENVIMA 20 MG DAILY DOSE .....	20
KISQALI 600 DOSE .....	20	LENVIMA 4 MG DAILY DOSE .....	20
KISQALI 600 PAK FEMARA.....	20	LENVIMA 8 MG DAILY DOSE .....	20
<i>klayesta</i> .....	79	LENVIMA CAP 14 MG .....	20
<i>klor-con</i> .....	71	LENVIMA CAP 18 MG .....	20
<i>klor-con 10</i> .....	71	LENVIMA CAP 24 MG .....	20
<i>klor-con 8</i> .....	71	<i>lessina</i> .....	53
<i>klor-con m10</i> .....	71	<i>letrozole</i> .....	15
<i>klor-con m15</i> .....	71	<i>leucovorin calcium</i> .....	24
<i>klor-con m20</i> .....	71	LEUKERAN .....	14
KOSELUGO.....	20	<i>leuprolide acetate</i> .....	15
<i>kourzeq</i> .....	82	<i>levabuterol tartrate</i> .....	75
KRAZATI.....	20	<i>levetiracetam</i> .....	40
<i>kurvelo</i> .....	53	<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1000 mg/100ml</i> .....	40
<b>L</b>		<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1500 mg/100ml</i> .....	40
<i>labetalol hcl</i> .....	29	<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 500 mg/100ml</i> .....	40
<i>lacosamide</i> .....	40	<i>levobunolol hcl</i> .....	73
		<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i> ...	57
		<i>levocetirizine dihydrochloride</i> .....	75
		<i>levofloxacin</i> .....	12

<i>levofloxacin in d5w iv soln 250 mg/50ml</i> .....	12	LONSURF TAB 15-6.14.....	14
<i>levofloxacin in d5w iv soln 500 mg/100ml</i> .....	12	LONSURF TAB 20-8.19.....	14
<i>levofloxacin in d5w iv soln 750 mg/150ml</i> .....	12	<i>loperamide hcl</i> .....	61
<i>levonest</i> .....	53	<i>lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80-20 mg/ml)</i> .....	9
<i>levonorgestrel &amp; ethinyl estradiol (91-day) tab 0.15-0.03 mg</i> .....	53	<i>lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg</i> .....	9
<i>levonorgestrel &amp; ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg</i> .....	53	<i>lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg</i> .....	9
<i>levonorgestrel &amp; ethinyl estradiol tab 0.1 mg-20 mcg</i> .....	53	<i>lorazepam</i> .....	32
<i>levonorgestrel-eth estra tab 0.05-30/0.075-40/0.125-30mg-mcg</i> .....	53	<i>lorazepam intensol</i> .....	32
<i>levora 0.15/30-28</i> .....	53	LORBRENA.....	20
<i>levo-t</i> .....	58	<i>loryna</i> .....	53
<i>levothyroxine sodium</i> .....	58	<i>losartan potassium</i> .....	27
<i>levoxyl</i> .....	58	<i>losartan potassium &amp; hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg</i> .....	27
<i>l-glutamine (sickle cell)</i> .....	64	<i>losartan potassium &amp; hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i> .....	27
LIBERVANT.....	40	<i>losartan potassium &amp; hydrochlorothiazide tab 50-12.5 mg</i> .....	27
<i>lidocaine</i> .....	81	LOTEMAX.....	73
<i>lidocaine hcl</i> .....	81	<i>loteprednol etabonate</i> .....	73
<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i> .....	2	<i>lovastatin</i> .....	28
<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i> .....	82	<i>low-ogestrel</i> .....	53
<i>lidocaine-prilocaine cream 2.5-2.5%</i> .....	81	<i>loxapine succinate</i> .....	37
<i>lidocan</i> .....	81	LUMAKRAS.....	20
LILETTA.....	53	LUMIGAN.....	73
<i>linezolid</i> .....	5	LUMIZYME.....	57
LINEZOLID INJ 2MG/ML.....	5	LUPRON DEPOT (1-MONTH).....	15
LINZESS.....	61	LUPRON DEPOT (3-MONTH).....	15
<i>liothyronine sodium</i> .....	58	LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH.....)	57
<i>lisinopril</i> .....	26	LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH.....)	57
<i>lisinopril &amp; hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i> .....	25	LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH.....)	57
<i>lisinopril &amp; hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i> .....	25	<i>lurasidone hcl</i> .....	37
<i>lisinopril &amp; hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i> .....	25	<i>lutea</i> .....	53
<i>lithium</i> .....	45	<i>lyleq</i> .....	53
<i>lithium carbonate</i> .....	45	<i>lyllana</i> .....	56
LIVTENCITY.....	10	LYNPARZA.....	20
<i>loestrin 1/20-21</i> .....	53	LYSODREN.....	15
<i>loestrin 1.5/30-21</i> .....	53	LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE).....	20
<i>loestrin fe 1/20</i> .....	53	LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE).....	20
<i>loestrin fe 1.5/30</i> .....	53	LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE).....	20
LOKELMA.....	51	<i>lyza</i> .....	53
		<b>M</b>	
		<i>magnesium sulfate</i> .....	70
		MAGNESIUM SULFATE.....	70



<i>magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1 gm/100ml</i> .....	70	<i>metoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab 100-50 mg</i> .....	29
<i>malathion</i> .....	82	<i>metoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i> .....	29
<i>maraviroc</i> .....	8	<i>metoprolol succinate</i> .....	29
<i>marlissa</i> .....	53	<i>metoprolol tartrate</i> .....	29, 30
MARPLAN .....	34	<i>metronidazole</i> .....	5
MATULANE .....	16	<i>metronidazole (topical)</i> .....	81
MAVYRET PAK 50-20MG .....	10	<i>metronidazole vaginal</i> .....	63
MAVYRET TAB 100-40MG .....	10	<i>metyrosine</i> .....	31
<i>meclizine hcl</i> .....	59	<i>miconazole sodium</i> .....	6
<i>medroxyprogesterone acetate</i> .....	58	<i>microgestin 1/20</i> .....	53
<i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive)</i> .....	53	<i>microgestin 1.5/30</i> .....	53
<i>mefloquine hcl</i> .....	7	<i>microgestin fe 1/20</i> .....	54
<i>megestrol acetate</i> .....	15, 58	<i>microgestin fe 1.5/30</i> .....	53
<i>megestrol acetate (appetite)</i> .....	58	<i>midodrine hcl</i> .....	31
MEKINIST .....	21	MIEBO .....	74
MEKTOVI .....	21	<i>mifepristone (hyperglycemia)</i> .....	57
<i>meloxicam</i> .....	2	<i>mili</i> .....	54
<i>memantine hcl</i> .....	33	<i>mimvey</i> .....	56
MENACTRA INJ .....	69	<i>minocycline hcl</i> .....	13
MENQUADFI INJ.....	69	<i>minoxidil</i> .....	31
MENVEO INJ .....	69	<i>mirtazapine</i> .....	34
MENVEO SOL.....	69	<i>misoprostol</i> .....	61
<i>mercaptopurine</i> .....	14	MITIGARE .....	2
<i>meropenem</i> .....	5	M-M-R II INJ .....	68
<i>mesalamine</i> .....	60	M-NATAL PLUS TAB .....	71
<i>mesalamine w/ cleanser</i> .....	60	<i>modafinil</i> .....	46
MESNEX.....	24	<i>moexipril hcl</i> .....	26
<i>metformin hcl</i> .....	48	<i>molindone hcl</i> .....	37
<i>methadone hcl</i> .....	3	<i>mometasone furoate</i> .....	81
<i>methadone hydrochloride i</i> .....	3	MONJUVI .....	21
<i>methazolamide</i> .....	31	<i>mono-lynyah</i> .....	54
<i>methenamine hippurate</i> .....	5	<i>montelukast sodium</i> .....	76
<i>methimazole</i> .....	59	<i>morphine sulfate</i> .....	3
<i>methotrexate sodium</i> .....	14, 66	MOUNJARO .....	48
<i>methsuximide</i> .....	40	MOVANTIK .....	61
<i>methylphenidate hcl</i> .....	43, 44	<i>moxifloxacin hcl</i> .....	12
<i>methylprednisolone</i> .....	56	<i>moxifloxacin hcl (ophth)</i> .....	72
<i>methylprednisolone acetate</i> .....	56	<i>moxifloxacin hcl 400 mg/250ml in sodium chloride 0.8% inj</i> .....	12
<i>methylprednisolone sod succ</i> .....	56	MULTAQ.....	28
<i>methyltestosterone</i> .....	47	<i>multiple electrolytes ph 5.5</i> .....	70
<i>metoclopramide hcl</i> .....	59	<i>multiple electrolytes ph 7.4</i> .....	70
<i>metolazone</i> .....	31	<i>mupirocin</i> .....	79
<i>metoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i> .....	29	<i>mycophenolate mofetil</i> .....	68
		<i>mycophenolate sodium</i> .....	68

MYRBETRIQ.....	62	NICOTROL NS.....	47
<b>N</b>		<i>nifedipine</i> .....	30
<i>nabumetone</i> .....	2	<i>nikki</i> .....	54
<i>nadolol</i> .....	30	<i>nilutamide</i> .....	15
<i>nafcillin sodium</i> .....	13	<i>nimodipine</i> .....	30
NAGLAZYME.....	57	NINLARO.....	21
<i>nalbuphine hcl</i> .....	3	<i>nitazoxanide</i> .....	5
<i>naloxone hcl</i> .....	47	<i>nitisinone</i> .....	57
<i>naltrexone hcl</i> .....	47	NITRO-BID.....	32
NAMZARIC CAP 14-10MG.....	33	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> .....	5
NAMZARIC CAP 21-10MG.....	33	<i>nitrofurantoin monohyd macro</i> .....	5
NAMZARIC CAP 28-10MG.....	33	<i>nitroglycerin</i> .....	32
NAMZARIC CAP 7-10MG.....	33	<i>nitroglycerin (intra-anal)</i> .....	81
NAMZARIC CAP PACK.....	33	<i>nizatidine</i> .....	60
<i>naproxen</i> .....	2	<i>nora-be</i> .....	54
<i>naproxen sodium</i> .....	2	<i>norelgestromin-ethinyl estradiol td</i>	
<i>naratriptan hcl</i> .....	44	<i>ptwk 150-35 mcg/24hr</i> .....	54
NATACYN.....	72	<i>norethindrone (contraceptive)</i> .....	54
<i>nateglinide</i> .....	48	<i>norethindrone ace &amp; ethinyl estradiol-fe</i>	
NAYZILAM.....	41	<i>tab 1 mg-20 mcg</i> .....	54
<i>nebivolol hcl</i> .....	30	<i>norethindrone ace &amp; ethinyl estradiol</i>	
<i>necon 0.5/35-28</i> .....	54	<i>tab 1.5 mg-30 mcg</i> .....	54
<i>nefazodone hcl</i> .....	34	<i>norethindrone ace &amp; ethinyl estradiol</i>	
<i>neomycin-bacitrac zn-polymyx</i>		<i>tab 1 mg-20 mcg</i> .....	54
5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin	72	<i>norethindrone acetate</i> .....	58
<i>neomycin-polymy-gramicid op sol</i>		<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol</i>	
1.75-10000-0.025mg-unt-mg/ml ..	72	<i>tab 0.5 mg-2.5 mcg</i> .....	56
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone</i>		<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol</i>	
<i>ophth oint 0.1%</i> .....	72	<i>tab 1 mg-5 mcg</i> .....	56
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone</i>		<i>norethindrone ac-ethinyl estrad-fe tab</i>	
<i>ophth susp 0.1%</i> .....	72	1-20/1-30/1-35 mg-mcg.....	54
<i>neomycin-polymyxin-hc ophth susp</i> ..	72	<i>norgestimate &amp; ethinyl estradiol tab</i>	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic soln 1%</i>	74	0.25 mg-35 mcg.....	54
<i>neomycin-polymyxin-hc otic susp 3.5</i>		<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-</i>	
mg/ml-10000 unit/ml-1%.....	74	25/0.215-25/0.25-25 mg-mcg.....	54
<i>neomycin sulfate</i> .....	5	<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-</i>	
<i>neo-polycin 5(3.5)mg-400unt-</i>		35/0.215-35/0.25-35 mg-mcg.....	54
10000unt op oin.....	72	<i>norlyroc</i> .....	54
<i>neo-polycin hc ophth oint 1%</i> .....	72	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i> .....	54
NERLYNX.....	21	<i>nortrel 1/35 (21)</i> .....	54
<i>nevirapine</i> .....	8	<i>nortrel 1/35 (28)</i> .....	54
NEXLETOL.....	29	<i>nortrel 7/7/7</i> .....	54
NEXLIZET TAB 180/10MG.....	29	<i>nortriptyline hcl</i> .....	34
NEXPLANON.....	54	NORVIR.....	8
<i>niacin (antihyperlipidemic)</i> .....	29	NOVOLIN INJ 70/30.....	50
<i>nicardipine hcl</i> .....	30	NOVOLIN INJ 70/30 FP.....	50
NICOTROL INHALER.....	47	NOVOLIN N.....	50

NOVOLIN N FLEXPEN .....	50
NOVOLIN R .....	50
NOVOLIN R FLEXPEN .....	50
NOVOLOG MIX INJ 70/30 .....	50
NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN .....	50
NUBEQA .....	15
NUDEXTA CAP 20-10MG .....	45
NULOJIX .....	68
NUPLAZID .....	37
NURTEC.....	44
NUTRILIPID.....	71
NUZYRA.....	13
<i>nyamyc</i> .....	79
<i>nylia 1/35</i> .....	54
<i>nylia 7/7/7</i> .....	54
<i>nymyo</i> .....	54
<i>nystatin</i> .....	6
<i>nystatin (mouth-throat)</i> .....	82
<i>nystatin (topical)</i> .....	79
<i>nystop</i> .....	79
●	
<i>ocella</i> .....	54
OCTAGAM .....	67
<i>octreotide acetate</i> .....	58
ODEFSEY TAB.....	9
ODOMZO .....	21
OFEV .....	76
<i>ofloxacin (ophth)</i> .....	72
<i>ofloxacin (otic)</i> .....	74
OGIVRI.....	21
OGSIVEO .....	21
OJEMDA.....	21
OJJAARA.....	21
<i>olanzapine</i> .....	37
<i>olmesartan-amlodipine-</i> <i>hydrochlorothiazide tab 20-5-12.5</i> <i>mg</i> .....	27
<i>olmesartan-amlodipine-</i> <i>hydrochlorothiazide tab 40-10-12.5</i> <i>mg</i> .....	27
<i>olmesartan-amlodipine-</i> <i>hydrochlorothiazide tab 40-10-25 mg</i> .....	27
<i>olmesartan-amlodipine-</i> <i>hydrochlorothiazide tab 40-5-12.5</i> <i>mg</i> .....	27
<i>olmesartan-amlodipine-</i> <i>hydrochlorothiazide tab 40-5-25 mg</i> .....	27
<i>olmesartan medoxomil</i> .....	27
<i>olmesartan medoxomil-</i> <i>hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i> .....	27
<i>olmesartan medoxomil-</i> <i>hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i> .....	27
<i>olmesartan medoxomil-</i> <i>hydrochlorothiazide tab 40-25 mg</i> .	27
<i>omega-3-acid ethyl esters cap 1 gm</i> .	29
<i>omeprazole</i> .....	62
OMNIPOD 5 G6 KIT INTRO .....	50
OMNIPOD 5 G6 MIS PODS .....	50
OMNIPOD 5 G7 KIT INTRO .....	50
OMNIPOD 5 G7 MIS PODS .....	50
OMNIPOD DASH KIT INTRO.....	50
OMNIPOD DASH MIS PODS .....	50
OMNIPOD GO KIT 10UNT/DY .....	50
OMNIPOD GO KIT 15UNT/DY .....	50
OMNIPOD GO KIT 20UNT/DY .....	50
OMNIPOD GO KIT 25UNT/DY .....	50
OMNIPOD GO KIT 30UNT/DY .....	50
OMNIPOD GO KIT 35UNT/DY .....	50
OMNIPOD GO KIT 40UNT/DY .....	50
OMNIPOD MIS CLASSIC .....	50
<i>ondansetron</i> .....	59
<i>ondansetron hcl</i> .....	59
ONTRUZANT.....	21
ONUREG .....	14
ORGOVYX .....	15
ORKAMBI GRA 100-125 .....	76
ORKAMBI GRA 150-188 .....	76
ORKAMBI GRA 75-94MG .....	76
ORKAMBI TAB 100-125 .....	76
ORKAMBI TAB 200-125.....	76
ORSERDU .....	15
<i>oseltamivir phosphate</i> .....	10
<i>oxacillin sodium</i> .....	13
<i>oxaliplatin</i> .....	14
<i>oxcarbazepine</i> .....	41
<i>oxybutynin chloride</i> .....	62
<i>oxycodone hcl</i> .....	3, 4
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 10-</i> <i>325 mg</i> .....	4

<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 2.5-325 mg</i> .....	4	<i>phenelzine sulfate</i> .....	34
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 5-325 mg</i> .....	4	<i>phenobarbital</i> .....	41
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 7.5-325 mg</i> .....	4	<i>phenobarbital sodium</i> .....	41
OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE) ...	48	<i>phenytek</i> .....	41
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE)...	48	<i>phenytoin</i> .....	41
OZEMPIC (1MG/DOSE) .....	48	<i>phenytoin sodium</i> .....	41
OZEMPIC (2MG/DOSE) .....	48	<i>phenytoin sodium extended</i> .....	41
<b>P</b>		PHESGO SOL.....	21
<i>pacerone</i> .....	28	<i>philith</i> .....	54
<i>paclitaxel</i> .....	16	PIFELTRO .....	8
<i>paliperidone</i> .....	37	<i>pilocarpine hcl</i> .....	73
<i>pamidronate disodium</i> .....	51	<i>pilocarpine hcl (oral)</i> .....	82
PAMIDRONATE DISODIUM.....	51	<i>pimecrolimus</i> .....	82
PANRETIN .....	81	<i>pimozide</i> .....	37
<i>pantoprazole sodium</i> .....	62	<i>pimtrea</i> .....	54
PANZYGA .....	67	<i>pindolol</i> .....	30
<i>paricalcitol</i> .....	59	<i>pioglitazone hcl</i> .....	48
<i>paroxetine hcl</i> .....	34	<i>pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-500 mg</i> .....	48
PAXLOVID TAB 150-100.....	10	<i>pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-850 mg</i> .....	48
PAXLOVID TAB 300-100.....	10	<i>piperacillin sod-tazobactam na for inj 3.375 gm (3-0.375 gm)</i> .....	13
<i>pazopanib hcl</i> .....	21	<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 13.5 gm (12-1.5 gm)</i> .....	13
PEDIARIX INJ 0.5ML.....	69	<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 2.25 gm (2-0.25 gm)</i> .....	13
PEDVAX HIB .....	69	<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 4.5 gm (4-0.5 gm)</i> .....	13
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl-na sulfate for soln 236 gm</i> .....	61	<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 40.5 gm (36-4.5 gm)</i> .....	13
<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln 420 gm</i> .....	61	PIQRAY 200MG DAILY DOSE.....	21
PEGASYS .....	10	PIQRAY 250MG TAB DOSE.....	21
PEMAZYRE .....	21	PIQRAY 300MG DAILY DOSE.....	21
<i>pemetrexed disodium</i> .....	14	<i>pirfenidone</i> .....	76, 77
PENBRAYA INJ .....	69	<i>piroxicam</i> .....	2
<i>penicillamine</i> .....	51	<i>plenamine</i> .....	71
<i>penicillin g potassium</i> .....	13	PLENVU SOL.....	61
<i>penicillin g sodium</i> .....	13	<i>podofilox</i> .....	82
<i>penicillin v potassium</i> .....	13	<i>polycin ophth oint</i> .....	72
PENTACEL INJ .....	69	<i>polymyxin b sulfate</i> .....	5
<i>pentamidine isethionate inh</i> .....	5	<i>polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml-0.1%</i> .....	72
<i>pentamidine isethionate inj</i> .....	5	POMALYST .....	16
<i>pentoxifylline</i> .....	64	<i>portia-28</i> .....	54
<i>perindopril erbumine</i> .....	26	<i>posaconazole</i> .....	6
<i>perio gard</i> .....	82	<i>potassium chloride</i> .....	70, 71
<i>permethrin</i> .....	82		
<i>perphenazine</i> .....	37		
<i>pfizerpen</i> .....	13		

<i>potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% inj</i> .....	70	PROGRAF .....	68
<i>potassium chloride microencapsulated crystals er</i> .....	71	PROLASTIN-C .....	77
<i>potassium citrate (alkalinizer)</i> .....	62	PROLIA .....	51
POT CHL 20MEQ/L IN NAACL 0.45% INJ .....	70	<i>promethazine hcl</i> .....	59, 60
POT CHL 20MEQ/L IN NAACL 0.9% INJ .....	70	<i>propafenone hcl</i> .....	28
POT CHL 40MEQ/L IN NAACL 0.9% INJ .....	70	<i>proparacaine hcl</i> .....	74
<i>pramipexole dihydrochloride</i> .....	35	<i>propranolol hcl</i> .....	30
<i>prasugrel hcl</i> .....	64	<i>propylthiouracil</i> .....	59
<i>pravastatin sodium</i> .....	28	PROQUAD INJ.....	69
<i>praziquantel</i> .....	5	PROSOL INJ 20%.....	71
<i>prazosin hcl</i> .....	26	<i>protriptyline hcl</i> .....	34
<i>prednisolone</i> .....	56	PULMOZYME.....	77
<i>prednisolone acetate (ophth)</i> .....	73	PURIXAN.....	14
PREDNISOLONE SODIUM PHOSP.....	73	<i>pyrazinamide</i> .....	9
<i>prednisolone sodium phosphate</i> .....	56	<i>pyridostigmine bromide</i> .....	45
<i>prednisone</i> .....	56	<i>pyrimethamine</i> .....	5
PREDNISONE INTENSOL.....	56	<b>Q</b>	
<i>pregabalin</i> .....	41	QINLOCK .....	21
PREHEVBRIO.....	69	QUADRACEL INJ.....	69
PREMASOL SOL 10%.....	71	QUADRACEL INJ 0.5ML.....	69
PRENATAL TAB 27-1MG.....	71	<i>quetiapine fumarate</i> .....	37
PRENATAL TAB PLUS.....	71	<i>quinapril hcl</i> .....	26
<i>prevalite</i> .....	29	<i>quinidine sulfate</i> .....	28
PREVYMIS.....	10	<i>quinine sulfate</i> .....	7
PREZCOBIX TAB 800-150.....	9	QULIPTA.....	44
PREZISTA.....	8	<b>R</b>	
PRIFTIN.....	9	RABAVERT INJ.....	69
<i>primaquine phosphate</i> .....	7	<i>raloxifene hcl</i> .....	58
PRIMAQUINE PHOSPHATE.....	7	<i>ramipril</i> .....	26
<i>primidone</i> .....	41	<i>ranolazine</i> .....	32
PRIORIX INJ.....	69	<i>rasagiline mesylate</i> .....	35
PRIVIGEN.....	67	<i>reclipsen</i> .....	54
<i>probenecid</i> .....	2	RECOMBIVAX HB.....	69
<i>prochlorperazine</i> .....	59	REGRANEX.....	82
<i>prochlorperazine edisylate</i> .....	59	RELENZA DISKHALER.....	10
<i>prochlorperazine maleate</i> .....	59	RELISTOR.....	61
PROCRIT.....	63	REMICADE.....	66
<i>proctocort</i> .....	82	RENFLXIS.....	66
<i>procto-med hc</i> .....	82	<i>repaglinide</i> .....	48, 49
<i>proctosol hc</i> .....	82	REPATHA.....	29
<i>proctozone-hc</i> .....	82	REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM.....	29
<i>progesterone</i> .....	58	REPATHA SURECLICK.....	29
		RESTASIS.....	74
		RESTASIS MULTIDOSE.....	74
		RETEVMO.....	21
		REXULTI.....	37
		REYATAZ.....	8

REZLIDHIA.....	22	<i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension)</i> .....	32
REZUROCK.....	68	<i>silver sulfadiazine</i> .....	79
RHOPRESSA .....	73	SIMBRINZA SUS 1-0.2%.....	73
<i>ribavirin (hepatitis c)</i> .....	10	<i>simliya</i> .....	54
<i>rifabutin</i> .....	9	<i>simvastatin</i> .....	28
<i>rifampin</i> .....	9	<i>sirolimus</i> .....	68
<i>riluzole</i> .....	45	SIRTURO .....	9
<i>rimantadine hydrochloride</i> .....	10	SKYRIZI.....	66
RINVOQ.....	66	SKYRIZI PEN .....	66
RINVOQ LQ .....	66	<i>sodium chloride</i> .....	70
<i>risperidone</i> .....	37, 38	<i>sodium chloride (gu irrigant)</i> .....	82
<i>risperidone microspheres</i> .....	38	<i>sodium fluoride chew; tab; 1.1 (0.5 f) mg/ml soln</i> .....	71
<i>ritonavir</i> .....	8	SODIUM OXYBATE.....	46
<i>rivastigmine</i> .....	33	<i>sodium phenylbutyrate</i> .....	58
<i>rivastigmine tartrate</i> .....	33	<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i> .....	51
<i>rizatriptan benzoate</i> .....	44	<i>sod sulfate-pot sulf-mg sulf oral sol 17.5-3.13-1.6 gm/177ml</i> .....	61
ROCKLATAN DRO .....	73	<i>solifenacin succinate</i> .....	62
<i>roflumilast</i> .....	77	SOLIQUA INJ 100/33 .....	50
<i>ropinirole hydrochloride</i> .....	35	SOLTAMOX.....	15
<i>rosuvastatin calcium</i> .....	28	SOLU-CORTEF .....	56
ROTARIX SUS.....	69	SOMATULINE DEPOT .....	58
ROTATEQ SOL .....	69	SOMAVERT.....	58
<i>roweepra</i> .....	41	<i>sorafenib tosylate</i> .....	22
ROZLYTREK.....	22	<i>sotalol hcl</i> .....	28
RUBRACA.....	22	<i>sotalol hcl (afib/afl)</i> .....	28
<i>rufinamide</i> .....	41	SOTYKTU .....	66
RUKOBIA .....	8	<i>spironolactone</i> .....	26
RYBELSUS.....	49	<i>spironolactone &amp; hydrochlorothiazide tab 25-25 mg</i> .....	31
RYDAPT .....	22	<i>sprintec 28</i> .....	54
<b>S</b>		SPRITAM.....	41
<i>sajazir</i> .....	64	SPRYCEL.....	22
SANDIMMUNE.....	68	<i>sps</i> .....	51
SANTYL .....	82	<i>sronyx</i> .....	54
<i>sapropterin dihydrochloride</i> .....	58	<i>ssd</i> .....	79
SCEMBLIX.....	22	STELARA.....	66
<i>scopolamine</i> .....	60	STIVARGA.....	22
SECUADO .....	38	<i>streptomycin sulfate</i> .....	5
<i>selegiline hcl</i> .....	35	STRIBILD TAB .....	9
<i>selenium sulfide</i> .....	79	<i>subvenite</i> .....	41
SELZENTRY.....	8	<i>sucalfate</i> .....	61
SEREVENT DISKUS.....	75	<i>sulfacetamide sodium (acne)</i> .....	79
<i>sertraline hcl</i> .....	34	<i>sulfacetamide sodium (ophth)</i> .....	72
<i>setlakin</i> .....	54		
<i>sharobel</i> .....	54		
SHINGRIX .....	69		
SIGNIFOR .....	58		

<i>sulfacetamide sodium-prednisolone</i>	
<i>ophth soln 10-0.23(0.25)%</i> .....	72
<i>sulfadiazine</i> .....	5
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim iv soln</i>	
400-80 mg/5ml .....	5
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim susp</i>	
200-40 mg/5ml .....	6
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab</i>	
400-80 mg .....	6
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab</i>	
800-160 mg .....	6
SULFAMYLON .....	79
<i>sulfasalazine</i> .....	60
<i>sulindac</i> .....	2
<i>sumatriptan</i> .....	44
<i>sumatriptan succinate</i> .....	44, 45
<i>sunitinib malate</i> .....	22
SUNLENCA .....	8
<i>syeda</i> .....	55
SYMDEKO TAB 100-150 .....	77
SYMDEKO TAB 50-75MG .....	77
SYMPAZAN .....	41
SYMTUZA TAB .....	9
SYNAREL .....	58
SYNJARDY TAB 12.5-1000MG .....	49
SYNJARDY TAB 12.5-500 .....	49
SYNJARDY TAB 5-1000MG .....	49
SYNJARDY TAB 5-500MG .....	49
SYNJARDY XR TAB 10-1000 .....	49
SYNJARDY XR TAB 12.5-1000 .....	49
SYNJARDY XR TAB 25-1000 .....	49
SYNJARDY XR TAB 5-1000MG .....	49
SYNTHROID .....	59
<b>T</b>	
TABLOID .....	15
TABRECTA .....	22
<i>tacrolimus</i> .....	68
<i>tacrolimus (topical)</i> .....	82
<i>tadalafil</i> .....	62
<i>tadalafil (pulmonary hypertension)</i> ...	32
TAFINLAR .....	22
TAGRISSE .....	22
TALZENNA .....	22
<i>tamoxifen citrate</i> .....	15
<i>tamsulosin hcl</i> .....	62
<i>tarina fe 1/20 eq</i> .....	55
TASIGNA .....	22
<i>tasimelteon</i> .....	44
TAVNEOS .....	64
<i>tazarotene</i> .....	80
<i>tazicef</i> .....	11
TAZORAC .....	80
TAZVERIK .....	23
TDVAX INJ 2-2 LF .....	69
TECENTRIQ .....	23
TEFLARO .....	11
<i>telmisartan</i> .....	27
<i>temazepam</i> .....	44
TENIVAC INJ 5-2LF .....	69
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> .....	8
TEPMETKO .....	23
<i>terazosin hcl</i> .....	26
<i>terbinafine hcl</i> .....	7
<i>terbutaline sulfate</i> .....	75
<i>terconazole vaginal</i> .....	63
TERIPARATIDE .....	51
<i>testosterone</i> .....	47
<i>testosterone cypionate</i> .....	47
<i>testosterone enanthate</i> .....	47
<i>tetrabenazine</i> .....	45
<i>tetracycline hcl</i> .....	13
THALOMID .....	16
<i>theophylline</i> .....	77
<i>thioridazine hcl</i> .....	38
<i>thiothixene</i> .....	38
<i>tiadylt er</i> .....	30
<i>tiagabine hcl</i> .....	41
TIBSOVO .....	23
TICOVAC .....	69
<i>tigecycline</i> .....	13
<i>tilia fe</i> .....	55
<i>timolol maleate</i> .....	30
<i>timolol maleate (ophth)</i> .....	73
<i>tinidazole</i> .....	6
TIVICAY .....	8
TIVICAY PD .....	8
<i>tizanidine hcl</i> .....	46
TOBI PODHALER .....	6
TOBRADEX OIN 0.3-0.1% .....	72
TOBRADEX ST SUS 0.3-0.05 .....	72
<i>tobramycin</i> .....	6
<i>tobramycin (ophth)</i> .....	72
<i>tobramycin-dexamethasone ophth susp</i>	
0.3-0.1% .....	72

<i>tobramycin sulfate</i> .....	6	TRIJARDY XR TAB ER 24HR 25-5-1000MG .....	49
<i>tolterodine tartrate</i> .....	62	TRIJARDY XR TAB ER 24HR 5-2.5-1000MG .....	49
<i>topiramate</i> .....	41, 42	TRIKAFTA PAK 59.5MG .....	77
<i>toremifene citrate</i> .....	15	TRIKAFTA PAK 75MG .....	77
<i>torseamide</i> .....	31	TRIKAFTA TAB 100-50-75MG & 150MG .....	77
TOUJEO MAX SOLOSTAR .....	50	TRIKAFTA TAB 50-25-37.5MG & 75MG .....	77
TOUJEO SOLOSTAR .....	50	<i>tri-legend fe</i> .....	55
TPN ELECTROL INJ .....	71	<i>tri-linyah</i> .....	55
TRADJENTA .....	49	<i>tri-lo-estarylla</i> .....	55
<i>tramadol-acetaminophen tab 37.5-325 mg</i> .....	4	<i>tri-lo-marzia</i> .....	55
<i>tramadol hcl</i> .....	4	<i>tri-lo-mili</i> .....	55
<i>trandolapril</i> .....	26	<i>tri-lo-sprintec</i> .....	55
<i>tranexamic acid</i> .....	64	<i>trimethoprim</i> .....	6
<i>tranylcypramine sulfate</i> .....	34	<i>tri-mili</i> .....	55
TRAVASOL INJ 10% .....	71	<i>trimipramine maleate</i> .....	34
TRAZIMERA .....	23	TRINTELLIX .....	34
<i>trazodone hcl</i> .....	34	<i>tri-nymyo</i> .....	55
TRECTOR .....	9	<i>tri-sprintec</i> .....	55
TRELEGY AER ELLIPTA 100-62.5-25 MCG .....	74	TRIUMEQ PD TAB .....	9
TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25 MCG .....	74	TRIUMEQ TAB .....	9
TREMFYA .....	66	<i>trivora-28</i> .....	55
<i>treprostinil</i> .....	32	<i>tri-vylibra</i> .....	55
TRESIBA .....	51	<i>tri-vylibra lo</i> .....	55
TRESIBA FLEXTOUCH .....	51	TROGARZO .....	8
<i>tretinoin</i> .....	79	TROPHAMINE INJ 10% .....	71
<i>tretinoin (chemotherapy)</i> .....	16	<i>trospium chloride</i> .....	62
<i>triamcinolone acetonide (mouth)</i> .....	82	TRULICITY .....	49
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> .....	81	TRUMENBA INJ .....	69
<i>triamterene &amp; hydrochlorothiazide cap 37.5-25 mg</i> .....	31	TRUQAP .....	23
<i>triamterene &amp; hydrochlorothiazide tab 37.5-25 mg</i> .....	31	TRUXIMA .....	23
<i>triamterene &amp; hydrochlorothiazide tab 75-50 mg</i> .....	31	TUKYSA .....	23
<i>triderm</i> .....	81	TURALIO .....	23
<i>trientine hcl</i> .....	51	<i>turqoz</i> .....	55
<i>tri-estarylla</i> .....	55	<i>twice-daily clindamycin phosphate (topical)</i> .....	79
<i>trifluoperazine hcl</i> .....	38	TWINRIX INJ .....	69
<i>trifluridine</i> .....	72	TYBOST .....	8
<i>trihexyphenidyl hcl</i> .....	35	TYENNE .....	66
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 10-5-1000MG .....	49	TYPHIM VI .....	69
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 12.5-2.5-1000MG .....	49	<b>U</b>	
		UBRELVY .....	45
		<i>unithroid</i> .....	59
		<i>ursodiol</i> .....	61



<b>V</b>	
<i>valacyclovir hcl</i> .....	10
VALCHLOR .....	82
<i>valganciclovir hcl</i> .....	10
<i>valproate sodium</i> .....	42
<i>valproic acid</i> .....	42
<i>valsartan</i> .....	27
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-12.5 mg</i> .....	27
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-25 mg</i> .....	27
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-12.5 mg</i> .....	27
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-25 mg</i> .....	27
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg</i> .....	27
VALTOCO 10 MG DOSE .....	42
VALTOCO 15 MG DOSE .....	42
VALTOCO 20 MG DOSE .....	42
VALTOCO 5 MG DOSE .....	42
<i>vancomycin hcl</i> .....	6
VANCOMYCIN INJ 1 GM .....	6
VANCOMYCIN INJ 500MG .....	6
VANCOMYCIN INJ 750MG .....	6
VANFLYTA .....	23
VAQTA .....	69
<i>varenicline tartrate</i> .....	47
<i>varenicline tartrate tab 11 x 0.5 mg &amp; 42 x 1 mg start pack</i> .....	47
VARIVAX .....	69
VASCEPA .....	29
<i>velivet</i> .....	55
VELSIPITY .....	66
VENCLEXTA .....	23
VENCLEXTA TAB START PK .....	23
<i>venlafaxine hcl</i> .....	34
VENTOLIN HFA .....	76
VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK) .....	76
VEOZAH .....	58
<i>verapamil hcl</i> .....	30
VERQUVO .....	32
VERSACLOZ .....	38
VERZENIO .....	23
<i>vestura</i> .....	55
<i>vienva</i> .....	55
<i>vigabatrin</i> .....	42
<i>vigadrone</i> .....	42
<i>vigoder</i> .....	42
<i>vilazodone hcl</i> .....	34
<i>vincristine sulfate</i> .....	17
<i>vinorelbine tartrate</i> .....	17
<i>viorele</i> .....	55
VIRACEPT .....	8
VIREAD .....	8
VITRAKVI .....	23
VIVITROL .....	47
VIZIMPRO .....	23
VONJO .....	23
<i>voriconazole</i> .....	7
VOSEVI TAB .....	10
VOWST CAP .....	61
VRAYLAR .....	38
<i>vyfemla</i> .....	55
<i>vylibra</i> .....	55
VYZULTA .....	73
<b>W</b>	
<i>warfarin sodium</i> .....	63
<i>water for irrigation, sterile irrigation soln</i> .....	82
WELIREG .....	16
<i>wera</i> .....	55
WESTAB PLUS TAB 27-1MG .....	71
<i>wixela inhub</i> .....	78
<b>X</b>	
XALKORI .....	23
XARELTO .....	63
XARELTO STAR TAB 15/20MG .....	63
XATMEP .....	66
XCOPRI .....	42
XCOPRI PAK 100-150 .....	42
XCOPRI PAK 12.5-25 .....	42
XCOPRI PAK 150-200MG (MAINTENANCE) .....	42
XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION) .....	42
XCOPRI PAK 50-100MG .....	42
XDEMVEY .....	72
XELJANZ .....	66
XELJANZ XR .....	66
XERMELO .....	61
XGEVA .....	51
XHANCE .....	77

XIFAXAN.....	61	ZEJULA.....	24
XIGDUO XR TAB 10-1000.....	49	ZELBORAF.....	24
XIGDUO XR TAB 10-500MG.....	49	ZEMAIRA.....	77
XIGDUO XR TAB 2.5-1000.....	49	<i>zenatane</i> .....	79
XIGDUO XR TAB 5-1000MG.....	49	ZENPEP CAP 10000UNT.....	62
XIGDUO XR TAB 5-500MG.....	49	ZENPEP CAP 15000UNT.....	62
XIIDRA.....	74	ZENPEP CAP 20000UNT.....	62
XOLAIR.....	77	ZENPEP CAP 25000UNT.....	62
XOSPATA.....	24	ZENPEP CAP 3000UNIT.....	61
XPOVIO PAK (100 MG ONCE WEEKLY)		ZENPEP CAP 40000UNT.....	62
.....	24	ZENPEP CAP 5000UNIT.....	62
XPOVIO PAK (40 MG ONCE WEEKLY)	24	ZENPEP CAP 60000UNT.....	62
XPOVIO PAK (40 MG TWICE WEEKLY)		ZERVIAE.....	73
.....	24	<i>zidovudine</i> .....	8
XPOVIO PAK (60 MG ONCE WEEKLY)	24	<i>ziprasidone hcl</i> .....	38
XPOVIO PAK (60 MG TWICE WEEKLY)		<i>ziprasidone mesylate</i> .....	38
.....	24	ZIRABEV.....	24
XPOVIO PAK (80 MG ONCE WEEKLY)	24	ZIRGAN.....	73
XPOVIO PAK (80 MG TWICE WEEKLY)		<i>zoledronic acid</i> .....	51
.....	24	ZOLINZA.....	24
XTANDI.....	15, 16	<i>zolpidem tartrate</i> .....	44
<i>xulane</i> .....	55	ZONISADE.....	42
XULTOPHY INJ 100/3.6.....	51	<i>zonisamide</i> .....	42
<b>Y</b>		<i>zovia 1/35</i> .....	55
YF-VAX INJ.....	69	ZTALMY.....	42
<i>yuvaferm</i> .....	56	<i>zumandimine</i> .....	55
<b>Z</b>		ZURZUVAE.....	34
<i>zafemy</i> .....	55	ZYDELIG.....	24
<i>zafirlukast</i> .....	76	ZYKADIA.....	24
ZARXIO.....	63	ZYLET SUS 0.5-0.3%.....	72
ZEGALOGUE.....	57	ZYPREXA RELPREVV.....	38

Este Formulario se actualizó el 28 de agosto de 2024. 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 consultar [sharpmedicareadvantage.com](https://www.sharpmedicareadvantage.com).

# Multi-Language Insert

## Multi-language Interpreter Services

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-855-562-8853. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

**Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-855-562-8853. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-855-562-8853。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

**Chinese Cantonese:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-855-562-8853。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-855-562-8853. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-855-562-8853. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-855-562-8853 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-855-562-8853. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-855-562-8853 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-855-562-8853. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**Arabic:** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-855-562-8853. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-855-562-8853 पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-855-562-8853. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portuguese:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-855-562-8853. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-855-562-8853. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-855-562-8853. Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-855-562-8853 にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。

# SHARP Health Plan

Considérenos su asistente personal de atención de salud®

[sharpmedicareadvantage.com](https://sharpmedicareadvantage.com)

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