

**CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced,
Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus
siglas en inglés)
Formulario 2024
(Lista de medicamentos cubiertos)**

**LEA LA SIGUIENTE NOTA: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN
ACERCA DE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN**

ID de envío del archivo de formulario aprobado por HPMS 00024267, número de versión 11

Este formulario se actualizó el 01/04/2024. Para obtener información más reciente u otras preguntas, comuníquese con el Servicio para miembros de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO) al 1-888-970-0917 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo y las 24 horas del día, los 7 días de la semana, de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre o visite carefirst.com/medicareadvantage.

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es el nombre comercial de CareFirst Advantage, Inc., licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® y los símbolos de la Cruz y el Escudo son marcas de servicio registradas de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross y Blue Shield.

Y0154_H6067_MA1501_C

SUM MA01501 SPN (04/24)

March 1, 2024

Nota para los miembros existentes: Este formulario ha cambiado desde el año pasado. Revise este documento para asegurarse de que aún contenga los medicamentos que toma.

Cuando esta lista de medicamentos (formulario) se refiere a "nosotros", "nos" o "nuestro", significa CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO). La referencia al "plan" o "nuestro plan" significa CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage.

Este documento incluye una lista de los medicamentos (formulario) de nuestro plan que está vigente al 01/04/2024. Para obtener un formulario actualizado, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario, aparece en la portada y en la contraportada.

Por lo general, debe usar las farmacias de la red para usar su beneficio de medicamentos recetados. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias o los copagos/coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2024 y de vez en cuando durante el año.

¿Qué es el formulario CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO)?

Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO) en consulta con un equipo de proveedores de atención médica, que representa las terapias recetadas que se cree que son una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO) generalmente cubrirá los medicamentos enumerados en nuestro formulario siempre que el medicamento sea medicamento necesario, la receta se surta en una farmacia de la red CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO) y se sigan otras reglas del plan. Para obtener más información sobre cómo surtir sus recetas, consulte su Evidencia de Cobertura.

¿Puede cambiar el formulario (lista de medicamentos)?

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurren el 1 de enero, pero nosotros podemos agregar o eliminar medicamentos a la Lista de medicamentos durante el año, moverlos a diferentes niveles de costo compartido o agregar nuevas restricciones. Debemos seguir las reglas de Medicare al realizar estos cambios.

Cambios que pueden afectarle este año: En los siguientes casos, se verá afectado por los cambios de cobertura durante el año:

- **Medicamentos genéricos nuevos.** Podremos remover de inmediato un medicamento de marca de su lista de medicamentos si lo reemplazamos con un nuevo medicamento genérico, que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel inferior y con las mismas o menos restricciones. O, al agregar el nuevo medicamento genérico, podrá decidir mantener el medicamento de marca en su lista de medicamentos, pero moverlo inmediatamente a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones. Si actualmente está tomando ese medicamento de marca, es posible que no se le informe con anticipación antes de realizar ese cambio, pero luego se le proporcionará información sobre los cambios específicos realizados.
 - Si hacemos un cambio de este tipo, usted o su médico pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. El aviso que le brindamos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y puede encontrar información en la sección a continuación titulada "¿Cómo solicitar una excepción al formulario de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO)?"

- **Medicamentos retirados del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos considera que un medicamento de su formulario no es seguro o el fabricante del medicamento lo retira del mercado, lo eliminaremos inmediatamente de su formulario y notificaremos a los afiliados que lo tomen.
- **Otros cambios.** Es posible que realicemos otros cambios que afecten a los afiliados que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca actualmente en el formulario; o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o moverlo a un nivel de costo compartido diferente o ambos. O podemos hacer cambios basados en nuevas normas clínicas. Si eliminamos medicamentos de nuestro formulario, o agregamos una autorización previa, límites de cantidad o restricciones de terapia escalonada en un medicamento o cambiamos un medicamento a un nivel de costo compartido más alto, debemos notificar el cambio a los afiliados afectados por lo menos 30 días antes de que el cambio entre en vigor, o en el momento en que el afiliado solicita una repetición de una receta del medicamento, momento en el que el afiliado recibirá un suministro de 30 días del medicamento.
 - Si realizamos estos otros cambios, usted o su médico pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. El aviso que le brindamos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y también puede encontrar información en la sección a continuación titulada "¿Cómo solicitar una excepción al formulario de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO)?"

Cambios que no le afectarán si actualmente está tomando el medicamento. Por lo general, si está tomando un medicamento de nuestro formulario de 2024 que estaba cubierto al comienzo del año, no descontinuaremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2024, excepto como se describe anteriormente. Esto significa que estos medicamentos seguirán estando disponibles al mismo costo compartido y sin nuevas restricciones para los afiliados que los tomen durante el resto del año de cobertura. Durante este año usted no recibirá notificación directa sobre cambios que no le afecten. Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, dichos cambios lo afectarían, y es importante que consulte la Lista de medicamentos para el nuevo año de vigencia de los beneficios para ver si hay cambios en los medicamentos.

El formulario adjunto está vigente a la fecha del formulario 01/04/2024. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO), comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece detallada en la portada y contraportada. En caso de que se produzcan cambios en el formulario que no sean de mantenimiento a mitad de año, los formularios se actualizarán mensualmente y se publicarán en nuestro sitio web.

¿Cómo utilizo el formulario?

Hay dos formas de encontrar su medicamento en el formulario:

Condición médica

El formulario comienza en la página 9. Los medicamentos de este formulario se agrupan en categorías según el tipo de condiciones médicas para las que se usan. Por ejemplo, los medicamentos que se usan para tratar una afección cardíaca se enumeran en la categoría "Cardiovascular". Si sabe para qué se usa el medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en 9. Luego, busque debajo del nombre de la categoría de su medicamento.

Listado por orden alfabético

Si no está seguro de en qué categoría buscar, debe buscar el medicamento en el índice que comienza en la página 138. El índice brinda una lista por orden alfabético de todos los medicamentos incluidos en este documento. Tanto los medicamentos de marca como los genéricos se enumeran en el Índice. Busque en el índice y encuentre su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de página donde puede encontrar información sobre la cobertura. Vaya a la página que aparece en el Índice y busque el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO) cubre tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) por tener el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. En general, los medicamentos genéricos cuestan menos que los medicamentos de marca.

¿Existe alguna restricción en mi cobertura?

Algunos medicamentos cubiertos pueden contar con requisitos adicionales o límites en la cobertura. Estos requisitos y límites pueden incluir:

- **Autorización previa:** CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO) requiere que usted o su médico obtengan una autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que deberá obtener la aprobación de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO) antes de surtir sus recetas. Si no obtiene la aprobación, es posible que CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO) no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad:** Para ciertos medicamentos, CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO) limita la cantidad del medicamento cubierto por CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO). Por ejemplo, CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO) proporciona 30 tabletas por 30 días por receta de rosuvastatina. Esto puede ser adicional al suministro estándar para uno o tres meses.
- **Terapia escalonada:** En algunos casos, CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO) requiere que primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su condición médica antes de cubrir otro medicamento para esa condición. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan su condición médica, CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO) puede no cubrir el medicamento B a menos que pruebe primero el medicamento A. Si el Medicamento A no le funciona, CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO) cubrirá el Medicamento B.

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

Puede pedirle a CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO) que haga una excepción a estas restricciones o límites o que le brinde una lista de otros medicamentos similares que puede usar para tratar su afección médica. Consulte la sección, "¿Cómo solicitar una excepción al formulario de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO)?" en la página 5 para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Qué pasa si mi medicamento no está en el formulario?

Si su medicamento no está incluido en este formulario (lista de medicamentos cubiertos), primero debe comunicarse con Servicios para el Afiliado y preguntar si su medicamento está cubierto.

Si se entera de que CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO) no cubre su medicamento, tiene dos opciones:

- Puede solicitar a Servicios para el Afiliado una lista de medicamentos similares cubiertos por CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO). Cuando reciba la lista, muéstrsela a su médico y solicítele que le recete un medicamento similar cubierto por CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO).
- Puede solicitarle a CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO) que haga una excepción y cubra su medicamento. Vea a continuación la información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo solicitar una excepción al formulario de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO)?

Puede solicitarle a CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO) que haga una excepción a nuestras reglas de cobertura. Existen varios tipos de excepciones que puede solicitar.

- Puede solicitar que cubramos un medicamento incluso si no está en nuestro formulario. Si es aprobado, este medicamento estará cubierto a un nivel de costo compartido predeterminado y no podrá solicitar que le brindemos el medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.
- Puede solicitar que cubramos un medicamento del formulario a un nivel de costo compartido más bajo, a menos que el medicamento esté en el nivel de especialidad. Si es aprobado, esto reduciría la cantidad que usted debe pagar por su medicamento.
- Puede solicitar que eliminemos las restricciones o límites de cobertura de su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO) limita la cantidad del medicamento cubierto. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede solicitar que no apliquemos el límite y que se cubre una cantidad mayor.

Por lo general, CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO) sólo aprobará su solicitud de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan, el medicamento de menor

costo compartido o las restricciones de utilización adicional no resultarían ser tan eficaces en el tratamiento de su afección y/o causarían efectos médicos adversos.

Debe comunicarse con nosotros para solicitarnos una decisión de cobertura inicial para un formulario, nivel o excepción de restricción de uso. **Cuando solicita un formulario, nivel o excepción de restricción de uso, debe enviar una declaración de su médico o prescriptor que respalde su solicitud.** Por lo general, debemos tomar nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo de su médico. Puede solicitar una excepción expedita (rápida) si usted o su médico creen que su salud podría verse gravemente dañada si espera hasta 72 horas por una decisión. Si se concede su solicitud de excepción expedita, debemos darle una decisión a más tardar 24 horas después de recibir una declaración de respaldo de su médico u otro prescriptor.

¿Qué hago antes de poder hablar con mi médico sobre cambiar mis medicamentos o solicitar una excepción?

Como afiliado nuevo o continuo de nuestro plan, es posible que esté tomando medicamentos que no se encuentran en nuestro formulario. O puede estar tomando un medicamento que está en nuestro formulario, pero su capacidad para obtenerlo es limitada. Por ejemplo, es posible que necesite una autorización previa de nuestra parte antes de poder surtir su receta. Debe hablar con su médico para decidir si debe cambiar a un medicamento apropiado cubierto por nosotros o solicitar un formulario de excepción para que cubramos el medicamento. Mientras habla con su médico para determinar el curso de acción correcto para usted, es posible que cubramos su medicamento en ciertos casos durante los primeros 90 días en que sea afiliado de nuestro plan.

Para cada uno de sus medicamentos que no esté en nuestro formulario o si su capacidad para obtener sus medicamentos es limitada, cubriremos un suministro temporal de 30 días. Si su receta es para menos días, permitiremos repeticiones de una receta para proporcionar un suministro máximo de medicamentos de 30 días. Después de su primer suministro de 30 días, no pagaremos estos medicamentos, incluso si ha sido afiliado del plan por menos de 90 días.

Si usted es residente de un centro de atención a largo plazo y necesita un medicamento que no está en nuestro formulario, o si su capacidad para obtener sus medicamentos es limitada pero ha pasado los primeros 90 días de afiliación en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de ese medicamento mientras busca una excepción al formulario.

Si experimenta un cambio en el nivel de atención (como ser dado de alta o admitido en un centro de atención a largo plazo), su médico o farmacia pueden solicitar una anulación de receta por única vez. Esta única prórroga le proporcionará cobertura temporal (hasta 31 días de suministro) para los medicamento(s) aplicable(s).

Para obtener más información

Para obtener información más detallada sobre su cobertura de medicamentos con receta de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO), consulte la Evidencia de cobertura y otros materiales del plan.

Si tiene preguntas sobre CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO), comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario, aparece en la portada y en la contraportada.

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

Formulario de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO)

El formulario a continuación brinda información sobre la cobertura de los medicamentos cubiertos por CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO). Si tiene problemas para encontrar el medicamento en la lista, consulte el índice que comienza en la página 138.

La primera columna del cuadro muestra el nombre del medicamento. *Las marcas están en mayúscula (por ejemplo, SYNTHROID) y los medicamentos genéricos están en cursiva minúscula (por ejemplo, levotiroxina).*

La información en la columna Requisitos/Límites le dice si CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO) tiene algún requisito especial para la cobertura de su medicamento.

La segunda columna, “Nivel del medicamento”, le indicará en qué niveles de copago figuran los medicamentos con receta cubiertos. Los montos de copago y los porcentajes de coseguro varían para cada nivel. Consulte la Evidencia de Cobertura de su plan para conocer los montos de copagos y coseguros aplicables.

- Nivel 1 - genérico preferido: es el nivel más bajo e incluye medicamentos genéricos preferidos y puede incluir algunos medicamentos de marca.
- Nivel 2 - genérico: incluye medicamentos genéricos y puede incluir algunos medicamentos de marca.
- Nivel 3 - marca preferida: incluye medicamentos de marca preferida y medicamentos genéricos no preferidos.
- Nivel 4 - medicamento no preferido: incluye medicamentos genéricos y de marca no preferidos.
- Nivel 5 - especializado: es el nivel más alto e incluye medicamentos genéricos y de marca de alto costo.

La información en la columna Requisitos/Límites le dice si CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Enhanced (HMO) tiene algún requisito especial para la cobertura de su medicamento. A continuación se describen los acrónimos mencionados en la columna Requisitos/Límites.

PA – Autorización previa: Nuestro plan requiere que usted o su proveedor obtengan autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que usted necesitará obtener nuestra aprobación antes de recoger sus recetas. Si no recibe esta aprobación, puede que no cubramos su medicamento.

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

ST – Terapia escalonada: En algunos casos, requerimos que primero pruebe algunos medicamentos para tratar su afección médica antes de que podamos cubrir el costo de otro medicamento para esa condición. Por ejemplo, si un medicamento A y un medicamento B tratan su afección médica, es posible que no cubramos el medicamento B a menos que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le funciona, entonces le cubriremos el medicamento B.

NM - No disponible para venta por correo: Este medicamento no está disponible a través de pedido por correo a la farmacia.

LA – Acceso limitado: Esta receta puede estar disponible únicamente en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte su Directorio de farmacias o llame a Servicios para miembros de CVS al 1-888-970-0917, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al número gratuito TTY 711 o visitar carefirst.com/medicareadvantage.

B/D: es posible que el medicamento esté cubierto por Medicare Parte B o D: Es posible que algunos medicamentos estén cubiertos por Medicare Parte B o Parte D, dependiendo de las circunstancias. Es posible que sea necesario enviar información que describa el uso y la configuración del medicamento para tomar la determinación.

GC - cobertura con período de interrupción: Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage Enhanced (HMO)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<u>ANALGESICS</u>		
<u>GOUT</u>		
<i>allopurinol</i> TABS 100mg, 300mg	1	GC
<i>colchicine</i> TABS .6mg	4	QL (120 tabs / 30 days)
<i>colchicine w/ probenecid tab 0.5-500 mg</i>	3	
MITIGARE CAPS .6mg	3	QL (60 caps / 30 days)
<i>probenecid</i> TABS 500mg	3	
<u>NSAIDS</u>		
<i>celecoxib</i> CAPS 50mg, 100mg, 200mg	3	QL (60 caps / 30 days)
<i>celecoxib</i> CAPS 400mg	3	QL (30 caps / 30 days)
<i>diclofenac potassium</i> TABS 50mg	3	QL (120 tabs / 30 days)
<i>diclofenac sodium</i> TB24 100mg	3	
<i>diclofenac sodium</i> TBEC 25mg, 50mg, 75mg	2	
<i>diflunisal</i> TABS 500mg	3	
<i>ec-naproxen</i> TBEC 375mg	2	QL (120 tabs / 30 days)
<i>ec-naproxen</i> TBEC 500mg	4	QL (90 tabs / 30 days)
<i>etodolac</i> CAPS 200mg, 300mg; TABS 400mg, 500mg; TB24 400mg, 500mg, 600mg	3	
<i>flurbiprofen</i> TABS 100mg	3	
<i>ibu</i> TABS 400mg, 600mg, 800mg	1	GC
<i>ibuprofen</i> SUSP 100mg/5ml	3	
<i>ibuprofen</i> TABS 400mg, 600mg, 800mg	1	GC

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>meloxicam</i> TABS 7.5mg, 15mg	1	GC
<i>nabumetone</i> TABS 500mg, 750mg	2	
<i>naproxen</i> TABS 250mg, 375mg, 500mg	1	GC
<i>naproxen</i> TBEC 375mg	2	QL (120 tabs / 30 days)
<i>naproxen</i> TBEC 500mg	4	QL (90 tabs / 30 days)
<i>naproxen sodium</i> TABS 275mg, 550mg	3	
<i>piroxicam</i> CAPS 10mg, 20mg	3	
<i>sulindac</i> TABS 150mg, 200mg	2	

OPIOID ANALGESICS, LONG-ACTING

<i>fentanyl</i> PT72 12mcg/hr, 25mcg/hr, 37.5mcg/hr, 50mcg/hr, 62.5mcg/hr, 75mcg/hr, 87.5mcg/hr, 100mcg/hr	4	QL (10 patches / 30 days), PA
<i>hydrocodone bitartrate</i> T24A 20mg, 30mg, 40mg, 60mg, 80mg, 100mg, 120mg	3	QL (30 tabs / 30 days), PA
HYSINGLA ER T24A 20mg, 30mg, 40mg, 60mg, 80mg, 100mg, 120mg	3	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>methadone hcl</i> SOLN 5mg/5ml, 10mg/5ml	3	QL (450 mL / 30 days), PA
<i>methadone hcl</i> TABS 5mg, 10mg	3	QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>methadone hydrochloride i</i> CONC 10mg/ml	3	QL (90 mL / 30 days), PA
<i>morphine sulfate</i> TBCR 15mg, 30mg, 60mg, 100mg, 200mg	3	QL (90 tabs / 30 days), PA

OPIOID ANALGESICS, SHORT-ACTING

<i>acetaminophen w/ codeine soln</i> 120-12 mg/5ml	2	QL (2700 mL / 30 days)
--	---	------------------------

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-15 mg</i>	2	QL (400 tabs / 30 days)
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-30 mg</i>	2	QL (360 tabs / 30 days)
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-60 mg</i>	2	QL (180 tabs / 30 days)
<i>butorphanol tartrate SOLN 1mg/ml, 2mg/ml</i>	4	
<i>endocet tab 2.5-325mg</i>	3	QL (360 tabs / 30 days)
<i>endocet tab 5-325mg</i>	3	QL (360 tabs / 30 days)
<i>endocet tab 7.5-325mg</i>	3	QL (240 tabs / 30 days)
<i>endocet tab 10-325mg</i>	3	QL (180 tabs / 30 days)
<i>fentanyl citrate LPOP 200mcg</i>	4	QL (120 lozenges / 30 days), PA
<i>fentanyl citrate LPOP 400mcg, 600mcg, 800mcg, 1200mcg, 1600mcg</i>	5	QL (120 lozenges / 30 days), PA
<i>hydrocodone-acetaminophen soln 7.5-325 mg/15ml</i>	4	QL (2700 mL / 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 5-325 mg</i>	3	QL (240 tabs / 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 7.5-325 mg</i>	3	QL (180 tabs / 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 10-325 mg</i>	3	QL (180 tabs / 30 days)
<i>hydrocodone-ibuprofen tab 7.5-200 mg</i>	3	QL (150 tabs / 30 days)
<i>hydromorphone hcl LIQD 1mg/ml</i>	4	QL (600 mL / 30 days)
<i>hydromorphone hcl TABS 2mg, 4mg, 8mg</i>	3	QL (180 tabs / 30 days)
MORPHINE SULFATE SOLN 2mg/ml, 4mg/ml, 5mg/ml, 8mg/ml, 10mg/ml, 50mg/ml	4	B/D

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>morphine sulfate</i> SOLN 4mg/ml, 8mg/ml, 10mg/ml	4	B/D
<i>morphine sulfate</i> SOLN 10mg/5ml, 20mg/5ml	3	QL (900 mL / 30 days)
<i>morphine sulfate</i> SOLN 20mg/ml	3	QL (180 mL / 30 days)
<i>morphine sulfate</i> TABS 15mg, 30mg	3	QL (180 tabs / 30 days)
MORPHINE SULFATE/SODIUM C SOLN 1mg/ml	4	B/D
<i>nalbuphine hcl</i> SOLN 10mg/ml, 20mg/ml	4	
<i>oxycodone hcl</i> CAPS 5mg	4	QL (180 caps / 30 days)
<i>oxycodone hcl</i> CONC 100mg/5ml	4	QL (180 mL / 30 days)
<i>oxycodone hcl</i> SOLN 5mg/5ml	4	QL (900 mL / 30 days)
<i>oxycodone hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 30mg	3	QL (180 tabs / 30 days)
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 2.5-325 mg</i>	3	QL (360 tabs / 30 days)
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 5-325 mg</i>	3	QL (360 tabs / 30 days)
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 7.5-325 mg</i>	3	QL (240 tabs / 30 days)
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 10-325 mg</i>	3	QL (180 tabs / 30 days)
<i>tramadol hcl</i> TABS 50mg	2	QL (240 tabs / 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen tab 37.5-325 mg</i>	3	QL (240 tabs / 30 days)

ANESTHETICS

LOCAL ANESTHETICS

<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i> SOLN .5%, 1%, 1.5%, 2%	3	B/D
---	---	-----

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<u>ANTI-INFECTIVES</u>		
<i>ANTI-INFECTIVES - MISCELLANEOUS</i>		
<i>albendazole</i> TABS 200mg	5	QL (672 tabs / year), PA
<i>amikacin sulfate</i> SOLN 1gm/4ml, 500mg/2ml	4	
<i>atovaquone</i> SUSP 750mg/5ml	4	
<i>aztreonam</i> SOLR 1gm, 2gm	4	
CAYSTON SOLR 75mg	5	NM, LA, PA
<i>clindamycin hcl</i> CAPS 75mg, 150mg, 300mg	2	
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i> SOLR 75mg/5ml	4	
<i>clindamycin phosphate</i> SOLN 600mg/4ml, 900mg/6ml, 9000mg/60ml	3	
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 300 mg/50ml</i>	4	
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 600 mg/50ml</i>	4	
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 900 mg/50ml</i>	4	
CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML	4	
CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML	4	
CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML	4	
<i>colistimethate sodium</i> SOLR 150mg	4	
<i>dapsone</i> TABS 25mg, 100mg	3	
DAPTOMYCIN SOLR 350mg	5	
<i>daptomycin</i> SOLR 350mg, 500mg	5	

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
EMVERM CHEW 100mg	5	QL (12 tabs / year)
<i>ertapenem sodium</i> SOLR 1gm	4	
<i>gentamicin in saline inj 0.8 mg/ml</i>	3	
<i>gentamicin in saline inj 1 mg/ml</i>	3	
<i>gentamicin in saline inj 1.2 mg/ml</i>	3	
<i>gentamicin in saline inj 1.6 mg/ml</i>	3	
<i>gentamicin in saline inj 2 mg/ml</i>	3	
<i>gentamicin sulfate</i> SOLN 10mg/ml, 40mg/ml	3	
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln 250 mg</i>	4	
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln 500 mg</i>	4	
<i>ivermectin</i> TABS 3mg	3	QL (12 tabs / 90 days), PA
<i>linezolid</i> SOLN 600mg/300ml	4	
<i>linezolid</i> SUSR 100mg/5ml	5	QL (1800 mL / 30 days)
<i>linezolid</i> TABS 600mg	4	QL (60 tabs / 30 days)
LINEZOLID INJ 2MG/ML	4	
<i>meropenem</i> SOLR 1gm, 500mg	4	
<i>methenamine hippurate</i> TABS 1gm	4	
<i>metronidazole</i> SOLN 500mg/100ml	3	
<i>metronidazole</i> TABS 250mg, 500mg	1	GC
<i>neomycin sulfate</i> TABS 500mg	2	
<i>nitazoxanide</i> TABS 500mg	5	QL (6 tabs / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> CAPS 50mg, 100mg	3	
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i> CAPS 100mg	3	
<i>pentamidine isethionate inh</i> SOLR 300mg	4	B/D
<i>pentamidine isethionate inj</i> SOLR 300mg	4	
<i>praziquantel</i> TABS 600mg	4	
SIVEXTRO SOLR 200mg; TABS 200mg	5	
<i>streptomycin sulfate</i> SOLR 1gm	5	
<i>sulfadiazine</i> TABS 500mg	5	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim iv soln</i> 400-80 mg/5ml	4	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim susp</i> 200-40 mg/5ml	3	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab</i> 400-80 mg	1	GC
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab</i> 800-160 mg	1	GC
<i>tinidazole</i> TABS 250mg, 500mg	3	
<i>tobramycin</i> NEBU 300mg/5ml	5	NM, PA
<i>tobramycin sulfate</i> SOLN 1.2gm/30ml, 10mg/ml, 40mg/ml, 80mg/2ml	3	
<i>trimethoprim</i> TABS 100mg	3	
<i>vancomycin hcl</i> CAPS 125mg	4	QL (80 caps / 180 days)
<i>vancomycin hcl</i> CAPS 250mg	4	QL (160 caps / 180 days)

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>vancomycin hcl</i> SOLR 1gm, 5gm, 10gm, 500mg, 750mg	4	
VANCOMYCIN INJ 1 GM	4	
VANCOMYCIN INJ 500MG	4	
VANCOMYCIN INJ 750MG	4	
ANTIFUNGALS		
ABELCET SUSP 5mg/ml	4	B/D
<i>amphotericin b</i> SOLR 50mg	4	B/D
<i>amphotericin b liposome</i> SUSR 50mg	5	B/D
<i>caspofungin acetate</i> SOLR 50mg, 70mg	4	
<i>fluconazole</i> SUSR 10mg/ml, 40mg/ml; TABS 50mg, 100mg, 200mg	3	
<i>fluconazole</i> TABS 150mg	2	
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 200 mg/100ml</i>	3	
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 400 mg/200ml</i>	3	
<i>flucytosine</i> CAPS 250mg, 500mg	5	PA
<i>griseofulvin microsize</i> SUSP 125mg/5ml; TABS 500mg	4	
<i>griseofulvin ultramicrosize</i> TABS 125mg, 250mg	4	
<i>itraconazole</i> CAPS 100mg	4	PA
<i>ketoconazole</i> TABS 200mg	3	PA
<i>miconazole sodium</i> SOLR 50mg, 100mg	5	
<i>nystatin</i> TABS 500000unit	3	
<i>posaconazole</i> SUSP 40mg/ml	5	QL (630 mL / 30 days), PA

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>posaconazole</i> TBEC 100mg	5	QL (93 tabs / 30 days), PA
<i>terbinafine hcl</i> TABS 250mg	1	GC, QL (90 tabs / year)
<i>voriconazole</i> SOLR 200mg	4	PA
<i>voriconazole</i> SUSR 40mg/ml	5	PA
<i>voriconazole</i> TABS 50mg	4	QL (480 tabs / 30 days), PA
<i>voriconazole</i> TABS 200mg	4	QL (120 tabs / 30 days), PA

ANTIMALARIALS

<i>atovaquone-proguanil hcl tab</i> 62.5-25 mg	4	
<i>atovaquone-proguanil hcl tab</i> 250-100 mg	4	
<i>chloroquine phosphate</i> TABS 250mg, 500mg	4	
COARTEM TAB 20-120MG	4	
<i>mefloquine hcl</i> TABS 250mg	3	
<i>primaquine phosphate</i> TABS 26.3mg	3	
PRIMAQUINE PHOSPHATE TABS 26.3mg	3	
<i>quinine sulfate</i> CAPS 324mg	4	PA

ANTIRETROVIRAL AGENTS

<i>abacavir sulfate</i> SOLN 20mg/ml	4	NM
<i>abacavir sulfate</i> TABS 300mg	3	NM
APTIVUS CAPS 250mg	5	NM
<i>atazanavir sulfate</i> CAPS 150mg, 200mg, 300mg	4	NM

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>darunavir</i> TABS 600mg	5	QL (60 tabs / 30 days), NM
<i>darunavir</i> TABS 800mg	5	QL (30 tabs / 30 days), NM
EDURANT TABS 25mg	5	NM
<i>efavirenz</i> CAPS 50mg, 200mg; TABS 600mg	4	NM
<i>emtricitabine</i> CAPS 200mg	3	NM
EMTRIVA SOLN 10mg/ml	4	NM
<i>etravirine</i> TABS 100mg, 200mg	5	NM
<i>fosamprenavir calcium</i> TABS 700mg	5	NM
FUZEON SOLR 90mg	5	NM, LA
INTELENCE TABS 25mg	4	NM
ISENTRESS CHEW 25mg	4	NM
ISENTRESS CHEW 100mg; PACK 100mg; TABS 400mg	5	NM
ISENTRESS HD TABS 600mg	5	NM
<i>lamivudine</i> SOLN 10mg/ml; TABS 150mg, 300mg	3	NM
LEXIVA SUSP 50mg/ml	4	NM
<i>maraviroc</i> TABS 150mg, 300mg	5	NM
<i>nevirapine</i> SUSP 50mg/5ml; TB24 400mg	4	NM
<i>nevirapine</i> TABS 200mg	2	NM
NORVIR PACK 100mg	4	NM
PIFELTRO TABS 100mg	5	NM

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
PREZISTA SUSP 100mg/ml	5	QL (400 mL / 30 days), NM
PREZISTA TABS 75mg	4	QL (480 tabs / 30 days), NM
PREZISTA TABS 150mg	5	QL (240 tabs / 30 days), NM
REYATAZ PACK 50mg	5	NM
<i>ritonavir</i> TABS 100mg	3	NM
RUKOBIA TB12 600mg	5	NM
SELZENTRY SOLN 20mg/ml; TABS 75mg	5	NM
SELZENTRY TABS 25mg	4	NM
SUNLENCA TBPK 300mg	5	NM, LA
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> TABS 300mg	3	NM
TIVICAY TABS 10mg	3	NM
TIVICAY TABS 25mg, 50mg	5	NM
TIVICAY PD TBSO 5mg	5	NM
TROGARZO SOLN 200mg/1.33ml	5	NM, LA
TYBOST TABS 150mg	3	NM
VIRACEPT TABS 250mg, 625mg	5	NM
VIREAD POWD 40mg/gm; TABS 150mg, 200mg, 250mg	5	NM
<i>zidovudine</i> CAPS 100mg; SYRP 50mg/5ml	4	NM
<i>zidovudine</i> TABS 300mg	3	NM
ANTIRETROVIRAL COMBINATION AGENTS		
<i>abacavir sulfate-lamivudine tab 600-300 mg</i>	3	NM

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
BIKTARVY TAB 30-120-15 MG	5	NM
BIKTARVY TAB 50-200-25 MG	5	NM
CIMDUO TAB 300-300	5	NM
COMPLERA TAB	5	NM
DELSTRIGO TAB	5	NM
DESCOVY TAB 120-15MG	5	QL (30 tabs / 30 days), NM
DESCOVY TAB 200/25MG	5	QL (30 tabs / 30 days), NM
DOVATO TAB 50-300MG	5	NM
<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab 600-200-300 mg</i>	5	NM
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 400- 300-300 mg</i>	5	NM
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 600- 300-300 mg</i>	5	NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 100-150 mg</i>	5	QL (30 tabs / 30 days), NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 133-200 mg</i>	5	QL (30 tabs / 30 days), NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 167-250 mg</i>	5	QL (30 tabs / 30 days), NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 200-300 mg</i>	4	QL (30 tabs / 30 days), NM
EVOTAZ TAB 300-150	5	NM
GENVOYA TAB	5	NM
JULUCA TAB 50-25MG	5	NM

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg</i>	4	NM
<i>lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80-20 mg/ml)</i>	4	NM
<i>lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg</i>	4	NM
<i>lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg</i>	4	NM
ODEFSEY TAB	5	NM
PREZCOBIX TAB 800-150	5	NM
STRIBILD TAB	5	NM
SYMTUZA TAB	5	NM
TRIUMEQ PD TAB	5	NM
TRIUMEQ TAB	5	NM
TRIZIVIR TAB	5	NM
ANTITUBERCULAR AGENTS		
<i>cycloserine CAPS 250mg</i>	5	
<i>ethambutol hcl TABS 100mg, 400mg</i>	3	
<i>isoniazid SYRP 50mg/5ml</i>	4	
<i>isoniazid TABS 100mg, 300mg</i>	1	GC
PRIFTIN TABS 150mg	4	
<i>pyrazinamide TABS 500mg</i>	4	
<i>rifabutin CAPS 150mg</i>	4	
<i>rifampin CAPS 150mg, 300mg</i>	3	
<i>rifampin SOLR 600mg</i>	4	
SIRTURO TABS 20mg, 100mg	5	NM, LA, PA

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
TRECTOR TABS 250mg	4	
ANTIVIRALS		
<i>acyclovir</i> CAPS 200mg; TABS 400mg, 800mg	2	
<i>acyclovir</i> SUSP 200mg/5ml	4	
<i>acyclovir sodium</i> SOLN 50mg/ml	4	B/D
<i>adefovir dipivoxil</i> TABS 10mg	4	NM
BARACLUDE SOLN .05mg/ml	5	NM
<i>entecavir</i> TABS .5mg, 1mg	4	NM
EPCLUSA PAK 150-37.5	5	NM, PA
EPCLUSA PAK 200-50MG	5	NM, PA
EPCLUSA TAB 200-50MG	5	NM, PA
EPCLUSA TAB 400-100	5	NM, PA
<i>famciclovir</i> TABS 125mg, 250mg, 500mg	3	
<i>ganciclovir sodium</i> SOLR 500mg	4	B/D
HARVONI PAK 33.75-150MG	5	NM, PA
HARVONI PAK 45-200MG	5	NM, PA
HARVONI TAB 45-200MG	5	NM, PA
HARVONI TAB 90-400MG	5	NM, PA
<i>lamivudine (hbv)</i> TABS 100mg	4	NM
MAVYRET PAK 50-20MG	5	NM, PA
MAVYRET TAB 100-40MG	5	NM, PA
<i>oseltamivir phosphate</i> CAPS 30mg	3	QL (168 caps / year)

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>oseltamivir phosphate</i> CAPS 45mg, 75mg	3	QL (84 caps / year)
<i>oseltamivir phosphate</i> SUSR 6mg/ml	3	QL (1080 mL / year)
PAXLOVID TAB 150-100	3	QL (40 tabs / 30 days); \$0 Cost Share
PAXLOVID TAB 300-100	3	QL (60 tabs / 30 days); \$0 Cost Share
PEGASYS SOLN 180mcg/ml; SOSY 180mcg/0.5ml	5	NM, PA
PREVYMIS TABS 240mg, 480mg	5	QL (28 tabs / 28 days), PA
RELENZA DISKHALER AEPB 5mg/blister	3	QL (6 inhalers / year)
<i>ribavirin (hepatitis c)</i> CAPS 200mg	3	NM
<i>ribavirin (hepatitis c)</i> TABS 200mg	4	NM
<i>rimantadine hydrochloride</i> TABS 100mg	4	
<i>valacyclovir hcl</i> TABS 1gm, 500mg	3	
<i>valganciclovir hcl</i> SOLR 50mg/ml	5	
<i>valganciclovir hcl</i> TABS 450mg	3	
VEMLIDY TABS 25mg	5	NM
VOSEVI TAB	5	NM, PA
CEPHALOSPORINS		
<i>cefaclor</i> CAPS 250mg, 500mg	3	
<i>cefaclor</i> SUSR 250mg/5ml	4	
CEFACLOR ER TB12 500mg	4	
<i>cefadroxil</i> CAPS 500mg	2	
<i>cefadroxil</i> SUSR 250mg/5ml, 500mg/5ml	3	

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
CEFAZOLIN SOLR 2gm, 3gm	4	
CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML	4	
<i>cefazolin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 500mg	3	
CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4%	4	
<i>cefdinir</i> CAPS 300mg	2	
<i>cefdinir</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	3	
<i>cefepime hcl</i> SOLR 1gm, 2gm	4	
<i>cefixime</i> CAPS 400mg; SUSR 100mg/5ml, 200mg/5ml	4	
<i>cefoxitin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm	4	
<i>cefpodoxime proxetil</i> SUSR 50mg/5ml, 100mg/5ml	4	
<i>cefpodoxime proxetil</i> TABS 100mg, 200mg	3	
<i>cefprozil</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg	3	
<i>ceftazidime</i> SOLR 1gm, 2gm, 6gm	4	
<i>ceftriaxone sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 250mg, 500mg	4	
<i>cefuroxime axetil</i> TABS 250mg, 500mg	3	
<i>cefuroxime sodium</i> SOLR 1.5gm, 750mg	3	
<i>cephalexin</i> CAPS 250mg, 500mg	1	GC
<i>cephalexin</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	3	
<i>tazicef</i> SOLR 1gm, 2gm, 6gm	4	
TEFLARO SOLR 400mg, 600mg	5	

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>ERYTHROMYCINS/MACROLIDES</i>		
<i>azithromycin</i> PACK 1gm; SOLR 500mg; SUSR 100mg/5ml, 200mg/5ml	3	
<i>azithromycin</i> TABS 250mg, 500mg, 600mg	1	GC
<i>clarithromycin</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TB24 500mg	4	
<i>clarithromycin</i> TABS 250mg, 500mg	3	
DIFICID SUSR 40mg/ml; TABS 200mg	5	
<i>e.e.s. 400</i> TABS 400mg	4	
<i>ery-tab</i> TBEC 250mg, 333mg, 500mg	4	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE SOLR 500mg	4	
<i>erythrocin stearate</i> TABS 250mg	4	
<i>erythromycin base</i> CPEP 250mg; TABS 250mg, 500mg; TBEC 250mg, 333mg, 500mg	4	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> TABS 400mg	4	
<i>erythromycin lactobionate</i> SOLR 500mg	4	
<i>FLUOROQUINOLONES</i>		
CIPRO SUSR 500mg/5ml	4	
<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml in d5w</i>	3	
<i>ciprofloxacin 400 mg/200ml in d5w</i>	3	
<i>ciprofloxacin hcl</i> TABS 250mg, 500mg, 750mg	1	GC
<i>levofloxacin</i> SOLN 25mg/ml	4	
<i>levofloxacin</i> TABS 250mg, 500mg, 750mg	1	GC

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>levofloxacin in d5w iv soln 250 mg/50ml</i>	3	
<i>levofloxacin in d5w iv soln 500 mg/100ml</i>	3	
<i>levofloxacin in d5w iv soln 750 mg/150ml</i>	3	
<i>moxifloxacin hcl TABS 400mg</i>	4	
<i>moxifloxacin hcl 400 mg/250ml in sodium chloride 0.8% inj</i>	4	

PENICILLINS

<i>amoxicillin CAPS 250mg, 500mg; SUSR 125mg/5ml, 200mg/5ml, 250mg/5ml, 400mg/5ml; TABS 500mg, 875mg</i>	1	GC
<i>amoxicillin CHEW 125mg, 250mg</i>	2	
<i>amoxicillin & k clavulanate chew tab 200-28.5 mg</i>	4	
<i>amoxicillin & k clavulanate chew tab 400-57 mg</i>	4	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 200-28.5 mg/5ml</i>	3	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 250-62.5 mg/5ml</i>	4	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 400-57 mg/5ml</i>	3	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 600-42.9 mg/5ml</i>	3	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 250-125 mg</i>	3	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 500-125 mg</i>	2	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 875-125 mg</i>	2	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab er 12hr 1000-62.5 mg</i>	4	

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>ampicillin</i> CAPS 500mg	2	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 1.5 (1-0.5) gm</i>	4	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 3 (2-1) gm</i>	4	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 1.5 (1-0.5) gm</i>	4	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 3 (2-1) gm</i>	4	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 15 (10-5) gm</i>	4	
<i>ampicillin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 125mg, 250mg, 500mg	4	
BICILLIN L-A SUSY 600000unit/ml, 1200000unit/2ml, 2400000unit/4ml	4	
<i>dicloxacillin sodium</i> CAPS 250mg, 500mg	3	
<i>nafcillin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm	4	
<i>nafcillin sodium</i> SOLR 10gm	5	
<i>oxacillin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm	4	
PEN GK/DEXTR INJ 40000/ML	4	
PEN GK/DEXTR INJ 60000/ML	4	
<i>penicillin g potassium</i> SOLR 5000000unit, 20000000unit	4	
<i>penicillin g sodium</i> SOLR 5000000unit	4	
<i>penicillin v potassium</i> SOLR 125mg/5ml, 250mg/5ml	2	
<i>penicillin v potassium</i> TABS 250mg, 500mg	1	GC

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>pfizerpen</i> SOLR 5000000unit, 20000000unit	4	
<i>piperacillin sod-tazobactam na for inj 3.375 gm (3-0.375 gm)</i>	4	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 2.25 gm (2-0.25 gm)</i>	4	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 4.5 gm (4-0.5 gm)</i>	4	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 13.5 gm (12-1.5 gm)</i>	4	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 40.5 gm (36-4.5 gm)</i>	4	
<u>TETRACYCLINES</u>		
<i>doxy 100</i> SOLR 100mg	4	
<i>doxycycline (monohydrate)</i> CAPS 50mg, 100mg	2	
<i>doxycycline (monohydrate)</i> SUSR 25mg/5ml; TABS 50mg, 75mg, 100mg	3	
<i>doxycycline hyclate</i> CAPS 50mg, 100mg; TABS 20mg, 100mg	3	
<i>doxycycline hyclate</i> SOLR 100mg	4	
<i>minocycline hcl</i> CAPS 50mg, 75mg, 100mg	3	
NUZYRA SOLR 100mg; TABS 150mg	5	NM, LA
<i>tetracycline hcl</i> CAPS 250mg, 500mg	4	PA
<i>tigecycline</i> SOLR 50mg	5	
<u>ANTINEOPLASTIC AGENTS</u>		
<u>ALKYLATING AGENTS</u>		
BENDEKA SOLN 100mg/4ml	5	B/D, NM, LA

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>carboplatin</i> SOLN 50mg/5ml, 150mg/15ml, 450mg/45ml, 600mg/60ml	3	B/D
<i>cisplatin</i> SOLN 50mg/50ml, 100mg/100ml, 200mg/200ml	3	B/D
<i>cyclophosphamide</i> CAPS 25mg, 50mg	3	B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 1gm/5ml, 500mg/2.5ml, 500mg/ml	5	B/D
<i>cyclophosphamide</i> SOLR 1gm, 500mg	4	B/D
<i>cyclophosphamide</i> SOLR 2gm	5	B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE TABS 25mg, 50mg	4	B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR SOLN 2gm/10ml	5	B/D
GLEOSTINE CAPS 10mg, 40mg	4	NM
GLEOSTINE CAPS 100mg	5	NM
LEUKERAN TABS 2mg	5	
<i>oxaliplatin</i> SOLN 50mg/10ml, 100mg/20ml, 200mg/40ml; SOLR 50mg	4	B/D
<i>oxaliplatin</i> SOLR 100mg	5	B/D
<i>paraplatin</i> SOLN 1000mg/100ml	3	B/D
ANTIBIOTICS		
<i>doxorubicin hcl</i> SOLN 2mg/ml	4	B/D
<i>doxorubicin hcl liposomal</i> INJ 2mg/ml	5	B/D
ELLEENCE SOLN 50mg/25ml, 200mg/100ml	4	B/D
ANTIMETABOLITES		
<i>azacitidine</i> SUSR 100mg	5	B/D, NM
<i>cytarabine</i> SOLN 20mg/ml	3	B/D

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>fluorouracil</i> SOLN 1gm/20ml, 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 500mg/10ml	3	B/D
<i>gemcitabine hcl</i> SOLN 1gm/26.3ml, 2gm/52.6ml, 200mg/5.26ml; SOLR 1gm, 2gm, 200mg	4	B/D
INQOVI TAB 35-100MG	5	QL (5 tabs / 28 days), NM, LA, PA
LONSURF TAB 15-6.14	5	QL (100 tabs / 28 days), NM, LA, PA
LONSURF TAB 20-8.19	5	QL (80 tabs / 28 days), NM, LA, PA
<i>mercaptopurine</i> TABS 50mg	3	
<i>methotrexate sodium</i> SOLN 1gm/40ml, 50mg/2ml, 250mg/10ml; SOLR 1gm	3	B/D
ONUREG TABS 200mg, 300mg	5	QL (14 tabs / 28 days), NM, LA, PA
<i>pemetrexed disodium</i> SOLR 100mg, 500mg, 750mg, 1000mg	5	B/D
PURIXAN SUSP 2000mg/100ml	5	NM, LA
TABLOID TABS 40mg	4	
HORMONAL ANTINEOPLASTIC AGENTS		
<i>abiraterone acetate</i> TABS 250mg	5	QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
<i>abiraterone acetate</i> TABS 500mg	5	QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
AKEEGA TAB 50/500MG	5	QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
AKEEGA TAB 100/500	5	QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
<i>anastrozole</i> TABS 1mg	2	

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>bicalutamide</i> TABS 50mg	2	
ELIGARD KIT 7.5mg, 22.5mg, 30mg, 45mg	4	NM, PA
EMCYT CAPS 140mg	5	
ERLEADA TABS 60mg	5	QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA
ERLEADA TABS 240mg	5	QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
EULEXIN CAPS 125mg	5	
<i>exemestane</i> TABS 25mg	4	
FIRMAGON SOLR 80mg	4	NM, PA
FIRMAGON SOLR 120mg/vial	5	NM, PA
<i>fulvestrant</i> SOSY 250mg/5ml	5	B/D
<i>letrozole</i> TABS 2.5mg	2	
<i>leuprolide acetate</i> KIT 1mg/0.2ml	4	NM, PA
LUPRON DEPOT (1-MONTH) KIT 3.75mg	5	NM, PA
LUPRON DEPOT (3-MONTH) KIT 11.25mg	5	NM, PA
LYSODREN TABS 500mg	5	NM, LA
<i>megestrol acetate</i> TABS 20mg, 40mg	3	
<i>nilutamide</i> TABS 150mg	5	
NUBEQA TABS 300mg	5	QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA
ORGOVYX TABS 120mg	5	NM, LA, PA
ORSERDU TABS 86mg	5	QL (90 tabs / 30 days), NM, LA, PA

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
ORSERDU TABS 345mg	5	QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
SOLTAMOX SOLN 10mg/5ml	5	
<i>tamoxifen citrate</i> TABS 10mg, 20mg	2	
<i>toremifene citrate</i> TABS 60mg	4	
XTANDI CAPS 40mg	5	QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA
XTANDI TABS 40mg	5	QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA
XTANDI TABS 80mg	5	QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA

IMMUNOMODULATORS

<i>lenalidomide</i> CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg, 15mg	5	QL (28 caps / 28 days), NM, LA, PA
<i>lenalidomide</i> CAPS 20mg, 25mg	5	QL (21 caps / 28 days), NM, LA, PA
POMALYST CAPS 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	5	QL (21 caps / 28 days), NM, LA, PA
REVLIMID CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg, 15mg	5	QL (28 caps / 28 days), NM, LA, PA
REVLIMID CAPS 20mg, 25mg	5	QL (21 caps / 28 days), NM, LA, PA
THALOMID CAPS 50mg, 100mg	5	QL (28 caps / 28 days), NM, LA, PA
THALOMID CAPS 150mg, 200mg	5	QL (56 caps / 28 days), NM, LA, PA

MISCELLANEOUS

BESREMI SOSY 500mcg/ml	5	QL (2 syringes / 28 days), NM, LA, PA
------------------------	---	--

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>bexarotene</i> CAPS 75mg	5	QL (300 caps / 30 days), NM, PA
<i>hydroxyurea</i> CAPS 500mg	2	
<i>irinotecan hcl</i> SOLN 40mg/2ml, 100mg/5ml, 300mg/15ml, 500mg/25ml	4	B/D
IWILFIN TABS 192mg	5	QL (240 tabs / 30 days), NM, LA, PA
KISQALI 200 PAK FEMARA	5	QL (49 tabs / 28 days), NM, PA
KISQALI 400 PAK FEMARA	5	QL (70 tabs / 28 days), NM, PA
KISQALI 600 PAK FEMARA	5	QL (91 tabs / 28 days), NM, PA
MATULANE CAPS 50mg	5	NM, LA
<i>tretinoin (chemotherapy)</i> CAPS 10mg	5	
WELIREG TABS 40mg	5	QL (90 tabs / 30 days), NM, LA, PA
MITOTIC INHIBITORS		
<i>docetaxel</i> CONC 20mg/ml	4	B/D
<i>docetaxel</i> CONC 80mg/4ml, 160mg/8ml; SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	5	B/D
DOCETAXEL CONC 80mg/4ml, 160mg/8ml; SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	5	B/D
<i>etoposide</i> SOLN 1gm/50ml, 100mg/5ml, 500mg/25ml	3	B/D
<i>paclitaxel</i> CONC 6mg/ml, 30mg/5ml, 150mg/25ml, 300mg/50ml	4	B/D
<i>paclitaxel protein-bound particles for iv susp 100 mg</i>	5	B/D, NM

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>vincristine sulfate</i> SOLN 1mg/ml	2	B/D
<i>vinorelbine tartrate</i> SOLN 10mg/ml, 50mg/5ml	4	B/D

MOLECULAR TARGET AGENTS

ALECENSA CAPS 150mg	5	QL (240 caps / 30 days), NM, LA, PA
ALUNBRIG TABS 30mg	5	QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA
ALUNBRIG TABS 90mg, 180mg	5	QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
ALUNBRIG PAK	5	QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
AUGTYRO CAPS 40mg	5	QL (240 caps / 30 days), NM, LA, PA
AYVAKIT TABS 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 300mg	5	QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
BALVERSA TABS 3mg	5	QL (84 tabs / 28 days), NM, LA, PA
BALVERSA TABS 4mg	5	QL (56 tabs / 28 days), NM, LA, PA
BALVERSA TABS 5mg	5	QL (28 tabs / 28 days), NM, LA, PA
BORTEZOMIB SOLR 1mg, 2.5mg, 3.5mg	5	NM, PA
<i>bortezomib</i> SOLR 3.5mg	5	NM, PA
BOSULIF CAPS 50mg	5	QL (360 caps / 30 days), NM, PA
BOSULIF CAPS 100mg	5	QL (150 caps / 25 days), NM, PA
BOSULIF TABS 100mg	5	QL (180 tabs / 30 days), NM, PA

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
BOSULIF TABS 400mg, 500mg	5	QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
BRAFTOVI CAPS 75mg	5	QL (180 caps / 30 days), NM, LA, PA
BRUKINSA CAPS 80mg	5	QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA
CABOMETYX TABS 20mg, 40mg, 60mg	5	QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
CALQUENCE CAPS 100mg	5	QL (60 caps / 30 days), NM, LA, PA
CALQUENCE TABS 100mg	5	QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
CAPRELSA TABS 100mg	5	QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
CAPRELSA TABS 300mg	5	QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
COMETRIQ (60MG DOSE) KIT 20mg	5	QL (84 caps / 28 days), NM, LA, PA
COMETRIQ KIT 100MG	5	QL (56 caps / 28 days), NM, LA, PA
COMETRIQ KIT 140MG	5	QL (112 caps / 28 days), NM, LA, PA
COPIKTRA CAPS 15mg, 25mg	5	QL (56 caps / 28 days), NM, LA, PA
COTELLIC TABS 20mg	5	QL (63 tabs / 28 days), NM, LA, PA
DAURISMO TABS 25mg	5	QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
DAURISMO TABS 100mg	5	QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
ERIVEDGE CAPS 150mg	5	QL (30 caps / 30 days), NM, LA, PA
<i>erlotinib hcl</i> TABS 25mg	5	QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>erlotinib hcl</i> TABS 100mg, 150mg	5	QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>everolimus</i> TABS 2.5mg, 5mg, 7.5mg, 10mg	5	QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>everolimus</i> TBSO 2mg	5	QL (150 tabs / 30 days), NM, PA
<i>everolimus</i> TBSO 3mg	5	QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>everolimus</i> TBSO 5mg	5	QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
EXKIVITY CAPS 40mg	5	QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA
FOTIVDA CAPS .89mg, 1.34mg	5	QL (21 caps / 28 days), NM, LA, PA
FRUZAQLA CAPS 1mg	5	QL (84 caps / 28 days), NM, LA, PA
FRUZAQLA CAPS 5mg	5	QL (21 caps / 28 days), NM, LA, PA
GAVRETO CAPS 100mg	5	QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA
<i>gefitinib</i> TABS 250mg	5	QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
GILOTRIF TABS 20mg, 30mg, 40mg	5	QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
HERCEP HYLEC SOL 60-10000	5	NM, LA, PA
HERCEPTIN SOLR 150mg	5	NM, LA, PA

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
HERZUMA SOLR 150mg, 420mg	5	NM, PA
IBRANCE CAPS 75mg, 100mg, 125mg	5	QL (21 caps / 28 days), NM, LA, PA
IBRANCE TABS 75mg, 100mg, 125mg	5	QL (21 tabs / 28 days), NM, LA, PA
ICLUSIG TABS 10mg, 15mg, 30mg, 45mg	5	QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
IDHIFA TABS 50mg, 100mg	5	QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
<i>imatinib mesylate</i> TABS 100mg	5	QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>imatinib mesylate</i> TABS 400mg	5	QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
IMBRUVICA CAPS 70mg	5	QL (30 caps / 30 days), NM, LA, PA
IMBRUVICA CAPS 140mg	5	QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA
IMBRUVICA SUSP 70mg/ml	5	QL (216 mL / 27 days), NM, LA, PA
IMBRUVICA TABS 140mg, 280mg, 420mg	5	QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
INLYTA TABS 1mg	5	QL (180 tabs / 30 days), NM, LA, PA
INLYTA TABS 5mg	5	QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA
INREBIC CAPS 100mg	5	QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA
JAKAFI TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 25mg	5	QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
JAYPIRCA TABS 50mg	5	QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
JAYPIRCA TABS 100mg	5	QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
KADCYLA SOLR 100mg, 160mg	5	B/D, NM, LA
KANJINTI SOLR 150mg, 420mg	5	NM, LA, PA
KEYTRUDA SOLN 100mg/4ml	5	NM, LA, PA
KISQALI 200 DOSE TBPK 200mg	5	QL (21 tabs / 28 days), NM, PA
KISQALI 400 DOSE TBPK 200mg	5	QL (42 tabs / 28 days), NM, PA
KISQALI 600 DOSE TBPK 200mg	5	QL (63 tabs / 28 days), NM, PA
KOSELUGO CAPS 10mg	5	QL (240 caps / 30 days), NM, LA, PA
KOSELUGO CAPS 25mg	5	QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA
KRAZATI TABS 200mg	5	QL (180 tabs / 30 days), NM, LA, PA
<i>lapatinib ditosylate</i> TABS 250mg	5	QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE CPPK 4mg	5	QL (30 caps / 30 days), NM, LA, PA
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE CPPK 4mg	5	QL (60 caps / 30 days), NM, LA, PA
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE CPPK 10mg	5	QL (30 caps / 30 days), NM, LA, PA
LENVIMA 12MG DAILY DOSE CPPK 4mg	5	QL (90 caps / 30 days), NM, LA, PA

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE CPPK 10mg	5	QL (60 caps / 30 days), NM, LA, PA
LENVIMA CAP 14 MG	5	QL (60 caps / 30 days), NM, LA, PA
LENVIMA CAP 18 MG	5	QL (90 caps / 30 days), NM, LA, PA
LENVIMA CAP 24 MG	5	QL (90 caps / 30 days), NM, LA, PA
LORBRENA TABS 25mg	5	QL (90 tabs / 30 days), NM, LA, PA
LORBRENA TABS 100mg	5	QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
LUMAKRAS TABS 120mg	5	QL (240 tabs / 30 days), NM, LA, PA
LUMAKRAS TABS 320mg	5	QL (90 tabs / 30 days), NM, LA, PA
LYNPARZA TABS 100mg, 150mg	5	QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) TBPK 4mg	5	QL (84 tabs / 28 days), NM, LA, PA
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) TBPK 4mg	5	QL (112 tabs / 28 days), NM, LA, PA
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) TBPK 4mg	5	QL (140 tabs / 28 days), NM, LA, PA
MEKINIST SOLR .05mg/ml	5	QL (1260 mL / 30 days), NM, LA, PA
MEKINIST TABS 2mg	5	QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
MEKINIST TABS .5mg	5	QL (90 tabs / 30 days), NM, LA, PA

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
MEKTOVI TABS 15mg	5	QL (180 tabs / 30 days), NM, LA, PA
MONJUVI SOLR 200mg	5	NM, LA, PA
NERLYNX TABS 40mg	5	QL (180 tabs / 30 days), NM, LA, PA
NEXAVAR TABS 200mg	5	QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA
NINLARO CAPS 2.3mg, 3mg, 4mg	5	QL (3 caps / 28 days), NM, PA
ODOMZO CAPS 200mg	5	QL (30 caps / 30 days), NM, LA, PA
OGIVRI SOLR 150mg	5	NM, LA, PA
OGIVRI INJ 420MG	5	NM, LA, PA
OGSIVEO TABS 50mg	5	QL (180 tabs / 30 days), NM, LA, PA
OJJAARA TABS 100mg, 150mg, 200mg	5	QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
ONTRUZANT SOLR 150mg, 420mg	5	NM, LA, PA
<i>pazopanib hcl</i> TABS 200mg	5	QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
PEMAZYRE TABS 4.5mg, 9mg, 13.5mg	5	QL (28 tabs / 28 days), NM, LA, PA
PHESGO SOL	5	NM, LA, PA
PIQRAY 200MG DAILY DOSE TBPK 200mg	5	QL (28 tabs / 28 days), NM, PA
PIQRAY 250MG TAB DOSE	5	QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
PIQRAY 300MG DAILY DOSE TBPK 150mg	5	QL (56 tabs / 28 days), NM, PA

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
QINLOCK TABS 50mg	5	QL (90 tabs / 30 days), NM, LA, PA
RETEVMO CAPS 40mg	5	QL (180 caps / 30 days), NM, LA, PA
RETEVMO CAPS 80mg	5	QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA
REZLIDHIA CAPS 150mg	5	QL (60 caps / 30 days), NM, LA, PA
ROZLYTREK CAPS 100mg	5	QL (150 caps / 30 days), NM, LA, PA
ROZLYTREK CAPS 200mg	5	QL (90 caps / 30 days), NM, LA, PA
ROZLYTREK PACK 50mg	5	QL (336 packets / 28 days), NM, LA, PA
RUBRACA TABS 200mg, 250mg, 300mg	5	QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA
RYDAPT CAPS 25mg	5	QL (224 caps / 28 days), NM, PA
SCEMBLIX TABS 20mg	5	QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
SCEMBLIX TABS 40mg	5	QL (300 tabs / 30 days), NM, PA
<i>sorafenib tosylate</i> TABS 200mg	5	QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
SPRYCEL TABS 20mg	5	QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
SPRYCEL TABS 50mg, 70mg, 80mg, 100mg, 140mg	5	QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
STIVARGA TABS 40mg	5	QL (84 tabs / 28 days), NM, LA, PA

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>sunitinib malate</i> CAPS 12.5mg, 25mg, 37.5mg, 50mg	5	QL (30 caps / 30 days), NM, PA
TABRECTA TABS 150mg, 200mg	5	QL (112 tabs / 28 days), NM, PA
TAFINLAR CAPS 50mg, 75mg	5	QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA
TAFINLAR TBSO 10mg	5	QL (900 tabs / 30 days), NM, LA, PA
TAGRISSE TABS 40mg, 80mg	5	QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
TALZENNA CAPS .1mg, .35mg, .5mg, .75mg, 1mg	5	QL (30 caps / 30 days), NM, LA, PA
TALZENNA CAPS .25mg	5	QL (90 caps / 30 days), NM, LA, PA
TASIGNA CAPS 50mg	5	QL (120 caps / 30 days), NM, PA
TASIGNA CAPS 150mg, 200mg	5	QL (112 caps / 28 days), NM, PA
TAZVERIK TABS 200mg	5	QL (240 tabs / 30 days), NM, LA, PA
TECENTRIQ SOLN 840mg/14ml, 1200mg/20ml	5	NM, LA, PA
TEPMETKO TABS 225mg	5	QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
TIBSOVO TABS 250mg	5	QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
TRAZIMERA SOLR 150mg, 420mg	5	NM, PA
TRUQAP TABS 160mg, 200mg	5	QL (64 tabs / 28 days), NM, LA, PA

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
TRUXIMA SOLN 100mg/10ml, 500mg/50ml	5	NM, PA
TUKYSA TABS 50mg, 150mg	5	QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA
TURALIO CAPS 125mg	5	QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA
VANFLYTA TABS 17.7mg, 26.5mg	5	QL (56 tabs / 28 days), NM, LA, PA
VENCLEXTA TABS 10mg	4	QL (112 tabs / 28 days), NM, LA, PA
VENCLEXTA TABS 50mg	5	QL (112 tabs / 28 days), NM, LA, PA
VENCLEXTA TABS 100mg	5	QL (180 tabs / 30 days), NM, LA, PA
VENCLEXTA TAB START PK	5	QL (42 tabs / 28 days), NM, LA, PA
VERZENIO TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg	5	QL (56 tabs / 28 days), NM, LA, PA
VITRAKVI CAPS 25mg	5	QL (180 caps / 30 days), NM, LA, PA
VITRAKVI CAPS 100mg	5	QL (60 caps / 30 days), NM, LA, PA
VITRAKVI SOLN 20mg/ml	5	QL (300 mL / 30 days), NM, LA, PA
VIZIMPRO TABS 15mg, 30mg, 45mg	5	QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
VONJO CAPS 100mg	5	QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA
VOTRIENT TABS 200mg	5	QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
XALKORI CAPS 200mg, 250mg; CPSP 50mg	5	QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA
XALKORI CPSP 20mg	5	QL (240 caps / 30 days), NM, LA, PA
XALKORI CPSP 150mg	5	QL (180 caps / 30 days), NM, LA, PA
XOSPATA TABS 40mg	5	QL (90 tabs / 30 days), NM, LA, PA
XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY TBPK 40mg	5	QL (4 tabs / 28 days), NM, LA, PA
XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY TBPK 40mg	5	QL (8 tabs / 28 days), NM, LA, PA
XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY TBPK 60mg	5	QL (4 tabs / 28 days), NM, LA, PA
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY TBPK 20mg	5	QL (24 tabs / 28 days), NM, LA, PA
XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY TBPK 40mg	5	QL (8 tabs / 28 days), NM, LA, PA
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY TBPK 20mg	5	QL (32 tabs / 28 days), NM, LA, PA
XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY TBPK 50mg	5	QL (8 tabs / 28 days), NM, LA, PA
ZEJULA CAPS 100mg	5	QL (90 caps / 30 days), NM, LA, PA
ZEJULA TABS 100mg, 200mg, 300mg	5	QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
ZELBORAF TABS 240mg	5	QL (240 tabs / 30 days), NM, LA, PA
ZIRABEV SOLN 100mg/4ml, 400mg/16ml	5	NM, LA, PA

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
ZOLINZA CAPS 100mg	5	QL (120 caps / 30 days), NM, PA
ZYDELIG TABS 100mg, 150mg	5	QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
ZYKADIA TABS 150mg	5	QL (84 tabs / 28 days), NM, LA, PA

PROTECTIVE AGENTS

<i>leucovorin calcium</i> SOLN 500mg/50ml; SOLR 50mg, 100mg, 200mg, 350mg, 500mg	4	B/D
<i>leucovorin calcium</i> TABS 5mg, 10mg, 15mg, 25mg	3	
MESNEX TABS 400mg	5	

CARDIOVASCULAR

ACE INHIBITOR COMBINATIONS

<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 2.5- 10 mg</i>	1	GC, QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5- 10 mg</i>	1	GC, QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5- 20 mg</i>	1	GC, QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5- 40 mg</i>	1	GC, QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10- 20 mg</i>	1	GC, QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10- 40 mg</i>	1	GC, QL (30 caps / 30 days)
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 5- 6.25mg</i>	1	GC
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 10- 12.5 mg</i>	1	GC

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	1	GC
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	1	GC
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25-15 mg</i>	1	GC
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg</i>	1	GC
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-15 mg</i>	1	GC
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i>	1	GC
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 5-12.5 mg</i>	1	GC
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 10-25 mg</i>	1	GC
<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	1	GC
<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	1	GC
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	1	GC
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	1	GC
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	1	GC
ACE INHIBITORS		
<i>benazepril hcl TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg</i>	1	GC
<i>captopril TABS 12.5mg, 25mg, 50mg, 100mg</i>	1	GC

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>enalapril maleate</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg	1	GC
<i>fosinopril sodium</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg	1	GC
<i>lisinopril</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	1	GC
<i>moexipril hcl</i> TABS 7.5mg, 15mg	1	GC
<i>perindopril erbumine</i> TABS 2mg, 4mg, 8mg	1	GC
<i>quinapril hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg	1	GC
<i>ramipril</i> CAPS 1.25mg, 2.5mg, 5mg, 10mg	1	GC
<i>trandolapril</i> TABS 1mg, 2mg, 4mg	1	GC
ALDOSTERONE RECEPTOR ANTAGONISTS		
<i>eplerenone</i> TABS 25mg, 50mg	3	
KERENDIA TABS 10mg, 20mg	3	QL (30 tabs / 30 days)
<i>spironolactone</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	GC
ALPHA BLOCKERS		
<i>doxazosin mesylate</i> TABS 1mg, 2mg, 4mg, 8mg	2	
<i>prazosin hcl</i> CAPS 1mg, 2mg, 5mg	3	
<i>terazosin hcl</i> CAPS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	1	GC
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONIST COMBINATIONS		
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil</i> tab 5-20 mg	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil</i> tab 5-40 mg	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-20 mg</i>	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-40 mg</i>	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-160 mg</i>	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-320 mg</i>	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-160 mg</i>	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-320 mg</i>	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)
ENTRESTO TAB 24-26MG	3	QL (60 tabs / 30 days)
ENTRESTO TAB 49-51MG	3	QL (60 tabs / 30 days)
ENTRESTO TAB 97-103MG	3	QL (60 tabs / 30 days)
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 150-12.5 mg</i>	1	GC, QL (60 tabs / 30 days)
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 300-12.5 mg</i>	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 50-12.5 mg</i>	1	GC
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg</i>	1	GC
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	1	GC
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i>	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-25 mg</i>	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 20-5-12.5 mg</i>	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-12.5 mg</i>	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-25 mg</i>	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-12.5 mg</i>	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-25 mg</i>	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg</i>	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-12.5 mg</i>	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-25 mg</i>	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-12.5 mg</i>	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-25 mg</i>	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS		
<i>candesartan cilexetil TABS 4mg, 8mg, 16mg</i>	1	GC, QL (60 tabs / 30 days)
<i>candesartan cilexetil TABS 32mg</i>	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>irbesartan TABS 75mg, 150mg, 300mg</i>	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>losartan potassium TABS 25mg, 50mg, 100mg</i>	1	GC

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>olmesartan medoxomil</i> TABS 5mg	1	GC, QL (60 tabs / 30 days)
<i>olmesartan medoxomil</i> TABS 20mg, 40mg	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan</i> TABS 20mg, 40mg, 80mg	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan</i> TABS 40mg, 80mg, 160mg	1	GC, QL (60 tabs / 30 days)
<i>valsartan</i> TABS 320mg	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)
ANTIARRHYTHMICS		
<i>amiodarone hcl</i> SOLN 50mg/ml, 900mg/18ml; TABS 100mg, 400mg	4	
<i>amiodarone hcl</i> TABS 200mg	1	GC
<i>disopyramide phosphate</i> CAPS 100mg, 150mg	4	
<i>dofetilide</i> CAPS 125mcg, 250mcg, 500mcg	4	NM
<i>flecainide acetate</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg	3	
MULTAQ TABS 400mg	4	
NORPACE CR CP12 100mg, 150mg	4	
<i>pacerone</i> TABS 100mg, 400mg	4	
<i>pacerone</i> TABS 200mg	1	GC
<i>propafenone hcl</i> CP12 225mg, 325mg, 425mg	4	
<i>propafenone hcl</i> TABS 150mg, 225mg, 300mg	3	
<i>quinidine sulfate</i> TABS 200mg, 300mg	3	

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>sorine</i> TABS 80mg, 120mg, 160mg, 240mg	2	
<i>sotalol hcl</i> TABS 80mg, 120mg, 160mg, 240mg	2	
<i>sotalol hcl (afib/afl)</i> TABS 80mg, 120mg, 160mg	3	
ANTILIPEMICS, FIBRATES		
<i>fenofibrate</i> TABS 48mg, 54mg, 145mg, 160mg	2	
<i>fenofibrate micronized</i> CAPS 67mg, 134mg, 200mg	3	
<i>gemfibrozil</i> TABS 600mg	1	GC
ANTILIPEMICS, HMG-CoA REDUCTASE INHIBITORS		
<i>atorvastatin calcium</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>lovastatin</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg	1	GC, QL (60 tabs / 30 days)
<i>pravastatin sodium</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>rosuvastatin calcium</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>simvastatin</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)
ANTILIPEMICS, MISCELLANEOUS		
<i>cholestyramine</i> PACK 4gm; POWD 4gm/dose	3	
<i>cholestyramine light</i> PACK 4gm; POWD 4gm/dose	3	
<i>colesevelam hcl</i> PACK 3.75gm; TABS 625mg	4	

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>colestipol hcl GRAN 5gm; PACK 5gm</i>	4	
<i>colestipol hcl TABS 1gm</i>	3	
<i>ezetimibe TABS 10mg</i>	3	
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-10 mg</i>	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-20 mg</i>	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-40 mg</i>	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-80 mg</i>	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>niacin (antihyperlipidemic) TBCR 500mg, 750mg, 1000mg</i>	3	QL (60 tabs / 30 days)
<i>omega-3-acid ethyl esters cap 1 gm</i>	3	PA
<i>prevalite PACK 4gm; POWD 4gm/dose</i>	3	
REPATHA SOSY 140mg/ml	3	NM, PA
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM SOCT 420mg/3.5ml	3	NM, PA
REPATHA SURECLICK SOAJ 140mg/ml	3	NM, PA
VASCEPA CAPS .5gm, 1gm	3	
BETA-BLOCKER/DIURETIC COMBINATIONS		
<i>atenolol & chlorthalidone tab 50-25 mg</i>	2	
<i>atenolol & chlorthalidone tab 100-25 mg</i>	2	
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 2.5-6.25 mg</i>	2	
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 5-6.25 mg</i>	2	

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 10-6.25 mg</i>	2	
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i>	3	
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	3	
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-50 mg</i>	3	
BETA-BLOCKERS		
<i>acebutolol hcl CAPS 200mg, 400mg</i>	3	
<i>atenolol TABS 25mg, 50mg, 100mg</i>	1	GC
<i>bisoprolol fumarate TABS 5mg, 10mg</i>	2	
<i>carvedilol TABS 3.125mg, 6.25mg, 12.5mg, 25mg</i>	1	GC
<i>labetalol hcl TABS 100mg, 200mg, 300mg</i>	3	
<i>metoprolol succinate TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg</i>	2	
<i>metoprolol tartrate SOLN 5mg/5ml</i>	4	
<i>metoprolol tartrate TABS 25mg, 50mg, 100mg</i>	1	GC
<i>nadolol TABS 20mg, 40mg, 80mg</i>	3	
<i>nebivolol hcl TABS 2.5mg, 5mg, 10mg</i>	3	QL (30 tabs / 30 days)
<i>nebivolol hcl TABS 20mg</i>	3	QL (60 tabs / 30 days)
<i>pindolol TABS 5mg, 10mg</i>	3	
<i>propranolol hcl CP24 60mg, 80mg, 120mg, 160mg; SOLN 20mg/5ml, 40mg/5ml</i>	3	

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>propranolol hcl</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg, 60mg, 80mg	2	
<i>timolol maleate</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg	3	
CALCIUM CHANNEL BLOCKERS		
<i>amlodipine besylate</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	1	GC
<i>cartia xt</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg	2	
<i>dilt-xr</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg	3	
<i>diltiazem hcl</i> CP12 60mg, 90mg, 120mg	4	
<i>diltiazem hcl</i> SOLN 25mg/5ml, 50mg/10ml, 125mg/25ml	3	
<i>diltiazem hcl</i> TABS 30mg, 60mg, 90mg, 120mg	2	
<i>diltiazem hcl coated beads</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg	2	
<i>diltiazem hcl coated beads</i> CP24 360mg	4	
<i>diltiazem hcl extended release beads</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	2	
<i>felodipine</i> TB24 2.5mg, 5mg, 10mg	2	
<i>nicardipine hcl</i> CAPS 20mg, 30mg	4	
<i>nifedipine</i> TB24 30mg, 60mg, 90mg	3	
<i>nimodipine</i> CAPS 30mg	4	
NYMALIZE SOLN 6mg/ml	5	
<i>taztia xt</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg	2	

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>tiadylt er</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	2	
<i>verapamil hcl</i> CP24 100mg, 200mg, 300mg, 360mg; SOLN 2.5mg/ml	4	
<i>verapamil hcl</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg	3	
<i>verapamil hcl</i> TABS 40mg, 80mg, 120mg	1	GC
<i>verapamil hcl</i> TBCR 120mg, 180mg, 240mg	2	
DIURETICS		
<i>acetazolamide</i> CP12 500mg	4	
<i>acetazolamide</i> TABS 125mg, 250mg	3	
<i>amiloride & hydrochlorothiazide tab 5-50 mg</i>	2	
<i>amiloride hcl</i> TABS 5mg	2	
<i>bumetanide</i> SOLN .25mg/ml; TABS .5mg, 1mg, 2mg	3	
<i>chlorthalidone</i> TABS 25mg, 50mg	2	
<i>furosemide</i> SOLN 10mg/ml, 40mg/5ml	2	
<i>furosemide</i> TABS 20mg, 40mg, 80mg	1	GC
<i>furosemide inj</i> SOLN 10mg/ml	3	
<i>hydrochlorothiazide</i> CAPS 12.5mg; TABS 12.5mg, 25mg, 50mg	1	GC
<i>indapamide</i> TABS 1.25mg, 2.5mg	1	GC
<i>methazolamide</i> TABS 25mg, 50mg	4	
<i>metolazone</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	3	

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>spironolactone & hydrochlorothiazide tab</i> 25-25 mg	3	
<i>torse mide</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 100mg	2	
<i>triamterene & hydrochlorothiazide cap</i> 37.5-25 mg	1	GC
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab</i> 37.5-25 mg	1	GC
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab</i> 75- 50 mg	1	GC
MISCELLANEOUS		
<i>aliskiren fumarate</i> TABS 150mg, 300mg	1	GC
<i>clonidine</i> PTWK .1mg/24hr, .2mg/24hr, .3mg/24hr	3	
<i>clonidine hcl</i> TABS .1mg, .2mg, .3mg	1	GC
CORLANOR SOLN 5mg/5ml	4	QL (450 mL / 30 days)
CORLANOR TABS 5mg, 7.5mg	4	QL (60 tabs / 30 days)
<i>digoxin</i> SOLN .05mg/ml, .25mg/ml	4	
<i>digoxin</i> TABS 125mcg, 250mcg	2	QL (30 tabs / 30 days)
<i>droxidopa</i> CAPS 100mg	5	QL (90 caps / 30 days), NM, PA
<i>droxidopa</i> CAPS 200mg, 300mg	5	QL (180 caps / 30 days), NM, PA
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOLN 1mg/ml	4	
<i>guanfacine hcl</i> TABS 1mg, 2mg	3	PA; PA if 70 years and older
<i>hydralazine hcl</i> SOLN 20mg/ml	4	

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>hydralazine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg	2	
<i>metirosine</i> CAPS 250mg	5	PA
<i>midodrine hcl</i> TABS 2.5mg, 5mg	3	
<i>midodrine hcl</i> TABS 10mg	4	
<i>minoxidil</i> TABS 2.5mg, 10mg	2	
<i>ranolazine</i> TB12 500mg, 1000mg	4	
VERQUVO TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	3	QL (30 tabs / 30 days)

NITRATES

<i>isosorbide dinitrate</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 30mg	3	
<i>isosorbide mononitrate</i> TABS 10mg, 20mg	2	
<i>isosorbide mononitrate</i> TB24 30mg, 60mg, 120mg	1	GC
NITRO-BID OINT 2%	3	
<i>nitroglycerin</i> PT24 .1mg/hr, .2mg/hr, .4mg/hr, .6mg/hr; SUBL .3mg, .4mg, .6mg	3	

PULMONARY ARTERIAL HYPERTENSION

ADEMPAS TABS .5mg, 1mg, 1.5mg, 2mg, 2.5mg	5	QL (90 tabs / 30 days), NM, LA, PA
<i>ambrisentan</i> TABS 5mg, 10mg	5	QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
<i>bosentan</i> TABS 62.5mg, 125mg	5	QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
OPSUMIT TABS 10mg	5	QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
<i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension)</i> TABS 20mg	3	QL (360 tabs / 30 days), NM, PA

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>treprostinil</i> SOLN 20mg/20ml, 50mg/20ml, 100mg/20ml, 200mg/20ml	5	NM, LA, PA
VENTAVIS SOLN 10mcg/ml, 20mcg/ml	5	NM, LA, PA

CENTRAL NERVOUS SYSTEM

ANTI-ANXIETY

<i>alprazolam</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg	2	QL (150 tabs / 30 days)
<i>bupirone hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 15mg	1	GC
<i>bupirone hcl</i> TABS 7.5mg, 30mg	3	
<i>fluvoxamine maleate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	3	
<i>lorazepam</i> CONC 2mg/ml	3	QL (150 mL / 30 days)
<i>lorazepam</i> SOLN 2mg/ml, 4mg/ml	2	
<i>lorazepam</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg	2	QL (150 tabs / 30 days)
<i>lorazepam intensol</i> CONC 2mg/ml	3	QL (150 mL / 30 days)

ANTIDEMENTIA

<i>donepezil hydrochloride</i> TABS 5mg; TBP 5mg	2	QL (30 tabs / 30 days)
<i>donepezil hydrochloride</i> TABS 10mg; TBP 10mg	2	
<i>galantamine hydrobromide</i> CP24 8mg, 16mg, 24mg	3	QL (30 caps / 30 days)
<i>galantamine hydrobromide</i> SOLN 4mg/ml	4	QL (200 mL / 30 days)
<i>galantamine hydrobromide</i> TABS 4mg, 8mg, 12mg	3	QL (60 tabs / 30 days)
<i>memantine hcl</i> CP24 7mg, 14mg, 21mg, 28mg; SOLN 2mg/ml	4	PA; PA applies if 29 years and younger
<i>memantine hcl</i> TABS 5mg, 10mg	3	PA; PA applies if 29 years and younger

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
NAMZARIC CAP 7-10MG	4	
NAMZARIC CAP 14-10MG	4	
NAMZARIC CAP 21-10MG	4	
NAMZARIC CAP 28-10MG	4	
NAMZARIC CAP PACK	4	
<i>rivastigmine</i> PT24 4.6mg/24hr, 9.5mg/24hr, 13.3mg/24hr	4	QL (30 patches / 30 days)
<i>rivastigmine tartrate</i> CAPS 1.5mg, 3mg, 4.5mg, 6mg	3	QL (60 caps / 30 days)
ANTIDEPRESSANTS		
<i>amitriptyline hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	3	
<i>amoxapine</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg, 150mg	3	
AUVELITY TAB 45-105MG	4	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>bupropion hcl</i> TABS 75mg, 100mg	3	
<i>bupropion hcl</i> TB12 100mg, 150mg, 200mg; TB24 150mg	3	QL (60 tabs / 30 days)
<i>bupropion hcl</i> TB24 300mg	3	QL (30 tabs / 30 days)
<i>citalopram hydrobromide</i> SOLN 10mg/5ml	3	
<i>citalopram hydrobromide</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg	1	GC
<i>clomipramine hcl</i> CAPS 25mg, 50mg, 75mg	4	PA
<i>desipramine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	4	

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>desvenlafaxine succinate</i> TB24 25mg, 50mg, 100mg	4	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>doxepin hcl</i> CAPS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg; CONC 10mg/ml	3	
<i>duloxetine hcl</i> CPEP 20mg, 30mg, 60mg	3	QL (60 caps / 30 days)
EMSAM PT24 6mg/24hr, 9mg/24hr, 12mg/24hr	5	QL (30 patches / 30 days), PA
<i>escitalopram oxalate</i> SOLN 5mg/5ml	4	
<i>escitalopram oxalate</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg	1	GC
FETZIMA CP24 20mg, 40mg	4	QL (60 caps / 30 days), PA
FETZIMA CP24 80mg, 120mg	4	QL (30 caps / 30 days), PA
FETZIMA CAP TITRATIO	4	QL (2 packs / year), PA
<i>fluoxetine hcl</i> CAPS 10mg, 20mg	1	GC
<i>fluoxetine hcl</i> CAPS 40mg	2	
<i>fluoxetine hcl</i> SOLN 20mg/5ml	3	
<i>imipramine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg	2	
MARPLAN TABS 10mg	4	QL (180 tabs / 30 days)
<i>mirtazapine</i> TABS 7.5mg; TBDP 15mg, 30mg, 45mg	3	
<i>mirtazapine</i> TABS 15mg, 30mg, 45mg	2	
<i>nefazodone hcl</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg, 250mg	4	
<i>nortriptyline hcl</i> CAPS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg	2	

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>nortriptyline hcl</i> SOLN 10mg/5ml	4	
<i>paroxetine hcl</i> SUSP 10mg/5ml	4	QL (900 mL / 30 days), PA
<i>paroxetine hcl</i> TABS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	2	
<i>phenelzine sulfate</i> TABS 15mg	3	
<i>protriptyline hcl</i> TABS 5mg, 10mg	4	
<i>sertraline hcl</i> CONC 20mg/ml	3	
<i>sertraline hcl</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	GC
<i>tranylcypromine sulfate</i> TABS 10mg	4	
<i>trazodone hcl</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg	1	GC
<i>trimipramine maleate</i> CAPS 25mg, 50mg	4	QL (120 caps / 30 days)
<i>trimipramine maleate</i> CAPS 100mg	4	QL (60 caps / 30 days)
TRINTELLIX TABS 5mg, 10mg, 20mg	4	QL (30 tabs / 30 days)
<i>venlafaxine hcl</i> CP24 37.5mg, 75mg, 150mg	2	
<i>venlafaxine hcl</i> TABS 25mg, 37.5mg, 50mg, 75mg, 100mg	3	
<i>vilazodone hcl</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg	4	QL (30 tabs / 30 days)
ZURZUVAE CAPS 20mg, 25mg	5	QL (28 caps / 14 days), NM, LA, PA
ZURZUVAE CAPS 30mg	5	QL (14 caps / 14 days), NM, LA, PA
ANTIPARKINSONIAN AGENTS		
<i>amantadine hcl</i> CAPS 100mg	3	QL (120 caps / 30 days)
<i>amantadine hcl</i> SOLN 50mg/5ml	3	

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>amantadine hcl</i> TABS 100mg	4	
<i>benztropine mesylate</i> SOLN 1mg/ml	4	
<i>benztropine mesylate</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg	2	PA; PA if 70 years and older
<i>bromocriptine mesylate</i> CAPS 5mg; TABS 2.5mg	4	
<i>carb/levo orally disintegrating tab 10-100mg</i>	4	
<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-100mg</i>	4	
<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-250mg</i>	4	
<i>carbidopa & levodopa tab 10-100 mg</i>	2	
<i>carbidopa & levodopa tab 25-100 mg</i>	2	
<i>carbidopa & levodopa tab 25-250 mg</i>	2	
<i>carbidopa & levodopa tab er 25-100 mg</i>	3	
<i>carbidopa & levodopa tab er 50-200 mg</i>	3	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 12.5-50-200 mg</i>	4	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 18.75-75-200 mg</i>	4	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 25-100-200 mg</i>	4	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 31.25-125-200 mg</i>	4	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 37.5-150-200 mg</i>	4	

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 50-200-200 mg</i>	4	
<i>entacapone</i> TABS 200mg	4	
INBRIJA CAPS 42mg	5	QL (300 caps / 30 days), NM, LA, PA
NEUPRO PT24 1mg/24hr, 2mg/24hr, 3mg/24hr, 4mg/24hr, 6mg/24hr, 8mg/24hr	4	
<i>pramipexole dihydrochloride</i> TABS .125mg, .25mg, .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg	2	
<i>rasagiline mesylate</i> TABS .5mg, 1mg	4	QL (30 tabs / 30 days)
<i>ropinirole hydrochloride</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg, 5mg	2	
<i>selegiline hcl</i> CAPS 5mg; TABS 5mg	3	
<i>trihexyphenidyl hcl</i> SOLN .4mg/ml	3	PA; PA if 70 years and older
<i>trihexyphenidyl hcl</i> TABS 2mg, 5mg	2	PA; PA if 70 years and older
ANTIPSYCHOTICS		
ABILIFY MAINTENA PRSY 300mg, 400mg	5	QL (1 syringe / 28 days)
ABILIFY MAINTENA SRER 300mg, 400mg	5	QL (1 injection / 28 days)
<i>aripiprazole</i> SOLN 1mg/ml	4	QL (900 mL / 30 days)
<i>aripiprazole</i> TABS 2mg, 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 30mg	4	QL (30 tabs / 30 days)
<i>aripiprazole</i> TBDP 10mg, 15mg	4	QL (60 tabs / 30 days)
ARISTADA PRSY 441mg/1.6ml, 662mg/2.4ml, 882mg/3.2ml	5	QL (1 syringe / 28 days)
ARISTADA PRSY 1064mg/3.9ml	5	QL (1 syringe / 56 days)

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
ARISTADA INITIO PRSY 675mg/2.4ml	5	
<i>asenapine maleate</i> SUBL 2.5mg, 5mg, 10mg	4	QL (60 tabs / 30 days)
CAPLYTA CAPS 10.5mg, 21mg, 42mg	4	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	4	
<i>clozapine</i> TABS 25mg, 50mg	3	
<i>clozapine</i> TABS 100mg	4	QL (270 tabs / 30 days)
<i>clozapine</i> TABS 200mg	4	QL (120 tabs / 30 days)
<i>clozapine</i> TBDP 12.5mg, 25mg	4	PA
<i>clozapine</i> TBDP 100mg	4	QL (270 tabs / 30 days), PA
<i>clozapine</i> TBDP 150mg	4	QL (180 tabs / 30 days), PA
<i>clozapine</i> TBDP 200mg	5	QL (120 tabs / 30 days), PA
FANAPT TABS 1mg, 2mg, 4mg, 6mg, 8mg, 10mg, 12mg	4	QL (60 tabs / 30 days), PA
FANAPT PAK	4	QL (2 packs / year), PA
<i>fluphenazine decanoate</i> SOLN 25mg/ml	4	
<i>fluphenazine hcl</i> CONC 5mg/ml; ELIX 2.5mg/5ml; SOLN 2.5mg/ml; TABS 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg	4	
<i>haloperidol</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg, 5mg, 10mg, 20mg	3	
<i>haloperidol decanoate</i> SOLN 50mg/ml, 100mg/ml	3	

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>haloperidol lactate</i> CONC 2mg/ml; SOLN 5mg/ml	3	
INVEGA HAFYERA SUSY 1092mg/3.5ml, 1560mg/5ml	5	QL (1 injection / 180 days)
INVEGA SUSTENNA SUSY 39mg/0.25ml	4	QL (1 syringe / 28 days)
INVEGA SUSTENNA SUSY 78mg/0.5ml, 117mg/0.75ml, 156mg/ml, 234mg/1.5ml	5	QL (1 syringe / 28 days)
INVEGA TRINZA SUSY 273mg/0.88ml, 410mg/1.32ml, 546mg/1.75ml, 819mg/2.63ml	5	QL (1 syringe / 90 days)
<i>loxapine succinate</i> CAPS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	3	
<i>lurasidone hcl</i> TABS 20mg, 40mg, 60mg, 120mg	4	QL (30 tabs / 30 days)
<i>lurasidone hcl</i> TABS 80mg	4	QL (60 tabs / 30 days)
<i>molindone hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 25mg	4	
NUPLAZID CAPS 34mg	4	QL (30 caps / 30 days), NM, LA, PA
NUPLAZID TABS 10mg	4	QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
<i>olanzapine</i> SOLR 10mg	4	QL (3 vials / 1 day)
<i>olanzapine</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	2	QL (60 tabs / 30 days)
<i>olanzapine</i> TABS 7.5mg, 15mg, 20mg	2	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olanzapine</i> TBDP 5mg, 15mg, 20mg	4	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olanzapine</i> TBDP 10mg	4	QL (60 tabs / 30 days)
<i>paliperidone</i> TB24 1.5mg, 3mg, 9mg	4	QL (30 tabs / 30 days)
<i>paliperidone</i> TB24 6mg	4	QL (60 tabs / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>perphenazine</i> TABS 2mg, 4mg, 8mg, 16mg	3	
PERSERIS PRSY 90mg, 120mg	5	QL (1 syringe / 30 days)
<i>pimozide</i> TABS 1mg, 2mg	4	
<i>quetiapine fumarate</i> TABS 25mg	2	QL (180 tabs / 30 days)
<i>quetiapine fumarate</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg	2	QL (90 tabs / 30 days)
<i>quetiapine fumarate</i> TABS 300mg, 400mg	2	QL (60 tabs / 30 days)
<i>quetiapine fumarate</i> TB24 50mg, 300mg, 400mg	4	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>quetiapine fumarate</i> TB24 150mg, 200mg	4	QL (30 tabs / 30 days), PA
REXULTI TABS 3mg, 4mg	4	QL (30 tabs / 30 days)
REXULTI TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg	4	QL (60 tabs / 30 days)
RISPERDAL CONSTA SRER 12.5mg, 25mg	4	QL (2 injections / 28 days)
RISPERDAL CONSTA SRER 37.5mg, 50mg	5	QL (2 injections / 28 days)
<i>risperidone</i> SOLN 1mg/ml	3	QL (240 mL / 30 days)
<i>risperidone</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	2	
<i>risperidone</i> TBDP 1mg, 2mg, 3mg	4	QL (60 tabs / 30 days)
<i>risperidone</i> TBDP 4mg	4	QL (120 tabs / 30 days)
<i>risperidone</i> TBDP .25mg, .5mg	4	QL (90 tabs / 30 days)
<i>risperidone microspheres</i> SRER 12.5mg, 25mg	4	QL (2 injections / 28 days)

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>risperidone microspheres</i> SRER 37.5mg, 50mg	5	QL (2 injections / 28 days)
SECUADO PT24 3.8mg/24hr, 5.7mg/24hr, 7.6mg/24hr	4	QL (30 patches / 30 days)
<i>thioridazine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg	3	
<i>thiothixene</i> CAPS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	4	
<i>trifluoperazine hcl</i> TABS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	3	
VERSACLOZ SUSP 50mg/ml	4	QL (600 mL / 30 days), PA
VRAYLAR CAPS 1.5mg	4	QL (60 caps / 30 days)
VRAYLAR CAPS 3mg, 4.5mg, 6mg	4	QL (30 caps / 30 days)
VRAYLAR CAP 1.5-3MG	4	QL (2 packs / year)
<i>ziprasidone hcl</i> CAPS 20mg, 40mg, 60mg, 80mg	4	QL (60 caps / 30 days)
<i>ziprasidone mesylate</i> SOLR 20mg	4	QL (6 injections / 3 days)
ZYPREXA RELPREVV SUSR 210mg, 300mg	5	QL (2 vials / 28 days), NM, PA
ZYPREXA RELPREVV SUSR 405mg	5	QL (1 vial / 28 days), NM, PA
ANTISEIZURE AGENTS		
APTIOM TABS 200mg, 400mg	5	QL (30 tabs / 30 days)
APTIOM TABS 600mg, 800mg	5	QL (60 tabs / 30 days)
BRIVIACT SOLN 10mg/ml	5	QL (600 mL / 30 days), PA
BRIVIACT SOLN 50mg/5ml	4	PA

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
BRIVIACT TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg	5	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>carbamazepine</i> CHEW 100mg; TABS 200mg	3	
<i>carbamazepine</i> CP12 100mg, 200mg, 300mg; SUSP 100mg/5ml; TB12 100mg, 200mg, 400mg	4	
<i>clobazam</i> SUSP 2.5mg/ml	4	QL (480 mL / 30 days), PA
<i>clobazam</i> TABS 10mg, 20mg	4	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>clonazepam</i> TABS 2mg	2	QL (300 tabs / 30 days)
<i>clonazepam</i> TABS .5mg, 1mg	2	QL (90 tabs / 30 days)
<i>clonazepam</i> TBDP 2mg	3	QL (300 tabs / 30 days)
<i>clonazepam</i> TBDP .125mg, .25mg, .5mg, 1mg	3	QL (90 tabs / 30 days)
<i>clorazepate dipotassium</i> TABS 3.75mg, 7.5mg, 15mg	4	QL (180 tabs / 30 days), PA; PA if 65 years and older
DIACOMIT CAPS 250mg	5	QL (360 caps / 30 days), NM, LA, PA
DIACOMIT CAPS 500mg	5	QL (180 caps / 30 days), NM, LA, PA
DIACOMIT PACK 250mg	5	QL (360 packets / 30 days), NM, LA, PA
DIACOMIT PACK 500mg	5	QL (180 packets / 30 days), NM, LA, PA

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>diazepam</i> SOLN 5mg/5ml	3	QL (1200 mL / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older after a 5 day supply in a calendar year
<i>diazepam</i> TABS 2mg, 5mg, 10mg	2	QL (120 tabs / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older after a 5 day supply in a calendar year
<i>diazepam (anticonvulsant)</i> GEL 2.5mg, 10mg, 20mg	4	
<i>diazepam inj</i> SOLN 5mg/ml	4	
<i>diazepam intensol</i> CONC 5mg/ml	3	QL (240 mL / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older after a 5 day supply in a calendar year
DILANTIN CAPS 30mg, 100mg	4	
DILANTIN INFATABS CHEW 50mg	4	
DILANTIN-125 SUSP 125mg/5ml	4	
<i>divalproex sodium</i> CSDR 125mg	4	
<i>divalproex sodium</i> TB24 250mg, 500mg	3	
<i>divalproex sodium</i> TBEC 125mg, 250mg, 500mg	2	
EPIDIOLEX SOLN 100mg/ml	5	QL (600 mL / 30 days), NM, LA, PA
<i>epitol</i> TABS 200mg	3	
EPRONTIA SOLN 25mg/ml	4	QL (480 mL / 30 days), PA
<i>ethosuximide</i> CAPS 250mg	4	

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>ethosuximide</i> SOLN 250mg/5ml	3	
<i>felbamate</i> SUSP 600mg/5ml	5	
<i>felbamate</i> TABS 400mg, 600mg	4	
FINTEPLA SOLN 2.2mg/ml	5	QL (360 mL / 30 days), NM, LA, PA
FYCOMPA SUSP .5mg/ml	5	QL (720 mL / 30 days), PA
FYCOMPA TABS 2mg	4	QL (60 tabs / 30 days), PA
FYCOMPA TABS 4mg, 6mg, 8mg, 10mg, 12mg	5	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>gabapentin</i> CAPS 100mg, 300mg, 400mg	2	QL (180 caps / 30 days)
<i>gabapentin</i> SOLN 250mg/5ml, 300mg/6ml	3	QL (2160 mL / 30 days)
<i>gabapentin</i> TABS 600mg	3	QL (180 tabs / 30 days)
<i>gabapentin</i> TABS 800mg	3	QL (120 tabs / 30 days)
<i>lacosamide</i> SOLN 200mg/20ml	4	
<i>lacosamide</i> TABS 50mg	4	QL (120 tabs / 30 days)
<i>lacosamide</i> TABS 100mg, 150mg, 200mg	4	QL (60 tabs / 30 days)
<i>lacosamide oral</i> SOLN 10mg/ml	4	QL (1200 mL / 30 days)
<i>lamotrigine</i> CHEW 5mg, 25mg	3	
<i>lamotrigine</i> TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg	1	GC
<i>lamotrigine</i> TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 250mg, 300mg	4	
<i>levetiracetam</i> SOLN 100mg/ml; TABS 250mg, 500mg, 750mg, 1000mg; TB24 500mg, 750mg	3	

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>levetiracetam</i> SOLN 500mg/5ml	4	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> 500 mg/100ml	4	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> 1000 mg/100ml	4	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> 1500 mg/100ml	4	
<i>methsuximide</i> CAPS 300mg	4	
NAYZILAM SOLN 5mg/0.1ml	4	
<i>oxcarbazepine</i> SUSP 300mg/5ml	4	
<i>oxcarbazepine</i> TABS 150mg, 300mg, 600mg	3	
<i>phenobarbital</i> ELIX 20mg/5ml	4	QL (1500 mL / 30 days), PA; PA if 70 years and older
<i>phenobarbital</i> TABS 15mg, 16.2mg, 30mg, 32.4mg, 60mg, 64.8mg, 97.2mg, 100mg	3	QL (120 tabs / 30 days), PA; PA if 70 years and older
<i>phenobarbital sodium</i> SOLN 65mg/ml, 130mg/ml	4	PA; PA if 70 years and older
<i>phenytek</i> CAPS 200mg, 300mg	4	
<i>phenytoin</i> CHEW 50mg; SUSP 125mg/5ml	3	
<i>phenytoin sodium</i> SOLN 50mg/ml	3	
<i>phenytoin sodium extended</i> CAPS 100mg, 200mg, 300mg	3	
<i>pregabalin</i> CAPS 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	3	QL (120 caps / 30 days), PA
<i>pregabalin</i> CAPS 200mg	3	QL (90 caps / 30 days), PA

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>pregabalin</i> CAPS 225mg, 300mg	3	QL (60 caps / 30 days), PA
<i>pregabalin</i> SOLN 20mg/ml	4	QL (900 mL / 30 days), PA
<i>primidone</i> TABS 50mg, 125mg, 250mg	2	
<i>roweepra</i> TABS 500mg	3	
<i>rufinamide</i> SUSP 40mg/ml	5	QL (2400 mL / 30 days), PA
<i>rufinamide</i> TABS 200mg	4	QL (480 tabs / 30 days), PA
<i>rufinamide</i> TABS 400mg	5	QL (240 tabs / 30 days), PA
SPRITAM TB3D 250mg	4	QL (360 tabs / 30 days)
SPRITAM TB3D 500mg	4	QL (180 tabs / 30 days)
SPRITAM TB3D 750mg	4	QL (120 tabs / 30 days)
SPRITAM TB3D 1000mg	4	QL (90 tabs / 30 days)
<i>subvenite</i> TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg	1	GC
SYMPAZAN FILM 5mg, 10mg, 20mg	5	QL (60 films / 30 days), PA
<i>tiagabine hcl</i> TABS 2mg, 4mg, 12mg, 16mg	4	
<i>topiramate</i> CPSP 15mg, 25mg	3	
<i>topiramate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	2	
<i>valproate sodium</i> SOLN 100mg/ml	4	
<i>valproate sodium</i> SOLN 250mg/5ml	3	

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>valproic acid</i> CAPS 250mg	3	
VALTOCO 5 MG DOSE LIQD 5mg/0.1ml	4	
VALTOCO 10 MG DOSE LIQD 10mg/0.1ml	4	
VALTOCO 15 MG DOSE LQPK 7.5mg/0.1ml	4	
VALTOCO 20 MG DOSE LQPK 10mg/0.1ml	4	
<i>vigabatrin</i> PACK 500mg	5	QL (180 packets / 30 days), NM, LA, PA
<i>vigabatrin</i> TABS 500mg	5	QL (180 tabs / 30 days), NM, LA, PA
<i>vigadrone</i> PACK 500mg	5	QL (180 packets / 30 days), NM, LA, PA
<i>vigadrone</i> TABS 500mg	5	QL (180 tabs / 30 days), NM, LA, PA
XCOPRI TABS 50mg, 100mg	5	QL (30 tabs / 30 days)
XCOPRI TABS 150mg, 200mg	5	QL (60 tabs / 30 days)
XCOPRI PAK 12.5-25	4	QL (28 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 50-100MG	5	QL (28 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 100-150	5	QL (56 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 150-200MG (MAINTENANCE)	5	QL (56 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION)	5	QL (28 tabs / 28 days)
ZONISADE SUSP 100mg/5ml	5	QL (900 mL / 30 days), PA
<i>zonisamide</i> CAPS 25mg, 50mg, 100mg	2	
ZTALMY SUSP 50mg/ml	5	QL (1100 mL / 30 days), NM, LA, PA

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER		
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg</i>	4	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 10 mg</i>	4	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 15 mg</i>	4	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 20 mg</i>	4	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 25 mg</i>	4	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 30 mg</i>	4	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 5 mg</i>	3	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 7.5 mg</i>	3	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 10 mg</i>	3	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 12.5 mg</i>	3	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 15 mg</i>	3	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 20 mg</i>	3	QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 30 mg</i>	3	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>atomoxetine hcl CAPS 10mg, 18mg, 25mg</i>	4	QL (120 caps / 30 days)
<i>atomoxetine hcl CAPS 40mg</i>	4	QL (60 caps / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>atomoxetine hcl</i> CAPS 60mg, 80mg, 100mg	4	QL (30 caps / 30 days)
<i>dexmethylphenidate hcl</i> TABS 2.5mg, 5mg	3	QL (120 tabs / 30 days), PA
<i>dexmethylphenidate hcl</i> TABS 10mg	3	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>guanfacine hcl (adhd)</i> TB24 1mg, 2mg, 4mg	3	QL (30 tabs / 30 days), PA; PA if 70 years and older
<i>guanfacine hcl (adhd)</i> TB24 3mg	3	QL (60 tabs / 30 days), PA; PA if 70 years and older
<i>methylphenidate hcl</i> SOLN 5mg/5ml	4	QL (1800 mL / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl</i> SOLN 10mg/5ml	4	QL (900 mL / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl</i> TABS 5mg, 10mg	3	QL (180 tabs / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl</i> TABS 20mg	3	QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl</i> TBCR 10mg, 20mg	4	QL (90 tabs / 30 days), PA

HYPNOTICS

DAYVIGO TABS 5mg, 10mg	3	QL (30 tabs / 30 days)
<i>doxepin hcl (sleep)</i> TABS 3mg, 6mg	3	QL (30 tabs / 30 days)
<i>tasimelteon</i> CAPS 20mg	5	QL (30 caps / 30 days), NM, PA
<i>temazepam</i> CAPS 7.5mg, 30mg	4	QL (30 caps / 30 days), PA; PA if 65 years and older

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>temazepam</i> CAPS 15mg	4	QL (60 caps / 30 days), PA; PA if 65 years and older
<i>zolpidem tartrate</i> TABS 5mg, 10mg	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	3	QL (1 pen / 30 days), NM, PA
<i>dihydroergotamine mesylate</i> SOLN 1mg/ml	5	
<i>dihydroergotamine mesylate</i> SOLN 4mg/ml	5	QL (8 mL / 30 days), PA
<i>ergotamine w/ caffeine tab 1-100 mg</i>	3	QL (40 tabs / 28 days), PA
<i>naratriptan hcl</i> TABS 1mg, 2.5mg	3	QL (12 tabs / 30 days)
NURTEC TBDP 75mg	3	QL (16 tabs / 30 days), PA
QULIPTA TABS 10mg, 30mg, 60mg	3	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>rizatriptan benzoate</i> TABS 5mg, 10mg; TBDP 5mg, 10mg	3	QL (18 tabs / 30 days)
<i>sumatriptan</i> SOLN 5mg/act	4	QL (24 units / 30 days)
<i>sumatriptan</i> SOLN 20mg/act	4	QL (12 units / 30 days)
<i>sumatriptan succinate</i> SOAJ 4mg/0.5ml; SOCT 4mg/0.5ml	4	QL (18 injections / 30 days)
<i>sumatriptan succinate</i> SOAJ 6mg/0.5ml; SOCT 6mg/0.5ml; SOLN 6mg/0.5ml	4	QL (12 injections / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>sumatriptan succinate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	2	QL (12 tabs / 30 days)
UBRELVY TABS 50mg, 100mg	3	QL (16 tabs / 30 days), PA
MISCELLANEOUS		
AUSTEDO TABS 6mg	5	QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
AUSTEDO TABS 9mg, 12mg	5	QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA
AUSTEDO XR TB24 6mg	5	QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TB24 12mg	5	QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TB24 24mg	5	QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TAB TITR KIT	5	QL (2 packs / year), NM, PA
LITHIUM SOLN 8meq/5ml	4	
<i>lithium carbonate</i> CAPS 150mg, 300mg, 600mg	1	GC
<i>lithium carbonate</i> TABS 300mg; TBCR 300mg, 450mg	2	
NUEDEXTA CAP 20-10MG	4	QL (60 caps / 30 days), PA
<i>pyridostigmine bromide</i> TABS 60mg	3	
<i>riluzole</i> TABS 50mg	4	
<i>tetrabenazine</i> TABS 12.5mg	5	QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>tetrabenazine</i> TABS 25mg	5	QL (120 tabs / 30 days), NM, PA

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS		
BAFIERTAM CPDR 95mg	5	QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA
BETASERON KIT .3mg	5	QL (14 syringes / 28 days), NM, PA
<i>dalfampridine</i> TB12 10mg	3	QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
<i>fingolimod hcl</i> CAPS .5mg	5	QL (30 caps / 30 days), NM, PA
<i>glatiramer acetate</i> SOSY 20mg/ml	5	QL (30 syringes / 30 days), NM, PA
<i>glatiramer acetate</i> SOSY 40mg/ml	5	QL (12 syringes / 28 days), NM, PA
<i>glatopa</i> SOSY 20mg/ml	5	QL (30 syringes / 30 days), NM, PA
<i>glatopa</i> SOSY 40mg/ml	5	QL (12 syringes / 28 days), NM, PA
KESIMPTA SOAJ 20mg/0.4ml	5	QL (16 pens / year), NM, LA, PA
MUSCULOSKELETAL THERAPY AGENTS		
<i>baclofen</i> TABS 5mg	3	QL (90 tabs / 30 days)
<i>baclofen</i> TABS 10mg, 20mg	3	
<i>cyclobenzaprine hcl</i> TABS 5mg, 10mg	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	4	
<i>tizanidine hcl</i> TABS 2mg, 4mg	2	

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>NARCOLEPSY/CATAPLEXY</i>		
<i>armodafinil</i> TABS 50mg	4	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>armodafinil</i> TABS 150mg, 200mg, 250mg	4	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>modafinil</i> TABS 100mg	3	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>modafinil</i> TABS 200mg	3	QL (60 tabs / 30 days), PA
SODIUM OXYBATE SOLN 500mg/ml	5	QL (540 mL / 30 days), NM, LA, PA
<i>PSYCHOTHERAPEUTIC-MISC</i>		
<i>acamprosate calcium</i> TBEC 333mg	4	
<i>buprenorphine hcl</i> SUBL 2mg, 8mg	3	QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 2-0.5 mg (base equiv)</i>	4	QL (90 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 4-1 mg (base equiv)</i>	4	QL (90 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 8-2 mg (base equiv)</i>	4	QL (90 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 12-3 mg (base equiv)</i>	4	QL (60 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 2-0.5 mg (base equiv)</i>	2	QL (90 tabs / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 8-2 mg (base equiv)</i>	2	QL (90 tabs / 30 days)
<i>bupropion hcl (smoking deterrent)</i> TB12 150mg	3	QL (60 tabs / 30 days)
<i>disulfiram</i> TABS 250mg, 500mg	3	

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>naloxone hcl</i> LIQD 4mg/0.1ml	3	
<i>naloxone hcl</i> SOCT .4mg/ml; SOLN .4mg/ml, 4mg/10ml; SOSY 2mg/2ml	2	
<i>naltrexone hcl</i> TABS 50mg	3	
NICOTROL INHALER INHA 10mg	4	
NICOTROL NS SOLN 10mg/ml	4	
<i>varenicline tartrate</i> TABS .5mg, 1mg	4	QL (56 tabs / 28 days), PA
<i>varenicline tartrate tab 11 x 0.5 mg & 42 x 1 mg start pack</i>	4	QL (2 packs / year), PA
VIVITROL SUSR 380mg	5	NM

ENDOCRINE AND METABOLIC

ANDROGENS

<i>depo-testosterone</i> SOLN 100mg/ml, 200mg/ml	3	PA
<i>methyltestosterone</i> CAPS 10mg	5	QL (600 caps / 30 days), PA
<i>testosterone</i> GEL 1%, 25mg/2.5gm, 50mg/5gm	4	QL (300 gm / 30 days), PA
<i>testosterone</i> GEL 1.62%	4	QL (150 gm / 30 days), PA
<i>testosterone cypionate</i> SOLN 100mg/ml, 200mg/ml	3	PA
<i>testosterone enanthate</i> SOLN 200mg/ml	3	PA

ANTIDIABETICS

<i>acarbose</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	3	
BYDUREON BCISE AUIJ 2mg/0.85ml	3	QL (4 pens / 28 days), PA

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
BYETTA SOPN 5mcg/0.02ml, 10mcg/0.04ml	4	QL (1 pen / 30 days), PA
FARXIGA TABS 5mg, 10mg	3	QL (30 tabs / 30 days)
<i>glimepiride</i> TABS 1mg, 2mg	1	GC, QL (90 tabs / 30 days)
<i>glimepiride</i> TABS 4mg	1	GC, QL (60 tabs / 30 days)
<i>glipizide</i> TABS 5mg	1	GC, QL (240 tabs / 30 days)
<i>glipizide</i> TABS 10mg	1	GC, QL (120 tabs / 30 days)
<i>glipizide</i> TB24 2.5mg, 5mg	1	GC, QL (90 tabs / 30 days)
<i>glipizide</i> TB24 10mg	1	GC, QL (60 tabs / 30 days)
<i>glipizide xl</i> TB24 2.5mg, 5mg	1	GC, QL (90 tabs / 30 days)
<i>glipizide xl</i> TB24 10mg	1	GC, QL (60 tabs / 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-250 mg</i>	1	GC, QL (240 tabs / 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-500 mg</i>	1	GC, QL (120 tabs / 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl tab 5-500 mg</i>	1	GC, QL (120 tabs / 30 days)
GLYXAMBI TAB 10-5 MG	3	QL (30 tabs / 30 days)
GLYXAMBI TAB 25-5 MG	3	QL (30 tabs / 30 days)
JANUMET TAB 50-500MG	3	QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET TAB 50-1000	3	QL (60 tabs / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
JANUMET XR TAB 50-500MG	3	QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET XR TAB 50-1000	3	QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET XR TAB 100-1000	3	QL (30 tabs / 30 days)
JANUVIA TABS 25mg, 50mg, 100mg	3	QL (30 tabs / 30 days)
JARDIANCE TABS 10mg, 25mg	3	QL (30 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB 2.5-500	3	QL (60 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB 2.5-850	3	QL (60 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB 2.5-1000	3	QL (60 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB XR 2.5-1000MG	3	QL (60 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB XR 5-1000MG	3	QL (30 tabs / 30 days)
<i>metformin hcl</i> TABS 500mg	1	GC, QL (150 tabs / 30 days)
<i>metformin hcl</i> TABS 850mg	1	GC, QL (90 tabs / 30 days)
<i>metformin hcl</i> TABS 1000mg	1	GC, QL (75 tabs / 30 days)
<i>metformin hcl</i> TB24 500mg	1	GC, QL (120 tabs / 30 days); (generic of GLUCOPHAGE XR)
<i>metformin hcl</i> TB24 750mg	1	GC, 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	3	QL (4 pens / 28 days), PA
<i>nateglinide</i> TABS 60mg, 120mg	1	GC, QL (90 tabs / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) SOPN 2mg/1.5ml	3	QL (1 pen / 28 days), PA
OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE) SOPN 2mg/3ml	3	QL (1 pen / 28 days), PA
OZEMPIC (1MG/DOSE) SOPN 4mg/3ml	3	QL (1 pen / 28 days), PA
OZEMPIC (2MG/DOSE) SOPN 8mg/3ml	3	QL (1 pen / 28 days), PA
<i>pioglitazone hcl</i> TABS 15mg, 30mg, 45mg	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-500 mg</i>	1	GC, QL (90 tabs / 30 days)
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-850 mg</i>	1	GC, QL (90 tabs / 30 days)
<i>repaglinide</i> TABS 2mg	1	GC, QL (240 tabs / 30 days)
<i>repaglinide</i> TABS .5mg, 1mg	1	GC, QL (120 tabs / 30 days)
RYBELSUS TABS 3mg, 7mg, 14mg	3	QL (30 tabs / 30 days), PA
SYNJARDY TAB 5-500MG	3	QL (120 tabs / 30 days)
SYNJARDY TAB 5-1000MG	3	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY TAB 12.5-500	3	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY TAB 12.5-1000MG	3	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY XR TAB 5-1000MG	3	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY XR TAB 10-1000	3	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY XR TAB 12.5-1000	3	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY XR TAB 25-1000	3	QL (30 tabs / 30 days)
TRADJENTA TABS 5mg	3	QL (30 tabs / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 5-2.5-1000MG	3	QL (60 tabs / 30 days)
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 10-5-1000MG	3	QL (30 tabs / 30 days)
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 12.5-2.5-1000MG	3	QL (60 tabs / 30 days)
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 25-5-1000MG	3	QL (30 tabs / 30 days)
TRULICITY SOPN .75mg/0.5ml, 1.5mg/0.5ml, 3mg/0.5ml, 4.5mg/0.5ml	3	QL (4 pens / 28 days), PA
XIGDUO XR TAB 2.5-1000	3	QL (60 tabs / 30 days)
XIGDUO XR TAB 5-500MG	3	QL (60 tabs / 30 days)
XIGDUO XR TAB 5-1000MG	3	QL (60 tabs / 30 days)
XIGDUO XR TAB 10-500MG	3	QL (30 tabs / 30 days)
XIGDUO XR TAB 10-1000	3	QL (30 tabs / 30 days)

ANTIDIABETICS, INSULINS

ADMELOG SOLN 100unit/ml	3	
ADMELOG SOLOSTAR SOPN 100unit/ml	3	
BASAGLAR KWIKPEN SOPN 100unit/ml	3	
BD ALCOHOL SWABS	3	
FIASP SOLN 100unit/ml	3	
FIASP FLEXTOUCH SOPN 100unit/ml	3	
FIASP PENFILL SOCT 100unit/ml	3	
FIASP PUMPCART SOCT 100unit/ml	3	B/D
GAUZE PADS 2" X 2"	3	
HUMULIN R U-500 (CONCENTR SOLN 500unit/ml	5	B/D

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SOPN 500unit/ml	5	
INSULIN PEN NEEDLES: BD/NOVO	3	
INSULIN SAFETY NEEDLES	3	
INSULIN SYRINGES: BD	3	
LANTUS SOLN 100unit/ml	3	
LANTUS SOLOSTAR SOPN 100unit/ml	3	
NOVOLIN INJ 70/30	3	(brand RELION not covered)
NOVOLIN INJ 70/30 FP	3	(brand RELION not covered)
NOVOLIN N SUSP 100unit/ml	3	(brand RELION not covered)
NOVOLIN N FLEXPEN SUPN 100unit/ml	3	(brand RELION not covered)
NOVOLIN R SOLN 100unit/ml	3	(brand RELION not covered)
NOVOLIN R FLEXPEN SOPN 100unit/ml	3	(brand RELION not covered)
NOVOLOG SOLN 100unit/ml	3	(brand RELION not covered)
NOVOLOG FLEXPEN SOPN 100unit/ml	3	(brand RELION not covered)
NOVOLOG MIX INJ 70/30	3	(brand RELION not covered)
NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN	3	(brand RELION not covered)
NOVOLOG PENFILL SOCT 100unit/ml	3	(brand RELION not covered)

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
OMNIPOD 5 G6 KIT INTRO	4	QL (1 kit / year), PA
OMNIPOD 5 G6 MIS PODS	4	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD 5 G7 KIT INTRO	4	QL (1 kit / year), PA
OMNIPOD 5 G7 MIS PODS	4	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD DASH KIT INTRO	4	QL (1 kit / year), PA
OMNIPOD DASH MIS PODS	4	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 10UNT/DY	4	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 15UNT/DY	4	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 20UNT/DY	4	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 25UNT/DY	4	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 30UNT/DY	4	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 35UNT/DY	4	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 40UNT/DY	4	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD MIS CLASSIC	4	QL (15 pods / 30 days), PA
SOLIQUA INJ 100/33	3	QL (5 pens / 25 days)
TOUJEO MAX SOLOSTAR SOPN 300unit/ml	3	
TOUJEO SOLOSTAR SOPN 300unit/ml	3	

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
TRESIBA SOLN 100unit/ml	3	
TRESIBA FLEXTOUCH SOPN 100unit/ml, 200unit/ml	3	
V-GO 20 KIT	4	QL (30 devices / 30 days), PA
V-GO 30 KIT	4	QL (30 devices / 30 days), PA
V-GO 40 KIT	4	QL (30 devices / 30 days), PA
XULTOPHY INJ 100/3.6	3	QL (5 pens / 30 days)
CALCIUM REGULATORS		
<i>alendronate sodium</i> TABS 10mg, 35mg, 70mg	1	GC
<i>calcitonin (salmon) spray</i> SOLN 200unit/act	3	B/D
<i>ibandronate sodium</i> TABS 150mg	3	B/D
NATPARA CART 25mcg, 50mcg, 75mcg, 100mcg	5	LA, PA
PAMIDRONATE DISODIUM SOLN 6mg/ml	3	B/D
<i>pamidronate disodium</i> SOLN 30mg/10ml, 90mg/10ml	3	B/D
PROLIA SOSY 60mg/ml	4	QL (1 syringe / 180 days), NM
TERIPARATIDE SOPN 620mcg/2.48ml	5	NM, PA
XGEVA SOLN 120mg/1.7ml	5	NM, PA
<i>zoledronic acid</i> CONC 4mg/5ml; SOLN 4mg/100ml, 5mg/100ml	4	B/D, NM

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
CHELATING AGENTS		
CHEMET CAPS 100mg	5	
<i>deferasirox</i> PACK 90mg, 180mg, 360mg; TABS 180mg, 360mg	5	NM, PA
<i>deferasirox</i> TABS 90mg	3	NM, PA
LOKELMA PACK 5gm, 10gm	3	
<i>penicillamine</i> TABS 250mg	5	NM
<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i>	3	
<i>sps</i> SUSP 15gm/60ml	3	
<i>trientine hcl</i> CAPS 250mg	5	NM, PA
VELTASSA PACK 8.4gm, 16.8gm, 25.2gm	3	
CONTRACEPTIVES		
<i>afirmelle</i>	2	
<i>altavera</i>	3	
<i>alyacen 1/35</i>	3	
<i>alyacen 7/7/7</i>	3	
<i>apri</i>	2	
<i>aranelle</i>	3	
<i>aubra eq</i>	2	
<i>aurovela 1/20</i>	3	
<i>aurovela fe 1.5/30</i>	2	
<i>aurovela fe 1/20</i>	2	
<i>aviane</i>	2	
<i>ayuna</i>	3	

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>azurette</i>	3	
<i>balziva</i>	3	
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	2	
<i>briellyn</i>	3	
<i>camila</i> TABS .35mg	2	
<i>chateal eq</i>	3	
<i>cryselle-28</i>	3	
<i>cyred eq</i>	2	
<i>dasetta 1/35</i>	3	
<i>dasetta 7/7/7</i>	3	
<i>deblitane</i> TABS .35mg	2	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUSY 104mg/0.65ml	4	
<i>desogest-eth estrad & eth estrad tab 0.15- 0.02/0.01 mg(21/5)</i>	3	
<i>desogestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg</i>	2	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.02 mg</i>	3	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.03 mg</i>	3	
<i>elinest</i>	3	
<i>eluryng</i>	4	
<i>enilloring</i>	4	
<i>enpresse-28</i>	2	

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>enskyce</i>	2	
<i>errin</i> TABS .35mg	2	
<i>estarylla</i>	2	
<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab</i> <i>1 mg-35 mcg</i>	2	
<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab</i> <i>1 mg-50 mcg</i>	3	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol va ring</i> <i>0.120-0.015 mg/24hr</i>	4	
<i>falmina</i>	2	
<i>hailey</i> 1.5/30	3	
<i>haloette</i>	4	
<i>heather</i> TABS .35mg	2	
<i>iclevia</i>	3	
<i>incassia</i> TABS .35mg	2	
<i>introvale</i>	3	
<i>isibloom</i>	2	
<i>jasmiel</i>	3	
<i>jolessa</i>	3	
<i>juleber</i>	2	
<i>junel</i> 1.5/30	3	
<i>junel</i> 1/20	3	
<i>junel fe</i> 1.5/30	2	
<i>junel fe</i> 1/20	2	

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>kariva</i>	3	
<i>kelnor 1/35</i>	2	
<i>kelnor 1/50</i>	3	
<i>kurvelo</i>	3	
<i>larin 1.5/30</i>	3	
<i>larin 1/20</i>	3	
<i>larin fe 1.5/30</i>	2	
<i>larin fe 1/20</i>	2	
<i>leena</i>	3	
<i>lessina</i>	2	
<i>levonest</i>	2	
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol (91-day) tab 0.15-0.03 mg</i>	3	
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.1 mg-20 mcg</i>	2	
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg</i>	3	
<i>levonorgestrel-eth estra tab 0.05- 30/0.075-40/0.125-30mg-mcg</i>	2	
<i>levora 0.15/30-28</i>	3	
<i>loestrin 1.5/30-21</i>	3	
<i>loestrin 1/20-21</i>	3	
<i>loestrin fe 1.5/30</i>	2	
<i>loestrin fe 1/20</i>	2	
<i>loryna</i>	3	

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>low-ogestrel</i>	3	
<i>lutra</i>	2	
<i>lyleq</i> TABS .35mg	2	
<i>lyza</i> TABS .35mg	2	
<i>marlissa</i>	3	
<i>medroxyprogesterone acetate</i> (contraceptive) SUSP 150mg/ml; SUSY 150mg/ml	3	
<i>microgestin 1.5/30</i>	3	
<i>microgestin 1/20</i>	3	
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	2	
<i>microgestin fe 1/20</i>	2	
<i>mili</i>	2	
<i>mono-linyah</i>	2	
<i>necon 0.5/35-28</i>	3	
<i>nikki</i>	3	
<i>nora-be</i> TABS .35mg	2	
<i>norelgestromin-ethinyl estradiol td ptwk</i> 150-35 mcg/24hr	4	
<i>norethindrone (contraceptive)</i> TABS .35mg	2	
<i>norethindrone ac-ethinyl estrad-fe tab 1-</i> 20/1-30/1-35 mg-mcg	3	
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1</i> mg-20 mcg	3	

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1.5 mg-30 mcg</i>	3	
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol-fe tab 1 mg-20 mcg</i>	2	
<i>norgestimate & ethinyl estradiol tab 0.25 mg-35 mcg</i>	2	
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-25/0.215-25/0.25-25 mg-mcg</i>	3	
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-35/0.215-35/0.25-35 mg-mcg</i>	3	
<i>norlyroc TABS .35mg</i>	2	
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	3	
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	3	
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	3	
<i>nortrel 7/7/7</i>	3	
<i>nylia 1/35</i>	3	
<i>nylia 7/7/7</i>	3	
<i>nymyo</i>	2	
<i>ocella</i>	3	
<i>philith</i>	3	
<i>pimtrea</i>	3	
<i>portia-28</i>	3	
<i>reclipsen</i>	2	
<i>setlakin</i>	3	
<i>sharobel TABS .35mg</i>	2	

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>simliya</i>	3	
<i>sprintec 28</i>	2	
<i>sronyx</i>	2	
<i>syeda</i>	3	
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	2	
<i>tilia fe</i>	3	
<i>tri-estarylla</i>	3	
<i>tri-legest fe</i>	3	
<i>tri-linyah</i>	3	
<i>tri-lo-estarylla</i>	3	
<i>tri-lo-marzia</i>	3	
<i>tri-lo-mili</i>	3	
<i>tri-lo-sprintec</i>	3	
<i>tri-mili</i>	3	
<i>tri-nymyo</i>	3	
<i>tri-sprintec</i>	3	
<i>tri-vylibra</i>	3	
<i>tri-vylibra lo</i>	3	
<i>trivora-28</i>	2	
<i>turqoz</i>	3	
<i>velivet</i>	3	
<i>vestura</i>	3	
<i>vienva</i>	2	

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>viorele</i>	3	
<i>vyfemla</i>	3	
<i>vylibra</i>	2	
<i>wera</i>	3	
<i>xulane</i>	4	
<i>zafemy</i>	4	
<i>zovia 1/35</i>	2	
<i>zumandimine</i>	3	
ENDOMETRIOSIS		
<i>danazol</i> CAPS 50mg, 100mg, 200mg	4	
SYNAREL SOLN 2mg/ml	5	PA
ESTROGENS		
<i>amabelz tab 0.5-0.1mg</i>	3	
<i>dotti</i> PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr	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	3	
<i>estradiol</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg	2	
<i>estradiol & norethindrone acetate tab 0.5-0.1 mg</i>	3	
<i>estradiol & norethindrone acetate tab 1-0.5 mg</i>	3	
<i>estradiol vaginal</i> CREA .1mg/gm	3	
<i>estradiol vaginal</i> TABS 10mcg	4	

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>estradiol valerate</i> OIL 10mg/ml, 20mg/ml, 40mg/ml	4	
<i>fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg</i>	3	
<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i>	3	
<i>jinteli</i>	3	
<i>lyllana</i> PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr	3	
<i>mimvey</i>	3	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 0.5 mg-2.5 mcg</i>	3	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 1 mg-5 mcg</i>	3	
<i>yuvafem</i> TABS 10mcg	4	

GLUCOCORTICOIDS

<i>dexamethasone</i> ELIX .5mg/5ml; SOLN .5mg/5ml; TABS .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg, 2mg, 4mg, 6mg	3	B/D
DEXAMETHASONE INTENSOL CONC 1mg/ml	4	B/D
<i>dexamethasone sodium phosphate</i> SOLN 4mg/ml, 10mg/ml, 20mg/5ml, 100mg/10ml, 120mg/30ml	3	
<i>fludrocortisone acetate</i> TABS .1mg	2	
<i>hydrocortisone</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg	3	
<i>methylprednisolone</i> TABS 4mg, 8mg, 16mg, 32mg	3	B/D
<i>methylprednisolone</i> TBPK 4mg	2	
<i>methylprednisolone acetate</i> SUSP 40mg/ml, 80mg/ml	3	B/D

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>methylprednisolone sod succ</i> SOLR 40mg, 125mg, 1000mg	3	B/D
<i>prednisolone</i> SOLN 15mg/5ml	2	B/D
<i>prednisolone sodium phosphate</i> SOLN 5mg/5ml, 25mg/5ml	4	B/D
<i>prednisolone sodium phosphate</i> SOLN 15mg/5ml	2	B/D
<i>prednisone</i> SOLN 5mg/5ml	4	B/D
<i>prednisone</i> TABS 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 50mg	2	B/D
<i>prednisone</i> TBPK 5mg, 10mg	3	
PREDNISONE INTENSOL CONC 5mg/ml	4	B/D
SOLU-CORTEF SOLR 100mg, 250mg, 500mg, 1000mg	4	
GLUCOSE ELEVATING AGENTS		
<i>diazoxide</i> SUSP 50mg/ml	5	
GVOKE HYOPEN 2-PACK SOAJ .5mg/0.1ml, 1mg/0.2ml	3	
GVOKE KIT SOLN 1mg/0.2ml	3	
GVOKE PFS SOSY 1mg/0.2ml	3	
MISCELLANEOUS		
ALDURAZYME SOLN 2.9mg/5ml	5	NM, LA, PA
<i>betaine powder for oral solution</i>	5	NM, LA
<i>cabergoline</i> TABS .5mg	3	
<i>carglumic acid</i> TBSO 200mg	5	NM, LA, PA
CERDELGA CAPS 84mg	5	NM, LA, PA

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
CEREZYME SOLR 400unit	5	NM, LA, PA
<i>cinacalcet hcl</i> TABS 30mg, 60mg	4	B/D, QL (60 tabs / 30 days), NM
<i>cinacalcet hcl</i> TABS 90mg	5	B/D, QL (120 tabs / 30 days), NM
CYSTAGON CAPS 50mg, 150mg	4	NM, LA, PA
<i>desmopressin acetate</i> SOLN 4mcg/ml	5	
<i>desmopressin acetate</i> TABS .1mg, .2mg	3	
<i>desmopressin acetate spray</i> SOLN .01%	4	
<i>desmopressin acetate spray refrigerated</i> SOLN .01%	4	
FABRAZYME SOLR 5mg, 35mg	5	NM, LA, PA
GENOTROPIN CART 5mg, 12mg	5	NM, PA
GENOTROPIN MINIQUICK PRSY .2mg, .4mg, .6mg, .8mg, 1mg, 1.2mg, 1.4mg, 1.6mg, 1.8mg, 2mg	5	NM, PA
INCRELEX SOLN 40mg/4ml	5	NM, LA, PA
<i>javygtor</i> PACK 100mg, 500mg; TABS 100mg	5	NM, LA, PA
KORLYM TABS 300mg	5	NM, LA, PA
<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i> SOLN 1gm/10ml; TABS 330mg	4	B/D
LUMIZYME SOLR 50mg	5	NM, LA, PA
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH KIT 7.5mg, 11.25mg, 15mg	5	NM, PA
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH KIT 11.25mg, 30mg	5	NM, PA

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH KIT 45mg	5	NM, PA
<i>mifepristone (hyperglycemia)</i> TABS 300mg	5	NM, PA
<i>miglustat</i> CAPS 100mg	5	QL (90 caps / 30 days), NM, PA
NAGLAZYME SOLN 1mg/ml	5	NM, LA, PA
<i>nitisinone</i> CAPS 2mg, 5mg, 10mg, 20mg	5	NM, PA
<i>octreotide acetate</i> SOLN 50mcg/ml, 100mcg/ml, 200mcg/ml; SOSY 50mcg/ml, 100mcg/ml	4	NM, PA
<i>octreotide acetate</i> SOLN 500mcg/ml, 1000mcg/ml; SOSY 500mcg/ml	5	NM, PA
<i>raloxifene hcl</i> TABS 60mg	3	
<i>sapropterin dihydrochloride</i> PACK 100mg, 500mg; TABS 100mg	5	NM, PA
SIGNIFOR SOLN .3mg/ml, .6mg/ml, .9mg/ml	5	NM, LA, PA
<i>sodium phenylbutyrate</i> POWD 3gm/tsp; TABS 500mg	5	NM, PA
SOMATULINE DEPOT SOLN 60mg/0.2ml, 90mg/0.3ml, 120mg/0.5ml	5	NM, LA, PA
SOMAVERT SOLR 10mg, 15mg, 20mg, 25mg, 30mg	5	NM, LA, PA
<i>yargesa</i> CAPS 100mg	5	QL (90 caps / 30 days), NM, PA
PHOSPHATE BINDER AGENTS		
<i>calcium acetate (phosphate binder)</i> CAPS 667mg	3	QL (360 caps / 30 days)
<i>calcium acetate (phosphate binder)</i> TABS 667mg	3	QL (360 tabs / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>sevelamer carbonate</i> PACK 2.4gm	4	QL (180 packets / 30 days)
<i>sevelamer carbonate</i> PACK .8gm	4	QL (540 packets / 30 days)
<i>sevelamer carbonate</i> TABS 800mg	4	QL (540 tabs / 30 days)
VELPHORO CHEW 500mg	5	QL (180 tabs / 30 days)

PROGESTINS

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

THYROID AGENTS

<i>euthyrox</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg	2	
<i>levo-t</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	2	
<i>levothyroxine sodium</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	2	
<i>levoxyl</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg	2	
<i>liothyronine sodium</i> TABS 5mcg, 25mcg, 50mcg	3	

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>methimazole</i> TABS 5mg, 10mg	1	GC
<i>propylthiouracil</i> TABS 50mg	3	
SYNTHROID TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	4	
<i>unithroid</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	2	

VITAMIN D ANALOGS

<i>calcitriol</i> CAPS .25mcg, .5mcg	2	B/D
<i>calcitriol (oral)</i> SOLN 1mcg/ml	4	B/D
<i>paricalcitol</i> CAPS 1mcg, 2mcg, 4mcg	4	B/D
RAYALDEE CPR 30mcg	5	

GASTROINTESTINAL ANTIEMETICS

<i>aprepitant</i> CAPS 40mg, 80mg, 125mg	4	B/D
<i>aprepitant capsule therapy pack 80 & 125 mg</i>	4	B/D
<i>compro</i> SUPP 25mg	4	
<i>dronabinol</i> CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg	4	B/D, QL (60 caps / 30 days)
<i>granisetron hcl</i> SOLN 1mg/ml, 4mg/4ml	4	
<i>granisetron hcl</i> TABS 1mg	4	B/D
<i>meclizine hcl</i> TABS 12.5mg, 25mg	2	
<i>metoclopramide hcl</i> SOLN 5mg/5ml, 5mg/ml	3	

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>metoclopramide hcl</i> TABS 5mg, 10mg	1	GC
<i>ondansetron</i> TBDP 4mg, 8mg	3	B/D
<i>ondansetron hcl</i> SOLN 4mg/2ml, 40mg/20ml; SOSY 4mg/2ml	3	
<i>ondansetron hcl</i> SOLN 4mg/5ml	4	B/D
<i>ondansetron hcl</i> TABS 4mg, 8mg	3	B/D
<i>prochlorperazine</i> SUPP 25mg	4	
<i>prochlorperazine edisylate</i> SOLN 10mg/2ml	4	
<i>prochlorperazine maleate</i> TABS 5mg, 10mg	2	
<i>promethazine hcl</i> SOLN 25mg/ml, 50mg/ml; SYRP 6.25mg/5ml; TABS 12.5mg, 25mg, 50mg	3	PA; PA if 70 years and older
<i>scopolamine</i> PT72 1mg/3days	4	QL (10 patches / 30 days), PA; PA if 70 years and older
ANTISPASMODICS		
<i>dicyclomine hcl</i> CAPS 10mg; TABS 20mg	3	
<i>dicyclomine hcl</i> SOLN 10mg/5ml	4	
<i>glycopyrrolate</i> TABS 1mg	3	QL (90 tabs / 30 days)
<i>glycopyrrolate</i> TABS 2mg	3	QL (120 tabs / 30 days)
H2-RECEPTOR ANTAGONISTS		
<i>famotidine</i> SOLN 20mg/2ml, 40mg/4ml, 200mg/20ml	3	
<i>famotidine</i> SUSR 40mg/5ml	4	QL (300 mL / 30 days)
<i>famotidine</i> TABS 20mg	1	GC, QL (120 tabs / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>famotidine</i> TABS 40mg	1	GC, QL (60 tabs / 30 days)
<i>famotidine in nacl 0.9% iv soln</i> 20 mg/50ml	3	
<i>nizatidine</i> CAPS 150mg, 300mg	4	

INFLAMMATORY BOWEL DISEASE

<i>balsalazide disodium</i> CAPS 750mg	3	
<i>budesonide</i> CPEP 3mg	4	QL (90 caps / 30 days), PA
<i>budesonide</i> TB24 9mg	5	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>hydrocortisone (intrarectal)</i> ENEM 100mg/60ml	4	
<i>mesalamine</i> CP24 .375gm	4	QL (120 caps / 30 days)
<i>mesalamine</i> CPDR 400mg	4	QL (180 caps / 30 days)
<i>mesalamine</i> ENEM 4gm; SUPP 1000mg	4	
<i>mesalamine</i> TBEC 1.2gm	4	QL (120 tabs / 30 days)
<i>mesalamine w/ cleanser</i> KIT 4gm	4	
<i>sulfasalazine</i> TABS 500mg	2	
<i>sulfasalazine</i> TBEC 500mg	3	

LAXATIVES

<i>constulose</i> SOLN 10gm/15ml	3	
<i>enulose</i> SOLN 10gm/15ml	3	
<i>gavilyte-c</i>	2	
<i>gavilyte-g</i>	2	
<i>generlac</i> SOLN 10gm/15ml	3	

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>lactulose</i> SOLN 10gm/15ml	3	
<i>lactulose (encephalopathy)</i> SOLN 10gm/15ml	3	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl-na sulfate for soln 236 gm</i>	2	
<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln 420 gm</i>	2	
PLENVU SOL	4	
<i>sod sulfate-pot sulf-mg sulf oral sol 17.5-3.13-1.6 gm/177ml</i>	3	
MISCELLANEOUS		
<i>alosetron hcl</i> TABS .5mg, 1mg	5	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>cromolyn sodium (mastocytosis)</i> CONC 100mg/5ml	4	
<i>diphenoxylate w/ atropine liq 2.5-0.025 mg/5ml</i>	4	
<i>diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-0.025 mg</i>	3	
GATTEX KIT 5mg	5	NM, LA, PA
LINZESS CAPS 72mcg, 145mcg, 290mcg	4	QL (30 caps / 30 days)
<i>loperamide hcl</i> CAPS 2mg	3	
<i>misoprostol</i> TABS 100mcg, 200mcg	3	
MOVANTIK TABS 12.5mg, 25mg	3	QL (30 tabs / 30 days)
RELISTOR SOLN 8mg/0.4ml, 12mg/0.6ml	5	QL (28 syringes / 28 days), PA
<i>sucrafate</i> TABS 1gm	3	
<i>ursodiol</i> CAPS 300mg	3	

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>ursodiol</i> TABS 250mg, 500mg	4	
XERMELO TABS 250mg	5	QL (84 tabs / 28 days), NM, LA, PA
XIFAXAN TABS 550mg	5	PA

PANCREATIC ENZYMES

CREON CAP 3000UNIT	3	
CREON CAP 6000UNIT	3	
CREON CAP 12000UNT	3	
CREON CAP 24000UNT	3	
CREON CAP 36000UNT	3	
ZENPEP CAP 3000UNIT	4	
ZENPEP CAP 5000UNIT	4	
ZENPEP CAP 10000UNT	4	
ZENPEP CAP 15000UNT	4	
ZENPEP CAP 20000UNT	4	
ZENPEP CAP 25000UNT	4	
ZENPEP CAP 40000UNT	4	
ZENPEP CAP 60000UNT	4	

PROTON PUMP INHIBITORS

<i>esomeprazole magnesium</i> CPDR 20mg, 40mg	4	QL (30 caps / 30 days), ST
<i>lansoprazole</i> CPDR 15mg, 30mg	3	QL (60 caps / 30 days)
<i>omeprazole</i> CPDR 10mg, 20mg, 40mg	1	GC
<i>pantoprazole sodium</i> SOLR 40mg	4	

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>pantoprazole sodium</i> TBEC 20mg, 40mg	1	GC

GENITOURINARY

BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA

<i>alfuzosin hcl</i> TB24 10mg	2	QL (30 tabs / 30 days)
<i>dutasteride</i> CAPS .5mg	3	QL (30 caps / 30 days)
<i>dutasteride-tamsulosin hcl cap</i> 0.5-0.4 mg	4	QL (30 caps / 30 days)
<i>finasteride</i> TABS 5mg	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>tamsulosin hcl</i> CAPS .4mg	2	QL (60 caps / 30 days)

MISCELLANEOUS

<i>acetic acid</i> SOLN .25%	2	
<i>bethanechol chloride</i> TABS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	3	
<i>potassium citrate (alkalinizer)</i> TBCR 15meq, 540mg, 1080mg	4	

URINARY ANTISPASMODICS

GEMTESA TABS 75mg	4	QL (30 tabs / 30 days)
MYRBETRIQ SRER 8mg/ml	4	QL (300 mL / 28 days)
MYRBETRIQ TB24 25mg, 50mg	4	QL (30 tabs / 30 days)
<i>oxybutynin chloride</i> SOLN 5mg/5ml	3	QL (600 mL / 30 days)
<i>oxybutynin chloride</i> TABS 5mg	3	QL (120 tabs / 30 days)
<i>oxybutynin chloride</i> TB24 5mg	3	QL (30 tabs / 30 days)
<i>oxybutynin chloride</i> TB24 10mg, 15mg	3	QL (60 tabs / 30 days)
<i>solifenacin succinate</i> TABS 5mg, 10mg	4	QL (30 tabs / 30 days)
<i>tolterodine tartrate</i> CP24 2mg, 4mg	4	QL (30 caps / 30 days), ST

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>tolterodine tartrate</i> TABS 1mg, 2mg	4	QL (60 tabs / 30 days)
<i>tropium chloride</i> TABS 20mg	3	QL (60 tabs / 30 days)

VAGINAL ANTI-INFECTIVES

<i>clindamycin phosphate vaginal</i> CREA 2%	3	
<i>metronidazole vaginal</i> GEL .75%	3	
<i>terconazole vaginal</i> CREA .4%, .8%; SUPP 80mg	3	

HEMATOLOGIC

ANTICOAGULANTS

<i>dabigatran etexilate mesylate</i> CAPS 75mg, 150mg	4	QL (60 caps / 30 days)
<i>dabigatran etexilate mesylate</i> CAPS 110mg	4	QL (120 caps / 30 days)
ELIQUIS TABS 2.5mg	3	QL (60 tabs / 30 days)
ELIQUIS TABS 5mg	3	QL (74 tabs / 30 days)
ELIQUIS STARTER PACK TBPK 5mg	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	4	
<i>fondaparinux sodium</i> SOLN 2.5mg/0.5ml	4	
<i>fondaparinux sodium</i> SOLN 5mg/0.4ml, 7.5mg/0.6ml, 10mg/0.8ml	5	
HEP SOD/D5W INJ 20000UNT	4	
HEP SOD/D5W INJ 25000UNT	4	
HEP SOD/NAACL INJ 12500UNT	3	
HEP SOD/NAACL INJ 25000UNT	3	

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>heparin sodium (porcine)</i> SOLN 1000unit/ml, 5000unit/ml, 10000unit/ml, 20000unit/ml	3	B/D
HEPARIN/NACL INJ 25000UNT	3	
<i>jantoven</i> TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	1	GC
PRADAXA CAPS 110mg	4	QL (120 caps / 30 days)
<i>warfarin sodium</i> TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	1	GC
XARELTO SUSR 1mg/ml	3	QL (620 mL / 30 days)
XARELTO TABS 2.5mg	3	QL (60 tabs / 30 days)
XARELTO TABS 10mg, 15mg, 20mg	3	QL (30 tabs / 30 days)
XARELTO STAR TAB 15/20MG	3	QL (51 tabs / 30 days)
HEMATOPOIETIC GROWTH FACTORS		
PROCRIT SOLN 2000unit/ml, 3000unit/ml, 4000unit/ml, 10000unit/ml	3	NM, PA
PROCRIT SOLN 20000unit/ml, 40000unit/ml	5	NM, PA
ZARXIO SOSY 300mcg/0.5ml, 480mcg/0.8ml	5	NM, PA
ZIEXTENZO SOSY 6mg/0.6ml	5	QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
MISCELLANEOUS		
<i>anagrelide hcl</i> CAPS .5mg, 1mg	4	
BERINERT KIT 500unit	5	QL (24 boxes / 30 days), NM, LA, PA
<i>cilostazol</i> TABS 50mg, 100mg	2	
DOPTELET TABS 20mg	5	NM, LA, PA

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
DROXIA CAPS 200mg, 300mg, 400mg	3	
ENDARI PACK 5gm	5	NM, LA, PA
HAEGARDA SOLR 2000unit	5	QL (30 vials / 30 days), NM, LA, PA
HAEGARDA SOLR 3000unit	5	QL (20 vials / 30 days), NM, LA, PA
<i>icatibant acetate</i> SOSY 30mg/3ml	5	QL (9 syringes / 30 days), NM, PA
<i>pentoxifylline</i> TBCR 400mg	2	
PROMACTA PACK 12.5mg	5	QL (360 packets / 30 days), NM, LA, PA
PROMACTA PACK 25mg	5	QL (180 packets / 30 days), NM, LA, PA
PROMACTA TABS 12.5mg, 25mg	5	QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
PROMACTA TABS 50mg, 75mg	5	QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
<i>sajazir</i> SOSY 30mg/3ml	5	QL (9 syringes / 30 days), NM, LA, PA
<i>tranexamic acid</i> SOLN 1000mg/10ml	4	
<i>tranexamic acid</i> TABS 650mg	3	
PLATELET AGGREGATION INHIBITORS		
<i>aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25-200 mg</i>	4	
BRILINTA TABS 60mg, 90mg	3	
<i>clopidogrel bisulfate</i> TABS 75mg	1	GC
<i>dipyridamole</i> TABS 25mg, 50mg, 75mg	3	PA; PA if 70 years and older

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>prasugrel hcl</i> TABS 5mg, 10mg	3	

IMMUNOLOGIC AGENTS

AUTOIMMUNE AGENTS

ADALIMUMAB-AACF (2 PEN) AJKT 40mg/0.8ml	5	QL (56 pens / 365 days), NM, PA
DUPIXENT SOPN 200mg/1.14ml, 300mg/2ml; SOSY 100mg/0.67ml, 200mg/1.14ml, 300mg/2ml	5	NM, PA
ENBREL SOLN 25mg/0.5ml	5	QL (16 vials / 28 days), NM, PA
ENBREL SOSY 25mg/0.5ml	5	QL (16 syringes / 28 days), NM, PA
ENBREL SOSY 50mg/ml	5	QL (8 syringes / 28 days), NM, PA
ENBREL MINI SOCT 50mg/ml	5	QL (8 cartridges / 28 days), NM, PA
ENBREL SURECLICK SOAJ 50mg/ml	5	QL (8 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PSKT 10mg/0.1ml, 20mg/0.2ml	5	QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
HUMIRA PSKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml	5	QL (6 syringes / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEDIA INJ CROHNS	5	QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS D PSKT 80mg/0.8ml	5	QL (3 syringes / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN PNKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml	5	QL (6 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN PNKT 80mg/0.8ml	5	QL (4 pens / 28 days), NM, PA

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
HUMIRA PEN KIT PS/UV	5	QL (3 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN-CD/UC/HS START PNKT 80mg/0.8ml	5	QL (3 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S PNKT 80mg/0.8ml	5	QL (4 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER PNKT 40mg/0.8ml	5	QL (4 pens / 28 days), NM, PA
IDACIO (2 PEN) AJKT 40mg/0.8ml	5	QL (56 pens / 365 days), NM, PA
IDACIO (2 SYRINGE) PSKT 40mg/0.8ml	5	QL (56 syringes / 365 days), NM, PA
IDACIO CROHN INJ DISEASE AJKT 40mg/0.8ml	5	QL (2 packs / year), NM, PA
IDACIO PLAQU INJ PSORIASIS AJKT 40mg/0.8ml	5	QL (2 packs / year), NM, PA
INFLIXIMAB SOLR 100mg	5	NM, LA, PA
KEVZARA SOAJ 150mg/1.14ml, 200mg/1.14ml	5	QL (2 pens / 28 days), NM, PA
KEVZARA SOSY 150mg/1.14ml, 200mg/1.14ml	5	QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
OTEZLA TABS 30mg	5	QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
OTEZLA TAB 10/20/30	5	QL (110 tabs / year), NM, PA
REMICADE SOLR 100mg	5	NM, LA, PA
RENFLEXIS SOLR 100mg	5	NM, LA, PA
RINVOQ TB24 15mg, 30mg	5	QL (30 tabs / 30 days), NM, PA

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
RINVOQ TB24 45mg	5	QL (168 tabs / year), NM, PA
SKYRIZI SOCT 180mg/1.2ml, 360mg/2.4ml	5	QL (1 cartridge / 56 days), NM, PA
SKYRIZI SOLN 600mg/10ml	5	QL (6 vials / year), NM, PA
SKYRIZI SOSY 150mg/ml	5	QL (6 syringes / 365 days), NM, PA
SKYRIZI PEN SOAJ 150mg/ml	5	QL (6 pens / 365 days), NM, PA
STELARA SOLN 45mg/0.5ml	5	QL (1 vial / 28 days), NM, LA, PA
STELARA SOLN 130mg/26ml	5	NM, LA, PA
STELARA SOSY 45mg/0.5ml, 90mg/ml	5	QL (1 syringe / 28 days), NM, PA
TALTZ SOAJ 80mg/ml; SOSY 80mg/ml	5	QL (3 syringes / 28 days), NM, LA, PA
XELJANZ SOLN 1mg/ml	5	QL (480 mL / 24 days), NM, PA
XELJANZ TABS 5mg, 10mg	5	QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
XELJANZ XR TB24 11mg, 22mg	5	QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>DISEASE-MODIFYING ANTI-RHEUMATIC DRUGS (DMARDS)</i>		
<i>hydroxychloroquine sulfate</i> TABS 200mg	3	
<i>leflunomide</i> TABS 10mg, 20mg	3	QL (30 tabs / 30 days)
<i>methotrexate sodium</i> TABS 2.5mg	3	
XATMEP SOLN 2.5mg/ml	4	B/D

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
IMMUNOGLOBULINS		
BIVIGAM SOLN 5gm/50ml, 10%	5	NM, LA, PA
FLEBOGAMMA DIF SOLN 5gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/400ml	5	NM, PA
GAMASTAN INJ	4	B/D, NM, LA
GAMMAGARD LIQUID SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	5	NM, PA
GAMMAGARD S/D IGA LESS TH SOLR 5gm, 10gm	5	NM, PA
GAMMAKED SOLN 1gm/10ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml	5	NM, PA
GAMMAPLEX SOLN 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 20gm/400ml	5	NM, LA, PA
GAMUNEX-C SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 40gm/400ml	5	NM, PA
OCTAGAM SOLN 1gm/20ml, 2gm/20ml, 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	5	NM, PA
PANZYGA SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	5	NM, PA
PRIVIGEN SOLN 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 40gm/400ml	5	NM, PA
IMMUNOMODULATORS		
ACTIMMUNE SOLN 2000000unit/0.5ml	5	NM, LA, PA
ARCALYST SOLR 220mg	5	NM, LA, PA

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>IMMUNOSUPPRESSANTS</i>		
ASTAGRAF XL CP24 5mg	5	B/D, NM
ASTAGRAF XL CP24 .5mg, 1mg	4	B/D, NM
<i>azathioprine</i> TABS 50mg	3	B/D
BENLYSTA SOAJ 200mg/ml; SOSY 200mg/ml	5	QL (8 syringes / 28 days), NM, LA, PA
BENLYSTA SOLR 120mg, 400mg	5	NM, LA, PA
<i>cyclosporine</i> CAPS 25mg, 100mg; SOLN 50mg/ml	4	B/D, NM
<i>cyclosporine modified (for microemulsion)</i> CAPS 25mg, 50mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	4	B/D, NM
<i>everolimus (immunosuppressant)</i> TABS .25mg, .5mg, .75mg, 1mg	5	B/D, NM
<i>gengraf</i> CAPS 25mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	4	B/D, NM
<i>mycophenolate mofetil</i> CAPS 250mg; TABS 500mg	3	B/D, NM
<i>mycophenolate mofetil</i> SUSR 200mg/ml	5	B/D, NM
<i>mycophenolate sodium</i> TBEC 180mg, 360mg	4	B/D, NM
NULOJIX SOLR 250mg	5	B/D, NM
PROGRAF PACK .2mg, 1mg	4	B/D, NM
REZUROCK TABS 200mg	5	NM, LA, PA
SANDIMMUNE SOLN 100mg/ml	4	B/D, NM
<i>sirolimus</i> SOLN 1mg/ml	5	B/D, NM
<i>sirolimus</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg	4	B/D, NM

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>tacrolimus</i> CAPS .5mg, 1mg, 5mg	4	B/D, NM
VACCINES		
ABRYSCO SOLR 120mcg/0.5ml	1	GC
ACTHIB INJ	1	GC
ADACEL INJ	1	GC
AREXVY SUSR 120mcg/0.5ml	1	GC
BCG VACCINE SOLR 50mg	1	GC
BEXSERO INJ	1	GC
BOOSTRIX INJ	1	GC
DAPTACEL INJ	1	GC
DENGVAXIA SUS	1	GC
DIP/TET PED INJ 25-5LFU	1	GC, B/D
ENGERIX-B SUSP 20mcg/ml; SUSY 10mcg/0.5ml, 20mcg/ml	1	GC, B/D
GARDASIL 9 INJ	1	GC
HAVRIX SUSP 720elu/0.5ml, 1440elu/ml	1	GC
HEPLISAV-B SOSY 20mcg/0.5ml	1	GC, B/D
HIBERIX SOLR 10mcg	1	GC
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.) SUSR 2.5unit/ml	1	GC, B/D
INFANRIX INJ	1	GC
IPOL INJ INACTIVE	1	GC
IXIARO INJ	1	GC
JYNNEOS SUSP .5ml	1	GC, B/D

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
KINRIX INJ	1	GC
M-M-R II INJ	1	GC
MENACTRA INJ	1	GC
MENQUADFI INJ	1	GC
MENVEO INJ	1	GC
MENVEO SOL	1	GC
PEDIARIX INJ 0.5ML	1	GC
PEDVAX HIB SUSP 7.5mcg/0.5ml	1	GC
PENBRAYA INJ	1	GC
PENTACEL INJ	1	GC
PREHEVBRIO SUSP 10mcg/ml	1	GC, B/D
PRIORIX INJ	1	GC
PROQUAD INJ	1	GC
QUADRACEL INJ	1	GC
QUADRACEL INJ 0.5ML	1	GC
RABAVERT INJ	1	GC, B/D
RECOMBIVAX HB SUSP 5mcg/0.5ml, 10mcg/ml, 40mcg/ml; SUSY 5mcg/0.5ml, 10mcg/ml	1	GC, B/D
ROTARIX SUS	1	GC
ROTATEQ SOL	1	GC
SHINGRIX SUSR 50mcg/0.5ml	1	GC, QL (2 vials per lifetime)
TDVAX INJ 2-2 LF	1	GC, B/D

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
TENIVAC INJ 5-2LF	1	GC, B/D
TICOVAC SUSY 1.2mcg/0.25ml, 2.4mcg/0.5ml	1	GC
TRUMENBA INJ	1	GC
TWINRIX INJ	1	GC
TYPHIM VI SOLN 25mcg/0.5ml; SOSY 25mcg/0.5ml	1	GC
VAQTA SUSP 25unit/0.5ml, 50unit/ml	1	GC
VARIVAX INJ 1350pfu/0.5ml	1	GC
YF-VAX INJ	1	GC

NUTRITIONAL/SUPPLEMENTS

ELECTROLYTES/MINERALS, INJECTABLE

D2.5W/NACL INJ 0.45%	4	
D5W/LYTES INJ #48	4	
D10W/NACL INJ 0.2%	3	
<i>dextrose 2.5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	3	
<i>dextrose 5% in lactated ringers</i>	3	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.2%</i>	3	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3%</i>	3	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%</i>	3	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	3	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.225%</i>	3	
<i>dextrose 10% w/ sodium chloride 0.45%</i>	3	
ISOLYTE-P INJ /D5W	4	

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
ISOLYTE-S INJ	4	
ISOLYTE-S INJ PH 7.4	4	
<i>kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	3	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.2% inj</i>	3	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj</i>	3	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	3	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj</i>	3	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj</i>	3	
<i>kcl 20 meq/l (0.149%) in nacl 0.45% inj</i>	3	
<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	3	
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj</i>	3	
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	3	
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj</i>	3	
KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9%	4	
<i>lactated ringer's solution</i>	3	
MAGNESIUM SULFATE SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml	3	
<i>magnesium sulfate SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml, 50%</i>	3	

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1 gm/100ml</i>	3	
MG SO4/D5W INJ 10MG/ML	3	
<i>multiple electrolytes ph 5.5</i>	4	
<i>multiple electrolytes ph 7.4</i>	4	
PLASMA-LYTE INJ -148	4	
PLASMA-LYTE INJ -A	4	
POT CHL 20MEQ/L IN NAACL 0.9% INJ	4	
POT CHL 20MEQ/L IN NAACL 0.45% INJ	4	
POT CHL 40MEQ/L IN NAACL 0.9% INJ	4	
<i>potassium chloride SOLN 2meq/ml, 10meq/100ml, 20meq/100ml, 20meq/50ml, 40meq/100ml</i>	3	
POTASSIUM CHLORIDE SOLN 10meq/50ml	4	
<i>potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% inj</i>	3	
<i>sodium chloride SOLN .45%, .9%, 2.5meq/ml, 3%, 5%</i>	3	
TPN ELECTROL INJ	4	B/D
<i>ELECTROLYTES/MINERALS/VITAMINS, ORAL</i>		
<i>klor-con PACK 20meq</i>	4	
<i>klor-con 8 TBCR 8meq</i>	2	
<i>klor-con 10 TBCR 10meq</i>	2	
<i>klor-con m10 TBCR 10meq</i>	2	
<i>klor-con m15 TBCR 15meq</i>	3	

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>klor-con m20</i> TBCR 20meq	2	
M-NATAL PLUS TAB	3	
<i>potassium chloride</i> CPCR 8meq, 10meq	3	
<i>potassium chloride</i> PACK 20meq; SOLN 10%, 20%	4	
<i>potassium chloride</i> TBCR 8meq, 10meq, 20meq	2	
<i>potassium chloride microencapsulated crystals er</i> TBCR 10meq, 20meq	2	
<i>potassium chloride microencapsulated crystals er</i> TBCR 15meq	3	
PRENATAL TAB 27-1MG	3	
PRENATAL TAB PLUS	3	
<i>sodium fluoride chew; tab; 1.1 (0.5 f) mg/ml soln</i>	2	

IV NUTRITION

CLINIMIX INJ 4.25/D5W	4	B/D
CLINIMIX INJ 4.25/D10	4	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D15W	4	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D20W	4	B/D
CLINIMIX INJ 6/5	4	B/D
CLINIMIX INJ 8/10	4	B/D
CLINIMIX INJ 8/14	4	B/D
<i>clinisol sf 15%</i>	4	B/D
CLINOLIPID EMU 20%	4	B/D
<i>dextrose</i> SOLN 5%, 10%	3	

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>dextrose SOLN 50%, 70%</i>	3	B/D
INTRALIPID EMUL 20gm/100ml, 30gm/100ml	4	B/D
NUTRILIPID EMUL 20gm/100ml	4	B/D
<i>plenamine</i>	4	B/D
PREMASOL SOL 10%	5	B/D
PROSOL INJ 20%	4	B/D
TRAVASOL INJ 10%	4	B/D
TROPHAMINE INJ 10%	4	B/D

OPHTHALMIC

ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORY

<i>bacitracin-polymyxin-neomycin-hc ophth oint 1%</i>	3	
<i>neo-polycin hc ophth oint 1%</i>	3	
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth oint 0.1%</i>	2	
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth susp 0.1%</i>	2	
<i>neomycin-polymyxin-hc ophth susp</i>	4	
<i>sulfacetamide sodium-prednisolone ophth soln 10-0.23(0.25)%</i>	2	
TOBRADEX OIN 0.3-0.1%	3	
TOBRADEX ST SUS 0.3-0.05	3	
<i>tobramycin-dexamethasone ophth susp 0.3-0.1%</i>	4	
ZYLET SUS 0.5-0.3%	3	

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
ANTI-INFECTIVES		
<i>bacitracin (ophthalmic)</i> OINT 500unit/gm	3	
<i>bacitracin-polymyxin b ophth oint</i>	2	
BESIVANCE SUSP .6%	3	
CILOXAN OINT .3%	3	
<i>ciprofloxacin hcl (ophth)</i> SOLN .3%	2	
<i>erythromycin (ophth)</i> OINT 5mg/gm	2	
<i>gatifloxacin (ophth)</i> SOLN .5%	3	
<i>gentamicin sulfate (ophth)</i> SOLN .3%	2	
<i>moxifloxacin hcl (ophth)</i> SOLN .5%	3	
NATACYN SUSP 5%	4	
<i>neo-polycin 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i>	3	
<i>neomycin-bacitrac zn-polymyx 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i>	3	
<i>neomycin-polymy-gramicid op sol 1.75-10000-0.025mg-unt-mg/ml</i>	3	
<i>ofloxacin (ophth)</i> SOLN .3%	2	
<i>polycin ophth oint</i>	2	
<i>polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml-0.1%</i>	1	GC
<i>sulfacetamide sodium (ophth)</i> OINT 10%; SOLN 10%	3	
<i>tobramycin (ophth)</i> SOLN .3%	1	GC
<i>trifluridine</i> SOLN 1%	4	
ZIRGAN GEL .15%	4	

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
ANTI-INFLAMMATORIES		
ALREX SUSP .2%	3	
<i>bromfenac sodium (ophth)</i> SOLN .07%	3	
<i>bromfenac sodium (ophth)</i> SOLN .075%	4	
BROMSITE SOLN .075%	4	
<i>dexamethasone sodium phosphate (ophth)</i> SOLN .1%	3	
<i>diclofenac sodium (ophth)</i> SOLN .1%	2	
EYSUVIS SUSP .25%	4	
FLAREX SUSP .1%	4	
<i>fluorometholone (ophth)</i> SUSP .1%	3	
<i>flurbiprofen sodium</i> SOLN .03%	3	
<i>ketorolac tromethamine (ophth)</i> SOLN .4%	3	
<i>ketorolac tromethamine (ophth)</i> SOLN .5%	2	
LOTEMAX OINT .5%	3	
<i>prednisolone acetate (ophth)</i> SUSP 1%	3	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSP SOLN 1%	3	
PROLENSA SOLN .07%	3	
ANTIALLERGICS		
<i>azelastine hcl (ophth)</i> SOLN .05%	3	
<i>cromolyn sodium (ophth)</i> SOLN 4%	2	
ZERViate SOLN .24%	4	

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
ANTI GLAUCOMA		
<i>betaxolol hcl (ophth)</i> SOLN .5%	3	
BETOPTIC-S SUSP .25%	4	
<i>brimonidine tartrate</i> SOLN .2%	1	GC
<i>brimonidine tartrate</i> SOLN .15%	4	
<i>brinzolamide</i> SUSP 1%	4	
<i>carteolol hcl (ophth)</i> SOLN 1%	2	
COMBIGAN SOL 0.2/0.5%	3	
<i>dorzolamide hcl</i> SOLN 2%	2	
<i>dorzolamide hcl-timolol maleate ophth soln</i> 2-0.5%	2	
<i>latanoprost</i> SOLN .005%	1	GC
<i>levobunolol hcl</i> SOLN .5%	2	
LUMIGAN SOLN .01%	3	
<i>pilocarpine hcl</i> SOLN 1%, 2%, 4%	3	
RHOPRESSA SOLN .02%	4	
ROCKLATAN DRO	4	
SIMBRINZA SUS 1-0.2%	4	
<i>timolol maleate (ophth)</i> SOLG .25%, .5%	4	
<i>timolol maleate (ophth)</i> SOLN .25%, .5%	1	GC
VYZULTA SOLN .024%	4	
MISCELLANEOUS		
ATROPINE SULFATE SOLN 1%	3	
<i>atropine sulfite (ophthalmic)</i> SOLN 1%	3	

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
CYSTADROPS SOLN .37%	5	NM, LA, PA
CYSTARAN SOLN .44%	5	NM, LA, PA
<i>proparacaine hcl</i> SOLN .5%	3	
RESTASIS EMUL .05%	3	
RESTASIS MULTIDOSE EMUL .05%	3	
TYRVAYA SOLN .03mg/act	4	
XIIDRA SOLN 5%	3	

OTIC

OTIC AGENTS

<i>acetic acid (otic)</i> SOLN 2%	3	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic susp 0.3-0.1%</i>	4	
<i>flac</i> OIL .01%	3	
<i>fluocinolone acetonide (otic)</i> OIL .01%	3	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic soln 1%</i>	3	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic susp 3.5 mg/ml-10000 unit/ml-1%</i>	3	
<i>ofloxacin (otic)</i> SOLN .3%	4	

RESPIRATORY

ANTICHOLINERGIC/BETA AGONIST COMBINATIONS

ANORO ELLIPT AER 62.5-25	3	QL (60 blisters / 30 days)
BEVESPI AER 9-4.8MCG	3	QL (1 inhaler / 30 days)
BREZTRI AERO AER SPHERE	3	QL (1 inhaler / 30 days)
BREZTRI AERO AER SPHERE (INSTITUTIONAL PACK)	3	QL (4 inhalers / 28 days)

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
COMBIVENT AER 20-100	4	QL (2 inhalers / 30 days)
<i>ipratropium-albuterol nebu soln 0.5-2.5(3) mg/3ml</i>	3	B/D
TRELEGY AER ELLIPTA 100-62.5-25 MCG	3	QL (60 blisters / 30 days)
TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25 MCG	3	QL (60 blisters / 30 days)

ANTICHOLINERGICS

ATROVENT HFA AERS 17mcg/act	4	QL (2 inhalers / 30 days)
INCRUSE ELLIPTA AEPB 62.5mcg/inh	3	QL (30 blisters / 30 days)
<i>ipratropium bromide SOLN .02%</i>	2	B/D
<i>ipratropium bromide (nasal) SOLN .03%, .06%</i>	3	

ANTIHISTAMINES

<i>azelastine hcl SOLN .1%</i>	3	
<i>cetirizine hcl SOLN 1mg/ml</i>	2	QL (300 mL / 30 days)
<i>cyproheptadine hcl SYRP 2mg/5ml; TABS 4mg</i>	3	PA; PA if 70 years and older
<i>diphenhydramine hcl SOLN 50mg/ml</i>	3	
<i>hydroxyzine hcl SOLN 25mg/ml, 50mg/ml</i>	4	PA; PA if 70 years and older
<i>hydroxyzine hcl SYRP 10mg/5ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg</i>	3	PA; PA if 70 years and older
<i>hydroxyzine pamoate CAPS 25mg, 50mg</i>	3	PA; PA if 70 years and older

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>levocetirizine dihydrochloride</i> SOLN 2.5mg/5ml	4	QL (300 mL / 30 days)
<i>levocetirizine dihydrochloride</i> TABS 5mg	3	QL (30 tabs / 30 days)
BETA AGONISTS		
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act	3	QL (2 inhalers / 30 days); (generic of Proair HFA)
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act	3	QL (2 inhalers / 30 days); (generic of Proventil HFA)
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act	3	QL (2 inhalers / 30 days); (generic of Ventolin HFA)
<i>albuterol sulfate</i> NEBU .63mg/3ml, 1.25mg/3ml, 2.5mg/0.5ml	3	B/D
<i>albuterol sulfate</i> NEBU .083%	2	B/D
<i>albuterol sulfate</i> SYRP 2mg/5ml	3	
<i>albuterol sulfate</i> TABS 2mg, 4mg	4	
<i>levalbuterol hcl</i> NEBU 1.25mg/0.5ml, 1.25mg/3ml	4	B/D
<i>levalbuterol tartrate</i> AERO 45mcg/act	3	QL (2 inhalers / 30 days), ST
SEREVENT DISKUS AEPB 50mcg/dose	3	QL (60 inhalations / 30 days)
<i>terbutaline sulfate</i> TABS 2.5mg, 5mg	4	
VENTOLIN HFA AERS 108mcg/act	3	QL (2 inhalers / 30 days)
VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK) AERS 108mcg/act	3	QL (6 inhalers / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
LEUKOTRIENE MODULATORS		
<i>montelukast sodium</i> CHEW 4mg, 5mg	2	
<i>montelukast sodium</i> PACK 4mg	4	
<i>montelukast sodium</i> TABS 10mg	1	GC
<i>zafirlukast</i> TABS 10mg, 20mg	3	
MISCELLANEOUS		
<i>acetylcysteine</i> SOLN 10%, 20%	4	B/D
ARALAST NP SOLR 500mg, 1000mg	5	NM, LA, PA
BRONCHITOL CAPS 40mg	5	QL (560 caps / 28 days), NM, LA, PA
<i>cromolyn sodium</i> NEBU 20mg/2ml	3	B/D
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOAJ .15mg/0.3ml, .3mg/0.3ml	3	(generic of EpiPen)
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOAJ .15mg/0.15ml, .3mg/0.3ml	3	(generic of Adrenaclick)
FASENRA SOSY 30mg/ml	5	NM, LA, PA
FASENRA PEN SOAJ 30mg/ml	5	NM, LA, PA
KALYDECO PACK 5.8mg, 13.4mg, 25mg, 50mg, 75mg	5	QL (56 packs / 28 days), NM, LA, PA
KALYDECO TABS 150mg	5	QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
OFEV CAPS 100mg, 150mg	5	QL (60 caps / 30 days), NM, LA, PA
ORKAMBI GRA 75-94MG	5	QL (56 packs / 28 days), NM, LA, PA
ORKAMBI GRA 100-125	5	QL (56 packs / 28 days), NM, LA, PA

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
ORKAMBI GRA 150-188	5	QL (56 packs / 28 days), NM, LA, PA
ORKAMBI TAB 100-125	5	QL (112 tabs / 28 days), NM, LA, PA
ORKAMBI TAB 200-125	5	QL (112 tabs / 28 days), NM, LA, PA
<i>pirfenidone</i> CAPS 267mg	5	QL (270 caps / 30 days), NM, PA
<i>pirfenidone</i> TABS 267mg	5	QL (270 tabs / 30 days), NM, PA
<i>pirfenidone</i> TABS 534mg, 801mg	5	QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
PROLASTIN-C SOLN 1000mg/20ml; SOLR 1000mg	5	NM, LA, PA
PULMOZYME SOLN 2.5mg/2.5ml	5	NM, PA
<i>roflumilast</i> TABS 250mcg	3	QL (56 tabs / year)
<i>roflumilast</i> TABS 500mcg	3	QL (30 tabs / 30 days)
SYMDEKO TAB 50-75MG	5	QL (56 tabs / 28 days), NM, LA, PA
SYMDEKO TAB 100-150	5	QL (56 tabs / 28 days), NM, LA, PA
<i>theophylline</i> ELIX 80mg/15ml; SOLN 80mg/15ml; TB12 100mg, 200mg, 300mg, 450mg	4	
<i>theophylline</i> TB24 400mg, 600mg	3	
TRIKAFTA PAK 59.5MG	5	QL (56 packs / 28 days), NM, LA, PA
TRIKAFTA PAK 75MG	5	QL (56 packs / 28 days), NM, LA, PA

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
TRIKAFTA TAB 50-25-37.5MG & 75MG	5	QL (84 tabs / 28 days), NM, LA, PA
TRIKAFTA TAB 100-50-75MG & 150MG	5	QL (84 tabs / 28 days), NM, LA, PA
XOLAIR SOLR 150mg; SOSY 75mg/0.5ml, 150mg/ml	5	NM, LA, PA
ZEMAIRA SOLR 1000mg, 4000mg, 5000mg	5	NM, LA, PA

NASAL STEROIDS

<i>flunisolide (nasal)</i> SOLN .025%	3	QL (3 bottles / 30 days)
<i>fluticasone propionate (nasal)</i> SUSP 50mcg/act	2	QL (1 bottle / 30 days)
XHANCE EXHU 93mcg/act	4	QL (32 mL / 30 days), PA

STEROID INHALANTS

ARNUITY ELLIPTA AEPB 50mcg/act, 100mcg/act, 200mcg/act	3	QL (30 inhalations / 30 days)
<i>budesonide (inhalation)</i> SUSP .25mg/2ml, .5mg/2ml	4	B/D

STEROID/BETA-AGONIST COMBINATIONS

ADVAIR HFA AER 45/21	3	QL (1 inhaler / 30 days)
ADVAIR HFA AER 115/21	3	QL (1 inhaler / 30 days)
ADVAIR HFA AER 230/21	3	QL (1 inhaler / 30 days)
BREO ELLIPTA INH 50-25MCG	3	QL (60 blisters / 30 days)
BREO ELLIPTA INH 100-25	3	QL (60 blisters / 30 days)
BREO ELLIPTA INH 200-25	3	QL (60 blisters / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
DULERA AER 50-5MCG	4	QL (3 inhalers / 30 days)
DULERA AER 100-5MCG	4	QL (3 inhalers / 30 days)
DULERA AER 200-5MCG	4	QL (3 inhalers / 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 100-50 mcg/act</i>	3	QL (60 inhalations / 30 days); (generic PRASCO not covered)
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 250-50 mcg/act</i>	3	QL (60 inhalations / 30 days); (generic PRASCO not covered)
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 500-50 mcg/act</i>	3	QL (60 inhalations / 30 days); (generic PRASCO not covered)
<i>wixela inhub</i>	3	QL (60 inhalations / 30 days)

TOPICAL

DERMATOLOGY, ACNE

<i>accutane</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	4	PA
<i>amnestem</i> CAPS 10mg, 20mg, 40mg	4	PA
<i>benzoyl peroxide-erythromycin gel 5-3%</i>	4	QL (46.6 gm / 30 days)
<i>claravis</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	4	PA
<i>clindamycin phosphate (topical)</i> GEL 1%	3	QL (75 gm / 30 days)
<i>clindamycin phosphate (topical)</i> LOTN 1%; SOLN 1%	3	QL (60 mL / 30 days)
<i>ery</i> PADS 2%	3	QL (60 pledgets / 30 days)
<i>erythromycin (acne aid)</i> GEL 2%	3	QL (60 gm / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>erythromycin (acne aid) SOLN 2%</i>	3	QL (60 mL / 30 days)
<i>isotretinoin CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	4	PA
<i>sulfacetamide sodium (acne) LOTN 10%</i>	4	QL (118 mL / 30 days)
<i>tretinoin CREA .025%, .05%, .1%; GEL .01%, .025%</i>	4	QL (45 gm / 30 days), PA
<i>zenatane CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	4	PA

DERMATOLOGY, ANTIBIOTICS

<i>gentamicin sulfate (topical) CREA .1%; OINT .1%</i>	3	QL (30 gm / 30 days)
<i>mupirocin OINT 2%</i>	2	QL (220 gm / 30 days)
<i>silver sulfadiazine CREA 1%</i>	2	
<i>ssd CREA 1%</i>	2	
<i>SULFAMYLON CREA 85mg/gm</i>	4	QL (453.6 gm / 30 days)

DERMATOLOGY, ANTIFUNGALS

<i>ciclopirox olamine CREA .77%</i>	3	QL (90 gm / 30 days)
<i>ciclopirox olamine SUSP .77%</i>	3	QL (60 mL / 30 days)
<i>clotrimazole (topical) CREA 1%</i>	2	QL (45 gm / 30 days)
<i>clotrimazole (topical) SOLN 1%</i>	3	QL (30 mL / 30 days)
<i>clotrimazole w/ betamethasone cream 1-0.05%</i>	3	QL (45 gm / 30 days)
<i>ketoconazole (topical) CREA 2%</i>	3	QL (60 gm / 30 days)
<i>klayesta POWD 100000unit/gm</i>	3	QL (60 gm / 30 days)
<i>nyamyc POWD 100000unit/gm</i>	3	QL (60 gm / 30 days)
<i>nystatin (topical) CREA 100000unit/gm; OINT 100000unit/gm</i>	2	QL (30 gm / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>nystatin (topical)</i> POWD 100000unit/gm	3	QL (60 gm / 30 days)
<i>nystop</i> POWD 100000unit/gm	3	QL (60 gm / 30 days)

DERMATOLOGY, ANTIPSORIATICS

<i>acitretin</i> CAPS 10mg, 17.5mg, 25mg	4	PA
<i>calcipotriene</i> CREA .005%; OINT .005%	4	QL (120 gm / 30 days), PA
<i>calcipotriene</i> SOLN .005%	4	QL (120 mL / 30 days), PA
<i>calcitrene</i> OINT .005%	4	QL (120 gm / 30 days), PA
<i>tazarotene</i> CREA .1%	3	QL (60 gm / 30 days), PA
TAZORAC CREA .05%	4	QL (60 gm / 30 days), PA

DERMATOLOGY, ANTISEBORRHEICS

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

DERMATOLOGY, CORTICOSTEROIDS

<i>ala-cort</i> CREA 1%	1	GC
<i>ala-cort</i> CREA 2.5%	2	
<i>alclometasone dipropionate</i> CREA .05%; OINT .05%	3	QL (60 gm / 30 days)
<i>betamethasone dipropionate (topical)</i> CREA .05%	3	QL (120 gm / 30 days)
<i>betamethasone dipropionate (topical)</i> LOTN .05%	3	QL (120 mL / 30 days)
<i>betamethasone dipropionate (topical)</i> OINT .05%	4	QL (120 gm / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>betamethasone dipropionate augmented</i> CREA .05%	2	QL (120 gm / 30 days)
<i>betamethasone dipropionate augmented</i> GEL .05%; OINT .05%	4	QL (120 gm / 30 days)
<i>betamethasone dipropionate augmented</i> LOTN .05%	4	QL (120 mL / 30 days)
<i>betamethasone valerate</i> CREA .1%; OINT .1%	3	QL (120 gm / 30 days)
<i>betamethasone valerate</i> LOTN .1%	3	QL (120 mL / 30 days)
<i>clobetasol propionate</i> CREA .05%; GEL .05%; OINT .05%	4	QL (60 gm / 30 days)
<i>clobetasol propionate</i> SOLN .05%	4	QL (50 mL / 30 days)
<i>clobetasol propionate e</i> CREA .05%	4	QL (60 gm / 30 days)
ENSTILAR AER	4	QL (120 gm / 30 days), PA
<i>fluocinolone acetonide</i> CREA .01%	4	QL (60 gm / 30 days)
<i>fluocinolone acetonide</i> CREA .025%	4	QL (120 gm / 30 days)
<i>fluocinolone acetonide</i> OIL .01%	3	QL (118.28 mL / 30 days)
<i>fluocinolone acetonide</i> OINT .025%	3	QL (120 gm / 30 days)
<i>fluocinolone acetonide</i> SOLN .01%	4	QL (90 mL / 30 days)
<i>fluocinonide</i> CREA .05%	3	QL (120 gm / 30 days)
<i>fluocinonide</i> GEL .05%; OINT .05%	4	QL (60 gm / 30 days)
<i>fluocinonide</i> SOLN .05%	3	QL (60 mL / 30 days)
<i>fluocinonide emulsified base</i> CREA .05%	3	QL (120 gm / 30 days)
<i>fluticasone propionate</i> CREA .05%; OINT .005%	3	

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>halobetasol propionate</i> CREA .05%; OINT .05%	4	QL (50 gm / 30 days)
<i>hydrocortisone (topical)</i> CREA 1%	1	GC
<i>hydrocortisone (topical)</i> CREA 2.5%; LOTN 2.5%; OINT 2.5%	2	
<i>mometasone furoate</i> CREA .1%; OINT .1%; SOLN .1%	3	
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> CREA .025%, .1%, .5%	2	QL (454 gm / 30 days)
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> LOTN .025%, .1%	3	
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> OINT .025%, .1%, .5%	2	

DERMATOLOGY, LOCAL ANESTHETICS

<i>glydo</i> PRSY 2%	4	QL (60 mL / 30 days), PA
<i>lidocaine</i> OINT 5%	4	QL (50 gm / 30 days), PA
<i>lidocaine</i> PTCH 5%	4	QL (3 patches / 1 day), PA
<i>lidocaine hcl</i> SOLN 4%	3	QL (50 mL / 30 days), PA
<i>lidocaine-prilocaine cream</i> 2.5-2.5%	3	B/D, QL (30 gm / 30 days)
<i>lidocan iii</i> PTCH 5%	4	QL (3 patches / 1 day), PA

DERMATOLOGY, MISCELLANEOUS SKIN AND MUCOUS MEMBRANE

<i>bexarotene (topical)</i> GEL 1%	5	QL (60 gm / 30 days), NM, PA
<i>diclofenac sodium (topical)</i> GEL 1%	3	QL (1000 gm / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>fluorouracil (topical)</i> CREA 5%	4	QL (40 gm / 30 days)
<i>fluorouracil (topical)</i> SOLN 2%, 5%	3	QL (10 mL / 30 days)
<i>hydrocortisone (rectal)</i> CREA 1%, 2.5%	3	
<i>imiquimod</i> CREA 5%	3	QL (24 packets / 30 days)
<i>lactic acid (ammonium lactate)</i> CREA 12%	2	
<i>lactic acid (ammonium lactate)</i> LOTN 12%	3	
<i>metronidazole (topical)</i> CREA .75%	4	QL (45 gm / 30 days)
<i>metronidazole (topical)</i> GEL .75%	3	QL (45 gm / 30 days)
<i>metronidazole (topical)</i> LOTN .75%	4	QL (59 mL / 30 days)
PANRETIN GEL .1%	5	QL (60 gm / 30 days), PA
<i>podofilox</i> SOLN .5%	3	QL (7 mL / 28 days)
<i>procto-med hc</i> CREA 2.5%	3	
<i>proctosol hc</i> CREA 2.5%	3	
<i>proctozone-hc</i> CREA 2.5%	3	
RECTIV OINT .4%	4	QL (30 gm / 30 days)
<i>tacrolimus (topical)</i> OINT .03%, .1%	4	QL (100 gm / 30 days)
VALCHLOR GEL .016%	5	QL (60 gm / 30 days), NM, LA, PA
DERMATOLOGY, SCABICIDES AND PEDICULIDES		
<i>malathion</i> LOTN .5%	4	QL (59 mL / 30 days)
<i>permethrin</i> CREA 5%	3	QL (60 gm / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<i>DERMATOLOGY, WOUND CARE AGENTS</i>		
REGRANEX GEL .01%	5	QL (30 gm / 30 days), PA
SANTYL OINT 250unit/gm	4	QL (180 gm / 30 days)
<i>sodium chloride (gu irrigant) SOLN .9%</i>	3	
<i>water for irrigation, sterile irrigation soln</i>	2	
<i>MOUTH/THROAT/DENTAL AGENTS</i>		
<i>chlorhexidine gluconate (mouth-throat) SOLN .12%</i>	1	GC
<i>clotrimazole TROC 10mg</i>	3	QL (150 lozenges / 30 days)
<i>kourzeq PSTE .1%</i>	3	
<i>lidocaine hcl (mouth-throat) SOLN 2%</i>	2	
<i>nystatin (mouth-throat) SUSP 100000unit/ml</i>	2	
<i>periogard SOLN .12%</i>	1	GC
<i>pilocarpine hcl (oral) TABS 5mg, 7.5mg</i>	3	
<i>triamcinolone acetonide (mouth) PSTE .1%</i>	3	

PA - Autorización previa **QL** - Cantidades límite **ST** - Terapia escalonada **NM** - No disponible para venta por correo **B/D** - Contemplado en la cobertura B o D de Medicare **LA** - Acceso limitado **GC** - Proporcionamos cobertura para este medicamento con receta en el periodo de cobertura. Para más información sobre esta cobertura, consulte su certificado de cobertura.

Index

A	
<i>abacavir sulfate</i>	17
<i>abacavir sulfate-lamivudine tab 600-300 mg</i>	19
ABELCET	16
ABILIFY MAINTENA	63
<i>abiraterone acetate</i>	30
ABRYSVO	115
<i>acamprosate calcium</i>	79
<i>acarbose</i>	80
<i>accutane</i>	131
<i>acebutolol hcl</i>	53
<i>acetaminophen w/ codeine soln 120-12 mg/5ml</i>	10
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-15 mg</i>	11
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-30 mg</i>	11
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-60 mg</i>	11
<i>acetazolamide</i>	55
<i>acetic acid</i>	106
<i>acetic acid (otic)</i>	125
<i>acetylcysteine</i>	128
<i>acitretin</i>	133
ACTHIB INJ.....	115
ACTIMMUNE.....	113
<i>acyclovir</i>	22
<i>acyclovir sodium</i>	22
ADACEL INJ	115
ADALIMUMAB-AACF (2 PEN).....	110
<i>adefovir dipivoxil</i>	22
ADEMPAS	57
ADMELOG.....	84
ADMELOG SOLOSTAR.....	84
ADVAIR HFA AER 115/21	130
ADVAIR HFA AER 230/21	130
ADVAIR HFA AER 45/21.....	130
<i>afirmelle</i>	88
AIMOVIG	76
AKEEGA TAB 100/500	30
AKEEGA TAB 50/500MG.....	30
<i>ala-cort</i>	133
<i>albendazole</i>	13
<i>albuterol sulfate</i>	127
<i>alclometasone dipropionate</i>	133
ALDURAZYME.....	97
ALECENSA	34
<i>alendronate sodium</i>	87
<i>alfuzosin hcl</i>	106
<i>aliskiren fumarate</i>	56
<i>allopurinol</i>	9
<i>alosetron hcl</i>	104
<i>alprazolam</i>	58
ALREX.....	123
<i>altavera</i>	88
ALUNBRIG	34
ALUNBRIG PAK.....	34
<i>alyacen 1/35</i>	88
<i>alyacen 7/7/7</i>	88
<i>amabelz tab 0.5-0.1mg</i>	95
<i>amantadine hcl</i>	61, 62
<i>ambrisentan</i>	57
<i>amikacin sulfate</i>	13
<i>amiloride & hydrochlorothiazide tab 5-50 mg</i>	55
<i>amiloride hcl</i>	55
<i>amiodarone hcl</i>	50
<i>amitriptyline hcl</i>	59
<i>amlodipine besylate</i>	54
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-20 mg</i>	45
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-40 mg</i>	45
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 2.5-10 mg</i>	45
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-10 mg</i>	45
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-20 mg</i>	45
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-40 mg</i>	45
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-20 mg</i>	48
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-40 mg</i>	48
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-20 mg</i>	47

<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-40 mg</i>	47	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 12.5 mg</i>	74
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-160 mg</i>	48	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 15 mg</i>	74
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-320 mg</i>	48	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 20 mg</i>	74
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-160 mg</i>	48	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 30 mg</i>	74
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-320 mg</i>	48	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 5 mg</i>	74
<i>amnestem</i>	131	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 7.5 mg</i>	74
<i>amoxapine</i>	59	<i>amphotericin b</i>	16
<i>amoxicillin</i>	26	<i>amphotericin b liposome</i>	16
<i>amoxicillin & k clavulanate chew tab 200-28.5 mg</i>	26	<i>ampicillin</i>	27
<i>amoxicillin & k clavulanate chew tab 400-57 mg</i>	26	<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 1.5 (1-0.5) gm</i>	27
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 200-28.5 mg/5ml</i>	26	<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 3 (2-1) gm</i>	27
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 250-62.5 mg/5ml</i>	26	<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 1.5 (1-0.5) gm</i>	27
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 400-57 mg/5ml</i>	26	<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 15 (10-5) gm</i>	27
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 600-42.9 mg/5ml</i>	26	<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 3 (2-1) gm</i>	27
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 250-125 mg</i>	26	<i>ampicillin sodium</i>	27
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 500-125 mg</i>	26	<i>anagrelide hcl</i>	108
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 875-125 mg</i>	26	<i>anastrozole</i>	30
<i>amoxicillin & k clavulanate tab er 12hr 1000-62.5 mg</i>	26	<i>ANORO ELLIPT AER 62.5-25</i>	125
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 10 mg</i>	74	<i>aprepitant</i>	101
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 15 mg</i>	74	<i>aprepitant capsule therapy pack 80 & 125 mg</i>	101
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 20 mg</i>	74	<i>apri</i>	88
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 25 mg</i>	74	<i>APTIOM</i>	67
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 30 mg</i>	74	<i>APTIVUS</i>	17
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg</i>	74	<i>ARALAST NP</i>	128
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 10 mg</i>	74	<i>aranelle</i>	88
		<i>ARCALYST</i>	113
		<i>AREXVY</i>	115
		<i>aripiprazole</i>	63
		<i>ARISTADA</i>	63
		<i>ARISTADA INITIO</i>	64
		<i>armodafinil</i>	79
		<i>ARNUITY ELLIPTA</i>	130
		<i>asenapine maleate</i>	64
		<i>aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25-200 mg</i>	109

ASTAGRAF XL	114	BASAGLAR KWIKPEN.....	84
atazanavir sulfate	17	BCG VACCINE	115
atenolol.....	53	BD ALCOHOL SWABS	84
atenolol & chlorthalidone tab 100-25 mg.....	52	benazepril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg.....	45
atenolol & chlorthalidone tab 50-25 mg	52	benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg.....	46
atomoxetine hcl.....	74, 75	benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg	46
atorvastatin calcium	51	benazepril & hydrochlorothiazide tab 5- 6.25mg	45
atovaquone.....	13	benazepril hcl	46
atovaquone-proguanil hcl tab 250-100 mg.....	17	BENDEKA	28
atovaquone-proguanil hcl tab 62.5-25 mg.....	17	BENLYSTA	114
ATROPINE SULFATE	124	benzoyl peroxide-erythromycin gel 5- 3%	131
atropine sulfate (ophthalmic)	124	benztropine mesylate	62
ATROVENT HFA	126	BERINERT	108
aubra eq	88	BESIVANCE	122
AUGTYRO	34	BESREMI	32
aurovela 1/20	88	betaine powder for oral solution.....	97
aurovela fe 1.5/30	88	betamethasone dipropionate (topical)	133
aurovela fe 1/20.....	88	betamethasone dipropionate augmented	134
AUSTEDO	77	betamethasone valerate	134
AUSTEDO XR	77	BETASERON.....	78
AUSTEDO XR TAB TITR KIT	77	betaxolol hcl (ophth).....	124
AUVELITY TAB 45-105MG	59	bethanechol chloride	106
aviane.....	88	BETOPTIC-S.....	124
ayuna	88	BEVESPI AER 9-4.8MCG	125
AYVAKIT.....	34	bexarotene	33
azacitidine	29	bexarotene (topical).....	135
azathioprine.....	114	BEXSERO INJ	115
azelastine hcl	126	bicalutamide	31
azelastine hcl (ophth).....	123	BICILLIN L-A.....	27
azithromycin	25	BIKTARVY TAB 30-120-15 MG	20
aztreonam	13	BIKTARVY TAB 50-200-25 MG	20
azurette	89	bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 10- 6.25 mg	53
B		bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 2.5-6.25 mg.....	52
bacitracin (ophthalmic).....	122	bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 5- 6.25 mg	52
bacitracin-polymyxin b ophth oint ...	122	bisoprolol fumarate	53
bacitracin-polymyxin-neomycin-hc ophth oint 1%	121	BIVIGAM	113
baclofen	78	blisovi fe 1.5/30	89
BAFIERTAM.....	78		
balsalazide disodium	103		
BALVERSA	34		
balziva	89		
BARACLUDE	22		

BOOSTRIX INJ.....	115	<i>calcipotriene</i>	133
<i>bortezomib</i>	34	<i>calcitonin (salmon) spray</i>	87
BORTEZOMIB	34	<i>calcitrene</i>	133
<i>bosentan</i>	57	<i>calcitriol</i>	101
BOSULIF	34, 35	<i>calcitriol (oral)</i>	101
BRAFTOVI.....	35	<i>calcium acetate (phosphate binder)</i> ...99	
BREO ELLIPTA INH 100-25.....	130	CALQUENCE.....	35
BREO ELLIPTA INH 200-25.....	130	<i>camila</i>	89
BREO ELLIPTA INH 50-25MCG	130	<i>candesartan cilexetil</i>	49
BREZTRI AERO AER SPHERE	125	CAPLYTA	64
BREZTRI AERO AER SPHERE (INSTITUTIONAL PACK)	125	CAPRELSA	35
<i>briellyn</i>	89	<i>captopril</i>	46
BRILINTA	109	<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25- 15 mg</i>	46
<i>brimonidine tartrate</i>	124	<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25- 25 mg</i>	46
<i>brinzolamide</i>	124	<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50- 15 mg</i>	46
BRIVIACT	67, 68	<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50- 25 mg</i>	46
<i>bromfenac sodium (ophth)</i>	123	<i>carb/levo orally disintegrating tab 10- 100mg</i>	62
<i>bromocriptine mesylate</i>	62	<i>carb/levo orally disintegrating tab 25- 100mg</i>	62
BROMSITE	123	<i>carb/levo orally disintegrating tab 25- 250mg</i>	62
BRONCHITOL	128	<i>carbamazepine</i>	68
BRUKINSA	35	<i>carbidopa & levodopa tab 10-100 mg</i> 62	
<i>budesonide</i>	103	<i>carbidopa & levodopa tab 25-100 mg</i> 62	
<i>budesonide (inhalation)</i>	130	<i>carbidopa & levodopa tab 25-250 mg</i> 62	
<i>bumetanide</i>	55	<i>carbidopa & levodopa tab er 25-100 mg</i>	62
<i>buprenorphine hcl</i>	79	<i>carbidopa & levodopa tab er 50-200 mg</i>	62
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i> <i>12-3 mg (base equiv)</i>	79	<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i> <i>12.5-50-200 mg</i>	62
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i> <i>2-0.5 mg (base equiv)</i>	79	<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i> <i>18.75-75-200 mg</i>	62
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i> <i>4-1 mg (base equiv)</i>	79	<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i> <i>25-100-200 mg</i>	62
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i> <i>8-2 mg (base equiv)</i>	79	<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i> <i>31.25-125-200 mg</i>	62
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab</i> <i>2-0.5 mg (base equiv)</i>	79	<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i> <i>37.5-150-200 mg</i>	62
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab</i> <i>8-2 mg (base equiv)</i>	79	<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i> <i>50-200-200 mg</i>	63
<i>bupropion hcl</i>	59	<i>carboplatin</i>	29
<i>bupropion hcl (smoking deterrent)</i>	79		
<i>bupirone hcl</i>	58		
<i>butorphanol tartrate</i>	11		
BYDUREON BCISE.....	80		
BYETTA	81		
C			
<i>cabergoline</i>	97		
CABOMETYX.....	35		

<i>carglumic acid</i>	97	<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic susp</i>	
<i>carteolol hcl (ophth)</i>	124	0.3-0.1%	125
<i>cartia xt</i>	54	<i>cisplatin</i>	29
<i>carvedilol</i>	53	<i>citalopram hydrobromide</i>	59
<i>caspofungin acetate</i>	16	<i>claravis</i>	131
CAYSTON	13	<i>clarithromycin</i>	25
<i>cefaclor</i>	23	<i>clindamycin hcl</i>	13
CEFACTOR ER	23	<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i> ..	13
<i>cefadroxil</i>	23	<i>clindamycin phosphate</i>	13
CEFAZOLIN	24	<i>clindamycin phosphate (topical)</i>	131
CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML	24	<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i>	
<i>cefazolin sodium</i>	24	300 mg/50ml	13
CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4%	24	<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i>	
<i>cefdinir</i>	24	600 mg/50ml	13
<i>cefepime hcl</i>	24	<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i>	
<i>cefixime</i>	24	900 mg/50ml	13
<i>cefoxitin sodium</i>	24	<i>clindamycin phosphate vaginal</i>	107
<i>cefpodoxime proxetil</i>	24	CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML	13
<i>cefprozil</i>	24	CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML	13
<i>ceftazidime</i>	24	CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML	13
<i>ceftriaxone sodium</i>	24	CLINIMIX INJ 4.25/D10	120
<i>cefuroxime axetil</i>	24	CLINIMIX INJ 4.25/D5W	120
<i>cefuroxime sodium</i>	24	CLINIMIX INJ 5%/D15W	120
<i>celecoxib</i>	9	CLINIMIX INJ 5%/D20W	120
<i>cephalexin</i>	24	CLINIMIX INJ 6/5	120
CERDELGA	97	CLINIMIX INJ 8/10	120
CEREZYME	98	CLINIMIX INJ 8/14	120
<i>cetirizine hcl</i>	126	<i>clinisol sf 15%</i>	120
<i>chateal eq</i>	89	CLINOLIPID EMU 20%	120
CHEMET	88	<i>clobazam</i>	68
<i>chlorhexidine gluconate (mouth-throat)</i>		<i>clobetasol propionate</i>	134
.....	137	<i>clobetasol propionate e</i>	134
<i>chloroquine phosphate</i>	17	<i>clomipramine hcl</i>	59
<i>chlorpromazine hcl</i>	64	<i>clonazepam</i>	68
<i>chlorthalidone</i>	55	<i>clonidine</i>	56
<i>cholestyramine</i>	51	<i>clonidine hcl</i>	56
<i>cholestyramine light</i>	51	<i>clopidogrel bisulfate</i>	109
<i>ciclopirox olamine</i>	132	<i>clorazepate dipotassium</i>	68
<i>cilostazol</i>	108	<i>clotrimazole</i>	137
CILOXAN	122	<i>clotrimazole (topical)</i>	132
CIMDUO TAB 300-300	20	<i>clotrimazole w/ betamethasone cream</i>	
<i>cinacalcet hcl</i>	98	1-0.05%	132
CIPRO	25	<i>clozapine</i>	64
<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml in d5w</i> ..	25	COARTEM TAB 20-120MG	17
<i>ciprofloxacin 400 mg/200ml in d5w</i> ..	25	<i>colchicine</i>	9
<i>ciprofloxacin hcl</i>	25	<i>colchicine w/ probenecid tab 0.5-500</i>	
<i>ciprofloxacin hcl (ophth)</i>	122	mg	9

<i>colesevelam hcl</i>	51	<i>daptomycin</i>	13
<i>colestipol hcl</i>	52	DAPTOMYCIN	13
<i>colistimethate sodium</i>	13	<i>darunavir</i>	18
COMBIGAN SOL 0.2/0.5%.....	124	<i>dasetta 1/35</i>	89
COMBIVENT AER 20-100.....	126	<i>dasetta 7/7/7</i>	89
COMETRIQ (60MG DOSE)	35	DAURISMO	35
COMETRIQ KIT 100MG	35	DAYVIGO.....	75
COMETRIQ KIT 140MG	35	<i>deblitane</i>	89
COMPLERA TAB	20	<i>deferasirox</i>	88
<i>compro</i>	101	DELSTRIGO TAB.....	20
<i>constulose</i>	103	DENGVAXIA SUS	115
COPIKTRA	35	DEPO-SUBQ PROVERA 104	89
CORLANOR	56	<i>depo-testosterone</i>	80
COTELLIC	35	DESCOVY TAB 120-15MG	20
CREON CAP 12000UNT	105	DESCOVY TAB 200/25MG	20
CREON CAP 24000UNT	105	<i>desipramine hcl</i>	59
CREON CAP 3000UNIT.....	105	<i>desmopressin acetate</i>	98
CREON CAP 36000UNT	105	<i>desmopressin acetate spray</i>	98
CREON CAP 6000UNIT.....	105	<i>desmopressin acetate spray refrigerated</i>	98
<i>cromolyn sodium</i>	128	<i>desogest-eth estrad & eth estrad tab</i> <i>0.15-0.02/0.01 mg(21/5)</i>	89
<i>cromolyn sodium (mastocytosis)</i>	104	<i>desogestrel & ethinyl estradiol tab 0.15</i> <i>mg-30 mcg</i>	89
<i>cromolyn sodium (ophth)</i>	123	<i>desvenlafaxine succinate</i>	60
<i>cryselle-28</i>	89	<i>dexamethasone</i>	96
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	78	DEXAMETHASONE INTENSOL	96
<i>cyclophosphamide</i>	29	<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	96
CYCLOPHOSPHAMIDE.....	29	<i>dexamethasone sodium phosphate</i> <i>(ophth)</i>	123
CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR	29	<i>dexmethylphenidate hcl</i>	75
<i>cycloserine</i>	21	<i>dextrose</i>	120, 121
<i>cyclosporine</i>	114	<i>dextrose 10% w/ sodium chloride</i> <i>0.45%</i>	117
<i>cyclosporine modified (for</i> <i>microemulsion)</i>	114	<i>dextrose 2.5% w/ sodium chloride</i> <i>0.45%</i>	117
<i>cyproheptadine hcl</i>	126	<i>dextrose 5% in lactated ringers</i>	117
<i>cyred eq</i>	89	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.2%</i>	117
CYSTADROPS	125	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride</i> <i>0.225%</i>	117
CYSTAGON	98	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3%</i>	117
CYSTARAN	125	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	117
<i>cytarabine</i>	29	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%</i>	117
D			
D10W/NAACL INJ 0.2%	117		
D2.5W/NAACL INJ 0.45%	117		
D5W/LYTES INJ #48	117		
<i>dabigatran etexilate mesylate</i>	107		
<i>dalfampridine</i>	78		
<i>danazol</i>	95		
<i>dantrolene sodium</i>	78		
<i>dapsone</i>	13		
DAPTACEL INJ.....	115		

DIACOMIT	68	<i>doxorubicin hcl liposomal</i>	29
<i>diazepam</i>	69	<i>doxy 100</i>	28
<i>diazepam (anticonvulsant)</i>	69	<i>doxycycline (monohydrate)</i>	28
<i>diazepam inj</i>	69	<i>doxycycline hyclate</i>	28
<i>diazepam intensol</i>	69	<i>dronabinol</i>	101
<i>diazoxide</i>	97	<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-</i> <i>0.02 mg</i>	89
<i>diclofenac potassium</i>	9	<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-</i> <i>0.03 mg</i>	89
<i>diclofenac sodium</i>	9	DROXIA	109
<i>diclofenac sodium (ophth)</i>	123	<i>droxidopa</i>	56
<i>diclofenac sodium (topical)</i>	135	DULERA AER 100-5MCG	131
<i>dicloxacillin sodium</i>	27	DULERA AER 200-5MCG	131
<i>dicyclomine hcl</i>	102	DULERA AER 50-5MCG	131
DIFICID	25	<i>duloxetine hcl</i>	60
<i>diflunisal</i>	9	DUPIXENT	110
<i>digoxin</i>	56	<i>dutasteride</i>	106
<i>dihydroergotamine mesylate</i>	76	<i>dutasteride-tamsulosin hcl cap 0.5-0.4</i> <i>mg</i>	106
DILANTIN	69	E	
DILANTIN INFATABS	69	<i>e.e.s. 400</i>	25
DILANTIN-125.....	69	<i>ec-naproxen</i>	9
<i>diltiazem hcl</i>	54	EDURANT	18
<i>diltiazem hcl coated beads</i>	54	<i>efavirenz</i>	18
<i>diltiazem hcl extended release beads</i>	54	<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab</i> <i>600-200-300 mg</i>	20
<i>dilt-xr</i>	54	<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab</i> <i>400-300-300 mg</i>	20
DIP/TET PED INJ 25-5LFU	115	<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab</i> <i>600-300-300 mg</i>	20
<i>diphenhydramine hcl</i>	126	ELIGARD	31
<i>diphenoxylate w/ atropine liq 2.5-0.025</i> <i>mg/5ml</i>	104	<i>elinest</i>	89
<i>diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-</i> <i>0.025 mg</i>	104	ELIQUIS	107
<i>dipyridamole</i>	109	ELIQUIS STARTER PACK	107
<i>disopyramide phosphate</i>	50	ELLECE	29
<i>disulfiram</i>	79	<i>eluryng</i>	89
<i>divalproex sodium</i>	69	EMCYT	31
<i>docetaxel</i>	33	EMSAM	60
DOCETAXEL	33	<i>emtricitabine</i>	18
<i>dofetilide</i>	50	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil</i> <i>fumarate tab 100-150 mg</i>	20
<i>donepezil hydrochloride</i>	58	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil</i> <i>fumarate tab 133-200 mg</i>	20
DOPTELET	108	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil</i> <i>fumarate tab 167-250 mg</i>	20
<i>dorzolamide hcl</i>	124	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil</i> <i>fumarate tab 200-300 mg</i>	20
<i>dorzolamide hcl-timolol maleate ophth</i> <i>soln 2-0.5%</i>	124		
<i>dotti</i>	95		
DOVATO TAB 50-300MG	20		
<i>doxazosin mesylate</i>	47		
<i>doxepin hcl</i>	60		
<i>doxepin hcl (sleep)</i>	75		
<i>doxorubicin hcl</i>	29		

EMTRIVA	18	<i>erythromycin (ophth)</i>	122
EMVERM.....	14	<i>erythromycin base</i>	25
<i>enalapril maleate</i>	47	<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	25
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide</i>		<i>erythromycin lactobionate</i>	25
<i>tab 10-25 mg</i>	46	<i>escitalopram oxalate</i>	60
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide</i>		<i>esomeprazole magnesium</i>	105
<i>tab 5-12.5 mg</i>	46	<i>estarylla</i>	90
ENBREL.....	110	<i>estradiol</i>	95
ENBREL MINI	110	<i>estradiol & norethindrone acetate tab</i>	
ENBREL SURECLICK	110	<i>0.5-0.1 mg</i>	95
ENDARI.....	109	<i>estradiol & norethindrone acetate tab 1-</i>	
<i>endocet tab 10-325mg</i>	11	<i>0.5 mg</i>	95
<i>endocet tab 2.5-325mg</i>	11	<i>estradiol vaginal</i>	95
<i>endocet tab 5-325mg</i>	11	<i>estradiol valerate</i>	96
<i>endocet tab 7.5-325mg</i>	11	<i>ethambutol hcl</i>	21
ENGERIX-B	115	<i>ethosuximide</i>	69, 70
<i>enilloring</i>	89	<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol</i>	
<i>enoxaparin sodium</i>	107	<i>tab 1 mg-35 mcg</i>	90
<i>enpresse-28</i>	89	<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol</i>	
<i>enskyce</i>	90	<i>tab 1 mg-50 mcg</i>	90
ENSTILAR AER	134	<i>etodolac</i>	9
<i>entacapone</i>	63	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol va ring</i>	
<i>entecavir</i>	22	<i>0.120-0.015 mg/24hr</i>	90
ENTRESTO TAB 24-26MG	48	<i>etoposide</i>	33
ENTRESTO TAB 49-51MG	48	<i>etravirine</i>	18
ENTRESTO TAB 97-103MG	48	EULEXIN	31
<i>enulose</i>	103	<i>euthyrox</i>	100
EPCLUSA PAK 150-37.5	22	<i>everolimus</i>	36
EPCLUSA PAK 200-50MG	22	<i>everolimus (immunosuppressant)</i> ..	114
EPCLUSA TAB 200-50MG	22	EVOTAZ TAB 300-150	20
EPCLUSA TAB 400-100	22	<i>exemestane</i>	31
EPIDIOLEX.....	69	EXKIVITY	36
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i>	56, 128	EYSUVIS	123
<i>epitol</i>	69	<i>ezetimibe</i>	52
<i>eplerenone</i>	47	<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-10 mg</i> .	52
EPRONTIA	69	<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-20 mg</i> .	52
<i>ergotamine w/ caffeine tab 1-100 mg</i>	76	<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-40 mg</i> .	52
ERIVEDGE	36	<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-80 mg</i> .	52
ERLEADA	31	F	
<i>erlotinib hcl</i>	36	FABRAZYME.....	98
<i>errin</i>	90	<i>falmina</i>	90
<i>ertapenem sodium</i>	14	<i>famciclovir</i>	22
<i>ery</i>	131	<i>famotidine</i>	102, 103
<i>ery-tab</i>	25	<i>famotidine in nacl 0.9% iv soln 20</i>	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE.....	25	<i>mg/50ml</i>	103
<i>erythrocin stearate</i>	25	FANAPT.....	64
<i>erythromycin (acne aid)</i>	131, 132	FANAPT PAK	64

FARXIGA	81	<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba</i>	
FASENRA	128	250-50 mcg/act.....	131
FASENRA PEN	128	<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba</i>	
<i>felbamate</i>	70	500-50 mcg/act.....	131
<i>felodipine</i>	54	<i>fluvoxamine maleate</i>	58
<i>fenofibrate</i>	51	<i>fondaparinux sodium</i>	107
<i>fenofibrate micronized</i>	51	<i>fosamprenavir calcium</i>	18
<i>fentanyl</i>	10	<i>fosinopril sodium</i>	47
<i>fentanyl citrate</i>	11	<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide</i>	
FETZIMA	60	<i>tab 10-12.5 mg</i>	46
FETZIMA CAP TITRATIO	60	<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide</i>	
FIASP.....	84	<i>tab 20-12.5 mg</i>	46
FIASP FLEXTOUCH	84	FOTIVDA	36
FIASP PENFILL	84	FRUZAQLA.....	36
FIASP PUMPCART.....	84	<i>fulvestrant</i>	31
<i>finasteride</i>	106	<i>furosemide</i>	55
<i> fingolimod hcl</i>	78	<i>furosemide inj</i>	55
FINTEPLA	70	FUZEON	18
FIRMAGON	31	<i>fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg</i>	96
<i>flac</i>	125	<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i>	96
FLAREX	123	FYCOMPA	70
FLEBOGAMMA DIF	113	G	
<i>flecainide acetate</i>	50	<i>gabapentin</i>	70
<i>fluconazole</i>	16	<i>galantamine hydrobromide</i>	58
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 200</i>		GAMASTAN INJ	113
<i>mg/100ml</i>	16	GAMMAGARD LIQUID.....	113
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 400</i>		GAMMAGARD S/D IGA LESS TH	113
<i>mg/200ml</i>	16	GAMMAKED	113
<i>flucytosine</i>	16	GAMMAPLEX	113
<i>fludrocortisone acetate</i>	96	GAMUNEX-C	113
<i>flunisolide (nasal)</i>	130	<i>ganciclovir sodium</i>	22
<i>fluocinolone acetonide</i>	134	GARDASIL 9 INJ	115
<i>fluocinolone acetonide (otic)</i>	125	<i>gatifloxacin (ophth)</i>	122
<i>fluocinonide</i>	134	GATTEX.....	104
<i>fluocinonide emulsified base</i>	134	GAUZE PADS 2.....	84
<i>fluorometholone (ophth)</i>	123	<i>gavilyte-c</i>	103
<i>fluorouracil</i>	30	<i>gavilyte-g</i>	103
<i>fluorouracil (topical)</i>	136	GAVRETO	36
<i>fluoxetine hcl</i>	60	<i>gefitinib</i>	36
<i>fluphenazine decanoate</i>	64	<i>gemcitabine hcl</i>	30
<i>fluphenazine hcl</i>	64	<i>gemfibrozil</i>	51
<i>flurbiprofen</i>	9	GEMTESA	106
<i>flurbiprofen sodium</i>	123	<i>generlac</i>	103
<i>fluticasone propionate</i>	134	<i>gengraf</i>	114
<i>fluticasone propionate (nasal)</i>	130	GENOTROPIN	98
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba</i>		GENOTROPIN MINIQUICK	98
100-50 mcg/act.....	131	<i>gentamicin in saline inj 0.8 mg/ml</i>	14

<i>gentamicin in saline inj 1 mg/ml</i>	14	HEP SOD/D5W INJ 25000UNT	107
<i>gentamicin in saline inj 1.2 mg/ml</i>	14	HEP SOD/NAACL INJ 12500UNT.....	107
<i>gentamicin in saline inj 1.6 mg/ml</i>	14	HEP SOD/NAACL INJ 25000UNT.....	107
<i>gentamicin in saline inj 2 mg/ml</i>	14	<i>heparin sodium (porcine)</i>	108
<i>gentamicin sulfate</i>	14	HEPARIN/NAACL INJ 25000UNT.....	108
<i>gentamicin sulfate (ophth)</i>	122	HEPLISAV-B.....	115
<i>gentamicin sulfate (topical)</i>	132	HERCEP HYLEC SOL 60-10000	36
GENVOYA TAB.....	20	HERCEPTIN.....	36
GILOTRIF	36	HERZUMA.....	37
<i>glatiramer acetate</i>	78	HIBERIX.....	115
<i>glatopa</i>	78	HUMIRA	110
GLEOSTINE.....	29	HUMIRA PEDIA INJ CROHNS	110
<i>glimepiride</i>	81	HUMIRA PEDIATRIC CROHNS D	110
<i>glipizide</i>	81	HUMIRA PEN.....	110
<i>glipizide xl</i>	81	HUMIRA PEN KIT PS/UV.....	111
<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-250 mg</i>	81	HUMIRA PEN-CD/UC/HS START	111
<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-500 mg</i>	81	HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S.....	111
<i>glipizide-metformin hcl tab 5-500 mg</i>	81	HUMIRA PEN-PS/UV STARTER	111
<i>glycopyrrolate</i>	102	HUMULIN R U-500 (CONCENTR.....	84
<i>glydo</i>	135	HUMULIN R U-500 KWIKPEN	85
GLYXAMBI TAB 10-5 MG.....	81	<i>hydralazine hcl</i>	56, 57
GLYXAMBI TAB 25-5 MG.....	81	<i>hydrochlorothiazide</i>	55
<i>granisetron hcl</i>	101	<i>hydrocodone bitartrate</i>	10
<i>griseofulvin microsize</i>	16	<i>hydrocodone-acetaminophen soln 7.5-</i> <i>325 mg/15ml</i>	11
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	16	<i>hydrocodone-acetaminophen tab 10-</i> <i>325 mg</i>	11
<i>guanfacine hcl</i>	56	<i>hydrocodone-acetaminophen tab 5-325</i> <i>mg</i>	11
<i>guanfacine hcl (adhd)</i>	75	<i>hydrocodone-acetaminophen tab 7.5-</i> <i>325 mg</i>	11
GVOKE HYPOPEN 2-PACK.....	97	<i>hydrocodone-ibuprofen tab 7.5-200 mg</i>	11
GVOKE KIT	97	<i>hydrocortisone</i>	96
GVOKE PFS.....	97	<i>hydrocortisone (intrarectal)</i>	103
H		<i>hydrocortisone (rectal)</i>	136
HAEGARDA	109	<i>hydrocortisone (topical)</i>	135
<i>hailey 1.5/30</i>	90	<i>hydromorphone hcl</i>	11
<i>halobetasol propionate</i>	135	<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	112
<i>haloette</i>	90	<i>hydroxyurea</i>	33
<i>haloperidol</i>	64	<i>hydroxyzine hcl</i>	126
<i>haloperidol decanoate</i>	64	<i>hydroxyzine pamoate</i>	126
<i>haloperidol lactate</i>	65	HYSINGLA ER.....	10
HARVONI PAK 33.75-150MG	22	I	
HARVONI PAK 45-200MG.....	22	<i>ibandronate sodium</i>	87
HARVONI TAB 45-200MG.....	22	IBRANCE	37
HARVONI TAB 90-400MG.....	22	<i>ibu</i>	9
HAVRIX.....	115		
<i>heather</i>	90		
HEP SOD/D5W INJ 20000UNT	107		

<i>ibuprofen</i>	9	<i>irinotecan hcl</i>	33
<i>icatibant acetate</i>	109	ISENTRESS	18
<i>iclevia</i>	90	ISENTRESS HD.....	18
ICLUSIG	37	<i>isibloom</i>	90
IDACIO (2 PEN).....	111	ISOLYTE-P INJ /D5W.....	117
IDACIO (2 SYRINGE).....	111	ISOLYTE-S INJ	118
IDACIO CROHN INJ DISEASE.....	111	ISOLYTE-S INJ PH 7.4	118
IDACIO PLAQU INJ PSORIASIS	111	<i>isoniazid</i>	21
IDHIFA.....	37	<i>isosorbide dinitrate</i>	57
<i>imatinib mesylate</i>	37	<i>isosorbide mononitrate</i>	57
IMBRUVICA.....	37	<i>isotretinoin</i>	132
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln</i> 250 mg	14	<i>itraconazole</i>	16
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln</i> 500 mg	14	<i>ivermectin</i>	14
<i>imipramine hcl</i>	60	IWILFIN	33
<i>imiquimod</i>	136	IXIARO INJ	115
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.).....	115	J	
INBRIJA	63	JAKAFI.....	37
<i>incassia</i>	90	<i>jantoven</i>	108
INCRELEX.....	98	JANUMET TAB 50-1000.....	81
INCRUSE ELLIPTA	126	JANUMET TAB 50-500MG.....	81
<i>indapamide</i>	55	JANUMET XR TAB 100-1000	82
INFANRIX INJ.....	115	JANUMET XR TAB 50-1000.....	82
INFLIXIMAB	111	JANUMET XR TAB 50-500MG	82
INLYTA.....	37	JANUVIA	82
INQOVI TAB 35-100MG	30	JARDIANCE.....	82
INREBIC.....	37	<i>jasmiel</i>	90
INSULIN PEN NEEDLES: BD/NOVO ...	85	<i>javygtor</i>	98
INSULIN SAFETY NEEDLES.....	85	JAYPIRCA	38
INSULIN SYRINGES: BD	85	JENTADUETO TAB 2.5-1000	82
INTELENCE	18	JENTADUETO TAB 2.5-500.....	82
INTRALIPID	121	JENTADUETO TAB 2.5-850.....	82
<i>introvale</i>	90	JENTADUETO TAB XR 2.5-1000MG ...	82
INVEGA HAFYERA	65	JENTADUETO TAB XR 5-1000MG.....	82
INVEGA SUSTENNA.....	65	<i>jinteli</i>	96
INVEGA TRINZA	65	<i>jolessa</i>	90
IPOL INJ INACTIVE	115	<i>juleber</i>	90
<i>ipratropium bromide</i>	126	JULUCA TAB 50-25MG	20
<i>ipratropium bromide (nasal)</i>	126	<i>junel 1.5/30</i>	90
<i>ipratropium-albuterol nebu soln 0.5-</i> 2.5(3) mg/3ml	126	<i>junel 1/20</i>	90
<i>irbesartan</i>	49	<i>junel fe 1.5/30</i>	90
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 150-</i> 12.5 mg	48	<i>junel fe 1/20</i>	90
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 300-</i> 12.5 mg	48	JYNNEOS.....	115
		K	
		KADCYLA.....	38
		KALYDECO.....	128
		KANJINTI	38
		<i>kariva</i>	91

<i>kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	118
<i>kcl 20 meq/l (0.149%) in nacl 0.45% inj</i>	118
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.2% inj</i>	118
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	118
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj</i>	118
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj</i>	118
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj</i>	118
<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	118
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	118
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj</i>	118
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj</i>	118
<i>KCL/D5W/NAACL INJ 0.3/0.9%</i>	118
<i>kelnor 1/35</i>	91
<i>kelnor 1/50</i>	91
<i>KERENDIA</i>	47
<i>KESIMPTA</i>	78
<i>ketoconazole</i>	16
<i>ketoconazole (topical)</i>	132, 133
<i>ketorolac tromethamine (ophth)</i>	123
<i>KEVZARA</i>	111
<i>KEYTRUDA</i>	38
<i>KINRIX INJ</i>	116
<i>KISQALI 200 DOSE</i>	38
<i>KISQALI 200 PAK FEMARA</i>	33
<i>KISQALI 400 DOSE</i>	38
<i>KISQALI 400 PAK FEMARA</i>	33
<i>KISQALI 600 DOSE</i>	38
<i>KISQALI 600 PAK FEMARA</i>	33
<i>klayesta</i>	132
<i>klor-con</i>	119
<i>klor-con 10</i>	119
<i>klor-con 8</i>	119
<i>klor-con m10</i>	119
<i>klor-con m15</i>	119
<i>klor-con m20</i>	120
<i>KORLYM</i>	98

<i>KOSELUGO</i>	38
<i>kourzeq</i>	137
<i>KRAZATI</i>	38
<i>kurvelo</i>	91
L	
<i>labetalol hcl</i>	53
<i>lacosamide</i>	70
<i>lacosamide oral</i>	70
<i>lactated ringer's solution</i>	118
<i>lactic acid (ammonium lactate)</i>	136
<i>lactulose</i>	104
<i>lactulose (encephalopathy)</i>	104
<i>lamivudine</i>	18
<i>lamivudine (hbv)</i>	22
<i>lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg</i>	21
<i>lamotrigine</i>	70
<i>lansoprazole</i>	105
<i>LANTUS</i>	85
<i>LANTUS SOLOSTAR</i>	85
<i>lapatinib ditosylate</i>	38
<i>larin 1.5/30</i>	91
<i>larin 1/20</i>	91
<i>larin fe 1.5/30</i>	91
<i>larin fe 1/20</i>	91
<i>latanoprost</i>	124
<i>leena</i>	91
<i>leflunomide</i>	112
<i>lenalidomide</i>	32
<i>LENVIMA 10 MG DAILY DOSE</i>	38
<i>LENVIMA 12MG DAILY DOSE</i>	38
<i>LENVIMA 20 MG DAILY DOSE</i>	39
<i>LENVIMA 4 MG DAILY DOSE</i>	38
<i>LENVIMA 8 MG DAILY DOSE</i>	38
<i>LENVIMA CAP 14 MG</i>	39
<i>LENVIMA CAP 18 MG</i>	39
<i>LENVIMA CAP 24 MG</i>	39
<i>lessina</i>	91
<i>letrozole</i>	31
<i>leucovorin calcium</i>	45
<i>LEUKERAN</i>	29
<i>leuprolide acetate</i>	31
<i>levalbuterol hcl</i>	127
<i>levalbuterol tartrate</i>	127
<i>levetiracetam</i>	70, 71
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1000 mg/100ml</i>	71

<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> 1500 mg/100ml.....	71	<i>loestrin 1.5/30-21</i>	91
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> 500 mg/100ml	71	<i>loestrin 1/20-21</i>	91
<i>levobunolol hcl</i>	124	<i>loestrin fe 1.5/30</i>	91
<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i>	98	<i>loestrin fe 1/20</i>	91
<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	127	LOKELMA.....	88
<i>levofloxacin</i>	25	LONSURF TAB 15-6.14	30
<i>levofloxacin in d5w iv soln 250 mg/50ml</i>	26	LONSURF TAB 20-8.19	30
<i>levofloxacin in d5w iv soln 500</i> <i>mg/100ml</i>	26	<i>loperamide hcl</i>	104
<i>levofloxacin in d5w iv soln 750</i> <i>mg/150ml</i>	26	<i>lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml</i> <i>(80-20 mg/ml)</i>	21
<i>levonest</i>	91	<i>lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg</i>	21
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol (91-</i> <i>day) tab 0.15-0.03 mg</i>	91	<i>lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg</i>	21
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab</i> <i>0.1 mg-20 mcg</i>	91	<i>lorazepam</i>	58
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab</i> <i>0.15 mg-30 mcg</i>	91	<i>lorazepam intensol</i>	58
<i>levonorgestrel-eth estra tab 0.05-</i> <i>30/0.075-40/0.125-30mg-mcg</i>	91	LORBRENA.....	39
<i>levora 0.15/30-28</i>	91	<i>loryna</i>	91
<i>levo-t</i>	100	<i>losartan potassium</i>	49
<i>levothyroxine sodium</i>	100	<i>losartan potassium &</i> <i>hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg</i>	48
<i>levoxyl</i>	100	<i>losartan potassium &</i> <i>hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	48
LEXIVA.....	18	<i>losartan potassium &</i> <i>hydrochlorothiazide tab 50-12.5 mg</i>	48
<i>lidocaine</i>	135	LOTEMAX	123
<i>lidocaine hcl</i>	135	<i>lovastatin</i>	51
<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i>	12	<i>low-ogestrel</i>	92
<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i>	137	<i>loxapine succinate</i>	65
<i>lidocaine-prilocaine cream 2.5-2.5%</i>	135	LUMAKRAS	39
<i>lidocan iii</i>	135	LUMIGAN	124
<i>linezolid</i>	14	LUMIZYME	98
LINEZOLID INJ 2MG/ML.....	14	LUPRON DEPOT (1-MONTH)	31
LINZESS.....	104	LUPRON DEPOT (3-MONTH)	31
<i>liothyronine sodium</i>	100	LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH.....	98
<i>lisinopril</i>	47	LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH.....	98
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 10-</i> <i>12.5 mg</i>	46	LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH.....	99
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-</i> <i>12.5 mg</i>	46	<i>lurasidone hcl</i>	65
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-</i> <i>25 mg</i>	46	<i>lutura</i>	92
LITHIUM.....	77	<i>lyleq</i>	92
<i>lithium carbonate</i>	77	<i>lyllana</i>	96
		LYNPARZA	39
		LYSODREN	31
		LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE)	39
		LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE)	39
		LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE)	39
		<i>lyza</i>	92

M	
<i>magnesium sulfate</i>	118
MAGNESIUM SULFATE	118
<i>magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1 gm/100ml</i>	119
<i>malathion</i>	136
<i>maraviroc</i>	18
<i>marlissa</i>	92
MARPLAN	60
MATULANE.....	33
MAVYRET PAK 50-20MG.....	22
MAVYRET TAB 100-40MG.....	22
<i>meclizine hcl</i>	101
<i>medroxyprogesterone acetate</i>	100
<i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive)</i>	92
<i>mefloquine hcl</i>	17
<i>megestrol acetate</i>	31, 100
<i>megestrol acetate (appetite)</i>	100
MEKINIST.....	39
MEKTOVI.....	40
<i>meloxicam</i>	10
<i>memantine hcl</i>	58
MENACTRA INJ.....	116
MENQUADFI INJ	116
MENVEO INJ	116
MENVEO SOL	116
<i>mercaptapurine</i>	30
<i>meropenem</i>	14
<i>mesalamine</i>	103
<i>mesalamine w/ cleanser</i>	103
MESNEX	45
<i>metformin hcl</i>	82
<i>methadone hcl</i>	10
<i>methadone hydrochloride i</i>	10
<i>methazolamide</i>	55
<i>methenamine hippurate</i>	14
<i>methimazole</i>	101
<i>methotrexate sodium</i>	30, 112
<i>methsuximide</i>	71
<i>methylphenidate hcl</i>	75
<i>methylprednisolone</i>	96
<i>methylprednisolone acetate</i>	96
<i>methylprednisolone sod succ</i>	97
<i>methyltestosterone</i>	80
<i>metoclopramide hcl</i>	101, 102
<i>metolazone</i>	55
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	53
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-50 mg</i>	53
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i>	53
<i>metoprolol succinate</i>	53
<i>metoprolol tartrate</i>	53
<i>metronidazole</i>	14
<i>metronidazole (topical)</i>	136
<i>metronidazole vaginal</i>	107
<i>metyrosine</i>	57
MG SO4/D5W INJ 10MG/ML	119
<i>micafungin sodium</i>	16
<i>microgestin 1.5/30</i>	92
<i>microgestin 1/20</i>	92
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	92
<i>microgestin fe 1/20</i>	92
<i>midodrine hcl</i>	57
<i>mifepristone (hyperglycemia)</i>	99
<i>miglustat</i>	99
<i>mili</i>	92
<i>mimvey</i>	96
<i>minocycline hcl</i>	28
<i>minoxidil</i>	57
<i>mirtazapine</i>	60
<i>misoprostol</i>	104
MITIGARE.....	9
M-M-R II INJ.....	116
M-NATAL PLUS TAB.....	120
<i>modafinil</i>	79
<i>moexipril hcl</i>	47
<i>molindone hcl</i>	65
<i>mometasone furoate</i>	135
MONJUVI.....	40
<i>mono-linyah</i>	92
<i>montelukast sodium</i>	128
<i>morphine sulfate</i>	10, 12
MORPHINE SULFATE	11
MORPHINE SULFATE/SODIUM C.....	12
MOUNJARO	82
MOVANTIK.....	104
<i>moxifloxacin hcl</i>	26
<i>moxifloxacin hcl (ophth)</i>	122
<i>moxifloxacin hcl 400 mg/250ml in sodium chloride 0.8% inj</i>	26
MULTAQ.....	50

<i>multiple electrolytes ph 5.5</i>	119	NERLYNX.....	40
<i>multiple electrolytes ph 7.4</i>	119	NEUPRO.....	63
<i>mupirocin</i>	132	<i>nevirapine</i>	18
<i>mycophenolate mofetil</i>	114	NEXAVAR.....	40
<i>mycophenolate sodium</i>	114	<i>niacin (antihyperlipidemic)</i>	52
MYRBETRIQ.....	106	<i>nicardipine hcl</i>	54
N		NICOTROL INHALER.....	80
<i>nabumetone</i>	10	NICOTROL NS.....	80
<i>nadolol</i>	53	<i>nifedipine</i>	54
<i>nafcillin sodium</i>	27	<i>nikki</i>	92
NAGLAZYME.....	99	<i>nilutamide</i>	31
<i>nalbuphine hcl</i>	12	<i>nimodipine</i>	54
<i>naloxone hcl</i>	80	NINLARO.....	40
<i>naltrexone hcl</i>	80	<i>nitazoxanide</i>	14
NAMZARIC CAP 14-10MG.....	59	<i>nitisinone</i>	99
NAMZARIC CAP 21-10MG.....	59	NITRO-BID.....	57
NAMZARIC CAP 28-10MG.....	59	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	15
NAMZARIC CAP 7-10MG.....	59	<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>	15
NAMZARIC CAP PACK.....	59	<i>nitroglycerin</i>	57
<i>naproxen</i>	10	<i>nizatidine</i>	103
<i>naproxen sodium</i>	10	<i>nora-be</i>	92
<i>naratriptan hcl</i>	76	<i>norelgestromin-ethinyl estradiol td ptwk</i> <i>150-35 mcg/24hr</i>	92
NATACYN.....	122	<i>norethindrone (contraceptive)</i>	92
<i>nateglinide</i>	82	<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol</i> <i>tab 1 mg-20 mcg</i>	92
NATPARA.....	87	<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol</i> <i>tab 1.5 mg-30 mcg</i>	93
NAYZILAM.....	71	<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol-fe</i> <i>tab 1 mg-20 mcg</i>	93
<i>nebivolol hcl</i>	53	<i>norethindrone acetate</i>	100
<i>necon 0.5/35-28</i>	92	<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol</i> <i>tab 0.5 mg-2.5 mcg</i>	96
<i>nefazodone hcl</i>	60	<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol</i> <i>tab 1 mg-5 mcg</i>	96
<i>neomycin sulfate</i>	14	<i>norethindrone ac-ethinyl estrad-fe tab</i> <i>1-20/1-30/1-35 mg-mcg</i>	92
<i>neomycin-bacitrac zn-polymyx</i> <i>5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i>	122	<i>norgestimate & ethinyl estradiol tab</i> <i>0.25 mg-35 mcg</i>	93
<i>neomycin-polymy-gramicid op sol 1.75-</i> <i>10000-0.025mg-unt-mg/ml</i>	122	<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-</i> <i>25/0.215-25/0.25-25 mg-mcg</i>	93
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone</i> <i>ophth oint 0.1%</i>	121	<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-</i> <i>35/0.215-35/0.25-35 mg-mcg</i>	93
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone</i> <i>ophth susp 0.1%</i>	121	<i>norlyroc</i>	93
<i>neomycin-polymyxin-hc ophth susp</i>	121	NORPACE CR.....	50
<i>neomycin-polymyxin-hc otic soln 1%</i>	125	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	93
<i>neomycin-polymyxin-hc otic susp 3.5</i> <i>mg/ml-10000 unit/ml-1%</i>	125	<i>nortrel 1/35 (21)</i>	93
<i>neo-polycin 5(3.5)mg-400unt-10000unt</i> <i>op oin</i>	122		
<i>neo-polycin hc ophth oint 1%</i>	121		

<i>nortrel 1/35 (28)</i>	93	<i>olmesartan medoxomil-</i>	
<i>nortrel 7/7/7</i>	93	<i>hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	
<i>nortriptyline hcl</i>	60, 61	.....	48
NORVIR.....	18	<i>olmesartan medoxomil-</i>	
NOVOLIN INJ 70/30	85	<i>hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i>	
NOVOLIN INJ 70/30 FP	85	.....	48
NOVOLIN N.....	85	<i>olmesartan medoxomil-</i>	
NOVOLIN N FLEXPEN.....	85	<i>hydrochlorothiazide tab 40-25 mg</i> ..	49
NOVOLIN R.....	85	<i>olmesartan-amlodipine-</i>	
NOVOLIN R FLEXPEN.....	85	<i>hydrochlorothiazide tab 20-5-12.5 mg</i>	
NOVOLOG.....	85	.....	49
NOVOLOG FLEXPEN	85	<i>olmesartan-amlodipine-</i>	
NOVOLOG MIX INJ 70/30.....	85	<i>hydrochlorothiazide tab 40-10-12.5</i>	
NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN	85	<i>mg</i>	49
NOVOLOG PENFILL	85	<i>olmesartan-amlodipine-</i>	
NUBEQA.....	31	<i>hydrochlorothiazide tab 40-10-25 mg</i>	
NUDEXTA CAP 20-10MG.....	77	.....	49
NULOJIX.....	114	<i>olmesartan-amlodipine-</i>	
NUPLAZID	65	<i>hydrochlorothiazide tab 40-5-12.5 mg</i>	
NURTEC	76	.....	49
NUTRILIPID	121	<i>olmesartan-amlodipine-</i>	
NUZYRA	28	<i>hydrochlorothiazide tab 40-5-25 mg</i>	
<i>nyamyc</i>	132	.....	49
<i>nylia 1/35</i>	93	<i>omega-3-acid ethyl esters cap 1 gm</i> ..	52
<i>nylia 7/7/7</i>	93	<i>omeprazole</i>	105
NYMALIZE	54	OMNIPOD 5 G6 KIT INTRO.....	86
<i>nymyo</i>	93	OMNIPOD 5 G6 MIS PODS	86
<i>nystatin</i>	16	OMNIPOD 5 G7 KIT INTRO.....	86
<i>nystatin (mouth-throat)</i>	137	OMNIPOD 5 G7 MIS PODS	86
<i>nystatin (topical)</i>	132, 133	OMNIPOD DASH KIT INTRO	86
<i>nystop</i>	133	OMNIPOD DASH MIS PODS	86
O		OMNIPOD GO KIT 10UNT/DY.....	86
<i>ocella</i>	93	OMNIPOD GO KIT 15UNT/DY.....	86
OCTAGAM.....	113	OMNIPOD GO KIT 20UNT/DY.....	86
<i>octreotide acetate</i>	99	OMNIPOD GO KIT 25UNT/DY.....	86
ODEFSEY TAB	21	OMNIPOD GO KIT 30UNT/DY.....	86
ODOMZO	40	OMNIPOD GO KIT 35UNT/DY.....	86
OFEV	128	OMNIPOD GO KIT 40UNT/DY.....	86
<i>ofloxacin (ophth)</i>	122	OMNIPOD MIS CLASSIC.....	86
<i>ofloxacin (otic)</i>	125	<i>ondansetron</i>	102
OGIVRI	40	<i>ondansetron hcl</i>	102
OGIVRI INJ 420MG	40	ONTRUZANT	40
OGSIVEO.....	40	ONUREG.....	30
OJJAARA	40	OPSUMIT.....	57
<i>olanzapine</i>	65	ORGOVYX.....	31
<i>olmesartan medoxomil</i>	50	ORKAMBI GRA 100-125.....	128
		ORKAMBI GRA 150-188.....	129

ORKAMBI GRA 75-94MG	128	PEGASYS.....	23
ORKAMBI TAB 100-125	129	PEMAZYRE.....	40
ORKAMBI TAB 200-125	129	<i>pemetrexed disodium</i>	30
ORSERDU	31, 32	PEN GK/DEXTR INJ 40000/ML	27
<i>oseltamivir phosphate</i>	22, 23	PEN GK/DEXTR INJ 60000/ML	27
OTEZLA.....	111	PENBRAYA INJ	116
OTEZLA TAB 10/20/30	111	<i>penicillamine</i>	88
<i>oxacillin sodium</i>	27	<i>penicillin g potassium</i>	27
<i>oxaliplatin</i>	29	<i>penicillin g sodium</i>	27
<i>oxcarbazepine</i>	71	<i>penicillin v potassium</i>	27
<i>oxybutynin chloride</i>	106	PENTACEL INJ	116
<i>oxycodone hcl</i>	12	<i>pentamidine isethionate inh</i>	15
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 10-</i> <i>325 mg</i>	12	<i>pentamidine isethionate inj</i>	15
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 2.5-</i> <i>325 mg</i>	12	<i>pentoxifylline</i>	109
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 5-325</i> <i>mg</i>	12	<i>perindopril erbumine</i>	47
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 7.5-</i> <i>325 mg</i>	12	<i>periogard</i>	137
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE)	83	<i>permethrin</i>	136
OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE)	83	<i>perphenazine</i>	66
OZEMPIC (1MG/DOSE)	83	PERSERIS.....	66
OZEMPIC (2MG/DOSE)	83	<i>pfizerpen</i>	28
P		<i>phenelzine sulfate</i>	61
<i>pacerone</i>	50	<i>phenobarbital</i>	71
<i>paclitaxel</i>	33	<i>phenobarbital sodium</i>	71
<i>paclitaxel protein-bound particles for iv</i> <i>susp 100 mg</i>	33	<i>phenytek</i>	71
<i>paliperidone</i>	65	<i>phenytoin</i>	71
<i>pamidronate disodium</i>	87	<i>phenytoin sodium</i>	71
PAMIDRONATE DISODIUM	87	<i>phenytoin sodium extended</i>	71
PANRETIN.....	136	PHESGO SOL	40
<i>pantoprazole sodium</i>	105, 106	<i>philith</i>	93
PANZYGA.....	113	PIFELTRO	18
<i>paraplatin</i>	29	<i>pilocarpine hcl</i>	124
<i>paricalcitol</i>	101	<i>pilocarpine hcl (oral)</i>	137
<i>paroxetine hcl</i>	61	<i>pimozide</i>	66
PAXLOVID TAB 150-100	23	<i>pimtrea</i>	93
PAXLOVID TAB 300-100	23	<i>pindolol</i>	53
<i>pazopanib hcl</i>	40	<i>pioglitazone hcl</i>	83
PEDIARIX INJ 0.5ML.....	116	<i>pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-</i> <i>500 mg</i>	83
PEDVAX HIB	116	<i>pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-</i> <i>850 mg</i>	83
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl-na sulfate</i> <i>for soln 236 gm</i>	104	<i>piperacillin sod-tazobactam na for inj</i> <i>3.375 gm (3-0.375 gm)</i>	28
<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln</i> <i>420 gm</i>	104	<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj</i> <i>13.5 gm (12-1.5 gm)</i>	28
		<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj</i> <i>2.25 gm (2-0.25 gm)</i>	28

<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj</i>		PREMASOL SOL 10%.....	121
4.5 gm (4-0.5 gm)	28	PRENATAL TAB 27-1MG	120
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj</i>		PRENATAL TAB PLUS	120
40.5 gm (36-4.5 gm)	28	<i>prevalite</i>	52
PIQRAY 200MG DAILY DOSE	40	PREVYMIS	23
PIQRAY 250MG TAB DOSE	40	PREZCOBIX TAB 800-150	21
PIQRAY 300MG DAILY DOSE	40	PREZISTA.....	19
<i>pirfenidone</i>	129	PRIFTIN	21
<i>piroxicam</i>	10	<i>primaquine phosphate</i>	17
PLASMA-LYTE INJ -148.....	119	PRIMAQUINE PHOSPHATE.....	17
PLASMA-LYTE INJ -A	119	<i>primidone</i>	72
<i>plenamine</i>	121	PRIORIX INJ	116
PLENVU SOL	104	PRIVIGEN	113
<i>podofilox</i>	136	<i>probenecid</i>	9
<i>polycin ophth oint</i>	122	<i>prochlorperazine</i>	102
<i>polymyxin b-trimethoprim ophth soln</i>		<i>prochlorperazine edisylate</i>	102
10000 unit/ml-0.1%.....	122	<i>prochlorperazine maleate</i>	102
POMALYST	32	PROCRIT	108
<i>portia-28</i>	93	<i>procto-med hc</i>	136
<i>posaconazole</i>	16, 17	<i>proctosol hc</i>	136
POT CHL 20MEQ/L IN NAACL 0.45% INJ		<i>proctozone-hc</i>	136
.....	119	<i>progesterone</i>	100
POT CHL 20MEQ/L IN NAACL 0.9% INJ		PROGRAF	114
.....	119	PROLASTIN-C.....	129
POT CHL 40MEQ/L IN NAACL 0.9% INJ		PROLENSA.....	123
.....	119	PROLIA	87
<i>potassium chloride</i>	119, 120	PROMACTA	109
POTASSIUM CHLORIDE.....	119	<i>promethazine hcl</i>	102
<i>potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in</i>		<i>propafenone hcl</i>	50
<i>dextrose 5% inj</i>	119	<i>proparacaine hcl</i>	125
<i>potassium chloride microencapsulated</i>		<i>propranolol hcl</i>	53, 54
<i>crystals er</i>	120	<i>propylthiouracil</i>	101
<i>potassium citrate (alkalinizer)</i>	106	PROQUAD INJ	116
PRADAXA	108	PROSOL INJ 20%	121
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	63	<i>protriptyline hcl</i>	61
<i>prasugrel hcl</i>	110	PULMOZYME	129
<i>pravastatin sodium</i>	51	PURIXAN	30
<i>praziquantel</i>	15	<i>pyrazinamide</i>	21
<i>prazosin hcl</i>	47	<i>pyridostigmine bromide</i>	77
<i>prednisolone</i>	97	Q	
<i>prednisolone acetate (ophth)</i>	123	QINLOCK.....	41
PREDNISOLONE SODIUM PHOSP.....	123	QUADRACEL INJ	116
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	97	QUADRACEL INJ 0.5ML.....	116
<i>prednisone</i>	97	<i>quetiapine fumarate</i>	66
PREDNISONONE INTENSOL.....	97	<i>quinapril hcl</i>	47
<i>pregabalin</i>	71, 72	<i>quinidine sulfate</i>	50
PREHEVBRIO.....	116	<i>quinine sulfate</i>	17

QULIPTA.....	76	ROTATEQ SOL.....	116
R		<i>roweepra</i>	72
RABAVERT INJ.....	116	ROZLYTREK.....	41
<i>raloxifene hcl</i>	99	RUBRACA.....	41
<i>ramipril</i>	47	<i>rufinamide</i>	72
<i>ranolazine</i>	57	RUKOBIA.....	19
<i>rasagiline mesylate</i>	63	RYBELSUS.....	83
RAYALDEE.....	101	RYDAPT.....	41
<i>reclipsen</i>	93	S	
RECOMBIVAX HB.....	116	<i>sajazir</i>	109
RECTIV.....	136	SANDIMMUNE.....	114
REGRANEX.....	137	SANTYL.....	137
RELENZA DISKHALER.....	23	<i>sapropterin dihydrochloride</i>	99
RELISTOR.....	104	SCSEMBLIX.....	41
REMICADE.....	111	<i>scopolamine</i>	102
RENFLEXIS.....	111	SECUADO.....	67
<i>repaglinide</i>	83	<i>selegiline hcl</i>	63
REPATHA.....	52	<i>selenium sulfide</i>	133
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM.....	52	SELZENTRY.....	19
REPATHA SURECLICK.....	52	SEREVENT DISKUS.....	127
RESTASIS.....	125	<i>sertraline hcl</i>	61
RESTASIS MULTIDOSE.....	125	<i>setlakin</i>	93
RETEVMO.....	41	<i>sevelamer carbonate</i>	100
REVLIMID.....	32	<i>sharobel</i>	93
REXULTI.....	66	SHINGRIX.....	116
REYATAZ.....	19	SIGNIFOR.....	99
REZLIDHIA.....	41	<i>sildenafil citrate (pulmonary</i>	
REZUROCK.....	114	<i>hypertension)</i>	57
RHOPRESSA.....	124	<i>silver sulfadiazine</i>	132
<i>ribavirin (hepatitis c)</i>	23	SIMBRINZA SUS 1-0.2%.....	124
<i>rifabutin</i>	21	<i>simliya</i>	94
<i>rifampin</i>	21	<i>simvastatin</i>	51
<i>riluzole</i>	77	<i>sirolimus</i>	114
<i>rimantadine hydrochloride</i>	23	SIRTURO.....	21
RINVOQ.....	111, 112	SIVEXTRO.....	15
RISPERDAL CONSTA.....	66	SKYRIZI.....	112
<i>risperidone</i>	66	SKYRIZI PEN.....	112
<i>risperidone microspheres</i>	66, 67	<i>sod sulfate-pot sulf-mg sulf oral sol</i>	
<i>ritonavir</i>	19	17.5-3.13-1.6 gm/177ml.....	104
<i>rivastigmine</i>	59	<i>sodium chloride</i>	119
<i>rivastigmine tartrate</i>	59	<i>sodium chloride (gu irrigant)</i>	137
<i>rizatriptan benzoate</i>	76	<i>sodium fluoride chew; tab; 1.1 (0.5 f)</i>	
ROCKLATAN DRO.....	124	mg/ml soln.....	120
<i>roflumilast</i>	129	SODIUM OXYBATE.....	79
<i>ropinirole hydrochloride</i>	63	<i>sodium phenylbutyrate</i>	99
<i>rosuvastatin calcium</i>	51	<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i>	88
ROTARIX SUS.....	116	<i>solifenacin succinate</i>	106

SOLIQUA INJ 100/33.....	86	SYMPAZAN	72
SOLTAMOX	32	SYMTUZA TAB	21
SOLU-CORTEF.....	97	SYNAREL.....	95
SOMATULINE DEPOT	99	SYNJARDY TAB 12.5-1000MG.....	83
SOMAVERT	99	SYNJARDY TAB 12.5-500	83
<i>sorafenib tosylate</i>	41	SYNJARDY TAB 5-1000MG	83
<i>sorine</i>	51	SYNJARDY TAB 5-500MG	83
<i>sotalol hcl</i>	51	SYNJARDY XR TAB 10-1000	83
<i>sotalol hcl (afib/afl)</i>	51	SYNJARDY XR TAB 12.5-1000.....	83
<i>spironolactone</i>	47	SYNJARDY XR TAB 25-1000	83
<i>spironolactone & hydrochlorothiazide</i>		SYNJARDY XR TAB 5-1000MG.....	83
<i>tab 25-25 mg</i>	56	SYNTHROID	101
<i>sprintec 28</i>	94	T	
SPRITAM	72	TABLOID	30
SPRYCEL	41	TABRECTA	42
<i>sps</i>	88	<i>tacrolimus</i>	115
<i>sronyx</i>	94	<i>tacrolimus (topical)</i>	136
<i>ssd</i>	132	TAFINLAR.....	42
STELARA	112	TAGRISSE.....	42
STIVARGA	41	TALTZ.....	112
<i>streptomycin sulfate</i>	15	TALZENNA.....	42
STRIBILD TAB.....	21	<i>tamoxifen citrate</i>	32
<i>subvenite</i>	72	<i>tamsulosin hcl</i>	106
<i>sucralfate</i>	104	<i>tarina fe 1/20 eq</i>	94
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	132	TASIGNA.....	42
<i>sulfacetamide sodium (ophth)</i>	122	<i>tasimelteon</i>	75
<i>sulfacetamide sodium-prednisolone</i>		<i>tazarotene</i>	133
<i>ophth soln 10-0.23(0.25)%</i>	121	<i>tazicef</i>	24
<i>sulfadiazine</i>	15	TAZORAC	133
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim iv soln</i>		<i>taztia xt</i>	54
<i>400-80 mg/5ml</i>	15	TAZVERIK.....	42
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim susp</i>		TDVAX INJ 2-2 LF.....	116
<i>200-40 mg/5ml</i>	15	TECENTRIQ.....	42
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab</i>		TEFLARO	24
<i>400-80 mg</i>	15	<i>telmisartan</i>	50
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab</i>		<i>temazepam</i>	75, 76
<i>800-160 mg</i>	15	TENIVAC INJ 5-2LF	117
SULFAMYLON	132	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	19
<i>sulfasalazine</i>	103	TEPMETKO.....	42
<i>sulindac</i>	10	<i>terazosin hcl</i>	47
<i>sumatriptan</i>	76	<i>terbinafine hcl</i>	17
<i>sumatriptan succinate</i>	76, 77	<i>terbutaline sulfate</i>	127
<i>sunitinib malate</i>	42	<i>terconazole vaginal</i>	107
SUNLENCA.....	19	TERIPARATIDE	87
<i>syeda</i>	94	<i>testosterone</i>	80
SYMDEKO TAB 100-150.....	129	<i>testosterone cypionate</i>	80
SYMDEKO TAB 50-75MG.....	129	<i>testosterone enanthate</i>	80

<i>tetrabenazine</i>	77	<i>treprostinil</i>	58
<i>tetracycline hcl</i>	28	TRESIBA	87
THALOMID	32	TRESIBA FLEXTOUCH	87
<i>theophylline</i>	129	<i>tretinoin</i>	132
<i>thioridazine hcl</i>	67	<i>tretinoin (chemotherapy)</i>	33
<i>thiothixene</i>	67	<i>triamcinolone acetonide (mouth)</i>	137
<i>tiadylt er</i>	55	<i>triamcinolone acetonide (topical)</i>	135
<i>tiagabine hcl</i>	72	<i>triamterene & hydrochlorothiazide cap</i> 37.5-25 mg.....	56
TIBSOVO	42	<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab</i> 37.5-25 mg.....	56
TICOVAC	117	<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab</i> 75-50 mg	56
<i>tigecycline</i>	28	<i>trientine hcl</i>	88
<i>tilia fe</i>	94	<i>tri-estarylla</i>	94
<i>timolol maleate</i>	54	<i>trifluoperazine hcl</i>	67
<i>timolol maleate (ophth)</i>	124	<i>trifluridine</i>	122
<i>tinidazole</i>	15	<i>trihexyphenidyl hcl</i>	63
TIVICAY	19	TRIJARDY XR TAB ER 24HR 10-5- 1000MG	84
TIVICAY PD.....	19	TRIJARDY XR TAB ER 24HR 12.5-2.5- 1000MG	84
<i>tizanidine hcl</i>	78	TRIJARDY XR TAB ER 24HR 25-5- 1000MG	84
TOBRADEX OIN 0.3-0.1%	121	TRIJARDY XR TAB ER 24HR 5-2.5- 1000MG	84
TOBRADEX ST SUS 0.3-0.05	121	TRIKAFTA PAK 59.5MG	129
<i>tobramycin</i>	15	TRIKAFTA PAK 75MG.....	129
<i>tobramycin (ophth)</i>	122	TRIKAFTA TAB 100-50-75MG & 150MG	130
<i>tobramycin sulfate</i>	15	TRIKAFTA TAB 50-25-37.5MG & 75MG	130
<i>tobramycin-dexamethasone ophth susp</i> 0.3-0.1%.....	121	<i>tri-legest fe</i>	94
<i>tolterodine tartrate</i>	106, 107	<i>tri-linyah</i>	94
<i>topiramate</i>	72	<i>tri-lo-estarylla</i>	94
<i>toremifene citrate</i>	32	<i>tri-lo-marzia</i>	94
<i>torse mide</i>	56	<i>tri-lo-mili</i>	94
TOUJEO MAX SOLOSTAR.....	86	<i>tri-lo-sprintec</i>	94
TOUJEO SOLOSTAR.....	86	<i>trimethoprim</i>	15
TPN ELECTROL INJ.....	119	<i>tri-mili</i>	94
TRADJENTA	83	<i>trimipramine maleate</i>	61
<i>tramadol hcl</i>	12	TRINTELLIX	61
<i>tramadol-acetaminophen tab 37.5-325</i> <i>mg</i>	12	<i>tri-nymyo</i>	94
<i>trandolapril</i>	47	<i>tri-sprintec</i>	94
<i>tranexamic acid</i>	109	TRIUMEQ PD TAB	21
<i>tranylcyromine sulfate</i>	61	TRIUMEQ TAB	21
TRAVASOL INJ 10%	121	<i>trivora-28</i>	94
TRAZIMERA	42		
<i>trazodone hcl</i>	61		
TRECTOR.....	22		
TRELEGY AER ELLIPTA 100-62.5-25 MCG.....	126		
TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25 MCG.....	126		

<i>tri-vylibra</i>	94	VAQTA	117
<i>tri-vylibra lo</i>	94	<i>varenicline tartrate</i>	80
TRIZIVIR TAB.....	21	<i>varenicline tartrate tab 11 x 0.5 mg &</i> <i>42 x 1 mg start pack</i>	80
TROGARZO	19	VARIVAX	117
TROPHAMINE INJ 10%	121	VASCEPA.....	52
<i>tropium chloride</i>	107	<i>velivet</i>	94
TRULICITY	84	VELPHORO	100
TRUMENBA INJ.....	117	VELTASSA	88
TRUQAP	42	VEMLIDY	23
TRUXIMA	43	VENCLEXTA	43
TUKYSA.....	43	VENCLEXTA TAB START PK	43
TURALIO	43	<i>venlafaxine hcl</i>	61
<i>turqoz</i>	94	VENTAVIS	58
TWINRIX INJ.....	117	VENTOLIN HFA.....	127
TYBOST.....	19	VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK)	127
TYPHIM VI	117	<i>verapamil hcl</i>	55
TYRVAYA	125	VERQUVO	57
U		VERSACLOZ	67
UBRELVY	77	VERZENIO	43
<i>unithroid</i>	101	<i>vestura</i>	94
<i>ursodiol</i>	104, 105	V-GO 20 KIT	87
V		V-GO 30 KIT	87
<i>valacyclovir hcl</i>	23	V-GO 40 KIT	87
VALCHLOR.....	136	<i>vienna</i>	94
<i>valganciclovir hcl</i>	23	<i>vigabatrin</i>	73
<i>valproate sodium</i>	72	<i>vigadrone</i>	73
<i>valproic acid</i>	73	<i>vilazodone hcl</i>	61
<i>valsartan</i>	50	<i>vincristine sulfate</i>	34
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-</i> <i>12.5 mg</i>	49	<i>vinorelbine tartrate</i>	34
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-</i> <i>25 mg</i>	49	<i>viorele</i>	95
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-</i> <i>12.5 mg</i>	49	VIRACEPT.....	19
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-</i> <i>25 mg</i>	49	VIREAD.....	19
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 80-</i> <i>12.5 mg</i>	49	VITRAKVI	43
VALTOCO 10 MG DOSE	73	VIVITROL	80
VALTOCO 15 MG DOSE	73	VIZIMPRO	43
VALTOCO 20 MG DOSE	73	VONJO	43
VALTOCO 5 MG DOSE.....	73	<i>voriconazole</i>	17
<i>vancomycin hcl</i>	15, 16	VOSEVI TAB	23
VANCOMYCIN INJ 1 GM	16	VOTRIENT	43
VANCOMYCIN INJ 500MG.....	16	VRAYLAR.....	67
VANCOMYCIN INJ 750MG.....	16	VRAYLAR CAP 1.5-3MG.....	67
VANFLYTA	43	<i>vyfemla</i>	95
		<i>vylibra</i>	95
		VYZULTA	124

W	
<i>warfarin sodium</i>	108
<i>water for irrigation, sterile irrigation soln</i>	137
WELIREG	33
<i>wera</i>	95
<i>wixela inhub</i>	131
X	
XALKORI	44
XARELTO	108
XARELTO STAR TAB 15/20MG.....	108
XATMEP.....	112
XCOPRI	73
XCOPRI PAK 100-150	73
XCOPRI PAK 12.5-25.....	73
XCOPRI PAK 150-200MG (MAINTENANCE)	73
XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION)	73
XCOPRI PAK 50-100MG	73
XELJANZ	112
XELJANZ XR.....	112
XERMELO	105
XGEVA	87
XHANCE	130
XIFAXAN	105
XIGDUO XR TAB 10-1000	84
XIGDUO XR TAB 10-500MG.....	84
XIGDUO XR TAB 2.5-1000	84
XIGDUO XR TAB 5-1000MG.....	84
XIGDUO XR TAB 5-500MG	84
XIIDRA.....	125
XOLAIR	130
XOSPATA.....	44
XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY	44
XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY	44
XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY.....	44
XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY	44
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY.....	44
XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY	44
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY.....	44
XTANDI.....	32
<i>xulane</i>	95
XULTOPHY INJ 100/3.6.....	87
Y	
<i>yargesa</i>	99
YF-VAX INJ	117
<i>yuvaferm</i>	96
Z	
<i>zafemy</i>	95
<i>zafirlukast</i>	128
ZARXIO.....	108
ZEJULA	44
ZELBORAF	44
ZEMAIRA.....	130
<i>zenatane</i>	132
ZENPEP CAP 10000UNT	105
ZENPEP CAP 15000UNT	105
ZENPEP CAP 20000UNT	105
ZENPEP CAP 25000UNT	105
ZENPEP CAP 3000UNIT.....	105
ZENPEP CAP 40000UNT	105
ZENPEP CAP 5000UNIT.....	105
ZENPEP CAP 60000UNT	105
ZERVIAE.....	123
<i>zidovudine</i>	19
ZIEXTENZO	108
<i>ziprasidone hcl</i>	67
<i>ziprasidone mesylate</i>	67
ZIRABEV	44
ZIRGAN.....	122
<i>zoledronic acid</i>	87
ZOLINZA	45
<i>zolpidem tartrate</i>	76
ZONISADE.....	73
<i>zonisamide</i>	73
<i>zovia 1/35</i>	95
ZTALMY.....	73
<i>zumandimine</i>	95
ZURZUVAE	61
ZYDELIG	45
ZYKADIA	45
ZYLET SUS 0.5-0.3%	121
ZYPREXA RELPREVV	67

Este formulario se actualizó el 01/04/2024, Para obtener información más reciente u otras preguntas, comuníquese con Servicio para miembros de CVS al 1-888-970-0917 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), las 24 horas del día, los 7 días del año de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo y las 24 horas del día, los 7 días de la semana, de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre, o visite carefirst.com/medicareadvantage.

El Formulario puede cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es el nombre comercial de CareFirst Advantage, Inc., licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® y los símbolos de la Cruz y el Escudo son marcas de servicio registradas de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross y Blue Shield.