



CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage (PPO)

Formulario para 2024

(Lista de medicamentos cubiertos)

**LEA ATENTAMENTE: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN
ACERCA DE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN**

ID de envío del archivo de formulario aprobado por HPMS 00024058, número de versión 11

Este formulario se actualizó el 01/05/2024. Para obtener información más reciente u otras preguntas, comuníquese con el servicio para miembros de CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage (PPO) 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/learn/groupma.

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage is the business name of CareFirst Advantage PPO, Inc., an independent licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® and the Cross and Shield Symbols are registered service marks of the Blue Cross and Blue Shield Association, an association of independent Blue Cross and Blue Shield Plans.

Y0154_H7379_MA01746_C

SUM MA01746-IN SPN (05/24)

Nota para 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 Group Advantage (PPO). Cuando se refiere a "plan" o "nuestro plan", significa CareFirst BlueCross BlueShield. Ventaja de Medicare.

Este documento incluye una lista de los medicamentos (formulario) de nuestro plan que está vigente el 01/05/2024. Para obtener un formulario actualizado, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece, junto con la fecha de la última actualización del formulario, 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 de CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage (PPO)?

Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage (PPO) 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 Group Advantage (PPO) generalmente cubrirá los medicamentos enumerados en nuestro formulario siempre que el medicamento sea médicamente necesario, la receta se surta en una farmacia de la red CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage (PPO) 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 afectarles 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 brindemos 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 Group Advantage (PPO)?”
- **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 y/o restricciones de terapia por etapas en un medicamento o si 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 Group Advantage (PPO)?”

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 01/05/2024. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage (PPO), 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 su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página 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 su medicamento en el índice que comienza en la página 270. 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 su medicamento en el índice. 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 Group Advantage (PPO) cubre tanto medicamentos de marca como 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 Group Advantage (PPO) requiere que usted [o su médico] obtenga una autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que deberá obtener la aprobación de CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage (PPO) antes de surtir sus recetas. Si no obtiene la aprobación, es posible que CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage (PPO) no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad:** Para ciertos medicamentos, CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage (PPO) limita la cantidad del medicamento cubierto por CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage (PPO). Por ejemplo, CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage (PPO) proporciona 30 tabletas para 30 días por cada receta de rosuvastatina. Esto puede ser adicional al suministro estándar para uno o tres meses.
- **Terapia por etapas:** En algunos casos, CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage (PPO) requiere que primero pruebe ciertos medicamentos para tratar la condición médica antes de cubrir otro medicamento para esa afección. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan su condición médica, CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage (PPO) puede no cubrir el medicamento B a menos que pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no le funciona, CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage (PPO) cubrirá el medicamento B.

Puede averiguar si su 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 por etapas. También puede solicitarnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto aparece, junto con la fecha de la última actualización del formulario, en la portada y en la contraportada.

Puede pedirle a CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage (PPO) que haga una excepción a estas restricciones o límites o que le brinde una lista de otros medicamentos similares que puede usar para tratar la afección médica. Consulte la sección, “¿Cómo solicitar una excepción al formulario de CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage (PPO)?” 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 Group Advantage (PPO) no cubre su medicamento, tiene dos opciones:

- Puede solicitar a Servicios para el Afiliado una lista de medicamentos similares cubiertos por CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage (PPO). Cuando reciba la lista, muéstrésela a su médico y solicítele que le recete un medicamento similar cubierto por CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage (PPO).
- Puede solicitarle a CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage (PPO) 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 Group Advantage (PPO)?

Puede solicitarle a CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage (PPO) 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 se aprueba su solicitud, 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 se aprueba su solicitud, 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 Group Advantage (PPO) 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 Group Advantage (PPO) solo 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 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 acelerada (rápida) si usted o su médico creen que su salud podría verse gravemente dañada si tiene que esperar hasta 72 horas por una decisión. Si se concede su solicitud de excepción acelerada, 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 para 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 ingresado en un centro de atención a largo plazo), su médico o su farmacia puede solicitar una prórroga de la receta por única vez. Esta única prórroga le proporcionará cobertura temporal (hasta 31 días de suministro) para el/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 Group Advantage (PPO), consulte la Evidencia de Cobertura y otros materiales del plan.

Si tiene preguntas sobre CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage (PPO), comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece, junto con la fecha de la última actualización del formulario, 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. También puede visitar <http://www.medicare.gov>.

Formulario de CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage (PPO)

El formulario siguiente brinda información sobre la cobertura de los medicamentos cubiertos por CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage (PPO). Si tiene problemas para encontrar un medicamento en la lista, consulte el índice que comienza en la página 270.

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

La información de la columna Requisitos/Límites le dice si CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage (PPO) 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 de la columna Requisitos/Límites le dice si CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage (PPO) 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 surtir 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 por etapas: 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 de farmacias 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/learngroupma.

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 Group Advantage (PPO)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Limites
<u>ANALGESICS</u>		
<u>GOUT</u>		
<i>allopurinol</i> TABS 100mg, 300mg	1	GC
ALLOPURINOL TABS 200mg	4	GC
<i>allopurinol sodium</i> SOLR 500mg	5	GC
ALOPRIM SOLR 500mg	5	GC
<i>colchicine</i> TABS .6mg	2	GC, QL (120 tabs / 30 days)
<i>colchicine w/ probenecid tab 0.5-500 mg</i>	2	GC
COLCRYS TABS .6mg	4	GC, QL (120 tabs / 30 days)
<i>febuxostat</i> TABS 40mg, 80mg	2	GC, PA
KRYSTEXXA SOLN 8mg/ml	5	GC, NM, LA, PA
MITIGARE CAPS .6mg	3	GC, QL (60 caps / 30 days)
<i>probenecid</i> TABS 500mg	2	GC
ULORIC TABS 40mg, 80mg	4	GC, PA
<u>MISCELLANEOUS</u>		
<i>acetaminophen</i> SOLN 10mg/ml	2	GC
<i>clonidine hcl (analgesia)</i> SOLN 100mcg/ml	2	GC, B/D
DURACLON SOLN 100mcg/ml	4	GC, B/D
<u>NSAIDS</u>		
ARTHROTEC 50 TAB	4	GC
ARTHROTEC 75 TAB	4	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
CELEBREX CAPS 50mg, 100mg, 200mg	4	GC, QL (60 caps / 30 days)
CELEBREX CAPS 400mg	4	GC, QL (30 caps / 30 days)
<i>celecoxib</i> CAPS 50mg, 100mg, 200mg	2	GC, QL (60 caps / 30 days)
<i>celecoxib</i> CAPS 400mg	2	GC, QL (30 caps / 30 days)
DAYPRO TABS 600mg	4	GC
<i>diclofenac potassium</i> CAPS 25mg	5	GC, QL (120 caps / 30 days), PA
<i>diclofenac potassium</i> TABS 25mg	5	GC, QL (120 tabs / 30 days), PA
<i>diclofenac potassium</i> TABS 50mg	2	GC, QL (120 tabs / 30 days)
<i>diclofenac sodium</i> TB24 100mg; TBEC 25mg, 50mg, 75mg	2	GC
<i>diclofenac w/ misoprostol tab delayed release 50-0.2 mg</i>	2	GC
<i>diclofenac w/ misoprostol tab delayed release 75-0.2 mg</i>	2	GC
<i>diflunisal</i> TABS 500mg	2	GC
DUEXIS TAB 800-26.6	5	GC, PA
<i>ec-naproxen</i> TBEC 375mg	2	GC, QL (120 tabs / 30 days)
<i>ec-naproxen</i> TBEC 500mg	2	GC, QL (90 tabs / 30 days)
<i>etodolac</i> CAPS 200mg, 300mg; TABS 400mg, 500mg; TB24 400mg, 500mg, 600mg	2	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
FELDENE CAPS 10mg, 20mg	4	GC
<i>fenoprofen calcium</i> CAPS 400mg	2	GC, QL (240 caps / 30 days), PA
<i>fenoprofen calcium</i> TABS 600mg	2	GC, QL (150 tabs / 30 days), PA
<i>flurbiprofen</i> TABS 100mg	2	GC
<i>ibu</i> TABS 400mg, 600mg, 800mg	1	GC
<i>ibuprofen</i> SUSP 100mg/5ml	2	GC
<i>ibuprofen</i> TABS 400mg, 600mg, 800mg	1	GC
<i>ibuprofen-famotidine tab</i> 800-26.6 mg	2	GC, PA
<i>ketoprofen</i> CAPS 25mg	5	GC, QL (120 caps / 30 days), PA
<i>ketoprofen</i> CAPS 50mg	5	GC, QL (180 caps / 30 days), PA
<i>ketoprofen</i> CP24 200mg	2	GC, QL (30 caps / 30 days), PA
KETOROLAC TROMETHAMINE SOLN 15.75mg/spray	5	GC, QL (5 bottles / 30 days), NM, LA, PA
<i>ketorolac tromethamine</i> TABS 10mg	2	GC, QL (20 tabs / 30 days), PA; PA if 70 years and older
<i>kiprofen</i> CAPS 25mg	5	GC, QL (120 caps / 30 days), PA
<i>lofena</i> TABS 25mg	5	GC, QL (120 tabs / 30 days), PA
<i>meclofenamate sodium</i> CAPS 50mg, 100mg	2	GC
<i>mefenamic acid</i> CAPS 250mg	2	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> CAPS 5mg, 10mg	2	GC, QL (30 caps / 30 days), PA
<i>meloxicam</i> TABS 7.5mg, 15mg	1	GC
<i>nabumetone</i> TABS 500mg, 750mg	1	GC
NALFON CAPS 400mg	4	GC, QL (240 caps / 30 days), PA
NALFON TABS 600mg	4	GC, QL (150 tabs / 30 days), PA
NAPRELAN TB24 375mg	5	GC, QL (120 tabs / 30 days), PA
NAPRELAN TB24 500mg	5	GC, QL (90 tabs / 30 days), PA
NAPRELAN TB24 750mg	5	GC, QL (60 tabs / 30 days), PA
NAPROSYN SUSP 125mg/5ml	4	GC, QL (1800 mL / 30 days), PA
<i>naproxen</i> SUSP 125mg/5ml	2	GC, QL (1800 mL / 30 days), PA
<i>naproxen</i> TABS 250mg, 375mg, 500mg	1	GC
<i>naproxen</i> TBEC 375mg	2	GC, QL (120 tabs / 30 days)
<i>naproxen</i> TBEC 500mg	2	GC, QL (90 tabs / 30 days)
<i>naproxen sodium</i> TABS 275mg, 550mg	2	GC
<i>naproxen sodium</i> TB24 375mg	2	GC, QL (120 tabs / 30 days), PA
<i>naproxen sodium</i> TB24 500mg	2	GC, QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>naproxen sodium</i> TB24 750mg	2	GC, QL (60 tabs / 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>naproxen-esomeprazole magnesium tab dr</i> 375-20 mg	5	GC, PA
<i>naproxen-esomeprazole magnesium tab dr</i> 500-20 mg	5	GC, PA
<i>oxaprozin</i> TABS 600mg	2	GC
<i>piroxicam</i> CAPS 10mg, 20mg	2	GC
RELAFEN DS TABS 1000mg	5	GC, PA
SPRIX SOLN 15.75mg/spray	5	GC, QL (5 bottles / 30 days), NM, LA, PA
<i>sulindac</i> TABS 150mg, 200mg	2	GC
<i>tolmetin sodium</i> CAPS 400mg; TABS 600mg	2	GC
VIMOVO TAB 375-20MG	5	GC, PA
VIMOVO TAB 500-20MG	5	GC, PA
ZIPSOR CAPS 25mg	5	GC, QL (120 caps / 30 days), PA
OPIOID ANALGESICS, LONG-ACTING		
BELBUCA FILM 75mcg, 150mcg, 300mcg, 450mcg, 600mcg	4	GC, QL (60 buccal films / 30 days), PA
BELBUCA FILM 750mcg, 900mcg	5	GC, QL (60 buccal films / 30 days), PA
<i>buprenorphine</i> PTWK 5mcg/hr, 7.5mcg/hr, 10mcg/hr, 15mcg/hr, 20mcg/hr	2	GC, QL (4 patches / 28 days), PA
BUTRANS PTWK 5mcg/hr, 7.5mcg/hr, 10mcg/hr, 15mcg/hr	4	GC, QL (4 patches / 28 days), PA
BUTRANS PTWK 20mcg/hr	5	GC, QL (4 patches / 28 days), PA
CONZIP CP24 100mg, 200mg, 300mg	4	GC, QL (30 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>fentanyl</i> PT72 12mcg/hr, 25mcg/hr, 37.5mcg/hr, 50mcg/hr, 62.5mcg/hr, 75mcg/hr, 87.5mcg/hr, 100mcg/hr	2	GC, QL (10 patches / 30 days), PA
<i>hydrocodone bitartrate</i> CP12 10mg, 15mg, 20mg, 30mg, 40mg, 50mg	2	GC, QL (60 caps / 30 days), PA
<i>hydrocodone bitartrate</i> T24A 20mg, 30mg, 40mg, 60mg	2	GC, QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>hydrocodone bitartrate</i> T24A 80mg, 100mg, 120mg	3	GC, QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>hydromorphone hcl</i> TB24 8mg, 12mg, 16mg, 32mg	2	GC, QL (30 tabs / 30 days), PA
HYSINGLA ER T24A 20mg, 30mg, 40mg, 60mg, 80mg, 100mg, 120mg	3	GC, QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>levorphanol tartrate</i> TABS 2mg, 3mg	5	GC, QL (120 tabs / 30 days), PA
<i>methadone hcl</i> SOLN 5mg/5ml, 10mg/5ml	2	GC, QL (450 mL / 30 days), PA
<i>methadone hcl</i> TABS 5mg, 10mg	2	GC, QL (90 tabs / 30 days), PA
METHADONE HCL INJ SOLN 10mg/ml	4	GC
<i>methadone hydrochloride i</i> CONC 10mg/ml	2	GC, QL (90 mL / 30 days), PA
<i>morphine sulfate</i> CP24 10mg, 20mg, 30mg, 50mg, 60mg, 80mg, 100mg	2	GC, QL (60 caps / 30 days), PA
<i>morphine sulfate</i> TBCR 15mg, 30mg, 60mg, 100mg, 200mg	2	GC, QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>morphine sulfate beads</i> CP24 30mg, 45mg, 60mg, 75mg, 90mg, 120mg	2	GC, QL (30 caps / 30 days), PA
MS CONTIN TBCR 15mg, 30mg	4	GC, QL (90 tabs / 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
MS CONTIN TBCR 60mg, 100mg, 200mg	5	GC, QL (90 tabs / 30 days), PA
NUCYNTA ER TB12 50mg	4	GC, QL (60 tabs / 30 days), PA
NUCYNTA ER TB12 100mg, 150mg, 200mg, 250mg	5	GC, QL (60 tabs / 30 days), PA
OXYCONTIN T12A 10mg, 15mg, 20mg, 30mg, 40mg, 60mg, 80mg	3	GC, QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>oxymorphone hcl</i> TB12 5mg, 7.5mg, 10mg, 15mg, 20mg	2	GC, QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>oxymorphone hcl</i> TB12 30mg, 40mg	5	GC, QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>tramadol hcl</i> CP24 100mg, 200mg, 300mg	2	GC, QL (30 caps / 30 days), PA
<i>tramadol hcl</i> TB24 100mg, 200mg, 300mg	2	GC, QL (30 tabs / 30 days), PA
XTAMPZA ER C12A 9mg, 13.5mg, 18mg, 27mg	4	GC, QL (60 caps / 30 days), PA
XTAMPZA ER C12A 36mg	5	GC, QL (60 caps / 30 days), PA
OPIOID ANALGESICS, SHORT-ACTING		
<i>acetaminophen w/ codeine soln 120-12 mg/5ml</i>	2	GC, QL (2700 mL / 30 days)
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-15 mg</i>	2	GC, QL (400 tabs / 30 days)
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-30 mg</i>	2	GC, QL (360 tabs / 30 days)
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-60 mg</i>	2	GC, QL (180 tabs / 30 days)
<i>acetaminophen-caffeine-dihydrocodeine cap 320.5-30-16 mg</i>	2	GC, QL (300 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>butorphanol tartrate</i> SOLN 1mg/ml, 2mg/ml	4	GC
<i>butorphanol tartrate</i> SOLN 10mg/ml	2	GC, QL (10 mL / 30 days)
CODEINE SULFATE TABS 15mg, 60mg	4	GC, QL (180 tabs / 30 days)
<i>codeine sulfat</i> e TABS 30mg	2	GC, QL (180 tabs / 30 days)
DILAUDID LIQD 1mg/ml	4	GC, QL (600 mL / 30 days)
DILAUDID SOLN 1mg/ml, 2mg/ml	4	GC, B/D
DILAUDID TABS 2mg, 4mg	4	GC, QL (180 tabs / 30 days)
DILAUDID TABS 8mg	5	GC, QL (180 tabs / 30 days)
<i>endocet tab 2.5-325mg</i>	2	GC, QL (360 tabs / 30 days)
<i>endocet tab 5-325mg</i>	2	GC, QL (360 tabs / 30 days)
<i>endocet tab 7.5-325mg</i>	2	GC, QL (240 tabs / 30 days)
<i>endocet tab 10-325mg</i>	2	GC, QL (180 tabs / 30 days)
<i>fentanyl citrate</i> LPOP 200mcg	2	GC, QL (120 lozenges / 30 days), PA
<i>fentanyl citrate</i> LPOP 400mcg, 600mcg, 800mcg, 1200mcg, 1600mcg	5	GC, QL (120 lozenges / 30 days), PA
<i>fentanyl citrate</i> TABS 100mcg, 200mcg, 400mcg, 600mcg, 800mcg	5	GC, QL (120 tabs / 30 days), PA
FENTORA TABS 100mcg, 200mcg, 400mcg, 600mcg, 800mcg	5	GC, QL (120 tabs / 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>hydrocodone-acetaminophen soln 7.5-325 mg/15ml</i>	2	GC, QL (2700 mL / 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 5-300 mg</i>	2	GC, QL (240 tabs / 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 5-325 mg</i>	2	GC, QL (240 tabs / 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 7.5-300 mg</i>	2	GC, QL (180 tabs / 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 7.5-325 mg</i>	2	GC, QL (180 tabs / 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 10-300 mg</i>	2	GC, QL (180 tabs / 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 10-325 mg</i>	2	GC, QL (180 tabs / 30 days)
<i>hydrocodone-ibuprofen tab 5-200 mg</i>	2	GC, QL (150 tabs / 30 days)
<i>hydrocodone-ibuprofen tab 7.5-200 mg</i>	2	GC, QL (150 tabs / 30 days)
<i>hydrocodone-ibuprofen tab 10-200 mg</i>	2	GC, QL (150 tabs / 30 days)
<i>hydromorphone hcl LIQD 1mg/ml</i>	2	GC, QL (600 mL / 30 days)
<i>hydromorphone hcl SOLN 1mg/ml, 2mg/ml, 4mg/ml, 10mg/ml, 50mg/5ml</i>	4	GC, B/D
<i>hydromorphone hcl TABS 2mg, 4mg, 8mg</i>	2	GC, QL (180 tabs / 30 days)
HYDROMORPHONE HYDROCHLORI SOLN .25mg/0.5ml, 1mg/ml, 2mg/ml, 4mg/ml	4	GC, B/D
MORPHINE SULFATE SOLN 2mg/ml, 4mg/ml, 5mg/ml, 8mg/ml, 10mg/ml, 50mg/ml	4	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
<i>morphine sulfate</i> SOLN 4mg/ml, 8mg/ml, 10mg/ml	4	GC, B/D
<i>morphine sulfate</i> SOLN 10mg/5ml, 20mg/5ml	2	GC, QL (900 mL / 30 days)
<i>morphine sulfate</i> SOLN 20mg/ml	2	GC, QL (180 mL / 30 days)
<i>morphine sulfate</i> TABS 15mg, 30mg	2	GC, QL (180 tabs / 30 days)
MORPHINE SULFATE/SODIUM C SOLN 1mg/ml	4	GC, B/D
<i>nalbuphine hcl</i> SOLN 10mg/ml, 20mg/ml	4	GC
NALOCET TAB 2.5-300	5	GC, QL (360 tabs / 30 days), PA
NUCYNTA TABS 50mg, 75mg	4	GC, QL (180 tabs / 30 days)
NUCYNTA TABS 100mg	5	GC, QL (180 tabs / 30 days)
OXAYDO TABS 5mg	4	GC, QL (180 tabs / 30 days)
OXAYDO TABS 7.5mg	5	GC, QL (360 tabs / 30 days)
OXY-ACETAMIN TAB 7.5-300	5	GC, QL (240 tabs / 30 days), PA
OXYCOD-APAP TAB 2.5-300	5	GC, QL (360 tabs / 30 days), PA
OXYCOD/ACETA SOL 10/300MG	5	GC, QL (900 mL / 30 days), PA
OXYCOD/APAP TAB 5-300MG	5	GC, QL (360 tabs / 30 days), PA
OXYCOD/APAP TAB 10-300MG	5	GC, QL (180 tabs / 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>oxycodone hcl</i> CAPS 5mg	2	GC, QL (180 caps / 30 days)
<i>oxycodone hcl</i> CONC 100mg/5ml	2	GC, QL (180 mL / 30 days)
<i>oxycodone hcl</i> SOLN 5mg/5ml	2	GC, QL (900 mL / 30 days)
<i>oxycodone hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 30mg	2	GC, QL (180 tabs / 30 days)
<i>oxycodone w/ acetaminophen soln 5-325 mg/5ml</i>	2	GC, QL (1800 mL / 30 days)
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 2.5-325 mg</i>	2	GC, QL (360 tabs / 30 days)
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 5-325 mg</i>	2	GC, QL (360 tabs / 30 days)
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 7.5-325 mg</i>	2	GC, QL (240 tabs / 30 days)
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 10-325 mg</i>	2	GC, QL (180 tabs / 30 days)
<i>oxymorphone hcl</i> TABS 5mg, 10mg	2	GC, QL (180 tabs / 30 days)
PERCOCET TAB 2.5-325	5	GC, QL (360 tabs / 30 days)
PERCOCET TAB 5-325MG	5	GC, QL (360 tabs / 30 days)
PERCOCET TAB 7.5-325	5	GC, QL (240 tabs / 30 days)
PERCOCET TAB 10-325MG	5	GC, QL (180 tabs / 30 days)
PROLATE SOL 10/300MG	5	GC, QL (900 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
PROLATE TAB 5-300MG	5	GC, QL (360 tabs / 30 days), PA
PROLATE TAB 7.5-300	5	GC, QL (240 tabs / 30 days), PA
PROLATE TAB 10-300MG	5	GC, QL (180 tabs / 30 days), PA
ROXICODONE TABS 15mg	4	GC, QL (180 tabs / 30 days)
ROXICODONE TABS 30mg	5	GC, QL (180 tabs / 30 days)
ROXYBOND TABA 5mg, 15mg, 30mg	5	GC, QL (180 tabs / 30 days)
SEGLENTIS TAB 56-44MG	4	GC, QL (120 tabs / 30 days), PA
<i>tramadol hcl</i> SOLN 5mg/ml	2	GC, QL (2400 mL / 30 days), PA
<i>tramadol hcl</i> TABS 25mg, 100mg	2	GC, QL (120 tabs / 30 days), PA
<i>tramadol hcl</i> TABS 50mg	2	GC, QL (240 tabs / 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen tab 37.5-325 mg</i>	2	GC, QL (240 tabs / 30 days)
<i>trezix</i>	2	GC, QL (300 caps / 30 days)

ANESTHETICS

LOCAL ANESTHETICS

<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i> SOLN .5%, 1%, 1.5%, 2%, 4%	2	GC, B/D
XYLOCAINE SOLN .5%, 1%, 2%	4	GC, B/D
XYLOCAINE-MPF SOLN .5%, 1%, 1.5%, 2%	4	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
ANTI-INFECTIVES		
ANTI-INFECTIVES - MISCELLANEOUS		
AEMCOLO TBEC 194mg	4	GC, QL (12 tabs / 30 days)
<i>albendazole</i> TABS 200mg	5	GC, QL (672 tabs / year), PA
<i>amikacin sulfate</i> SOLN 1gm/4ml, 500mg/2ml	2	GC
ARIKAYCE SUSP 590mg/8.4ml	5	GC, NM, LA, PA
<i>atovaquone</i> SUSP 750mg/5ml	2	GC
AZACTAM SOLR 1gm, 2gm	4	GC
<i>aztreonam</i> SOLR 1gm, 2gm	2	GC
BACTRIM DS TAB 800-160	4	GC
BACTRIM TAB 400-80MG	4	GC
BETHKIS NEBU 300mg/4ml	5	GC, NM, LA, PA
BILTRICIDE TABS 600mg	4	GC
CAYSTON SOLR 75mg	5	GC, NM, LA, PA
CLEOCIN CAPS 75mg, 150mg, 300mg	4	GC
CLEOCIN PEDIATRIC GRANULE SOLR 75mg/5ml	4	GC
CLEOCIN PHOSPHATE SOLN 9gm/60ml, 300mg/2ml, 600mg/4ml, 900mg/6ml	4	GC
<i>clindamycin hcl</i> CAPS 75mg, 150mg, 300mg	1	GC
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i> SOLR 75mg/5ml	2	GC
<i>clindamycin phosphate</i> SOLN 600mg/4ml, 900mg/6ml, 9000mg/60ml	2	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>clindamycin phosphate in d5w iv soln 300 mg/50ml</i>	2	GC
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 600 mg/50ml</i>	2	GC
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 900 mg/50ml</i>	2	GC
CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML	4	GC
CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML	4	GC
CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML	4	GC
<i>colistimethate sodium SOLR 150mg</i>	2	GC
COLY-MYCIN M SOLR 150mg	4	GC
CUBICIN RF SOLR 500mg	5	GC
DALVANCE SOLR 500mg	5	GC
<i>dapsone TABS 25mg, 100mg</i>	2	GC
DAPTOMY/NACL INJ 350/50ML	4	GC
DAPTOMY/NACL INJ 500/50ML	4	GC
<i>daptomycin SOLR 350mg, 500mg</i>	5	GC
DAPTOMYCIN SOLR 350mg, 500mg	5	GC
DARAPRIM TABS 25mg	5	GC, PA
EMVERM CHEW 100mg	5	GC, QL (12 tabs / year)
<i>ertapenem sodium SOLR 1gm</i>	2	GC
FIRVANQ SOLR 25mg/ml, 50mg/ml	4	GC, QL (1800 mL / 180 days)
FLAGYL CAPS 375mg	4	GC
<i>gentamicin in saline inj 0.8 mg/ml</i>	2	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>gentamicin in saline inj 1 mg/ml</i>	2	GC
<i>gentamicin in saline inj 1.2 mg/ml</i>	2	GC
<i>gentamicin in saline inj 1.6 mg/ml</i>	2	GC
<i>gentamicin in saline inj 2 mg/ml</i>	2	GC
<i>gentamicin sulfate SOLN 10mg/ml, 40mg/ml</i>	2	GC
HIPREX TABS 1gm	4	GC
HUMATIN CAPS 250mg	5	GC
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln 250 mg</i>	2	GC
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln 500 mg</i>	2	GC
IMPAVIDO CAPS 50mg	5	GC, PA
INVANZ SOLR 1gm	4	GC
<i>ivermectin TABS 3mg</i>	2	GC, QL (12 tabs / 90 days), PA
KIMYRSA SOLR 1200mg	5	GC
KITABIS PAK NEBU 300mg/5ml	5	GC, NM, LA, PA
<i>linezolid SOLN 600mg/300ml</i>	2	GC
<i>linezolid SUSR 100mg/5ml</i>	5	GC, QL (1800 mL / 30 days)
<i>linezolid TABS 600mg</i>	2	GC, QL (60 tabs / 30 days)
LINEZOLID INJ 2MG/ML	2	GC
MACROBID CAPS 100mg	4	GC
MACRODANTIN CAPS 25mg, 50mg, 100mg	4	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
MEPRON SUSP 750mg/5ml	5	GC
MEROP/NACL INJ 1GM/50ML	4	GC
MEROP/NACL INJ 500/50ML	4	GC
<i>meropenem</i> SOLR 1gm, 500mg	2	GC
<i>methenamine hippurate</i> TABS 1gm	2	GC
<i>metronidazole</i> CAPS 375mg; SOLN 500mg/100ml	2	GC
METRONIDAZOLE SOLN 500mg/100ml	4	GC
<i>metronidazole</i> TABS 250mg, 500mg	1	GC
NEBUPENT SOLR 300mg	4	GC, B/D
<i>neomycin sulfata</i> TABS 500mg	2	GC
<i>nitazoxanide</i> TABS 500mg	5	GC, QL (6 tabs / 30 days)
<i>nitrofurantoin</i> SUSP 25mg/5ml	5	GC, PA
NITROFURANTOIN SUSP 50mg/5ml	5	GC, PA
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> CAPS 25mg, 50mg, 100mg	3	GC
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i> CAPS 100mg	3	GC
ORBACTIV SOLR 400mg	5	GC
PENTAM 300 SOLR 300mg	4	GC
<i>pentamidine isethionate inh</i> SOLR 300mg	2	GC, B/D
<i>pentamidine isethionate inj</i> SOLR 300mg	2	GC
<i>polymyxin b sulfata</i> SOLR 500000unit	2	GC
<i>praziquantel</i> TABS 600mg	2	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
PRIMAXIN IV INJ 500MG	4	GC
<i>pyrimethamine</i> TABS 25mg	5	GC, PA
RECARBRIO INJ 1.25GM	5	GC
SIVEXTRO SOLR 200mg; TABS 200mg	5	GC
SOLOSEC PACK 2gm	4	GC
<i>streptomycin sulfate</i> SOLR 1gm	5	GC
STROMECTOL TABS 3mg	4	GC, QL (12 tabs / 90 days), PA
<i>sulfadiazine</i> TABS 500mg	5	GC
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim iv soln</i> 400-80 mg/5ml	2	GC
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim susp</i> 200- 40 mg/5ml	2	GC
<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	2	GC
TOBI NEBU 300mg/5ml	5	GC, NM, LA, PA
TOBI PODHALER CAPS 28mg	5	GC, NM, LA, PA
<i>tobramycin</i> NEBU 300mg/4ml, 300mg/5ml	5	GC, NM, PA
<i>tobramycin sulfate</i> SOLN 1.2gm/30ml, 10mg/ml, 40mg/ml, 80mg/2ml	2	GC
<i>tobramycin sulfate</i> SOLR 1.2gm	5	GC, PA
<i>trimethoprim</i> TABS 100mg	2	GC
VABOMERE INJ 2GM(1-1)	5	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
VANCOCIN CAPS 125mg	5	GC, QL (80 caps / 180 days)
VANCOCIN CAPS 250mg	5	GC, QL (160 caps / 180 days)
VANCOMYCIN SOLN 2000mg/400ml	4	GC
<i>vancomycin hcl</i> CAPS 125mg	2	GC, QL (80 caps / 180 days)
<i>vancomycin hcl</i> CAPS 250mg	2	GC, QL (160 caps / 180 days)
<i>vancomycin hcl</i> SOLR 1gm, 1.5gm, 5gm, 10gm, 500mg, 750mg	2	GC
<i>vancomycin hcl</i> SOLR 25mg/ml, 250mg/5ml	2	GC, QL (1800 mL / 180 days)
VANCOMYCIN HYDROCHLORIDE SOLN 500mg/100ml, 750mg/150ml, 1000mg/200ml, 1250mg/250ml, 1500mg/300ml, 1750mg/350ml; SOLR 1.25gm, 1.5gm, 750mg	4	GC
VANCOMYCIN INJ 1 GM	4	GC
VANCOMYCIN INJ 500MG	4	GC
VANCOMYCIN INJ 750MG	4	GC
VIBATIV SOLR 750mg	5	GC
XENLETA SOLN 150mg/15ml; TABS 600mg	5	GC, NM
XIFAXAN TABS 200mg	4	GC, QL (9 tabs / 30 days)
ZEMDRI SOLN 500mg/10ml	5	GC
ZYVOX SOLN 200mg/100ml	5	GC
ZYVOX SOLN 600mg/300ml	4	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
ZYVOX SUSR 100mg/5ml	5	GC, QL (1800 mL / 30 days)
ZYVOX TABS 600mg	5	GC, QL (60 tabs / 30 days)

ANTIFUNGALS

ABELCET SUSP 5mg/ml	4	GC, B/D
AMBISOME SUSR 50mg	5	GC, B/D
<i>amphotericin b</i> SOLR 50mg	2	GC, B/D
<i>amphotericin b liposome</i> SUSR 50mg	5	GC, B/D
ANCOBON CAPS 250mg, 500mg	5	GC, PA
CANCIDAS SOLR 50mg, 70mg	5	GC
<i>caspofungin acetate</i> SOLR 50mg, 70mg	2	GC
CASPOFUNGIN ACETATE SOLR 50mg, 70mg	5	GC
CRESEMBA CAPS 74.5mg, 186mg; SOLR 372mg	5	GC, PA
DIFLUCAN SUSR 10mg/ml, 40mg/ml; TABS 100mg, 150mg	4	GC
DIFLUCAN TABS 200mg	5	GC
ERAXIS SOLR 50mg	4	GC
ERAXIS SOLR 100mg	5	GC
<i>fluconazole</i> SUSR 10mg/ml, 40mg/ml; TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg	2	GC
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 200 mg/100ml</i>	2	GC
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 400 mg/200ml</i>	2	GC
<i>flucytosine</i> CAPS 250mg, 500mg	5	GC, 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>griseofulvin microsize</i> SUSP 125mg/5ml; TABS 500mg	2	GC
<i>griseofulvin ultramicrosize</i> TABS 125mg, 250mg	2	GC
<i>itraconazole</i> CAPS 100mg	2	GC, PA
<i>itraconazole</i> SOLN 10mg/ml	5	GC
<i>ketoconazole</i> TABS 200mg	2	GC, PA
MICAFUNGIN SOLR 50mg, 100mg	5	GC
<i>micafungin sodium</i> SOLR 50mg, 100mg	5	GC
MYCAMINE SOLR 50mg, 100mg	5	GC
NOXAFIL PACK 300mg	5	GC, QL (32 packets / 30 days), PA
NOXAFIL SOLN 300mg/16.7ml	5	GC
NOXAFIL SUSP 40mg/ml	5	GC, QL (630 mL / 30 days), PA
NOXAFIL TBEC 100mg	5	GC, QL (93 tabs / 30 days), PA
<i>nystatin</i> TABS 500000unit	2	GC
<i>posaconazole</i> SOLN 300mg/16.7ml	5	GC
<i>posaconazole</i> SUSP 40mg/ml	5	GC, QL (630 mL / 30 days), PA
<i>posaconazole</i> TBEC 100mg	5	GC, QL (93 tabs / 30 days), PA
REZZAYO SOLR 200mg	5	GC
SPORANOX CAPS 100mg	4	GC, PA
SPORANOX SOLN 10mg/ml	5	GC
<i>terbinafine hcl</i> TABS 250mg	1	GC, QL (90 tabs / 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
TOLSURA CAPS 65mg	5	GC, PA
VFEND SUSR 40mg/ml	5	GC, PA
VFEND TABS 50mg	4	GC, QL (480 tabs / 30 days), PA
VFEND TABS 200mg	4	GC, QL (120 tabs / 30 days), PA
VFEND IV SOLR 200mg	4	GC, PA
VIVJOA CPPK 150mg	4	GC, QL (18 caps / 84 days), PA
<i>voriconazole</i> SOLR 200mg	2	GC, PA
VORICONAZOLE SOLR 200mg	4	GC, PA
<i>voriconazole</i> SUSR 40mg/ml	5	GC, PA
<i>voriconazole</i> TABS 50mg	2	GC, QL (480 tabs / 30 days), PA
<i>voriconazole</i> TABS 200mg	2	GC, QL (120 tabs / 30 days), PA

ANTIMALARIALS

<i>atovaquone-proguanil hcl tab 62.5-25 mg</i>	2	GC
<i>atovaquone-proguanil hcl tab 250-100 mg</i>	2	GC
<i>chloroquine phosphate</i> TABS 250mg, 500mg	2	GC
COARTEM TAB 20-120MG	4	GC
KRINTAFEL TABS 150mg	4	GC
MALARONE TAB 62.5-25	4	GC
MALARONE TAB 250-100	4	GC
<i>mefloquine hcl</i> TABS 250mg	2	GC
<i>primaquine phosphate</i> TABS 26.3mg	2	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
PRIMAQUINE PHOSPHATE TABS 26.3mg	3	GC
QUALAQUIN CAPS 324mg	4	GC, PA
<i>quinine sulfate</i> CAPS 324mg	2	GC, PA
ANTIRETROVIRAL AGENTS		
<i>abacavir sulfate</i> SOLN 20mg/ml; TABS 300mg	2	GC, NM
APTIVUS CAPS 250mg	5	GC, NM
<i>atazanavir sulfate</i> CAPS 150mg, 200mg, 300mg	2	GC, NM
<i>darunavir</i> TABS 600mg	5	GC, QL (60 tabs / 30 days), NM
<i>darunavir</i> TABS 800mg	5	GC, QL (30 tabs / 30 days), NM
EDURANT TABS 25mg	5	GC, NM
<i>efavirenz</i> CAPS 50mg, 200mg; TABS 600mg	2	GC, NM
<i>emtricitabine</i> CAPS 200mg	2	GC, NM
EMTRIVA CAPS 200mg; SOLN 10mg/ml	4	GC, NM
EPIVIR SOLN 10mg/ml; TABS 150mg, 300mg	4	GC, NM
<i>etravirine</i> TABS 100mg, 200mg	5	GC, NM
<i>fosamprenavir calcium</i> TABS 700mg	5	GC, NM
FUZEON SOLR 90mg	5	GC, NM, LA
INTELENCE TABS 25mg	4	GC, NM
INTELENCE TABS 100mg, 200mg	5	GC, NM
ISENTRESS CHEW 25mg	4	GC, 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
ISENTRESS CHEW 100mg; PACK 100mg; TABS 400mg	5	GC, NM
ISENTRESS HD TABS 600mg	5	GC, NM
<i>lamivudine</i> SOLN 10mg/ml; TABS 150mg, 300mg	2	GC, NM
LEXIVA SUSP 50mg/ml	4	GC, NM
LEXIVA TABS 700mg	5	GC, NM
<i>maraviroc</i> TABS 150mg, 300mg	5	GC, NM
<i>nevirapine</i> SUSP 50mg/5ml; TABS 200mg; TB24 400mg	2	GC, NM
NORVIR PACK 100mg; TABS 100mg	4	GC, NM
PIFELTRO TABS 100mg	5	GC, NM
PREZISTA SUSP 100mg/ml	5	GC, QL (400 mL / 30 days), NM
PREZISTA TABS 75mg	4	GC, QL (480 tabs / 30 days), NM
PREZISTA TABS 150mg	5	GC, QL (240 tabs / 30 days), NM
PREZISTA TABS 600mg	5	GC, QL (60 tabs / 30 days), NM
PREZISTA TABS 800mg	5	GC, QL (30 tabs / 30 days), NM
RETROVIR CAPS 100mg; SYRP 50mg/5ml	4	GC, NM
REYATAZ CAPS 200mg, 300mg; PACK 50mg	5	GC, NM
<i>ritonavir</i> TABS 100mg	2	GC, NM
RUKOBIA TB12 600mg	5	GC, 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
SELZENTRY SOLN 20mg/ml; TABS 75mg, 150mg, 300mg	5	GC, NM
SELZENTRY TABS 25mg	4	GC, NM
SUNLENCA TBPK 300mg	5	GC, NM, LA
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> TABS 300mg	2	GC, NM
TIVICAY TABS 10mg	3	GC, NM
TIVICAY TABS 25mg, 50mg	5	GC, NM
TIVICAY PD TBSO 5mg	5	GC, NM
TROGARZO SOLN 200mg/1.33ml	5	GC, NM, LA
TYBOST TABS 150mg	3	GC, NM
VIRACEPT TABS 250mg, 625mg	5	GC, NM
VIREAD POWD 40mg/gm; TABS 150mg, 200mg, 250mg, 300mg	5	GC, NM
ZIAGEN SOLN 20mg/ml; TABS 300mg	4	GC, NM
<i>zidovudine</i> CAPS 100mg; SYRP 50mg/5ml; TABS 300mg	2	GC, NM
ANTIRETROVIRAL COMBINATION AGENTS		
<i>abacavir sulfate-lamivudine tab 600-300 mg</i>	2	GC, NM
BIKTARVY TAB 30-120-15 MG	5	GC, NM
BIKTARVY TAB 50-200-25 MG	5	GC, NM
CIMDUO TAB 300-300	5	GC, NM
COMBIVIR TAB 150-300	5	GC, NM
COMPLERA TAB	5	GC, NM
DELSTRIGO TAB	5	GC, 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
DESCOVY TAB 120-15MG	5	GC, QL (30 tabs / 30 days), NM
DESCOVY TAB 200/25MG	5	GC, QL (30 tabs / 30 days), NM
DOVATO TAB 50-300MG	5	GC, NM
<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab 600-200-300 mg</i>	5	GC, NM
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 400-300-300 mg</i>	5	GC, NM
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 600-300-300 mg</i>	5	GC, NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 100-150 mg</i>	5	GC, QL (30 tabs / 30 days), NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 133-200 mg</i>	5	GC, QL (30 tabs / 30 days), NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 167-250 mg</i>	5	GC, QL (30 tabs / 30 days), NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 200-300 mg</i>	2	GC, QL (30 tabs / 30 days), NM
EPZICOM TAB 600-300	5	GC, NM
EVOTAZ TAB 300-150	5	GC, NM
GENVOYA TAB	5	GC, NM
JULUCA TAB 50-25MG	5	GC, NM
KALETRA SOL	4	GC, NM
KALETRA TAB 100-25MG	4	GC, NM
KALETRA TAB 200-50MG	5	GC, NM
<i>lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg</i>	2	GC, 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>lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80-20 mg/ml)</i>	2	GC, NM
<i>lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg</i>	2	GC, NM
<i>lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg</i>	2	GC, NM
ODEFSEY TAB	5	GC, NM
PREZCOBIX TAB 800-150	5	GC, NM
STRIBILD TAB	5	GC, NM
SYMFI LO TAB	5	GC, NM
SYMFI TAB	5	GC, NM
SYMTUZA TAB	5	GC, NM
TRIUMEQ PD TAB	5	GC, NM
TRIUMEQ TAB	5	GC, NM
TRIZIVIR TAB	5	GC, NM
TRUVADA TAB 100-150	5	GC, QL (30 tabs / 30 days), NM
TRUVADA TAB 133-200	5	GC, QL (30 tabs / 30 days), NM
TRUVADA TAB 167-250	5	GC, QL (30 tabs / 30 days), NM
TRUVADA TAB 200-300	5	GC, QL (30 tabs / 30 days), NM
ANTITUBERCULAR AGENTS		
<i>cycloserine CAPS 250mg</i>	5	GC
<i>ethambutol hcl TABS 100mg, 400mg</i>	2	GC
<i>isoniazid SYRP 50mg/5ml</i>	2	GC
<i>isoniazid TABS 100mg, 300mg</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
MYAMBUTOL TABS 400mg	4	GC
MYCOBUTIN CAPS 150mg	5	GC
PRETOMANID TABS 200mg	4	GC
PRIFTIN TABS 150mg	4	GC
<i>pyrazinamide</i> TABS 500mg	2	GC
<i>rifabutin</i> CAPS 150mg	2	GC
RIFADIN SOLR 600mg	5	GC
<i>rifampin</i> CAPS 150mg, 300mg; SOLR 600mg	2	GC
SIRTURO TABS 20mg, 100mg	5	GC, NM, LA, PA
TRECTOR TABS 250mg	4	GC
ANTIVIRALS		
<i>acyclovir</i> CAPS 200mg; TABS 400mg, 800mg	1	GC
<i>acyclovir</i> SUSP 200mg/5ml	2	GC
<i>acyclovir sodium</i> SOLN 50mg/ml	2	GC, B/D
<i>adefovir dipivoxil</i> TABS 10mg	2	GC, NM
BARACLUDE SOLN .05mg/ml; TABS .5mg, 1mg	5	GC, NM
<i>cidofovir</i> SOLN 75mg/ml	2	GC
<i>entecavir</i> TABS .5mg, 1mg	2	GC, NM
EPCLUSA PAK 150-37.5	5	GC, NM, PA
EPCLUSA PAK 200-50MG	5	GC, NM, PA
EPCLUSA TAB 200-50MG	5	GC, NM, PA
EPCLUSA TAB 400-100	5	GC, 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>famciclovir</i> TABS 125mg, 250mg, 500mg	2	GC
<i>foscarnet sodium</i> SOLN 6000mg/250ml	5	GC, B/D
GANCICLOVIR SOLN 500mg/10ml	4	GC, B/D
<i>ganciclovir sodium</i> SOLR 500mg	2	GC, B/D
HARVONI PAK 33.75-150MG	5	GC, NM, PA
HARVONI PAK 45-200MG	5	GC, NM, PA
HARVONI TAB 45-200MG	5	GC, NM, PA
HARVONI TAB 90-400MG	5	GC, NM, PA
<i>lamivudine (hbv)</i> TABS 100mg	2	GC, NM
LIVTENCITY TABS 200mg	5	GC, QL (112 tabs / 28 days), NM, LA, PA
MAVYRET PAK 50-20MG	5	GC, NM, PA
MAVYRET TAB 100-40MG	5	GC, NM, PA
<i>oseltamivir phosphate</i> CAPS 30mg	2	GC, QL (168 caps / year)
<i>oseltamivir phosphate</i> CAPS 45mg, 75mg	2	GC, QL (84 caps / year)
<i>oseltamivir phosphate</i> SUSR 6mg/ml	2	GC, QL (1080 mL / year)
PAXLOVID TAB 150-100	3	GC, QL (40 tabs / 30 days); \$0 Cost Share
PAXLOVID TAB 300-100	3	GC, QL (60 tabs / 30 days); \$0 Cost Share
PEGASYS SOLN 180mcg/ml; SOSY 180mcg/0.5ml	5	GC, NM, PA
PREVYMIS SOLN 240mg/12ml, 480mg/24ml	5	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
PREVYMIS TABS 240mg, 480mg	5	GC, QL (28 tabs / 28 days), PA
RAPIVAB SOLN 200mg/20ml	5	GC
RELENZA DISKHALER AEPB 5mg/blister	3	GC, QL (6 inhalers / year)
<i>ribavirin (hepatitis c)</i> CAPS 200mg; TABS 200mg	2	GC, NM
<i>rimantadine hydrochloride</i> TABS 100mg	2	GC
TAMIFLU CAPS 30mg	4	GC, QL (168 caps / year)
TAMIFLU CAPS 45mg, 75mg	4	GC, QL (84 caps / year)
TAMIFLU SUSR 6mg/ml	4	GC, QL (1080 mL / year)
<i>valacyclovir hcl</i> TABS 1gm, 500mg	2	GC
VALCYTE SOLR 50mg/ml; TABS 450mg	5	GC
<i>valganciclovir hcl</i> SOLR 50mg/ml	5	GC
<i>valganciclovir hcl</i> TABS 450mg	2	GC
VALTREX TABS 1gm, 500mg	4	GC
VEMLIDY TABS 25mg	5	GC, NM
VOSEVI TAB	5	GC, NM, PA
XOFLUZA TBPK 40mg, 80mg	4	GC, QL (1 tab / 180 days)
CEPHALOSPORINS		
AVYCAZ INJ 2-0.5GM	5	GC
<i>cefactor</i> CAPS 250mg, 500mg; SUSR 250mg/5ml	2	GC
CEFACLOR ER TB12 500mg	4	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>cefadroxil</i> CAPS 500mg	1	GC
<i>cefadroxil</i> SUSR 250mg/5ml, 500mg/5ml; TABS 1gm	2	GC
CEFAZOLIN SOLR 2gm, 3gm	4	GC
CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML	4	GC
<i>cefazolin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 3gm, 10gm, 500mg	2	GC
CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4%	4	GC
<i>cefdinir</i> CAPS 300mg; SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	2	GC
CEFEPIME SOLN 1gm/50ml, 2gm/100ml	4	GC
<i>cefepime hcl</i> SOLR 1gm, 2gm	2	GC
CEFEPIME/DEX INJ 1GM	4	GC
CEFEPIME/DEX INJ 2GM	4	GC
<i>cefixime</i> CAPS 400mg; SUSR 100mg/5ml, 200mg/5ml	2	GC
<i>cefotetan disodium</i> SOLR 1gm, 2gm	2	GC
CEFOXITIN INJ 1GM	4	GC
CEFOXITIN INJ 2GM	4	GC
<i>cefoxitin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm	2	GC
<i>cefpodoxime proxetil</i> SUSR 50mg/5ml, 100mg/5ml; TABS 100mg, 200mg	2	GC
<i>cefprozil</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg	2	GC
<i>ceftazidime</i> SOLR 1gm, 2gm, 6gm	2	GC
<i>ceftriaxone sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 250mg, 500mg	2	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>cefuroxime axetil</i> TABS 250mg, 500mg	2	GC
<i>cefuroxime sodium</i> SOLR 1.5gm, 750mg	2	GC
<i>cephalexin</i> CAPS 250mg, 500mg	1	GC
<i>cephalexin</i> CAPS 750mg; SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg	2	GC
FETROJA SOLR 1gm	5	GC
<i>tazicef</i> SOLR 1gm, 2gm, 6gm	2	GC
TEFLARO SOLR 400mg, 600mg	5	GC
ZERBAXA INJ 1.5GM	5	GC
ERYTHROMYCINS/MACROLIDES		
<i>azithromycin</i> PACK 1gm; SOLR 500mg; SUSR 100mg/5ml, 200mg/5ml	2	GC
<i>azithromycin</i> TABS 250mg, 500mg, 600mg	1	GC
<i>clarithromycin</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg; TB24 500mg	2	GC
DIFICID SUSR 40mg/ml; TABS 200mg	5	GC
e.e.s. 400 TABS 400mg	2	GC
E.E.S. GRANULES SUSR 200mg/5ml	4	GC
<i>ery-tab</i> TBEC 250mg, 333mg, 500mg	2	GC
ERYPED 200 SUSR 200mg/5ml	4	GC
ERYPED 400 SUSR 400mg/5ml	5	GC
ERYTHROCIN LACTOBIONATE SOLR 500mg	4	GC
<i>erythrocin stearate</i> TABS 250mg	2	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>erythromycin base</i> CPEP 250mg; TABS 250mg, 500mg; TBEC 250mg, 333mg, 500mg	2	GC
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> SUSR 200mg/5ml; TABS 400mg	2	GC
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> SUSR 400mg/5ml	5	GC
<i>erythromycin lactobionate</i> SOLR 500mg	2	GC
ZITHROMAX PACK 1gm; SOLR 500mg; SUSR 100mg/5ml, 200mg/5ml; TABS 250mg, 500mg	4	GC
ZITHROMAX TRI-PAK TABS 500mg	4	GC
ZITHROMAX Z-PAK TABS 250mg	4	GC
FLUOROQUINOLONAS		
BAXDELA SOLR 300mg; TABS 450mg	5	GC
CIPRO SUSR 5gm/100ml, 500mg/5ml; TABS 250mg, 500mg	4	GC
<i>ciprofloxacin</i> SUSR 5gm/100ml	2	GC
<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml in d5w</i>	2	GC
<i>ciprofloxacin 400 mg/200ml in d5w</i>	2	GC
<i>ciprofloxacin hcl</i> TABS 250mg, 500mg, 750mg	1	GC
<i>levofloxacin</i> SOLN 25mg/ml	2	GC
<i>levofloxacin</i> TABS 250mg, 500mg, 750mg	1	GC
<i>levofloxacin in d5w iv soln 250 mg/50ml</i>	2	GC
<i>levofloxacin in d5w iv soln 500 mg/100ml</i>	2	GC
<i>levofloxacin in d5w iv soln 750 mg/150ml</i>	2	GC
<i>moxifloxacin hcl</i> TABS 400mg	2	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>moxifloxacin hcl 400 mg/250ml in sodium chloride 0.8% inj</i>	2	GC
MOXIFLOXACIN HYDROCHLORID SOLN 400mg/250ml	4	GC
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	GC
<i>amoxicillin & k clavulanate chew tab 200-28.5 mg</i>	2	GC
<i>amoxicillin & k clavulanate chew tab 400-57 mg</i>	2	GC
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 200-28.5 mg/5ml</i>	2	GC
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 250-62.5 mg/5ml</i>	2	GC
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 400-57 mg/5ml</i>	2	GC
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 600-42.9 mg/5ml</i>	2	GC
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 250-125 mg</i>	2	GC
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 500-125 mg</i>	2	GC
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 875-125 mg</i>	2	GC
<i>amoxicillin & k clavulanate tab er 12hr 1000-62.5 mg</i>	2	GC
<i>ampicillin CAPS 500mg</i>	1	GC
<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 1.5 (1-0.5) gm</i>	2	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>ampicillin & sulbactam sodium for inj 3 (2-1) gm</i>	2	GC
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 1.5 (1-0.5) gm</i>	2	GC
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 3 (2-1) gm</i>	2	GC
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 15 (10-5) gm</i>	2	GC
<i>ampicillin sodium SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 125mg, 250mg, 500mg</i>	2	GC
AUGMENTIN SUS 125/5ML	4	GC
AUGMENTIN SUS ES-600	4	GC
AUGMENTIN TAB 500MG	4	GC
BICILLIN C-R INJ 900/300	4	GC
BICILLIN C-R INJ 1200000	4	GC
BICILLIN L-A SUSY 600000unit/ml, 1200000unit/2ml, 2400000unit/4ml	4	GC
<i>dicloxacillin sodium CAPS 250mg, 500mg</i>	2	GC
NAFCILLIN INJ 1GM/50ML	5	GC
NAFCILLIN INJ 2GM/100	5	GC
<i>nafcillin sodium SOLR 1gm, 2gm</i>	2	GC
<i>nafcillin sodium SOLR 10gm</i>	5	GC
OXACILLIN INJ 1GM	4	GC
OXACILLIN INJ 2GM	4	GC
<i>oxacillin sodium SOLR 1gm, 2gm, 10gm</i>	2	GC
PEN GK/DEXTR INJ 20000/ML	4	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
PEN GK/DEXTR INJ 40000/ML	4	GC
PEN GK/DEXTR INJ 60000/ML	4	GC
<i>penicillin g potassium</i> SOLR 5000000unit, 20000000unit	2	GC
<i>penicillin g sodium</i> SOLR 5000000unit	2	GC
<i>penicillin v potassium</i> SOLR 125mg/5ml, 250mg/5ml	2	GC
<i>penicillin v potassium</i> TABS 250mg, 500mg	1	GC
<i>pfizerpen</i> SOLR 5000000unit, 20000000unit	2	GC
<i>piperacillin sod-tazobactam na for inj 3.375 gm (3-0.375 gm)</i>	2	GC
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 2.25 gm (2-0.25 gm)</i>	2	GC
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 4.5 gm (4-0.5 gm)</i>	2	GC
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 13.5 gm (12-1.5 gm)</i>	2	GC
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 40.5 gm (36-4.5 gm)</i>	2	GC
UNASYN INJ 1.5GM	4	GC
UNASYN INJ 3GM	4	GC
UNASYN INJ 15GM	4	GC
ZOSYN SOL 2-0.25GM	4	GC
ZOSYN SOL 3-0.375G	4	GC
ZOSYN SOL 4-0.50GM	4	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
TETRACYCLINES		
<i>demeclocycline hcl</i> TABS 150mg, 300mg	2	GC
DORYX MPC TBEC 60mg	4	GC, PA
<i>doxy 100</i> SOLR 100mg	2	GC
<i>doxycycline (monohydrate)</i> CAPS 50mg, 100mg; SUSR 25mg/5ml; TABS 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	2	GC
<i>doxycycline (monohydrate)</i> CAPS 75mg, 150mg	2	GC, PA
<i>doxycycline hyclate</i> CAPS 50mg, 100mg; SOLR 100mg; TABS 20mg, 100mg	2	GC
<i>doxycycline hyclate</i> TABS 50mg, 75mg, 150mg; TBEC 50mg, 75mg, 100mg, 150mg, 200mg	2	GC, PA
<i>doxycycline hyclate</i> TBEC 80mg	5	GC, PA
<i>minocycline hcl</i> CAPS 50mg, 75mg, 100mg; TABS 50mg, 75mg, 100mg	2	GC
<i>minocycline hcl</i> TB24 45mg, 55mg, 65mg, 80mg, 90mg, 105mg, 115mg, 135mg	2	GC, PA
NUZYRA SOLR 100mg; TABS 150mg	5	GC, NM, LA
SEYSARA TABS 60mg, 100mg, 150mg	5	GC, PA
SOLODYN TB24 55mg, 65mg, 80mg, 105mg, 115mg	4	GC, PA
<i>targadox</i> TABS 50mg	2	GC, PA
<i>tetracycline hcl</i> CAPS 250mg, 500mg	2	GC, PA
<i>tigecycline</i> SOLR 50mg	5	GC
TIGECYCLINE SOLR 50mg	5	GC
TYGACIL SOLR 50mg	5	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
VIBRAMYCIN CAPS 100mg; SUSR 25mg/5ml	4	GC
XERAVA SOLR 50mg, 100mg	4	GC

ANTINEOPLASTIC AGENTS

ALKYLATING AGENTS

<i>bendamustine hcl</i> SOLR 25mg, 100mg	5	GC, B/D, NM
BENDEKA SOLN 100mg/4ml	5	GC, B/D, NM, LA
<i>carboplatin</i> SOLN 50mg/5ml, 150mg/15ml, 450mg/45ml, 600mg/60ml	2	GC, B/D
<i>cisplatin</i> SOLN 50mg/50ml, 100mg/100ml, 200mg/200ml	2	GC, B/D
<i>cyclophosphamide</i> CAPS 25mg, 50mg; SOLR 1gm, 500mg	2	GC, B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 1gm/5ml, 500mg/2.5ml, 500mg/ml	5	GC, B/D
<i>cyclophosphamide</i> SOLR 2gm	5	GC, B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE TABS 25mg, 50mg	4	GC, B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR SOLN 2gm/10ml	5	GC, B/D
GLEOSTINE CAPS 10mg, 40mg	4	GC, NM
GLEOSTINE CAPS 100mg	5	GC, NM
IFEX SOLR 3gm	4	GC, B/D
<i>ifosfamide</i> SOLN 1gm/20ml, 3gm/60ml	2	GC, B/D
IFOSFAMIDE SOLR 3gm	4	GC, B/D
LEUKERAN TABS 2mg	5	GC
<i>oxaliplatin</i> SOLN 50mg/10ml, 100mg/20ml, 200mg/40ml; SOLR 50mg	2	GC, B/D
<i>oxaliplatin</i> SOLR 100mg	5	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
<i>paraplatin</i> SOLN 1000mg/100ml	2	GC, B/D
TREANDA SOLR 25mg, 100mg	5	GC, B/D, NM, LA
ZEPZELCA SOLR 4mg	5	GC, NM, LA, PA

ANTIBIOTICS

<i>bleomycin sulfate</i> SOLR 15unit, 30unit	2	GC, B/D
DOXIL INJ 2mg/ml	5	GC, B/D
<i>doxorubicin hcl</i> SOLN 2mg/ml	2	GC, B/D
<i>doxorubicin hcl liposomal</i> INJ 2mg/ml	5	GC, B/D
ELLECE SOLN 50mg/25ml, 200mg/100ml	4	GC, B/D
<i>mitomycin</i> SOLR 5mg	2	GC, B/D
<i>mitomycin</i> SOLR 20mg, 40mg	5	GC, B/D
<i>valrubicin</i> SOLN 40mg/ml	5	GC, B/D, NM
VALSTAR SOLN 40mg/ml	5	GC, B/D, NM, LA

ANTIMETABOLITES

ALIMTA SOLR 100mg, 500mg	5	GC, B/D
<i>azacitidine</i> SUSR 100mg	5	GC, B/D, NM
<i>cytarabine</i> SOLN 20mg/ml, 100mg/ml	2	GC, B/D
<i>decitabine</i> SOLR 50mg	5	GC, B/D, NM
<i>fludarabine phosphate</i> SOLN 50mg/2ml; SOLR 50mg	2	GC, B/D
<i>fluorouracil</i> SOLN 1gm/20ml, 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 500mg/10ml	2	GC, B/D
FOLOTYN SOLN 20mg/ml, 40mg/2ml	5	GC, NM, PA
<i>gemcitabine hcl</i> SOLN 1gm/26.3ml, 2gm/52.6ml, 200mg/5.26ml; SOLR 1gm, 2gm, 200mg	2	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
GEMCITABINE HYDROCHLORIDE SOLN 1gm/10ml, 1gm/26.3ml, 2gm/20ml, 2gm/52.6ml, 200mg/2ml, 200mg/5.26ml	4	GC, B/D
INQOVI TAB 35-100MG	5	GC, QL (5 tabs / 28 days), NM, LA, PA
LONSURF TAB 15-6.14	5	GC, QL (100 tabs / 28 days), NM, LA, PA
LONSURF TAB 20-8.19	5	GC, QL (80 tabs / 28 days), NM, LA, PA
<i>mercaptopurine</i> TABS 50mg	2	GC
<i>methotrexate sodium</i> SOLN 1gm/40ml, 50mg/2ml, 250mg/10ml; SOLR 1gm	2	GC, B/D
ONUREG TABS 200mg, 300mg	5	GC, QL (14 tabs / 28 days), NM, LA, PA
PEMETREXED SOLN 1gm/40ml, 100mg/4ml, 500mg/20ml; SOLR 100mg, 500mg	5	GC, B/D
<i>pemetrexed disodium</i> SOLR 100mg, 500mg, 750mg, 1000mg	5	GC, B/D
<i>pralatrexate</i> SOLN 20mg/ml, 40mg/2ml	5	GC, NM, PA
PURIXAN SUSP 2000mg/100ml	5	GC, NM, LA
TABLOID TABS 40mg	4	GC
VIDAZA SUSR 100mg	5	GC, B/D, NM, LA
<i>HORMONAL ANTINEOPLASTIC AGENTS</i>		
<i>abiraterone acetate</i> TABS 250mg	5	GC, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
<i>abiraterone acetate</i> TABS 500mg	5	GC, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
AKEEGA TAB 50/500MG	5	GC, 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
AKEEGA TAB 100/500	5	GC, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
<i>anastrozole</i> TABS 1mg	1	GC
ARIMIDEX TABS 1mg	5	GC
AROMASIN TABS 25mg	5	GC
<i>bicalutamide</i> TABS 50mg	2	GC
CASODEX TABS 50mg	5	GC
ELIGARD KIT 7.5mg, 22.5mg, 30mg, 45mg	3	GC, NM, PA
ERLEADA TABS 60mg	5	GC, QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA
ERLEADA TABS 240mg	5	GC, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
EULEXIN CAPS 125mg	5	GC
<i>exemestane</i> TABS 25mg	2	GC
FARESTON TABS 60mg	5	GC
FASLODEX SOSY 250mg/5ml	5	GC, B/D
FEMARA TABS 2.5mg	4	GC
FIRMAGON SOLR 80mg	4	GC, NM, PA
FIRMAGON SOLR 120mg/vial	5	GC, NM, PA
<i>fulvestrant</i> SOSY 250mg/5ml	5	GC, B/D
<i>hydroxyprogesterone caproate (antineoplastic)</i> SOLN 1.25gm/5ml	5	GC, B/D
<i>letrozole</i> TABS 2.5mg	1	GC
LEUPROLIDE ACETATE INJ 22.5mg	4	GC, NM, PA
<i>leuprolide acetate</i> KIT 1mg/0.2ml	2	GC, 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 (1-MONTH) KIT 3.75mg, 7.5mg	5	GC, NM, PA
LUPRON DEPOT (3-MONTH) KIT 11.25mg, 22.5mg	5	GC, NM, PA
LUPRON DEPOT (4-MONTH) KIT 30mg	5	GC, NM, PA
LUPRON DEPOT (6-MONTH) KIT 45mg	5	GC, NM, PA
LYSODREN TABS 500mg	5	GC, NM, LA
<i>megestrol acetate</i> TABS 20mg, 40mg	3	GC
NILANDRON TABS 150mg	5	GC
<i>nilutamide</i> TABS 150mg	5	GC
NUBEQA TABS 300mg	5	GC, QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA
ORGOVYX TABS 120mg	5	GC, NM, LA, PA
ORSERDU TABS 86mg	5	GC, QL (90 tabs / 30 days), NM, LA, PA
ORSERDU TABS 345mg	5	GC, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
SOLTAMOX SOLN 10mg/5ml	5	GC
<i>tamoxifen citrate</i> TABS 10mg, 20mg	2	GC
<i>toremifene citrate</i> TABS 60mg	2	GC
TRELSTAR MIXJECT SUSR 3.75mg, 11.25mg, 22.5mg	3	GC, NM, PA
XTANDI CAPS 40mg	5	GC, QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA
XTANDI TABS 40mg	5	GC, QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA
XTANDI TABS 80mg	5	GC, 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
YONSA TABS 125mg	5	GC, QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA
ZOLADEX IMPL 3.6mg, 10.8mg	4	GC, NM, PA
ZYTIGA TABS 250mg	5	GC, QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA
ZYTIGA TABS 500mg	5	GC, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
IMMUNOMODULATORS		
<i>lenalidomide</i> CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg, 15mg	5	GC, QL (28 caps / 28 days), NM, LA, PA
<i>lenalidomide</i> CAPS 20mg, 25mg	5	GC, QL (21 caps / 28 days), NM, LA, PA
POMALYST CAPS 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	5	GC, QL (21 caps / 28 days), NM, LA, PA
REVLIMID CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg, 15mg	5	GC, QL (28 caps / 28 days), NM, LA, PA
REVLIMID CAPS 20mg, 25mg	5	GC, QL (21 caps / 28 days), NM, LA, PA
THALOMID CAPS 50mg, 100mg	5	GC, QL (28 caps / 28 days), NM, LA, PA
THALOMID CAPS 150mg, 200mg	5	GC, QL (56 caps / 28 days), NM, LA, PA
MISCELLANEOUS		
ASPARLAS SOLN 3750unit/5ml	5	GC, NM, LA, PA
BESREMI SOSY 500mcg/ml	5	GC, QL (2 syringes / 28 days), NM, LA, PA
<i>bexarotene</i> CAPS 75mg	5	GC, QL (300 caps / 30 days), NM, PA
<i>dacarbazine</i> SOLR 100mg	2	GC, B/D
HYDREA CAPS 500mg	4	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>hydroxyurea</i> CAPS 500mg	2	GC
<i>irinotecan hcl</i> SOLN 40mg/2ml, 100mg/5ml, 300mg/15ml, 500mg/25ml	2	GC, B/D
IWILFIN TABS 192mg	5	GC, QL (240 tabs / 30 days), NM, LA, PA
KISQALI 200 PAK FEMARA	5	GC, QL (49 tabs / 28 days), NM, PA
KISQALI 400 PAK FEMARA	5	GC, QL (70 tabs / 28 days), NM, PA
KISQALI 600 PAK FEMARA	5	GC, QL (91 tabs / 28 days), NM, PA
MATULANE CAPS 50mg	5	GC, NM, LA
<i>mitoxantrone hcl</i> CONC 2mg/ml	2	GC, B/D, NM
NIPENT SOLR 10mg	5	GC, B/D
ONCASPAR SOLN 750unit/ml	5	GC, NM, PA
ONIVYDE INJ 43mg/10ml	5	GC, B/D, NM, LA
RYLAZE SOLN 10mg/0.5ml	5	GC, NM, LA, PA
TARGRETIN CAPS 75mg	5	GC, QL (300 caps / 30 days), NM, PA
TOPOTECAN HCL SOLN 4mg/4ml	4	GC, B/D
<i>topotecan hcl</i> SOLN 4mg/4ml; SOLR 4mg	5	GC, B/D
<i>tretinoin (chemotherapy)</i> CAPS 10mg	5	GC
WELIREG TABS 40mg	5	GC, QL (90 tabs / 30 days), NM, LA, PA
MITOTIC INHIBITORS		
ABRAXANE INJ 100MG	5	GC, B/D, NM, LA
<i>docetaxel</i> CONC 20mg/ml	2	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
DOCETAXEL CONC 20mg/ml	4	GC, B/D
<i>docetaxel</i> CONC 80mg/4ml, 160mg/8ml; SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	5	GC, B/D
DOCETAXEL CONC 80mg/4ml, 160mg/8ml; SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	5	GC, B/D
ETOPOPHOS SOLR 100mg	4	GC, B/D
<i>etoposide</i> SOLN 1gm/50ml, 100mg/5ml, 500mg/25ml	2	GC, B/D
HALAVEN SOLN 1mg/2ml	5	GC, B/D, NM
IXEMPRA KIT SOLR 15mg, 45mg	5	GC, B/D, NM
JEVTANA SOLN 60mg/1.5ml	5	GC, NM, LA, PA
<i>paclitaxel</i> CONC 6mg/ml, 30mg/5ml, 150mg/25ml, 300mg/50ml	2	GC, B/D
PACLITAXEL INJ 100MG	5	GC, B/D, NM
<i>paclitaxel protein-bound particles for iv susp 100 mg</i>	5	GC, B/D, NM
<i>vinblastine sulfate</i> SOLN 1mg/ml	2	GC, B/D
<i>vincristine sulfate</i> SOLN 1mg/ml	2	GC, B/D
<i>vinorelbine tartrate</i> SOLN 10mg/ml, 50mg/5ml	2	GC, B/D
MOLECULAR TARGET AGENTS		
AFINITOR TABS 2.5mg, 5mg, 7.5mg, 10mg	5	GC, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
AFINITOR DISPERZ TBSO 2mg	5	GC, QL (150 tabs / 30 days), NM, PA
AFINITOR DISPERZ TBSO 3mg	5	GC, QL (90 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
AFINITOR DISPERZ TBSO 5mg	5	GC, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
ALECENSA CAPS 150mg	5	GC, QL (240 caps / 30 days), NM, LA, PA
ALUNBRIG TABS 30mg	5	GC, QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA
ALUNBRIG TABS 90mg, 180mg	5	GC, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
ALUNBRIG PAK	5	GC, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
ALYMSYS SOLN 100mg/4ml, 400mg/16ml	5	GC, NM, PA
ARZERRA CONC 100mg/5ml, 1000mg/50ml	5	GC, B/D, NM, LA
AUGTYRO CAPS 40mg	5	GC, QL (240 caps / 30 days), NM, LA, PA
AVASTIN SOLN 100mg/4ml, 400mg/16ml	5	GC, NM, LA, PA
AYVAKIT TABS 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 300mg	5	GC, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
BALVERSA TABS 3mg	5	GC, QL (84 tabs / 28 days), NM, LA, PA
BALVERSA TABS 4mg	5	GC, QL (56 tabs / 28 days), NM, LA, PA
BALVERSA TABS 5mg	5	GC, QL (28 tabs / 28 days), NM, LA, PA
BAVENCIO SOLN 200mg/10ml	5	GC, NM, LA, PA
BELEODAQ SOLR 500mg	5	GC, NM, LA, PA
BESPONSA SOLR .9mg	5	GC, NM, LA, PA
BORTEZOMIB SOLR 1mg, 2.5mg, 3.5mg	5	GC, NM, PA
<i>bortezomib</i> SOLR 3.5mg	5	GC, 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 CAPS 50mg	5	GC, QL (360 caps / 30 days), NM, PA
BOSULIF CAPS 100mg	5	GC, QL (150 caps / 25 days), NM, PA
BOSULIF TABS 100mg	5	GC, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
BOSULIF TABS 400mg, 500mg	5	GC, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
BRAFTOVI CAPS 75mg	5	GC, QL (180 caps / 30 days), NM, LA, PA
BRUKINSA CAPS 80mg	5	GC, QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA
CABOMETYX TABS 20mg, 40mg, 60mg	5	GC, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
CALQUENCE CAPS 100mg	5	GC, QL (60 caps / 30 days), NM, LA, PA
CALQUENCE TABS 100mg	5	GC, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
CAPRELSA TABS 100mg	5	GC, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
CAPRELSA TABS 300mg	5	GC, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
COLUMVI SOLN 2.5mg/2.5ml, 10mg/10ml	5	GC, NM, LA, PA
COMETRIQ (60MG DOSE) KIT 20mg	5	GC, QL (84 caps / 28 days), NM, LA, PA
COMETRIQ KIT 100MG	5	GC, QL (56 caps / 28 days), NM, LA, PA
COMETRIQ KIT 140MG	5	GC, QL (112 caps / 28 days), NM, LA, PA
COPIKTRA CAPS 15mg, 25mg	5	GC, QL (56 caps / 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
COTELLIC TABS 20mg	5	GC, QL (63 tabs / 28 days), NM, LA, PA
CYRAMZA SOLN 100mg/10ml, 500mg/50ml	5	GC, NM, LA, PA
DARZALEX SOLN 100mg/5ml, 400mg/20ml	5	GC, NM, LA, PA
DARZALEX SOL FASPRO	5	GC, NM, LA, PA
DAURISMO TABS 25mg	5	GC, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
DAURISMO TABS 100mg	5	GC, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
EMPLICITI SOLR 300mg, 400mg	5	GC, NM, LA, PA
ENHERTU SOLR 100mg	5	GC, NM, LA, PA
EPKINLY SOLN 4mg/0.8ml, 48mg/0.8ml	5	GC, NM, LA, PA
ERBITUX SOLN 100mg/50ml, 200mg/100ml	5	GC, B/D, NM
ERIVEDGE CAPS 150mg	5	GC, QL (30 caps / 30 days), NM, LA, PA
<i>erlotinib hcl</i> TABS 25mg	5	GC, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>erlotinib hcl</i> TABS 100mg, 150mg	5	GC, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>everolimus</i> TABS 2.5mg, 5mg, 7.5mg, 10mg	5	GC, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>everolimus</i> TBSO 2mg	5	GC, QL (150 tabs / 30 days), NM, PA
<i>everolimus</i> TBSO 3mg	5	GC, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>everolimus</i> TBSO 5mg	5	GC, QL (60 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
EXKIVITY CAPS 40mg	5	GC, QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA
FOTIVDA CAPS .89mg, 1.34mg	5	GC, QL (21 caps / 28 days), NM, LA, PA
FRUZAQLA CAPS 1mg	5	GC, QL (84 caps / 28 days), NM, LA, PA
FRUZAQLA CAPS 5mg	5	GC, QL (21 caps / 28 days), NM, LA, PA
FYARRO SUSR 100mg	5	GC, NM, LA, PA
GAVRETO CAPS 100mg	5	GC, QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA
GAZYVA SOLN 1000mg/40ml	5	GC, NM, LA, PA
<i>gefitinib</i> TABS 250mg	5	GC, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
GILOTRIF TABS 20mg, 30mg, 40mg	5	GC, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
GLEEVEC TABS 100mg	5	GC, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
GLEEVEC TABS 400mg	5	GC, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
HERCEP HYLEC SOL 60-10000	5	GC, NM, LA, PA
HERCEPTIN SOLR 150mg	5	GC, NM, LA, PA
HERZUMA SOLR 150mg, 420mg	5	GC, NM, PA
IBRANCE CAPS 75mg, 100mg, 125mg	5	GC, QL (21 caps / 28 days), NM, LA, PA
IBRANCE TABS 75mg, 100mg, 125mg	5	GC, QL (21 tabs / 28 days), NM, LA, PA
ICLUSIG TABS 10mg, 15mg, 30mg, 45mg	5	GC, 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
IDHIFA TABS 50mg, 100mg	5	GC, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
<i>imatinib mesylate</i> TABS 100mg	5	GC, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>imatinib mesylate</i> TABS 400mg	5	GC, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
IMBRUVICA CAPS 70mg	5	GC, QL (30 caps / 30 days), NM, LA, PA
IMBRUVICA CAPS 140mg	5	GC, QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA
IMBRUVICA SUSP 70mg/ml	5	GC, QL (216 mL / 27 days), NM, LA, PA
IMBRUVICA TABS 140mg, 280mg, 420mg	5	GC, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
IMFINZI SOLN 120mg/2.4ml, 500mg/10ml	5	GC, NM, LA, PA
IMJUDO SOLN 25mg/1.25ml, 300mg/15ml	5	GC, NM, LA, PA
INLYTA TABS 1mg	5	GC, QL (180 tabs / 30 days), NM, LA, PA
INLYTA TABS 5mg	5	GC, QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA
INREBIC CAPS 100mg	5	GC, QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA
IRESSA TABS 250mg	5	GC, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
JAKAFI TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 25mg	5	GC, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
JAYPIRCA TABS 50mg	5	GC, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
JAYPIRCA TABS 100mg	5	GC, 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
JEMPERLI SOLN 500mg/10ml	5	GC, NM, LA, PA
KADCYLA SOLR 100mg, 160mg	5	GC, B/D, NM, LA
KANJINTI SOLR 150mg, 420mg	5	GC, NM, LA, PA
KEYTRUDA SOLN 100mg/4ml	5	GC, NM, LA, PA
KIMMTRAK SOLN 100mcg/0.5ml	5	GC, NM, LA, PA
KISQALI 200 DOSE TBPK 200mg	5	GC, QL (21 tabs / 28 days), NM, PA
KISQALI 400 DOSE TBPK 200mg	5	GC, QL (42 tabs / 28 days), NM, PA
KISQALI 600 DOSE TBPK 200mg	5	GC, QL (63 tabs / 28 days), NM, PA
KOSELUGO CAPS 10mg	5	GC, QL (240 caps / 30 days), NM, LA, PA
KOSELUGO CAPS 25mg	5	GC, QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA
KRAZATI TABS 200mg	5	GC, QL (180 tabs / 30 days), NM, LA, PA
KYPROLIS SOLR 10mg, 30mg, 60mg	5	GC, NM, LA, PA
<i>lapatinib ditosylate</i> TABS 250mg	5	GC, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE CPPK 4mg	5	GC, QL (30 caps / 30 days), NM, LA, PA
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE CPPK 4mg	5	GC, QL (60 caps / 30 days), NM, LA, PA
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE CPPK 10mg	5	GC, QL (30 caps / 30 days), NM, LA, PA
LENVIMA 12MG DAILY DOSE CPPK 4mg	5	GC, 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	GC, QL (60 caps / 30 days), NM, LA, PA
LENVIMA CAP 14 MG	5	GC, QL (60 caps / 30 days), NM, LA, PA
LENVIMA CAP 18 MG	5	GC, QL (90 caps / 30 days), NM, LA, PA
LENVIMA CAP 24 MG	5	GC, QL (90 caps / 30 days), NM, LA, PA
LIBTAYO SOLN 350mg/7ml	5	GC, NM, LA, PA
LOQTORZI SOLN 240mg/6ml	5	GC, NM, LA, PA
LORBRENA TABS 25mg	5	GC, QL (90 tabs / 30 days), NM, LA, PA
LORBRENA TABS 100mg	5	GC, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
LUMAKRAS TABS 120mg	5	GC, QL (240 tabs / 30 days), NM, LA, PA
LUMAKRAS TABS 320mg	5	GC, QL (90 tabs / 30 days), NM, LA, PA
LUNSUMIO SOLN 1mg/ml, 30mg/30ml	5	GC, NM, LA, PA
LYNPARZA TABS 100mg, 150mg	5	GC, QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) TBPk 4mg	5	GC, QL (84 tabs / 28 days), NM, LA, PA
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) TBPk 4mg	5	GC, QL (112 tabs / 28 days), NM, LA, PA
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) TBPk 4mg	5	GC, QL (140 tabs / 28 days), NM, LA, PA
MARGENZA SOLN 250mg/10ml	5	GC, NM, LA, PA
MEKINIST SOLR .05mg/ml	5	GC, QL (1260 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
MEKINIST TABS 2mg	5	GC, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
MEKINIST TABS .5mg	5	GC, QL (90 tabs / 30 days), NM, LA, PA
MEKTOVI TABS 15mg	5	GC, QL (180 tabs / 30 days), NM, LA, PA
MONJUVI SOLR 200mg	5	GC, NM, LA, PA
MVASI SOLN 100mg/4ml, 400mg/16ml	5	GC, NM, LA, PA
MYLOTARG SOLR 4.5mg	5	GC, NM, LA, PA
NERLYNX TABS 40mg	5	GC, QL (180 tabs / 30 days), NM, LA, PA
NEXAVAR TABS 200mg	5	GC, QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA
NINLARO CAPS 2.3mg, 3mg, 4mg	5	GC, QL (3 caps / 28 days), NM, PA
ODOMZO CAPS 200mg	5	GC, QL (30 caps / 30 days), NM, LA, PA
OGIVRI SOLR 150mg	5	GC, NM, LA, PA
OGIVRI INJ 420MG	5	GC, NM, LA, PA
OGSIVEO TABS 50mg	5	GC, QL (180 tabs / 30 days), NM, LA, PA
OJJAARA TABS 100mg, 150mg, 200mg	5	GC, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
ONTRUZANT SOLR 150mg, 420mg	5	GC, NM, LA, PA
OPDIVO SOLN 40mg/4ml, 100mg/10ml, 120mg/12ml, 240mg/24ml	5	GC, NM, LA, PA
OPDUALAG SOL	5	GC, NM, LA, PA
PADCEV SOLR 20mg, 30mg	5	GC, 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>pazopanib hcl</i> TABS 200mg	5	GC, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
PEMAZYRE TABS 4.5mg, 9mg, 13.5mg	5	GC, QL (28 tabs / 28 days), NM, LA, PA
PERJETA SOLN 420mg/14ml	5	GC, NM, LA, PA
PHESGO SOL	5	GC, NM, LA, PA
PIQRAY 200MG DAILY DOSE TBPK 200mg	5	GC, QL (28 tabs / 28 days), NM, PA
PIQRAY 250MG TAB DOSE	5	GC, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
PIQRAY 300MG DAILY DOSE TBPK 150mg	5	GC, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
POLIVY SOLR 30mg, 140mg	5	GC, NM, LA, PA
PORTRAZZA SOLN 800mg/50ml	5	GC, NM, LA, PA
POTELIGEO SOLN 20mg/5ml	5	GC, NM, LA, PA
QINLOCK TABS 50mg	5	GC, QL (90 tabs / 30 days), NM, LA, PA
RETEVMO CAPS 40mg	5	GC, QL (180 caps / 30 days), NM, LA, PA
RETEVMO CAPS 80mg	5	GC, QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA
REZLIDHIA CAPS 150mg	5	GC, QL (60 caps / 30 days), NM, LA, PA
RIABNI SOLN 100mg/10ml, 500mg/50ml	5	GC, NM, LA, PA
RITUXAN SOLN 100mg/10ml, 500mg/50ml	5	GC, NM, LA, PA
RITUXAN INJ HYCELA	5	GC, NM, LA, PA
ROZLYTREK CAPS 100mg	5	GC, QL (150 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
ROZLYTREK CAPS 200mg	5	GC, QL (90 caps / 30 days), NM, LA, PA
ROZLYTREK PACK 50mg	5	GC, QL (336 packets / 28 days), NM, LA, PA
RUBRACA TABS 200mg, 250mg, 300mg	5	GC, QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA
RUXIENCE SOLN 100mg/10ml, 500mg/50ml	5	GC, NM, PA
RYBREVANT SOLN 350mg/7ml	5	GC, NM, LA, PA
RYDAPT CAPS 25mg	5	GC, QL (224 caps / 28 days), NM, PA
SARCLISA SOLN 100mg/5ml, 500mg/25ml	5	GC, NM, LA, PA
SCEMBLIX TABS 20mg	5	GC, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
SCEMBLIX TABS 40mg	5	GC, QL (300 tabs / 30 days), NM, PA
<i>sorafenib tosylate</i> TABS 200mg	5	GC, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
SPRYCEL TABS 20mg	5	GC, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
SPRYCEL TABS 50mg, 70mg, 80mg, 100mg, 140mg	5	GC, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
STIVARGA TABS 40mg	5	GC, QL (84 tabs / 28 days), NM, LA, PA
<i>sunitinib malate</i> CAPS 12.5mg, 25mg, 37.5mg, 50mg	5	GC, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
SUTENT CAPS 12.5mg, 25mg, 37.5mg, 50mg	5	GC, QL (30 caps / 30 days), NM, LA, PA
TABRECTA TABS 150mg, 200mg	5	GC, QL (112 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
TAFINLAR CAPS 50mg, 75mg	5	GC, QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA
TAFINLAR TBSO 10mg	5	GC, QL (900 tabs / 30 days), NM, LA, PA
TAGRISSO TABS 40mg, 80mg	5	GC, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
TALZENNA CAPS .1mg, .35mg, .5mg, .75mg, 1mg	5	GC, QL (30 caps / 30 days), NM, LA, PA
TALZENNA CAPS .25mg	5	GC, QL (90 caps / 30 days), NM, LA, PA
TASIGNA CAPS 50mg	5	GC, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
TASIGNA CAPS 150mg, 200mg	5	GC, QL (112 caps / 28 days), NM, PA
TAZVERIK TABS 200mg	5	GC, QL (240 tabs / 30 days), NM, LA, PA
TECENTRIQ SOLN 840mg/14ml, 1200mg/20ml	5	GC, NM, LA, PA
TECVAYLI SOLN 30mg/3ml, 153mg/1.7ml	5	GC, NM, LA, PA
<i>temsirolimus</i> SOLN 25mg/ml	5	GC, B/D, NM
TEPMETKO TABS 225mg	5	GC, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
TIBSOVO TABS 250mg	5	GC, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
TIVDAK SOLR 40mg	5	GC, NM, LA, PA
TORISEL SOLN 25mg/ml	5	GC, B/D, NM
TRAZIMERA SOLR 150mg, 420mg	5	GC, NM, PA
TRODELVY SOLR 180mg	5	GC, 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
TRUQAP TABS 160mg, 200mg	5	GC, QL (64 tabs / 28 days), NM, LA, PA
TRUXIMA SOLN 100mg/10ml, 500mg/50ml	5	GC, NM, PA
TUKYSA TABS 50mg, 150mg	5	GC, QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA
TURALIO CAPS 125mg	5	GC, QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA
TYKERB TABS 250mg	5	GC, QL (180 tabs / 30 days), NM, LA, PA
VANFLYTA TABS 17.7mg, 26.5mg	5	GC, QL (56 tabs / 28 days), NM, LA, PA
VECTIBIX SOLN 100mg/5ml, 400mg/20ml	5	GC, B/D, NM, LA
VEGZELMA SOLN 100mg/4ml, 400mg/16ml	5	GC, NM, PA
VELCADE SOLR 3.5mg	5	GC, NM, PA
VENCLEXTA TABS 10mg	4	GC, QL (112 tabs / 28 days), NM, LA, PA
VENCLEXTA TABS 50mg	5	GC, QL (112 tabs / 28 days), NM, LA, PA
VENCLEXTA TABS 100mg	5	GC, QL (180 tabs / 30 days), NM, LA, PA
VENCLEXTA TAB START PK	5	GC, QL (42 tabs / 28 days), NM, LA, PA
VERZENIO TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg	5	GC, QL (56 tabs / 28 days), NM, LA, PA
VITRAKVI CAPS 25mg	5	GC, QL (180 caps / 30 days), NM, LA, PA
VITRAKVI CAPS 100mg	5	GC, QL (60 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
VITRAKVI SOLN 20mg/ml	5	GC, QL (300 mL / 30 days), NM, LA, PA
VIZIMPRO TABS 15mg, 30mg, 45mg	5	GC, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
VONJO CAPS 100mg	5	GC, QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA
VOTRIENT TABS 200mg	5	GC, QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA
XALKORI CAPS 200mg, 250mg; CPSP 50mg	5	GC, QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA
XALKORI CPSP 20mg	5	GC, QL (240 caps / 30 days), NM, LA, PA
XALKORI CPSP 150mg	5	GC, QL (180 caps / 30 days), NM, LA, PA
XOSPATA TABS 40mg	5	GC, QL (90 tabs / 30 days), NM, LA, PA
XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY TBPK 40mg	5	GC, QL (4 tabs / 28 days), NM, LA, PA
XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY TBPK 40mg	5	GC, QL (8 tabs / 28 days), NM, LA, PA
XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY TBPK 60mg	5	GC, QL (4 tabs / 28 days), NM, LA, PA
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY TBPK 20mg	5	GC, QL (24 tabs / 28 days), NM, LA, PA
XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY TBPK 40mg	5	GC, QL (8 tabs / 28 days), NM, LA, PA
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY TBPK 20mg	5	GC, QL (32 tabs / 28 days), NM, LA, PA
XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY TBPK 50mg	5	GC, QL (8 tabs / 28 days), NM, LA, PA
YERVOY SOLN 50mg/10ml, 200mg/40ml	5	GC, 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
ZALTRAP SOLN 100mg/4ml, 200mg/8ml	5	GC, NM, LA, PA
ZEJULA CAPS 100mg	5	GC, QL (90 caps / 30 days), NM, LA, PA
ZEJULA TABS 100mg, 200mg, 300mg	5	GC, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
ZELBORAF TABS 240mg	5	GC, QL (240 tabs / 30 days), NM, LA, PA
ZIRABEV SOLN 100mg/4ml, 400mg/16ml	5	GC, NM, LA, PA
ZOLINZA CAPS 100mg	5	GC, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
ZYDELIG TABS 100mg, 150mg	5	GC, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
ZYKADIA TABS 150mg	5	GC, QL (84 tabs / 28 days), NM, LA, PA
ZYNLONTA SOLR 10mg	5	GC, NM, LA, PA
ZYNYZ SOLN 500mg/20ml	5	GC, NM, LA, PA
PROTECTIVE AGENTS		
<i>dexrazoxane hcl</i> SOLR 250mg, 500mg	5	GC, B/D
ELITEK SOLR 1.5mg, 7.5mg	5	GC, B/D
KHAPZORY SOLR 175mg	5	GC, B/D, NM, LA
<i>leucovorin calcium</i> SOLN 500mg/50ml; SOLR 50mg, 100mg, 200mg, 350mg, 500mg	2	GC, B/D
<i>leucovorin calcium</i> TABS 5mg, 10mg, 15mg, 25mg	2	GC
<i>levoleucovorin calcium</i> SOLN 175mg/17.5ml, 250mg/25ml; SOLR 50mg	2	GC, B/D, NM
MESNEX TABS 400mg	5	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
<u>CARDIOVASCULAR</u>		
<u>ACE INHIBITOR COMBINATIONS</u>		
ACCURETIC TAB 10-12.5	4	GC
ACCURETIC TAB 20-12.5	4	GC
<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
<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

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>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
LOTREL CAP 5-10MG	4	GC, QL (30 caps / 30 days)
LOTREL CAP 5-20MG	4	GC, QL (30 caps / 30 days)
LOTREL CAP 10-20MG	4	GC, QL (30 caps / 30 days)
LOTREL CAP 10-40MG	4	GC, QL (30 caps / 30 days)
<i>quinapril-hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	1	GC
<i>quinapril-hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	1	GC
<i>quinapril-hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	1	GC
<i>trandolapril-verapamil hcl tab er 1-240 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>trandolapril-verapamil hcl tab er 2-180 mg</i>	1	GC
<i>trandolapril-verapamil hcl tab er 2-240 mg</i>	1	GC
<i>trandolapril-verapamil hcl tab er 4-240 mg</i>	1	GC
VASERETIC TAB 10-25MG	4	GC
ZESTORETIC TAB 10-12.5	4	GC
ZESTORETIC TAB 20-12.5	4	GC
ZESTORETIC TAB 20-25MG	4	GC
ACE INHIBITORS		
ALTACE CAPS 1.25mg, 2.5mg, 5mg, 10mg	4	GC
<i>benazepril hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg	1	GC
<i>captopril</i> TABS 12.5mg, 25mg, 50mg, 100mg	1	GC
<i>enalapril maleate</i> SOLN 1mg/ml	2	GC
<i>enalapril maleate</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg	1	GC
EPANED SOLN 1mg/ml	5	GC
<i>fosinopril sodium</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg	1	GC
<i>lisinopril</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	1	GC
LOTENSIN TABS 10mg, 20mg, 40mg	4	GC
<i>moexipril hcl</i> TABS 7.5mg, 15mg	1	GC
<i>perindopril erbumine</i> TABS 2mg, 4mg, 8mg	1	GC
QBRELIS SOLN 1mg/ml	5	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>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
VASOTEC TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	4	GC
VASOTEC TABS 20mg	5	GC
ZESTRIL TABS 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	4	GC

ALDOSTERONE RECEPTOR ANTAGONISTS

ALDACTONE TABS 25mg, 50mg, 100mg	4	GC
CAROSPIR SUSP 25mg/5ml	4	GC
<i>eplerenone</i> TABS 25mg, 50mg	2	GC
INSPRA TABS 25mg, 50mg	4	GC
KERENDIA TABS 10mg, 20mg	3	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>spironolactone</i> SUSP 25mg/5ml	2	GC
<i>spironolactone</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	GC

ALPHA BLOCKERS

CARDURA TABS 1mg, 2mg, 4mg, 8mg	4	GC
<i>doxazosin mesylate</i> TABS 1mg, 2mg, 4mg, 8mg	1	GC
MINIPRESS CAPS 1mg, 2mg, 5mg	4	GC
<i>prazosin hcl</i> CAPS 1mg, 2mg, 5mg	2	GC
<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)
---	---	----------------------------

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 5-40 mg</i>	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<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)
<i>amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide tab 5-160-12.5 mg</i>	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide tab 5-160-25 mg</i>	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide tab 10-160-12.5 mg</i>	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide tab 10-160-25 mg</i>	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide tab 10-320-25 mg</i>	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)
ATACAND HCT TAB 16-12.5	4	GC, QL (60 tabs / 30 days)
ATACAND HCT TAB 32-12.5	4	GC, QL (30 tabs / 30 days)
ATACAND HCT TAB 32-25MG	4	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
AVALIDE TAB 150-12.5	4	GC, QL (60 tabs / 30 days)
AVALIDE TAB 300-12.5	4	GC, QL (30 tabs / 30 days)
AZOR TAB 5-20MG	4	GC, QL (30 tabs / 30 days)
AZOR TAB 5-40MG	4	GC, QL (30 tabs / 30 days)
AZOR TAB 10-20MG	4	GC, QL (30 tabs / 30 days)
AZOR TAB 10-40MG	4	GC, QL (30 tabs / 30 days)
BENICAR HCT TAB 20-12.5	4	GC, QL (30 tabs / 30 days)
BENICAR HCT TAB 40-12.5	4	GC, QL (30 tabs / 30 days)
BENICAR HCT TAB 40-25MG	4	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 16-12.5 mg</i>	1	GC, QL (60 tabs / 30 days)
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 32-12.5 mg</i>	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 32-25 mg</i>	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)
DIOVAN HCT TAB 80/12.5	4	GC, QL (30 tabs / 30 days)
DIOVAN HCT TAB 160-12.5	4	GC, QL (30 tabs / 30 days)
DIOVAN HCT TAB 160-25MG	4	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
DIOVAN HCT TAB 320-12.5	4	GC, QL (30 tabs / 30 days)
DIOVAN HCT TAB 320-25MG	4	GC, QL (30 tabs / 30 days)
EDARBYCLOR TAB 40-12.5	4	GC, QL (30 tabs / 30 days)
EDARBYCLOR TAB 40-25MG	4	GC, QL (30 tabs / 30 days)
ENTRESTO TAB 24-26MG	3	GC, QL (60 tabs / 30 days)
ENTRESTO TAB 49-51MG	3	GC, QL (60 tabs / 30 days)
ENTRESTO TAB 97-103MG	3	GC, QL (60 tabs / 30 days)
EXFORGE HCT TAB 5-160-12.5MG	4	GC, QL (30 tabs / 30 days)
EXFORGE HCT TAB 5-160-25MG	4	GC, QL (30 tabs / 30 days)
EXFORGE HCT TAB 10-160-12.5MG	4	GC, QL (30 tabs / 30 days)
EXFORGE HCT TAB 10-160-25MG	4	GC, QL (30 tabs / 30 days)
EXFORGE HCT TAB 10-320-25MG	4	GC, QL (30 tabs / 30 days)
EXFORGE TAB 5-160MG	4	GC, QL (30 tabs / 30 days)
EXFORGE TAB 5-320MG	4	GC, QL (30 tabs / 30 days)
EXFORGE TAB 10-160MG	4	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
EXFORGE TAB 10-320MG	4	GC, QL (30 tabs / 30 days)
HYZAAR TAB 50-12.5	4	GC
HYZAAR TAB 100-12.5	4	GC
HYZAAR TAB 100-25	4	GC
<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
MICARDIS HCT TAB 40/12.5	4	GC, QL (30 tabs / 30 days)
MICARDIS HCT TAB 80-25MG	4	GC, QL (30 tabs / 30 days)
MICARDIS HCT TAB 80/12.5	4	GC, QL (60 tabs / 30 days)
<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)
<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)

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-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>telmisartan-amlodipine tab 40-5 mg</i>	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan-amlodipine tab 40-10 mg</i>	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan-amlodipine tab 80-5 mg</i>	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan-amlodipine tab 80-10 mg</i>	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i>	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg</i>	1	GC, QL (60 tabs / 30 days)
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-25 mg</i>	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)
TRIBENZOR20- TAB 5-12.5MG	4	GC, QL (30 tabs / 30 days)
TRIBENZOR40- TAB 5-12.5MG	4	GC, QL (30 tabs / 30 days)
TRIBENZOR40- TAB 5-25MG	4	GC, QL (30 tabs / 30 days)
TRIBENZOR40- TAB 10-12.5	4	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
TRIBENZOR40- TAB 10-25MG	4	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		
ATACAND TABS 4mg, 8mg, 16mg	4	GC, QL (60 tabs / 30 days)
ATACAND TABS 32mg	4	GC, QL (30 tabs / 30 days)
AVAPRO TABS 75mg, 150mg, 300mg	4	GC, QL (30 tabs / 30 days)
BENICAR TABS 5mg	4	GC, QL (60 tabs / 30 days)
BENICAR TABS 20mg, 40mg	4	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>candesartan cilexetil</i> TABS 4mg, 8mg, 16mg	1	GC, QL (60 tabs / 30 days)
<i>candesartan cilexetil</i> TABS 32mg	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)
COZAAR TABS 25mg, 50mg, 100mg	4	GC
DIOVAN TABS 40mg, 80mg, 160mg	4	GC, 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
DIOVAN TABS 320mg	4	GC, QL (30 tabs / 30 days)
EDARBI TABS 40mg, 80mg	4	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>irbesartan</i> TABS 75mg, 150mg, 300mg	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>losartan potassium</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	GC
MICARDIS TABS 20mg, 40mg, 80mg	4	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<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> SOLN 4mg/ml	5	GC, QL (2400 mL / 30 days), PA
<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	2	GC
<i>amiodarone hcl</i> TABS 200mg	1	GC
BETAPACE TABS 80mg, 120mg, 160mg	5	GC
BETAPACE AF TABS 80mg	4	GC
BETAPACE AF TABS 120mg, 160mg	5	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>disopyramide phosphate</i> CAPS 100mg, 150mg	4	GC
<i>dofetilide</i> CAPS 125mcg, 250mcg, 500mcg	2	GC, NM
<i>flecainide acetate</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg	2	GC
MULTAQ TABS 400mg	4	GC
NORPACE CAPS 100mg, 150mg	4	GC
NORPACE CR CP12 100mg, 150mg	4	GC
<i>pacerone</i> TABS 100mg, 400mg	2	GC
<i>pacerone</i> TABS 200mg	1	GC
<i>propafenone hcl</i> CP12 225mg, 325mg, 425mg; TABS 150mg, 225mg, 300mg	2	GC
<i>quinidine sulfate</i> TABS 200mg, 300mg	2	GC
RYTHMOL SR CP12 225mg, 325mg, 425mg	4	GC
<i>sorine</i> TABS 80mg, 120mg, 160mg, 240mg	1	GC
<i>sotalol hcl</i> TABS 80mg, 120mg, 160mg, 240mg	1	GC
<i>sotalol hcl (afib/afl)</i> TABS 80mg, 120mg, 160mg	2	GC
SOTYLIZE SOLN 5mg/ml	4	GC
TIKOSYN CAPS 125mcg, 250mcg, 500mcg	4	GC, NM
ANTILIPEMICS, FIBRATES		
<i>choline fenofibrate</i> CPDR 45mg, 135mg	2	GC
<i>fenofibrate</i> CAPS 50mg	2	GC, QL (60 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>fenofibrate</i> CAPS 150mg	2	GC, QL (30 caps / 30 days), PA
<i>fenofibrate</i> TABS 40mg	2	GC, QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>fenofibrate</i> TABS 48mg, 54mg, 145mg, 160mg	2	GC
<i>fenofibrate</i> TABS 120mg	2	GC, QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>fenofibrate micronized</i> CAPS 43mg, 67mg, 134mg, 200mg	2	GC
<i>fenofibrate micronized</i> CAPS 130mg	2	GC, QL (30 caps / 30 days), PA
FENOGLIDE TABS 40mg	4	GC, QL (60 tabs / 30 days), PA
FENOGLIDE TABS 120mg	5	GC, QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>gemfibrozil</i> TABS 600mg	1	GC
LIPOFEN CAPS 50mg	4	GC, QL (60 caps / 30 days), PA
LIPOFEN CAPS 150mg	4	GC, QL (30 caps / 30 days), PA
LOPID TABS 600mg	4	GC
TRICOR TABS 48mg, 145mg	4	GC
TRILIPIX CPDR 45mg, 135mg	4	GC
ANTILIPEMICS, HMG-CoA REDUCTASE INHIBITORS		
ALTOPREV TB24 20mg, 40mg, 60mg	5	GC, QL (30 tabs / 30 days), ST
ATORVALIQ SUSP 20mg/5ml	4	GC, QL (600 mL / 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>atorvastatin calcium</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)
CRESTOR TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg	4	GC, QL (30 tabs / 30 days)
EZALLOR SPRINKLE CPSP 5mg, 10mg, 20mg, 40mg	4	GC, QL (30 caps / 30 days), ST
FLOLIPID SUSP 20mg/5ml, 40mg/5ml	4	GC, QL (300 mL / 30 days), ST
<i>fluvastatin sodium</i> CAPS 20mg, 40mg	1	GC, QL (60 caps / 30 days), ST
<i>fluvastatin sodium</i> TB24 80mg	1	GC, QL (30 tabs / 30 days), ST
LESCOL XL TB24 80mg	4	GC, QL (30 tabs / 30 days), ST
LIPITOR TABS 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	4	GC, QL (30 tabs / 30 days)
LIVALO TABS 1mg, 2mg, 4mg	4	GC, QL (30 tabs / 30 days), ST
<i>lovastatin</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg	1	GC, QL (60 tabs / 30 days)
<i>pitavastatin calcium</i> TABS 1mg, 2mg, 4mg	1	GC, QL (30 tabs / 30 days), ST
<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)
ZOCOR TABS 10mg, 20mg, 40mg	4	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
ZYPITAMAG TABS 2mg, 4mg	4	GC, QL (30 tabs / 30 days), ST
ANTILIPEMICS, MISCELLANEOUS		
<i>cholestyramine</i> PACK 4gm; POWD 4gm/dose	2	GC
<i>cholestyramine light</i> PACK 4gm; POWD 4gm/dose	2	GC
<i>colesevelam hcl</i> PACK 3.75gm; TABS 625mg	2	GC
COLESTID GRAN 5gm; PACK 5gm; TABS 1gm	4	GC
<i>colestipol hcl</i> GRAN 5gm; PACK 5gm; TABS 1gm	2	GC
EVKEEZA SOLN 345mg/2.3ml, 1200mg/8ml	5	GC, NM, LA, PA
<i>ezetimibe</i> TABS 10mg	2	GC
<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)
JUXTAPID CAPS 5mg, 10mg, 20mg, 30mg	5	GC, NM, LA, PA
LOVAZA CAP 1GM	4	GC, PA
NEXLETOL TABS 180mg	3	GC, QL (30 tabs / 30 days), PA
NEXLIZET TAB 180/10MG	3	GC, QL (30 tabs / 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>niacin (antihyperlipidemic) TABS 500mg</i>	2	GC, PA
<i>niacin (antihyperlipidemic) TBCR 500mg, 750mg, 1000mg</i>	2	GC, QL (60 tabs / 30 days)
<i>niacor TABS 500mg</i>	2	GC, PA
<i>omega-3-acid ethyl esters cap 1 gm</i>	2	GC, PA
<i>prevalite PACK 4gm; POWD 4gm/dose</i>	2	GC
QUESTRAN PACK 4gm; POWD 4gm/dose	4	GC
QUESTRAN LIGHT POWD 4gm/dose	4	GC
REPATHA SOSY 140mg/ml	3	GC, NM, PA
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM SOCT 420mg/3.5ml	3	GC, NM, PA
REPATHA SURECLICK SOAJ 140mg/ml	3	GC, NM, PA
VASCEPA CAPS .5gm, 1gm	3	GC
VYTORIN TAB 10-10MG	4	GC, QL (30 tabs / 30 days)
VYTORIN TAB 10-20MG	4	GC, QL (30 tabs / 30 days)
VYTORIN TAB 10-40MG	4	GC, QL (30 tabs / 30 days)
VYTORIN TAB 10-80MG	4	GC, QL (30 tabs / 30 days)
WELCHOL PACK 3.75gm; TABS 625mg	4	GC
ZETIA TABS 10mg	4	GC
BETA-BLOCKER/DIURETIC COMBINATIONS		
<i>atenolol & chlorthalidone tab 50-25 mg</i>	1	GC
<i>atenolol & chlorthalidone tab 100-25 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>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 2.5-6.25 mg</i>	1	GC
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 5-6.25 mg</i>	1	GC
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 10-6.25 mg</i>	1	GC
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i>	2	GC
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	2	GC
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-50 mg</i>	2	GC
TENORETIC TAB 50	4	GC
TENORETIC TAB 100	4	GC
ZIAC TAB 2.5/6.25	4	GC
ZIAC TAB 5-6.25MG	4	GC
ZIAC TAB 10/6.25	4	GC
BETA-BLOCKERS		
<i>acebutolol hcl CAPS 200mg, 400mg</i>	2	GC
<i>atenolol TABS 25mg, 50mg, 100mg</i>	1	GC
<i>betaxolol hcl TABS 10mg, 20mg</i>	2	GC
<i>bisoprolol fumarate TABS 5mg, 10mg</i>	1	GC
BYSTOLIC TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	4	GC, QL (30 tabs / 30 days)
BYSTOLIC TABS 20mg	4	GC, QL (60 tabs / 30 days)
<i>carvedilol TABS 3.125mg, 6.25mg, 12.5mg, 25mg</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>carvedilol phosphate</i> CP24 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	2	GC, QL (30 caps / 30 days)
COREG TABS 3.125mg, 6.25mg, 12.5mg, 25mg	4	GC
COREG CR CP24 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	4	GC, QL (30 caps / 30 days)
CORGARD TABS 20mg, 40mg	4	GC
INDERAL LA CP24 60mg, 80mg, 120mg, 160mg	5	GC
KAPSPARGO SPRINKLE CS24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	4	GC
<i>labetalol hcl</i> SOLN 5mg/ml; TABS 100mg, 200mg, 300mg	2	GC
LABETALOL HYDROCHLORIDE SOSY 10mg/2ml	4	GC
LOPRESSOR TABS 50mg, 100mg	4	GC
<i>metoprolol succinate</i> TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	1	GC
<i>metoprolol tartrate</i> SOLN 5mg/5ml	2	GC
<i>metoprolol tartrate</i> TABS 25mg, 37.5mg, 50mg, 75mg, 100mg	1	GC
<i>nadolol</i> TABS 20mg, 40mg, 80mg	2	GC
<i>nebivolol hcl</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	2	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>nebivolol hcl</i> TABS 20mg	2	GC, QL (60 tabs / 30 days)
<i>pindolol</i> TABS 5mg, 10mg	2	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>propranolol hcl</i> CP24 60mg, 80mg, 120mg, 160mg; SOLN 1mg/ml, 20mg/5ml, 40mg/5ml; TABS 10mg, 20mg, 40mg, 60mg, 80mg	2	GC
TENORMIN TABS 25mg, 50mg, 100mg	4	GC
<i>timolol maleate</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg	2	GC
TOPROL XL TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	4	GC

CALCIUM CHANNEL BLOCKERS

<i>amlodipine besylate</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	1	GC
CARDIZEM TABS 30mg, 60mg, 120mg	4	GC
CARDIZEM CD CP24 120mg	4	GC
CARDIZEM CD CP24 180mg, 240mg, 300mg, 360mg	5	GC
CARDIZEM LA TB24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	4	GC
<i>cartia xt</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg	2	GC
<i>dilt-xr</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg	2	GC
<i>diltiazem hcl</i> CP12 60mg, 90mg, 120mg; SOLN 25mg/5ml, 50mg/10ml, 125mg/25ml; TB24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	2	GC
<i>diltiazem hcl</i> TABS 30mg, 60mg, 90mg, 120mg	1	GC
<i>diltiazem hcl coated beads</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg	2	GC
<i>diltiazem hcl extended release beads</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	2	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>felodipine</i> TB24 2.5mg, 5mg, 10mg	2	GC
<i>isradipine</i> CAPS 2.5mg, 5mg	2	GC
KATERZIA SUSP 1mg/ml	4	GC
<i>levamlodipine maleate</i> TABS 2.5mg, 5mg	2	GC, QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>matzim la</i> TB24 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	2	GC
<i>nicardipine hcl</i> CAPS 20mg, 30mg	2	GC
NICARDIPINE SOL 20/200ML	4	GC
NICARDIPINE SOL 40/200ML	4	GC
<i>nifedipine</i> TB24 30mg, 60mg, 90mg	2	GC
<i>nimodipine</i> CAPS 30mg	2	GC
<i>nisoldipine</i> TB24 8.5mg, 17mg, 20mg, 25.5mg, 30mg, 34mg, 40mg	2	GC
NORLIQVA SOLN 1mg/ml	4	GC
NORVASC TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	4	GC
NYMALIZE SOLN 6mg/ml	5	GC
PROCARDIA XL TB24 30mg, 60mg, 90mg	4	GC
SULAR TB24 8.5mg, 17mg, 34mg	4	GC
<i>taztia xt</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg	2	GC
<i>tiadyt er</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	2	GC
TIAZAC CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	4	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>verapamil hcl</i> CP24 100mg, 120mg, 180mg, 200mg, 240mg, 300mg, 360mg; SOLN 2.5mg/ml	2	GC
<i>verapamil hcl</i> TABS 40mg, 80mg, 120mg; TBCR 120mg, 180mg, 240mg	1	GC
VERELAN CP24 120mg, 180mg, 240mg, 360mg	4	GC
VERELAN PM CP24 100mg, 200mg, 300mg	4	GC
DIURETICS		
<i>acetazolamide</i> CP12 500mg; TABS 125mg, 250mg	2	GC
<i>amiloride & hydrochlorothiazide tab 5-50 mg</i>	1	GC
<i>amiloride hcl</i> TABS 5mg	1	GC
<i>bumetanide</i> SOLN .25mg/ml; TABS .5mg, 1mg, 2mg	2	GC
<i>chlorthalidone</i> TABS 25mg, 50mg	2	GC
<i>dichlorphenamide</i> TABS 50mg	5	GC, NM, PA
DIURIL SUSP 250mg/5ml	4	GC
DYRENIUM CAPS 50mg, 100mg	4	GC
EDECIN TABS 25mg	5	GC
<i>ethacrynic acid</i> TABS 25mg	2	GC
FUROSCIX CTKT 80mg/10ml	5	GC
<i>furosemide</i> SOLN 10mg/ml, 40mg/5ml; TABS 20mg, 40mg, 80mg	1	GC
<i>furosemide inj</i> SOLN 10mg/ml	2	GC
<i>hydrochlorothiazide</i> CAPS 12.5mg; TABS 12.5mg, 25mg, 50mg	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>indapamide</i> TABS 1.25mg, 2.5mg	1	GC
KEVEYIS TABS 50mg	5	GC, NM, LA, PA
LASIX TABS 20mg, 40mg, 80mg	4	GC
<i>methazolamide</i> TABS 25mg, 50mg	2	GC
<i>metolazone</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	2	GC
SOAANZ TABS 20mg, 40mg, 60mg	4	GC
<i>spironolactone & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg</i>	2	GC
THALITONE TABS 15mg	4	GC
<i>torseamide</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 100mg	1	GC
<i>triamterene</i> CAPS 50mg, 100mg	2	GC
<i>triamterene & hydrochlorothiazide cap 37.5-25 mg</i>	1	GC
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab 37.5-25 mg</i>	1	GC
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab 75-50 mg</i>	1	GC
MISCELLANEOUS		
ADRENALIN SOLN 1mg/ml	4	GC
<i>aliskiren fumarate</i> TABS 150mg, 300mg	1	GC
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 2.5-10 mg</i>	1	GC
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 2.5-20 mg</i>	1	GC
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 2.5-40 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>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 5-10 mg</i>	1	GC
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 5-20 mg</i>	1	GC
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 5-40 mg</i>	1	GC
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 5-80 mg</i>	1	GC
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 10-10 mg</i>	1	GC
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 10-20 mg</i>	1	GC
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 10-40 mg</i>	1	GC
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 10-80 mg</i>	1	GC
ASPRUZYO SPRINKLE PACK 500mg, 1000mg	4	GC, PA
BIDIL TAB	4	GC
CADUET TAB 5-10MG	4	GC
CADUET TAB 5-20MG	4	GC
CADUET TAB 5-40MG	4	GC
CADUET TAB 5-80MG	4	GC
CADUET TAB 10-10MG	4	GC
CADUET TAB 10-20MG	4	GC
CADUET TAB 10-40MG	4	GC
CADUET TAB 10-80MG	4	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
CAMZYOS CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg, 15mg	5	GC, QL (30 caps / 30 days), NM, LA, PA
<i>clonidine</i> PTWK .1mg/24hr, .2mg/24hr, .3mg/24hr	2	GC
<i>clonidine hcl</i> TABS .1mg, .2mg, .3mg	1	GC
CORLANOR SOLN 5mg/5ml	3	GC, QL (450 mL / 30 days)
CORLANOR TABS 5mg, 7.5mg	3	GC, QL (60 tabs / 30 days)
DEMSER CAPS 250mg	5	GC, PA
DIBENZYLINE CAPS 10mg	5	GC, PA
<i>digoxin</i> SOLN .05mg/ml, .25mg/ml; TABS 62.5mcg	2	GC
<i>digoxin</i> TABS 125mcg, 250mcg	2	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>droxidopa</i> CAPS 100mg	5	GC, QL (90 caps / 30 days), NM, PA
<i>droxidopa</i> CAPS 200mg, 300mg	5	GC, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOLN 1mg/ml	2	GC
<i>guanfacine hcl</i> TABS 1mg, 2mg	3	GC, PA; PA if 70 years and older
<i>hydralazine hcl</i> SOLN 20mg/ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg	2	GC
INPEFA TABS 200mg	4	GC, QL (60 tabs / 30 days)
INPEFA TABS 400mg	4	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>isosorbide dinitrate-hydralazine hcl tab 20-37.5 mg</i>	2	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
LANOXIN SOLN .25mg/ml; TABS 62.5mcg	4	GC
LANOXIN TABS 125mcg, 250mcg	4	GC, QL (30 tabs / 30 days)
LANOXIN PEDIATRIC SOLN .1mg/ml	4	GC
LODOCO TABS .5mg	4	GC, QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>metyrosine</i> CAPS 250mg	5	GC, PA
<i>midodrine hcl</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	2	GC
<i>minoxidil</i> TABS 2.5mg, 10mg	2	GC
NORTHERA CAPS 100mg	5	GC, QL (90 caps / 30 days), NM, LA, PA
NORTHERA CAPS 200mg, 300mg	5	GC, QL (180 caps / 30 days), NM, LA, PA
<i>phenoxybenzamine hcl</i> CAPS 10mg	5	GC, PA
<i>ranolazine</i> TB12 500mg, 1000mg	2	GC
TEKTURNA TABS 150mg, 300mg	4	GC
VERQUVO TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	3	GC, QL (30 tabs / 30 days)
VYNDAMAX CAPS 61mg	5	GC, QL (30 caps / 30 days), NM, LA, PA
VYNDAQEL CAPS 20mg	5	GC, QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA
<i>NITRATES</i>		
ISORDIL TITRADOSE TABS 5mg	4	GC
ISORDIL TITRADOSE TABS 40mg	5	GC, PA
<i>isosorbide dinitrate</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 30mg	2	GC
<i>isosorbide dinitrate</i> TABS 40mg	2	GC, 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>isosorbide mononitrate</i> TABS 10mg, 20mg; TB24 30mg, 60mg, 120mg	1	GC
NITRO-BID OINT 2%	3	GC
NITRO-DUR PT24 .1mg/hr, .2mg/hr, .4mg/hr, .6mg/hr	4	GC
NITRO-DUR PT24 .3mg/hr, .8mg/hr	5	GC
<i>nitroglycerin</i> PT24 .1mg/hr, .2mg/hr, .4mg/hr, .6mg/hr; SOLN .4mg/spray; SUBL .3mg, .4mg, .6mg	2	GC
NITROLINGUAL SOLN .4mg/spray	4	GC
NITROSTAT SUBL .3mg, .4mg, .6mg	4	GC

PULMONARY ARTERIAL HYPERTENSION

ADCIRCA TABS 20mg	5	GC, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
ADEMPAS TABS .5mg, 1mg, 1.5mg, 2mg, 2.5mg	5	GC, QL (90 tabs / 30 days), NM, LA, PA
<i>alyq</i> TABS 20mg	5	GC, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
<i>ambrisentan</i> TABS 5mg, 10mg	5	GC, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
<i>bosentan</i> TABS 62.5mg, 125mg	5	GC, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
<i>epoprostenol sodium</i> SOLR .5mg, 1.5mg	5	GC, B/D, NM, LA
FLOLAN SOLR .5mg, 1.5mg	5	GC, B/D, NM, LA
LETAIRIS TABS 5mg, 10mg	5	GC, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
LIQREV SUSP 10mg/ml	5	GC, QL (244 mL / 30 days), NM, PA
OPSUMIT TABS 10mg	5	GC, 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
ORENITRAM TBCR .25mg, 1mg, 2.5mg, 5mg	5	GC, NM, LA, PA
ORENITRAM TBCR .125mg	4	GC, NM, LA, PA
ORENITRAM TAB MONTH 1	5	GC, NM, LA, PA
ORENITRAM TAB MONTH 2	5	GC, NM, LA, PA
ORENITRAM TAB MONTH 3	5	GC, NM, LA, PA
REMODULIN SOLN 20mg/20ml, 50mg/20ml, 100mg/20ml, 200mg/20ml	5	GC, NM, LA, PA
REVATIO SOLN 10mg/12.5ml	5	GC, NM, PA
REVATIO SUSR 10mg/ml	5	GC, QL (784 mL / 30 days), NM, PA
REVATIO TABS 20mg	5	GC, QL (360 tabs / 30 days), NM, PA
<i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension)</i> SOLN 10mg/12.5ml	5	GC, NM, PA
<i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension)</i> SUSR 10mg/ml	5	GC, QL (784 mL / 30 days), NM, PA
<i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension)</i> TABS 20mg	2	GC, QL (360 tabs / 30 days), NM, PA
<i>tadalafil (pulmonary hypertension)</i> TABS 20mg	5	GC, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
TADLIQ SUSP 20mg/5ml	5	GC, QL (300 mL / 30 days), NM, PA
TRACLEER TABS 62.5mg, 125mg	5	GC, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
TRACLEER TBSO 32mg	5	GC, QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA
<i>treprostinil</i> SOLN 20mg/20ml, 50mg/20ml, 100mg/20ml, 200mg/20ml	5	GC, 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
TYVASO SOLN .6mg/ml	5	GC, NM, LA, PA
TYVASO DPI MAINTENANCE KI POWD 16mcg, 32mcg, 48mcg, 64mcg	5	GC, QL (112 cartridges / 28 days), NM, LA, PA
TYVASO DPI POW 16-32-48	5	GC, QL (252 cartridges / 28 days), NM, LA, PA
TYVASO DPI POW 32-48MCG	5	GC, QL (224 cartridges / 28 days), NM, LA, PA
UPTRAVI SOLR 1800mcg	5	GC, NM, LA, PA
UPTRAVI TABS 200mcg	5	GC, QL (140 tabs / 28 days), NM, LA, PA
UPTRAVI TABS 400mcg, 600mcg, 800mcg, 1000mcg, 1200mcg, 1400mcg, 1600mcg	5	GC, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
UPTRAVI PACK TAB 200/800	5	GC, QL (1 pack / 28 days), NM, LA, PA
VELETRI SOLR .5mg, 1.5mg	5	GC, B/D, NM, LA
VENTAVIS SOLN 10mcg/ml, 20mcg/ml	5	GC, NM, LA, PA

CENTRAL NERVOUS SYSTEM
ANTI-ANXIETY

<i>alprazolam</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg; TBDP .5mg, 1mg, 2mg	2	GC, QL (150 tabs / 30 days)
<i>alprazolam</i> TB24 2mg, 3mg	2	GC, QL (90 tabs / 30 days), PA; PA if 65 years and older
<i>alprazolam</i> TB24 .5mg, 1mg	2	GC, QL (150 tabs / 30 days), PA; PA if 65 years and older
<i>alprazolam</i> TBDP .25mg	2	GC, QL (120 tabs / 30 days)
ALPRAZOLAM INTENSOL CONC 1mg/ml	4	GC, QL (300 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
ATIVAN SOLN 2mg/ml, 4mg/ml	4	GC
ATIVAN TABS .5mg, 1mg, 2mg	5	GC, QL (150 tabs / 30 days)
<i>bupirone hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 15mg	1	GC
<i>bupirone hcl</i> TABS 7.5mg, 30mg	2	GC
<i>chlordiazepoxide hcl</i> CAPS 5mg, 10mg, 25mg	2	GC, QL (120 caps / 30 days), PA; PA if 65 years and older
<i>fluvoxamine maleate</i> CP24 100mg, 150mg	2	GC, QL (60 caps / 30 days)
<i>fluvoxamine maleate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	2	GC
<i>lorazepam</i> CONC 2mg/ml	2	GC, QL (150 mL / 30 days)
<i>lorazepam</i> SOLN 2mg/ml, 4mg/ml	2	GC
<i>lorazepam</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg	2	GC, QL (150 tabs / 30 days)
<i>lorazepam intensol</i> CONC 2mg/ml	2	GC, QL (150 mL / 30 days)
LOREEV XR CS24 1mg, 1.5mg, 2mg	4	GC, QL (150 caps / 30 days), PA; PA if 65 years and older
LOREEV XR CS24 3mg	4	GC, QL (90 caps / 30 days), PA; PA if 65 years and older
<i>oxazepam</i> CAPS 10mg, 15mg, 30mg	2	GC, QL (120 caps / 30 days), PA; PA if 65 years and older
XANAX TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg	4	GC, QL (150 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
XANAX XR TB24 2mg, 3mg	4	GC, QL (90 tabs / 30 days), PA; PA if 65 years and older
XANAX XR TB24 .5mg, 1mg	4	GC, QL (150 tabs / 30 days), PA; PA if 65 years and older

ANTIDEMENTIA

ADLARITY PTWK 5mg/day, 10mg/day	4	GC, QL (4 patches / 28 days), PA
ARICEPT TABS 5mg	4	GC, QL (30 tabs / 30 days)
ARICEPT TABS 10mg, 23mg	4	GC
<i>donepezil hydrochloride</i> TABS 5mg; TBDP 5mg	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>donepezil hydrochloride</i> TABS 10mg; TBDP 10mg	1	GC
<i>donepezil hydrochloride</i> TABS 23mg	2	GC
EXELON PT24 4.6mg/24hr, 9.5mg/24hr, 13.3mg/24hr	4	GC, QL (30 patches / 30 days)
<i>galantamine hydrobromide</i> CP24 8mg, 16mg, 24mg	2	GC, QL (30 caps / 30 days)
<i>galantamine hydrobromide</i> SOLN 4mg/ml	2	GC, QL (200 mL / 30 days)
<i>galantamine hydrobromide</i> TABS 4mg, 8mg, 12mg	2	GC, QL (60 tabs / 30 days)
<i>memantine hcl</i> CP24 7mg, 14mg, 21mg, 28mg; SOLN 2mg/ml; TABS 5mg, 10mg	2	GC, PA; PA applies if 29 years and younger
<i>memantine hcl tab 28 x 5 mg & 21 x 10 mg titration pack</i>	2	GC, PA; PA applies if 29 years and younger
NAMENDA TAB 5-10MG	4	GC, 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
NAMENDA XR CP24 14mg, 21mg, 28mg	4	GC, PA; PA applies if 29 years and younger
NAMZARIC CAP 7-10MG	4	GC
NAMZARIC CAP 14-10MG	4	GC
NAMZARIC CAP 21-10MG	4	GC
NAMZARIC CAP 28-10MG	4	GC
NAMZARIC CAP PACK	4	GC
<i>rivastigmine</i> PT24 4.6mg/24hr, 9.5mg/24hr, 13.3mg/24hr	2	GC, QL (30 patches / 30 days)
<i>rivastigmine tartrate</i> CAPS 1.5mg, 3mg, 4.5mg, 6mg	2	GC, QL (60 caps / 30 days)
ANTIDEPRESSANTS		
<i>amitriptyline hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	3	GC
<i>amoxapine</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg, 150mg	3	GC
ANAFRANIL CAPS 25mg, 50mg, 75mg	5	GC, PA
APLENZIN TB24 174mg	5	GC, QL (60 tabs / 30 days), PA
APLENZIN TB24 348mg, 522mg	5	GC, QL (30 tabs / 30 days), PA
AUVELITY TAB 45-105MG	4	GC, QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>bupropion hcl</i> TABS 75mg, 100mg	2	GC
<i>bupropion hcl</i> TB12 100mg, 150mg, 200mg; TB24 150mg	2	GC, QL (60 tabs / 30 days)
<i>bupropion hcl</i> TB24 300mg	2	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>bupropion hcl</i> TB24 450mg	2	GC, QL (30 tabs / 30 days), PA
CELEXA TABS 10mg, 20mg, 40mg	4	GC
CITALOPRAM HYDROBROMIDE CAPS 30mg	4	GC, QL (30 caps / 30 days), PA
<i>citalopram hydrobromide</i> SOLN 10mg/5ml	2	GC
<i>citalopram hydrobromide</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg	1	GC
<i>clomipramine hcl</i> CAPS 25mg, 50mg, 75mg	4	GC, PA
CYMBALTA CPEP 20mg, 30mg, 60mg	4	GC, QL (60 caps / 30 days)
<i>desipramine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	4	GC
DESVENLAFAXINE ER TB24 50mg, 100mg	4	GC, QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>desvenlafaxine succinate</i> TB24 25mg, 50mg, 100mg	2	GC, QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>doxepin hcl</i> CAPS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg; CONC 10mg/ml	3	GC
<i>duloxetine hcl</i> CPEP 20mg, 30mg, 40mg, 60mg	2	GC, QL (60 caps / 30 days)
EFFEXOR XR CP24 37.5mg, 75mg, 150mg	4	GC
EMSAM PT24 6mg/24hr, 9mg/24hr, 12mg/24hr	5	GC, QL (30 patches / 30 days), PA
<i>escitalopram oxalate</i> SOLN 5mg/5ml	2	GC
<i>escitalopram oxalate</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg	1	GC
FETZIMA CP24 20mg, 40mg	4	GC, QL (60 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
FETZIMA CP24 80mg, 120mg	4	GC, QL (30 caps / 30 days), PA
FETZIMA CAP TITRATIO	4	GC, QL (2 packs / year), PA
<i>fluoxetine hcl</i> CAPS 10mg, 20mg, 40mg	1	GC
<i>fluoxetine hcl</i> CPDR 90mg	2	GC, QL (4 caps / 28 days)
<i>fluoxetine hcl</i> SOLN 20mg/5ml	2	GC
<i>fluoxetine hcl</i> TABS 10mg, 60mg	2	GC, QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>fluoxetine hcl</i> TABS 20mg	2	GC, QL (120 tabs / 30 days), PA
<i>fluoxetine hcl (pmdd)</i> TABS 10mg	2	GC, QL (30 tabs / 30 days), PA; (generic of SARAFEM)
<i>fluoxetine hcl (pmdd)</i> TABS 20mg	2	GC, QL (120 tabs / 30 days), PA; (generic of SARAFEM)
FLUOXETINE HYDROCHLORIDE TABS 60mg	4	GC, QL (30 tabs / 30 days), PA
FORFIVO XL TB24 450mg	4	GC, QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>imipramine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg	2	GC
<i>imipramine pamoate</i> CAPS 75mg, 100mg, 125mg, 150mg	4	GC
LEXAPRO TABS 5mg, 10mg, 20mg	4	GC
MARPLAN TABS 10mg	4	GC, QL (180 tabs / 30 days)
<i>mirtazapine</i> TABS 7.5mg; TBDP 15mg, 30mg, 45mg	2	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>mirtazapine</i> TABS 15mg, 30mg, 45mg	1	GC
NARDIL TABS 15mg	4	GC
<i>nefazodone hcl</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg, 250mg	2	GC
NORPRAMIN TABS 10mg, 25mg	4	GC
<i>nortriptyline hcl</i> CAPS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg	2	GC
<i>nortriptyline hcl</i> SOLN 10mg/5ml	4	GC
PAMELOR CAPS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg	5	GC
PARNATE TABS 10mg	5	GC
<i>paroxetine hcl</i> SUSP 10mg/5ml	4	GC, QL (900 mL / 30 days), PA
<i>paroxetine hcl</i> TABS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	2	GC
<i>paroxetine hcl</i> TB24 12.5mg, 25mg, 37.5mg	4	GC, QL (60 tabs / 30 days)
PAXIL SUSP 10mg/5ml	4	GC, QL (900 mL / 30 days), PA
PAXIL TABS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	4	GC
PAXIL CR TB24 12.5mg, 25mg, 37.5mg	4	GC, QL (60 tabs / 30 days)
<i>perphenazine-amitriptyline tab 2-10 mg</i>	3	GC, PA; PA if 70 years and older
<i>perphenazine-amitriptyline tab 2-25 mg</i>	3	GC, PA; PA if 70 years and older
<i>perphenazine-amitriptyline tab 4-10 mg</i>	3	GC, 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>perphenazine-amitriptyline tab 4-25 mg</i>	3	GC, PA; PA if 70 years and older
<i>perphenazine-amitriptyline tab 4-50 mg</i>	3	GC, PA; PA if 70 years and older
<i>phenelzine sulfate TABS 15mg</i>	2	GC
PRISTIQ TB24 25mg, 50mg, 100mg	4	GC, QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>protriptyline hcl TABS 5mg, 10mg</i>	4	GC
PROZAC CAPS 10mg, 20mg	4	GC
PROZAC CAPS 40mg	5	GC
REMERON TABS 15mg, 30mg	4	GC
REMERON SOLTAB TBDP 15mg, 30mg, 45mg	4	GC
<i>sertraline hcl CONC 20mg/ml</i>	2	GC
<i>sertraline hcl TABS 25mg, 50mg, 100mg</i>	1	GC
SERTRALINE HYDROCHLORIDE CAPS 150mg, 200mg	4	GC, QL (30 caps / 30 days), PA
SPRAVATO SOL 56MG DOS	5	GC, NM, LA, PA
SPRAVATO SOL 84MG DOS	5	GC, NM, LA, PA
<i>tranylcypromine sulfate TABS 10mg</i>	2	GC
<i>trazodone hcl TABS 50mg, 100mg, 150mg</i>	1	GC
<i>trazodone hcl TABS 300mg</i>	2	GC
<i>trimipramine maleate CAPS 25mg, 50mg</i>	4	GC, QL (120 caps / 30 days)
<i>trimipramine maleate CAPS 100mg</i>	4	GC, 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
TRINTELLIX TABS 5mg, 10mg, 20mg	4	GC, QL (30 tabs / 30 days)
VENLAFAXINE BESYLATE ER TB24 112.5mg	4	GC, QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>venlafaxine hcl</i> CP24 37.5mg, 75mg, 150mg	1	GC
<i>venlafaxine hcl</i> TABS 25mg, 37.5mg, 50mg, 75mg, 100mg; TB24 37.5mg, 75mg, 150mg	2	GC
<i>venlafaxine hcl</i> TB24 225mg	2	GC, QL (30 tabs / 30 days), PA
VIIBRYD TABS 10mg, 20mg, 40mg	4	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>vilazodone hcl</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg	2	GC, QL (30 tabs / 30 days)
WELLBUTRIN SR TB12 100mg, 150mg, 200mg	4	GC, QL (60 tabs / 30 days), PA
WELLBUTRIN XL TB24 150mg	5	GC, QL (60 tabs / 30 days), PA
WELLBUTRIN XL TB24 300mg	5	GC, QL (30 tabs / 30 days), PA
ZOLOFT CONC 20mg/ml; TABS 25mg, 50mg, 100mg	4	GC
ZURZUVAE CAPS 20mg, 25mg	5	GC, QL (28 caps / 14 days), NM, LA, PA
ZURZUVAE CAPS 30mg	5	GC, QL (14 caps / 14 days), NM, LA, PA
ANTIPARKINSONIAN AGENTS		
<i>amantadine hcl</i> CAPS 100mg	2	GC, QL (120 caps / 30 days)
<i>amantadine hcl</i> SOLN 50mg/5ml; TABS 100mg	2	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
APOKYN SOCT 30mg/3ml	5	GC, QL (20 cartridges / 30 days), NM, LA, PA
<i>apomorphine hydrochloride</i> SOCT 30mg/3ml	5	GC, QL (20 cartridges / 30 days), NM, PA
AZILECT TABS .5mg, 1mg	5	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>benztropine mesylate</i> SOLN 1mg/ml	2	GC
<i>benztropine mesylate</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg	2	GC, PA; PA if 70 years and older
<i>bromocriptine mesylate</i> CAPS 5mg; TABS 2.5mg	2	GC
<i>carb/levo orally disintegrating tab 10-100mg</i>	2	GC
<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-100mg</i>	2	GC
<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-250mg</i>	2	GC
<i>carbidopa</i> TABS 25mg	2	GC
<i>carbidopa & levodopa tab 10-100 mg</i>	2	GC
<i>carbidopa & levodopa tab 25-100 mg</i>	2	GC
<i>carbidopa & levodopa tab 25-250 mg</i>	2	GC
<i>carbidopa & levodopa tab er 25-100 mg</i>	2	GC
<i>carbidopa & levodopa tab er 50-200 mg</i>	2	GC
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 12.5-50-200 mg</i>	2	GC
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 18.75-75-200 mg</i>	2	GC
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 25-100-200 mg</i>	2	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>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 31.25-125-200 mg</i>	2	GC
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 37.5-150-200 mg</i>	2	GC
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 50-200-200 mg</i>	2	GC
COMTAN TABS 200mg	4	GC
DHIVY TAB 25-100MG	4	GC
DUOPA SUS 4.63-20	5	GC, B/D, NM, LA
<i>entacapone TABS 200mg</i>	2	GC
GOCOVRI CP24 68.5mg	5	GC, QL (30 caps / 30 days), NM, LA, PA
GOCOVRI CP24 137mg	5	GC, QL (60 caps / 30 days), NM, LA, PA
INBRIJA CAPS 42mg	5	GC, QL (300 caps / 30 days), NM, LA, PA
LODOSYN TABS 25mg	5	GC
MIRAPEX ER TB24 3mg	4	GC
NEUPRO PT24 1mg/24hr, 2mg/24hr, 3mg/24hr, 4mg/24hr, 6mg/24hr, 8mg/24hr	4	GC
NOURIANZ TABS 20mg, 40mg	5	GC, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA
ONGENTYS CAPS 25mg, 50mg	4	GC, QL (30 caps / 30 days), PA
OSMOLEX ER TB24 129mg, 193mg	4	GC, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
PARLODEL CAPS 5mg; TABS 2.5mg	4	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>pramipexole dihydrochloride</i> TABS .125mg, .25mg, .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg	1	GC
<i>pramipexole dihydrochloride</i> TB24 .375mg, .75mg, 1.5mg, 2.25mg, 3mg, 3.75mg, 4.5mg	2	GC
<i>rasagiline mesylate</i> TABS .5mg, 1mg	2	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>ropinirole hydrochloride</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg, 5mg	1	GC
<i>ropinirole hydrochloride</i> TB24 2mg, 4mg, 6mg, 8mg, 12mg	2	GC
RYTARY CAP 95MG	4	GC, ST
RYTARY CAP 145MG	4	GC, ST
RYTARY CAP 195MG	4	GC, ST
RYTARY CAP 245MG	4	GC, ST
<i>selegiline hcl</i> CAPS 5mg; TABS 5mg	2	GC
SINEMET TAB 10-100MG	4	GC
SINEMET TAB 25-100MG	4	GC
STALEVO 50 TAB	4	GC
STALEVO 75 TAB	4	GC
STALEVO 100 TAB	4	GC
STALEVO 125 TAB	4	GC
STALEVO 150 TAB	4	GC
STALEVO 200 TAB	4	GC
<i>trihexyphenidyl hcl</i> SOLN .4mg/ml	3	GC, 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>trihexyphenidyl hcl</i> TABS 2mg, 5mg	2	GC, PA; PA if 70 years and older
XADAGO TABS 50mg, 100mg	5	GC
ZELAPAR TBDP 1.25mg	5	GC

ANTIPSYCHOTICS

ABILIFY TABS 2mg, 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 30mg	4	GC, QL (30 tabs / 30 days)
ABILIFY ASIMTUFII PRSY 720mg/2.4ml, 960mg/3.2ml	5	GC, QL (1 syringe / 56 days), PA
ABILIFY MAINTENA PRSY 300mg, 400mg	5	GC, QL (1 syringe / 28 days)
ABILIFY MAINTENA SRER 300mg, 400mg	5	GC, QL (1 injection / 28 days)
ABILIFY MYCITE MAINTENANC TBPK 2mg, 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 30mg	5	GC, QL (30 tabs / 30 days), PA
ABILIFY MYCITE STARTER KI TBPK 2mg, 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 30mg	5	GC, QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>aripiprazole</i> SOLN 1mg/ml	2	GC, QL (900 mL / 30 days)
<i>aripiprazole</i> TABS 2mg, 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 30mg	2	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>aripiprazole</i> TBDP 10mg, 15mg	2	GC, QL (60 tabs / 30 days)
ARISTADA PRSY 441mg/1.6ml, 662mg/2.4ml, 882mg/3.2ml	5	GC, QL (1 syringe / 28 days)
ARISTADA PRSY 1064mg/3.9ml	5	GC, QL (1 syringe / 56 days)
ARISTADA INITIO PRSY 675mg/2.4ml	5	GC
<i>asenapine maleate</i> SUBL 2.5mg, 5mg, 10mg	2	GC, 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
CAPLYTA CAPS 10.5mg, 21mg, 42mg	5	GC, 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	2	GC
<i>clozapine</i> TABS 25mg, 50mg	2	GC
<i>clozapine</i> TABS 100mg	2	GC, QL (270 tabs / 30 days)
<i>clozapine</i> TABS 200mg	2	GC, QL (120 tabs / 30 days)
<i>clozapine</i> TBDP 12.5mg, 25mg	2	GC, PA
<i>clozapine</i> TBDP 100mg	2	GC, QL (270 tabs / 30 days), PA
<i>clozapine</i> TBDP 150mg	2	GC, QL (180 tabs / 30 days), PA
<i>clozapine</i> TBDP 200mg	5	GC, QL (120 tabs / 30 days), PA
CLOZARIL TABS 25mg, 50mg	4	GC
CLOZARIL TABS 100mg	5	GC, QL (270 tabs / 30 days)
CLOZARIL TABS 200mg	5	GC, QL (120 tabs / 30 days)
FANAPT TABS 1mg, 2mg, 4mg, 6mg, 8mg, 10mg, 12mg	5	GC, QL (60 tabs / 30 days), PA
FANAPT PAK	4	GC, QL (2 packs / year), PA
<i>fluphenazine decanoate</i> SOLN 25mg/ml	2	GC
<i>fluphenazine hcl</i> CONC 5mg/ml; ELIX 2.5mg/5ml; SOLN 2.5mg/ml; TABS 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg	2	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
GEODON CAPS 20mg, 40mg, 60mg, 80mg	5	GC, QL (60 caps / 30 days)
GEODON SOLR 20mg	4	GC, QL (6 injections / 3 days)
HALDOL DECANOATE 50 SOLN 50mg/ml	4	GC
HALDOL DECANOATE 100 SOLN 100mg/ml	4	GC
<i>haloperidol</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg, 5mg, 10mg, 20mg	2	GC
<i>haloperidol decanoate</i> SOLN 50mg/ml, 100mg/ml	2	GC
<i>haloperidol lactate</i> CONC 2mg/ml; SOLN 5mg/ml	2	GC
INVEGA TB24 3mg, 9mg	4	GC, QL (30 tabs / 30 days)
INVEGA TB24 6mg	4	GC, QL (60 tabs / 30 days)
INVEGA HAFYERA SUSY 1092mg/3.5ml, 1560mg/5ml	5	GC, QL (1 injection / 180 days)
INVEGA SUSTENNA SUSY 39mg/0.25ml	4	GC, QL (1 syringe / 28 days)
INVEGA SUSTENNA SUSY 78mg/0.5ml, 117mg/0.75ml, 156mg/ml, 234mg/1.5ml	5	GC, QL (1 syringe / 28 days)
INVEGA TRINZA SUSY 273mg/0.88ml, 410mg/1.32ml, 546mg/1.75ml, 819mg/2.63ml	5	GC, QL (1 syringe / 90 days)
LATUDA TABS 20mg, 40mg, 60mg, 120mg	5	GC, QL (30 tabs / 30 days)
LATUDA TABS 80mg	5	GC, 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>loxapine succinate</i> CAPS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	2	GC
<i>lurasidone hcl</i> TABS 20mg, 40mg, 60mg, 120mg	2	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>lurasidone hcl</i> TABS 80mg	2	GC, QL (60 tabs / 30 days)
LYBALVI TAB 5-10MG	5	GC, QL (30 tabs / 30 days), PA
LYBALVI TAB 10-10MG	5	GC, QL (30 tabs / 30 days), PA
LYBALVI TAB 15-10MG	5	GC, QL (30 tabs / 30 days), PA
LYBALVI TAB 20-10MG	5	GC, QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>molindone hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 25mg	2	GC
NUPLAZID CAPS 34mg	5	GC, QL (30 caps / 30 days), NM, LA, PA
NUPLAZID TABS 10mg	5	GC, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
<i>olanzapine</i> SOLR 10mg	2	GC, QL (3 vials / 1 day)
<i>olanzapine</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg; TBDP 10mg	2	GC, QL (60 tabs / 30 days)
<i>olanzapine</i> TABS 7.5mg, 15mg, 20mg; TBDP 5mg, 15mg, 20mg	2	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>paliperidone</i> TB24 1.5mg, 3mg, 9mg	2	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>paliperidone</i> TB24 6mg	2	GC, QL (60 tabs / 30 days)
<i>perphenazine</i> TABS 2mg, 4mg, 8mg, 16mg	2	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
PERSERIS PRSY 90mg, 120mg	5	GC, QL (1 syringe / 30 days)
<i>pimozide</i> TABS 1mg, 2mg	2	GC
<i>quetiapine fumarate</i> TABS 25mg	2	GC, QL (180 tabs / 30 days)
<i>quetiapine fumarate</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg	2	GC, QL (90 tabs / 30 days)
<i>quetiapine fumarate</i> TABS 300mg, 400mg	2	GC, QL (60 tabs / 30 days)
<i>quetiapine fumarate</i> TB24 50mg, 300mg, 400mg	2	GC, QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>quetiapine fumarate</i> TB24 150mg, 200mg	2	GC, QL (30 tabs / 30 days), PA
REXULTI TABS 3mg, 4mg	5	GC, QL (30 tabs / 30 days)
REXULTI TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg	5	GC, QL (60 tabs / 30 days)
RISPERDAL SOLN 1mg/ml	4	GC, QL (240 mL / 30 days)
RISPERDAL TABS .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	4	GC
RISPERDAL CONSTA SRER 12.5mg, 25mg	4	GC, QL (2 injections / 28 days)
RISPERDAL CONSTA SRER 37.5mg, 50mg	5	GC, QL (2 injections / 28 days)
<i>risperidone</i> SOLN 1mg/ml	2	GC, QL (240 mL / 30 days)
<i>risperidone</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	1	GC
<i>risperidone</i> TBDP 1mg, 2mg, 3mg	2	GC, 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>risperidone</i> TBDP 4mg	2	GC, QL (120 tabs / 30 days)
<i>risperidone</i> TBDP .25mg, .5mg	2	GC, QL (90 tabs / 30 days)
<i>risperidone microspheres</i> SRER 12.5mg, 25mg	2	GC, QL (2 injections / 28 days)
<i>risperidone microspheres</i> SRER 37.5mg, 50mg	5	GC, QL (2 injections / 28 days)
SAPHRIS SUBL 2.5mg, 5mg, 10mg	5	GC, QL (60 tabs / 30 days)
SECUADO PT24 3.8mg/24hr, 5.7mg/24hr, 7.6mg/24hr	5	GC, QL (30 patches / 30 days)
SEROQUEL TABS 25mg	4	GC, QL (180 tabs / 30 days)
SEROQUEL TABS 50mg, 100mg, 200mg	4	GC, QL (90 tabs / 30 days)
SEROQUEL TABS 300mg	4	GC, QL (60 tabs / 30 days)
SEROQUEL TABS 400mg	5	GC, QL (60 tabs / 30 days)
SEROQUEL XR TB24 50mg, 300mg, 400mg	4	GC, QL (60 tabs / 30 days), PA
SEROQUEL XR TB24 150mg, 200mg	4	GC, QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>thioridazine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg	2	GC
<i>thiothixene</i> CAPS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	2	GC
<i>trifluoperazine hcl</i> TABS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	2	GC
UZEDY SUSY 50mg/0.14ml, 75mg/0.21ml, 100mg/0.28ml, 125mg/0.35ml	5	GC, QL (1 syringe / 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
UZEDY SUSY 150mg/0.42ml, 200mg/0.56ml, 250mg/0.7ml	5	GC, QL (1 syringe / 60 days), PA
VERSACLOZ SUSP 50mg/ml	5	GC, QL (600 mL / 30 days), PA
VRAYLAR CAPS 1.5mg	5	GC, QL (60 caps / 30 days)
VRAYLAR CAPS 3mg, 4.5mg, 6mg	5	GC, QL (30 caps / 30 days)
VRAYLAR CAP 1.5-3MG	4	GC, QL (2 packs / year)
<i>ziprasidone hcl</i> CAPS 20mg, 40mg, 60mg, 80mg	2	GC, QL (60 caps / 30 days)
<i>ziprasidone mesylate</i> SOLR 20mg	2	GC, QL (6 injections / 3 days)
ZYPREXA SOLR 10mg	4	GC, QL (3 vials / 1 day)
ZYPREXA TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	4	GC, QL (60 tabs / 30 days)
ZYPREXA TABS 7.5mg	4	GC, QL (30 tabs / 30 days)
ZYPREXA TABS 15mg, 20mg	5	GC, QL (30 tabs / 30 days)
ZYPREXA RELPREVV SUSR 210mg, 300mg	5	GC, QL (2 vials / 28 days), NM, PA
ZYPREXA RELPREVV SUSR 405mg	5	GC, QL (1 vial / 28 days), NM, PA
ZYPREXA ZYDIS TBDP 5mg	4	GC, QL (30 tabs / 30 days)
ZYPREXA ZYDIS TBDP 10mg	4	GC, QL (60 tabs / 30 days)
ZYPREXA ZYDIS TBDP 15mg, 20mg	5	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
ANTISEIZURE AGENTS		
APTIOM TABS 200mg, 400mg	5	GC, QL (30 tabs / 30 days)
APTIOM TABS 600mg, 800mg	5	GC, QL (60 tabs / 30 days)
BANZEL SUSP 40mg/ml	5	GC, QL (2400 mL / 30 days), PA
BANZEL TABS 200mg	5	GC, QL (480 tabs / 30 days), PA
BANZEL TABS 400mg	5	GC, QL (240 tabs / 30 days), PA
BRIVIACT SOLN 10mg/ml	5	GC, QL (600 mL / 30 days), PA
BRIVIACT SOLN 50mg/5ml	4	GC, PA
BRIVIACT TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg	5	GC, QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>carbamazepine</i> CHEW 100mg; CP12 100mg, 200mg, 300mg; SUSP 100mg/5ml; TABS 200mg; TB12 100mg, 200mg, 400mg	2	GC
CARBATROL CP12 100mg, 200mg, 300mg	4	GC
CELONTIN CAPS 300mg	4	GC
<i>clobazam</i> SUSP 2.5mg/ml	2	GC, QL (480 mL / 30 days), PA
<i>clobazam</i> TABS 10mg, 20mg	2	GC, QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>clonazepam</i> TABS 2mg; TBDP 2mg	2	GC, QL (300 tabs / 30 days)
<i>clonazepam</i> TABS .5mg, 1mg; TBDP .125mg, .25mg, .5mg, 1mg	2	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
<i>clorazepate dipotassium</i> TABS 3.75mg, 7.5mg, 15mg	2	GC, QL (180 tabs / 30 days), PA; PA if 65 years and older
DEPAKOTE TBEC 125mg, 250mg, 500mg	4	GC
DEPAKOTE ER TB24 250mg, 500mg	4	GC
DEPAKOTE SPRINKLES CSDR 125mg	4	GC
DIACOMIT CAPS 250mg	5	GC, QL (360 caps / 30 days), NM, LA, PA
DIACOMIT CAPS 500mg	5	GC, QL (180 caps / 30 days), NM, LA, PA
DIACOMIT PACK 250mg	5	GC, QL (360 packets / 30 days), NM, LA, PA
DIACOMIT PACK 500mg	5	GC, QL (180 packets / 30 days), NM, LA, PA
DIASTAT ACUDIAL GEL 10mg	4	GC
<i>diazepam</i> SOLN 5mg/5ml	2	GC, 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	GC, 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	2	GC
<i>diazepam inj</i> SOLN 5mg/ml	2	GC
<i>diazepam intensol</i> CONC 5mg/ml	2	GC, QL (240 mL / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older after a 5 day supply in a calendar 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
DILANTIN CAPS 30mg, 100mg	4	GC
DILANTIN INFATABS CHEW 50mg	4	GC
DILANTIN-125 SUSP 125mg/5ml	4	GC
<i>divalproex sodium</i> CSDR 125mg; TB24 250mg, 500mg; TBEC 125mg, 250mg, 500mg	2	GC
EPIDIOLEX SOLN 100mg/ml	5	GC, QL (600 mL / 30 days), NM, LA, PA
<i>epitol</i> TABS 200mg	2	GC
EPRONTIA SOLN 25mg/ml	4	GC, QL (480 mL / 30 days), PA
<i>ethosuximide</i> CAPS 250mg; SOLN 250mg/5ml	2	GC
<i>felbamate</i> SUSP 600mg/5ml	5	GC
<i>felbamate</i> TABS 400mg, 600mg	2	GC
FELBATOL SUSP 600mg/5ml; TABS 400mg, 600mg	5	GC
FINTEPLA SOLN 2.2mg/ml	5	GC, QL (360 mL / 30 days), NM, LA, PA
FYCOMPA SUSP .5mg/ml	5	GC, QL (720 mL / 30 days), PA
FYCOMPA TABS 2mg	4	GC, QL (60 tabs / 30 days), PA
FYCOMPA TABS 4mg, 6mg, 8mg, 10mg, 12mg	5	GC, QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>gabapentin</i> CAPS 100mg, 300mg, 400mg	1	GC, QL (180 caps / 30 days)
<i>gabapentin</i> SOLN 250mg/5ml, 300mg/6ml	2	GC, QL (2160 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>gabapentin</i> TABS 600mg	2	GC, QL (180 tabs / 30 days)
<i>gabapentin</i> TABS 800mg	2	GC, QL (120 tabs / 30 days)
KEPPRA SOLN 100mg/ml, 500mg/5ml; TABS 500mg, 750mg, 1000mg	5	GC
KEPPRA TABS 250mg	4	GC
KEPPRA XR TB24 500mg, 750mg	5	GC
KLONOPIN TABS 2mg	4	GC, QL (300 tabs / 30 days)
KLONOPIN TABS .5mg, 1mg	4	GC, QL (90 tabs / 30 days)
<i>lacosamide</i> SOLN 200mg/20ml	2	GC
<i>lacosamide</i> TABS 50mg	2	GC, QL (120 tabs / 30 days)
<i>lacosamide</i> TABS 100mg, 150mg, 200mg	2	GC, QL (60 tabs / 30 days)
<i>lacosamide oral</i> SOLN 10mg/ml	2	GC, QL (1200 mL / 30 days)
LAMICTAL TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg	5	GC
LAMICTAL CHEWABLE DISPERS CHEW 5mg, 25mg	5	GC
LAMICTAL ODT TBDP 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	5	GC
LAMICTAL ODT KIT BLUE	4	GC
LAMICTAL ODT KIT GREEN	4	GC
LAMICTAL ODT KIT ORANGE	4	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
LAMICTAL STARTER KIT (35 X 25MG TABS) KIT 25mg	4	GC
LAMICTAL STARTER KIT (42 X 25MG TABS & 7 X 100MG TAB)	4	GC
LAMICTAL STARTER KIT (84 X 25MG TABS & 14 X 100MG TABS)	4	GC
LAMICTAL XR TB24 25mg	4	GC
LAMICTAL XR TB24 50mg, 100mg, 200mg, 250mg, 300mg	5	GC
LAMICTAL XR KIT	4	GC
<i>lamotrigine</i> CHEW 5mg, 25mg; KIT 25mg; TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 250mg, 300mg; TBDP 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	2	GC
<i>lamotrigine</i> TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg	1	GC
<i>lamotrigine tab 25 mg (42) & 100 mg (7) starter kit</i>	2	GC
<i>lamotrigine tab 84 x 25 mg & 14 x 100 mg starter kit</i>	2	GC
<i>lamotrigine tab disint 21 x 25 mg & 7 x 50 mg titration kit</i>	2	GC
<i>lamotrigine tab disint 25 (14) & 50 mg (14) & 100 mg (7) kit</i>	2	GC
<i>lamotrigine tab disint 42 x 50mg & 14 x 100mg titration kit</i>	2	GC
LEVETIRACETA INJ 5MG/ML	4	GC
LEVETIRACETA INJ 10MG/ML	4	GC
LEVETIRACETA INJ 15MG/ML	4	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>levetiracetam</i> SOLN 100mg/ml, 500mg/5ml; TABS 250mg, 500mg, 750mg, 1000mg; TB24 500mg, 750mg	2	GC
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> 500 mg/100ml	2	GC
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> 1000 mg/100ml	2	GC
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> 1500 mg/100ml	2	GC
LYRICA CAPS 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	4	GC, QL (120 caps / 30 days), PA
LYRICA CAPS 200mg	4	GC, QL (90 caps / 30 days), PA
LYRICA CAPS 225mg, 300mg	4	GC, QL (60 caps / 30 days), PA
LYRICA SOLN 20mg/ml	4	GC, QL (900 mL / 30 days), PA
<i>methsuximide</i> CAPS 300mg	2	GC
MOTPOLY XR CP24 100mg, 150mg, 200mg	5	GC, QL (60 caps / 30 days), PA
MYSOLINE TABS 50mg, 250mg	5	GC
NAYZILAM SOLN 5mg/0.1ml	4	GC
NEURONTIN CAPS 100mg, 300mg, 400mg	4	GC, QL (180 caps / 30 days)
NEURONTIN SOLN 250mg/5ml	4	GC, QL (2160 mL / 30 days)
NEURONTIN TABS 600mg	5	GC, QL (180 tabs / 30 days)
NEURONTIN TABS 800mg	5	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
ONFI SUSP 2.5mg/ml	5	GC, QL (480 mL / 30 days), PA
ONFI TABS 10mg, 20mg	5	GC, QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>oxcarbazepine</i> SUSP 300mg/5ml; TABS 150mg, 300mg, 600mg	2	GC
OXTELLAR XR TB24 150mg, 300mg	4	GC
OXTELLAR XR TB24 600mg	5	GC
<i>phenobarbital</i> ELIX 20mg/5ml	4	GC, 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	GC, QL (120 tabs / 30 days), PA; PA if 70 years and older
<i>phenobarbital sodium</i> SOLN 65mg/ml, 130mg/ml	4	GC, PA; PA if 70 years and older
<i>phenytek</i> CAPS 200mg, 300mg	2	GC
<i>phenytoin</i> CHEW 50mg; SUSP 125mg/5ml	2	GC
<i>phenytoin sodium</i> SOLN 50mg/ml	2	GC
<i>phenytoin sodium extended</i> CAPS 100mg, 200mg, 300mg	2	GC
<i>pregabalin</i> CAPS 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	2	GC, QL (120 caps / 30 days), PA
<i>pregabalin</i> CAPS 200mg	2	GC, QL (90 caps / 30 days), PA
<i>pregabalin</i> CAPS 225mg, 300mg	2	GC, QL (60 caps / 30 days), PA
<i>pregabalin</i> SOLN 20mg/ml	2	GC, QL (900 mL / 30 days), PA
<i>primidone</i> TABS 50mg, 125mg, 250mg	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
QUDEXY XR CS24 25mg	4	GC, QL (480 caps / 30 days), PA
QUDEXY XR CS24 50mg	4	GC, QL (240 caps / 30 days), PA
QUDEXY XR CS24 100mg	4	GC, QL (120 caps / 30 days), PA
QUDEXY XR CS24 150mg, 200mg	5	GC, QL (60 caps / 30 days), PA
<i>roweepra</i> TABS 500mg	2	GC
<i>rufinamide</i> SUSP 40mg/ml	5	GC, QL (2400 mL / 30 days), PA
<i>rufinamide</i> TABS 200mg	2	GC, QL (480 tabs / 30 days), PA
<i>rufinamide</i> TABS 400mg	5	GC, QL (240 tabs / 30 days), PA
SABRIL PACK 500mg	5	GC, QL (180 packets / 30 days), NM, LA, PA
SABRIL TABS 500mg	5	GC, QL (180 tabs / 30 days), NM, LA, PA
SPRITAM TB3D 250mg	4	GC, QL (360 tabs / 30 days)
SPRITAM TB3D 500mg	4	GC, QL (180 tabs / 30 days)
SPRITAM TB3D 750mg	4	GC, QL (120 tabs / 30 days)
SPRITAM TB3D 1000mg	4	GC, QL (90 tabs / 30 days)
<i>subvenite</i> TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg	1	GC
<i>subvenite starter kit/blu</i> KIT 25mg	2	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>subvenite starter kit/gre</i>	2	GC
<i>subvenite starter kit/ora</i>	2	GC
SYMPAZAN FILM 5mg, 10mg, 20mg	5	GC, QL (60 films / 30 days), PA
TEGRETOL SUSP 100mg/5ml; TABS 200mg	4	GC
TEGRETOL-XR TB12 100mg, 200mg, 400mg	4	GC
<i>tiagabine hcl</i> TABS 2mg, 4mg, 12mg, 16mg	2	GC
TOPAMAX TABS 25mg	4	GC
TOPAMAX TABS 50mg, 100mg, 200mg	5	GC
TOPAMAX SPRINKLE CPSP 15mg	4	GC
TOPAMAX SPRINKLE CPSP 25mg	5	GC
<i>topiramate</i> CP24 25mg; CS24 25mg	2	GC, QL (480 caps / 30 days), PA
<i>topiramate</i> CP24 50mg; CS24 50mg	2	GC, QL (240 caps / 30 days), PA
<i>topiramate</i> CP24 100mg	5	GC, QL (120 caps / 30 days), PA
<i>topiramate</i> CP24 200mg; CS24 150mg, 200mg	5	GC, QL (60 caps / 30 days), PA
<i>topiramate</i> CPSP 15mg, 25mg	2	GC
<i>topiramate</i> CS24 100mg	2	GC, QL (120 caps / 30 days), PA
<i>topiramate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	1	GC
TRILEPTAL SUSP 300mg/5ml; TABS 300mg, 600mg	5	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
TRILEPTAL TABS 150mg	4	GC
TROKENDI XR CP24 25mg	4	GC, QL (480 caps / 30 days), PA
TROKENDI XR CP24 50mg	4	GC, QL (240 caps / 30 days), PA
TROKENDI XR CP24 100mg	5	GC, QL (120 caps / 30 days), PA
TROKENDI XR CP24 200mg	5	GC, QL (60 caps / 30 days), PA
VALIUM TABS 2mg, 5mg, 10mg	4	GC, QL (120 tabs / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older after a 5 day supply in a calendar year
<i>valproate sodium</i> SOLN 100mg/ml, 250mg/5ml	2	GC
<i>valproic acid</i> CAPS 250mg	2	GC
VALTOCO 5 MG DOSE LIQD 5mg/0.1ml	4	GC
VALTOCO 10 MG DOSE LIQD 10mg/0.1ml	4	GC
VALTOCO 15 MG DOSE LQPK 7.5mg/0.1ml	4	GC
VALTOCO 20 MG DOSE LQPK 10mg/0.1ml	4	GC
<i>vigabatrin</i> PACK 500mg	5	GC, QL (180 packets / 30 days), NM, LA, PA
<i>vigabatrin</i> TABS 500mg	5	GC, QL (180 tabs / 30 days), NM, LA, PA
<i>vigadrone</i> PACK 500mg	5	GC, QL (180 packets / 30 days), NM, LA, PA
<i>vigadrone</i> TABS 500mg	5	GC, QL (180 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
<i>vigpoder</i> PACK 500mg	5	GC, QL (180 packets / 30 days), NM, LA, PA
VIMPAT SOLN 10mg/ml	5	GC, QL (1200 mL / 30 days)
VIMPAT SOLN 200mg/20ml	4	GC
VIMPAT TABS 50mg	4	GC, QL (120 tabs / 30 days)
VIMPAT TABS 100mg, 150mg, 200mg	5	GC, QL (60 tabs / 30 days)
XCOPRI TABS 50mg, 100mg	5	GC, QL (30 tabs / 30 days)
XCOPRI TABS 150mg, 200mg	5	GC, QL (60 tabs / 30 days)
XCOPRI PAK 12.5-25	4	GC, QL (28 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 50-100MG	5	GC, QL (28 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 100-150	5	GC, QL (56 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 150-200MG (MAINTENANCE)	5	GC, QL (56 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION)	5	GC, QL (28 tabs / 28 days)
ZARONTIN CAPS 250mg; SOLN 250mg/5ml	4	GC
ZONEGRAN CAPS 25mg, 100mg	5	GC
ZONISADE SUSP 100mg/5ml	5	GC, QL (900 mL / 30 days), PA
<i>zonisamide</i> CAPS 25mg, 50mg, 100mg	2	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
ZTALMY SUSP 50mg/ml	5	GC, QL (1100 mL / 30 days), NM, LA, PA
ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER		
ADDERALL TAB 5MG	4	GC, QL (60 tabs / 30 days), PA
ADDERALL TAB 7.5MG	4	GC, QL (60 tabs / 30 days), PA
ADDERALL TAB 10MG	4	GC, QL (60 tabs / 30 days), PA
ADDERALL TAB 12.5MG	4	GC, QL (60 tabs / 30 days), PA
ADDERALL TAB 15MG	4	GC, QL (60 tabs / 30 days), PA
ADDERALL TAB 20MG	4	GC, QL (90 tabs / 30 days), PA
ADDERALL TAB 30MG	4	GC, QL (60 tabs / 30 days), PA
ADDERALL XR CAP 5MG	4	GC, QL (30 caps / 30 days), PA
ADDERALL XR CAP 10MG	4	GC, QL (30 caps / 30 days), PA
ADDERALL XR CAP 15MG	4	GC, QL (30 caps / 30 days), PA
ADDERALL XR CAP 20MG	4	GC, QL (30 caps / 30 days), PA
ADDERALL XR CAP 25MG	4	GC, QL (30 caps / 30 days), PA
ADDERALL XR CAP 30MG	4	GC, QL (30 caps / 30 days), PA
ADZENYS XR-ODT TBED 3.1mg, 6.3mg, 9.4mg	4	GC, QL (60 tabs / 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
ADZENYS XR-ODT TBED 12.5mg, 15.7mg, 18.8mg	4	GC, QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine 3-bead cap er 24hr 12.5 mg</i>	2	GC, QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine 3-bead cap er 24hr 25 mg</i>	2	GC, QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine 3-bead cap er 24hr 37.5 mg</i>	2	GC, QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine 3-bead cap er 24hr 50 mg</i>	2	GC, QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg</i>	2	GC, QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 10 mg</i>	2	GC, QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 15 mg</i>	2	GC, QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 20 mg</i>	2	GC, QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 25 mg</i>	2	GC, QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 30 mg</i>	2	GC, QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 5 mg</i>	2	GC, QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 7.5 mg</i>	2	GC, QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 10 mg</i>	2	GC, QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 12.5 mg</i>	2	GC, QL (60 tabs / 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>amphetamine-dextroamphetamine tab 15 mg</i>	2	GC, QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 20 mg</i>	2	GC, QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 30 mg</i>	2	GC, QL (60 tabs / 30 days), PA
APTENSIO XR CP24 10mg, 15mg, 20mg, 30mg	4	GC, QL (60 caps / 30 days), PA
APTENSIO XR CP24 40mg, 50mg, 60mg	4	GC, QL (30 caps / 30 days), PA
<i>atomoxetine hcl CAPS 10mg, 18mg, 25mg</i>	2	GC, QL (120 caps / 30 days)
<i>atomoxetine hcl CAPS 40mg</i>	2	GC, QL (60 caps / 30 days)
<i>atomoxetine hcl CAPS 60mg, 80mg, 100mg</i>	2	GC, QL (30 caps / 30 days)
AZSTARYS CAP 26.1-5.2	4	GC, QL (30 caps / 30 days), PA
AZSTARYS CAP 39.2-7.8	4	GC, QL (30 caps / 30 days), PA
AZSTARYS CAP 52.3-10.	4	GC, QL (30 caps / 30 days), PA
CONCERTA TBCR 18mg, 27mg, 36mg	4	GC, QL (60 tabs / 30 days), PA
CONCERTA TBCR 54mg	4	GC, QL (30 tabs / 30 days), PA
COTEMPLA XR-ODT TBED 8.6mg, 17.3mg, 25.9mg	4	GC, QL (60 tabs / 30 days), PA
DAYTRANA PTCH 10mg/9hr, 15mg/9hr, 20mg/9hr, 30mg/9hr	4	GC, QL (30 patches / 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
DEXEDRINE CP24 10mg	5	GC, QL (150 caps / 30 days), PA
DEXEDRINE CP24 15mg	5	GC, QL (120 caps / 30 days), PA
<i>dexmethylphenidate hcl</i> CP24 5mg, 10mg, 15mg, 20mg	2	GC, QL (60 caps / 30 days), PA
<i>dexmethylphenidate hcl</i> CP24 25mg, 30mg, 35mg, 40mg	2	GC, QL (30 caps / 30 days), PA
<i>dexmethylphenidate hcl</i> TABS 2.5mg, 5mg	2	GC, QL (120 tabs / 30 days), PA
<i>dexmethylphenidate hcl</i> TABS 10mg	2	GC, QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>dextroamphetamine sulfate</i> CP24 5mg, 10mg	2	GC, QL (150 caps / 30 days), PA
<i>dextroamphetamine sulfate</i> CP24 15mg	2	GC, QL (120 caps / 30 days), PA
<i>dextroamphetamine sulfate</i> TABS 2.5mg, 5mg, 7.5mg, 10mg	2	GC, QL (180 tabs / 30 days), PA
<i>dextroamphetamine sulfate</i> TABS 15mg	2	GC, QL (120 tabs / 30 days), PA
<i>dextroamphetamine sulfate</i> TABS 20mg	2	GC, QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>dextroamphetamine sulfate</i> TABS 30mg	2	GC, QL (60 tabs / 30 days), PA
DYANAVAL XR CHER 5mg	4	GC, QL (60 tabs / 30 days), PA
DYANAVAL XR CHER 10mg, 15mg, 20mg	4	GC, QL (30 tabs / 30 days), PA
DYANAVAL XR SUER 2.5mg/ml	4	GC, QL (240 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
FOCALIN TABS 2.5mg, 5mg	4	GC, QL (120 tabs / 30 days), PA
FOCALIN TABS 10mg	4	GC, QL (60 tabs / 30 days), PA
FOCALIN XR CP24 5mg, 10mg, 15mg, 20mg	4	GC, QL (60 caps / 30 days), PA
FOCALIN XR CP24 25mg, 30mg, 35mg, 40mg	4	GC, QL (30 caps / 30 days), PA
<i>guanfacine hcl (adhd)</i> TB24 1mg, 2mg, 4mg	3	GC, QL (30 tabs / 30 days), PA; PA if 70 years and older
<i>guanfacine hcl (adhd)</i> TB24 3mg	3	GC, QL (60 tabs / 30 days), PA; PA if 70 years and older
INTUNIV TB24 1mg, 2mg, 4mg	4	GC, QL (30 tabs / 30 days), PA; PA if 70 years and older
INTUNIV TB24 3mg	4	GC, QL (60 tabs / 30 days), PA; PA if 70 years and older
JORNAY PM CP24 20mg, 40mg	4	GC, QL (60 caps / 30 days), PA
JORNAY PM CP24 60mg, 80mg, 100mg	4	GC, QL (30 caps / 30 days), PA
<i>lisdexamfetamine dimesylate</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg	2	GC, QL (60 caps / 30 days), PA
<i>lisdexamfetamine dimesylate</i> CAPS 40mg, 50mg, 60mg, 70mg	2	GC, QL (30 caps / 30 days), PA
<i>lisdexamfetamine dimesylate</i> CHEW 10mg, 20mg, 30mg	2	GC, QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>lisdexamfetamine dimesylate</i> CHEW 40mg, 50mg, 60mg	2	GC, QL (30 tabs / 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
METHYLIN SOLN 5mg/5ml	4	GC, QL (1800 mL / 30 days), PA
METHYLIN SOLN 10mg/5ml	4	GC, QL (900 mL / 30 days), PA
<i>methylphenidate</i> PTCH 10mg/9hr, 15mg/9hr, 20mg/9hr, 30mg/9hr	2	GC, QL (30 patches / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl</i> CHEW 2.5mg, 5mg, 10mg; TABS 5mg, 10mg	2	GC, QL (180 tabs / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl</i> CP24 10mg, 15mg, 20mg, 30mg; CPCR 10mg, 20mg, 30mg	2	GC, QL (60 caps / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl</i> CP24 40mg, 50mg, 60mg; CPCR 40mg, 50mg, 60mg	2	GC, QL (30 caps / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl</i> SOLN 5mg/5ml	2	GC, QL (1800 mL / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl</i> SOLN 10mg/5ml	2	GC, QL (900 mL / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl</i> TABS 20mg; TBCR 10mg, 20mg	2	GC, QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl</i> TB24 18mg; TBCR 18mg, 27mg, 36mg	2	GC, QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl</i> TBCR 54mg	2	GC, QL (30 tabs / 30 days), PA
METHYLPHENIDATE HYDROCHLO TBCR 45mg, 63mg, 72mg	4	GC, QL (30 tabs / 30 days), PA
MYDAYIS CAP 12.5MG	4	GC, QL (30 caps / 30 days), PA
MYDAYIS CAP 25MG	4	GC, QL (30 caps / 30 days), PA
MYDAYIS CAP 37.5MG	4	GC, QL (30 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
MYDAYIS CAP 50MG	4	GC, QL (30 caps / 30 days), PA
QELBREE CP24 100mg	4	GC, QL (120 caps / 30 days), PA
QELBREE CP24 150mg	4	GC, QL (60 caps / 30 days), PA
QELBREE CP24 200mg	4	GC, QL (90 caps / 30 days), PA
QUILLICHEW ER CHER 20mg, 30mg	4	GC, QL (60 tabs / 30 days), PA
QUILLICHEW ER CHER 40mg	4	GC, QL (30 tabs / 30 days), PA
QUILLIVANT XR SRER 25mg/5ml	4	GC, QL (360 mL / 30 days), PA
RELEXXII TBCR 18mg, 27mg, 36mg	4	GC, QL (60 tabs / 30 days), PA
RELEXXII TBCR 45mg, 54mg, 63mg, 72mg	4	GC, QL (30 tabs / 30 days), PA
RITALIN TABS 5mg, 10mg	4	GC, QL (180 tabs / 30 days), PA
RITALIN TABS 20mg	4	GC, QL (90 tabs / 30 days), PA
RITALIN LA CP24 10mg, 20mg, 30mg	4	GC, QL (60 caps / 30 days), PA
RITALIN LA CP24 40mg	4	GC, QL (30 caps / 30 days), PA
STRATTERA CAPS 10mg, 18mg, 25mg	4	GC, QL (120 caps / 30 days)
STRATTERA CAPS 40mg	4	GC, 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
STRATTERA CAPS 60mg, 80mg, 100mg	4	GC, QL (30 caps / 30 days)
VYVANSE CAPS 10mg, 20mg, 30mg	4	GC, QL (60 caps / 30 days), PA
VYVANSE CAPS 40mg, 50mg, 60mg, 70mg	4	GC, QL (30 caps / 30 days), PA
VYVANSE CHEW 10mg, 20mg, 30mg	4	GC, QL (60 tabs / 30 days), PA
VYVANSE CHEW 40mg, 50mg, 60mg	4	GC, QL (30 tabs / 30 days), PA
XELSTRYM PTCH 4.5mg/9hr, 9mg/9hr, 13.5mg/9hr, 18mg/9hr	4	GC, QL (30 patches / 30 days), PA
<i>zenzedi</i> TABS 2.5mg, 5mg, 7.5mg, 10mg	2	GC, QL (180 tabs / 30 days), PA
<i>zenzedi</i> TABS 15mg	2	GC, QL (120 tabs / 30 days), PA
<i>zenzedi</i> TABS 20mg	2	GC, QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>zenzedi</i> TABS 30mg	2	GC, QL (60 tabs / 30 days), PA
HYPNOTICS		
AMBIEN TABS 5mg, 10mg	4	GC, QL (30 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 90 day supply in a calendar year
AMBIEN CR TBCR 6.25mg, 12.5mg	4	GC, QL (30 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 90 day supply in a calendar year
BELSOMRA TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg	3	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
DAYVIGO TABS 5mg, 10mg	3	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>doxepin hcl (sleep)</i> TABS 3mg, 6mg	2	GC, QL (30 tabs / 30 days)
EDLUAR SUBL 5mg, 10mg	4	GC, QL (30 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 90 day supply in a calendar year
<i>estazolam</i> TABS 1mg, 2mg	2	GC, QL (30 tabs / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older after a 90 day supply in a calendar year
<i>eszopiclone</i> TABS 1mg, 2mg, 3mg	4	GC, QL (30 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 90 day supply in a calendar year
HALCION TABS .25mg	4	GC, QL (30 tabs / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older after a 90 day supply in a calendar year
HETLIOZ CAPS 20mg	5	GC, QL (30 caps / 30 days), NM, LA, PA
HETLIOZ LQ SUSP 4mg/ml	5	GC, QL (158 ml / 30 days), NM, LA, PA
LUNESTA TABS 1mg, 2mg, 3mg	4	GC, QL (30 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 90 day supply in a calendar year
QUVIVIQ TABS 25mg, 50mg	4	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>ramelteon</i> TABS 8mg	2	GC, QL (30 tabs / 30 days)
RESTORIL CAPS 7.5mg, 22.5mg, 30mg	5	GC, QL (30 caps / 30 days), PA; PA if 65 years and older
RESTORIL CAPS 15mg	5	GC, QL (60 caps / 30 days), PA; PA if 65 years and older
ROZEREM TABS 8mg	4	GC, QL (30 tabs / 30 days)
SILENOR TABS 3mg, 6mg	4	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>tasimelteon</i> CAPS 20mg	5	GC, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
<i>temazepam</i> CAPS 7.5mg, 22.5mg, 30mg	2	GC, QL (30 caps / 30 days), PA; PA if 65 years and older
<i>temazepam</i> CAPS 15mg	2	GC, QL (60 caps / 30 days), PA; PA if 65 years and older
<i>triazolam</i> TABS .25mg	3	GC, QL (30 tabs / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older after a 90 day supply in a calendar year
<i>triazolam</i> TABS .125mg	3	GC, QL (60 tabs / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older after a 90 day supply in a calendar year
<i>zaleplon</i> CAPS 5mg	3	GC, QL (30 caps / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 90 day supply in a calendar 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>zaleplon</i> CAPS 10mg	3	GC, QL (60 caps / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 90 day supply in a calendar year
ZOLPIDEM TARTRATE CAPS 7.5mg	4	GC, QL (30 caps / 30 days), PA
<i>zolpidem tartrate</i> SUBL 1.75mg, 3.5mg	4	GC, QL (30 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 90 day supply in a calendar year
<i>zolpidem tartrate</i> TABS 5mg, 10mg	2	GC, QL (30 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 90 day supply in a calendar year
<i>zolpidem tartrate</i> TBCR 6.25mg, 12.5mg	3	GC, 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	GC, QL (1 pen / 30 days), NM, PA
AJOVY SOAJ 225mg/1.5ml	4	GC, QL (3 pens / 90 days), NM, PA
AJOVY SOSY 225mg/1.5ml	4	GC, QL (3 syringes / 90 days), NM, PA
<i>almotriptan malate</i> TABS 6.25mg, 12.5mg	2	GC, QL (12 tabs / 30 days)
CAMBIA PACK 50mg	5	GC, QL (9 packets / 30 days), PA
<i>diclofenac potassium (migraine)</i> PACK 50mg	2	GC, QL (9 packets / 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>dihydroergotamine mesylate</i> SOLN 1mg/ml	5	GC
<i>dihydroergotamine mesylate</i> SOLN 4mg/ml	5	GC, QL (8 mL / 30 days), PA
<i>eletriptan hydrobromide</i> TABS 20mg, 40mg	2	GC, QL (12 tabs / 30 days)
ELYXYB SOLN 120mg/4.8ml	5	GC, QL (28.8 mL / 21 days), PA
EMGALITY SOAJ 120mg/ml	3	GC, QL (2 pens / 30 days), NM, PA
EMGALITY SOSY 100mg/ml	3	GC, QL (3 syringes / 30 days), NM, PA
EMGALITY SOSY 120mg/ml	3	GC, QL (2 syringes / 30 days), NM, PA
<i>ergotamine w/ caffeine tab 1-100 mg</i>	2	GC, QL (40 tabs / 28 days), PA
FROVA TABS 2.5mg	5	GC, QL (18 tabs / 30 days)
<i>frovatriptan succinate</i> TABS 2.5mg	2	GC, QL (18 tabs / 30 days)
IMITREX SOLN 5mg/act	4	GC, QL (24 units / 30 days)
IMITREX SOLN 20mg/act	4	GC, QL (12 units / 30 days)
IMITREX TABS 25mg, 50mg, 100mg	4	GC, QL (12 tabs / 30 days)
IMITREX STATDOSE REFILL SOCT 4mg/0.5ml	5	GC, QL (18 injections / 30 days)
IMITREX STATDOSE REFILL SOCT 6mg/0.5ml	5	GC, 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
IMITREX STATDOSE SYSTEM SOAJ 4mg/0.5ml	5	GC, QL (18 injections / 30 days)
IMITREX STATDOSE SYSTEM SOAJ 6mg/0.5ml	5	GC, QL (12 injections / 30 days)
MAXALT TABS 10mg	4	GC, QL (18 tabs / 30 days)
MAXALT-MLT TBDP 10mg	4	GC, QL (18 tabs / 30 days)
<i>migergot</i>	5	GC, QL (20 suppositories / 28 days), PA
MIGRANAL SOLN 4mg/ml	5	GC, QL (8 mL / 30 days), PA
<i>naratriptan hcl</i> TABS 1mg, 2.5mg	2	GC, QL (12 tabs / 30 days)
NURTEC TBDP 75mg	3	GC, QL (16 tabs / 30 days), PA
ONZETRA XSAIL EXHP 11mg/nosepc	5	GC, QL (16 nosepieces / 30 days), ST
QULIPTA TABS 10mg, 30mg, 60mg	3	GC, QL (30 tabs / 30 days), PA
RELPAX TABS 20mg	4	GC, QL (12 tabs / 30 days)
RELPAX TABS 40mg	5	GC, QL (12 tabs / 30 days)
REYVOW TABS 50mg	4	GC, QL (4 tabs / 30 days), PA
REYVOW TABS 100mg	4	GC, QL (8 tabs / 30 days), PA
<i>rizatriptan benzoate</i> TABS 5mg, 10mg; TBDP 5mg, 10mg	2	GC, QL (18 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>sumatriptan</i> SOLN 5mg/act	2	GC, QL (24 units / 30 days)
<i>sumatriptan</i> SOLN 20mg/act	2	GC, QL (12 units / 30 days)
<i>sumatriptan succinate</i> SOAJ 4mg/0.5ml; SOCT 4mg/0.5ml	2	GC, QL (18 injections / 30 days)
<i>sumatriptan succinate</i> SOAJ 6mg/0.5ml; SOCT 6mg/0.5ml; SOLN 6mg/0.5ml	2	GC, QL (12 injections / 30 days)
<i>sumatriptan succinate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	2	GC, QL (12 tabs / 30 days)
<i>sumatriptan-naproxen sodium tab 85-500 mg</i>	2	GC, QL (9 tabs / 30 days), PA
TOSYMRA SOLN 10mg/act	4	GC, QL (18 units / 30 days), ST
TREXIMET TAB 85-500MG	5	GC, QL (9 tabs / 30 days), PA
UBRELVY TABS 50mg, 100mg	3	GC, QL (16 tabs / 30 days), PA
VYEPTI SOLN 100mg/ml	5	GC, QL (3 vials / 90 days), NM, LA, PA
ZAVZPRET SOLN 10mg/act	5	GC, QL (6 nasal units / 21 days), PA
ZEMBRACE SYMTOUCH SOAJ 3mg/0.5ml	5	GC, QL (24 pens / 30 days), ST
<i>zolmitriptan</i> SOLN 2.5mg, 5mg	2	GC, QL (12 units / 30 days)
<i>zolmitriptan</i> TABS 2.5mg, 5mg; TBDP 2.5mg, 5mg	2	GC, QL (12 tabs / 30 days), ST
ZOMIG SOLN 2.5mg, 5mg	4	GC, QL (12 units / 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
MISCELLANEOUS		
AMVUTTRA SOSY 25mg/0.5ml	5	GC, QL (1 syringe / 90 days), NM, LA, PA
AUSTEDO TABS 6mg	5	GC, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
AUSTEDO TABS 9mg, 12mg	5	GC, QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA
AUSTEDO XR TB24 6mg	5	GC, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TB24 12mg	5	GC, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TB24 24mg	5	GC, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TAB TITR KIT	5	GC, QL (2 packs / year), NM, PA
DAYBUE SOLN 200mg/ml	5	GC, QL (3600 mL / 30 days), NM, LA, PA
ENSPRYNG SOSY 120mg/ml	5	GC, NM, LA, PA
EQUETRO CP12 100mg, 200mg, 300mg	4	GC
EVRYSDI SOLR .75mg/ml	5	GC, NM, LA, PA
EXSERVAN FILM 50mg	5	GC, QL (60 films / 30 days), NM, LA, PA
FIRDAPSE TABS 10mg	5	GC, NM, LA, PA
<i>gabapentin (once-daily)</i> TABS 300mg	2	GC, QL (180 tabs / 30 days), PA
<i>gabapentin (once-daily)</i> TABS 600mg	2	GC, QL (90 tabs / 30 days), PA
GRALISE TABS 300mg	4	GC, QL (180 tabs / 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
GRALISE TABS 450mg, 600mg	4	GC, QL (90 tabs / 30 days), PA
GRALISE TABS 750mg, 900mg	4	GC, QL (60 tabs / 30 days), PA
HORIZANT TBCR 300mg, 600mg	4	GC, QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>lithium</i> SOLN 8meq/5ml	4	GC
<i>lithium carbonate</i> CAPS 150mg, 300mg, 600mg; TABS 300mg	1	GC
<i>lithium carbonate</i> TBCR 300mg, 450mg	2	GC
LITHOBID TBCR 300mg	5	GC
LYRICA CR TB24 82.5mg, 165mg	4	GC, QL (90 tabs / 30 days), PA
LYRICA CR TB24 330mg	4	GC, QL (60 tabs / 30 days), PA
MESTINON SOLN 60mg/5ml; TABS 60mg	5	GC
MESTINON TIMESPAN TBCR 180mg	5	GC
NUDEXTA CAP 20-10MG	4	GC, QL (60 caps / 30 days), PA
<i>paroxetine mesylate (vasomotor)</i> CAPS 7.5mg	4	GC, QL (30 caps / 30 days), PA
<i>pregabalin (once-daily)</i> TB24 82.5mg, 165mg	2	GC, QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>pregabalin (once-daily)</i> TB24 330mg	2	GC, QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>pyridostigmine bromide</i> SOLN 60mg/5ml	5	GC
<i>pyridostigmine bromide</i> TABS 30mg, 60mg; TBCR 180mg	2	GC
RADICAVA SOLN 30mg/100ml	5	GC, 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
RADICAVA ORS SUSP 105mg/5ml	5	GC, QL (70 mL / 28 days), NM, LA, PA
RADICAVA ORS STARTER KIT SUSP 105mg/5ml	5	GC, QL (70 mL / 28 days), NM, LA, PA
RELYVRIO PAK 3-1GM	5	GC, QL (56 packets / 28 days), NM, LA, PA
RILUTEK TABS 50mg	5	GC
<i>riluzole</i> TABS 50mg	2	GC
SAVELLA TABS 12.5mg, 25mg, 50mg, 100mg	4	GC, QL (60 tabs / 30 days), PA
SAVELLA MIS TITR PAK	4	GC, QL (2 packs / year), PA
SKYCLARYS CAPS 50mg	5	GC, QL (90 caps / 30 days), NM, LA, PA
TEGLUTIK SUSP 50mg/10ml	5	GC, QL (600 mL / 30 days), NM, LA, PA
TEGSEDI SOSY 284mg/1.5ml	5	GC, QL (4 syringes / 28 days), NM, LA, PA
<i>tetrabenazine</i> TABS 12.5mg	5	GC, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>tetrabenazine</i> TABS 25mg	5	GC, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
UPLIZNA SOLN 100mg/10ml	5	GC, NM, LA, PA
WAINUA SOAJ 45mg/0.8ml	5	GC, QL (1 pen / 30 days), NM, LA, PA
XENAZINE TABS 12.5mg	5	GC, QL (90 tabs / 30 days), NM, LA, PA
XENAZINE TABS 25mg	5	GC, 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
MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS		
AMPYRA TB12 10mg	5	GC, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
AUBAGIO TABS 7mg, 14mg	5	GC, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
AVONEX PSKT 30mcg/0.5ml	5	GC, QL (4 syringes / 28 days), NM, PA
AVONEX PEN AJKT 30mcg/0.5ml	5	GC, QL (4 injections / 28 days), NM, PA
BAFIERTAM CPDR 95mg	5	GC, QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA
BETASERON KIT .3mg	5	GC, QL (14 syringes / 28 days), NM, PA
BRIUMVI SOLN 150mg/6ml	5	GC, NM, LA, PA
COPAXONE SOSY 20mg/ml	5	GC, QL (30 syringes / 30 days), NM, PA
COPAXONE SOSY 40mg/ml	5	GC, QL (12 syringes / 28 days), NM, PA
<i>dalfampridine</i> TB12 10mg	2	GC, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
<i>dimethyl fumarate</i> CPDR 120mg	5	GC, QL (14 caps / 7 days), NM, PA
<i>dimethyl fumarate</i> CPDR 240mg	5	GC, QL (60 caps / 30 days), NM, PA
<i>dimethyl fumarate capsule dr starter pack 120 mg & 240 mg</i>	5	GC, QL (2 packs / year), NM, PA
EXTAVIA KIT .3mg	5	GC, QL (15 syringes / 30 days), NM, PA
<i>fingolimod hcl</i> CAPS .5mg	5	GC, QL (30 caps / 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
GILENYA CAPS .25mg, .5mg	5	GC, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
<i>glatiramer acetate</i> SOSY 20mg/ml	5	GC, QL (30 syringes / 30 days), NM, PA
<i>glatiramer acetate</i> SOSY 40mg/ml	5	GC, QL (12 syringes / 28 days), NM, PA
<i>glatopa</i> SOSY 20mg/ml	5	GC, QL (30 syringes / 30 days), NM, PA
<i>glatopa</i> SOSY 40mg/ml	5	GC, QL (12 syringes / 28 days), NM, PA
KESIMPTA SOAJ 20mg/0.4ml	5	GC, QL (16 pens / year), NM, LA, PA
LEMTRADA SOLN 12mg/1.2ml	5	GC, NM, LA, PA
MAVENCLAD (4 TABS) TBPK 10mg	5	GC, QL (16 tabs per lifetime), NM, LA, PA
MAVENCLAD (5 TABS) TBPK 10mg	5	GC, QL (20 tabs per lifetime), NM, LA, PA
MAVENCLAD (6 TABS) TBPK 10mg	5	GC, QL (24 tabs per lifetime), NM, LA, PA
MAVENCLAD (7 TABS) TBPK 10mg	5	GC, QL (28 tabs per lifetime), NM, LA, PA
MAVENCLAD (8 TABS) TBPK 10mg	5	GC, QL (32 tabs per lifetime), NM, LA, PA
MAVENCLAD (9 TABS) TBPK 10mg	5	GC, QL (36 tabs per lifetime), NM, LA, PA
MAVENCLAD (10 TABS) TBPK 10mg	5	GC, QL (40 tabs per lifetime), NM, LA, PA
MAYZENT TABS 1mg, 2mg	5	GC, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
MAYZENT TABS .25mg	5	GC, QL (112 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
MAYZENT STARTER PACK (7) TBPK .25mg	4	GC, QL (2 packs / year), NM, LA, PA
MAYZENT STARTER PACK (12) TBPK .25mg	5	GC, QL (2 packs / year), NM, LA, PA
OCREVUS SOLN 300mg/10ml	5	GC, NM, LA, PA
PLEGRIDY SOPN 125mcg/0.5ml	5	GC, QL (2 pens / 28 days), NM, LA, PA
PLEGRIDY SOSY 125mcg/0.5ml	5	GC, QL (2 syringes / 28 days), NM, LA, PA
PLEGRIDY INJ STARTER	5	GC, QL (2 packs / year), NM, LA, PA
PLEGRIDY PEN INJ STARTER	5	GC, QL (2 packs / year), NM, LA, PA
PONVORY TABS 20mg	5	GC, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
PONVORY TAB STARTER	5	GC, QL (2 packs / year), NM, LA, PA
REBIF SOSY 22mcg/0.5ml, 44mcg/0.5ml	5	GC, QL (12 syringes / 28 days), NM, PA
REBIF REBIDO INJ TITRATN	5	GC, QL (12 injections / 28 days), NM, PA
REBIF REBIDOSE SOAJ 22mcg/0.5ml, 44mcg/0.5ml	5	GC, QL (12 injections / 28 days), NM, PA
REBIF TITRTN INJ PACK	5	GC, QL (12 syringes / 28 days), NM, PA
TASCENSO ODT TBDP .25mg, .5mg	5	GC, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
TECFIDERA CPDR 120mg	5	GC, QL (14 caps / 7 days), NM, LA, PA
TECFIDERA CPDR 240mg	5	GC, QL (60 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
TECFIDERA CAP STARTER	5	GC, QL (2 packs / year), NM, LA, PA
<i>teriflunomide</i> TABS 7mg, 14mg	5	GC, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
TYSABRI CONC 300mg/15ml	5	GC, NM, LA, PA
VUMERITY CPDR 231mg	5	GC, QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA
ZEPOSIA CAPS .92mg	5	GC, QL (30 caps / 30 days), NM, LA, PA
ZEPOSIA 7DAY CAP STR PACK	5	GC, QL (2 packs / year), NM, LA, PA
ZEPOSIA CAP STR KIT	5	GC, QL (2 packs / year), NM, LA, PA

MUSCULOSKELETAL THERAPY AGENTS

<i>baclofen</i> SOLN 5mg/5ml, 10mg/5ml	2	GC, PA
<i>baclofen</i> SUSP 25mg/5ml	5	GC, PA
<i>baclofen</i> TABS 5mg	2	GC, QL (90 tabs / 30 days)
<i>baclofen</i> TABS 10mg, 20mg	2	GC
BOTOX SOLR 100unit, 200unit	5	GC, PA
<i>carisoprodol</i> TABS 250mg	4	GC, QL (120 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>carisoprodol</i> TABS 350mg	3	GC, QL (120 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar 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>cyclobenzaprine hcl</i> TABS 5mg, 7.5mg, 10mg	3	GC, QL (90 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
DANTRIUM CAPS 25mg	4	GC
<i>dantrolene sodium</i> CAPS 25mg, 50mg, 100mg	2	GC
DYSPORT SOLR 300unit	4	GC, NM, PA
DYSPORT SOLR 500unit	5	GC, NM, PA
FLEQSUVY SUSP 25mg/5ml	5	GC, PA
LYVISPAH PACK 5mg, 10mg	4	GC, PA
LYVISPAH PACK 20mg	5	GC, PA
<i>metaxalone</i> TABS 400mg	4	GC, QL (240 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>metaxalone</i> TABS 800mg	4	GC, QL (120 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>methocarbamol</i> TABS 500mg	3	GC, QL (360 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>methocarbamol</i> TABS 750mg	3	GC, QL (240 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar 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
MYOBLOC SOLN 2500unit/0.5ml, 5000unit/ml	4	GC, NM, PA
MYOBLOC SOLN 10000unit/2ml	5	GC, NM, PA
SOMA TABS 250mg	4	GC, QL (120 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
SOMA TABS 350mg	5	GC, QL (120 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>tizanidine hcl</i> CAPS 2mg, 4mg, 6mg; TABS 2mg, 4mg	2	GC
XEOMIN SOLR 50unit	4	GC, NM, LA, PA
XEOMIN SOLR 100unit, 200unit	5	GC, NM, LA, PA
ZANAFLEX CAPS 2mg, 4mg, 6mg; TABS 4mg	4	GC
<i>NARCOLEPSY/CATAPLEXY</i>		
<i>armodafinil</i> TABS 50mg	2	GC, QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>armodafinil</i> TABS 150mg, 200mg, 250mg	2	GC, QL (30 tabs / 30 days), PA
LUMRYZ PACK 4.5gm, 6gm, 7.5gm, 9gm	5	GC, QL (30 packets / 30 days), NM, LA, PA
<i>modafinil</i> TABS 100mg	2	GC, QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>modafinil</i> TABS 200mg	2	GC, QL (60 tabs / 30 days), PA
NUVIGIL TABS 50mg	4	GC, QL (60 tabs / 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
NUVIGIL TABS 150mg, 200mg, 250mg	5	GC, QL (30 tabs / 30 days), PA
PROVIGIL TABS 100mg	5	GC, QL (30 tabs / 30 days), PA
PROVIGIL TABS 200mg	5	GC, QL (60 tabs / 30 days), PA
SODIUM OXYBATE SOLN 500mg/ml	5	GC, QL (540 mL / 30 days), NM, LA, PA
SUNOSI TABS 75mg, 150mg	4	GC, QL (30 tabs / 30 days), PA
WAKIX TABS 4.45mg, 17.8mg	5	GC, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
XYREM SOLN 500mg/ml	5	GC, QL (540 mL / 30 days), NM, LA, PA
XYWAV SOL 0.5GM/ML	5	GC, QL (540 mL / 30 days), NM, LA, PA
<i>PSYCHOTHERAPEUTIC-MISC</i>		
<i>acamprosate calcium</i> TBEC 333mg	2	GC
BRIXADI SOSY 8mg/0.16ml, 16mg/0.32ml, 24mg/0.48ml, 32mg/0.64ml, 64mg/0.18ml, 96mg/0.27ml, 128mg/0.36ml	5	GC, NM, LA
<i>buprenorphine hcl</i> SUBL 2mg, 8mg	2	GC, QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 2-0.5 mg (base equiv)</i>	2	GC, QL (90 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 4-1 mg (base equiv)</i>	2	GC, QL (90 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 8-2 mg (base equiv)</i>	2	GC, QL (90 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 12-3 mg (base equiv)</i>	2	GC, QL (60 films / 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>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 2-0.5 mg (base equiv)</i>	2	GC, QL (90 tabs / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 8-2 mg (base equiv)</i>	2	GC, QL (90 tabs / 30 days)
<i>bupropion hcl (smoking deterrent) TB12 150mg</i>	2	GC, QL (60 tabs / 30 days)
<i>disulfiram TABS 250mg, 500mg</i>	2	GC
KLOXXADO LIQD 8mg/0.1ml	3	GC
LUCEMYRA TABS .18mg	5	GC, QL (228 tabs / 14 days), PA
<i>naloxone hcl LIQD 4mg/0.1ml; SOCT .4mg/ml; SOLN .4mg/ml, 4mg/10ml; SOSY 2mg/2ml</i>	2	GC
<i>naltrexone hcl TABS 50mg</i>	2	GC
NARCAN LIQD 4mg/0.1ml	4	GC
NICOTROL INHALER INHA 10mg	4	GC
NICOTROL NS SOLN 10mg/ml	4	GC
OPVEE SOLN 2.7mg/0.1ml	4	GC
SUBLOCADE SOSY 100mg/0.5ml, 300mg/1.5ml	5	GC, NM, LA
SUBOXONE MIS 2-0.5MG	4	GC, QL (90 films / 30 days)
SUBOXONE MIS 4-1MG	4	GC, QL (90 films / 30 days)
SUBOXONE MIS 8-2MG	4	GC, QL (90 films / 30 days)
SUBOXONE MIS 12-3MG	4	GC, QL (60 films / 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>varenicline tartrate</i> TABS .5mg, 1mg	2	GC, QL (56 tabs / 28 days), PA
<i>varenicline tartrate tab 11 x 0.5 mg & 42 x 1 mg start pack</i>	2	GC, QL (2 packs / year), PA
VIVITROL SUSR 380mg	5	GC, NM
ZIMHI SOSY 5mg/0.5ml	4	GC
ZUBSOLV SUB 0.7-0.18	4	GC, QL (90 tabs / 30 days)
ZUBSOLV SUB 1.4-0.36	4	GC, QL (90 tabs / 30 days)
ZUBSOLV SUB 2.9-0.71	4	GC, QL (90 tabs / 30 days)
ZUBSOLV SUB 5.7-1.4	4	GC, QL (90 tabs / 30 days)
ZUBSOLV SUB 8.6-2.1	4	GC, QL (60 tabs / 30 days)
ZUBSOLV SUB 11.4-2.9	4	GC, QL (30 tabs / 30 days)

ENDOCRINE AND METABOLIC **ANDROGENS**

ANDROGEL PUMP GEL 1.62%	4	GC, QL (150 gm / 30 days), PA
AVEED SOLN 750mg/3ml	4	GC, NM, LA, PA
<i>depo-testosterone</i> SOLN 100mg/ml, 200mg/ml	2	GC, PA
JATENZO CAPS 158mg, 198mg	4	GC, QL (120 caps / 30 days), PA
JATENZO CAPS 237mg	5	GC, QL (60 caps / 30 days), PA
<i>methyltestosterone</i> CAPS 10mg	5	GC, QL (600 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
NATESTO GEL 5.5mg/act	4	GC, QL (21.96 gm / 30 days), PA
TESTIM GEL 1%	4	GC, QL (300 gm / 30 days), PA
<i>testosterone</i> GEL 1%, 25mg/2.5gm, 50mg/5gm	2	GC, QL (300 gm / 30 days), PA
<i>testosterone</i> GEL 1.62%, 20.25mg/1.25gm, 40.5mg/2.5gm	2	GC, QL (150 gm / 30 days), PA
<i>testosterone</i> GEL 10mg/act	2	GC, QL (120 gm / 30 days), PA
<i>testosterone</i> SOLN 30mg/act	2	GC, QL (180 mL / 30 days), PA
<i>testosterone cypionate</i> SOLN 100mg/ml, 200mg/ml	2	GC, PA
<i>testosterone enanthate</i> SOLN 200mg/ml	2	GC, PA
TLANDO CAPS 112.5mg	4	GC, QL (120 caps / 30 days), PA
VOGELXO GEL 50mg/5gm	4	GC, QL (300 gm / 30 days), PA
VOGELXO PUMP GEL 1%	4	GC, QL (300 gm / 30 days), PA
XYOSTED SOAJ 50mg/0.5ml, 75mg/0.5ml, 100mg/0.5ml	4	GC, PA
ANTIDIABETICS		
<i>acarbose</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	2	GC
ACTOPLUS MET TAB 15-850MG	4	GC, QL (90 tabs / 30 days)
ACTOS TABS 15mg, 30mg, 45mg	4	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>alogliptin benzoate</i> TABS 6.25mg, 12.5mg, 25mg	4	GC, QL (30 tabs / 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>alogliptin-metformin hcl tab 12.5-500 mg</i>	4	GC, QL (60 tabs / 30 days), ST
<i>alogliptin-metformin hcl tab 12.5-1000 mg</i>	4	GC, QL (60 tabs / 30 days), ST
<i>alogliptin-pioglitazone tab 12.5-30 mg</i>	4	GC, QL (30 tabs / 30 days), ST
<i>alogliptin-pioglitazone tab 25-15 mg</i>	4	GC, QL (30 tabs / 30 days), ST
<i>alogliptin-pioglitazone tab 25-30 mg</i>	4	GC, QL (30 tabs / 30 days), ST
<i>alogliptin-pioglitazone tab 25-45 mg</i>	4	GC, QL (30 tabs / 30 days), ST
BYDUREON BCISE AUIJ 2mg/0.85ml	3	GC, QL (4 pens / 28 days), PA
BYETTA SOPN 5mcg/0.02ml, 10mcg/0.04ml	4	GC, QL (1 pen / 30 days), PA
DUETACT TAB 30-2MG	4	GC, QL (30 tabs / 30 days)
DUETACT TAB 30-4MG	4	GC, QL (30 tabs / 30 days)
FARXIGA TABS 5mg, 10mg	3	GC, 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 2.5mg	1	GC, QL (480 tabs / 30 days)
<i>glipizide</i> TABS 5mg	1	GC, QL (240 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>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)
GLUCOTROL XL TB24 2.5mg, 5mg	4	GC, QL (90 tabs / 30 days)
GLUCOTROL XL TB24 10mg	4	GC, QL (60 tabs / 30 days)
GLUMETZA TB24 500mg	5	GC, QL (120 tabs / 30 days), PA
GLUMETZA TB24 1000mg	5	GC, QL (60 tabs / 30 days), PA
GLYXAMBI TAB 10-5 MG	3	GC, QL (30 tabs / 30 days)
GLYXAMBI TAB 25-5 MG	3	GC, QL (30 tabs / 30 days)
INVOKAMET TAB 50-500MG	4	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
INVOKAMET TAB 50-1000	4	GC, QL (60 tabs / 30 days)
INVOKAMET TAB 150-500	4	GC, QL (60 tabs / 30 days)
INVOKAMET TAB 150-1000	4	GC, QL (60 tabs / 30 days)
INVOKAMET XR TAB 50-500MG	4	GC, QL (120 tabs / 30 days)
INVOKAMET XR TAB 50-1000	4	GC, QL (60 tabs / 30 days)
INVOKAMET XR TAB 150-500	4	GC, QL (60 tabs / 30 days)
INVOKAMET XR TAB 150-1000	4	GC, QL (60 tabs / 30 days)
INVOKANA TABS 100mg	4	GC, QL (60 tabs / 30 days)
INVOKANA TABS 300mg	4	GC, QL (30 tabs / 30 days)
JANUMET TAB 50-500MG	3	GC, QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET TAB 50-1000	3	GC, QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET XR TAB 50-500MG	3	GC, QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET XR TAB 50-1000	3	GC, QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET XR TAB 100-1000	3	GC, QL (30 tabs / 30 days)
JANUVIA TABS 25mg, 50mg, 100mg	3	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
JARDIANCE TABS 10mg, 25mg	3	GC, QL (30 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB 2.5-500	3	GC, QL (60 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB 2.5-850	3	GC, QL (60 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB 2.5-1000	3	GC, QL (60 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB XR 2.5-1000MG	3	GC, QL (60 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB XR 5-1000MG	3	GC, QL (30 tabs / 30 days)
KAZANO 12.5- TAB 500MG	4	GC, QL (60 tabs / 30 days), ST
KAZANO 12.5- TAB 1000MG	4	GC, QL (60 tabs / 30 days), ST
KOMBIGLYZ XR TAB 2.5-1000	4	GC, QL (60 tabs / 30 days), ST
KOMBIGLYZ XR TAB 5-500MG	4	GC, QL (30 tabs / 30 days), ST
KOMBIGLYZ XR TAB 5-1000MG	4	GC, QL (30 tabs / 30 days), ST
<i>metformin hcl</i> SOLN 500mg/5ml	2	GC, QL (765 mL / 30 days)
<i>metformin hcl</i> TABS 500mg	1	GC, QL (150 tabs / 30 days)
<i>metformin hcl</i> TABS 625mg	5	GC, QL (120 tabs / 30 days), PA
<i>metformin hcl</i> TABS 850mg	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
<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 500mg	2	GC, QL (120 tabs / 30 days), PA; (generic of FORTAMET)
<i>metformin hcl</i> TB24 500mg	2	GC, QL (120 tabs / 30 days), PA; (generic of GLUMETZA)
<i>metformin hcl</i> TB24 750mg	1	GC, QL (60 tabs / 30 days); (generic of GLUCOPHAGE XR)
<i>metformin hcl</i> TB24 1000mg	2	GC, QL (60 tabs / 30 days), PA; (generic of FORTAMET)
<i>metformin hcl</i> TB24 1000mg	2	GC, QL (60 tabs / 30 days), PA; (generic of GLUMETZA)
<i>miglitol</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	2	GC
MOUNJARO SOPN 2.5mg/0.5ml, 5mg/0.5ml, 7.5mg/0.5ml, 10mg/0.5ml, 12.5mg/0.5ml, 15mg/0.5ml	3	GC, QL (4 pens / 28 days), PA
<i>nateglinide</i> TABS 60mg, 120mg	1	GC, QL (90 tabs / 30 days)
NESINA TABS 6.25mg, 12.5mg, 25mg	4	GC, QL (30 tabs / 30 days), ST
ONGLYZA TABS 2.5mg, 5mg	4	GC, QL (30 tabs / 30 days), ST
OSANI TAB 12.5-30	4	GC, QL (30 tabs / 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
OSENI TAB 25-15MG	4	GC, QL (30 tabs / 30 days), ST
OSENI TAB 25-30MG	4	GC, QL (30 tabs / 30 days), ST
OSENI TAB 25-45MG	4	GC, QL (30 tabs / 30 days), ST
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) SOPN 2mg/1.5ml	3	GC, QL (1 pen / 28 days), PA
OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE) SOPN 2mg/3ml	3	GC, QL (1 pen / 28 days), PA
OZEMPIC (1MG/DOSE) SOPN 4mg/3ml	3	GC, QL (1 pen / 28 days), PA
OZEMPIC (2MG/DOSE) SOPN 8mg/3ml	3	GC, QL (1 pen / 28 days), PA
<i>pioglitazone hcl</i> TABS 15mg, 30mg, 45mg	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>pioglitazone hcl-glimepiride tab 30-2 mg</i>	2	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>pioglitazone hcl-glimepiride tab 30-4 mg</i>	2	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)
QTERN TAB 5-5MG	4	GC, QL (30 tabs / 30 days)
QTERN TAB 10-5MG	4	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>repaglinide</i> TABS 2mg	1	GC, QL (240 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>repaglinide</i> TABS .5mg, 1mg	1	GC, QL (120 tabs / 30 days)
RYBELSUS TABS 3mg, 7mg, 14mg	3	GC, QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>saxagliptin hcl</i> TABS 2.5mg, 5mg	2	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>saxagliptin-metformin hcl tab er 24hr 2.5-1000 mg</i>	2	GC, QL (60 tabs / 30 days)
<i>saxagliptin-metformin hcl tab er 24hr 5-500 mg</i>	2	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>saxagliptin-metformin hcl tab er 24hr 5-1000 mg</i>	2	GC, QL (30 tabs / 30 days)
SEGLUROMET TAB 2.5-500	4	GC, QL (120 tabs / 30 days)
SEGLUROMET TAB 2.5-1000	4	GC, QL (60 tabs / 30 days)
SEGLUROMET TAB 7.5-500	4	GC, QL (60 tabs / 30 days)
SEGLUROMET TAB 7.5-1000	4	GC, QL (60 tabs / 30 days)
STEGLATRO TABS 5mg	4	GC, QL (90 tabs / 30 days)
STEGLATRO TABS 15mg	4	GC, QL (30 tabs / 30 days)
STEGLUJAN TAB 5-100MG	4	GC, QL (30 tabs / 30 days)
STEGLUJAN TAB 15-100MG	4	GC, QL (30 tabs / 30 days)
SYMLINPEN 60 SOPN 1500mcg/1.5ml	5	GC, PA
SYMLINPEN 120 SOPN 2700mcg/2.7ml	5	GC, 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
SYNJARDY TAB 5-500MG	3	GC, QL (120 tabs / 30 days)
SYNJARDY TAB 5-1000MG	3	GC, QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY TAB 12.5-500	3	GC, QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY TAB 12.5-1000MG	3	GC, QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY XR TAB 5-1000MG	3	GC, QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY XR TAB 10-1000	3	GC, QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY XR TAB 12.5-1000	3	GC, QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY XR TAB 25-1000	3	GC, QL (30 tabs / 30 days)
TRADJENTA TABS 5mg	3	GC, QL (30 tabs / 30 days)
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 5-2.5-1000MG	3	GC, QL (60 tabs / 30 days)
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 10-5-1000MG	3	GC, QL (30 tabs / 30 days)
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 12.5-2.5-1000MG	3	GC, QL (60 tabs / 30 days)
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 25-5-1000MG	3	GC, QL (30 tabs / 30 days)
TRULICITY SOPN .75mg/0.5ml, 1.5mg/0.5ml, 3mg/0.5ml, 4.5mg/0.5ml	3	GC, QL (4 pens / 28 days), PA
TZIELD SOLN 2mg/2ml	5	GC, NM, LA, PA
VICTOZA SOPN 18mg/3ml	3	GC, QL (3 pens / 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
XIGDUO XR TAB 2.5-1000	3	GC, QL (60 tabs / 30 days)
XIGDUO XR TAB 5-500MG	3	GC, QL (60 tabs / 30 days)
XIGDUO XR TAB 5-1000MG	3	GC, QL (60 tabs / 30 days)
XIGDUO XR TAB 10-500MG	3	GC, QL (30 tabs / 30 days)
XIGDUO XR TAB 10-1000	3	GC, QL (30 tabs / 30 days)
ZITUVIO TABS 25mg, 50mg, 100mg	4	GC, QL (30 tabs / 30 days), ST

ANTIDIABETICS, INSULINS

ADMELOG SOLN 100unit/ml	3	GC
ADMELOG SOLOSTAR SOPN 100unit/ml	3	GC
AFREZZA POWD 4unit, 8unit	4	GC
AFREZZA POWD 12unit	5	GC
AFREZZA POW 4-8 UNIT	5	GC
AFREZZA POW 4-8-12	5	GC
AFREZZA POW 8-12UNIT	5	GC
APIDRA SOLN 100unit/ml	4	GC
APIDRA SOLOSTAR SOPN 100unit/ml	4	GC
BASAGLAR KWIKPEN SOPN 100unit/ml	3	GC
BASAGLAR TEMPO PEN SOPN 100unit/ml	4	GC
BD ALCOHOL SWABS	3	GC
FIASP SOLN 100unit/ml	3	GC
FIASP FLEXTOUCH SOPN 100unit/ml	3	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
FIASP PENFILL SOCT 100unit/ml	3	GC
FIASP PUMPCART SOCT 100unit/ml	3	GC, B/D
GAUZE PADS 2X2	3	GC
HUMALOG SOCT 100unit/ml; SOLN 100unit/ml	4	GC
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN SOPN 100unit/ml	4	GC
HUMALOG KWIKPEN SOPN 100unit/ml, 200unit/ml	4	GC
HUMALOG MIX INJ 50/50KWP	4	GC
HUMALOG MIX INJ 75/25KWP	4	GC
HUMALOG MIX SUS 75/25	4	GC
HUMALOG TEMPO PEN SOPN 100unit/ml	4	GC
HUMULIN INJ 70/30	4	GC
HUMULIN INJ 70/30KWP	4	GC
HUMULIN N SUSP 100unit/ml	4	GC
HUMULIN N KWIKPEN SUPN 100unit/ml	4	GC
HUMULIN R SOLN 100unit/ml	4	GC
HUMULIN R U-500 (CONCENTR SOLN 500unit/ml	5	GC, B/D
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SOPN 500unit/ml	5	GC
INS ASP PROT INJ FLEXPEN	4	GC
INSULIN ASPA INJ 70/30	4	GC
INSULIN ASPART SOLN 100unit/ml	4	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
INSULIN ASPART FLEXPEN SOPN 100unit/ml	4	GC
INSULIN ASPART PENFILL SOCT 100unit/ml	4	GC
INSULIN DEGLUDEC SOLN 100unit/ml	4	GC
INSULIN DEGLUDEC FLEXTOUC SOPN 100unit/ml, 200unit/ml	4	GC
INSULIN GLARGINE SOLN 100unit/ml	4	GC
INSULIN GLARGINE MAX SOLO SOPN 300unit/ml	4	GC
INSULIN GLARGINE SOLOSTAR SOPN 100unit/ml, 300unit/ml	4	GC
INSULIN GLARGINE-YFGN SOLN 100unit/ml; SOPN 100unit/ml	4	GC
INSULIN LISP INJ PROTAMIN	4	GC
INSULIN LISPRO SOLN 100unit/ml	4	GC
INSULIN LISPRO JUNIOR KWI SOPN 100unit/ml	4	GC
INSULIN LISPRO KWIKPEN SOPN 100unit/ml	4	GC
INSULIN PEN NEEDLES: BD/NOVO	3	GC
INSULIN SAFETY NEEDLES	3	GC
INSULIN SYRINGES: BD	3	GC
LANTUS SOLN 100unit/ml	3	GC
LANTUS SOLOSTAR SOPN 100unit/ml	3	GC
LEVEMIR SOLN 100unit/ml	3	GC
LEVEMIR FLEXPEN SOPN 100unit/ml	3	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
LYUMJEV SOLN 100unit/ml	4	GC
LYUMJEV KWIKPEN SOPN 100unit/ml, 200unit/ml	4	GC
LYUMJEV TEMPO PEN SOPN 100unit/ml	4	GC
NOVOLIN70/30 INJ RELION	4	GC
NOVOLIN INJ 70/30	3	GC
NOVOLIN INJ 70/30 FP	3	GC
NOVOLIN INJ 70/30 FP RELION	4	GC
NOVOLIN N SUSP 100unit/ml	3	GC
NOVOLIN N FLEXPEN SUPN 100unit/ml	3	GC
NOVOLIN N FLEXPEN RELION SUPN 100unit/ml	4	GC
NOVOLIN N RELION SUSP 100unit/ml	4	GC
NOVOLIN R SOLN 100unit/ml	3	GC
NOVOLIN R FLEXPEN SOPN 100unit/ml	3	GC
NOVOLIN R FLEXPEN RELION SOPN 100unit/ml	4	GC
NOVOLIN R RELION SOLN 100unit/ml	4	GC
NOVOLOG SOLN 100unit/ml	3	GC
NOVOLOG FLEXPEN SOPN 100unit/ml	3	GC
NOVOLOG FLEXPEN RELION SOPN 100unit/ml	4	GC
NOVOLOG MIX INJ 70/30	3	GC
NOVOLOG MIX INJ FLEX REL	4	GC
NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN	3	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
NOVOLOG PENFILL SOCT 100unit/ml	3	GC
NOVOLOG RELI INJ 70/30	4	GC
NOVOLOG RELION SOLN 100unit/ml	4	GC
OMNIPOD 5 G6 KIT INTRO	4	GC, QL (1 kit / year), PA
OMNIPOD 5 G6 MIS PODS	4	GC, QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD 5 G7 KIT INTRO	4	GC, QL (1 kit / year), PA
OMNIPOD 5 G7 MIS PODS	4	GC, QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD DASH KIT INTRO	4	GC, QL (1 kit / year), PA
OMNIPOD DASH MIS PODS	4	GC, QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 10UNT/DY	4	GC, QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 15UNT/DY	4	GC, QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 20UNT/DY	4	GC, QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 25UNT/DY	4	GC, QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 30UNT/DY	4	GC, QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 35UNT/DY	4	GC, QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 40UNT/DY	4	GC, QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD MIS CLASSIC	4	GC, QL (15 pods / 30 days), PA
REZVOGLAR KWIKPEN SOPN 100unit/ml	4	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
SEMGLEE SOLN 100unit/ml; SOPN 100unit/ml	4	GC
SOLIQUA INJ 100/33	3	GC, QL (5 pens / 25 days)
TOUJEO MAX SOLOSTAR SOPN 300unit/ml	3	GC
TOUJEO SOLOSTAR SOPN 300unit/ml	3	GC
TRESIBA SOLN 100unit/ml	3	GC
TRESIBA FLEXTOUCH SOPN 100unit/ml, 200unit/ml	3	GC
V-GO 20 KIT	4	GC, QL (30 devices / 30 days), PA
V-GO 30 KIT	4	GC, QL (30 devices / 30 days), PA
V-GO 40 KIT	4	GC, QL (30 devices / 30 days), PA
XULTOPHY INJ 100/3.6	3	GC, QL (5 pens / 30 days)
CALCIUM REGULATORS		
ACTONEL TABS 35mg, 150mg	4	GC
<i>alendronate sodium</i> SOLN 70mg/75ml	2	GC
<i>alendronate sodium</i> TABS 10mg, 35mg, 70mg	1	GC
AELVIA TBEC 35mg	4	GC
BINOSTO TBEF 70mg	4	GC, ST
<i>calcitonin (salmon) inj</i> SOLN 200unit/ml	5	GC, B/D
<i>calcitonin (salmon) spray</i> SOLN 200unit/act	2	GC, B/D
EVENITY SOSY 105mg/1.17ml	5	GC, 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
FORTEO SOPN 600mcg/2.4ml	5	GC, NM, PA
FOSAMAX TABS 70mg	4	GC
FOSAMAX + D TAB 70-2800	4	GC, ST
FOSAMAX + D TAB 70-5600	4	GC, ST
<i>ibandronate sodium</i> SOLN 3mg/3ml	2	GC, B/D, QL (1 injection / 90 days)
<i>ibandronate sodium</i> TABS 150mg	2	GC, B/D
MIACALCIN SOLN 200unit/ml	5	GC, B/D
NATPARA CART 25mcg, 50mcg, 75mcg, 100mcg	5	GC, LA, PA
PAMIDRONATE DISODIUM SOLN 6mg/ml	3	GC, B/D
<i>pamidronate disodium</i> SOLN 30mg/10ml, 90mg/10ml	2	GC, B/D
PROLIA SOSY 60mg/ml	4	GC, QL (1 syringe / 180 days), NM
RECLAST SOLN 5mg/100ml	4	GC, B/D, NM
<i>risedronate sodium</i> TABS 5mg, 30mg, 35mg, 150mg; TBEC 35mg	2	GC
TERIPARATIDE SOPN 620mcg/2.48ml	5	GC, NM, PA
<i>teriparatide (recombinant)</i> SOPN 600mcg/2.4ml	5	GC, NM, PA
TYMLOS SOPN 3120mcg/1.56ml	5	GC, NM, PA
XGEVA SOLN 120mg/1.7ml	5	GC, NM, PA
<i>zoledronic acid</i> CONC 4mg/5ml; SOLN 4mg/100ml, 5mg/100ml	2	GC, B/D, NM
ZOLEDRONIC ACID SOLN 4mg/100ml	4	GC, 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	GC
CUVRIOR TABS 300mg	5	GC, NM, LA, PA
<i>deferasirox</i> PACK 90mg, 180mg, 360mg; TABS 180mg, 360mg; TBSO 250mg, 500mg	5	GC, NM, PA
<i>deferasirox</i> TABS 90mg; TBSO 125mg	2	GC, NM, PA
<i>deferiprone</i> TABS 500mg, 1000mg	5	GC, NM, LA, PA
<i>deferoxamine mesylate</i> SOLR 2gm, 500mg	2	GC, NM, PA
DEPEN TITRATABS TABS 250mg	5	GC, NM
DESFERAL SOLR 500mg	4	GC, NM, PA
EXJADE TBSO 125mg, 250mg, 500mg	5	GC, NM, LA, PA
FERRIPROX SOLN 100mg/ml; TABS 500mg, 1000mg	5	GC, NM, LA, PA
FERRIPROX TWICE-A-DAY TABS 1000mg	5	GC, NM, LA, PA
JADENU TABS 90mg, 180mg, 360mg	5	GC, NM, LA, PA
JADENU SPRINKLE PACK 90mg, 180mg, 360mg	5	GC, NM, LA, PA
LOKELMA PACK 5gm, 10gm	3	GC
<i>penicillamine</i> TABS 250mg	5	GC, NM
<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i>	2	GC
<i>sps</i> SUSP 15gm/60ml	2	GC
SYPRINE CAPS 250mg	5	GC, NM, PA
<i>trientine hcl</i> CAPS 250mg, 500mg	5	GC, NM, PA
VELTASSA PACK 8.4gm, 16.8gm, 25.2gm	3	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
CONTRACEPTIVES		
<i>afirmelle</i>	2	GC
<i>altavera</i>	2	GC
<i>alyacen 1/35</i>	2	GC
<i>alyacen 7/7/7</i>	2	GC
<i>amethia</i>	2	GC
<i>amethyst</i>	2	GC
ANNOVERA MIS	4	GC
<i>apri</i>	2	GC
<i>aranelle</i>	2	GC
<i>ashlyna</i>	2	GC
<i>aubra eq</i>	2	GC
<i>aurovela 1/20</i>	2	GC
<i>aurovela 24 fe</i>	2	GC
<i>aurovela fe 1.5/30</i>	2	GC
<i>aurovela fe 1/20</i>	2	GC
<i>aviane</i>	2	GC
<i>ayuna</i>	2	GC
<i>azurette</i>	2	GC
BALCOLTRA TAB 0.1-20	4	GC
<i>balziva</i>	2	GC
BEYAZ TAB	4	GC
<i>blisovi 24 fe</i>	2	GC
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	2	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>briellyn</i>	2	GC
<i>camila</i> TABS .35mg	2	GC
<i>camrese</i>	2	GC
<i>camrese lo</i>	2	GC
<i>chateal eq</i>	2	GC
<i>cryselle-28</i>	2	GC
<i>cyred eq</i>	2	GC
<i>dasetta 1/35</i>	2	GC
<i>dasetta 7/7/7</i>	2	GC
<i>daysee</i>	2	GC
<i>deblitane</i> TABS .35mg	2	GC
DEPO-PROVERA CONTRACEPTIV SUSP 150mg/ml; SUSY 150mg/ml	4	GC
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUSY 104mg/0.65ml	4	GC
<i>desogest-eth estrad & eth estrad tab 0.15- 0.02/0.01 mg(21/5)</i>	2	GC
<i>desogestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg</i>	2	GC
<i>dolishale</i>	2	GC
<i>drospirenone-ethinyl estrad-levomefolate tab 3-0.02-0.451 mg</i>	2	GC
<i>drospirenone-ethinyl estrad-levomefolate tab 3-0.03-0.451 mg</i>	2	GC
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.02 mg</i>	2	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>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.03 mg</i>	2	GC
<i>elinest</i>	2	GC
<i>eluryng</i>	2	GC
<i>enilloring</i>	2	GC
<i>enpresse-28</i>	2	GC
<i>enskyce</i>	2	GC
<i>errin TABS .35mg</i>	2	GC
<i>estarylla</i>	2	GC
<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-35 mcg</i>	2	GC
<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-50 mcg</i>	2	GC
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol va ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	2	GC
<i>falmina</i>	2	GC
<i>finzala</i>	2	GC
<i>gemmily</i>	2	GC
<i>hailey 1.5/30</i>	2	GC
<i>hailey 24 fe</i>	2	GC
<i>haloette</i>	2	GC
<i>heather TABS .35mg</i>	2	GC
<i>iclevia</i>	2	GC
<i>incassia TABS .35mg</i>	2	GC
<i>introvale</i>	2	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>isibloom</i>	2	GC
<i>jasmiel</i>	2	GC
<i>jolessa</i>	2	GC
<i>joyeaux</i>	2	GC
<i>juleber</i>	2	GC
<i>junel 1.5/30</i>	2	GC
<i>junel 1/20</i>	2	GC
<i>junel fe 1.5/30</i>	2	GC
<i>junel fe 1/20</i>	2	GC
<i>junel fe 24</i>	2	GC
<i>kaitlib fe</i>	2	GC
<i>kariva</i>	2	GC
<i>kelnor 1/35</i>	2	GC
<i>kelnor 1/50</i>	2	GC
<i>kurvelo</i>	2	GC
<i>larin 1.5/30</i>	2	GC
<i>larin 1/20</i>	2	GC
<i>larin 24 fe</i>	2	GC
<i>larin fe 1.5/30</i>	2	GC
<i>larin fe 1/20</i>	2	GC
<i>layolis fe</i>	2	GC
<i>leena</i>	2	GC
<i>lessina</i>	2	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>levonest</i>	2	GC
<i>levonor-eth est tab 0.15-0.02/0.025/0.03 mg & eth est 0.01 mg</i>	2	GC
<i>levonorg-eth est tab 0.1-0.02mg(84) & eth est tab 0.01mg(7)</i>	2	GC
<i>levonorg-eth est tab 0.15-0.03mg(84) & eth est tab 0.01mg(7)</i>	2	GC
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol (91-day) tab 0.15-0.03 mg</i>	2	GC
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.1 mg-20 mcg</i>	2	GC
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg</i>	2	GC
<i>levonorgestrel-eth estra tab 0.05-30/0.075-40/0.125-30mg-mcg</i>	2	GC
<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol (continuous) tab 90-20 mcg</i>	2	GC
<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol-fe tab 0.1 mg-20 mcg (21)</i>	2	GC
<i>levora 0.15/30-28</i>	2	GC
LO LOESTRIN TAB 1-10-10	4	GC
<i>loestrin 1.5/30-21</i>	2	GC
<i>loestrin 1/20-21</i>	2	GC
<i>loestrin fe 1.5/30</i>	2	GC
<i>loestrin fe 1/20</i>	2	GC
<i>loryna</i>	2	GC
<i>low-ogestrel</i>	2	GC
<i>lutra</i>	2	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>lyleq</i> TABS .35mg	2	GC
<i>lyza</i> TABS .35mg	2	GC
<i>marlissa</i>	2	GC
<i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive)</i> SUSP 150mg/ml; SUSY 150mg/ml	2	GC
<i>merzee</i>	2	GC
<i>mibelas 24 fe</i>	2	GC
<i>microgestin 1.5/30</i>	2	GC
<i>microgestin 1/20</i>	2	GC
<i>microgestin 24 fe</i>	2	GC
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	2	GC
<i>microgestin fe 1/20</i>	2	GC
<i>mili</i>	2	GC
MIRCETTE TAB 28 DAY	4	GC
<i>mono-lynyah</i>	2	GC
NATAZIA TAB	4	GC
<i>necon 0.5/35-28</i>	2	GC
NEXTSTELLIS TAB 3-14.2MG	4	GC, PA
<i>nikki</i>	2	GC
<i>nora-be</i> TABS .35mg	2	GC
<i>norelgestromin-ethinyl estradiol td ptwk 150-35 mcg/24hr</i>	2	GC
<i>norethindrone & ethinyl estradiol-fe chew tab 0.4 mg-35 mcg</i>	2	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>norethindrone & ethinyl estradiol-fe chew tab 0.8 mg-25 mcg</i>	2	GC
<i>norethindrone (contraceptive) TABS .35mg</i>	2	GC
<i>norethindrone ac-ethinyl estrad-fe tab 1-20/1-30/1-35 mg-mcg</i>	2	GC
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1 mg-20 mcg</i>	2	GC
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1.5 mg-30 mcg</i>	2	GC
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol-fe tab 1 mg-20 mcg</i>	2	GC
<i>norethindrone ace-eth estradiol-fe chew tab 1 mg-20 mcg (24)</i>	2	GC
<i>norethindrone ace-ethinyl estradiol-fe cap 1 mg-20 mcg (24)</i>	2	GC
<i>norgestimate & ethinyl estradiol tab 0.25 mg-35 mcg</i>	2	GC
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-25/0.215-25/0.25-25 mg-mcg</i>	2	GC
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-35/0.215-35/0.25-35 mg-mcg</i>	2	GC
<i>norlyroc TABS .35mg</i>	2	GC
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	2	GC
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	2	GC
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	2	GC
<i>nortrel 7/7/7</i>	2	GC
NUVARING MIS	4	GC
<i>nylia 1/35</i>	2	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>nylia 7/7/7</i>	2	GC
<i>nymyo</i>	2	GC
<i>ocella</i>	2	GC
PHEXXI GEL	4	GC
<i>philith</i>	2	GC
<i>pimtrea</i>	2	GC
<i>portia-28</i>	2	GC
QUARTETTE TAB	4	GC
<i>reclipsen</i>	2	GC
<i>rivelsa</i>	2	GC
SAFYRAL TAB	4	GC
SEASONIQUE TAB	4	GC
<i>setlakin</i>	2	GC
<i>sharobel</i> TABS .35mg	2	GC
<i>simliya</i>	2	GC
<i>simpesse</i>	2	GC
SLYND TABS 4mg	4	GC
<i>sprintec 28</i>	2	GC
<i>sronyx</i>	2	GC
<i>syeda</i>	2	GC
<i>tarina 24 fe</i>	2	GC
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	2	GC
<i>taysofy</i>	2	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
TAYTULLA CAP 1MG/20MC	4	GC
<i>tilia fe</i>	2	GC
<i>tri-estarylla</i>	2	GC
<i>tri-legest fe</i>	2	GC
<i>tri-linyah</i>	2	GC
<i>tri-lo-estarylla</i>	2	GC
<i>tri-lo-marzia</i>	2	GC
<i>tri-lo-mili</i>	2	GC
<i>tri-lo-sprintec</i>	2	GC
<i>tri-mili</i>	2	GC
<i>tri-nymyo</i>	2	GC
<i>tri-sprintec</i>	2	GC
<i>tri-vylibra</i>	2	GC
<i>tri-vylibra lo</i>	2	GC
<i>trivora-28</i>	2	GC
<i>turqoz</i>	2	GC
TYBLUME CHW 0.1-0.02	4	GC
<i>tydemy</i>	2	GC
<i>velivet</i>	2	GC
<i>vestura</i>	2	GC
<i>vienva</i>	2	GC
<i>viorele</i>	2	GC
<i>vyfemla</i>	2	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>vylibra</i>	2	GC
<i>wera</i>	2	GC
<i>wymzya fe</i>	2	GC
<i>xulane</i>	2	GC
YASMIN 28 TAB 3-0.03MG	4	GC
YAZ TAB 3-0.02MG	4	GC
<i>zafemy</i>	2	GC
<i>zovia 1/35</i>	2	GC
<i>zumandimine</i>	2	GC
ENDOMETRIOSIS		
<i>danazol</i> CAPS 50mg, 100mg, 200mg	2	GC
ORILISSA TABS 150mg, 200mg	5	GC, PA
SYNAREL SOLN 2mg/ml	5	GC, PA
ESTROGENS		
ACTIVELLA TAB 1-0.5MG	4	GC
<i>amabelz tab 0.5-0.1mg</i>	3	GC
BIJUVA CAP 0.5-100	4	GC
BIJUVA CAP 1-100MG	4	GC
CLIMARA PTWK .025mg/24hr, .05mg/24hr, .06mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr, 37.5mcg/24hr	4	GC
CLIMARA PRO DIS WEEKLY	4	GC
COMBIPATCH DIS	4	GC
DELESTROGEN OIL 10mg/ml, 20mg/ml, 40mg/ml	4	GC
DEPO-ESTRADIOL OIL 5mg/ml	4	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
DIVIGEL GEL .25mg/0.25gm, .5mg/0.5gm, .75mg/0.75gm, 1mg/gm, 1.25mg/1.25gm	4	GC
<i>dotti</i> PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr	3	GC
ELESTRIN GEL .06%	4	GC
ESTRACE CREA .1mg/gm; TABS .5mg, 1mg, 2mg	4	GC
<i>estradiol</i> GEL .25mg/0.25gm, .5mg/0.5gm, .75mg/0.75gm, 1mg/gm, 1.25mg/1.25gm	4	GC
<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	GC
<i>estradiol</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg	2	GC
<i>estradiol & norethindrone acetate tab 0.5- 0.1 mg</i>	3	GC
<i>estradiol & norethindrone acetate tab 1-0.5 mg</i>	3	GC
<i>estradiol vaginal</i> CREA .1mg/gm; TABS 10mcg	2	GC
<i>estradiol valerate</i> OIL 10mg/ml, 20mg/ml, 40mg/ml	2	GC
ESTRING RING 7.5mcg/24hr	4	GC
ESTROGEL GEL .06%	4	GC
EVAMIST SOLN 1.53mg/spray	4	GC
FEMRING RING .05mg/24hr, .1mg/24hr	4	GC
<i>fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg</i>	3	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>fyavolv tab 1mg-5mcg</i>	3	GC
IMVEXXY MAINTENANCE PACK INST 4mcg, 10mcg	4	GC, PA
IMVEXXY STARTER PACK INST 4mcg, 10mcg	4	GC, PA
<i>jinteli</i>	3	GC
<i>lyllana</i> PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr	3	GC
MENEST TABS .3mg, .625mg, 1.25mg, 2.5mg	4	GC
MENOSTAR PTWK 14mcg/24hr	4	GC
<i>mimvey</i>	3	GC
MINIVELLE PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr	4	GC
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 0.5 mg-2.5 mcg</i>	3	GC
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 1 mg-5 mcg</i>	3	GC
PREFEST TAB	4	GC
PREMARIN CREA .625mg/gm; SOLR 25mg	4	GC
PREMARIN TABS .3mg, .45mg, .625mg, .9mg, 1.25mg	3	GC
PREMPHASE TAB	3	GC
PREMPRO TAB	3	GC
PREMPRO TAB 0.3-1.5	3	GC
PREMPRO TAB 0.45-1.5	3	GC
PREMPRO TAB 0.625-5	3	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
VAGIFEM TABS 10mcg	4	GC
VIVELLE-DOT PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr	4	GC
<i>yuvaferm</i> TABS 10mcg	2	GC
GLUCOCORTICOIDS		
ALKINDI SPRINKLE CPSP 1mg, 2mg, 5mg	5	GC, NM, LA, PA
ALKINDI SPRINKLE CPSP .5mg	4	GC, NM, LA, PA
<i>betamethasone sod phosphate & acetate inj susp 6 (3-3) mg/ml</i>	2	GC
CELESTONE INJ SOLUSPAN	4	GC
CORTEF TABS 5mg, 10mg, 20mg	4	GC
CORTISONE ACETATE TABS 25mg	4	GC
DEPO-MEDROL SUSP 20mg/ml, 40mg/ml, 80mg/ml	4	GC, B/D
DEXABLISS TBPK 1.5mg	4	GC
<i>dexamethasone</i> ELIX .5mg/5ml; SOLN .5mg/5ml; TABS .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg, 2mg, 4mg, 6mg	2	GC, B/D
<i>dexamethasone</i> TBPK 1.5mg	2	GC
DEXAMETHASONE INTENSOL CONC 1mg/ml	4	GC, B/D
<i>dexamethasone sodium phosphate</i> SOLN 4mg/ml, 10mg/ml, 20mg/5ml, 100mg/10ml, 120mg/30ml	2	GC
<i>fludrocortisone acetate</i> TABS .1mg	2	GC
HEMADY TABS 20mg	4	GC, PA
<i>hydrocortisone</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg	2	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
KENALOG-10 SUSP 10mg/ml	4	GC, B/D
KENALOG-40 SUSP 40mg/ml	4	GC, B/D
KENALOG-80 SUSP 80mg/ml	4	GC, B/D
MEDROL TABS 2mg, 4mg, 8mg, 16mg	4	GC, B/D
MEDROL DOSEPAK TBPK 4mg	4	GC
<i>methylprednisolone</i> TABS 4mg, 8mg, 16mg, 32mg	2	GC, B/D
<i>methylprednisolone</i> TBPK 4mg	2	GC
<i>methylprednisolone acetate</i> SUSP 40mg/ml, 80mg/ml	2	GC, B/D
<i>methylprednisolone sod succ</i> SOLR 40mg, 125mg, 500mg, 1000mg	2	GC, B/D
<i>millipred</i> TABS 5mg	2	GC, B/D
ORAPRED ODT TBDP 10mg, 15mg, 30mg	4	GC, B/D
PEDIAPRED SOLN 6.7mg/5ml	4	GC, B/D
<i>prednisolone</i> SOLN 15mg/5ml; TABS 5mg	2	GC, B/D
<i>prednisolone sodium phosphate</i> SOLN 5mg/5ml, 10mg/5ml, 15mg/5ml, 20mg/5ml, 25mg/5ml; TBDP 10mg, 15mg, 30mg	2	GC, B/D
<i>prednisone</i> SOLN 5mg/5ml	2	GC, B/D
<i>prednisone</i> TABS 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 50mg	1	GC, B/D
<i>prednisone</i> TBPK 5mg, 10mg	2	GC
PREDNISONE INTENSOL CONC 5mg/ml	4	GC, B/D
RAYOS TBEC 1mg, 2mg, 5mg	5	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
SOLU-CORTEF SOLR 100mg, 250mg, 500mg, 1000mg	4	GC
SOLU-MEDROL SOLR 2gm, 40mg, 125mg, 500mg, 1000mg	4	GC, B/D
<i>taperdex 6-day</i> TBPK 1.5mg	2	GC
<i>taperdex 7-day</i> TBPK 1.5mg	2	GC
<i>taperdex 12-day</i> TBPK 1.5mg	2	GC
<i>triamcinolone acetonide</i> SUSP 40mg/ml	2	GC, B/D
ZILRETTA SRER 32mg	4	GC, B/D, NM, LA

GLUCOSE ELEVATING AGENTS

BAQSIMI ONE PACK POWD 3mg/dose	4	GC
<i>diazoxide</i> SUSP 50mg/ml	5	GC
GLUCAGEN HYPOKIT SOLR 1mg	4	GC
<i>glucagon (rdna)</i> KIT 1mg	2	GC
GVOKE HYOPEN 2-PACK SOAJ .5mg/0.1ml, 1mg/0.2ml	3	GC
GVOKE KIT SOLN 1mg/0.2ml	3	GC
GVOKE PFS SOSY 1mg/0.2ml	3	GC
PROGLYCEM SUSP 50mg/ml	5	GC
ZEGALOGUE SOAJ .6mg/0.6ml; SOSY .6mg/0.6ml	4	GC

MISCELLANEOUS

ACTHAR GEL 80unit/ml	5	GC, QL (1.5 mL / 1 day), NM, LA, PA
ALDURAZYME SOLN 2.9mg/5ml	5	GC, NM, LA, PA
<i>betaine powder for oral solution</i>	5	GC, NM, LA
BUPHENYL POWD 3gm/tsp; TABS 500mg	5	GC, 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>cabergoline</i> TABS .5mg	2	GC
CARBAGLU TBSO 200mg	5	GC, NM, LA, PA
<i>carglumic acid</i> TBSO 200mg	5	GC, NM, LA, PA
CARNITOR SOLN 1gm/10ml, 200mg/ml; TABS 330mg	4	GC, B/D
CERDELGA CAPS 84mg	5	GC, NM, LA, PA
CEREZYME SOLR 400unit	5	GC, NM, LA, PA
CHORIONIC GONADOTROPIN SOLR 10000unit	4	GC, NM, PA
<i>cinacalcet hcl</i> TABS 30mg, 60mg	2	GC, B/D, QL (60 tabs / 30 days), NM
<i>cinacalcet hcl</i> TABS 90mg	5	GC, B/D, QL (120 tabs / 30 days), NM
CORTROPHIN GEL 80unit/ml	5	GC, QL (1.5 mL / 1 day), NM, LA, PA
CRYSVITA SOLN 10mg/ml, 20mg/ml, 30mg/ml	5	GC, NM, LA, PA
CYSTADANE POW	5	GC, NM, LA
CYSTAGON CAPS 50mg, 150mg	4	GC, NM, LA, PA
DDAVP SOLN 4mcg/ml; TABS .2mg	5	GC
DDAVP TABS .1mg	4	GC
<i>desmopressin acetate</i> SOLN 4mcg/ml	5	GC
<i>desmopressin acetate</i> TABS .1mg, .2mg	2	GC
<i>desmopressin acetate spray</i> SOLN .01%	2	GC
<i>desmopressin acetate spray refrigerated</i> SOLN .01%	2	GC
DOJOLVI LIQD 100%	5	GC, 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
EGRIFTA SV SOLR 2mg	5	GC, NM, LA, PA
ELAPRASE SOLN 6mg/3ml	5	GC, NM, LA, PA
ELELYSO SOLR 200unit	5	GC, NM, LA, PA
ELFABRIO SOLN 20mg/10ml	5	GC, NM, LA, PA
EVISTA TABS 60mg	4	GC
FABRAZYME SOLR 5mg, 35mg	5	GC, NM, LA, PA
FENSOLVI KIT 45mg	5	GC, NM, LA, PA
GALAFOLD CAPS 123mg	5	GC, NM, LA, PA
GENOTROPIN CART 5mg, 12mg	5	GC, NM, PA
GENOTROPIN MINIQUICK PRSY .2mg, .4mg, .6mg, .8mg, 1mg, 1.2mg, 1.4mg, 1.6mg, 1.8mg, 2mg	5	GC, NM, PA
HUMATROPE CART 6mg, 12mg, 24mg	5	GC, NM, PA
INCRELEX SOLN 40mg/4ml	5	GC, NM, LA, PA
ISTURISA TABS 1mg, 5mg	5	GC, NM, LA, PA
<i>javygtor</i> PACK 100mg, 500mg; TABS 100mg	5	GC, NM, LA, PA
JYNARQUE TABS 15mg, 30mg; TBPK 15mg	5	GC, NM, LA, PA
JYNARQUE PAK 30-15MG	5	GC, NM, LA, PA
JYNARQUE PAK 45-15MG	5	GC, NM, LA, PA
JYNARQUE PAK 60-30MG	5	GC, NM, LA, PA
JYNARQUE PAK 90-30MG	5	GC, NM, LA, PA
KANUMA SOLN 20mg/10ml	5	GC, NM, LA, PA
KORLYM TABS 300mg	5	GC, 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
KUVAN PACK 100mg, 500mg; TABS 100mg	5	GC, NM, LA, PA
LAMZEDE SOLR 10mg	5	GC, NM, LA, PA
<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i> SOLN 1gm/10ml; TABS 330mg	2	GC, B/D
LUMIZYME SOLR 50mg	5	GC, NM, LA, PA
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH KIT 7.5mg, 11.25mg, 15mg)	5	GC, NM, PA
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH KIT 11.25mg, 30mg)	5	GC, NM, PA
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH KIT 45mg)	5	GC, NM, PA
<i>methergine</i> TABS .2mg	5	GC, PA
<i>methylergonovine maleate</i> TABS .2mg	5	GC, PA
<i>mifepristone (hyperglycemia)</i> TABS 300mg	5	GC, NM, PA
<i>miglustat</i> CAPS 100mg	5	GC, QL (90 caps / 30 days), NM, PA
MYALEPT SOLR 11.3mg	5	GC, NM, LA, PA
MYCAPSSA CPDR 20mg	5	GC, QL (112 caps / 28 days), NM, LA, PA
MYFEMBREE TAB	5	GC, PA
NAGLAZYME SOLN 1mg/ml	5	GC, NM, LA, PA
NEXVIAZYME SOLR 100mg	5	GC, NM, LA, PA
NGENLA SOPN 24mg/1.2ml, 60mg/1.2ml	5	GC, NM, LA, PA
<i>nitisinone</i> CAPS 2mg, 5mg, 10mg, 20mg	5	GC, NM, PA
NITYR TABS 2mg, 5mg, 10mg	5	GC, 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
NORDITROPIN FLEXPPO SOPN 5mg/1.5ml, 10mg/1.5ml, 15mg/1.5ml, 30mg/3ml	5	GC, NM, PA
NOVAREL SOLR 5000unit, 10000unit	4	GC, NM, PA
NUTROPIN AQ NUSPIN 5 SOPN 5mg/2ml	5	GC, NM, LA, PA
NUTROPIN AQ NUSPIN 10 SOPN 10mg/2ml	5	GC, NM, LA, PA
NUTROPIN AQ NUSPIN 20 SOPN 20mg/2ml	5	GC, NM, LA, PA
<i>octreotide acetate</i> SOLN 50mcg/ml, 100mcg/ml, 200mcg/ml; SOSY 50mcg/ml, 100mcg/ml	2	GC, NM, PA
<i>octreotide acetate</i> SOLN 500mcg/ml, 1000mcg/ml; SOSY 500mcg/ml	5	GC, NM, PA
OLPRUVA THPK 2gm, 3gm, 4gm, 5gm, 6gm, 6.67gm	5	GC, NM, LA, PA
OMNITROPE SOCT 5mg/1.5ml, 10mg/1.5ml; SOLR 5.8mg	5	GC, NM, LA, PA
OPFOLDA CAPS 65mg	4	GC, QL (8 caps / 28 days), NM, LA, PA
ORFADIN CAPS 2mg, 5mg, 10mg, 20mg; SUSP 4mg/ml	5	GC, NM, LA, PA
ORIAHNN CAP	5	GC, PA
OSPHENA TABS 60mg	4	GC, PA
PALYNZIQ SOSY 2.5mg/0.5ml, 10mg/0.5ml, 20mg/ml	5	GC, NM, LA, PA
PHEBURANE PLLT 483mg/gm	5	GC, NM, LA, PA
POMBILITI SOLR 105mg	5	GC, NM, LA, PA
PREGNYL W/DILUENT BENZYL SOLR 10000unit	4	GC, 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
PROCYSBI CPDR 25mg, 75mg; PACK 75mg, 300mg	5	GC, NM, LA, PA
<i>raloxifene hcl</i> TABS 60mg	2	GC
RAVICTI LIQD 1.1gm/ml	5	GC, NM, LA, PA
RECORLEV TABS 150mg	5	GC, NM, LA, PA
REVCOVI SOLN 2.4mg/1.5ml	5	GC, NM, LA, PA
SAMSCA TABS 15mg, 30mg	5	GC, NM, LA, PA
SANDOSTATIN SOLN 50mcg/ml	4	GC, NM, PA
SANDOSTATIN SOLN 100mcg/ml, 500mcg/ml	5	GC, NM, PA
SANDOSTATIN LAR DEPOT KIT 10mg, 20mg, 30mg	5	GC, NM, PA
<i>sapropterin dihydrochloride</i> PACK 100mg, 500mg; TABS 100mg	5	GC, NM, PA
SENSIPAR TABS 30mg	4	GC, B/D, QL (60 tabs / 30 days), NM
SENSIPAR TABS 60mg	5	GC, B/D, QL (60 tabs / 30 days), NM
SENSIPAR TABS 90mg	5	GC, B/D, QL (120 tabs / 30 days), NM
SEROSTIM SOLR 4mg, 5mg, 6mg	5	GC, NM, LA, PA
SIGNIFOR SOLN .3mg/ml, .6mg/ml, .9mg/ml	5	GC, NM, LA, PA
SIGNIFOR LAR SRER 10mg, 20mg, 30mg, 40mg, 60mg	5	GC, NM, LA, PA
SKYTROFA CART 3mg, 3.6mg, 4.3mg, 5.2mg, 6.3mg, 7.6mg, 9.1mg, 11mg, 13.3mg	5	GC, 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>sodium phenylbutyrate</i> POWD 3gm/tsp; TABS 500mg	5	GC, NM, PA
SOGROYA SOPN 5mg/1.5ml, 10mg/1.5ml, 15mg/1.5ml	5	GC, NM, LA, PA
SOMATULINE DEPOT SOLN 60mg/0.2ml, 90mg/0.3ml, 120mg/0.5ml	5	GC, NM, LA, PA
SOMAVERT SOLR 10mg, 15mg, 20mg, 25mg, 30mg	5	GC, NM, LA, PA
STRENSIQ SOLN 18mg/0.45ml, 28mg/0.7ml, 40mg/ml, 80mg/0.8ml	5	GC, NM, LA, PA
TEPEZZA SOLR 500mg	5	GC, NM, LA, PA
<i>tolvaptan</i> TABS 15mg, 30mg	5	GC, NM, PA
VEOZAH TABS 45mg	4	GC, PA
VIJOICE TBPK 50mg, 125mg	5	GC, QL (28 tabs / 28 days), NM, LA, PA
VIJOICE TAB 250MG	5	GC, QL (56 tabs / 28 days), NM, LA, PA
VIMIZIM SOLN 5mg/5ml	5	GC, NM, LA, PA
VOXZOGO SOLR .4mg, .56mg, 1.2mg	5	GC, NM, LA, PA
VPRIV SOLR 400unit	5	GC, NM, LA, PA
XENPOZYME SOLR 4mg, 20mg	5	GC, NM, LA, PA
XPHOZAH TABS 20mg, 30mg	5	GC, QL (60 tabs / 30 days), LA, PA
<i>yargesa</i> CAPS 100mg	5	GC, QL (90 caps / 30 days), NM, PA
ZAVESCA CAPS 100mg	5	GC, QL (90 caps / 30 days), NM, LA, PA
ZOMACTON SOLR 5mg	4	GC, 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
ZOMACTON SOLR 10mg	5	GC, NM, PA
<i>PHOSPHATE BINDER AGENTS</i>		
AURYXIA TABS 210mg	5	GC, PA
<i>calcium acetate (phosphate binder)</i> CAPS 667mg	2	GC, QL (360 caps / 30 days)
<i>calcium acetate (phosphate binder)</i> TABS 667mg	2	GC, QL (360 tabs / 30 days)
FOSRENOL CHEW 500mg, 1000mg	5	GC, QL (90 tabs / 30 days), PA
FOSRENOL CHEW 750mg	5	GC, QL (180 tabs / 30 days), PA
FOSRENOL PACK 750mg	5	GC, QL (180 packs / 30 days), PA
FOSRENOL PACK 1000mg	5	GC, QL (90 packs / 30 days), PA
<i>lanthanum carbonate</i> CHEW 500mg, 1000mg	2	GC, QL (90 tabs / 30 days)
<i>lanthanum carbonate</i> CHEW 750mg	2	GC, QL (180 tabs / 30 days)
RENVELA PACK 2.4gm	5	GC, QL (180 packets / 30 days)
RENVELA PACK .8gm	5	GC, QL (540 packets / 30 days)
RENVELA TABS 800mg	5	GC, QL (540 tabs / 30 days)
<i>sevelamer carbonate</i> PACK 2.4gm	2	GC, QL (180 packets / 30 days)
<i>sevelamer carbonate</i> PACK .8gm	2	GC, QL (540 packets / 30 days)
<i>sevelamer carbonate</i> TABS 800mg	2	GC, QL (540 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 hcl</i> TABS 400mg, 800mg	2	GC, QL (540 tabs / 30 days)
VELPHORO CHEW 500mg	5	GC, QL (180 tabs / 30 days)

PROGESTINS

AYGESTIN TABS 5mg	4	GC
CRINONE GEL 4%, 8%	4	GC, PA
<i>medroxyprogesterone acetate</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	1	GC
<i>megestrol acetate</i> SUSP 40mg/ml	3	GC
<i>megestrol acetate (appetite)</i> SUSP 625mg/5ml	4	GC, PA
<i>norethindrone acetate</i> TABS 5mg	2	GC
<i>progesterone</i> CAPS 100mg, 200mg	2	GC
PROMETRIUM CAPS 100mg, 200mg	4	GC
PROVERA TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	4	GC

THYROID AGENTS

CYTOMEL TABS 5mcg, 25mcg, 50mcg	4	GC
ERMEZA SOLN 150mcg/5ml	4	GC
<i>euthyrox</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg	1	GC
<i>levo-t</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	1	GC
<i>levothyroxine sodium</i> CAPS 13mcg, 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg	2	GC, 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>levothyroxine sodium</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	1	GC
<i>levoxyl</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg	1	GC
<i>liothyronine sodium</i> TABS 5mcg, 25mcg, 50mcg	2	GC
<i>methimazole</i> TABS 5mg, 10mg	1	GC
<i>propylthiouracil</i> TABS 50mg	2	GC
SYNTHROID TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	4	GC
THYQUIDITY SOLN 100mcg/5ml	4	GC
TIROSINT CAPS 13mcg, 25mcg, 37.5mcg, 44mcg, 50mcg, 62.5mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg	4	GC, ST
TIROSINT-SOL SOLN 13mcg/ml, 25mcg/ml, 37.5mcg/ml, 44mcg/ml, 50mcg/ml, 62.5mcg/ml, 75mcg/ml, 88mcg/ml, 100mcg/ml, 112mcg/ml, 125mcg/ml, 137mcg/ml, 150mcg/ml, 175mcg/ml, 200mcg/ml	4	GC
<i>unithroid</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	1	GC
VITAMIN D ANALOGS		
<i>calcitriol</i> CAPS .25mcg, .5mcg	2	GC, B/D
<i>calcitriol (oral)</i> SOLN 1mcg/ml	2	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
<i>doxercalciferol</i> CAPS .5mcg, 1mcg, 2.5mcg	2	GC, B/D
<i>paricalcitol</i> CAPS 1mcg, 2mcg, 4mcg	2	GC, B/D
RAYALDEE CPCR 30mcg	5	GC
ROCALTROL CAPS .25mcg, .5mcg; SOLN 1mcg/ml	4	GC, B/D
ZEMPLAR CAPS 1mcg, 2mcg	4	GC, B/D

GASTROINTESTINAL **ANTIEMETICS**

AKYNZEO CAP 300-0.5	4	GC, B/D
AKYNZEO INJ 235-0.25	4	GC, NM, LA
AKYNZEO INJ 235-0.25MG/20ML	4	GC, NM, LA
ANTIVERT CHEW 25mg	4	GC, QL (120 tabs / 30 days), PA
ANTIVERT TABS 50mg	4	GC, QL (60 tabs / 30 days), PA
APONVIE EMUL 32mg/4.4ml	4	GC
<i>aprepitant</i> CAPS 40mg, 80mg, 125mg	2	GC, B/D
<i>aprepitant capsule therapy pack 80 & 125 mg</i>	2	GC, B/D
BONJESTA TAB 20-20MG	4	GC
CINVANTI EMUL 130mg/18ml	4	GC
<i>compro</i> SUPP 25mg	2	GC
DICLEGIS TAB 10-10MG	4	GC
<i>doxylamine-pyridoxine tab delayed release 10-10 mg</i>	4	GC
<i>dronabinol</i> CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg	2	GC, B/D, 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
EMEND CAPS 80mg	4	GC, B/D
EMEND SOLR 150mg	4	GC
EMEND SUSR 125mg/5ml	5	GC, B/D
EMEND TRIPAC PAK 80 & 125	4	GC, B/D
<i>fosaprepitant dimeglumine</i> SOLR 150mg	2	GC
GIMOTI SOLN 15mg/act	5	GC, PA
<i>granisetron hcl</i> SOLN 1mg/ml, 4mg/4ml	2	GC
<i>granisetron hcl</i> TABS 1mg	2	GC, B/D
MARINOL CAPS 2.5mg	4	GC, B/D, QL (60 caps / 30 days)
<i>meclizine hcl</i> TABS 12.5mg, 25mg	2	GC
<i>meclizine hcl</i> TABS 50mg	2	GC, QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>metoclopramide hcl</i> SOLN 5mg/5ml, 5mg/ml; TBDP 5mg	2	GC
<i>metoclopramide hcl</i> TABS 5mg, 10mg	1	GC
<i>ondansetron</i> TBDP 4mg, 8mg	2	GC, B/D
<i>ondansetron hcl</i> SOLN 4mg/2ml, 40mg/20ml; SOSY 4mg/2ml	2	GC
<i>ondansetron hcl</i> SOLN 4mg/5ml; TABS 4mg, 8mg	2	GC, B/D
<i>palonosetron hcl</i> SOLN .25mg/5ml; SOSY .25mg/5ml	2	GC
PALONOSETRON HYDROCHLORID SOLN .25mg/2ml	4	GC
PHENERGAN SOLN 25mg/ml, 50mg/ml	4	GC, 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>prochlorperazine</i> SUPP 25mg	2	GC
<i>prochlorperazine edisylate</i> SOLN 10mg/2ml	2	GC
<i>prochlorperazine maleate</i> TABS 5mg, 10mg	2	GC
<i>promethazine hcl</i> SOLN 6.25mg/5ml; TABS 12.5mg, 25mg, 50mg	2	GC, PA; PA if 70 years and older
<i>promethazine hcl</i> SOLN 25mg/ml, 50mg/ml	3	GC, PA; PA if 70 years and older
<i>promethazine hcl</i> SUPP 12.5mg, 25mg	4	GC, PA; PA if 70 years and older
<i>promethegan</i> SUPP 12.5mg, 25mg, 50mg	4	GC, PA; PA if 70 years and older
REGLAN TABS 5mg, 10mg	4	GC
SANCUSO PTCH 3.1mg/24hr	5	GC, QL (4 patches / 28 days)
<i>scopolamine</i> PT72 1mg/3days	4	GC, QL (10 patches / 30 days), PA; PA if 70 years and older
SUSTOL PRSY 10mg/0.4ml	4	GC
SYNDROS SOLN 5mg/ml	5	GC, B/D, QL (120 mL / 30 days)
TRANSDERM-SCOP PT72 1mg/3days	4	GC, QL (10 patches / 30 days), PA; PA if 70 years and older
<i>trimethobenzamide hcl</i> CAPS 300mg	2	GC
VARUBI TBPK 90mg	4	GC, B/D, NM
ANTISPASMODICS		
<i>atropine sulfat</i> e SOSY .25mg/5ml, 1mg/10ml	4	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
ATROPINE SULFATE SOSY .25mg/5ml, 1mg/10ml	4	GC
BENTYL SOLN 10mg/ml	4	GC
CUVPOSA SOLN 1mg/5ml	4	GC
<i>dicyclomine hcl</i> CAPS 10mg; TABS 20mg	3	GC
<i>dicyclomine hcl</i> SOLN 10mg/5ml, 10mg/ml	4	GC
GLYCATE TABS 1.5mg	5	GC, QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>glycopyrrolate</i> SOLN .2mg/ml, .4mg/2ml, 1mg/5ml, 4mg/20ml; SOSY .2mg/ml, .4mg/2ml	2	GC
GLYCOPYRROLATE TABS 1.5mg	5	GC, QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>glycopyrrolate</i> TABS 1mg	2	GC, QL (90 tabs / 30 days)
<i>glycopyrrolate</i> TABS 2mg	2	GC, QL (120 tabs / 30 days)
<i>glycopyrrolate (oral)</i> SOLN 1mg/5ml	2	GC
<i>methscopolamine bromide</i> TABS 2.5mg, 5mg	4	GC, PA; PA if 70 years and older
ROBINUL TABS 1mg	4	GC, QL (90 tabs / 30 days), PA
ROBINUL FORTE TABS 2mg	5	GC, QL (120 tabs / 30 days), PA
H2-RECEPTOR ANTAGONISTS		
<i>cimetidine</i> TABS 200mg, 300mg, 400mg, 800mg	2	GC
<i>famotidine</i> SOLN 20mg/2ml, 40mg/4ml, 200mg/20ml	2	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>famotidine</i> SUSR 40mg/5ml	2	GC, QL (300 mL / 30 days)
<i>famotidine</i> TABS 20mg	1	GC, QL (120 tabs / 30 days)
<i>famotidine</i> TABS 40mg	1	GC, QL (60 tabs / 30 days)
<i>famotidine in nacl 0.9% iv soln 20 mg/50ml</i>	2	GC
<i>nizatidine</i> CAPS 150mg, 300mg	2	GC
PEPCID TABS 20mg	4	GC, QL (120 tabs / 30 days)
PEPCID TABS 40mg	4	GC, QL (60 tabs / 30 days)

INFLAMMATORY BOWEL DISEASE

APRISO CP24 .375gm	4	GC, QL (120 caps / 30 days)
AZULFIDINE TABS 500mg	4	GC
AZULFIDINE EN-TABS TBEC 500mg	4	GC
<i>balsalazide disodium</i> CAPS 750mg	2	GC
<i>budesonide</i> CPEP 3mg	2	GC, QL (90 caps / 30 days), PA
<i>budesonide</i> TB24 9mg	5	GC, QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>budesonide (intrarectal)</i> FOAM 2mg	2	GC
CANASA SUPP 1000mg	5	GC
COLAZAL CAPS 750mg	5	GC
CORTENEMA ENEM 100mg/60ml	4	GC
DELZICOL CPDR 400mg	4	GC, QL (180 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
DIPENTUM CAPS 250mg	5	GC
<i>hydrocortisone (intrarectal)</i> ENEM 100mg/60ml	2	GC
LIALDA TBEC 1.2gm	4	GC, QL (120 tabs / 30 days)
<i>mesalamine</i> CP24 .375gm	2	GC, QL (120 caps / 30 days)
<i>mesalamine</i> CPR 500mg	2	GC, QL (240 caps / 30 days)
<i>mesalamine</i> CPDR 400mg	2	GC, QL (180 caps / 30 days)
<i>mesalamine</i> ENEM 4gm; SUPP 1000mg	2	GC
<i>mesalamine</i> TBEC 1.2gm	2	GC, QL (120 tabs / 30 days)
<i>mesalamine</i> TBEC 800mg	2	GC, QL (180 tabs / 30 days)
<i>mesalamine w/ cleanser</i> KIT 4gm	2	GC
PENTASA CPR 250mg	4	GC, QL (480 caps / 30 days)
PENTASA CPR 500mg	5	GC, QL (240 caps / 30 days)
ROWASA KIT 4gm	5	GC
SFROWASA ENEM 4gm/60ml	5	GC
<i>sulfasalazine</i> TABS 500mg; TBEC 500mg	2	GC
UCERIS FOAM 2mg/act	4	GC
UCERIS TB24 9mg	5	GC, QL (30 tabs / 30 days), PA
LAXATIVES		
CLENPIQ SOL 10 MG-3.5 GM-12 GM/160ML	4	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
CLENPIQ SOL 10 MG-3.5 GM-12 GM/175ML	4	GC
<i>constulose</i> SOLN 10gm/15ml	2	GC
<i>enulose</i> SOLN 10gm/15ml	2	GC
<i>gavilyte-c</i>	1	GC
<i>gavilyte-g</i>	1	GC
<i>generlac</i> SOLN 10gm/15ml	2	GC
GOLYTELY SOL	4	GC
KRISTALOSE PACK 10gm	4	GC, QL (30 packets / 30 days), PA
KRISTALOSE PACK 20gm	4	GC, QL (60 packets / 30 days), PA
LACTULOSE PACK 10gm	5	GC, QL (30 packets / 30 days), PA
<i>lactulose</i> SOLN 10gm/15ml	2	GC
<i>lactulose (encephalopathy)</i> SOLN 10gm/15ml	2	GC
MOVIPREP SOL	4	GC
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl-na sulfate for soln 236 gm</i>	1	GC
<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln 420 gm</i>	1	GC
<i>peg-3350/electrolytes/asc</i>	2	GC
PLENVU SOL	4	GC
<i>sod sulfate-pot sulf-mg sulf oral sol 17.5-3.13-1.6 gm/177ml</i>	2	GC
SUFLAVE SOL	4	GC
SUPREP BOWEL SOL PREP KIT	4	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
SUTAB TAB	4	GC
MISCELLANEOUS		
<i>alose tron hcl</i> TABS .5mg, 1mg	5	GC, QL (60 tabs / 30 days), PA
AMITIZA CAPS 8mcg, 24mcg	4	GC, QL (60 caps / 30 days)
<i>amoxicil cap & clarithro tab & lansopraz cap dr 500 & 500 & 30mg</i>	2	GC
<i>bismuth subcit-metronidazole-tetracycline cap 140-125-125 mg</i>	2	GC
BYLVAY CAPS 400mcg, 1200mcg	5	GC, NM, LA, PA
BYLVAY (PELLETS) CPSP 200mcg, 600mcg	5	GC, NM, LA, PA
CARAFATE SUSP 1gm/10ml	4	GC, QL (1200 mL / 30 days), PA
CARAFATE TABS 1gm	4	GC
CHOLBAM CAPS 50mg, 250mg	5	GC, NM, LA, PA
<i>cromolyn sodium (mastocytosis) CONC 100mg/5ml</i>	2	GC
CYTOTEC TABS 100mcg, 200mcg	4	GC
<i>diphenoxylate w/ atropine liq 2.5-0.025 mg/5ml</i>	4	GC
<i>diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-0.025 mg</i>	3	GC
GASTROCROM CONC 100mg/5ml	5	GC
GATTEX KIT 5mg	5	GC, NM, LA, PA
HELIDAC MIS THERAPY	5	GC
IBSRELA TABS 50mg	5	GC, QL (60 tabs / 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
LINZESS CAPS 72mcg, 145mcg, 290mcg	4	GC, QL (30 caps / 30 days)
LIVMARLI SOLN 9.5mg/ml	5	GC, NM, LA, PA
LOMOTIL TAB 2.5MG	4	GC
<i>loperamide hcl</i> CAPS 2mg	2	GC
LOTRONEX TABS .5mg, 1mg	5	GC, QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>lubiprostone</i> CAPS 8mcg, 24mcg	2	GC, QL (60 caps / 30 days)
<i>misoprostol</i> TABS 100mcg, 200mcg	2	GC
MOTEGRITY TABS 1mg, 2mg	4	GC
MOVANTIK TABS 12.5mg, 25mg	3	GC, QL (30 tabs / 30 days)
OICALIVA TABS 5mg, 10mg	5	GC, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
PYLERA CAP	5	GC
REBYOTA SUSP 150ml	5	GC, NM, LA, PA
RELISTOR SOLN 8mg/0.4ml, 12mg/0.6ml	5	GC, QL (28 syringes / 28 days), PA
RELISTOR TABS 150mg	5	GC, QL (90 tabs / 30 days), PA
RELTONE CAPS 200mg, 400mg	5	GC, PA
SUCRAID SOLN 8500unit/ml	5	GC, NM, LA, PA
<i>sucrafate</i> SUSP 1gm/10ml	2	GC, QL (1200 mL / 30 days), PA
<i>sucrafate</i> TABS 1gm	2	GC
SYMPROIC TABS .2mg	4	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
TALICIA CAP	4	GC
TRULANCE TABS 3mg	4	GC, QL (30 tabs / 30 days)
URSO 250 TABS 250mg	4	GC
URSO FORTE TABS 500mg	4	GC
URSODIOL CAPS 200mg, 400mg	5	GC, PA
<i>ursodiol</i> CAPS 300mg; TABS 250mg, 500mg	2	GC
VIBERZI TABS 75mg, 100mg	5	GC, PA
VOQUEZNA PAK DUAL PAK	4	GC, QL (2 packs / year)
VOQUEZNA PAK TRIP PK	4	GC, QL (2 packs / year)
VOWST CAP	5	GC, NM, LA, PA
XERMELO TABS 250mg	5	GC, QL (84 tabs / 28 days), NM, LA, PA
XIFAXAN TABS 550mg	5	GC, PA
<i>PANCREATIC ENZYMES</i>		
CREON CAP 3000UNIT	3	GC
CREON CAP 6000UNIT	3	GC
CREON CAP 12000UNT	3	GC
CREON CAP 24000UNT	3	GC
CREON CAP 36000UNT	3	GC
PANCREAZE CAP 2600UNIT	4	GC
PANCREAZE CAP 4200UNIT	4	GC
PANCREAZE CAP 10500UNT	4	GC
PANCREAZE CAP 16800UNT	4	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
PANCREAZE CAP 21000UNT	4	GC
PANCREAZE CAP 37000	4	GC
PERTZYE CAP 4000UNIT	4	GC
PERTZYE CAP 8000UNIT	4	GC
PERTZYE CAP 16000U	4	GC
PERTZYE CAP 24000U	4	GC
VIOKACE TAB 10440	4	GC
VIOKACE TAB 20880	5	GC
ZENPEP CAP 3000UNIT	4	GC
ZENPEP CAP 5000UNIT	4	GC
ZENPEP CAP 10000UNT	4	GC
ZENPEP CAP 15000UNT	4	GC
ZENPEP CAP 20000UNT	4	GC
ZENPEP CAP 25000UNT	4	GC
ZENPEP CAP 40000UNT	4	GC
ZENPEP CAP 60000UNT	4	GC
<i>PROTON PUMP INHIBITORS</i>		
ACIPHEX TBEC 20mg	4	GC, QL (30 tabs / 30 days)
DEXILANT CPDR 30mg, 60mg	4	GC, QL (30 caps / 30 days)
<i>dexlansoprazole</i> CPDR 30mg, 60mg	2	GC, QL (30 caps / 30 days)
<i>esomeprazole magnesium</i> CPDR 20mg, 40mg	2	GC, 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>esomeprazole magnesium</i> PACK 10mg, 20mg, 40mg	2	GC, QL (30 packets / 30 days)
<i>esomeprazole sodium</i> SOLR 40mg	2	GC
KONVOMEF SUS 2-84/ML	4	GC, QL (600 mL / 30 days), PA
<i>lansoprazole</i> CPDR 15mg, 30mg	2	GC, QL (60 caps / 30 days)
<i>lansoprazole</i> TBDD 15mg, 30mg	2	GC, QL (60 tabs / 30 days), ST
NEXIUM CPDR 20mg, 40mg	4	GC, QL (30 caps / 30 days), ST
NEXIUM PACK 2.5mg, 5mg	4	GC
NEXIUM PACK 10mg, 20mg, 40mg	4	GC, QL (30 packets / 30 days)
NEXIUM I.V. SOLR 40mg	4	GC
<i>omeprazole</i> CPDR 10mg, 20mg, 40mg	1	GC
<i>omeprazole-sodium bicarbonate cap 20-1100 mg</i>	5	GC, QL (30 caps / 30 days), PA
<i>omeprazole-sodium bicarbonate cap 40-1100 mg</i>	2	GC, QL (30 caps / 30 days), PA
<i>omeprazole-sodium bicarbonate powd pack for susp 20-1680 mg</i>	5	GC, QL (30 packets / 30 days), PA
<i>omeprazole-sodium bicarbonate powd pack for susp 40-1680 mg</i>	5	GC, QL (30 packets / 30 days), PA
<i>pantoprazole sodium</i> PACK 40mg	2	GC, QL (30 packets / 30 days), ST
<i>pantoprazole sodium</i> SOLR 40mg	2	GC
<i>pantoprazole sodium</i> TBEC 20mg, 40mg	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
PREVACID CPDR 30mg	4	GC, QL (60 caps / 30 days)
PREVACID SOLUTAB TBDD 15mg, 30mg	4	GC, QL (60 tabs / 30 days), ST
PRILOSEC PACK 2.5mg, 10mg	4	GC, PA
PROTONIX PACK 40mg	4	GC, QL (30 packets / 30 days), ST
PROTONIX SOLR 40mg; TBEC 20mg, 40mg	4	GC
<i>rabeprazole sodium</i> TBEC 20mg	2	GC, QL (30 tabs / 30 days)
VOQUEZNA TABS 10mg	4	GC, QL (30 tabs / 30 days)
VOQUEZNA TABS 20mg	4	GC, QL (60 tabs / 30 days)
ZEGERID CAP 20-1100	5	GC, QL (30 caps / 30 days), PA
ZEGERID CAP 40-1100	5	GC, QL (30 caps / 30 days), PA
ZEGERID POW 20-1680	5	GC, QL (30 packets / 30 days), PA
ZEGERID POW 40-1680	5	GC, QL (30 packets / 30 days), PA

GENITOURINARY

BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA

<i>alfuzosin hcl</i> TB24 10mg	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)
AVODART CAPS .5mg	4	GC, QL (30 caps / 30 days)
CARDURA XL TB24 4mg, 8mg	4	GC, QL (30 tabs / 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>dutasteride</i> CAPS .5mg	2	GC, QL (30 caps / 30 days)
<i>dutasteride-tamsulosin hcl cap</i> 0.5-0.4 mg	2	GC, QL (30 caps / 30 days)
ENTADFI CAP 5-5MG	4	GC, QL (30 caps / 30 days), PA
<i>finasteride</i> TABS 5mg	1	GC, QL (30 tabs / 30 days)
FLOMAX CAPS .4mg	4	GC, QL (60 caps / 30 days)
PROSCAR TABS 5mg	4	GC, QL (30 tabs / 30 days)
RAPAFLO CAPS 4mg, 8mg	4	GC, QL (30 caps / 30 days)
<i>silodosin</i> CAPS 4mg, 8mg	2	GC, QL (30 caps / 30 days)
<i>tamsulosin hcl</i> CAPS .4mg	1	GC, QL (60 caps / 30 days)
UROXATRAL TB24 10mg	4	GC, QL (30 tabs / 30 days)
MISCELLANEOUS		
<i>acetic acid</i> SOLN .25%	2	GC
<i>bethanechol chloride</i> TABS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	2	GC
ELMIRON CAPS 100mg	5	GC, QL (90 caps / 30 days)
FILSPARI TABS 200mg, 400mg	5	GC, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
INTRAROSA INST 6.5mg	4	GC, PA
LITHOSTAT TABS 250mg	4	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>neomycin-polymyxin b gu irrigation soln</i>	2	GC
OXLUMO SOLN 94.5mg/0.5ml	5	GC, NM, LA, PA
<i>potassium citrate (alkalinizer)</i> TBCR 15meq, 540mg, 1080mg	2	GC
RIMSO-50 SOLN 50%	4	GC
TARPEYO CPDR 4mg	5	GC, QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA
THIOLA TABS 100mg	5	GC, NM, LA
THIOLA EC TBEC 100mg, 300mg	5	GC, NM, LA
<i>tiopronin</i> TABS 100mg; TBEC 100mg, 300mg	5	GC, NM
UROCIT-K 5 TBCR 540mg	4	GC
UROCIT-K 10 TBCR 1080mg	4	GC
UROCIT-K 15 TBCR 15meq	4	GC
URINARY ANTISPASMODICS		
<i>darifenacin hydrobromide</i> TB24 7.5mg, 15mg	2	GC, QL (30 tabs / 30 days), ST
DETROL TABS 1mg, 2mg	4	GC, QL (60 tabs / 30 days)
DETROL LA CP24 2mg, 4mg	4	GC, QL (30 caps / 30 days), ST
<i>fesoterodine fumarate</i> TB24 4mg, 8mg	2	GC, QL (30 tabs / 30 days)
GELNIQUE GEL 10%	4	GC, QL (30 gm / 30 days), ST
GEMTESA TABS 75mg	4	GC, QL (30 tabs / 30 days)
MYRBETRIQ SRER 8mg/ml	4	GC, QL (300 mL / 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
MYRBETRIQ TB24 25mg, 50mg	4	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>oxybutynin chloride</i> SOLN 5mg/5ml	2	GC, QL (600 mL / 30 days)
<i>oxybutynin chloride</i> TABS 2.5mg	2	GC, QL (90 tabs / 30 days)
<i>oxybutynin chloride</i> TABS 5mg	2	GC, QL (120 tabs / 30 days)
<i>oxybutynin chloride</i> TB24 5mg	2	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>oxybutynin chloride</i> TB24 10mg, 15mg	2	GC, QL (60 tabs / 30 days)
OXYTROL PTTW 3.9mg/24hr	4	GC, QL (8 patches / 28 days), ST
<i>solifenacin succinate</i> TABS 5mg, 10mg	2	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>tolterodine tartrate</i> CP24 2mg, 4mg	2	GC, QL (30 caps / 30 days), ST
<i>tolterodine tartrate</i> TABS 1mg, 2mg	2	GC, QL (60 tabs / 30 days)
TOVIAZ TB24 4mg, 8mg	4	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>trospium chloride</i> CP24 60mg	2	GC, QL (30 caps / 30 days)
<i>trospium chloride</i> TABS 20mg	2	GC, QL (60 tabs / 30 days)
VESICARE TABS 5mg, 10mg	4	GC, QL (30 tabs / 30 days)
VESICARE LS SUSP 5mg/5ml	4	GC, QL (300 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>VAGINAL ANTI-INFECTIVES</i>		
CLEOCIN CREA 2%; SUPP 100mg	4	GC
<i>clindamycin phosphate vaginal</i> CREA 2%	2	GC
CLINDESSE CREA 2%	4	GC
GYNAZOLE-1 CREA 2%	4	GC
<i>metronidazole vaginal</i> GEL .75%	2	GC
<i>miconazole 3</i> SUPP 200mg	2	GC
NUVESSA GEL 1.3%	4	GC
<i>terconazole vaginal</i> CREA .4%, .8%; SUPP 80mg	2	GC
VANAZOLE GEL .75%	4	GC
XACIATO GEL 2%	4	GC

HEMATOLOGIC

ANTICOAGULANTS

ARIXTRA SOLN 2.5mg/0.5ml	4	GC
ARIXTRA SOLN 5mg/0.4ml, 7.5mg/0.6ml, 10mg/0.8ml	5	GC
<i>dabigatran etexilate mesylate</i> CAPS 75mg, 150mg	2	GC, QL (60 caps / 30 days)
<i>dabigatran etexilate mesylate</i> CAPS 110mg	2	GC, QL (120 caps / 30 days)
ELIQUIS TABS 2.5mg	3	GC, QL (60 tabs / 30 days)
ELIQUIS TABS 5mg	3	GC, QL (74 tabs / 30 days)
ELIQUIS STARTER PACK TBPK 5mg	3	GC, QL (74 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>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	2	GC
<i>fondaparinux sodium</i> SOLN 2.5mg/0.5ml	2	GC
<i>fondaparinux sodium</i> SOLN 5mg/0.4ml, 7.5mg/0.6ml, 10mg/0.8ml	5	GC
FRAGMIN SOLN 10000unit/4ml; SOSY 2500unit/0.2ml	4	GC
FRAGMIN SOLN 95000unit/3.8ml; SOSY 5000unit/0.2ml, 7500unit/0.3ml, 10000unit/ml, 12500unit/0.5ml, 15000unit/0.6ml, 18000unt/0.72ml	5	GC
HEP SOD/D5W INJ 20000UNT	4	GC
HEP SOD/D5W INJ 25000UNT	4	GC
HEP SOD/NAACL INJ 12500UNT	3	GC
HEP SOD/NAACL INJ 25000UNT	3	GC
HEPARIN SODIUM SOLN 5000unit/ml; SOSY 5000unit/0.5ml	4	GC, B/D
<i>heparin sodium (porcine)</i> SOLN 1000unit/ml, 5000unit/0.5ml, 5000unit/ml, 10000unit/ml, 20000unit/ml	2	GC, B/D
HEPARIN/NAACL INJ 25000UNT	3	GC
<i>jantoven</i> TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	1	GC
LOVENOX SOLN 300mg/3ml	4	GC
LOVENOX SOSY 30mg/0.3ml, 40mg/0.4ml, 60mg/0.6ml, 80mg/0.8ml, 100mg/ml, 120mg/0.8ml, 150mg/ml	5	GC
PRADAXA CAPS 75mg, 150mg	4	GC, 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
PRADAXA CAPS 110mg	4	GC, QL (120 caps / 30 days)
PRADAXA PACK 20mg, 150mg	5	GC, QL (60 packets / 30 days), PA
PRADAXA PACK 30mg, 40mg, 50mg, 110mg	5	GC, QL (120 packets / 30 days), PA
<i>warfarin sodium</i> TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	1	GC
XARELTO SUSR 1mg/ml	3	GC, QL (620 mL / 30 days)
XARELTO TABS 2.5mg	3	GC, QL (60 tabs / 30 days)
XARELTO TABS 10mg, 15mg, 20mg	3	GC, QL (30 tabs / 30 days)
XARELTO STAR TAB 15/20MG	3	GC, QL (51 tabs / 30 days)

HEMATOPOIETIC GROWTH FACTORS

ARANESP ALBUMIN FREE SOLN 25mcg/ml, 40mcg/ml; SOSY 10mcg/0.4ml, 25mcg/0.42ml, 40mcg/0.4ml	3	GC, NM, PA
ARANESP ALBUMIN FREE SOLN 60mcg/ml, 100mcg/ml, 200mcg/ml; SOSY 60mcg/0.3ml, 100mcg/0.5ml, 150mcg/0.3ml, 200mcg/0.4ml, 300mcg/0.6ml, 500mcg/ml	5	GC, NM, PA
EPOGEN SOLN 2000unit/ml, 3000unit/ml, 4000unit/ml, 10000unit/ml	4	GC, NM, PA
EPOGEN SOLN 20000unit/ml	5	GC, NM, PA
FULPHILA SOSY 6mg/0.6ml	5	GC, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
FYLNETRA SOSY 6mg/0.6ml	5	GC, QL (2 syringes / 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
GRANIX SOLN 300mcg/ml, 480mcg/1.6ml; SOSY 300mcg/0.5ml, 480mcg/0.8ml	5	GC, NM, PA
LEUKINE SOLR 250mcg	5	GC, NM, PA
MOZOBIL SOLN 24mg/1.2ml	5	GC, NM, LA, PA
NEULASTA SOSY 6mg/0.6ml	5	GC, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
NEULASTA ONPRO KIT PSKT 6mg/0.6ml	5	GC, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
NEUPOGEN SOLN 300mcg/ml, 480mcg/1.6ml; SOSY 300mcg/0.5ml, 480mcg/0.8ml	5	GC, NM, PA
NIVESTYM SOLN 300mcg/ml, 480mcg/1.6ml; SOSY 300mcg/0.5ml, 480mcg/0.8ml	5	GC, NM, PA
NPLATE SOLR 125mcg, 250mcg, 500mcg	5	GC, NM, PA
NYVEPRIA SOSY 6mg/0.6ml	5	GC, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
<i>plerixafor</i> SOLN 24mg/1.2ml	5	GC, NM, PA
PROCRIT SOLN 2000unit/ml, 3000unit/ml, 4000unit/ml, 10000unit/ml	3	GC, NM, PA
PROCRIT SOLN 20000unit/ml, 40000unit/ml	5	GC, NM, PA
RELEUKO SOLN 300mcg/ml, 480mcg/1.6ml; SOSY 300mcg/0.5ml, 480mcg/0.8ml	5	GC, NM, PA
RETACRIT SOLN 2000unit/ml, 3000unit/ml, 4000unit/ml, 10000unit/ml, 20000unit/2ml, 20000unit/ml	4	GC, NM, PA
RETACRIT SOLN 40000unit/ml	5	GC, 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
ROLVEDON SOSY 13.2mg/0.6ml	5	GC, QL (2 syringes / 28 days), NM, LA, PA
UDENYCA SOAJ 6mg/0.6ml	5	GC, QL (2 pens / 28 days), NM, PA
UDENYCA SOSY 6mg/0.6ml	5	GC, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
UDENYCA ONBODY SOSY 6mg/0.6ml	5	GC, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
ZARXIO SOSY 300mcg/0.5ml, 480mcg/0.8ml	5	GC, NM, PA
ZIEXTENZO SOSY 6mg/0.6ml	5	GC, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
MISCELLANEOUS		
ADAKVEO SOLN 100mg/10ml	5	GC, NM, PA
ADZYNMA KIT 500unit, 1500unit	5	GC, NM, LA, PA
AGRYLIN CAPS .5mg	4	GC
<i>aminocaproic acid</i> SOLN .25gm/ml; TABS 500mg, 1000mg	5	GC
<i>anagrelide hcl</i> CAPS .5mg, 1mg	2	GC
BERINERT KIT 500unit	5	GC, QL (24 boxes / 30 days), NM, LA, PA
CABLIVI KIT 11mg	5	GC, NM, LA, PA
<i>cilostazol</i> TABS 50mg, 100mg	1	GC
CINRYZE SOLR 500unit	5	GC, QL (20 vials / 30 days), NM, LA, PA
DOPTELET TABS 20mg	5	GC, NM, LA, PA
DROXIA CAPS 200mg, 300mg, 400mg	3	GC
EMPAVELI SOLN 1080mg/20ml	5	GC, 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
ENDARI PACK 5gm	5	GC, NM, LA, PA
ENJAYMO SOLN 1100mg/22ml	5	GC, NM, LA, PA
FIRAZYR SOSY 30mg/3ml	5	GC, QL (9 syringes / 30 days), NM, PA
GIVLAARI SOLN 189mg/ml	5	GC, NM, LA, PA
HAEGARDA SOLR 2000unit	5	GC, QL (30 vials / 30 days), NM, LA, PA
HAEGARDA SOLR 3000unit	5	GC, QL (20 vials / 30 days), NM, LA, PA
<i>icatibant acetate</i> SOSY 30mg/3ml	5	GC, QL (9 syringes / 30 days), NM, PA
KALBITOR SOLN 10mg/ml	5	GC, QL (18 mL / 30 days), NM, LA, PA
MULPLETA TABS 3mg	5	GC, NM, PA
ORLADEYO CAPS 110mg, 150mg	5	GC, QL (28 caps / 28 days), NM, LA, PA
OXBRYTA TABS 300mg, 500mg; TBSO 300mg	5	GC, NM, LA, PA
<i>pentoxifylline</i> TBCR 400mg	1	GC
PROMACTA PACK 12.5mg	5	GC, QL (360 packets / 30 days), NM, LA, PA
PROMACTA PACK 25mg	5	GC, QL (180 packets / 30 days), NM, LA, PA
PROMACTA TABS 12.5mg, 25mg	5	GC, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
PROMACTA TABS 50mg, 75mg	5	GC, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
PYRUKYND TABS 5mg, 20mg, 50mg	5	GC, QL (56 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
PYRUKYND TAB 20MGX5MG	5	GC, QL (14 tabs / 14 days), NM, LA, PA
PYRUKYND TAB 50MGX20M	5	GC, QL (14 tabs / 14 days), NM, LA, PA
PYRUKYND TAPER PACK TBPK 5mg	5	GC, QL (7 tabs / 7 days), NM, LA, PA
REBLOZYL SOLR 25mg, 75mg	5	GC, NM, LA, PA
RUCONEST SOLR 2100unit	5	GC, QL (12 vials / 30 days), NM, LA, PA
<i>sajazir</i> SOSY 30mg/3ml	5	GC, QL (9 syringes / 30 days), NM, LA, PA
SIKLOS TABS 100mg	4	GC
SIKLOS TABS 1000mg	5	GC
SOLIRIS SOLN 300mg/30ml	5	GC, NM, LA, PA
TAKHZYRO SOLN 300mg/2ml	5	GC, QL (2 vials / 28 days), NM, LA, PA
TAKHZYRO SOSY 150mg/ml, 300mg/2ml	5	GC, QL (2 syringes / 28 days), NM, LA, PA
TAVALISSE TABS 100mg, 150mg	5	GC, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
TAVNEOS CAPS 10mg	5	GC, NM, LA, PA
<i>tranexamic acid</i> SOLN 1000mg/10ml; TABS 650mg	2	GC
ULTOMIRIS SOLN 300mg/3ml, 1100mg/11ml	5	GC, NM, LA, PA
PLATELET AGGREGATION INHIBITORS		
<i>aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25-200 mg</i>	2	GC
BRILINTA TABS 60mg, 90mg	3	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>clopidogrel bisulfate</i> TABS 75mg	1	GC
<i>clopidogrel bisulfate</i> TABS 300mg	2	GC
<i>dipyridamole</i> TABS 25mg, 50mg, 75mg	3	GC, PA; PA if 70 years and older
EFFIENT TABS 5mg, 10mg	4	GC
PLAVIX TABS 75mg	4	GC
<i>prasugrel hcl</i> TABS 5mg, 10mg	2	GC
ZONTIVITY TABS 2.08mg	4	GC

IMMUNOLOGIC AGENTS

AUTOIMMUNE AGENTS

ACTEMRA SOLN 80mg/4ml, 200mg/10ml, 400mg/20ml	5	GC, NM, LA, PA
ACTEMRA SOSY 162mg/0.9ml	5	GC, QL (4 syringes / 28 days), NM, PA
ACTEMRA ACTPEN SOAJ 162mg/0.9ml	5	GC, QL (4 pens / 28 days), NM, LA, PA
ADALIMUMAB-AACF (2 PEN) AJKT 40mg/0.8ml	5	GC, QL (56 pens / 365 days), NM, PA
ADBRY SOSY 150mg/ml	5	GC, QL (56 syringes / 365 days), NM, LA, PA
AMJEVITA SOAJ 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml	5	GC, QL (56 auto-injectors / 365 days), NM, PA
AMJEVITA SOAJ 80mg/0.8ml	5	GC, QL (28 auto-injectors / 365 days), NM, PA
AMJEVITA SOSY 10mg/0.2ml, 20mg/0.2ml, 20mg/0.4ml	5	GC, QL (26 syringes / 365 days), NM, PA
AMJEVITA SOSY 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml	5	GC, QL (56 syringes / 365 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
AVSOLA SOLR 100mg	5	GC, NM, LA, PA
BIMZELX SOAJ 160mg/ml	5	GC, QL (2 auto-injectors / 28 days), NM, PA
BIMZELX SOSY 160mg/ml	5	GC, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
CIBINQO TABS 50mg, 100mg, 200mg	5	GC, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
CIMZIA KIT 200mg; PSKT 200mg/ml	5	GC, QL (2 kits / 28 days), NM, PA
CIMZIA STARTER KIT PSKT 200mg/ml	5	GC, QL (2 kits / year), NM, PA
COSENTYX SOLN 125mg/5ml	5	GC, QL (3 vials / 28 days), NM, LA, PA
COSENTYX SOSY 75mg/0.5ml	5	GC, QL (16 syringes / 365 days), NM, LA, PA
COSENTYX SOSY 150mg/ml	5	GC, QL (32 syringes / 365 days), NM, LA, PA
COSENTYX SENSOREADY PEN SOAJ 150mg/ml	5	GC, QL (32 pens / 365 days), NM, LA, PA
COSENTYX UNOREADY SOAJ 300mg/2ml	5	GC, QL (16 pens / 365 days), NM, LA, PA
DUPIXENT SOPN 200mg/1.14ml, 300mg/2ml; SOSY 100mg/0.67ml, 200mg/1.14ml, 300mg/2ml	5	GC, NM, PA
ENBREL SOLN 25mg/0.5ml	5	GC, QL (16 vials / 28 days), NM, PA
ENBREL SOSY 25mg/0.5ml	5	GC, QL (16 syringes / 28 days), NM, PA
ENBREL SOSY 50mg/ml	5	GC, QL (8 syringes / 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
ENBREL MINI SOCT 50mg/ml	5	GC, QL (8 cartridges / 28 days), NM, PA
ENBREL SURECLICK SOAJ 50mg/ml	5	GC, QL (8 pens / 28 days), NM, PA
ENTYVIO SOLR 300mg	5	GC, NM, LA, PA
HUMIRA PSKT 10mg/0.1ml, 20mg/0.2ml	5	GC, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
HUMIRA PSKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml	5	GC, QL (6 syringes / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEDIA INJ CROHNS	5	GC, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS D PSKT 80mg/0.8ml	5	GC, QL (3 syringes / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN PNKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml	5	GC, QL (6 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN PNKT 80mg/0.8ml	5	GC, QL (4 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN KIT PS/UV	5	GC, QL (3 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN-CD/UC/HS START PNKT 80mg/0.8ml	5	GC, QL (3 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S PNKT 80mg/0.8ml	5	GC, QL (4 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER PNKT 40mg/0.8ml	5	GC, QL (4 pens / 28 days), NM, PA
IDACIO (2 PEN) AJKT 40mg/0.8ml	5	GC, QL (56 pens / 365 days), NM, PA
IDACIO (2 SYRINGE) PSKT 40mg/0.8ml	5	GC, QL (56 syringes / 365 days), NM, PA
IDACIO CROHN INJ DISEASE AJKT 40mg/0.8ml	5	GC, QL (2 packs / year), 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
IDACIO PLAQU INJ PSORIASIS AJKT 40mg/0.8ml	5	GC, QL (2 packs / year), NM, PA
ILUMYA SOSY 100mg/ml	5	GC, QL (6 syringes / 365 days), NM, LA, PA
INFLECTRA SOLR 100mg	5	GC, NM, LA, PA
INFLIXIMAB SOLR 100mg	5	GC, NM, LA, PA
KEVZARA SOAJ 150mg/1.14ml, 200mg/1.14ml	5	GC, QL (2 pens / 28 days), NM, PA
KEVZARA SOSY 150mg/1.14ml, 200mg/1.14ml	5	GC, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
KINERET SOSY 100mg/0.67ml	5	GC, QL (28 syringes / 28 days), NM, PA
LITFULO CAPS 50mg	5	GC, QL (28 caps / 28 days), NM, LA, PA
OLUMIANT TABS 1mg, 2mg, 4mg	5	GC, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
OMVOH SOAJ 100mg/ml	5	GC, QL (2 auto-injectors / 28 days), NM, LA, PA
OMVOH SOLN 300mg/15ml	5	GC, NM, LA, PA
ORENCIA SOLR 250mg	5	GC, NM, PA
ORENCIA SOSY 50mg/0.4ml, 87.5mg/0.7ml, 125mg/ml	5	GC, QL (4 syringes / 28 days), NM, PA
ORENCIA CLICKJECT SOAJ 125mg/ml	5	GC, QL (4 autoinjectors / 28 days), NM, PA
OTEZLA TABS 30mg	5	GC, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
OTEZLA TAB 10/20/30	5	GC, QL (110 tabs / year), NM, PA
REMICADE SOLR 100mg	5	GC, 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
RENFLEXIS SOLR 100mg	5	GC, NM, LA, PA
RINVOQ TB24 15mg, 30mg	5	GC, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
RINVOQ TB24 45mg	5	GC, QL (168 tabs / year), NM, PA
SILIQ SOSY 210mg/1.5ml	5	GC, QL (3 syringes / 28 days), NM, PA
SIMPONI SOAJ 50mg/0.5ml	5	GC, QL (6 autoinjectors / 28 days), NM, PA
SIMPONI SOAJ 100mg/ml	5	GC, QL (3 autoinjectors / 28 days), NM, PA
SIMPONI SOSY 50mg/0.5ml	5	GC, QL (6 syringes / 28 days), NM, PA
SIMPONI SOSY 100mg/ml	5	GC, QL (3 syringes / 28 days), NM, PA
SIMPONI ARIA SOLN 50mg/4ml	5	GC, NM, PA
SKYRIZI SOCT 180mg/1.2ml, 360mg/2.4ml	5	GC, QL (1 cartridge / 56 days), NM, PA
SKYRIZI SOLN 600mg/10ml	5	GC, QL (6 vials / year), NM, PA
SKYRIZI SOSY 150mg/ml	5	GC, QL (6 syringes / 365 days), NM, PA
SKYRIZI PEN SOAJ 150mg/ml	5	GC, QL (6 pens / 365 days), NM, PA
SOTYKTU TABS 6mg	5	GC, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
SPEVIGO SOLN 450mg/7.5ml	5	GC, QL (30 mL / 14 days), NM, LA, PA
STELARA SOLN 45mg/0.5ml	5	GC, QL (1 vial / 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
STELARA SOLN 130mg/26ml	5	GC, NM, LA, PA
STELARA SOSY 45mg/0.5ml, 90mg/ml	5	GC, QL (1 syringe / 28 days), NM, PA
TALTZ SOAJ 80mg/ml; SOSY 80mg/ml	5	GC, QL (3 syringes / 28 days), NM, LA, PA
TREMFYA SOPN 100mg/ml	5	GC, QL (1 pen / 28 days), NM, PA
TREMFYA SOSY 100mg/ml	5	GC, QL (1 syringe / 28 days), NM, PA
VELSIPITY TABS 2mg	5	GC, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
XELJANZ SOLN 1mg/ml	5	GC, QL (480 mL / 24 days), NM, PA
XELJANZ TABS 5mg, 10mg	5	GC, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
XELJANZ XR TB24 11mg, 22mg	5	GC, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>DISEASE-MODIFYING ANTI-RHEUMATIC DRUGS (DMARDS)</i>		
ARAVA TABS 10mg, 20mg	5	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>hydroxychloroquine sulfate</i> TABS 100mg, 200mg, 300mg, 400mg	2	GC
<i>leflunomide</i> TABS 10mg, 20mg	2	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>methotrexate sodium</i> TABS 2.5mg	2	GC
OTREXUP SOAJ 10mg/0.4ml, 12.5mg/0.4ml, 15mg/0.4ml, 17.5mg/0.4ml, 20mg/0.4ml, 22.5mg/0.4ml, 25mg/0.4ml	4	GC, NM, PA
PLAQUENIL TABS 200mg	4	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
RASUVO SOAJ 7.5mg/0.15ml, 10mg/0.2ml, 12.5mg/0.25ml, 15mg/0.3ml, 17.5mg/0.35ml, 20mg/0.4ml, 22.5mg/0.45ml, 25mg/0.5ml, 30mg/0.6ml	4	GC, NM, PA
SOVUNA TABS 200mg, 300mg	4	GC
TREXALL TABS 5mg, 7.5mg, 10mg, 15mg	4	GC, B/D
XATMEP SOLN 2.5mg/ml	4	GC, B/D
IMMUNOGLOBULINS		
BIVIGAM SOLN 5gm/50ml, 10%	5	GC, NM, LA, PA
CUTAQUIG SOLN 1gm/6ml, 1.65gm/10ml, 2gm/12ml, 3.3gm/20ml, 4gm/24ml, 8gm/48ml	5	GC, NM, LA, PA
CUVITRU SOLN 1gm/5ml, 2gm/10ml, 4gm/20ml, 8gm/40ml, 10gm/50ml	5	GC, NM, LA, PA
FLEBOGAMMA DIF SOLN 5gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/400ml	5	GC, NM, PA
GAMASTAN INJ	4	GC, B/D, NM, LA
GAMMAGARD LIQUID SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	5	GC, NM, PA
GAMMAGARD S/D IGA LESS TH SOLR 5gm, 10gm	5	GC, NM, PA
GAMMAKED SOLN 1gm/10ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml	5	GC, NM, PA
GAMMAPLEX SOLN 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 20gm/400ml	5	GC, NM, LA, PA
GAMUNEX-C SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 40gm/400ml	5	GC, 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
HIZENTRA SOLN 1gm/5ml, 2gm/10ml, 4gm/20ml, 10gm/50ml; SOSY 1gm/5ml, 2gm/10ml, 4gm/20ml	5	GC, NM, LA, PA
HYQVIA INJ 2.5-200	5	GC, NM, LA, PA
HYQVIA INJ 5-400	5	GC, NM, LA, PA
HYQVIA INJ 10-800	5	GC, NM, LA, PA
HYQVIA INJ 20-1600	5	GC, NM, LA, PA
HYQVIA INJ 30-2400	5	GC, NM, LA, PA
OCTAGAM SOLN 1gm/20ml, 2gm/20ml, 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	5	GC, NM, PA
PANZYGA SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	5	GC, NM, PA
PRIVIGEN SOLN 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 40gm/400ml	5	GC, NM, PA
XEMBIFY SOLN 1gm/5ml, 2gm/10ml, 4gm/20ml, 10gm/50ml	5	GC, NM, LA, PA
IMMUNOMODULATORS		
ACTIMMUNE SOLN 2000000unit/0.5ml	5	GC, NM, LA, PA
ARCALYST SOLR 220mg	5	GC, NM, LA, PA
GRASTEK SUBL 2800bau	4	GC, PA
ILARIS SOLN 150mg/ml	5	GC, NM, LA, PA
JOENJA TABS 70mg	5	GC, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
ODACTRA SUB	4	GC, PA
ORALAIR SUB 300 IR	4	GC, NM, LA, PA
PALFORZIA CAP ESCALAT	5	GC, 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
PALFORZIA CAP LEVEL 3	5	GC, NM, LA, PA
PALFORZIA CAP LEVEL 7	5	GC, NM, LA, PA
PALFORZIA CAP LEVEL 8	5	GC, NM, LA, PA
PALFORZIA CAP LEVEL 10	5	GC, NM, LA, PA
PALFORZIA LEVEL 1 CSPK 1mg	5	GC, NM, LA, PA
PALFORZIA LEVEL 2 CSPK 1mg	5	GC, NM, LA, PA
PALFORZIA LEVEL 4 CSPK 20mg	5	GC, NM, LA, PA
PALFORZIA LEVEL 5 CSPK 20mg	5	GC, NM, LA, PA
PALFORZIA LEVEL 6 CSPK 20mg	5	GC, NM, LA, PA
PALFORZIA LEVEL 9 CSPK 100mg	5	GC, NM, LA, PA
PALFORZIA LEVEL 11 (MAINT PACK 300mg)	5	GC, NM, LA, PA
PALFORZIA LEVEL 11 (TITRA PACK 300mg)	5	GC, NM, LA, PA
RAGWITEK SUBL 12amba1-u	4	GC, PA
RYSTIGGO SOLN 280mg/2ml	5	GC, NM, LA, PA
VYVGART SOLN 400mg/20ml	5	GC, NM, LA, PA
VYVGART INJ HYTRULO	5	GC, NM, LA, PA
IMMUNOSUPPRESSANTS		
ASTAGRAF XL CP24 5mg	5	GC, B/D, NM
ASTAGRAF XL CP24 .5mg, 1mg	4	GC, B/D, NM
ATGAM INJ 50mg/ml	5	GC, B/D
<i>azasan</i> TABS 75mg, 100mg	2	GC, B/D
<i>azathioprine</i> TABS 50mg, 75mg, 100mg	2	GC, B/D
BENLYSTA SOAJ 200mg/ml; SOSY 200mg/ml	5	GC, QL (8 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
BENLYSTA SOLR 120mg, 400mg	5	GC, NM, LA, PA
CELLCEPT CAPS 250mg; SUSR 200mg/ml; TABS 500mg	5	GC, B/D, NM
<i>cyclosporine</i> CAPS 25mg, 100mg; SOLN 50mg/ml	2	GC, B/D, NM
<i>cyclosporine modified (for microemulsion)</i> CAPS 25mg, 50mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	2	GC, B/D, NM
ENVARUSUS XR TB24 4mg	5	GC, B/D, NM
ENVARUSUS XR TB24 .75mg, 1mg	4	GC, B/D, NM
<i>everolimus (immunosuppressant)</i> TABS .25mg, .5mg, .75mg, 1mg	5	GC, B/D, NM
<i>gengraf</i> CAPS 25mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	2	GC, B/D, NM
IMURAN TABS 50mg	4	GC, B/D
LUPKYNIS CAPS 7.9mg	5	GC, NM, LA, PA
<i>mycophenolate mofetil</i> CAPS 250mg; TABS 500mg	2	GC, B/D, NM
<i>mycophenolate mofetil</i> SUSR 200mg/ml	5	GC, B/D, NM
<i>mycophenolate sodium</i> TBEC 180mg, 360mg	2	GC, B/D, NM
MYFORTIC TBEC 180mg	4	GC, B/D, NM
MYFORTIC TBEC 360mg	5	GC, B/D, NM
NEORAL CAPS 25mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	4	GC, B/D, NM
NULOJIX SOLR 250mg	5	GC, B/D, NM
PROGRAF CAPS 5mg	5	GC, 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
PROGRAF CAPS .5mg, 1mg; PACK .2mg, 1mg	4	GC, B/D, NM
RAPAMUNE SOLN 1mg/ml; TABS 1mg, 2mg	5	GC, B/D, NM
RAPAMUNE TABS .5mg	4	GC, B/D, NM
REZUROCK TABS 200mg	5	GC, NM, LA, PA
SANDIMMUNE CAPS 25mg; SOLN 50mg/ml, 100mg/ml	4	GC, B/D, NM
SANDIMMUNE CAPS 100mg	5	GC, B/D, NM
SAPHNELO SOLN 300mg/2ml	5	GC, NM, LA, PA
<i>sirolimus</i> SOLN 1mg/ml	5	GC, B/D, NM
<i>sirolimus</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg	2	GC, B/D, NM
<i>tacrolimus</i> CAPS .5mg, 1mg, 5mg	2	GC, B/D, NM
ZORTRESS TABS .25mg, .5mg, .75mg, 1mg	5	GC, B/D, NM

VACCINES

ABRYSVO 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

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
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
IXCHIQ INJ	1	GC
IXIARO INJ	1	GC
JYNNEOS SUSP .5ml	1	GC, B/D
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

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
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
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	GC
D5W/LYTES INJ #48	4	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
D10W/NACL INJ 0.2%	3	GC
<i>dextrose 2.5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	2	GC
<i>dextrose 5% in lactated ringers</i>	2	GC
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.2%</i>	2	GC
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3%</i>	2	GC
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%</i>	2	GC
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	2	GC
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.225%</i>	2	GC
<i>dextrose 10% w/ sodium chloride 0.45%</i>	2	GC
ISOLYTE-P INJ /D5W	4	GC
ISOLYTE-S INJ	4	GC
ISOLYTE-S INJ PH 7.4	4	GC
<i>kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	2	GC
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.2% inj</i>	2	GC
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj</i>	2	GC
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	2	GC
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj</i>	2	GC
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj</i>	2	GC
<i>kcl 20 meq/l (0.149%) in nacl 0.45% inj</i>	2	GC
<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	2	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>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj</i>	2	GC
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	2	GC
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj</i>	2	GC
KCL/D5W/LACT INJ 20MEQ/L	4	GC
KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9%	4	GC
<i>lactated ringer's solution</i>	2	GC
MAGNESIUM SULFATE SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml	3	GC
<i>magnesium sulfate SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml, 50%</i>	3	GC
<i>magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1 gm/100ml</i>	3	GC
MG SO4/D5W INJ 10MG/ML	3	GC
<i>multiple electrolytes ph 5.5</i>	2	GC
<i>multiple electrolytes ph 7.4</i>	2	GC
PLASMA-LYTE INJ -148	4	GC
PLASMA-LYTE INJ -A	4	GC
POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	4	GC
POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.45% INJ	4	GC
POT CHL 40MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	4	GC
<i>potassium chloride SOLN 2meq/ml, 10meq/100ml, 20meq/100ml, 20meq/50ml, 40meq/100ml</i>	2	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
POTASSIUM CHLORIDE SOLN 10meq/100ml, 10meq/50ml, 20meq/100ml, 20meq/50ml, 40meq/100ml	4	GC
<i>potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% inj</i>	2	GC
<i>sodium chloride SOLN .45%, .9%, 2.5meq/ml, 3%, 5%</i>	2	GC
TPN ELECTROL INJ	4	GC, B/D
<i>ELECTROLYTES/MINERALS/VITAMINS, ORAL</i>		
<i>klor-con PACK 20meq</i>	2	GC
<i>klor-con 8 TBCR 8meq</i>	1	GC
<i>klor-con 10 TBCR 10meq</i>	1	GC
<i>klor-con m10 TBCR 10meq</i>	1	GC
<i>klor-con m15 TBCR 15meq</i>	2	GC
<i>klor-con m20 TBCR 20meq</i>	1	GC
M-NATAL PLUS TAB	3	GC
<i>potassium chloride CPCR 8meq, 10meq; PACK 20meq; SOLN 10%, 20%</i>	2	GC
<i>potassium chloride TBCR 8meq, 10meq, 20meq</i>	1	GC
<i>potassium chloride microencapsulated crystals er TBCR 10meq, 20meq</i>	1	GC
<i>potassium chloride microencapsulated crystals er TBCR 15meq</i>	2	GC
PRENATAL TAB 27-1MG	3	GC
PRENATAL TAB PLUS	3	GC
<i>sodium fluoride chew; tab; 1.1 (0.5 f) mg/ml soln</i>	2	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
IV NUTRITION		
CLINIMIX E INJ 2.75/D5W	4	GC, B/D
CLINIMIX E INJ 4.25/D5W	4	GC, B/D
CLINIMIX E INJ 4.25/D10	4	GC, B/D
CLINIMIX E INJ 5%/D15W	4	GC, B/D
CLINIMIX E INJ 5%/D20W	4	GC, B/D
CLINIMIX E INJ 8/10	4	GC, B/D
CLINIMIX E INJ 8/14	4	GC, B/D
CLINIMIX INJ 4.25/D5W	4	GC, B/D
CLINIMIX INJ 4.25/D10	4	GC, B/D
CLINIMIX INJ 5%/D15W	4	GC, B/D
CLINIMIX INJ 5%/D20W	4	GC, B/D
CLINIMIX INJ 6/5	4	GC, B/D
CLINIMIX INJ 8/10	4	GC, B/D
CLINIMIX INJ 8/14	4	GC, B/D
<i>clinisol sf 15%</i>	2	GC, B/D
CLINOLIPID EMU 20%	4	GC, B/D
<i>dextrose SOLN 5%, 10%</i>	2	GC
<i>dextrose SOLN 50%, 70%</i>	2	GC, B/D
INTRALIPID EMUL 20gm/100ml, 30gm/100ml	4	GC, B/D
NUTRILIPID EMUL 20gm/100ml	4	GC, B/D
<i>plenamine</i>	2	GC, B/D
PREMASOL SOL 10%	5	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
PROSOL INJ 20%	4	GC, B/D
SMOFLIPID EMU	4	GC, B/D
TRAVASOL INJ 10%	4	GC, B/D
TROPHAMINE INJ 10%	4	GC, B/D

OPHTHALMIC

ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORY

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

ANTI-INFECTIVES

AZASITE SOLN 1%	4	GC
<i>bacitracin (ophthalmic) OINT 500unit/gm</i>	2	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>bacitracin-polymyxin b ophth oint</i>	1	GC
BESIVANCE SUSP .6%	3	GC
CILOXAN OINT .3%	3	GC
<i>ciprofloxacin hcl (ophth) SOLN .3%</i>	1	GC
<i>erythromycin (ophth) OINT 5mg/gm</i>	1	GC
<i>gatifloxacin (ophth) SOLN .5%</i>	2	GC
<i>gentamicin sulfate (ophth) SOLN .3%</i>	1	GC
<i>levofloxacin (ophth) SOLN .5%, 1.5%</i>	2	GC
<i>moxifloxacin hcl (ophth) SOLN .5%</i>	2	GC
NATACYN SUSP 5%	4	GC
<i>neo-polycin 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i>	2	GC
<i>neomycin-bacitrac zn-polymyx 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i>	2	GC
<i>neomycin-polymy-gramicid op sol 1.75-10000-0.025mg-unt-mg/ml</i>	2	GC
OCUFLOX SOLN .3%	4	GC
<i>ofloxacin (ophth) SOLN .3%</i>	2	GC
<i>polycin ophth oint</i>	1	GC
<i>polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml-0.1%</i>	1	GC
<i>sulfacetamide sodium (ophth) OINT 10%; SOLN 10%</i>	2	GC
<i>tobramycin (ophth) SOLN .3%</i>	1	GC
TOBEX OINT .3%	4	GC
<i>trifluridine SOLN 1%</i>	2	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
VIGAMOX SOLN .5%	4	GC
XDEMVI SOLN .25%	5	GC, NM, LA, PA
ZIRGAN GEL .15%	4	GC
ZYMAXID SOLN .5%	4	GC

ANTI-INFLAMMATORIES

ACULAR SOLN .5%	4	GC
ACULAR LS SOLN .4%	4	GC
ACUVAIL SOLN .45%	4	GC
ALREX SUSP .2%	3	GC
<i>bromfenac sodium (ophth)</i> SOLN .07%, .075%, .09%	2	GC
BROMSITE SOLN .075%	4	GC
<i>dexamethasone sodium phosphate (ophth)</i> SOLN .1%	2	GC
DEXYCU SUSP 9%	4	GC, LA
<i>diclofenac sodium (ophth)</i> SOLN .1%	2	GC
<i>difluprednate</i> EMUL .05%	2	GC
DUREZOL EMUL .05%	4	GC
EYSUVIS SUSP .25%	4	GC
FLAREX SUSP .1%	4	GC
<i>fluorometholone (ophth)</i> SUSP .1%	2	GC
<i>flurbiprofen sodium</i> SOLN .03%	2	GC
FML FORTE SUSP .25%	4	GC
FML LIQUIFILM SUSP .1%	4	GC
ILEVRO SUSP .3%	4	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
INVELTYS SUSP 1%	4	GC
<i>ketorolac tromethamine (ophth)</i> SOLN .4%, .5%	2	GC
LOTEMAX GEL .5%; SUSP .5%	4	GC
LOTEMAX OINT .5%	3	GC
LOTEMAX SM GEL .38%	3	GC
<i>loteprednol etabonate</i> GEL .5%; SUSP .2%, .5%	2	GC
MAXIDEX SUSP .1%	4	GC
NEVANAC SUSP .1%	4	GC
PRED FORTE SUSP 1%	4	GC
PRED MILD SUSP .12%	4	GC
<i>prednisolone acetate (ophth)</i> SUSP 1%	2	GC
PREDNISOLONE SODIUM PHOSP SOLN 1%	3	GC
PROLENSA SOLN .07%	3	GC
XIPERE SUSP 40mg/ml	4	GC, NM, LA, PA
YUTIQ IMPL .18mg	5	GC, NM, LA
ANTIALLERGICS		
ALOMIDE SOLN .1%	4	GC
<i>azelastine hcl (ophth)</i> SOLN .05%	2	GC
<i>bepotastine besilate</i> SOLN 1.5%	2	GC
BEPREVE SOLN 1.5%	4	GC
<i>cromolyn sodium (ophth)</i> SOLN 4%	1	GC
<i>epinastine hcl (ophth)</i> SOLN .05%	2	GC
ZERVIATE SOLN .24%	4	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
ANTI GLAUCOMA		
ALPHAGAN P SOLN .1%	3	GC
ALPHAGAN P SOLN .15%	4	GC
AZOPT SUSP 1%	4	GC
<i>betaxolol hcl (ophth)</i> SOLN .5%	2	GC
BETIMOL SOLN .25%, .5%	4	GC
BETOPTIC-S SUSP .25%	4	GC
<i>bimatoprost</i> SOLN .03%	2	GC
<i>brimonidine tartrate</i> SOLN .1%, .15%	2	GC
<i>brimonidine tartrate</i> SOLN .2%	1	GC
<i>brinzolamide</i> SUSP 1%	2	GC
<i>carteolol hcl (ophth)</i> SOLN 1%	2	GC
COMBIGAN SOL 0.2/0.5%	3	GC
COSOPT PF SOL 2%-0.5%	4	GC
COSOPT SOL 2-0.5%OP	4	GC
<i>dorzolamide hcl</i> SOLN 2%	1	GC
<i>dorzolamide hcl-timolol maleate ophth soln</i> 2-0.5%	1	GC
<i>dorzolamide hcl-timolol maleate pf ophth</i> <i>soln 2-0.5%</i>	2	GC
ISTALOL SOLN .5%	4	GC
IYUZEH SOLN .005%	4	GC, ST
<i>latanoprost</i> SOLN .005%	1	GC
<i>levobunolol hcl</i> SOLN .5%	2	GC
LUMIGAN SOLN .01%	3	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
PHOSPHOLINE IODIDE SOLR .125%	5	GC, NM
<i>pilocarpine hcl</i> SOLN 1%, 2%, 4%	2	GC
RHOPRESSA SOLN .02%	3	GC
ROCKLATAN DRO	3	GC
SIMBRINZA SUS 1-0.2%	4	GC
<i>tafluprost</i> SOLN .015mg/ml	2	GC
<i>timolol maleate (ophth)</i> SOLG .25%, .5%	2	GC
<i>timolol maleate (ophth)</i> SOLN .25%, .5%	1	GC
<i>timolol maleate (ophth) once-daily</i> SOLN .5%	2	GC
<i>timolol maleate (ophth) pf</i> SOLN .25%, .5%	2	GC
TIMOPTIC SOLN .25%, .5%	4	GC
TIMOPTIC OCUDOSE SOLN .25%, .5%	4	GC
TIMOPTIC-XE SOLG .25%, .5%	4	GC
TRAVATAN Z SOLN .004%	4	GC
<i>travoprost</i> SOLN .004%	2	GC
VYZULTA SOLN .024%	4	GC
XALATAN SOLN .005%	4	GC
XELPROS EMUL .005%	4	GC, ST
ZIOPTAN SOLN .015mg/ml	4	GC, ST
MISCELLANEOUS		
ATROPINE SULFATE SOLN 1%	3	GC
<i>atropine sulfite (ophthalmic)</i> SOLN 1%	2	GC
BEOVU SOSY 6mg/0.05ml	5	GC, 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
BYOOVIZ SOLN .5mg/0.05ml	5	GC, NM, LA, PA
CEQUA SOLN .09%	4	GC, QL (60 single use vials / 30 days), PA
CIMERLI SOLN .3mg/0.05ml	4	GC, NM, LA, PA
CIMERLI SOLN .5mg/0.05ml	5	GC, NM, LA, PA
CYSTADROPS SOLN .37%	5	GC, NM, LA, PA
CYSTARAN SOLN .44%	5	GC, NM, LA, PA
EYLEA SOLN 2mg/0.05ml; SOSY 2mg/0.05ml	5	GC, NM, LA, PA
EYLEA HD SOLN 8mg/0.07ml	5	GC, NM, LA, PA
IZERVAY SOLN 2mg/0.1ml	5	GC, NM, LA, PA
LACRISERT INST 5mg	4	GC
LUCENTIS SOSY .3mg/0.05ml	5	GC, NM, LA, PA
MIEBO SOLN 1.338gm/ml	3	GC
OXERVATE SOLN .002%	5	GC, NM, LA, PA
<i>proparacaine hcl</i> SOLN .5%	2	GC
RESTASIS EMUL .05%	3	GC
RESTASIS MULTIDOSE EMUL .05%	3	GC
SUSVIMO SOLN 10mg/0.1ml	5	GC, NM, LA, PA
SYFOVRE SOLN 15mg/0.1ml	5	GC, NM, LA, PA
TYRVAYA SOLN .03mg/act	4	GC
VABYSMO SOLN 6mg/0.05ml	5	GC, NM, LA, PA
VERKAZIA EMUL .1%	5	GC, QL (120 single use vials / 30 days), PA
XIIDRA SOLN 5%	3	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
<u>OTIC</u>		
<u>OTIC AGENTS</u>		
<i>acetic acid (otic) SOLN 2%</i>	2	GC
CETRAXAL SOLN .2%	4	GC
CIPRO HC SUS OTIC	4	GC
CIPRODEX SUS 0.3-0.1%	4	GC
<i>ciprofloxacin hcl (otic) SOLN .2%</i>	2	GC
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic susp 0.3-0.1%</i>	2	GC
<i>ciprofloxacin-fluocinolone acetone (pf) otic soln 0.3-0.025%</i>	2	GC
CORTISPORIN SUS -TC OTIC	4	GC
DERMOTIC OIL .01%	4	GC
<i>flac OIL .01%</i>	2	GC
<i>fluocinolone acetonide (otic) OIL .01%</i>	2	GC
<i>hydrocortisone w/ acetic acid otic soln 1-2%</i>	2	GC
<i>neomycin-polymyxin-hc otic soln 1%</i>	2	GC
<i>neomycin-polymyxin-hc otic susp 3.5 mg/ml-10000 unit/ml-1%</i>	2	GC
<i>ofloxacin (otic) SOLN .3%</i>	2	GC
OTOVEL DRO	4	GC

RESPIRATORY

ANTICHOLINERGIC/BETA AGONIST COMBINATIONS

ANORO ELLIPT AER 62.5-25	3	GC, QL (60 blisters / 30 days)
BEVESPI AER 9-4.8MCG	3	GC, QL (1 inhaler / 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
BREZTRI AERO AER SPHERE	3	GC, QL (1 inhaler / 30 days)
BREZTRI AERO AER SPHERE (INSTITUTIONAL PACK)	3	GC, QL (4 inhalers / 28 days)
COMBIVENT AER 20-100	4	GC, QL (2 inhalers / 30 days)
DUAKLIR AER 400/12	4	GC, QL (1 inhaler / 30 days)
<i>ipratropium-albuterol nebu soln 0.5-2.5(3) mg/3ml</i>	2	GC, B/D
STIOLTO AER 2.5-2.5	4	GC, QL (1 inhaler / 30 days)
TRELEGY AER ELLIPTA 100-62.5-25 MCG	3	GC, QL (60 blisters / 30 days)
TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25 MCG	3	GC, QL (60 blisters / 30 days)
ANTICHOLINERGICS		
ATROVENT HFA AERS 17mcg/act	4	GC, QL (2 inhalers / 30 days)
INCRUSE ELLIPTA AEPB 62.5mcg/inh	3	GC, QL (30 blisters / 30 days)
<i>ipratropium bromide SOLN .02%</i>	2	GC, B/D
<i>ipratropium bromide (nasal) SOLN .03%, .06%</i>	2	GC
SPIRIVA HANDIHALER CAPS 18mcg	4	GC, QL (30 caps / 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT AERS 1.25mcg/act, 2.5mcg/act	4	GC, QL (1 inhaler / 30 days)
<i>tiotropium bromide monohydrate CAPS 18mcg</i>	2	GC, QL (30 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
TUDORZA PRESSAIR AEPB 400mcg/act	4	GC, QL (1 inhaler / 30 days)
TUDORZA PRESSAIR (INSTITUTIONAL PACK) AEPB 400mcg/act	4	GC, QL (2 inhalers / 30 days)
YUPELRI SOLN 175mcg/3ml	5	GC, PA

ANTI-HISTAMINE COMBINATIONS

<i>azelastine hcl-fluticasone prop nasal spray</i> 137-50 mcg/act	2	GC, QL (1 bottle / 30 days)
CLARINEX-D TAB 2.5-120	4	GC
DYMISTA SPR 137-50	4	GC, QL (1 bottle / 30 days)
<i>promethazine vc</i>	3	GC, PA; PA if 70 years and older
RYALTRIS SPR 665-25	4	GC, QL (29 gm / 30 days)

ANTI-HISTAMINES

<i>azelastine hcl</i> SOLN .1%	2	GC
<i>carbinoxamine maleate</i> SOLN 4mg/5ml; TABS 4mg	3	GC, PA; PA if 70 years and older
CARBINOXAMINE MALEATE TABS 6mg	4	GC, PA; PA if 70 years and older
<i>cetirizine hcl</i> SOLN 5mg/5ml	1	GC, QL (300 mL / 30 days)
CLARINEX TABS 5mg	4	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>clemastine fumarate</i> SYRP .67mg/5ml	5	GC, QL (1800 mL / 30 days), PA
<i>clemastine fumarate</i> TABS 2.68mg	3	GC, PA; PA if 70 years and older
<i>cyproheptadine hcl</i> SYRP 2mg/5ml; TABS 4mg	3	GC, 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>desloratadine</i> TABS 5mg; TBDP 2.5mg, 5mg	2	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>diphenhydramine hcl</i> SOLN 50mg/ml	2	GC
<i>hydroxyzine hcl</i> SOLN 25mg/ml, 50mg/ml	4	GC, PA; PA if 70 years and older
<i>hydroxyzine hcl</i> SYRP 10mg/5ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg	3	GC, PA; PA if 70 years and older
<i>hydroxyzine pamoate</i> CAPS 25mg, 50mg, 100mg	3	GC, PA; PA if 70 years and older
<i>levocetirizine dihydrochloride</i> SOLN 2.5mg/5ml	2	GC, QL (300 mL / 30 days)
<i>levocetirizine dihydrochloride</i> TABS 5mg	2	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>olopatadine hcl (nasal)</i> SOLN .6%	2	GC
QUZYTIR SOLN 10mg/ml	4	GC
<i>ryclora</i> SOLN 2mg/5ml	2	GC, PA; PA if 70 years and older
RYVENT TABS 6mg	4	GC, PA; PA if 70 years and older
VISTARIL CAPS 25mg, 50mg	4	GC, PA; PA if 70 years and older
BETA AGONISTS		
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act	2	GC, QL (2 inhalers / 30 days); (generic of Proair HFA)
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act	2	GC, QL (2 inhalers / 30 days); (generic of Proventil HFA)
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act	2	GC, QL (2 inhalers / 30 days); (generic of Ventolin HFA)

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>albuterol sulfate</i> NEBU .083%, .63mg/3ml, 1.25mg/3ml, 2.5mg/0.5ml	2	GC, B/D
<i>albuterol sulfate</i> SYRP 2mg/5ml; TABS 2mg, 4mg	2	GC
<i>arformoterol tartrate</i> NEBU 15mcg/2ml	2	GC, B/D
BROVANA NEBU 15mcg/2ml	5	GC, B/D
<i>formoterol fumarate</i> NEBU 20mcg/2ml	2	GC, B/D
<i>levalbuterol hcl</i> NEBU .31mg/3ml, .63mg/3ml, 1.25mg/0.5ml, 1.25mg/3ml	2	GC, B/D
<i>levalbuterol tartrate</i> AERO 45mcg/act	2	GC, QL (2 inhalers / 30 days), ST
PERFOROMIST NEBU 20mcg/2ml	5	GC, B/D
PROAIR DIGIHALER AEPB 108mcg/act	4	GC, QL (2 inhalers / 30 days), PA
PROAIR RESPICLICK AEPB 108mcg/act	4	GC, QL (2 inhalers / 30 days)
SEREVENT DISKUS AEPB 50mcg/dose	3	GC, QL (60 inhalations / 30 days)
STRIVERDI RESPIMAT AERS 2.5mcg/act	4	GC, QL (1 inhaler / 30 days)
<i>terbutaline sulfate</i> SOLN 1mg/ml; TABS 2.5mg, 5mg	2	GC
VENTOLIN HFA AERS 108mcg/act	3	GC, QL (2 inhalers / 30 days)
VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK) AERS 108mcg/act	3	GC, QL (6 inhalers / 30 days)
XOPENEX HFA AERO 45mcg/act	4	GC, QL (2 inhalers / 30 days), ST
LEUKOTRIENE MODULATORS		
ACCOLATE TABS 10mg, 20mg	4	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>montelukast sodium</i> CHEW 4mg, 5mg; PACK 4mg	2	GC
<i>montelukast sodium</i> TABS 10mg	1	GC
SINGULAIR CHEW 4mg, 5mg; PACK 4mg; TABS 10mg	4	GC
<i>zafirlukast</i> TABS 10mg, 20mg	2	GC
<i>zileuton</i> TB12 600mg	5	GC, QL (120 tabs / 30 days), PA
ZYFLO TABS 600mg	5	GC, QL (120 tabs / 30 days), PA
MISCELLANEOUS		
<i>acetylcysteine</i> SOLN 10%, 20%	2	GC, B/D
ARALAST NP SOLR 500mg, 1000mg	5	GC, NM, LA, PA
BRONCHITOL CAPS 40mg	5	GC, QL (560 caps / 28 days), NM, LA, PA
CINQAIR SOLN 100mg/10ml	5	GC, NM, LA, PA
<i>cromolyn sodium</i> NEBU 20mg/2ml	2	GC, B/D
DALIRESP TABS 250mcg	4	GC, QL (56 tabs / year)
DALIRESP TABS 500mcg	4	GC, QL (30 tabs / 30 days)
<i>elixophyllin</i> ELIX 80mg/15ml	5	GC
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOAJ .15mg/0.3ml, .3mg/0.3ml	2	GC; (generic of EpiPen)
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOAJ .15mg/0.15ml, .3mg/0.3ml	2	GC; (generic of Adrenaclick)
EPIPEN 2-PAK SOAJ .3mg/0.3ml	4	GC
EPIPEN-JR 2-PAK SOAJ .15mg/0.3ml	4	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
ESBRIET CAPS 267mg	5	GC, QL (270 caps / 30 days), NM, LA, PA
ESBRIET TABS 267mg	5	GC, QL (270 tabs / 30 days), NM, LA, PA
ESBRIET TABS 801mg	5	GC, QL (90 tabs / 30 days), NM, LA, PA
FASENRA SOSY 30mg/ml	5	GC, NM, LA, PA
FASENRA PEN SOAJ 30mg/ml	5	GC, NM, LA, PA
GLASSIA SOLN 1000mg/50ml	5	GC, NM, LA, PA
KALYDECO PACK 5.8mg, 13.4mg, 25mg, 50mg, 75mg	5	GC, QL (56 packs / 28 days), NM, LA, PA
KALYDECO TABS 150mg	5	GC, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
NUCALA SOAJ 100mg/ml; SOLR 100mg; SOSY 40mg/0.4ml, 100mg/ml	5	GC, NM, LA, PA
OFEV CAPS 100mg, 150mg	5	GC, QL (60 caps / 30 days), NM, LA, PA
ORKAMBI GRA 75-94MG	5	GC, QL (56 packs / 28 days), NM, LA, PA
ORKAMBI GRA 100-125	5	GC, QL (56 packs / 28 days), NM, LA, PA
ORKAMBI GRA 150-188	5	GC, QL (56 packs / 28 days), NM, LA, PA
ORKAMBI TAB 100-125	5	GC, QL (112 tabs / 28 days), NM, LA, PA
ORKAMBI TAB 200-125	5	GC, QL (112 tabs / 28 days), NM, LA, PA
<i>pirfenidone</i> CAPS 267mg	5	GC, QL (270 caps / 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>pirfenidone</i> TABS 267mg	5	GC, QL (270 tabs / 30 days), NM, PA
<i>pirfenidone</i> TABS 534mg, 801mg	5	GC, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
PROLASTIN-C SOLN 1000mg/20ml; SOLR 1000mg	5	GC, NM, LA, PA
PULMOZYME SOLN 2.5mg/2.5ml	5	GC, NM, PA
<i>roflumilast</i> TABS 250mcg	2	GC, QL (56 tabs / year)
<i>roflumilast</i> TABS 500mcg	2	GC, QL (30 tabs / 30 days)
SYMDEKO TAB 50-75MG	5	GC, QL (56 tabs / 28 days), NM, LA, PA
SYMDEKO TAB 100-150	5	GC, QL (56 tabs / 28 days), NM, LA, PA
TEZSPIRE SOAJ 210mg/1.91ml	5	GC, QL (1 pen / 28 days), NM, LA, PA
TEZSPIRE SOSY 210mg/1.91ml	5	GC, QL (1 syringe / 28 days), NM, LA, PA
THEO-24 CP24 100mg, 200mg, 300mg, 400mg	4	GC
<i>theophylline</i> ELIX 80mg/15ml; SOLN 80mg/15ml; TB12 100mg, 200mg, 300mg, 450mg; TB24 400mg, 600mg	2	GC
TRIKAFTA PAK 59.5MG	5	GC, QL (56 packs / 28 days), NM, LA, PA
TRIKAFTA PAK 75MG	5	GC, QL (56 packs / 28 days), NM, LA, PA
TRIKAFTA TAB 50-25-37.5MG & 75MG	5	GC, QL (84 tabs / 28 days), NM, LA, PA
TRIKAFTA TAB 100-50-75MG & 150MG	5	GC, 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
XOLAIR SOAJ 75mg/0.5ml, 150mg/ml, 300mg/2ml; SOLR 150mg; SOSY 75mg/0.5ml, 150mg/ml, 300mg/2ml	5	GC, NM, LA, PA
ZEMAIRA SOLR 1000mg, 4000mg, 5000mg	5	GC, NM, LA, PA

NASAL STEROIDS

BECONASE AQ SUSP 42mcg/spray	4	GC, QL (2 inhalers / 30 days), ST
<i>flunisolide (nasal)</i> SOLN .025%	2	GC, QL (3 bottles / 30 days)
<i>fluticasone propionate (nasal)</i> SUSP 50mcg/act	2	GC, QL (1 bottle / 30 days)
<i>mometasone furoate (nasal)</i> SUSP 50mcg/act	2	GC, QL (2 inhalers / 30 days), ST
OMNARIS SUSP 50mcg/act	4	GC, QL (1 inhaler / 30 days), ST
QNASL AERS 80mcg/act	4	GC, QL (1 inhaler / 30 days), ST
QNASL CHILDRENS AERS 40mcg/act	4	GC, QL (1 inhaler / 30 days), ST
XHANCE EXHU 93mcg/act	4	GC, QL (32 mL / 30 days), PA
ZETONNA AERS 37mcg/act	4	GC, QL (1 inhaler / 30 days), ST

STEROID INHALANTS

ALVESCO AERS 80mcg/act	4	GC, QL (3 inhalers / 30 days)
ALVESCO AERS 160mcg/act	4	GC, QL (2 inhalers / 30 days)
ARNUITY ELLIPTA AEPB 50mcg/act, 100mcg/act, 200mcg/act	3	GC, QL (30 inhalations / 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
ASMANEX HFA AERO 50mcg/act, 100mcg/act, 200mcg/act	4	GC, QL (1 inhaler / 30 days)
ASMANEX TWISTHALER 14 MET AEPB 220mcg/inh	4	GC, QL (8 inhalers / 28 days)
ASMANEX TWISTHALER 30 MET AEPB 110mcg/inh	4	GC, QL (2 inhalers / 30 days)
ASMANEX TWISTHALER 30 MET AEPB 220mcg/inh	4	GC, QL (4 inhalers / 30 days)
ASMANEX TWISTHALER 60 MET AEPB 220mcg/inh	4	GC, QL (2 inhalers / 30 days)
ASMANEX TWISTHALER 120 ME AEPB 220mcg/inh	4	GC, QL (1 inhaler / 30 days)
<i>budesonide (inhalation)</i> SUSP .25mg/2ml, .5mg/2ml, 1mg/2ml	2	GC, B/D
FLOVENT DISKUS AEPB 50mcg/blist	3	GC, QL (3 inhalers / 30 days)
FLOVENT DISKUS AEPB 100mcg/blist, 250mcg/blist	3	GC, QL (4 inhalers / 30 days)
FLOVENT HFA AERO 44mcg/act, 110mcg/act, 220mcg/act	3	GC, QL (2 inhalers / 30 days)
<i>fluticasone propionate (inhalation)</i> AEPB 50mcg/act	3	GC, QL (180 inhalations / 30 days)
<i>fluticasone propionate (inhalation)</i> AEPB 100mcg/act, 250mcg/act	3	GC, QL (240 inhalations / 30 days)
<i>fluticasone propionate hfa</i> AERO 44mcg/act, 110mcg/act, 220mcg/act	3	GC, QL (2 inhalers / 30 days)
PULMICORT SUSP .25mg/2ml, .5mg/2ml, 1mg/2ml	4	GC, B/D
PULMICORT FLEXHALER AEPB 90mcg/act	4	GC, QL (3 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
PULMICORT FLEXHALER AEPB 180mcg/act	4	GC, QL (2 inhalers / 30 days)
QVAR REDIHALER AERB 40mcg/act, 80mcg/act	4	GC, QL (2 inhalers / 30 days)
STEROID/BETA-AGONIST COMBINATIONS		
ADVAIR DISKU AER 100/50	4	GC, QL (60 inhalations / 30 days), PA
ADVAIR DISKU AER 250/50	4	GC, QL (60 inhalations / 30 days), PA
ADVAIR DISKU AER 500/50	4	GC, QL (60 inhalations / 30 days), PA
ADVAIR HFA AER 45/21	3	GC, QL (1 inhaler / 30 days)
ADVAIR HFA AER 115/21	3	GC, QL (1 inhaler / 30 days)
ADVAIR HFA AER 230/21	3	GC, QL (1 inhaler / 30 days)
AIRSUPRA AER 90-80MCG	4	GC, QL (3 inhalers / 30 days)
BREO ELLIPTA INH 50-25MCG	3	GC, QL (60 blisters / 30 days)
BREO ELLIPTA INH 100-25	3	GC, QL (60 blisters / 30 days)
BREO ELLIPTA INH 200-25	3	GC, QL (60 blisters / 30 days)
<i>breyana</i>	4	GC, QL (3 inhalers / 30 days), PA
<i>budesonide-formoterol fumarate dihyd aerosol 80-4.5 mcg/act</i>	4	GC, QL (3 inhalers / 30 days), PA
<i>budesonide-formoterol fumarate dihyd aerosol 160-4.5 mcg/act</i>	4	GC, QL (3 inhalers / 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
DULERA AER 50-5MCG	4	GC, QL (3 inhalers / 30 days)
DULERA AER 100-5MCG	4	GC, QL (3 inhalers / 30 days)
DULERA AER 200-5MCG	4	GC, QL (3 inhalers / 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 100-50 mcg/act</i>	2	GC, QL (60 inhalations / 30 days); (generic PRASCO not covered)
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 250-50 mcg/act</i>	2	GC, QL (60 inhalations / 30 days); (generic PRASCO not covered)
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 500-50 mcg/act</i>	2	GC, QL (60 inhalations / 30 days); (generic PRASCO not covered)
SYMBICORT AER 80-4.5	4	GC, QL (3 inhalers / 30 days), PA
SYMBICORT AER 160-4.5	4	GC, QL (3 inhalers / 30 days), PA
<i>wixela inhub</i>	2	GC, QL (60 inhalations / 30 days)

TOPICAL

DERMATOLOGY, ACNE

ABSORICA CAPS 10mg, 20mg, 25mg, 30mg, 35mg, 40mg	5	GC, PA
ABSORICA LD CAPS 8mg, 16mg, 24mg, 32mg	5	GC, PA
ACANYA GEL 1.2-2.5%	4	GC, QL (50 gm / 30 days)
<i>accutane</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	2	GC, PA
ACZONE GEL 5%, 7.5%	4	GC, QL (90 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>adapalene</i> CREA .1%; GEL .3%	2	GC, QL (45 gm / 30 days), PA
<i>adapalene</i> PADS .1%	5	GC, QL (28 swabs / 28 days), PA
ADAPALENE SOLN .1%	4	GC, QL (120 mL / 30 days), PA
<i>adapalene-benzoyl peroxide gel 0.1-2.5%</i>	2	GC
<i>adapalene-benzoyl peroxide gel 0.3-2.5%</i>	2	GC
AKLIEF CREA .005%	4	GC, QL (45 gm / 30 days), PA
ALTRENO LOTN .05%	4	GC, QL (45 gm / 30 days), PA
<i>amnesteem</i> CAPS 10mg, 20mg, 40mg	2	GC, PA
AMZEEQ FOAM 4%	4	GC, QL (30 gm / 30 days), PA
ARAZLO LOTN .045%	4	GC, QL (45 gm / 30 days), PA
ATRALIN GEL .05%	4	GC, QL (45 gm / 30 days), PA
AZELEX CREA 20%	4	GC, QL (50 gm / 30 days)
BENZAMYCIN GEL 5-3%	4	GC, QL (46.6 gm / 30 days)
<i>benzoyl peroxide-erythromycin gel 5-3%</i>	2	GC, QL (46.6 gm / 30 days)
CABTREO GEL	5	GC, QL (50 gm / 30 days)
<i>claravis</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	2	GC, PA
CLEOCIN-T LOTN 1%	4	GC, QL (60 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>clindacin</i> FOAM 1%	2	GC
<i>clindacin etz pledgets</i> SWAB 1%	2	GC, QL (69 pledgets / 30 days)
<i>clindacin-p</i> SWAB 1%	2	GC, QL (69 pledgets / 30 days)
CLINDAGEL GEL 1%	5	GC, QL (75 mL / 30 days), PA
<i>clindamycin phosph-benzoyl peroxide (refrig) gel 1.2 (1)-5%</i>	2	GC, QL (45 gm / 30 days)
<i>clindamycin phosphate (topical)</i> FOAM 1%	2	GC
<i>clindamycin phosphate (topical)</i> GEL 1%	2	GC, QL (75 gm / 30 days)
<i>clindamycin phosphate (topical)</i> LOTN 1%; SOLN 1%	2	GC, QL (60 mL / 30 days)
<i>clindamycin phosphate (topical)</i> SWAB 1%	2	GC, QL (69 pledgets / 30 days)
<i>clindamycin phosphate-benzoyl peroxide gel 1-5%</i>	2	GC, QL (50 gm / 30 days)
<i>clindamycin phosphate-benzoyl peroxide gel 1.2-2.5%</i>	2	GC, QL (50 gm / 30 days)
<i>clindamycin phosphate-benzoyl peroxide gel 1.2-3.75%</i>	2	GC, QL (50 gm / 30 days)
<i>clindamycin phosphate-tretinoin gel 1.2-0.025%</i>	2	GC, QL (60 gm / 30 days)
<i>dapsone (topical)</i> GEL 5%, 7.5%	2	GC, QL (90 gm / 30 days)
DIFFERIN CREA .1%; GEL .3%	4	GC, QL (45 gm / 30 days), PA
DIFFERIN LOTN .1%	4	GC, QL (118 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
EPIDUO FORTE GEL 0.3-2.5%	4	GC
EPIDUO GEL 0.1-2.5%	4	GC
EPSOLAY CREA 5%	4	GC, QL (30 gm / 30 days), PA
<i>ery</i> PADS 2%	2	GC, QL (60 pledgets / 30 days)
ERYGEL GEL 2%	4	GC, QL (60 gm / 30 days)
<i>erythromycin (acne aid)</i> GEL 2%	2	GC, QL (60 gm / 30 days)
<i>erythromycin (acne aid)</i> SOLN 2%	2	GC, QL (60 mL / 30 days)
FABIOR FOAM .1%	4	GC, QL (100 gm / 30 days), PA
<i>isotretinoin</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	2	GC, PA
<i>isotretinoin</i> CAPS 25mg, 35mg	5	GC, PA
KLARON LOTN 10%	4	GC, QL (118 mL / 30 days)
<i>neuac gel</i> 1.2-5%	2	GC, QL (45 gm / 30 days)
ONEXTON GEL 1.2-3.75	4	GC, QL (50 gm / 30 days)
RETIN-A CREA .025%, .05%, .1%; GEL .01%, .025%	4	GC, QL (45 gm / 30 days), PA
RETIN-A MICRO GEL .04%, .1%	4	GC, QL (50 gm / 30 days), PA
RETIN-A MICRO GEL .06%	5	GC, QL (50 gm / 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
RETIN-A MICRO PUMP GEL .08%	4	GC, QL (50 gm / 30 days), PA
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i> LOTN 10%	2	GC, QL (118 mL / 30 days)
TAZAROTENE FOAM .1%	4	GC, QL (100 gm / 30 days), PA
<i>tretinoin</i> CREA .025%, .05%, .1%; GEL .01%, .025%, .05%	2	GC, QL (45 gm / 30 days), PA
<i>tretinoin microsphere</i> GEL .04%, .08%, .1%	2	GC, QL (50 gm / 30 days), PA
TWYNEO CRE 0.1-3%	4	GC, QL (30 gm / 30 days), PA
VELTIN GEL	4	GC, QL (60 gm / 30 days)
WINLEVI CREA 1%	4	GC, QL (60 gm / 30 days), PA
<i>zenatane</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	2	GC, PA
ZIANA GEL	4	GC, QL (60 gm / 30 days)
DERMATOLOGY, ANTIBIOTICS		
ALTABAX OINT 1%	4	GC, QL (30 gm / 30 days)
<i>gentamicin sulfate (topical)</i> CREA .1%; OINT .1%	2	GC, QL (30 gm / 30 days)
<i>mafenide acetate</i> PACK 5%	2	GC, QL (5 packets / 30 days)
<i>mupirocin</i> OINT 2%	1	GC, QL (220 gm / 30 days)
<i>mupirocin calcium (topical)</i> CREA 2%	2	GC, QL (30 gm / 30 days), PA
SILVADENE CREA 1%	4	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>silver sulfadiazine</i> CREA 1%	2	GC
<i>ssd</i> CREA 1%	2	GC
SULFAMYLON CREA 85mg/gm	4	GC, QL (453.6 gm / 30 days)

DERMATOLOGY, ANTIFUNGALS

<i>ciclopirox</i> GEL .77%	2	GC, QL (100 gm / 30 days)
<i>ciclopirox</i> SHAM 1%	2	GC, QL (120 mL / 30 days)
<i>ciclopirox olamine</i> CREA .77%	2	GC, QL (90 gm / 30 days)
<i>ciclopirox olamine</i> SUSP .77%	2	GC, QL (60 mL / 30 days)
<i>clotrimazole (topical)</i> CREA 1%	2	GC, QL (45 gm / 30 days)
<i>clotrimazole (topical)</i> SOLN 1%	2	GC, QL (30 mL / 30 days)
<i>clotrimazole w/ betamethasone cream 1-0.05%</i>	2	GC, QL (45 gm / 30 days)
<i>econazole nitrate</i> CREA 1%	2	GC, QL (85 gm / 30 days)
ERTACZO CREA 2%	5	GC, QL (60 gm / 30 days), ST
EXELDERM CREA 1%	4	GC, QL (60 gm / 30 days), PA
EXELDERM SOLN 1%	4	GC, QL (30 mL / 30 days), PA
JUBLIA SOLN 10%	5	GC, QL (8 mL / 30 days)
<i>ketoconazole (topical)</i> CREA 2%	2	GC, 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>ketoconazole (topical)</i> FOAM 2%	2	GC, QL (100 gm / 30 days), PA
<i>ketodan</i> FOAM 2%	2	GC, QL (100 gm / 30 days), PA
<i>klayesta</i> POWD 100000unit/gm	2	GC, QL (60 gm / 30 days)
LOPROX SHAMPOO SHAM 1%	4	GC, QL (120 mL / 30 days)
<i>luliconazole</i> CREA 1%	2	GC, QL (60 gm / 30 days), ST
LUZU CREA 1%	4	GC, QL (60 gm / 30 days), ST
<i>miconazole-zinc oxide-white petrolatum oint 0.25-15-81.35%</i>	2	GC, QL (50 gm / 30 days), PA
<i>naftifine hcl</i> CREA 1%	2	GC, QL (90 gm / 30 days)
<i>naftifine hcl</i> CREA 2%; GEL 2%	2	GC, QL (60 gm / 30 days)
NAFTIN GEL 1%	4	GC, QL (90 gm / 30 days)
NAFTIN GEL 2%	4	GC, QL (60 gm / 30 days)
<i>nyamyc</i> POWD 100000unit/gm	2	GC, QL (60 gm / 30 days)
<i>nystatin (topical)</i> CREA 100000unit/gm; OINT 100000unit/gm	2	GC, QL (30 gm / 30 days)
<i>nystatin (topical)</i> POWD 100000unit/gm	2	GC, QL (60 gm / 30 days)
<i>nystop</i> POWD 100000unit/gm	2	GC, 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>oxiconazole nitrate</i> CREA 1%	2	GC, QL (90 gm / 30 days), PA
OXISTAT CREA 1%	4	GC, QL (90 gm / 30 days), PA
OXISTAT LOTN 1%	4	GC, QL (60 mL / 30 days), PA
VUSION OIN	4	GC, QL (50 gm / 30 days), PA
<i>DERMATOLOGY, ANTIPSORIATICS</i>		
<i>acitretin</i> CAPS 10mg, 17.5mg, 25mg	2	GC, PA
<i>calcipotriene</i> CREA .005%; OINT .005%	2	GC, QL (120 gm / 30 days), PA
<i>calcipotriene</i> SOLN .005%	2	GC, QL (120 mL / 30 days), PA
<i>calcitrene</i> OINT .005%	2	GC, QL (120 gm / 30 days), PA
<i>calcitriol (topical)</i> OINT 3mcg/gm	2	GC, QL (800 gm / 28 days), PA
<i>methoxsalen rapid</i> CAPS 10mg	5	GC
SORILUX FOAM .005%	5	GC, QL (120 gm / 30 days), PA
<i>tazarotene</i> CREA .1%	2	GC, QL (60 gm / 30 days), PA
<i>tazarotene</i> GEL .05%, .1%	2	GC, QL (100 gm / 30 days), PA
TAZORAC CREA .05%, .1%	4	GC, QL (60 gm / 30 days), PA
TAZORAC GEL .05%, .1%	4	GC, QL (100 gm / 30 days), PA
VECTICAL OINT 3mcg/gm	5	GC, QL (800 gm / 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
VTAMA CREA 1%	5	GC, QL (60 gm / 30 days), PA
ZORYVE CREA .3%	4	GC, QL (60 gm / 30 days), PA

DERMATOLOGY, ANTISEBORRHEICS

<i>ketoconazole (topical)</i> SHAM 2%	1	GC, QL (120 mL / 30 days)
<i>selenium sulfide</i> LOTN 2.5%	2	GC
ZORYVE FOAM .3%	4	GC, QL (60 gm / 30 days), PA

DERMATOLOGY, CORTICOSTEROIDS

<i>ala-cort</i> CREA 1%, 2.5%	1	GC
ALA-SCALP LOTN 2%	4	GC, QL (60 mL / 30 days)
<i>alclometasone dipropionate</i> CREA .05%; OINT .05%	2	GC, QL (60 gm / 30 days)
<i>amcinonide</i> OINT .1%	2	GC, QL (60 gm / 30 days), PA
<i>betamethasone dipropionate (topical)</i> CREA .05%; OINT .05%	2	GC, QL (120 gm / 30 days)
<i>betamethasone dipropionate (topical)</i> LOTN .05%	2	GC, QL (120 mL / 30 days)
<i>betamethasone dipropionate augmented</i> CREA .05%; GEL .05%; OINT .05%	2	GC, QL (120 gm / 30 days)
<i>betamethasone dipropionate augmented</i> LOTN .05%	2	GC, QL (120 mL / 30 days)
<i>betamethasone valerate</i> CREA .1%; FOAM .12%; OINT .1%	2	GC, QL (120 gm / 30 days)
<i>betamethasone valerate</i> LOTN .1%	2	GC, QL (120 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
BRYHALI LOTN .01%	4	GC, QL (100 gm / 30 days), PA
<i>calcipotriene-betamethasone dipropionate oint 0.005-0.064%</i>	2	GC, QL (400 gm / 28 days), PA
<i>calcipotriene-betamethasone dipropionate susp 0.005-0.064%</i>	5	GC, QL (400 gm / 28 days), PA
CAPEX SHAM .01%	4	GC
<i>clobetasol propionate</i> CREA .05%; GEL .05%; OINT .05%	2	GC, QL (60 gm / 30 days)
<i>clobetasol propionate</i> FOAM .05%	2	GC, QL (100 gm / 30 days)
<i>clobetasol propionate</i> LIQD .05%	2	GC, QL (125 mL / 30 days)
<i>clobetasol propionate</i> LOTN .05%; SHAM .05%	2	GC, QL (118 mL / 30 days)
<i>clobetasol propionate</i> SOLN .05%	2	GC, QL (50 mL / 30 days)
<i>clobetasol propionate e</i> CREA .05%	2	GC, QL (60 gm / 30 days)
<i>clobetasol propionate emulsion</i> FOAM .05%	2	GC, QL (100 gm / 30 days)
CLOBEX LIQD .05%	4	GC, QL (125 mL / 30 days)
CLOBEX LOTN .05%; SHAM .05%	4	GC, QL (118 mL / 30 days)
<i>clocortolone pivalate</i> CREA .1%	2	GC, QL (90 gm / 30 days), PA
<i>clodan</i> SHAM .05%	2	GC, QL (118 mL / 30 days)
CORDRAN CREA .05%	5	GC, QL (120 gm / 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
CORDRAN LOTN .05%	5	GC, QL (120 mL / 30 days), PA
CORDRAN TAPE 4mcg/sqcm	4	GC, QL (1 roll / 30 days), PA
DERMA-SMOOTH/FS BODY OIL .01%	4	GC, QL (118.28 mL / 30 days)
DERMA-SMOOTH/FS SCALP OIL .01%	4	GC, QL (118.28 mL / 30 days)
<i>desonide</i> CREA .05%; OINT .05%	2	GC, QL (60 gm / 30 days)
<i>desonide</i> GEL .05%	2	GC, QL (60 gm / 30 days), PA
<i>desonide</i> LOTN .05%	2	GC, QL (118 mL / 30 days)
DESOWEN CREA .05%	4	GC, QL (60 gm / 30 days), PA
<i>desoximetasone</i> CREA .05%; OINT .05%	2	GC, QL (100 gm / 30 days), PA
<i>desoximetasone</i> CREA .25%; OINT .25%	2	GC, QL (100 gm / 30 days)
<i>desoximetasone</i> GEL .05%	2	GC, QL (60 gm / 30 days), PA
<i>desoximetasone</i> LIQD .25%	2	GC, QL (100 mL / 30 days)
<i>diflorasone diacetate</i> CREA .05%	5	GC, QL (60 gm / 30 days), PA
<i>diflorasone diacetate</i> OINT .05%	2	GC, QL (60 gm / 30 days), PA
DIPROLENE OINT .05%	4	GC, 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
DUOBRII LOT	5	GC, QL (200 gm / 28 days), PA
ENSTILAR AER	4	GC, QL (120 gm / 30 days), PA
EPIFOAM AER 1%	4	GC
<i>fluocinolone acetone</i> CREA .01%	2	GC, QL (60 gm / 30 days)
<i>fluocinolone acetone</i> CREA .025%; OINT .025%	2	GC, QL (120 gm / 30 days)
<i>fluocinolone acetone</i> OIL .01%	2	GC, QL (118.28 mL / 30 days)
<i>fluocinolone acetone</i> SOLN .01%	2	GC, QL (90 mL / 30 days)
<i>fluocinonide</i> CREA .1%	5	GC, QL (120 gm / 30 days), PA
<i>fluocinonide</i> CREA .05%	2	GC, QL (120 gm / 30 days)
<i>fluocinonide</i> GEL .05%; OINT .05%	2	GC, QL (60 gm / 30 days)
<i>fluocinonide</i> SOLN .05%	2	GC, QL (60 mL / 30 days)
<i>fluocinonide emulsified base</i> CREA .05%	2	GC, QL (120 gm / 30 days)
<i>flurandrenolide</i> CREA .05%	2	GC, QL (120 gm / 30 days), PA
<i>flurandrenolide</i> LOTN .05%	2	GC, QL (120 mL / 30 days), PA
<i>fluticasone propionate</i> CREA .05%; OINT .005%	2	GC
<i>fluticasone propionate</i> LOTN .05%	2	GC, QL (120 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>halcinonide</i> CREA .1%	2	GC, QL (240 gm / 30 days), PA
<i>halobetasol propionate</i> CREA .05%; OINT .05%	2	GC, QL (50 gm / 30 days)
<i>halobetasol propionate</i> FOAM .05%	2	GC, QL (200 gms / 28 days), PA
HALOG CREA .1%; OINT .1%	4	GC, QL (240 gm / 30 days), PA
HALOG SOLN .1%	4	GC, QL (120 mL / 30 days), PA
<i>hydrocortisone (topical)</i> CREA 1%, 2.5%	1	GC
<i>hydrocortisone (topical)</i> LOTN 2.5%; OINT 2.5%	2	GC
<i>hydrocortisone (topical)</i> OINT 1%	2	GC, QL (30 gm / 30 days)
<i>hydrocortisone butyrate</i> CREA .1%; OINT .1%	2	GC, QL (45 gm / 30 days)
<i>hydrocortisone butyrate</i> LOTN .1%	2	GC, QL (118 mL / 30 days), PA
<i>hydrocortisone butyrate</i> SOLN .1%	2	GC, QL (60 mL / 30 days)
<i>hydrocortisone butyrate hydrophilic lipo base</i> CREA .1%	2	GC, QL (60 gm / 30 days)
<i>hydrocortisone valerate</i> CREA .2%; OINT .2%	2	GC, QL (60 gm / 30 days)
KENALOG AERS .147mg/gm	4	GC, QL (100 gm / 30 days), PA
LEXETTE FOAM .05%	4	GC, QL (200 gm / 28 days), PA
LOCOID LOTN .1%	4	GC, QL (118 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
LOCOID LIPOCREAM CREA .1%	4	GC, QL (60 gm / 30 days)
<i>mometasone furoate</i> CREA .1%; OINT .1%; SOLN .1%	2	GC
PANDEL CREA .1%	5	GC, QL (80 gm / 30 days)
SYNALAR CREA .025%; OINT .025%	4	GC, QL (120 gm / 30 days)
TACLONEX OIN	5	GC, QL (400 gm / 28 days), PA
TACLONEX SUS	5	GC, QL (400 gm / 28 days), PA
TEXACORT SOLN 2.5%	4	GC
TOPICORT CREA .05%; OINT .05%	4	GC, QL (100 gm / 30 days), PA
TOPICORT CREA .25%	4	GC, QL (100 gm / 30 days)
TOPICORT GEL .05%	4	GC, QL (60 gm / 30 days), PA
TOPICORT LIQD .25%	4	GC, QL (100 mL / 30 days), PA
<i>tovet</i> FOAM .05%	2	GC, QL (100 gm / 30 days)
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> AERS .147mg/gm	2	GC, QL (100 gm / 30 days), PA
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> CREA .025%, .1%, .5%	1	GC, QL (454 gm / 30 days)
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> LOTN .025%, .1%	2	GC
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> OINT .05%	2	GC, QL (430 gm / 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>triamcinolone acetonide (topical)</i> OINT .025%, .1%, .5%	1	GC
<i>triderm</i> CREA .1%, .5%	2	GC, QL (454 gm / 30 days)
ULTRAVATE LOTN .05%	5	GC, QL (120 mL / 30 days), PA
VANOS CREA .1%	5	GC, QL (120 gm / 30 days), PA
VERDESO FOAM .05%	5	GC, QL (100 gm / 30 days), PA
DERMATOLOGY, LOCAL ANESTHETICS		
<i>glydo</i> PRSY 2%	2	GC, QL (60 mL / 30 days), PA
<i>lidocaine</i> OINT 5%	2	GC, QL (50 gm / 30 days), PA
<i>lidocaine</i> PTCH 5%	2	GC, QL (3 patches / 1 day), PA
<i>lidocaine hcl</i> SOLN 4%	2	GC, QL (50 mL / 30 days), PA
<i>lidocaine-prilocaine cream</i> 2.5-2.5%	2	GC, B/D, QL (30 gm / 30 days)
<i>lidocan</i> PTCH 5%	2	GC, QL (3 patches / 1 day), PA
LIDODERM PTCH 5%	4	GC, QL (3 patches / 1 day), PA
PLIAGLIS CRE 7-7%	4	GC, QL (30 gm / 30 days), PA
QUTENZA KIT 8% 1-PCH	5	GC, QL (4 patches / 90 days), NM, LA, PA
QUTENZA KIT 8% 2-PCH	5	GC, QL (4 patches / 90 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
QUTENZA KIT 8% 4-PCH	5	GC, QL (4 patches / 90 days), NM, LA, PA
ZTLIDO PTCH 1.8%	4	GC, QL (3 patches / 1 day), PA

DERMATOLOGY, MISCELLANEOUS SKIN AND MUCOUS MEMBRANE

<i>acyclovir topical</i> CREA 5%	2	GC, QL (5 gm / 30 days), PA
<i>acyclovir topical</i> OINT 5%	2	GC, QL (30 gm / 30 days)
ANUSOL-HC CREA 2.5%	4	GC
<i>azelaic acid</i> GEL 15%	2	GC, QL (50 gm / 30 days)
<i>bexarotene (topical)</i> GEL 1%	5	GC, QL (60 gm / 30 days), NM, PA
<i>brimonidine tartrate (topical)</i> GEL .33%	2	GC, QL (30 gm / 30 days)
CARAC CREA .5%	5	GC, QL (30 gm / 30 days)
CONDYLOX GEL .5%	4	GC, QL (7 gm / 28 days)
CORTIFOAM FOAM 10%	4	GC
DENAVIR CREA 1%	4	GC, QL (5 gm / 30 days)
<i>diclofenac sodium (actinic keratoses)</i> GEL 3%	2	GC, QL (100 gm / 30 days), PA
<i>diclofenac sodium (topical)</i> GEL 1%	2	GC, QL (1000 gm / 30 days)
<i>diclofenac sodium (topical)</i> SOLN 1.5%	2	GC, QL (300 mL / 28 days), PA
<i>diclofenac sodium (topical)</i> SOLN 2%	5	GC, QL (224 gm / 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
<i>doxepin hcl (antipruritic)</i> CREA 5%	2	GC, QL (45 gm / 30 days), PA
<i>doxycycline (rosacea)</i> CPDR 40mg	2	GC
EFUDEX CREA 5%	4	GC, QL (40 gm / 30 days)
ELIDEL CREA 1%	4	GC, QL (100 gm / 30 days), PA
EUCRISA OINT 2%	4	GC, QL (120 gm / 30 days), PA
FINACEA FOAM 15%; GEL 15%	4	GC, QL (50 gm / 30 days)
<i>fluorouracil (topical)</i> CREA 5%	2	GC, QL (40 gm / 30 days)
<i>fluorouracil (topical)</i> CREA .5%	5	GC, QL (30 gm / 30 days)
<i>fluorouracil (topical)</i> SOLN 2%, 5%	2	GC, QL (10 mL / 30 days)
<i>hydrocortisone (rectal)</i> CREA 1%, 2.5%	2	GC
HYFTOR GEL .2%	5	GC, QL (20 gm / 25 days), NM, LA, PA
<i>imiquimod</i> CREA 3.75%	5	GC, QL (28 packets / 28 days)
<i>imiquimod</i> CREA 5%	2	GC, QL (24 packets / 30 days)
<i>imiquimod pump</i> CREA 3.75%	5	GC, QL (7.5 gm / 28 days)
<i>ivermectin (rosacea)</i> CREA 1%	2	GC, QL (45 gm / 30 days)
KLISYRI OINT 1%	5	GC, QL (5 packets / 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>lactic acid (ammonium lactate)</i> CREA 12%; LOTN 12%	2	GC
METROCREAM CREA .75%	4	GC, QL (45 gm / 30 days)
METROGEL GEL 1%	4	GC, QL (60 gm / 30 days)
METROLOTION LOTN .75%	4	GC, QL (59 mL / 30 days)
<i>metronidazole (topical)</i> CREA .75%; GEL .75%	2	GC, QL (45 gm / 30 days)
<i>metronidazole (topical)</i> GEL 1%	2	GC, QL (60 gm / 30 days)
<i>metronidazole (topical)</i> LOTN .75%	2	GC, QL (59 mL / 30 days)
MIRVASO GEL .33%	4	GC, QL (30 gm / 30 days)
<i>nitroglycerin (intra-anal)</i> OINT .4%	2	GC, QL (30 gm / 30 days)
NORITATE CREA 1%	5	GC, QL (60 gm / 30 days)
OPZELURA CREA 1.5%	5	GC, QL (240 gm / 28 days), PA
ORACEA CPDR 40mg	4	GC
PANRETIN GEL .1%	5	GC, QL (60 gm / 30 days), PA
<i>penciclovir</i> CREA 1%	2	GC, QL (5 gm / 30 days)
PENNSAID SOLN 2%	5	GC, QL (224 gm / 28 days), PA
<i>pimecrolimus</i> CREA 1%	2	GC, QL (100 gm / 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>podofilox</i> GEL .5%	2	GC, QL (7 gm / 28 days)
<i>podofilox</i> SOLN .5%	2	GC, QL (7 mL / 28 days)
<i>procto-med hc</i> CREA 2.5%	2	GC
PROCTOFOAM AER HC 1%	4	GC
<i>proctosol hc</i> CREA 2.5%	2	GC
<i>proctozone-hc</i> CREA 2.5%	2	GC
PRUDOXIN CREA 5%	4	GC, QL (45 gm / 30 days), PA
QBREXZA PADS 2.4%	4	GC, QL (30 cloths / 30 days), PA
RECTIV OINT .4%	4	GC, QL (30 gm / 30 days)
SOOLANTRA CREA 1%	4	GC, QL (45 gm / 30 days)
<i>tacrolimus (topical)</i> OINT .03%, .1%	2	GC, QL (100 gm / 30 days)
TARGRETIN GEL 1%	5	GC, QL (60 gm / 30 days), NM, PA
TOLAK CREA 4%	4	GC, QL (40 gm / 30 days)
VALCHLOR GEL .016%	5	GC, QL (60 gm / 30 days), NM, LA, PA
XERESE CRE 5-1%	5	GC, QL (5 gm / 30 days)
YCANTH SOLN .7%	4	GC, LA, PA
ZILXI FOAM 1.5%	4	GC, QL (30 gm / 30 days), PA
ZONALON CREA 5%	4	GC, QL (45 gm / 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
ZOVIRAX CREA 5%	4	GC, QL (5 gm / 30 days), PA
ZOVIRAX OINT 5%	4	GC, QL (30 gm / 30 days)
ZYCLARA CREA 3.75%	5	GC, QL (28 packets / 28 days)
ZYCLARA PUMP CREA 2.5%, 3.75%	5	GC, QL (7.5 gm / 28 days)

DERMATOLOGY, SCABICIDES AND PEDICULIDES

<i>crotan</i> LOTN 10%	2	GC, QL (454 gm / 30 days)
<i>malathion</i> LOTN .5%	2	GC, QL (59 mL / 30 days)
NATROBA SUSP .9%	4	GC
OVIDE LOTN .5%	4	GC, QL (59 mL / 30 days)
<i>permethrin</i> CREA 5%	2	GC, QL (60 gm / 30 days)
<i>spinosad</i> SUSP .9%	2	GC

DERMATOLOGY, WOUND CARE AGENTS

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

MOUTH/THROAT/DENTAL AGENTS

<i>cevimeline hcl</i> CAPS 30mg	2	GC
<i>chlorhexidine gluconate (mouth-throat)</i> SOLN .12%	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>clotrimazole</i> TROC 10mg	2	GC, QL (150 lozenges / 30 days)
EVOXAC CAPS 30mg	4	GC
<i>kourzeq</i> PSTE .1%	2	GC
<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i> SOLN 2%	2	GC
<i>nystatin (mouth-throat)</i> SUSP 100000unit/ml	2	GC
<i>periogard</i> SOLN .12%	1	GC
<i>pilocarpine hcl (oral)</i> TABS 5mg, 7.5mg	2	GC
SALAGEN TABS 5mg, 7.5mg	4	GC
<i>triamcinolone acetonide (mouth)</i> PSTE .1%	2	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.

Index

A	
<i>abacavir sulfate</i>	30
<i>abacavir sulfate-lamivudine tab 600-300 mg</i>	32
ABELCET.....	27
ABILIFY.....	106
ABILIFY ASIMTUFII.....	106
ABILIFY MAINTENA.....	106
ABILIFY MYCITE MAINTENANC.....	106
ABILIFY MYCITE STARTER KI.....	106
<i>abiraterone acetate</i>	47
ABRAXANE INJ 100MG.....	51
ABRYSVO.....	224
ABSORICA.....	249
ABSORICA LD.....	249
<i>acamprosate calcium</i>	147
ACANYA GEL 1.2-2.5%.....	249
<i>acarbose</i>	150
ACCOLATE.....	242
ACCURETIC TAB 10-12.5.....	67
ACCURETIC TAB 20-12.5.....	67
<i>accutane</i>	249
<i>acebutolol hcl</i>	83
<i>acetaminophen</i>	9
<i>acetaminophen w/ codeine soln 120-12 mg/5ml</i>	15
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-15 mg</i>	15
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-30 mg</i>	15
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-60 mg</i>	15
<i>acetaminophen-caffeine-dihydrocodeine cap 320.5-30-16 mg</i>	15
<i>acetazolamide</i>	87
<i>acetic acid</i>	204
<i>acetic acid (otic)</i>	238
<i>acetylcysteine</i>	243
ACIPHEX.....	201
<i>acitretin</i>	256
ACTEMRA.....	214
ACTEMRA ACTPEN.....	214
ACTHAR.....	181
ACTHIB INJ.....	224
ACTIMMUNE.....	221
ACTIVELLA TAB 1-0.5MG.....	176
ACTONEL.....	164
ACTOPLUS MET TAB 15-850MG.....	150
ACTOS.....	150
ACULAR.....	233
ACULAR LS.....	233
ACUVAIL.....	233
<i>acyclovir</i>	35
<i>acyclovir sodium</i>	35
<i>acyclovir topical</i>	264
ACZONE.....	249
ADACEL INJ.....	224
ADAKVEO.....	211
ADALIMUMAB-AACF (2 PEN).....	214
<i>adapalene</i>	250
ADAPALENE.....	250
<i>adapalene-benzoyl peroxide gel 0.1-2.5%</i>	250
<i>adapalene-benzoyl peroxide gel 0.3-2.5%</i>	250
ADBRY.....	214
ADCIRCA.....	92
ADDERALL TAB 10MG.....	124
ADDERALL TAB 12.5MG.....	124
ADDERALL TAB 15MG.....	124
ADDERALL TAB 20MG.....	124
ADDERALL TAB 30MG.....	124
ADDERALL TAB 5MG.....	124
ADDERALL TAB 7.5MG.....	124
ADDERALL XR CAP 10MG.....	124
ADDERALL XR CAP 15MG.....	124
ADDERALL XR CAP 20MG.....	124
ADDERALL XR CAP 25MG.....	124
ADDERALL XR CAP 30MG.....	124
ADDERALL XR CAP 5MG.....	124
<i>adefovir dipivoxil</i>	35
ADEMPAS.....	92

ADLARITY.....	96	<i>almotriptan malate</i>	134
ADMELOG.....	159	<i>alogliptin benzoate</i>	150
ADMELOG SOLOSTAR.....	159	<i>alogliptin-metformin hcl tab 12.5-1000</i>	
ADRENALIN	88	<i>mg</i>	151
ADVAIR DISKU AER 100/50	248	<i>alogliptin-metformin hcl tab 12.5-500</i>	
ADVAIR DISKU AER 250/50	248	<i>mg</i>	151
ADVAIR DISKU AER 500/50	248	<i>alogliptin-pioglitazone tab 12.5-30 mg</i>	
ADVAIR HFA AER 115/21	248	.....	151
ADVAIR HFA AER 230/21	248	<i>alogliptin-pioglitazone tab 25-15 mg</i>	151
ADVAIR HFA AER 45/21.....	248	<i>alogliptin-pioglitazone tab 25-30 mg</i>	151
ADZENYS XR-ODT	124, 125	<i>alogliptin-pioglitazone tab 25-45 mg</i>	151
ADZYNMA.....	211	ALOMIDE.....	234
AEMCOLO	21	ALOPRIM	9
AFINITOR	52	<i>alose tron hcl</i>	198
AFINITOR DISPERZ.....	52, 53	ALPHAGAN P	235
<i>afirmelle</i>	167	<i>alprazolam</i>	94
AFREZZA	159	ALPRAZOLAM INTENSOL.....	94
AFREZZA POW 4-8 UNIT	159	ALREX.....	233
AFREZZA POW 4-8-12	159	ALTABAX	253
AFREZZA POW 8-12UNIT	159	ALTACE.....	69
AGRYLIN	211	<i>altavera</i>	167
AIMOVIG	134	ALTOPREV	79
AIRSUPRA AER 90-80MCG	248	ALTRENO.....	250
AJOVY.....	134	ALUNBRIG	53
AKEEGA TAB 100/500	48	ALUNBRIG PAK.....	53
AKEEGA TAB 50/500MG.....	47	ALVESCO.....	246
AKLIEF.....	250	<i>alyacen 1/35</i>	167
AKYNZEO CAP 300-0.5	191	<i>alyacen 7/7/7</i>	167
AKYNZEO INJ 235-0.25	191	ALYMSYS.....	53
AKYNZEO INJ 235-0.25MG/20ML	191	<i>alyq</i>	92
<i>ala-cort</i>	257	<i>amabelz tab 0.5-0.1mg</i>	176
ALA-SCALP	257	<i>amantadine hcl</i>	102
<i>albendazole</i>	21	AMBIEN.....	131
<i>albuterol sulfate</i>	241, 242	AMBIEN CR.....	131
<i>alclometasone dipropionate</i>	257	AMBISOME	27
ALDACTONE.....	70	<i>ambrisentan</i>	92
ALDURAZYME.....	181	<i>amcinonide</i>	257
ALECENSA	53	<i>amethia</i>	167
<i>alendronate sodium</i>	164	<i>amethyst</i>	167
<i>alfuzosin hcl</i>	203	<i>amikacin sulfate</i>	21
ALIMTA	46	<i>amiloride & hydrochlorothiazide tab 5-</i>	
<i>aliskiren fumarate</i>	88	<i>50 mg</i>	87
ALKINDI SPRINKLE	179	<i>amiloride hcl</i>	87
<i>allopurinol</i>	9	<i>aminocaproic acid</i>	211
ALLOPURINOL	9	<i>amiodarone hcl</i>	77
<i>allopurinol sodium</i>	9	AMITIZA.....	198

<i>amitriptyline hcl</i>	97	<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-160 mg</i>	71
AMJEVITA	214	<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-320 mg</i>	71
<i>amlodipine besylate</i>	85	<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-160 mg</i>	71
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 10-10 mg</i>	89	<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-320 mg</i>	71
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 10-20 mg</i>	89	<i>amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide tab 10-160-12.5 mg</i>	71
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 10-40 mg</i>	89	<i>amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide tab 10-160-25 mg</i>	71
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 10-80 mg</i>	89	<i>amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide tab 10-320-25 mg</i>	71
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 2.5-10 mg</i>	88	<i>amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide tab 5-160-12.5 mg</i>	71
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 2.5-20 mg</i>	88	<i>amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide tab 5-160-25 mg</i>	71
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 2.5-40 mg</i>	88	<i>amnestem</i>	250
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 5-10 mg</i>	89	<i>amoxapine</i>	97
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 5-20 mg</i>	89	<i>amoxicil cap & clarithro tab & lansopraz cap dr 500 & 500 & 30mg</i>	198
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 5-40 mg</i>	89	<i>amoxicillin</i>	41
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 5-80 mg</i>	89	<i>amoxicillin & k clavulanate chew tab 200-28.5 mg</i>	41
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-20 mg</i>	67	<i>amoxicillin & k clavulanate chew tab 400-57 mg</i>	41
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-40 mg</i>	67	<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 200-28.5 mg/5ml</i>	41
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 2.5-10 mg</i>	67	<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 250-62.5 mg/5ml</i>	41
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-10 mg</i>	67	<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 400-57 mg/5ml</i>	41
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-20 mg</i>	67	<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 600-42.9 mg/5ml</i>	41
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-40 mg</i>	67	<i>amoxicillin & k clavulanate tab 250-125 mg</i>	41
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-20 mg</i>	71	<i>amoxicillin & k clavulanate tab 500-125 mg</i>	41
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-40 mg</i>	71	<i>amoxicillin & k clavulanate tab 875-125 mg</i>	41
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-20 mg</i>	70		
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-40 mg</i>	71		

<i>amoxicillin & k clavulanate tab er 12hr</i> 1000-62.5 mg	41	<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv</i> soln 15 (10-5) gm.....	42
<i>amphetamine-dextroamphetamine 3-</i> <i>bead cap er 24hr 12.5 mg</i>	125	<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv</i> soln 3 (2-1) gm	42
<i>amphetamine-dextroamphetamine 3-</i> <i>bead cap er 24hr 25 mg.....</i>	125	<i>ampicillin sodium.....</i>	42
<i>amphetamine-dextroamphetamine 3-</i> <i>bead cap er 24hr 37.5 mg</i>	125	AMPYRA	141
<i>amphetamine-dextroamphetamine 3-</i> <i>bead cap er 24hr 50 mg.....</i>	125	AMVUTTRA	138
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap</i> <i>er 24hr 10 mg</i>	125	AMZEEQ.....	250
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap</i> <i>er 24hr 15 mg</i>	125	ANAFRANIL.....	97
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap</i> <i>er 24hr 20 mg</i>	125	<i>anagrelide hcl</i>	211
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap</i> <i>er 24hr 25 mg</i>	125	<i>anastrozole.....</i>	48
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap</i> <i>er 24hr 30 mg</i>	125	ANCOBON	27
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap</i> <i>er 24hr 5 mg.....</i>	125	ANDROGEL PUMP	149
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab</i> 10 mg	125	ANNOVERA MIS.....	167
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab</i> 12.5 mg	125	ANORO ELLIPT AER 62.5-25.....	238
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab</i> 15 mg	126	ANTIVERT.....	191
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab</i> 20 mg	126	ANUSOL-HC.....	264
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab</i> 30 mg	126	APIDRA	159
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab</i> 5 mg	125	APIDRA SOLOSTAR	159
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab</i> 7.5 mg	125	ALENZIN.....	97
<i>amphotericin b</i>	27	APOKYN	103
<i>amphotericin b liposome.....</i>	27	<i>apomorphine hydrochloride.....</i>	103
<i>ampicillin.....</i>	41	APONVIE	191
<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj</i> 1.5 (1-0.5) gm	41	<i>aprepitant</i>	191
<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 3</i> (2-1) gm	42	<i>aprepitant capsule therapy pack 80 &</i> 125 mg	191
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv</i> soln 1.5 (1-0.5) gm.....	42	<i>apri</i>	167
		APRISO	195
		APTENSIO XR.....	126
		APTIOM.....	113
		APTIVUS	30
		ARALAST NP	243
		<i>aranelle.....</i>	167
		ARANESP ALBUMIN FREE	209
		ARAVA	219
		ARAZLO	250
		ARCALYST	221
		AREXVY.....	224
		<i>arformoterol tartrate.....</i>	242
		ARICEPT.....	96
		ARIKAYCE.....	21
		ARIMIDEX	48
		<i>aripiprazole.....</i>	106
		ARISTADA	106
		ARISTADA INITIO	106
		ARIXTRA	207

<i>armodafinil</i>	146	AUGMENTIN SUS 125/5ML.....	42
ARNUITY ELLIPTA	246	AUGMENTIN SUS ES-600	42
AROMASIN	48	AUGMENTIN TAB 500MG.....	42
ARTHROTEC 50 TAB	9	AUGTYRO	53
ARTHROTEC 75 TAB	9	<i>aurovela 1/20</i>	167
ARZERRA.....	53	<i>aurovela 24 fe</i>	167
<i>asenapine maleate</i>	106	<i>aurovela fe 1.5/30</i>	167
<i>ashlyna</i>	167	<i>aurovela fe 1/20</i>	167
ASMANEX HFA.....	247	AURYXIA	188
ASMANEX TWISTHALER 120 ME.....	247	AUSTEDO	138
ASMANEX TWISTHALER 14 MET.....	247	AUSTEDO XR	138
ASMANEX TWISTHALER 30 MET.....	247	AUSTEDO XR TAB TITR KIT.....	138
ASMANEX TWISTHALER 60 MET.....	247	AUVELITY TAB 45-105MG	97
ASPARLAS	50	AVALIDE TAB 150-12.5	72
<i>aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25-</i>		AVALIDE TAB 300-12.5	72
<i>200 mg</i>	213	AVAPRO	76
ASPRUZYO SPRINKLE	89	AVASTIN	53
ASTAGRAF XL	222	AVEED	149
ATACAND	76	<i>aviane</i>	167
ATACAND HCT TAB 16-12.5	71	AVODART	203
ATACAND HCT TAB 32-12.5	71	AVONEX	141
ATACAND HCT TAB 32-25MG.....	71	AVONEX PEN.....	141
<i>atazanavir sulfate</i>	30	AVSOLA	215
ATELVIA.....	164	AVYCAZ INJ 2-0.5GM	37
<i>atenolol</i>	83	AYGESTIN	189
<i>atenolol & chlorthalidone tab 100-25</i>		<i>ayuna</i>	167
<i>mg</i>	82	AYVAKIT	53
<i>atenolol & chlorthalidone tab 50-25 mg</i>		<i>azacitidine</i>	46
.....	82	AZACTAM	21
ATGAM.....	222	<i>azasan</i>	222
ATIVAN	95	AZASITE	231
<i>atomoxetine hcl</i>	126	<i>azathioprine</i>	222
ATORVALIQ	79	<i>azelaic acid</i>	264
<i>atorvastatin calcium</i>	80	<i>azelastine hcl</i>	240
<i>atovaquone</i>	21	<i>azelastine hcl (ophth)</i>	234
<i>atovaquone-proguanil hcl tab 250-100</i>		<i>azelastine hcl-fluticasone prop nasal</i>	
<i>mg</i>	29	<i>spray 137-50 mcg/act</i>	240
<i>atovaquone-proguanil hcl tab 62.5-25</i>		AZELEX.....	250
<i>mg</i>	29	AZILECT	103
ATRALIN.....	250	<i>azithromycin</i>	39
<i>atropine sulfate</i>	193	AZOPT	235
ATROPINE SULFATE	194, 236	AZOR TAB 10-20MG.....	72
<i>atropine sulfate (ophthalmic)</i>	236	AZOR TAB 10-40MG.....	72
ATROVENT HFA	239	AZOR TAB 5-20MG	72
AUBAGIO.....	141	AZOR TAB 5-40MG	72
<i>abra eq</i>	167	AZSTARYS CAP 26.1-5.2.....	126

AZSTARYS CAP 39.2-7.8.....	126	BENICAR HCT TAB 40-25MG	72
AZSTARYS CAP 52.3-10.....	126	BENLYSTA	222, 223
<i>aztreonam</i>	21	BENTYL.....	194
AZULFIDINE.....	195	BENZAMYCIN GEL 5-3%	250
AZULFIDINE EN-TABS	195	<i>benzoyl peroxide-erythromycin gel 5-</i>	
<i>azurette</i>	167	3%	250
B		<i>benztropine mesylate</i>	103
<i>bacitracin (ophthalmic)</i>	231	BEOVU.....	236
<i>bacitracin-polymyxin b ophth oint</i> ...	232	<i>bepotastine besilate</i>	234
<i>bacitracin-polymyxin-neomycin-hc</i>		BEPREVE	234
<i>ophth oint 1%</i>	231	BERINERT	211
<i>baclofen</i>	144	BESIVANCE	232
BACTRIM DS TAB 800-160	21	BESPONSA	53
BACTRIM TAB 400-80MG	21	BESREMI	50
BAFIERTAM.....	141	<i>betaine powder for oral solution</i>	181
BALCOLTRA TAB 0.1-20.....	167	<i>betamethasone dipropionate (topical)</i>	
<i>balsalazide disodium</i>	195	.....	257
BALVERSA	53	<i>betamethasone dipropionate</i>	
<i>balziva</i>	167	<i>augmented</i>	257
BANZEL.....	113	<i>betamethasone sod phosphate &</i>	
BAQSIMI ONE PACK	181	<i>acetate inj susp 6 (3-3) mg/ml</i>	179
BARACLUDE.....	35	<i>betamethasone valerate</i>	257
BASAGLAR KWIKPEN.....	159	BETAPACE	77
BASAGLAR TEMPO PEN.....	159	BETAPACE AF.....	77
BAVENCIO	53	BETASERON.....	141
BAXDELA.....	40	<i>betaxolol hcl</i>	83
BCG VACCINE	224	<i>betaxolol hcl (ophth)</i>	235
BD ALCOHOL SWABS	159	<i>bethanechol chloride</i>	204
BECONASE AQ	246	BETHKIS	21
BELBUCA	13	BETIMOL	235
BELEODAQ	53	BETOPTIC-S.....	235
BELSOMRA	131	BEVESPI AER 9-4.8MCG	238
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab</i>		<i>bexarotene</i>	50
<i>10-12.5 mg</i>	67	<i>bexarotene (topical)</i>	264
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab</i>		BEXSERO INJ	224
<i>20-12.5 mg</i>	67	BEYAZ TAB	167
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab</i>		<i>bicalutamide</i>	48
<i>20-25 mg</i>	67	BICILLIN C-R INJ 1200000.....	42
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 5-</i>		BICILLIN C-R INJ 900/300	42
<i>6.25mg</i>	67	BICILLIN L-A.....	42
<i>benazepril hcl</i>	69	BIDIL TAB	89
<i>bendamustine hcl</i>	45	BIJUVA CAP 0.5-100	176
BENDEKA	45	BIJUVA CAP 1-100MG	176
BENICAR	76	BIKTARVY TAB 30-120-15 MG	32
BENICAR HCT TAB 20-12.5	72	BIKTARVY TAB 50-200-25 MG	32
BENICAR HCT TAB 40-12.5	72	BILTRICIDE	21

<i>bimatoprost</i>	235	<i>budesonide</i>	195
BIMZELX	215	<i>budesonide (inhalation)</i>	247
BINOSTO.....	164	<i>budesonide (intrarectal)</i>	195
<i>bismuth subcit-metronidazole-</i>		<i>budesonide-formoterol fumarate dihyd</i>	
<i>tetracycline cap 140-125-125 mg.</i>	198	<i>aerosol 160-4.5 mcg/act</i>	248
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 10-</i>		<i>budesonide-formoterol fumarate dihyd</i>	
<i>6.25 mg</i>	83	<i>aerosol 80-4.5 mcg/act</i>	248
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab</i>		<i>bumetanide</i>	87
<i>2.5-6.25 mg</i>	83	BUPHENYL	181
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 5-</i>		<i>buprenorphine</i>	13
<i>6.25 mg</i>	83	<i>buprenorphine hcl</i>	147
<i>bisoprolol fumarate</i>	83	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i>	
BIVIGAM	220	<i>12-3 mg (base equiv)</i>	147
<i>bleomycin sulfate</i>	46	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i>	
<i>blisovi 24 fe</i>	167	<i>2-0.5 mg (base equiv)</i>	147
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	167	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i>	
BONJESTA TAB 20-20MG	191	<i>4-1 mg (base equiv)</i>	147
BOOSTRIX INJ.....	224	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i>	
<i>bortezomib</i>	53	<i>8-2 mg (base equiv)</i>	147
BOTEZOMIB.....	53	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab</i>	
<i>bosentan</i>	92	<i>2-0.5 mg (base equiv)</i>	148
BOSULIF	54	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab</i>	
BOTOX	144	<i>8-2 mg (base equiv)</i>	148
BRAFTOVI.....	54	<i>bupropion hcl</i>	97, 98
BREO ELLIPTA INH 100-25.....	248	<i>bupropion hcl (smoking deterrent)</i> ..	148
BREO ELLIPTA INH 200-25.....	248	<i>bupirone hcl</i>	95
BREO ELLIPTA INH 50-25MCG	248	<i>butorphanol tartrate</i>	16
<i>breyna</i>	248	BUTRANS	13
BREZTRI AERO AER SPHERE	239	BYDUREON BCISE	151
BREZTRI AERO AER SPHERE		BYETTA.....	151
(INSTITUTIONAL PACK)	239	BYLVAY	198
<i>briellyn</i>	168	BYLVAY (PELLETS).....	198
BRILINTA	213	BYOOVIZ.....	237
<i>brimonidine tartrate</i>	235	BYSTOLIC.....	83
<i>brimonidine tartrate (topical)</i>	264	C	
<i>brinzolamide</i>	235	<i>cabergoline</i>	182
BRIUMVI	141	CABLIVI	211
BRIVIACT	113	CABOMETYX	54
BRIXADI.....	147	CABTREO GEL	250
<i>bromfenac sodium (ophth)</i>	233	CADUET TAB 10-10MG	89
<i>bromocriptine mesylate</i>	103	CADUET TAB 10-20MG	89
BROMSITE	233	CADUET TAB 10-40MG	89
BRONCHITOL	243	CADUET TAB 10-80MG	89
BROVANA	242	CADUET TAB 5-10MG	89
BRUKINSA	54	CADUET TAB 5-20MG	89
BRYHALI.....	258	CADUET TAB 5-40MG	89

CADUET TAB 5-80MG	89	<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-</i>	
<i>calcipotriene</i>	256	<i>100mg</i>	103
<i>calcipotriene-betamethasone</i>		<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-</i>	
<i>dipropionate oint 0.005-0.064%</i> ..	258	<i>250mg</i>	103
<i>calcipotriene-betamethasone</i>		CARBAGLU	182
<i>dipropionate susp 0.005-0.064%</i> ..	258	<i>carbamazepine</i>	113
<i>calcitonin (salmon) inj</i>	164	CARBATROL.....	113
<i>calcitonin (salmon) spray</i>	164	<i>carbidopa</i>	103
<i>calcitrene</i>	256	<i>carbidopa & levodopa tab 10-100 mg</i>	
<i>calcitriol</i>	190	.....	103
<i>calcitriol (oral)</i>	190	<i>carbidopa & levodopa tab 25-100 mg</i>	
<i>calcitriol (topical)</i>	256	.....	103
<i>calcium acetate (phosphate binder)</i> ..	188	<i>carbidopa & levodopa tab 25-250 mg</i>	
CALQUENCE	54	.....	103
CAMBIA.....	134	<i>carbidopa & levodopa tab er 25-100 mg</i>	
<i>camila</i>	168	.....	103
<i>camrese</i>	168	<i>carbidopa & levodopa tab er 50-200 mg</i>	
<i>camrese lo</i>	168	.....	103
CAMZYOS	90	<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i>	
CANASA	195	<i>12.5-50-200 mg</i>	103
CANCIDAS	27	<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i>	
<i>candesartan cilexetil</i>	76	<i>18.75-75-200 mg</i>	103
<i>candesartan cilexetil-</i>		<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab 16-12.5 mg</i>		<i>25-100-200 mg</i>	103
.....	72	<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i>	
<i>candesartan cilexetil-</i>		<i>31.25-125-200 mg</i>	104
<i>hydrochlorothiazide tab 32-12.5 mg</i>		.....	104
.....	72	<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i>	
<i>candesartan cilexetil-</i>		<i>50-200-200 mg</i>	104
<i>hydrochlorothiazide tab 32-25 mg</i> ..	72	<i>carbinoxamine maleate</i>	240
CAPEX.....	258	CARBINOXAMINE MALEATE	240
CAPLYTA	107	<i>carboplatin</i>	45
CAPRELSA	54	CARDIZEM.....	85
<i>captopril</i>	69	CARDIZEM CD.....	85
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25-</i>		CARDIZEM LA	85
<i>15 mg</i>	67	CARDURA	70
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25-</i>		CARDURA XL.....	203
<i>25 mg</i>	67	<i>carglumic acid</i>	182
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-</i>		<i>carisoprodol</i>	144
<i>15 mg</i>	67	CARNITOR.....	182
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-</i>		CAROSPIR	70
<i>25 mg</i>	68	<i>carteolol hcl (ophth)</i>	235
CARAC	264	<i>cartia xt</i>	85
CARAFATE	198	<i>carvedilol</i>	83
<i>carb/levo orally disintegrating tab 10-</i>		<i>carvedilol phosphate</i>	84
<i>100mg</i>	103		

CASODEX	48	<i>chlorpromazine hcl</i>	107
<i>caspofungin acetate</i>	27	<i>chlorthalidone</i>	87
CASPOFUNGIN ACETATE.....	27	CHOLBAM.....	198
CAYSTON	21	<i>cholestyramine</i>	81
<i>cefaclor</i>	37	<i>cholestyramine light</i>	81
CEFACTOR ER	37	<i>choline fenofibrate</i>	78
<i>cefadroxil</i>	38	CHORIONIC GONADOTROPIN	182
CEFAZOLIN.....	38	CIBINQO	215
CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML.....	38	<i>ciclopirox</i>	254
<i>cefazolin sodium</i>	38	<i>ciclopirox olamine</i>	254
CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4%	38	<i>cidofovir</i>	35
<i>cefdinir</i>	38	<i>cilostazol</i>	211
CEFEPIME.....	38	CILOXAN	232
<i>cefepime hcl</i>	38	CIMDUO TAB 300-300	32
CEFEPIME/DEX INJ 1GM	38	CIMERLI	237
CEFEPIME/DEX INJ 2GM	38	<i>cimetidine</i>	194
<i>cefixime</i>	38	CIMZIA	215
<i>cefotetan disodium</i>	38	CIMZIA STARTER KIT	215
CEFOXITIN INJ 1GM.....	38	<i>cinacalcet hcl</i>	182
CEFOXITIN INJ 2GM.....	38	CINQAIR	243
<i>cefoxitin sodium</i>	38	CINRYZE	211
<i>cefpodoxime proxetil</i>	38	CINVANTI.....	191
<i>cefprozil</i>	38	CIPRO.....	40
<i>ceftazidime</i>	38	CIPRO HC SUS OTIC	238
<i>ceftriaxone sodium</i>	38	CIPRODEX SUS 0.3-0.1%	238
<i>cefuroxime axetil</i>	39	<i>ciprofloxacin</i>	40
<i>cefuroxime sodium</i>	39	<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml in d5w</i> ...	40
CELEBREX	10	<i>ciprofloxacin 400 mg/200ml in d5w</i> ...	40
<i>celecoxib</i>	10	<i>ciprofloxacin hcl</i>	40
CELESTONE INJ SOLUSPAN.....	179	<i>ciprofloxacin hcl (ophth)</i>	232
CELEXA	98	<i>ciprofloxacin hcl (otic)</i>	238
CELLCEPT	223	<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic susp</i> <i>0.3-0.1%</i>	238
CELONTIN	113	<i>ciprofloxacin-fluocinolone acetone (pf)</i> <i>otic soln 0.3-0.025%</i>	238
<i>cephalexin</i>	39	<i>cisplatin</i>	45
CEQUA	237	<i>citalopram hydrobromide</i>	98
CERDELGA.....	182	CITALOPRAM HYDROBROMIDE	98
CEREZYME.....	182	<i>claravis</i>	250
<i>cetirizine hcl</i>	240	CLARINEX.....	240
CETRAXAL	238	CLARINEX-D TAB 2.5-120	240
<i>cevimeline hcl</i>	268	<i>clarithromycin</i>	39
<i>chateal eq</i>	168	<i>clemastine fumarate</i>	240
CHEMET	166	CLENPIQ SOL 10 MG-3.5 GM-12 GM/160ML.....	196
<i>chlordiazepoxide hcl</i>	95		
<i>chlorhexidine gluconate (mouth-throat)</i>	268		
<i>chloroquine phosphate</i>	29		

CLENPIQ SOL 10 MG-3.5 GM-12	
GM/175ML	197
CLEOCIN	21, 207
CLEOCIN PEDIATRIC GRANULE	21
CLEOCIN PHOSPHATE	21
CLEOCIN-T	250
CLIMARA	176
CLIMARA PRO DIS WEEKLY	176
<i>clindacin</i>	251
<i>clindacin etz pledgets</i>	251
<i>clindacin-p</i>	251
CLINDAGEL.....	251
<i>clindamycin hcl</i>	21
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i> ..	21
<i>clindamycin phosphate</i>	21
<i>clindamycin phosphate (topical)</i>	251
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i>	
300 mg/50ml	22
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i>	
600 mg/50ml	22
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i>	
900 mg/50ml	22
<i>clindamycin phosphate vaginal</i>	207
<i>clindamycin phosphate-benzoyl</i>	
<i>peroxide gel 1.2-2.5%</i>	251
<i>clindamycin phosphate-benzoyl</i>	
<i>peroxide gel 1.2-3.75%</i>	251
<i>clindamycin phosphate-benzoyl</i>	
<i>peroxide gel 1-5%</i>	251
<i>clindamycin phosphate-tretinoin gel</i>	
1.2-0.025%	251
<i>clindamycin phosph-benzoyl peroxide</i>	
<i>(refrig) gel 1.2 (1)-5%</i>	251
CLINDESSE.....	207
CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML.....	22
CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML.....	22
CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML.....	22
CLINIMIX E INJ 2.75/D5W	230
CLINIMIX E INJ 4.25/D10	230
CLINIMIX E INJ 4.25/D5W	230
CLINIMIX E INJ 5%/D15W	230
CLINIMIX E INJ 5%/D20W	230
CLINIMIX E INJ 8/10	230
CLINIMIX E INJ 8/14	230
CLINIMIX INJ 4.25/D10	230
CLINIMIX INJ 4.25/D5W	230
CLINIMIX INJ 5%/D15W	230
CLINIMIX INJ 5%/D20W	230
CLINIMIX INJ 6/5	230
CLINIMIX INJ 8/10.....	230
CLINIMIX INJ 8/14.....	230
<i>clinisol sf 15%</i>	230
CLINOLIPID EMU 20%	230
<i>clobazam</i>	113
<i>clobetasol propionate</i>	258
<i>clobetasol propionate e</i>	258
<i>clobetasol propionate emulsion</i>	258
CLOBEX	258
<i>clocortolone pivalate</i>	258
<i>clodan</i>	258
<i>clomipramine hcl</i>	98
<i>clonazepam</i>	113
<i>clonidine</i>	90
<i>clonidine hcl</i>	90
<i>clonidine hcl (analgesia)</i>	9
<i>clopidogrel bisulfate</i>	214
<i>clorazepate dipotassium</i>	114
<i>clotrimazole</i>	269
<i>clotrimazole (topical)</i>	254
<i>clotrimazole w/ betamethasone cream</i>	
1-0.05%.....	254
<i>clozapine</i>	107
CLOZARIL.....	107
COARTEM TAB 20-120MG	29
<i>codeine sulfate</i>	16
CODEINE SULFATE	16
COLAZAL.....	195
<i>colchicine</i>	9
<i>colchicine w/ probenecid tab 0.5-500</i>	
<i>mg</i>	9
COLCRYS.....	9
<i>colesevelam hcl</i>	81
COLESTID	81
<i>colestipol hcl</i>	81
<i>colistimethate sodium</i>	22
COLUMVI.....	54
COLY-MYCIN M.....	22
COMBIGAN SOL 0.2/0.5%	235
COMBIPATCH DIS.....	176
COMBIVENT AER 20-100	239
COMBIVIR TAB 150-300	32
COMETRIQ (60MG DOSE)	54

COMETRIQ KIT 100MG	54	CUVITRU	220
COMETRIQ KIT 140MG	54	CUVPOSA	194
COMPLERA TAB	32	CUVRIOR.....	166
<i>compro</i>	191	<i>cyclobenzaprine hcl</i>	145
COMTAN.....	104	<i>cyclophosphamide</i>	45
CONCERTA	126	CYCLOPHOSPHAMIDE.....	45
CONDYLOX	264	CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR	45
<i>constulose</i>	197	<i>cycloserine</i>	34
CONZIP	13	<i>cyclosporine</i>	223
COPAXONE	141	<i>cyclosporine modified (for</i>	
COPIKTRA	54	<i>microemulsion)</i>	223
CORDRAN.....	258, 259	CYMBALTA.....	98
COREG.....	84	<i>cyproheptadine hcl</i>	240
COREG CR	84	CYRAMZA	55
CORGARD.....	84	<i>cyred eq</i>	168
CORLANOR	90	CYSTADANE POW	182
CORTEF.....	179	CYSTADROPS.....	237
CORTENEMA	195	CYSTAGON	182
CORTIFOAM	264	CYSTARAN.....	237
CORTISONE ACETATE.....	179	<i>cytarabine</i>	46
CORTISPORIN SUS -TC OTIC.....	238	CYTOMEL.....	189
CORTROPHIN	182	CYTOTEC.....	198
COSENTYX.....	215	D	
COSENTYX SENSOREADY PEN	215	D10W/NAACL INJ 0.2%	227
COSENTYX UNOREADY	215	D2.5W/NAACL INJ 0.45%	226
COSOFT PF SOL 2%-0.5%	235	D5W/LYTES INJ #48	226
COSOFT SOL 2-0.5%OP.....	235	<i>dabigatran etexilate mesylate</i>	207
COTELLIC	55	<i>dacarbazine</i>	50
COTEMPLA XR-ODT	126	<i>dalfampridine</i>	141
COZAAR	76	DALIRESP.....	243
CREON CAP 12000UNT	200	DALVANCE.....	22
CREON CAP 24000UNT	200	<i>danazol</i>	176
CREON CAP 3000UNIT.....	200	DANTRIUM	145
CREON CAP 36000UNT	200	<i>dantrolene sodium</i>	145
CREON CAP 6000UNIT.....	200	<i>dapsone</i>	22
CRESEMBA	27	<i>dapsone (topical)</i>	251
CRESTOR	80	DAPTACEL INJ.....	224
CRINONE.....	189	DAPTOMY/NAACL INJ 350/50ML	22
<i>cromolyn sodium</i>	243	DAPTOMY/NAACL INJ 500/50ML	22
<i>cromolyn sodium (mastocytosis)</i>	198	<i>daptomycin</i>	22
<i>cromolyn sodium (ophth)</i>	234	DAPTOMYCIN	22
<i>crotan</i>	268	DARAPRIM.....	22
<i>cryselle-28</i>	168	<i>darifenacin hydrobromide</i>	205
CRYSVITA.....	182	<i>darunavir</i>	30
CUBICIN RF	22	DARZALEX.....	55
CUTAQUIG.....	220	DARZALEX SOL FASPRO	55

<i>dasetta 1/35</i>	168	<i>desonide</i>	259
<i>dasetta 7/7/7</i>	168	DESOWEN	259
DAURISMO	55	<i>desoximetasone</i>	259
DAYBUE	138	DESVENLAFAXINE ER	98
DAYPRO	10	<i>desvenlafaxine succinate</i>	98
<i>daysee</i>	168	DETROL	205
DAYTRANA.....	126	DETROL LA	205
DAYVIGO.....	132	DEXABLISS.....	179
DDAVP	182	<i>dexamethasone</i>	179
<i>deblitane</i>	168	DEXAMETHASONE INTENSOL	179
<i>decitabine</i>	46	<i>dexamethasone sodium phosphate</i> ..	179
<i>deferasirox</i>	166	<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	
<i>deferiprone</i>	166	(<i>ophth</i>)	233
<i>deferoxamine mesylate</i>	166	DEXEDRINE	127
DELESTROGEN	176	DEXILANT.....	201
DELSTRIGO TAB.....	32	<i>dexlansoprazole</i>	201
DELZICOL.....	195	<i>dexmethylphenidate hcl</i>	127
<i>demeclocycline hcl</i>	44	<i>dexrazoxane hcl</i>	66
DEMSEER.....	90	<i>dextroamphetamine sulfate</i>	127
DENAVIR	264	<i>dextrose</i>	230
DENGVAXIA SUS	224	<i>dextrose 10% w/ sodium chloride</i>	
DEPAKOTE.....	114	0.45%.....	227
DEPAKOTE ER	114	<i>dextrose 2.5% w/ sodium chloride</i>	
DEPAKOTE SPRINKLES	114	0.45%.....	227
DEPEN TITRATABS.....	166	<i>dextrose 5% in lactated ringers</i>	227
DEPO-ESTRADIOL.....	176	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.2%</i>	
DEPO-MEDROL	179	.....	227
DEPO-PROVERA CONTRACEPTIV	168	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride</i>	
DEPO-SUBQ PROVERA 104.....	168	0.225%.....	227
<i>depo-testosterone</i>	149	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3%</i>	
DERMA-SMOOTH/FS BODY	259	.....	227
DERMA-SMOOTH/FS SCALP	259	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	
DERMOTIC.....	238	.....	227
DESCOVY TAB 120-15MG.....	33	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%</i>	
DESCOVY TAB 200/25MG.....	33	.....	227
DESFERAL	166	DEXYCU	233
<i>desipramine hcl</i>	98	DHIVY TAB 25-100MG	104
<i>desloratadine</i>	241	DIACOMIT	114
<i>desmopressin acetate</i>	182	DIASTAT ACUDIAL.....	114
<i>desmopressin acetate spray</i>	182	<i>diazepam</i>	114
<i>desmopressin acetate spray refrigerated</i>		<i>diazepam (anticonvulsant)</i>	114
.....	182	<i>diazepam inj</i>	114
<i>desogest-eth estrad & eth estrad tab</i>		<i>diazepam intensol</i>	114
0.15-0.02/0.01 mg(21/5)	168	<i>diazoxide</i>	181
<i>desogestrel & ethinyl estradiol tab 0.15</i>		DIBENZYLIN.....	90
mg-30 mcg	168	<i>dichlorphenamide</i>	87

DICLEGIS TAB 10-10MG	191	DIPROLENE.....	259
<i>diclofenac potassium</i>	10	<i>dipyridamole</i>	214
<i>diclofenac potassium (migraine)</i>	134	<i>disopyramide phosphate</i>	78
<i>diclofenac sodium</i>	10	<i>disulfiram</i>	148
<i>diclofenac sodium (actinic keratoses)</i>	264	DIURIL.....	87
<i>diclofenac sodium (ophth)</i>	233	<i>divalproex sodium</i>	115
<i>diclofenac sodium (topical)</i>	264	DIVIGEL.....	177
<i>diclofenac w/ misoprostol tab delayed</i> <i>release 50-0.2 mg</i>	10	<i>docetaxel</i>	51, 52
<i>diclofenac w/ misoprostol tab delayed</i> <i>release 75-0.2 mg</i>	10	DOCETAXEL.....	52
<i>dicloxacillin sodium</i>	42	<i>dofetilide</i>	78
<i>dicyclomine hcl</i>	194	DOJOLVI	182
DIFFERIN	251	<i>dolishale</i>	168
DIFICID	39	<i>donepezil hydrochloride</i>	96
<i>diflorasone diacetate</i>	259	DOPTLET	211
DIFLUCAN	27	DORYX MPC.....	44
<i>diflunisal</i>	10	<i>dorzolamide hcl</i>	235
<i>difluprednate</i>	233	<i>dorzolamide hcl-timolol maleate ophth</i> <i>soln 2-0.5%</i>	235
<i>digoxin</i>	90	<i>dorzolamide hcl-timolol maleate pf</i> <i>ophth soln 2-0.5%</i>	235
<i>dihydroergotamine mesylate</i>	135	<i>dotti</i>	177
DILANTIN	115	DOVATO TAB 50-300MG.....	33
DILANTIN INFATABS	115	<i>doxazosin mesylate</i>	70
DILANTIN-125.....	115	<i>doxepin hcl</i>	98
DILAUDID.....	16	<i>doxepin hcl (antipruritic)</i>	265
<i>diltiazem hcl</i>	85	<i>doxepin hcl (sleep)</i>	132
<i>diltiazem hcl coated beads</i>	85	<i>doxercalciferol</i>	191
<i>diltiazem hcl extended release beads</i>	85	DOXIL.....	46
<i>dilt-xr</i>	85	<i>doxorubicin hcl</i>	46
<i>dimethyl fumarate</i>	141	<i>doxorubicin hcl liposomal</i>	46
<i>dimethyl fumarate capsule dr starter</i> <i>pack 120 mg & 240 mg</i>	141	<i>doxy 100</i>	44
DIOVAN	76, 77	<i>doxycycline (monohydrate)</i>	44
DIOVAN HCT TAB 160-12.5.....	72	<i>doxycycline (rosacea)</i>	265
DIOVAN HCT TAB 160-25MG	72	<i>doxycycline hyclate</i>	44
DIOVAN HCT TAB 320-12.5.....	73	<i>doxylamine-pyridoxine tab delayed</i> <i>release 10-10 mg</i>	191
DIOVAN HCT TAB 320-25MG	73	<i>dronabinol</i>	191
DIOVAN HCT TAB 80/12.5	72	<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-</i> <i>0.02 mg</i>	168
DIP/TET PED INJ 25-5LFU	224	<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-</i> <i>0.03 mg</i>	169
DIPENTUM.....	196	<i>drospirenone-ethinyl estrad-</i> <i>levomefolate tab 3-0.02-0.451 mg</i>	168
<i>diphenhydramine hcl</i>	241	<i>drospirenone-ethinyl estrad-</i> <i>levomefolate tab 3-0.03-0.451 mg</i>	168
<i>diphenoxylate w/ atropine liq 2.5-0.025</i> <i>mg/5ml</i>	198	DROXIA	211
<i>diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-</i> <i>0.025 mg</i>	198		

<i>droxidopa</i>	90	<i>eletriptan hydrobromide</i>	135
DUAKLIR AER 400/12	239	ELFABRIO	183
DUETACT TAB 30-2MG	151	ELIDEL	265
DUETACT TAB 30-4MG	151	ELIGARD	48
DUEXIS TAB 800-26.6	10	<i>elinest</i>	169
DULERA AER 100-5MCG	249	ELIQUIS	207
DULERA AER 200-5MCG	249	ELIQUIS STARTER PACK	207
DULERA AER 50-5MCG	249	ELITEK	66
<i>duloxetine hcl</i>	98	<i>elixophyllin</i>	243
DUOBRII LOT	260	ELLECE	46
DUOPA SUS 4.63-20	104	ELMIRON	204
DUPIXENT	215	<i>eluryng</i>	169
DURACLON	9	ELYXYB	135
DUREZOL	233	EMEND	192
<i>dutasteride</i>	204	EMEND TRIPAC PAK 80 & 125	192
<i>dutasteride-tamsulosin hcl cap 0.5-0.4</i>		EMGALITY	135
<i>mg</i>	204	EMPAVELI	211
DYANAVEL XR	127	EMPLICITI	55
DYMISTA SPR 137-50	240	EMSAM	98
DYRENIUM	87	<i>emtricitabine</i>	30
DYSPORT	145	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil</i>	
E		<i>fumarate tab 100-150 mg</i>	33
<i>e.e.s. 400</i>	39	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil</i>	
E.E.S. GRANULES	39	<i>fumarate tab 133-200 mg</i>	33
<i>ec-naproxen</i>	10	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil</i>	
<i>econazole nitrate</i>	254	<i>fumarate tab 167-250 mg</i>	33
EDARBI	77	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil</i>	
EDARBYCLOR TAB 40-12.5	73	<i>fumarate tab 200-300 mg</i>	33
EDARBYCLOR TAB 40-25MG	73	EMTRIVA	30
EDECRIN	87	EMVERM	22
EDLUAR	132	<i>enalapril maleate</i>	69
EDURANT	30	<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide</i>	
<i>efavirenz</i>	30	<i>tab 10-25 mg</i>	68
<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab</i>		<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide</i>	
<i>600-200-300 mg</i>	33	<i>tab 5-12.5 mg</i>	68
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab</i>		ENBREL	215
<i>400-300-300 mg</i>	33	ENBREL MINI	216
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab</i>		ENBREL SURECLICK	216
<i>600-300-300 mg</i>	33	ENDARI	212
EFFEXOR XR	98	<i>endocet tab 10-325mg</i>	16
EFFIENT	214	<i>endocet tab 2.5-325mg</i>	16
EFUDEX	265	<i>endocet tab 5-325mg</i>	16
EGRIFTA SV	183	<i>endocet tab 7.5-325mg</i>	16
ELAPRASE	183	ENGERIX-B	225
ELELYSO	183	ENHERTU	55
ELESTRIN	177	<i>enilloring</i>	169

ENJAYMO.....	212	<i>errin</i>	169
<i>enoxaparin sodium</i>	208	ERTACZO	254
<i>enpresse-28</i>	169	<i>ertapenem sodium</i>	22
<i>enskyce</i>	169	<i>ery</i>	252
ENSPRYNG.....	138	ERYGEL.....	252
ENSTILAR AER	260	ERYPED 200.....	39
<i>entacapone</i>	104	ERYPED 400.....	39
ENTADFI CAP 5-5MG	204	<i>ery-tab</i>	39
<i>entecavir</i>	35	ERYTHROCIN LACTOBIONATE.....	39
ENTRESTO TAB 24-26MG	73	<i>erythrocin stearate</i>	39
ENTRESTO TAB 49-51MG	73	<i>erythromycin (acne aid)</i>	252
ENTRESTO TAB 97-103MG	73	<i>erythromycin (ophth)</i>	232
ENTYVIO	216	<i>erythromycin base</i>	40
<i>enulose</i>	197	<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	40
ENVARUSUS XR.....	223	<i>erythromycin lactobionate</i>	40
EPANED	69	ESBRIET.....	244
EPCLUSA PAK 150-37.5	35	<i>escitalopram oxalate</i>	98
EPCLUSA PAK 200-50MG	35	<i>esomeprazole magnesium</i>	201, 202
EPCLUSA TAB 200-50MG	35	<i>esomeprazole sodium</i>	202
EPCLUSA TAB 400-100	35	<i>estarylla</i>	169
EPIDIOLEX.....	115	<i>estazolam</i>	132
EPIDUO FORTE GEL 0.3-2.5%	252	ESTRACE.....	177
EPIDUO GEL 0.1-2.5%	252	<i>estradiol</i>	177
EPIFOAM AER 1%	260	<i>estradiol & norethindrone acetate tab</i> <i>0.5-0.1 mg</i>	177
<i>epinastine hcl (ophth)</i>	234	<i>estradiol & norethindrone acetate tab 1-</i> <i>0.5 mg</i>	177
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i>	90, 243	<i>estradiol vaginal</i>	177
EPIPEN 2-PAK	243	<i>estradiol valerate</i>	177
EPIPEN-JR 2-PAK	243	ESTRING	177
<i>epitol</i>	115	ESTROGEL.....	177
EPIVIR	30	<i>eszopiclone</i>	132
EPKINLY.....	55	<i>ethacrynic acid</i>	87
<i>eplerenone</i>	70	<i>ethambutol hcl</i>	34
EPOGEN	209	<i>ethosuximide</i>	115
<i>epoprostenol sodium</i>	92	<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol</i> <i>tab 1 mg-35 mcg</i>	169
EPRONTIA	115	<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol</i> <i>tab 1 mg-50 mcg</i>	169
EPSOLAY	252	<i>etodolac</i>	10
EPZICOM TAB 600-300	33	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol va ring</i> <i>0.12-0.015 mg/24hr</i>	169
EQUETRO	138	ETOPOPHOS	52
ERAXIS	27	<i>etoposide</i>	52
ERBITUX	55	<i>etravirine</i>	30
<i>ergotamine w/ caffeine tab 1-100 mg</i>	135	EUCRISA	265
ERIVEDGE	55		
ERLEADA	48		
<i>erlotinib hcl</i>	55		
ERMEZA	189		

EULEXIN.....	48	FARESTON.....	48
<i>euthyrox</i>	189	FARXIGA	151
EVAMIST	177	FASENRA.....	244
EVENITY.....	164	FASENRA PEN	244
<i>everolimus</i>	55	FASLODEX.....	48
<i>everolimus (immunosuppressant)</i> ...	223	<i>febuxostat</i>	9
EVISTA	183	<i>felbamate</i>	115
EVKEEZA	81	FELBATOL.....	115
EVOTAZ TAB 300-150	33	FELDENE	11
EVOXAC	269	<i>felodipine</i>	86
EVRYSDI	138	FEMARA	48
EXELDERM.....	254	FEMRING.....	177
EXELON.....	96	<i>fenofibrate</i>	78, 79
<i>exemestane</i>	48	<i>fenofibrate micronized</i>	79
EXFORGE HCT TAB 10-160-12.5MG...	73	FENOGLIDE	79
EXFORGE HCT TAB 10-160-25MG	73	<i>fenopropfen calcium</i>	11
EXFORGE HCT TAB 10-320-25MG	73	FENSOLVI.....	183
EXFORGE HCT TAB 5-160-12.5MG	73	<i>fentanyl</i>	14
EXFORGE HCT TAB 5-160-25MG	73	<i>fentanyl citrate</i>	16
EXFORGE TAB 10-160MG.....	73	FENTORA.....	16
EXFORGE TAB 10-320MG.....	74	FERRIPROX.....	166
EXFORGE TAB 5-160MG.....	73	FERRIPROX TWICE-A-DAY	166
EXFORGE TAB 5-320MG.....	73	<i>fesoterodine fumarate</i>	205
EXJADE	166	FETROJA	39
EXKIVITY.....	56	FETZIMA	98, 99
EXSERVAN.....	138	FETZIMA CAP TITRATIO.....	99
EXTAVIA.....	141	FIASP	159
EYLEA	237	FIASP FLEXTOUCH	159
EYLEA HD	237	FIASP PENFILL	160
EYSUVIS	233	FIASP PUMPCART	160
EZALLOR SPRINKLE	80	FILSPARI	204
<i>ezetimibe</i>	81	FINACEA	265
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-10 mg</i> .	81	<i>finasteride</i>	204
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-20 mg</i> .	81	<i>finzolimod hcl</i>	141
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-40 mg</i> .	81	FINTEPLA	115
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-80 mg</i> .	81	<i>finzala</i>	169
F		FIRAZYR.....	212
FABIOR	252	FIRDAPSE.....	138
FABRAZYME	183	FIRMAGON	48
<i>falmina</i>	169	FIRVANQ	22
<i>famciclovir</i>	36	<i>flac</i>	238
<i>famotidine</i>	194, 195	FLAGYL	22
<i>famotidine in nacl 0.9% iv soln 20</i>		FLAREX	233
<i>mg/50ml</i>	195	FLEBOGAMMA DIF	220
FANAPT	107	<i>flecainide acetate</i>	78
FANAPT PAK.....	107	FLEQSUVY	145

FLOLAN	92	<i>fondaparinux sodium</i>	208
FLOLIPID	80	FORFIVO XL.....	99
FLOMAX	204	<i>formoterol fumarate</i>	242
FLOVENT DISKUS	247	FORTEO	165
FLOVENT HFA.....	247	FOSAMAX	165
<i>fluconazole</i>	27	FOSAMAX + D TAB 70-2800.....	165
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 200</i>		FOSAMAX + D TAB 70-5600.....	165
<i>mg/100ml</i>	27	<i>fosamprenavir calcium</i>	30
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 400</i>		<i>fosaprepitant dimeglumine</i>	192
<i>mg/200ml</i>	27	<i>foscarnet sodium</i>	36
<i>flucytosine</i>	27	<i>fosinopril sodium</i>	69
<i>fludarabine phosphate</i>	46	<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide</i>	
<i>fludrocortisone acetate</i>	179	<i>tab 10-12.5 mg</i>	68
<i>flunisolide (nasal)</i>	246	<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide</i>	
<i>fluocinolone acetonide</i>	260	<i>tab 20-12.5 mg</i>	68
<i>fluocinolone acetonide (otic)</i>	238	FOSRENOL.....	188
<i>fluocinonide</i>	260	FOTIVDA	56
<i>fluocinonide emulsified base</i>	260	FRAGMIN.....	208
<i>fluorometholone (ophth)</i>	233	FROVA	135
<i>fluorouracil</i>	46	<i>frovatriptan succinate</i>	135
<i>fluorouracil (topical)</i>	265	FRUZAQLA.....	56
<i>fluoxetine hcl</i>	99	FULPHILA	209
<i>fluoxetine hcl (pmdd)</i>	99	<i>fulvestrant</i>	48
FLUOXETINE HYDROCHLORIDE.....	99	FUROSCIX	87
<i>fluphenazine decanoate</i>	107	<i>furosemide</i>	87
<i>fluphenazine hcl</i>	107	<i>furosemide inj</i>	87
<i>flurandrenolide</i>	260	FUZEON	30
<i>flurbiprofen</i>	11	FYARRO	56
<i>flurbiprofen sodium</i>	233	<i>fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg</i>	177
<i>fluticasone propionate</i>	260	<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i>	178
<i>fluticasone propionate (inhalation)</i> ..	247	FYCOMPA	115
<i>fluticasone propionate (nasal)</i>	246	FYLNETRA	209
<i>fluticasone propionate hfa</i>	247	G	
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba</i>		<i>gabapentin</i>	115, 116
<i>100-50 mcg/act</i>	249	<i>gabapentin (once-daily)</i>	138
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba</i>		GALAFOLD.....	183
<i>250-50 mcg/act</i>	249	<i>galantamine hydrobromide</i>	96
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba</i>		GAMASTAN INJ	220
<i>500-50 mcg/act</i>	249	GAMMAGARD LIQUID	220
<i>fluvastatin sodium</i>	80	GAMMAGARD S/D IGA LESS TH	220
<i>fluvoxamine maleate</i>	95	GAMMAKED	220
FML FORTE	233	GAMMAPLEX	220
FML LIQUIFILM.....	233	GAMUNEX-C	220
FOCALIN	128	GANCICLOVIR	36
FOCALIN XR.....	128	<i>ganciclovir sodium</i>	36
FOLOTYN	46	GARDASIL 9 INJ	225

GASTROCROM.....	198	<i>glipizide-metformin hcl tab 5-500 mg</i>	152
<i>gatifloxacin (ophth)</i>	232	.....	152
GATTEX.....	198	GLUCAGEN HYPOKIT	181
GAUZE PADS 2X2	160	<i>glucagon (rdna)</i>	181
<i>gavilyte-c</i>	197	GLUCOTROL XL	152
<i>gavilyte-g</i>	197	GLUMETZA	152
GAVRETO	56	GLYCATE	194
GAZYVA	56	<i>glycopyrrolate</i>	194
<i>gefitinib</i>	56	GLYCOPYRROLATE	194
GELNIQUE	205	<i>glycopyrrolate (oral)</i>	194
<i>gemcitabine hcl</i>	46	<i>glydo</i>	263
GEMCITABINE HYDROCHLORIDE.....	47	GLYXAMBI TAB 10-5 MG	152
<i>gemfibrozil</i>	79	GLYXAMBI TAB 25-5 MG	152
<i>gemmily</i>	169	GOCOVRI	104
GEMTESA	205	GOLYTELY SOL.....	197
<i>generlac</i>	197	GRALISE	138, 139
<i>gengraf</i>	223	<i>granisetron hcl</i>	192
GENOTROPIN	183	GRANIX.....	210
GENOTROPIN MINIQUICK	183	GRASTEK	221
<i>gentamicin in saline inj 0.8 mg/ml</i>	22	<i>griseofulvin microsize</i>	28
<i>gentamicin in saline inj 1 mg/ml</i>	23	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	28
<i>gentamicin in saline inj 1.2 mg/ml</i>	23	<i>guanfacine hcl</i>	90
<i>gentamicin in saline inj 1.6 mg/ml</i>	23	<i>guanfacine hcl (adhd)</i>	128
<i>gentamicin in saline inj 2 mg/ml</i>	23	GVOKE HYPOPEN 2-PACK.....	181
<i>gentamicin sulfate</i>	23	GVOKE KIT	181
<i>gentamicin sulfate (ophth)</i>	232	GVOKE PFS.....	181
<i>gentamicin sulfate (topical)</i>	253	GYNAZOLE-1.....	207
GENVOYA TAB.....	33	H	
GEODON	108	HAEGARDA	212
GILENYA.....	142	<i>hailey 1.5/30</i>	169
GILOTRIF	56	<i>hailey 24 fe</i>	169
GIMOTI	192	HALAVEN.....	52
GIVLAARI	212	<i>halcinonide</i>	261
GLASSIA	244	HALCION.....	132
<i>glatiramer acetate</i>	142	HALDOL DECANOATE 100	108
<i>glatopa</i>	142	HALDOL DECANOATE 50.....	108
GLEEVEC	56	<i>halobetasol propionate</i>	261
GLEOSTINE.....	45	<i>haloette</i>	169
<i>glimepiride</i>	151	HALOG.....	261
<i>glipizide</i>	151, 152	<i>haloperidol</i>	108
<i>glipizide xl</i>	152	<i>haloperidol decanoate</i>	108
<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-250 mg</i>		<i>haloperidol lactate</i>	108
.....	152	HARVONI PAK 33.75-150MG	36
<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-500 mg</i>		HARVONI PAK 45-200MG.....	36
.....	152	HARVONI TAB 45-200MG.....	36
		HARVONI TAB 90-400MG.....	36

HAVRIX	225	HYDREA	50
<i>heather</i>	169	<i>hydrochlorothiazide</i>	87
HELIDAC MIS THERAPY	198	<i>hydrocodone bitartrate</i>	14
HEMADY	179	<i>hydrocodone-acetaminophen soln 7.5-</i>	
HEP SOD/D5W INJ 20000UNT	208	325 mg/15ml	17
HEP SOD/D5W INJ 25000UNT	208	<i>hydrocodone-acetaminophen tab 10-</i>	
HEP SOD/NAACL INJ 12500UNT.....	208	300 mg	17
HEP SOD/NAACL INJ 25000UNT.....	208	<i>hydrocodone-acetaminophen tab 10-</i>	
HEPARIN SODIUM.....	208	325 mg	17
<i>heparin sodium (porcine)</i>	208	<i>hydrocodone-acetaminophen tab 5-300</i>	
HEPARIN/NAACL INJ 25000UNT	208	mg	17
HEPLISAV-B.....	225	<i>hydrocodone-acetaminophen tab 5-325</i>	
HERCEP HYLEC SOL 60-10000	56	mg	17
HERCEPTIN.....	56	<i>hydrocodone-acetaminophen tab 7.5-</i>	
HERZUMA	56	300 mg	17
HETLIOZ	132	<i>hydrocodone-acetaminophen tab 7.5-</i>	
HETLIOZ LQ.....	132	325 mg	17
HIBERIX.....	225	<i>hydrocodone-ibuprofen tab 10-200 mg</i>	
HIPREX	23	.....	17
HIZENTRA	221	<i>hydrocodone-ibuprofen tab 5-200 mg</i>	17
HORIZANT	139	<i>hydrocodone-ibuprofen tab 7.5-200 mg</i>	
HUMALOG.....	160	.....	17
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	160	<i>hydrocortisone</i>	179
HUMALOG KWIKPEN.....	160	<i>hydrocortisone (intrarectal)</i>	196
HUMALOG MIX INJ 50/50KWP	160	<i>hydrocortisone (rectal)</i>	265
HUMALOG MIX INJ 75/25KWP	160	<i>hydrocortisone (topical)</i>	261
HUMALOG MIX SUS 75/25	160	<i>hydrocortisone butyrate</i>	261
HUMALOG TEMPO PEN.....	160	<i>hydrocortisone butyrate hydrophilic lipo</i>	
HUMATIN.....	23	<i>base</i>	261
HUMATROPE	183	<i>hydrocortisone valerate</i>	261
HUMIRA	216	<i>hydrocortisone w/ acetic acid otic soln</i>	
HUMIRA PEDIA INJ CROHNS.....	216	1-2%	238
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS D	216	<i>hydromorphone hcl</i>	14, 17
HUMIRA PEN	216	HYDROMORPHONE HYDROCHLORI	17
HUMIRA PEN KIT PS/UV.....	216	<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	219
HUMIRA PEN-CD/UC/HS START	216	<i>hydroxyprogesterone caproate</i>	
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S.....	216	<i>(antineoplastic)</i>	48
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER	216	<i>hydroxyurea</i>	51
HUMULIN INJ 70/30	160	<i>hydroxyzine hcl</i>	241
HUMULIN INJ 70/30KWP.....	160	<i>hydroxyzine pamoate</i>	241
HUMULIN N.....	160	HYFTOR	265
HUMULIN N KWIKPEN	160	HYQVIA INJ 10-800	221
HUMULIN R.....	160	HYQVIA INJ 2.5-200	221
HUMULIN R U-500 (CONCENTR.....	160	HYQVIA INJ 20-1600.....	221
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	160	HYQVIA INJ 30-2400.....	221
<i>hydralazine hcl</i>	90	HYQVIA INJ 5-400	221

HYSINGLA ER.....	14	INBRIJA	104
HYZAAR TAB 100-12.5	74	<i>incassia</i>	169
HYZAAR TAB 100-25	74	INCRELEX.....	183
HYZAAR TAB 50-12.5	74	INCRUSE ELLIPTA.....	239
I		<i>indapamide</i>	88
<i>ibandronate sodium</i>	165	INDERAL LA.....	84
IBRANCE	56	INFANRIX INJ	225
IBSRELA.....	198	INFLECTRA	217
<i>ibu</i>	11	INFLIXIMAB	217
<i>ibuprofen</i>	11	INLYTA.....	57
<i>ibuprofen-famotidine tab 800-26.6 mg</i>	11	INPEFA.....	90
<i>icatibant acetate</i>	212	INQOVI TAB 35-100MG	47
<i>iclevia</i>	169	INREBIC.....	57
ICLUSIG.....	56	INS ASP PROT INJ FLEXPEN	160
IDACIO (2 PEN).....	216	INSPIRA	70
IDACIO (2 SYRINGE).....	216	INSULIN ASPA INJ 70/30	160
IDACIO CROHN INJ DISEASE.....	216	INSULIN ASPART.....	160
IDACIO PLAQU INJ PSORIASIS	217	INSULIN ASPART FLEXPEN.....	161
IDHIFA.....	57	INSULIN ASPART PENFILL.....	161
IFEX	45	INSULIN DEGLUDEC.....	161
<i>ifosfamide</i>	45	INSULIN DEGLUDEC FLEXTOUC	161
IFOSFAMIDE	45	INSULIN GLARGINE	161
ILARIS	221	INSULIN GLARGINE MAX SOLO.....	161
ILEVRO	233	INSULIN GLARGINE SOLOSTAR	161
ILUMYA	217	INSULIN GLARGINE-YFGN.....	161
<i>imatinib mesylate</i>	57	INSULIN LISP INJ PROTAMIN	161
IMBRUVICA.....	57	INSULIN LISPRO.....	161
IMFINZI	57	INSULIN LISPRO JUNIOR KWI	161
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln</i> <i>250 mg</i>	23	INSULIN LISPRO KWIKPEN	161
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln</i> <i>500 mg</i>	23	INSULIN PEN NEEDLES: BD/NOVO..	161
<i>imipramine hcl</i>	99	INSULIN SAFETY NEEDLES.....	161
<i>imipramine pamoate</i>	99	INSULIN SYRINGES: BD	161
<i>imiquimod</i>	265	INTELENCE	30
<i>imiquimod pump</i>	265	INTRALIPID	230
IMITREX.....	135	INTRAROSA	204
IMITREX STATDOSE REFILL	135	<i>introvale</i>	169
IMITREX STATDOSE SYSTEM.....	136	INTUNIV.....	128
IMJUDO.....	57	INVANZ.....	23
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.).....	225	INVEGA.....	108
IMPAVIDO	23	INVEGA HAFYERA	108
IMURAN	223	INVEGA SUSTENNA.....	108
IMVEXXY MAINTENANCE PACK	178	INVEGA TRINZA	108
IMVEXXY STARTER PACK	178	INVELTYS	234
		INVOKAMET TAB 150-1000	153
		INVOKAMET TAB 150-500.....	153
		INVOKAMET TAB 50-1000.....	153

INVOKAMET TAB 50-500MG	152	JAKAFI	57
INVOKAMET XR TAB 150-1000	153	<i>jantoven</i>	208
INVOKAMET XR TAB 150-500	153	JANUMET TAB 50-1000.....	153
INVOKAMET XR TAB 50-1000	153	JANUMET TAB 50-500MG	153
INVOKAMET XR TAB 50-500MG	153	JANUMET XR TAB 100-1000	153
INVOKANA.....	153	JANUMET XR TAB 50-1000.....	153
IPOL INJ INACTIVE	225	JANUMET XR TAB 50-500MG	153
<i>ipratropium bromide</i>	239	JANUVIA	153
<i>ipratropium bromide (nasal)</i>	239	JARDIANCE.....	154
<i>ipratropium-albuterol nebu soln 0.5-</i>		<i>jasmiel</i>	170
<i>2.5(3) mg/3ml</i>	239	JATENZO	149
<i>irbesartan</i>	77	<i>javygtor</i>	183
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 150-</i>		JAYPIRCA	57
<i>12.5 mg</i>	74	JEMPERLI	58
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 300-</i>		JENTADUETO TAB 2.5-1000	154
<i>12.5 mg</i>	74	JENTADUETO TAB 2.5-500	154
IRESSA	57	JENTADUETO TAB 2.5-850.....	154
<i>irinotecan hcl</i>	51	JENTADUETO TAB XR 2.5-1000MG..	154
ISENTRESS.....	30, 31	JENTADUETO TAB XR 5-1000MG....	154
ISENTRESS HD.....	31	JEVTANA	52
<i>isibloom</i>	170	<i>jinteli</i>	178
ISOLYTE-P INJ /D5W	227	JOENJA	221
ISOLYTE-S INJ	227	<i>jolessa</i>	170
ISOLYTE-S INJ PH 7.4	227	JORNAY PM.....	128
<i>isoniazid</i>	34	<i>joyeaux</i>	170
ISORDIL TITRADOSE.....	91	JUBLIA.....	254
<i>isosorbide dinitrate</i>	91	<i>juleber</i>	170
<i>isosorbide dinitrate-hydralazine hcl tab</i>		JULUCA TAB 50-25MG	33
<i>20-37.5 mg</i>	90	<i>junel 1.5/30</i>	170
<i>isosorbide mononitrate</i>	92	<i>junel 1/20</i>	170
<i>isotretinoin</i>	252	<i>junel fe 1.5/30</i>	170
<i>isradipine</i>	86	<i>junel fe 1/20</i>	170
ISTALOL.....	235	<i>junel fe 24</i>	170
ISTURISA	183	JUXTAPID	81
<i>itraconazole</i>	28	JYNARQUE	183
<i>ivermectin</i>	23	JYNARQUE PAK 30-15MG	183
<i>ivermectin (rosacea)</i>	265	JYNARQUE PAK 45-15MG	183
IWILFIN	51	JYNARQUE PAK 60-30MG	183
IXCHIQ INJ	225	JYNARQUE PAK 90-30MG	183
IXEMPRA KIT	52	JYNNEOS.....	225
IXIARO INJ	225	K	
IYUZEH	235	KADCYLA.....	58
IZERVAY.....	237	<i>kaitlib fe</i>	170
J		KALBITOR	212
JADENU.....	166	KALETRA SOL.....	33
JADENU SPRINKLE	166	KALETRA TAB 100-25MG	33

KALETRA TAB 200-50MG	33	<i>ketoprofen</i>	11
KALYDECO	244	<i>ketorolac tromethamine</i>	11
KANJINTI.....	58	KETOROLAC TROMETHAMINE	11
KANUMA.....	183	<i>ketorolac tromethamine (ophth)</i>	234
KAPSPARGO SPRINKLE	84	KEVEYIS.....	88
<i>kariva</i>	170	KEVZARA.....	217
KATERZIA.....	86	KEYTRUDA.....	58
KAZANO 12.5- TAB 1000MG.....	154	KHAPZORY	66
KAZANO 12.5- TAB 500MG	154	KIMMTRAK	58
<i>kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5%</i> <i>& nacl 0.45% inj</i>	227	KIMYRSA	23
<i>kcl 20 meq/l (0.149%) in nacl 0.45%</i> <i>inj</i>	227	KINERET	217
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% &</i> <i>nacl 0.2% inj</i>	227	KINRIX INJ	225
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% &</i> <i>nacl 0.45% inj</i>	227	<i>kiprofen</i>	11
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% &</i> <i>nacl 0.9% inj</i>	227	KISQALI 200 DOSE	58
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj</i>	227	KISQALI 200 PAK FEMARA	51
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj</i>	227	KISQALI 400 DOSE	58
<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5%</i> <i>& nacl 0.45% inj</i>	227	KISQALI 400 PAK FEMARA	51
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% &</i> <i>nacl 0.45% inj</i>	228	KISQALI 600 DOSE	58
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% &</i> <i>nacl 0.9% inj</i>	228	KISQALI 600 PAK FEMARA	51
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj</i>	228	KITABIS PAK.....	23
KCL/D5W/LACT INJ 20MEQ/L	228	KLARON	252
KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9%	228	<i>klayesta</i>	255
<i>kelnor 1/35</i>	170	KLISYRI	265
<i>kelnor 1/50</i>	170	KLONOPIN.....	116
KENALOG	261	<i>klor-con</i>	229
KENALOG-10.....	180	<i>klor-con 10</i>	229
KENALOG-40.....	180	<i>klor-con 8</i>	229
KENALOG-80.....	180	<i>klor-con m10</i>	229
KEPPRA	116	<i>klor-con m15</i>	229
KEPPRA XR	116	<i>klor-con m20</i>	229
KERENDIA	70	KLOXXADO	148
KESIMPTA	142	KOMBIGLYZ XR TAB 2.5-1000	154
<i>ketoconazole</i>	28	KOMBIGLYZ XR TAB 5-1000MG	154
<i>ketoconazole (topical)</i>	254, 255, 257	KOMBIGLYZ XR TAB 5-500MG	154
<i>ketodan</i>	255	KONVOMEK SUS 2-84/ML	202
		KORLYM	183
		KOSELUGO	58
		<i>kourzeq</i>	269
		KRAZATI	58
		KRINTAFEL	29
		KRISTALOSE.....	197
		KRYSTEXXA	9
		<i>kurvelo</i>	170
		KUVAN	184
		KYPROLIS.....	58

L	
<i>labetalol hcl</i>	84
LABELALOL HYDROCHLORIDE	84
<i>lacosamide</i>	116
<i>lacosamide oral</i>	116
LACRISERT	237
<i>lactated ringer's solution</i>	228
<i>lactic acid (ammonium lactate)</i>	266
<i>lactulose</i>	197
LACTULOSE	197
<i>lactulose (encephalopathy)</i>	197
LAMICTAL.....	116
LAMICTAL CHEWABLE DISPERS	116
LAMICTAL ODT	116
LAMICTAL ODT KIT BLUE	116
LAMICTAL ODT KIT GREEN.....	116
LAMICTAL ODT KIT ORANGE	116
LAMICTAL STARTER KIT (35 X 25MG TABS)	117
LAMICTAL STARTER KIT (42 X 25MG TABS & 7 X 100MG TAB).....	117
LAMICTAL STARTER KIT (84 X 25MG TABS & 14 X 100MG TABS)	117
LAMICTAL XR	117
LAMICTAL XR KIT	117
<i>lamivudine</i>	31
<i>lamivudine (hbv)</i>	36
<i>lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg</i>	33
<i>lamotrigine</i>	117
<i>lamotrigine tab 25 mg (42) & 100 mg</i> (7) starter kit	117
<i>lamotrigine tab 84 x 25 mg & 14 x 100</i> <i>mg starter kit</i>	117
<i>lamotrigine tab disint 21 x 25 mg & 7 x</i> <i>50 mg titration kit</i>	117
<i>lamotrigine tab disint 25 (14) & 50 mg</i> <i>(14) & 100 mg (7) kit</i>	117
<i>lamotrigine tab disint 42 x 50mg & 14 x</i> <i>100mg titration kit</i>	117
LAMZEDE	184
LANOXIN	91
LANOXIN PEDIATRIC.....	91
<i>lansoprazole</i>	202
<i>lanthanum carbonate</i>	188
LANTUS.....	161
LANTUS SOLOSTAR.....	161
<i>lapatinib ditosylate</i>	58
<i>larin 1.5/30</i>	170
<i>larin 1/20</i>	170
<i>larin 24 fe</i>	170
<i>larin fe 1.5/30</i>	170
<i>larin fe 1/20</i>	170
LASIX	88
<i>latanoprost</i>	235
LATUDA	108
<i>layolis fe</i>	170
<i>leena</i>	170
<i>leflunomide</i>	219
LEMTRADA.....	142
<i>lenalidomide</i>	50
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	58
LENVIMA 12MG DAILY DOSE	58
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	59
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE.....	58
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE.....	58
LENVIMA CAP 14 MG.....	59
LENVIMA CAP 18 MG.....	59
LENVIMA CAP 24 MG.....	59
LESCOL XL	80
<i>lessina</i>	170
LETAIRIS.....	92
<i>letrozole</i>	48
<i>leucovorin calcium</i>	66
LEUKERAN.....	45
LEUKINE	210
<i>leuprolide acetate</i>	48
LEUPROLIDE ACETATE.....	48
<i>levabuterol hcl</i>	242
<i>levabuterol tartrate</i>	242
<i>levamlodipine maleate</i>	86
LEVEMIR	161
LEVEMIR FLEXPEN	161
LEVETIRACETA INJ 10MG/ML	117
LEVETIRACETA INJ 15MG/ML	117
LEVETIRACETA INJ 5MG/ML	117
<i>levetiracetam</i>	118
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> <i>1000 mg/100ml</i>	118
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> <i>1500 mg/100ml</i>	118

<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i>	<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i>.....20
500 mg/100ml 118	<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i> 269
<i>levobunolol hcl</i> 235	<i>lidocaine-prilocaine cream 2.5-2.5%</i> 263
<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i> .. 184	<i>lidocan</i> 263
<i>levocetirizine dihydrochloride</i> 241	LIDODERM..... 263
<i>levofloxacin</i> .....40	<i>linezolid</i> .....23
<i>levofloxacin (ophth)</i> .....232	LINEZOLID INJ 2MG/ML.....23
<i>levofloxacin in d5w iv soln 250 mg/50ml</i>	LINZESS 199
.....40	<i>liothyronine sodium</i> 190
<i>levofloxacin in d5w iv soln 500</i>	LIPITOR .....80
<i>mg/100ml</i>.....40	LIPOFEN .....79
<i>levofloxacin in d5w iv soln 750</i>	LIQREV .....92
<i>mg/150ml</i>.....40	<i>lisdexamfetamine dimesylate</i> 128
<i>levoleucovorin calcium</i> .....66	<i>lisinopril</i> .....69
<i>levonest</i> 171	<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 10-</i>
<i>levonor-eth est tab 0.15-</i>	12.5 mg .....68
<i>0.02/0.025/0.03 mg &eth est 0.01</i>	<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-</i>
<i>mg</i> 171	12.5 mg .....68
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol (91-</i>	<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-</i>
<i>day) tab 0.15-0.03 mg</i> 171	25 mg .....68
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab</i>	LITFULO 217
<i>0.1 mg-20 mcg</i> 171	<i>lithium</i> 139
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab</i>	<i>lithium carbonate</i> 139
<i>0.15 mg-30 mcg</i> 171	LITHOBID 139
<i>levonorgestrel-eth estra tab 0.05-</i>	LITHOSTAT 204
<i>30/0.075-40/0.125-30mg-mcg</i> 171	LIVALO .....80
<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol</i>	LIVMARLI 199
<i>(continuous) tab 90-20 mcg</i> 171	LIVTENCITY .....36
<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol-fe tab</i>	LO LOESTRIN TAB 1-10-10 171
<i>0.1 mg-20 mcg (21)</i> 171	LOCOID..... 261
<i>levonorg-eth est tab 0.1-0.02mg(84) &</i>	LOCOID LIPOCREAM 262
<i>eth est tab 0.01mg(7)</i> 171	LODOCO.....91
<i>levonorg-eth est tab 0.15-0.03mg(84)</i>	LODOSYN 104
<i>& eth est tab 0.01mg(7)</i> 171	<i>loestrin 1.5/30-21</i> 171
<i>levora 0.15/30-28</i> 171	<i>loestrin 1/20-21</i> 171
<i>levorphanol tartrate</i> .....14	<i>loestrin fe 1.5/30</i> 171
<i>levo-t</i> 189	<i>loestrin fe 1/20</i> 171
<i>levothyroxine sodium</i> 189, 190	<i>lofena</i> .....11
<i>levoxyl</i> 190	LOKELMA..... 166
LEXAPRO .....99	LOMOTIL TAB 2.5MG..... 199
LEXETTE..... 261	LONSURF TAB 15-6.14 .....47
LEXIVA.....31	LONSURF TAB 20-8.19 .....47
LIALDA..... 196	<i>loperamide hcl</i> 199
LIBTAYO.....59	LOPID .....79
<i>lidocaine</i>.....263	<i>lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml</i>
<i>lidocaine hcl</i> 263	(80-20 mg/ml) 34

<i>lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg</i>	34	LUPRON DEPOT (4-MONTH)	49
<i>lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg</i>	34	LUPRON DEPOT (6-MONTH)	49
LOPRESSOR	84	LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH).....	184
LOPROX SHAMPOO	255	LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH).....	184
LOQTORZI	59	LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH).....	184
<i>lorazepam</i>	95	<i>lurasidone hcl</i>	109
<i>lorazepam intensol</i>	95	<i>lutea</i>	171
LORBRENA.....	59	LUZU	255
LOREEV XR	95	LYBALVI TAB 10-10MG	109
<i>loryna</i>	171	LYBALVI TAB 15-10MG	109
<i>losartan potassium</i>	77	LYBALVI TAB 20-10MG	109
<i>losartan potassium &</i> <i>hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg</i>	74	LYBALVI TAB 5-10MG.....	109
<i>losartan potassium &</i> <i>hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i> 74		<i>lyleq</i>	172
<i>losartan potassium &</i> <i>hydrochlorothiazide tab 50-12.5 mg</i>	74	<i>lyllana</i>	178
LOTEMAX	234	LYNPARZA	59
LOTEMAX SM	234	LYRICA	118
LOTENSIN	69	LYRICA CR.....	139
<i>loteprednol etabonate</i>	234	LYSODREN	49
LOTREL CAP 10-20MG	68	LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE)	59
LOTREL CAP 10-40MG	68	LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE)	59
LOTREL CAP 5-10MG	68	LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE)	59
LOTREL CAP 5-20MG	68	LYUMJEV	162
LOTRONEX.....	199	LYUMJEV KWIKPEN	162
<i>lovastatin</i>	80	LYUMJEV TEMPO PEN	162
LOVAZA CAP 1GM	81	LYVISPAH.....	145
LOVENOX	208	<i>lyza</i>	172
<i>low-ogestrel</i>	171	M	
<i>loxapine succinate</i>	109	MACROBID	23
<i>lubiprostone</i>	199	MACRODANTIN	23
LUCEMYRA.....	148	<i>mafenide acetate</i>	253
LUCENTIS.....	237	<i>magnesium sulfate</i>	228
<i>luliconazole</i>	255	MAGNESIUM SULFATE	228
LUMAKRAS	59	<i>magnesium sulfate in dextrose 5% iv</i> <i>soln 1 gm/100ml</i>	228
LUMIGAN.....	235	MALARONE TAB 250-100	29
LUMIZYME	184	MALARONE TAB 62.5-25	29
LUMRYZ	146	<i>malathion</i>	268
LUNESTA	132	<i>maraviroc</i>	31
LUNSUMIO.....	59	MARGENZA	59
LUPKYNIS.....	223	MARINOL.....	192
LUPRON DEPOT (1-MONTH)	49	<i>marlissa</i>	172
LUPRON DEPOT (3-MONTH)	49	MARPLAN	99
		MATULANE	51
		<i>matzim la</i>	86
		MAVENCLAD (10 TABS)	142
		MAVENCLAD (4 TABS)	142

MAVENCLAD (5 TABS).....	142	MESNEX.....	66
MAVENCLAD (6 TABS).....	142	MESTINON.....	139
MAVENCLAD (7 TABS).....	142	MESTINON TIMESPAN	139
MAVENCLAD (8 TABS).....	142	<i>metaxalone</i>	145
MAVENCLAD (9 TABS).....	142	<i>metformin hcl</i>	154, 155
MAVYRET PAK 50-20MG.....	36	<i>methadone hcl</i>	14
MAVYRET TAB 100-40MG.....	36	METHADONE HCL INJ.....	14
MAXALT	136	<i>methadone hydrochloride i</i>	14
MAXALT-MLT.....	136	<i>methazolamide</i>	88
MAXIDEX.....	234	<i>methenamine hippurate</i>	24
MAXITROL OIN 0.1% OP.....	231	<i>methergine</i>	184
MAXITROL SUS 0.1% OP	231	<i>methimazole</i>	190
MAYZENT	142	<i>methocarbamol</i>	145
MAYZENT STARTER PACK (12).....	143	<i>methotrexate sodium</i>	47, 219
MAYZENT STARTER PACK (7)	143	<i>methoxsalen rapid</i>	256
<i>meclizine hcl</i>	192	<i>methscopolamine bromide</i>	194
<i>meclofenamate sodium</i>	11	<i>methsuximide</i>	118
MEDROL.....	180	<i>methylergonovine maleate</i>	184
MEDROL DOSEPAK.....	180	METHYLIN	129
<i>medroxyprogesterone acetate</i>	189	<i>methylphenidate</i>	129
<i>medroxyprogesterone acetate</i> (<i>contraceptive</i>).....	172	<i>methylphenidate hcl</i>	129
<i>mefenamic acid</i>	11	METHYLPHENIDATE HYDROCHLO ...	129
<i>mefloquine hcl</i>	29	<i>methylprednisolone</i>	180
<i>megestrol acetate</i>	49, 189	<i>methylprednisolone acetate</i>	180
<i>megestrol acetate (appetite)</i>	189	<i>methylprednisolone sod succ</i>	180
MEKINIST.....	59, 60	<i>methyltestosterone</i>	149
MEKTOVI	60	<i>metoclopramide hcl</i>	192
<i>meloxicam</i>	12	<i>metolazone</i>	88
<i>memantine hcl</i>	96	<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab</i> <i>100-25 mg</i>	83
<i>memantine hcl tab 28 x 5 mg & 21 x 10</i> <i>mg titration pack</i>	96	<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab</i> <i>100-50 mg</i>	83
MENACTRA INJ	225	<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab</i> <i>50-25 mg</i>	83
MENEST	178	<i>metoprolol succinate</i>	84
MENOSTAR	178	<i>metoprolol tartrate</i>	84
MENQUADFI INJ	225	METROCREAM	266
MENVEO INJ	225	METROGEL	266
MENVEO SOL	225	METROLOTION	266
MEPRON.....	24	<i>metronidazole</i>	24
<i>mercaptapurine</i>	47	METRONIDAZOLE	24
MEROP/NACL INJ 1GM/50ML	24	<i>metronidazole (topical)</i>	266
MEROP/NACL INJ 500/50ML	24	<i>metronidazole vaginal</i>	207
<i>meropenem</i>	24	<i>metyrosine</i>	91
<i>merzee</i>	172	MG SO4/D5W INJ 10MG/ML	228
<i>mesalamine</i>	196	MIACALCIN	165
<i>mesalamine w/ cleanser</i>	196		

<i>mibelas 24 fe</i>	172	<i>montelukast sodium</i>	243
MICAFUNGIN	28	<i>morphine sulfate</i>	14, 18
<i>micafungin sodium</i>	28	MORPHINE SULFATE	17
MICARDIS	77	<i>morphine sulfate beads</i>	14
MICARDIS HCT TAB 40/12.5	74	MORPHINE SULFATE/SODIUM C.....	18
MICARDIS HCT TAB 80/12.5	74	MOTEGRITY	199
MICARDIS HCT TAB 80-25MG.....	74	MOTPOLY XR.....	118
<i>miconazole 3</i>	207	MOUNJARO	155
<i>miconazole-zinc oxide-white petrolatum</i> <i>oint 0.25-15-81.35%</i>	255	MOVANTIK.....	199
<i>microgestin 1.5/30</i>	172	MOVIPREP SOL.....	197
<i>microgestin 1/20</i>	172	<i>moxifloxacin hcl</i>	40
<i>microgestin 24 fe</i>	172	<i>moxifloxacin hcl (ophth)</i>	232
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	172	<i>moxifloxacin hcl 400 mg/250ml in</i> <i>sodium chloride 0.8% inj</i>	41
<i>microgestin fe 1/20</i>	172	MOXIFLOXACIN HYDROCHLORID	41
<i>midodrine hcl</i>	91	MOZOBIL	210
MIEBO	237	MS CONTIN	14, 15
<i>mifepristone (hyperglycemia)</i>	184	MULPLETA	212
<i>migergot</i>	136	MULTAQ	78
<i>miglitol</i>	155	<i>multiple electrolytes ph 5.5</i>	228
<i>miglustat</i>	184	<i>multiple electrolytes ph 7.4</i>	228
MIGRANAL.....	136	<i>mupirocin</i>	253
<i>mili</i>	172	<i>mupirocin calcium (topical)</i>	253
<i>millipred</i>	180	MVASI	60
<i>mimvey</i>	178	MYALEPT	184
MINIPRESS	70	MYAMBUTOL	35
MINIVELLE.....	178	MYCAMINE.....	28
<i>minocycline hcl</i>	44	MYCAPSSA	184
<i>minoxidil</i>	91	MYCOBUTIN.....	35
MIRAPEX ER.....	104	<i>mycophenolate mofetil</i>	223
MIRCETTE TAB 28 DAY	172	<i>mycophenolate sodium</i>	223
<i>mirtazapine</i>	99, 100	MYDAYIS CAP 12.5MG	129
MIRVASO.....	266	MYDAYIS CAP 25MG.....	129
<i>misoprostol</i>	199	MYDAYIS CAP 37.5MG	129
MITIGARE.....	9	MYDAYIS CAP 50MG.....	130
<i>mitomycin</i>	46	MYFEMBREE TAB	184
<i>mitoxantrone hcl</i>	51	MYFORTIC	223
M-M-R II INJ.....	225	MYLOTARG	60
M-NATAL PLUS TAB.....	229	MYOBLOC	146
<i>modafinil</i>	146	MYRBETRIQ	205, 206
<i>moexipril hcl</i>	69	MYSOLINE	118
<i>molindone hcl</i>	109	N	
<i>mometasone furoate</i>	262	<i>nabumetone</i>	12
<i>mometasone furoate (nasal)</i>	246	<i>nadolol</i>	84
MONJUVI.....	60	NAFCILLIN INJ 1GM/50ML.....	42
<i>mono-lynyah</i>	172	NAFCILLIN INJ 2GM/100.....	42

<i>nafcillin sodium</i>	42	<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone</i>	
<i>naftifine hcl</i>	255	<i>ophth oint 0.1%</i>	231
NAFTIN	255	<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone</i>	
NAGLAZYME.....	184	<i>ophth susp 0.1%</i>	231
<i>nalbuphine hcl</i>	18	<i>neomycin-polymyxin-hc ophth susp</i>	231
NALFON	12	<i>neomycin-polymyxin-hc otic soln 1%</i>	
NALOCET TAB 2.5-300	18	.....	238
<i>naloxone hcl</i>	148	<i>neomycin-polymyxin-hc otic susp 3.5</i>	
<i>naltrexone hcl</i>	148	<i>mg/ml-10000 unit/ml-1%</i>	238
NAMENDA TAB 5-10MG	96	<i>neo-polycin 5(3.5)mg-400unt-10000unt</i>	
NAMENDA XR.....	97	<i>op oin</i>	232
NAMZARIC CAP 14-10MG.....	97	<i>neo-polycin hc ophth oint 1%</i>	231
NAMZARIC CAP 21-10MG.....	97	NEORAL	223
NAMZARIC CAP 28-10MG.....	97	NERLYNX.....	60
NAMZARIC CAP 7-10MG	97	NESINA.....	155
NAMZARIC CAP PACK	97	<i>neuac gel 1.2-5%</i>	252
NAPRELAN	12	NEULASTA.....	210
NAPROSYN	12	NEULASTA ONPRO KIT	210
<i>naproxen</i>	12	NEUPOGEN	210
<i>naproxen sodium</i>	12	NEUPRO	104
<i>naproxen-esomeprazole magnesium tab</i>		NEURONTIN.....	118
<i>dr 375-20 mg</i>	13	NEVANAC	234
<i>naproxen-esomeprazole magnesium tab</i>		<i>nevirapine</i>	31
<i>dr 500-20 mg</i>	13	NEXAVAR	60
<i>naratriptan hcl</i>	136	NEXIUM	202
NARCAN	148	NEXIUM I.V.	202
NARDIL	100	NEXLETOL	81
NATACYN.....	232	NEXLIZET TAB 180/10MG	81
NATAZIA TAB.....	172	NEXTSTELLIS TAB 3-14.2MG.....	172
<i>nateglinide</i>	155	NEXVIAZYME	184
NATESTO.....	150	NGENLA	184
NATPARA.....	165	<i>niacin (antihyperlipidemic)</i>	82
NATROBA	268	<i>niacor</i>	82
NAYZILAM	118	<i>nicardipine hcl</i>	86
<i>nebivolol hcl</i>	84	NICARDIPINE SOL 20/200ML.....	86
NEBUPENT	24	NICARDIPINE SOL 40/200ML.....	86
<i>necon 0.5/35-28</i>	172	NICOTROL INHALER.....	148
<i>nefazodone hcl</i>	100	NICOTROL NS	148
<i>neomycin sulfate</i>	24	<i>nifedipine</i>	86
<i>neomycin-bacitrac zn-polymyx</i>		<i>nikki</i>	172
<i>5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i>		NILANDRON.....	49
.....	232	<i>nilutamide</i>	49
<i>neomycin-polymy-gramicid op sol 1.75-</i>		<i>nimodipine</i>	86
<i>10000-0.025mg-unt-mg/ml</i>	232	NINLARO	60
<i>neomycin-polymyxin b gu irrigation soln</i>		NIPENT	51
.....	205	<i>nisoldipine</i>	86

<i>nitazoxanide</i>	24	<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-</i>	
<i>nitisinone</i>	184	<i>35/0.215-35/0.25-35 mg-mcg</i>	173
NITRO-BID	92	NORITATE	266
NITRO-DUR	92	NORLIQVA	86
<i>nitrofurantoin</i>	24	<i>norlyroc</i>	173
NITROFURANTOIN	24	NORPACE	78
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	24	NORPACE CR	78
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>	24	NORPRAMIN	100
<i>nitroglycerin</i>	92	NORTHERA	91
<i>nitroglycerin (intra-anal)</i>	266	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	173
NITROLINGUAL	92	<i>nortrel 1/35 (21)</i>	173
NITROSTAT	92	<i>nortrel 1/35 (28)</i>	173
NITYR	184	<i>nortrel 7/7/7</i>	173
NIVESTYM	210	<i>nortriptyline hcl</i>	100
<i>nizatidine</i>	195	NORVASC	86
<i>nora-be</i>	172	NORVIR	31
NORDITROPIN FLEXPEN	185	NOURIANZ	104
<i>norelgestromin-ethinyl estradiol td ptwk</i>		NOVAREL	185
<i>150-35 mcg/24hr</i>	172	NOVOLIN INJ 70/30	162
<i>norethindrone & ethinyl estradiol-fe</i>		NOVOLIN INJ 70/30 FP	162
<i>chew tab 0.4 mg-35 mcg</i>	172	NOVOLIN INJ 70/30 FP RELION	162
<i>norethindrone & ethinyl estradiol-fe</i>		NOVOLIN N	162
<i>chew tab 0.8 mg-25 mcg</i>	173	NOVOLIN N FLEXPEN	162
<i>norethindrone (contraceptive)</i>	173	NOVOLIN N FLEXPEN RELION	162
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol</i>		NOVOLIN N RELION	162
<i>tab 1 mg-20 mcg</i>	173	NOVOLIN R	162
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol</i>		NOVOLIN R FLEXPEN	162
<i>tab 1.5 mg-30 mcg</i>	173	NOVOLIN R FLEXPEN RELION	162
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol-fe</i>		NOVOLIN R RELION	162
<i>tab 1 mg-20 mcg</i>	173	NOVOLIN70/30 INJ RELION	162
<i>norethindrone ace-eth estradiol-fe chew</i>		NOVOLOG	162
<i>tab 1 mg-20 mcg (24)</i>	173	NOVOLOG FLEXPEN	162
<i>norethindrone ace-ethinyl estradiol-fe</i>		NOVOLOG FLEXPEN RELION	162
<i>cap 1 mg-20 mcg (24)</i>	173	NOVOLOG MIX INJ 70/30	162
<i>norethindrone acetate</i>	189	NOVOLOG MIX INJ FLEX REL	162
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol</i>		NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN	162
<i>tab 0.5 mg-2.5 mcg</i>	178	NOVOLOG PENFILL	163
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol</i>		NOVOLOG RELI INJ 70/30	163
<i>tab 1 mg-5 mcg</i>	178	NOVOLOG RELION	163
<i>norethindrone ac-ethinyl estrad-fe tab</i>		NOXAFIL	28
<i>1-20/1-30/1-35 mg-mcg</i>	173	NPLATE	210
<i>norgestimate & ethinyl estradiol tab</i>		NUBEQA	49
<i>0.25 mg-35 mcg</i>	173	NUCALA	244
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-</i>		NUCYNTA	18
<i>25/0.215-25/0.25-25 mg-mcg</i>	173	NUCYNTA ER	15
		NUEDEXTA CAP 20-10MG	139

NULOJIX.....	223	<i>olmesartan medoxomil-</i>	
NUPLAZID	109	<i>hydrochlorothiazide tab 40-25 mg ..</i>	74
NURTEC	136	<i>olmesartan-amlodipine-</i>	
NUTRILIPID	230	<i>hydrochlorothiazide tab 20-5-12.5 mg</i>	
NUTROPIN AQ NUSPIN 10.....	185	.....	74
NUTROPIN AQ NUSPIN 20.....	185	<i>olmesartan-amlodipine-</i>	
NUTROPIN AQ NUSPIN 5.....	185	<i>hydrochlorothiazide tab 40-10-12.5</i>	
NUVARING MIS	173	<i>mg</i>	75
NUVESSA	207	<i>olmesartan-amlodipine-</i>	
NUVIGIL.....	146, 147	<i>hydrochlorothiazide tab 40-10-25 mg</i>	
NUZYRA	44	.....	75
<i>nyamyc</i>	255	<i>olmesartan-amlodipine-</i>	
<i>nylia 1/35</i>	173	<i>hydrochlorothiazide tab 40-5-12.5 mg</i>	
<i>nylia 7/7/7</i>	174	.....	75
NYMALIZE	86	<i>olmesartan-amlodipine-</i>	
<i>nymyo</i>	174	<i>hydrochlorothiazide tab 40-5-25 mg</i>	
<i>nystatin</i>	28	.....	75
<i>nystatin (mouth-throat)</i>	269	<i>olopatadine hcl (nasal)</i>	241
<i>nystatin (topical)</i>	255	OLPRUVA.....	185
<i>nystop</i>	255	OLUMIANT.....	217
NYVEPRIA.....	210	<i>omega-3-acid ethyl esters cap 1 gm..</i>	82
O		<i>omeprazole</i>	202
OICALIVA	199	<i>omeprazole-sodium bicarbonate cap 20-</i>	
<i>ocella</i>	174	<i>1100 mg</i>	202
OCREVUS	143	<i>omeprazole-sodium bicarbonate cap 40-</i>	
OCTAGAM.....	221	<i>1100 mg</i>	202
<i>octreotide acetate</i>	185	<i>omeprazole-sodium bicarbonate powd</i>	
OCUFLOX	232	<i>pack for susp 20-1680 mg</i>	202
ODACTRA SUB	221	<i>omeprazole-sodium bicarbonate powd</i>	
ODEFSEY TAB	34	<i>pack for susp 40-1680 mg</i>	202
ODOMZO.....	60	OMNARIS	246
OFEV	244	OMNIPOD 5 G6 KIT INTRO.....	163
<i>ofloxacin (ophth)</i>	232	OMNIPOD 5 G6 MIS PODS	163
<i>ofloxacin (otic)</i>	238	OMNIPOD 5 G7 KIT INTRO.....	163
OGIVRI	60	OMNIPOD 5 G7 MIS PODS	163
OGIVRI INJ 420MG	60	OMNIPOD DASH KIT INTRO	163
OGSIVEO.....	60	OMNIPOD DASH MIS PODS	163
OJJAARA	60	OMNIPOD GO KIT 10UNT/DY.....	163
<i>olanzapine</i>	109	OMNIPOD GO KIT 15UNT/DY.....	163
<i>olmesartan medoxomil</i>	77	OMNIPOD GO KIT 20UNT/DY.....	163
<i>olmesartan medoxomil-</i>		OMNIPOD GO KIT 25UNT/DY.....	163
<i>hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>		OMNIPOD GO KIT 30UNT/DY.....	163
.....	74	OMNIPOD GO KIT 35UNT/DY.....	163
<i>olmesartan medoxomil-</i>		OMNIPOD GO KIT 40UNT/DY.....	163
<i>hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i>		OMNIPOD MIS CLASSIC.....	163
.....	74	OMNITROPE.....	185

OMVOH	217	OTEZLA.....	217
ONCASPAR	51	OTEZLA TAB 10/20/30	217
<i>ondansetron</i>	192	OTOVEL DRO	238
<i>ondansetron hcl</i>	192	OTREXUP.....	219
ONEXTON GEL 1.2-3.75.....	252	OVIDE.....	268
ONFI.....	119	OXACILLIN INJ 1GM.....	42
ONGENTYS	104	OXACILLIN INJ 2GM.....	42
ONGLYZA	155	<i>oxacillin sodium</i>	42
ONIVYDE	51	<i>oxaliplatin</i>	45
ONTRUZANT	60	<i>oxaprozin</i>	13
ONUREG.....	47	OXAYDO.....	18
ONZETRA XSAIL	136	<i>oxazepam</i>	95
OPDIVO.....	60	OXBRYTA	212
OPDUALAG SOL.....	60	<i>oxcarbazepine</i>	119
OPFOLDA.....	185	OXERVATE.....	237
OPSUMIT	92	<i>oxiconazole nitrate</i>	256
OPVEE	148	OXISTAT	256
OPZELURA.....	266	OXLUMO.....	205
ORACEA	266	OXTELLAR XR.....	119
ORALAIR SUB 300 IR	221	OXY-ACETAMIN TAB 7.5-300.....	18
ORAPRED ODT	180	<i>oxybutynin chloride</i>	206
ORBACTIV	24	OXYCOD/ACETA SOL 10/300MG	18
ORENCIA	217	OXYCOD/APAP TAB 10-300MG.....	18
ORENCIA CLICKJECT.....	217	OXYCOD/APAP TAB 5-300MG	18
ORENITRAM	93	OXYCOD-APAP TAB 2.5-300	18
ORENITRAM TAB MONTH 1.....	93	<i>oxycodone hcl</i>	19
ORENITRAM TAB MONTH 2.....	93	<i>oxycodone w/ acetaminophen soln 5-</i> <i>325 mg/5ml</i>	19
ORENITRAM TAB MONTH 3.....	93	<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 10-</i> <i>325 mg</i>	19
ORFADIN	185	<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 2.5-</i> <i>325 mg</i>	19
ORGOVYX.....	49	<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 5-325</i> <i>mg</i>	19
ORIAHNN CAP.....	185	<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 7.5-</i> <i>325 mg</i>	19
ORILISSA	176	OXYCONTIN.....	15
ORKAMBI GRA 100-125	244	<i>oxymorphone hcl</i>	15, 19
ORKAMBI GRA 150-188.....	244	OXYTROL.....	206
ORKAMBI GRA 75-94MG.....	244	OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) ..	156
ORKAMBI TAB 100-125	244	OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE) ...	156
ORKAMBI TAB 200-125	244	OZEMPIC (1MG/DOSE)	156
ORLADEYO.....	212	OZEMPIC (2MG/DOSE)	156
ORSERDU	49	P	
<i>oseltamivir phosphate</i>	36	<i>pacerone</i>	78
OSENI TAB 12.5-30	155	<i>paclitaxel</i>	52
OSENI TAB 25-15MG.....	156		
OSENI TAB 25-30MG.....	156		
OSENI TAB 25-45MG.....	156		
OSMOLEX ER	104		
OSPHENA	185		

PACLITAXEL INJ 100MG.....	52	PEDIARIX INJ 0.5ML	225
<i>paclitaxel protein-bound particles for iv</i>		PEDVAX HIB	225
<i>susp 100 mg</i>	52	<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl-na sulfate</i>	
PADCEV	60	<i>for soln 236 gm</i>	197
PALFORZIA CAP ESCALAT	221	<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln</i>	
PALFORZIA CAP LEVEL 10.....	222	<i>420 gm</i>	197
PALFORZIA CAP LEVEL 3.....	222	<i>peg-3350/electrolytes/asc</i>	197
PALFORZIA CAP LEVEL 7.....	222	PEGASYS.....	36
PALFORZIA CAP LEVEL 8.....	222	PEMAZYRE.....	61
PALFORZIA LEVEL 1	222	PEMETREXED	47
PALFORZIA LEVEL 11 (MAINT	222	<i>pemetrexed disodium.....</i>	47
PALFORZIA LEVEL 11 (TITRA.....	222	PEN GK/DEXTR INJ 20000/ML	42
PALFORZIA LEVEL 2	222	PEN GK/DEXTR INJ 40000/ML	43
PALFORZIA LEVEL 4	222	PEN GK/DEXTR INJ 60000/ML	43
PALFORZIA LEVEL 5	222	PENBRAYA INJ	225
PALFORZIA LEVEL 6	222	<i>penciclovir</i>	266
PALFORZIA LEVEL 9	222	<i>penicillamine.....</i>	166
<i>paliperidone</i>	109	<i>penicillin g potassium.....</i>	43
<i>palonosetron hcl.....</i>	192	<i>penicillin g sodium</i>	43
PALONOSETRON HYDROCHLORID ...	192	<i>penicillin v potassium.....</i>	43
PALYNZIQ.....	185	PENNSAID	266
PAMELOR	100	PENTACEL INJ	225
<i>pamidronate disodium.....</i>	165	PENTAM 300	24
PAMIDRONATE DISODIUM	165	<i>pentamidine isethionate inh</i>	24
PANCREAZE CAP 10500UNT	200	<i>pentamidine isethionate inj</i>	24
PANCREAZE CAP 16800UNT	200	PENTASA.....	196
PANCREAZE CAP 21000UNT	201	<i>pentoxifylline</i>	212
PANCREAZE CAP 2600UNIT.....	200	PEPCID	195
PANCREAZE CAP 37000	201	PERCOCET TAB 10-325MG	19
PANCREAZE CAP 4200UNIT.....	200	PERCOCET TAB 2.5-325.....	19
PANDEL.....	262	PERCOCET TAB 5-325MG.....	19
PANRETIN.....	266	PERCOCET TAB 7.5-325.....	19
<i>pantoprazole sodium</i>	202	PERFOROMIST	242
PANZYGA.....	221	<i>perindopril erbumine.....</i>	69
<i>paraplatin</i>	46	<i>periogard</i>	269
<i>paricalcitol</i>	191	PERJETA.....	61
PARLODEL	104	<i>permethrin</i>	268
PARNATE	100	<i>perphenazine</i>	109
<i>paroxetine hcl</i>	100	<i>perphenazine-amitriptyline tab 2-10 mg</i>	
<i>paroxetine mesylate (vasomotor)....</i>	139	.....	100
PAXIL.....	100	<i>perphenazine-amitriptyline tab 2-25 mg</i>	
PAXIL CR.....	100	.....	100
PAXLOVID TAB 150-100	36	<i>perphenazine-amitriptyline tab 4-10 mg</i>	
PAXLOVID TAB 300-100	36	.....	100
<i>pazopanib hcl.....</i>	61	<i>perphenazine-amitriptyline tab 4-25 mg</i>	
PEDIAPRED.....	180	.....	101

<i>perphenazine-amitriptyline tab 4-50 mg</i>	
.....	101
PERSERIS.....	110
PERTZYE CAP 16000U.....	201
PERTZYE CAP 24000U.....	201
PERTZYE CAP 4000UNIT.....	201
PERTZYE CAP 8000UNIT.....	201
<i>pfizerpen</i>	43
PHEBURANE.....	185
<i>phenelzine sulfate</i>	101
PHENERGAN.....	192
<i>phenobarbital</i>	119
<i>phenobarbital sodium</i>	119
<i>phenoxybenzamine hcl</i>	91
<i>phenytek</i>	119
<i>phenytoin</i>	119
<i>phenytoin sodium</i>	119
<i>phenytoin sodium extended</i>	119
PHESGO SOL.....	61
PHEXXI GEL.....	174
<i>philith</i>	174
PHOSPHOLINE IODIDE.....	236
PIFELTRO.....	31
<i>pilocarpine hcl</i>	236
<i>pilocarpine hcl (oral)</i>	269
<i>pimecrolimus</i>	266
<i>pimozide</i>	110
<i>pimtree</i>	174
<i>pindolol</i>	84
<i>pioglitazone hcl</i>	156
<i>pioglitazone hcl-glimepiride tab 30-2</i>	
<i>mg</i>	156
<i>pioglitazone hcl-glimepiride tab 30-4</i>	
<i>mg</i>	156
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-</i>	
<i>500 mg</i>	156
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-</i>	
<i>850 mg</i>	156
<i>piperacillin sod-tazobactam na for inj</i>	
<i>3.375 gm (3-0.375 gm)</i>	43
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj</i>	
<i>13.5 gm (12-1.5 gm)</i>	43
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj</i>	
<i>2.25 gm (2-0.25 gm)</i>	43
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj</i>	
<i>4.5 gm (4-0.5 gm)</i>	43
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj</i>	
<i>40.5 gm (36-4.5 gm)</i>	43
PIQRAY 200MG DAILY DOSE.....	61
PIQRAY 250MG TAB DOSE.....	61
PIQRAY 300MG DAILY DOSE.....	61
<i>pirfenidone</i>	244, 245
<i>piroxicam</i>	13
<i>pitavastatin calcium</i>	80
PLAQUENIL.....	219
PLASMA-LYTE INJ -148.....	228
PLASMA-LYTE INJ -A.....	228
PLAVIX.....	214
PLEGRIDY.....	143
PLEGRIDY INJ STARTER.....	143
PLEGRIDY PEN INJ STARTER.....	143
<i>plenamine</i>	230
PLENVU SOL.....	197
<i>plerixafor</i>	210
PLIAGLIS CRE 7-7%.....	263
<i>podofilox</i>	267
POLIVY.....	61
<i>polycin ophth oint</i>	232
<i>polymyxin b sulfate</i>	24
<i>polymyxin b-trimethoprim ophth soln</i>	
<i>10000 unit/ml-0.1%</i>	232
POMALYST.....	50
POMBILITI.....	185
PONVORY.....	143
PONVORY TAB STARTER.....	143
<i>portia-28</i>	174
PORTRAZZA.....	61
<i>posaconazole</i>	28
POT CHL 20MEQ/L IN NAACL 0.45% INJ	
.....	228
POT CHL 20MEQ/L IN NAACL 0.9% INJ	
.....	228
POT CHL 40MEQ/L IN NAACL 0.9% INJ	
.....	228
<i>potassium chloride</i>	228, 229
POTASSIUM CHLORIDE.....	229
<i>potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in</i>	
<i>dextrose 5% inj</i>	229
<i>potassium chloride microencapsulated</i>	
<i>crystals er</i>	229
<i>potassium citrate (alkalinizer)</i>	205
POTELIGEO.....	61

PRADAXA	208, 209	PROAIR RESPICLICK	242
<i>pralatrexate</i>	47	<i>probenecid</i>	9
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	105	PROCARDIA XL.....	86
<i>prasugrel hcl</i>	214	<i>prochlorperazine</i>	193
<i>pravastatin sodium</i>	80	<i>prochlorperazine edisylate</i>	193
<i>praziquantel</i>	24	<i>prochlorperazine maleate</i>	193
<i>prazosin hcl</i>	70	PROCRIT	210
PRED FORTE	234	PROCTOFOAM AER HC 1%	267
PRED MILD	234	<i>procto-med hc</i>	267
<i>prednisolone</i>	180	<i>proctosol hc</i>	267
<i>prednisolone acetate (ophth)</i>	234	<i>proctozone-hc</i>	267
PREDNISOLONE SODIUM PHOSP.....	234	PROCYSBI	186
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	180	<i>progesterone</i>	189
<i>prednisone</i>	180	PROGLYCEM.....	181
PREDNISON INTENSOL	180	PROGRAF	223, 224
PREFEST TAB	178	PROLASTIN-C.....	245
<i>pregabalin</i>	119	PROLATE SOL 10/300MG	19
<i>pregabalin (once-daily)</i>	139	PROLATE TAB 10-300MG	20
PREGNYL W/DILUENT BENZYL	185	PROLATE TAB 5-300MG	20
PREHEVBRIO.....	225	PROLATE TAB 7.5-300.....	20
PREMARIN	178	PROLENSA.....	234
PREMASOL SOL 10%.....	230	PROLIA	165
PREMPHASE TAB	178	PROMACTA	212
PREMPRO TAB	178	<i>promethazine hcl</i>	193
PREMPRO TAB 0.3-1.5.....	178	<i>promethazine vc</i>	240
PREMPRO TAB 0.45-1.5	178	<i>promethegan</i>	193
PREMPRO TAB 0.625-5	178	PROMETRIUM.....	189
PRENATAL TAB 27-1MG	229	<i>propafenone hcl</i>	78
PRENATAL TAB PLUS	229	<i>proparacaine hcl</i>	237
PRETOMANID	35	<i>propranolol hcl</i>	85
PREVACID	203	<i>propylthiouracil</i>	190
PREVACID SOLUTAB	203	PROQUAD INJ	226
<i>prevalite</i>	82	PROSCAR	204
PREVYMIS	36, 37	PROSOL INJ 20%	231
PREZCOBIX TAB 800-150	34	PROTONIX.....	203
PREZISTA.....	31	<i>protriptyline hcl</i>	101
PRIFTIN	35	PROVERA	189
PRILOSEC.....	203	PROVIGIL.....	147
<i>primaquine phosphate</i>	29	PROZAC	101
PRIMAQUINE PHOSPHATE	30	PRUDOXIN.....	267
PRIMAXIN IV INJ 500MG.....	25	PULMICORT	247
<i>primidone</i>	119	PULMICORT FLEXHALER	247, 248
PRIORIX INJ	226	PULMOZYME	245
PRISTIQ.....	101	PURIXAN	47
PRIVIGEN	221	PYLERA CAP.....	199
PROAIR DIGIHALER	242	<i>pyrazinamide</i>	35

<i>pyridostigmine bromide</i>	139	RADICAVA ORS STARTER KIT	140
<i>pyrimethamine</i>	25	RAGWITEK	222
PYRUKYND	212	<i>raloxifene hcl</i>	186
PYRUKYND TAB 20MGX5MG	213	<i>ramelteon</i>	133
PYRUKYND TAB 50MGX20M.....	213	<i>ramipril</i>	70
PYRUKYND TAPER PACK.....	213	<i>ranolazine</i>	91
Q		RAPAFLO	204
QBRELIS	69	RAPAMUNE	224
QBREXZA	267	RAPIVAB	37
QELBREE	130	<i>rasagiline mesylate</i>	105
QINLOCK	61	RASUVO	220
QNASL	246	RAVICTI	186
QNASL CHILDRENS.....	246	RAYALDEE	191
QTERN TAB 10-5MG	156	RAYOS	180
QTERN TAB 5-5MG.....	156	REBIF	143
QUADRACEL INJ	226	REBIF REBIDO INJ TITRATN	143
QUADRACEL INJ 0.5ML.....	226	REBIF REBIDOSE.....	143
QUALAQUIN	30	REBIF TITRTN INJ PACK	143
QUARTETTE TAB.....	174	REBLOZYL	213
QUDEXY XR	120	REBYOTA.....	199
QUESTRAN	82	RECARBRIO INJ 1.25GM	25
QUESTRAN LIGHT	82	RECLAST	165
<i>quetiapine fumarate</i>	110	<i>reclipsen</i>	174
QUILLICHEW ER	130	RECOMBIVAX HB	226
QUILLIVANT XR.....	130	RECORLEV.....	186
<i>quinapril hcl</i>	70	RECTIV	267
<i>quinapril-hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	68	REGLAN	193
<i>quinapril-hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	68	REGRANEX	268
<i>quinapril-hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	68	RELAFEN DS	13
<i>quinidine sulfate</i>	78	RELENZA DISKHALER.....	37
<i>quinine sulfate</i>	30	RELEUKO.....	210
QULIPTA.....	136	RELEXXII.....	130
QUTENZA KIT 8% 1-PCH	263	RELISTOR.....	199
QUTENZA KIT 8% 2-PCH	263	RELPAK	136
QUTENZA KIT 8% 4-PCH	264	RELTONE.....	199
QUVIVIQ	132	RELYVRIO PAK 3-1GM	140
QUZYTIR	241	REMERON.....	101
QVAR REDIHALER	248	REMERON SOLTAB.....	101
R		REMICADE.....	217
RABAVERT INJ.....	226	REMODULIN.....	93
<i>rabeprazole sodium</i>	203	RENFLEXIS	218
RADICAVA	139	REVELA	188
RADICAVA ORS	140	<i>repaglinide</i>	156, 157
		REPATHA.....	82
		REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM.....	82
		REPATHA SURECLICK.....	82

RESTASIS.....	237	ROCALTROL.....	191
RESTASIS MULTIDOSE	237	ROCKLATAN DRO.....	236
RESTORIL.....	133	<i>roflumilast</i>	245
RETACRIT.....	210	ROLVEDON	211
RETEVMO	61	<i>ropinirole hydrochloride</i>	105
RETIN-A	252	<i>rosuvastatin calcium</i>	80
RETIN-A MICRO.....	252	ROTARIX SUS	226
RETIN-A MICRO PUMP	253	ROTATEQ SOL.....	226
RETROVIR	31	ROWASA	196
REVATIO	93	<i>roweepra</i>	120
REVCOVI	186	ROXICODONE	20
REVLIMID	50	ROXYBOND.....	20
REXULTI.....	110	ROZEREM.....	133
REYATAZ	31	ROZLYTREK	61, 62
REYVOW.....	136	RUBRACA	62
REZLIDHIA	61	RUCONEST	213
REZUROCK	224	<i>rufinamide</i>	120
REZVOGLAR KWIKPEN.....	163	RUKOBIA.....	31
REZZAYO.....	28	RUXIENCE	62
RHOPRESSA.....	236	RYALTRIS SPR 665-25.....	240
RIABNI.....	61	RYBELSUS	157
<i>ribavirin (hepatitis c)</i>	37	RYBREVANT	62
<i>rifabutin</i>	35	<i>ryclora</i>	241
RIFADIN.....	35	RYDAPT.....	62
<i>rifampin</i>	35	RYLAZE.....	51
RILUTEK.....	140	RYSTIGGO.....	222
<i>riluzole</i>	140	RYTARY CAP 145MG.....	105
<i>rimantadine hydrochloride</i>	37	RYTARY CAP 195MG.....	105
RIMSO-50.....	205	RYTARY CAP 245MG.....	105
RINVOQ	218	RYTARY CAP 95MG.....	105
<i>risedronate sodium</i>	165	RYTHMOL SR	78
RISPERDAL.....	110	RYVENT.....	241
RISPERDAL CONSTA	110	S	
<i>risperidone</i>	110, 111	SABRIL	120
<i>risperidone microspheres</i>	111	SAFYRAL TAB.....	174
RITALIN	130	<i>sajazir</i>	213
RITALIN LA.....	130	SALAGEN	269
<i>ritonavir</i>	31	SAMSCA.....	186
RITUXAN	61	SANCUSO.....	193
RITUXAN INJ HYCELA.....	61	SANDIMMUNE	224
<i>rivastigmine</i>	97	SANDOSTATIN	186
<i>rivastigmine tartrate</i>	97	SANDOSTATIN LAR DEPOT.....	186
<i>rivelsa</i>	174	SANTYL.....	268
<i>rizatriptan benzoate</i>	136	SAPHNELO.....	224
ROBINUL.....	194	SAPHRIS	111
ROBINUL FORTE.....	194	<i>sapropterin dihydrochloride</i>	186

SARCLISA.....	62	<i>silver sulfadiazine</i>	254
SAVELLA	140	SIMBRINZA SUS 1-0.2%	236
SAVELLA MIS TITR PAK	140	<i>simliya</i>	174
<i>saxagliptin hcl</i>	157	<i>simpesse</i>	174
<i>saxagliptin-metformin hcl tab er 24hr</i>		SIMPONI	218
2.5-1000 mg	157	SIMPONI ARIA	218
<i>saxagliptin-metformin hcl tab er 24hr 5-</i>		<i>simvastatin</i>	80
1000 mg.....	157	SINEMET TAB 10-100MG	105
<i>saxagliptin-metformin hcl tab er 24hr 5-</i>		SINEMET TAB 25-100MG	105
500 mg	157	SINGULAIR.....	243
SCEMBLIX	62	<i>sirolimus</i>	224
<i>scopolamine</i>	193	SIRTURO	35
SEASONIQUE TAB.....	174	SIVEXTRO	25
SECUADO	111	SKYCLARYS	140
SEGLENTIS TAB 56-44MG	20	SKYRIZI	218
SEGLUROMET TAB 2.5-1000.....	157	SKYRIZI PEN.....	218
SEGLUROMET TAB 2.5-500	157	SKYTROFA.....	186
SEGLUROMET TAB 7.5-1000.....	157	SLYND	174
SEGLUROMET TAB 7.5-500	157	SMOFLIPID EMU	231
<i>selegiline hcl</i>	105	SOAANZ	88
<i>selenium sulfide</i>	257	<i>sod sulfate-pot sulf-mg sulf oral sol</i>	
SELZENTRY.....	32	17.5-3.13-1.6 gm/177ml	197
SEMGLEE.....	164	<i>sodium chloride</i>	229
SENSIPAR.....	186	<i>sodium chloride (gu irrigant)</i>	268
SEREVENT DISKUS	242	<i>sodium fluoride chew; tab; 1.1 (0.5 f)</i>	
SEROQUEL.....	111	mg/ml soln	229
SEROQUEL XR.....	111	SODIUM OXYBATE	147
SEROSTIM	186	<i>sodium phenylbutyrate</i>	187
<i>sertraline hcl</i>	101	<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i>	
SERTRALINE HYDROCHLORIDE	101	.....	166
<i>setlakin</i>	174	SOGROYA.....	187
<i>sevelamer carbonate</i>	188	<i>solifenacin succinate</i>	206
<i>sevelamer hcl</i>	189	SOLQUA INJ 100/33	164
SEYSARA	44	SOLIRIS	213
SFROWASA.....	196	SOLODYN	44
<i>sharobel</i>	174	SOLOSEC	25
SHINGRIX	226	SOLTAMOX	49
SIGNIFOR.....	186	SOLU-CORTEF.....	181
SIGNIFOR LAR	186	SOLU-MEDROL	181
SIKLOS	213	SOMA	146
<i>sildenafil citrate (pulmonary</i>		SOMATULINE DEPOT	187
<i>hypertension)</i>	93	SOMAVERT	187
SILENOR	133	SOOLANTRA	267
SILIQ.....	218	<i>sorafenib tosylate</i>	62
<i>silodosin</i>	204	SORILUX	256
SILVADENE.....	253	<i>sorine</i>	78

<i>sotalol hcl</i>	78	<i>subvenite starter kit/blu</i>	120
<i>sotalol hcl (afib/afl)</i>	78	<i>subvenite starter kit/gre</i>	121
SOTYKTU.....	218	<i>subvenite starter kit/ora</i>	121
SOTYLIZE	78	SUCRAID.....	199
SOVUNA.....	220	<i>sucralfate</i>	199
SPEVIGO	218	SUFLAVE SOL.....	197
<i>spinosad</i>	268	SULAR	86
SPIRIVA HANDIHALER.....	239	<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	253
SPIRIVA RESPIMAT	239	<i>sulfacetamide sodium (ophth)</i>	232
<i>spironolactone</i>	70	<i>sulfacetamide sodium-prednisolone</i> <i>ophth soln 10-0.23(0.25)%</i>	231
<i>spironolactone & hydrochlorothiazide</i> <i>tab 25-25 mg</i>	88	<i>sulfadiazine</i>	25
SPORANOX	28	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim iv soln</i> <i>400-80 mg/5ml</i>	25
SPRAVATO SOL 56MG DOS	101	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim susp</i> <i>200-40 mg/5ml</i>	25
SPRAVATO SOL 84MG DOS	101	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab</i> <i>400-80 mg</i>	25
<i>sprintec 28</i>	174	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab</i> <i>800-160 mg</i>	25
SPRITAM	120	SULFAMYLON	254
SPRIX	13	<i>sulfasalazine</i>	196
SPRYCEL	62	<i>sulindac</i>	13
<i>sps</i>	166	<i>sumatriptan</i>	137
<i>sronyx</i>	174	<i>sumatriptan succinate</i>	137
<i>ssd</i>	254	<i>sumatriptan-naproxen sodium tab 85-</i> <i>500 mg</i>	137
STALEVO 100 TAB	105	<i>sunitinib malate</i>	62
STALEVO 125 TAB	105	SUNLENCA.....	32
STALEVO 150 TAB	105	SUNOSI	147
STALEVO 200 TAB	105	SUPREP BOWEL SOL PREP KIT.....	197
STALEVO 50 TAB	105	SUSTOL	193
STALEVO 75 TAB	105	SUSVIMO	237
STEGLATRO	157	SUTAB TAB	198
STEGLUJAN TAB 15-100MG.....	157	SUTENT	62
STEGLUJAN TAB 5-100MG.....	157	<i>syeda</i>	174
STELARA	218, 219	SYFOVRE.....	237
STIOLTO AER 2.5-2.5.....	239	SYMBICORT AER 160-4.5.....	249
STIVARGA	62	SYMBICORT AER 80-4.5	249
STRATTERA	130, 131	SYMDEKO TAB 100-150.....	245
STRENSIQ	187	SYMDEKO TAB 50-75MG.....	245
<i>streptomycin sulfate</i>	25	SYMFI LO TAB	34
STRIBILD TAB	34	SYMFI TAB.....	34
STRIVERDI RESPIMAT	242	SYMLINPEN 120	157
STROMEKTOL.....	25	SYMLINPEN 60	157
SUBLOCADE.....	148	SYMPAZAN	121
SUBOXONE MIS 12-3MG.....	148		
SUBOXONE MIS 2-0.5MG.....	148		
SUBOXONE MIS 4-1MG	148		
SUBOXONE MIS 8-2MG	148		
<i>subvenite</i>	120		

SYMPROIC	199	TAVNEOS	213
SYMTUZA TAB	34	<i>taysofy</i>	174
SYNALAR	262	TAYTULLA CAP 1MG/20MC	175
SYNAREL	176	<i>tazarotene</i>	256
SYNDROS	193	TAZAROTENE	253
SYNJARDY TAB 12.5-1000MG	158	<i>tazicef</i>	39
SYNJARDY TAB 12.5-500	158	TAZORAC	256
SYNJARDY TAB 5-1000MG	158	<i>taztia xt</i>	86
SYNJARDY TAB 5-500MG	158	TAZVERIK.....	63
SYNJARDY XR TAB 10-1000	158	TDVAX INJ 2-2 LF	226
SYNJARDY XR TAB 12.5-1000.....	158	TECENTRIQ.....	63
SYNJARDY XR TAB 25-1000	158	TECFIDERA	143
SYNJARDY XR TAB 5-1000MG.....	158	TECFIDERA CAP STARTER.....	144
SYNTHROID	190	TECVAYLI	63
SYPRINE.....	166	TEFLARO	39
T		TEGLUTIK.....	140
TABLOID	47	TEGRETOL	121
TABRECTA	62	TEGRETOL-XR	121
TACLONEX OIN.....	262	TEGSEDI	140
TACLONEX SUS	262	TEKTURNA.....	91
<i>tacrolimus</i>	224	<i>telmisartan</i>	77
<i>tacrolimus (topical)</i>	267	<i>telmisartan-amlodipine tab 40-10 mg</i>	75
<i>tadalafil (pulmonary hypertension)</i>	93	<i>telmisartan-amlodipine tab 40-5 mg</i> ..	75
TADLIQ	93	<i>telmisartan-amlodipine tab 80-10 mg</i>	75
TAFINLAR	63	<i>telmisartan-amlodipine tab 80-5 mg</i> ..	75
<i>tafluprost</i>	236	<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 40-</i>	
TAGRISSO	63	<i>12.5 mg</i>	75
TAKHZYRO.....	213	<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-</i>	
TALICIA CAP	200	<i>12.5 mg</i>	75
TALTZ	219	<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-</i>	
TALZENNA	63	<i>25 mg</i>	75
TAMIFLU.....	37	<i>temazepam</i>	133
<i>tamoxifen citrate</i>	49	<i>temsirolimus</i>	63
<i>tamsulosin hcl</i>	204	TENIVAC INJ 5-2LF	226
<i>taperdex 12-day</i>	181	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	32
<i>taperdex 6-day</i>	181	TENORETIC TAB 100	83
<i>taperdex 7-day</i>	181	TENORETIC TAB 50	83
<i>targadox</i>	44	TENORMIN	85
TARGRETIN.....	51, 267	TEPEZZA	187
<i>tarina 24 fe</i>	174	TEPMETKO.....	63
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	174	<i>terazosin hcl</i>	70
TARPEYO	205	<i>terbinafine hcl</i>	28
TASCENSO ODT.....	143	<i>terbutaline sulfate</i>	242
TASIGNA	63	<i>terconazole vaginal</i>	207
<i>tasimelteon</i>	133	<i>teriflunomide</i>	144
TAVALISSE	213	TERIPARATIDE	165

<i>teriparatide (recombinant)</i>	165	TOBRADEX OIN 0.3-0.1%	231
TESTIM	150	TOBRADEX ST SUS 0.3-0.05	231
<i>testosterone</i>	150	TOBRADEX SUS 0.3-0.1%	231
<i>testosterone cypionate</i>	150	<i>tobramycin</i>	25
<i>testosterone enanthate</i>	150	<i>tobramycin (ophth)</i>	232
<i>tetrabenazine</i>	140	<i>tobramycin sulfate</i>	25
<i>tetracycline hcl</i>	44	<i>tobramycin-dexamethasone ophth susp</i>	
TEXACORT	262	0.3-0.1%.....	231
TEZSPIRE	245	TOBREX	232
THALITONE.....	88	TOLAK	267
THALOMID	50	<i>tolmetin sodium</i>	13
THEO-24	245	TOLSURA.....	29
<i>theophylline</i>	245	<i>tolterodine tartrate</i>	206
THIOLA	205	<i>tolvaptan</i>	187
THIOLA EC.....	205	TOPAMAX	121
<i>thioridazine hcl</i>	111	TOPAMAX SPRINKLE	121
<i>thiothixene</i>	111	TOPICORT	262
THYQUIDITY	190	<i>topiramate</i>	121
<i>tiadylt er</i>	86	<i>topotecan hcl</i>	51
<i>tiagabine hcl</i>	121	TOPOTECAN HCL	51
TIAZAC	86	TOPROL XL	85
TIBSOVO	63	<i>toremifene citrate</i>	49
TICOVAC	226	TORISEL.....	63
<i>tigecycline</i>	44	<i>torseamide</i>	88
TIGECYCLINE	44	TOSYMRA	137
TIKOSYN	78	TOUJEO MAX SOLOSTAR.....	164
<i>tilia fe</i>	175	TOUJEO SOLOSTAR.....	164
<i>timolol maleate</i>	85	<i>tovet</i>	262
<i>timolol maleate (ophth)</i>	236	TOVIAZ.....	206
<i>timolol maleate (ophth) once-daily</i> ..	236	TPN ELECTROL INJ.....	229
<i>timolol maleate (ophth) pf</i>	236	TRACLEER	93
TIMOPTIC	236	TRADJENTA	158
TIMOPTIC OCUDOSE	236	<i>tramadol hcl</i>	15, 20
TIMOPTIC-XE	236	<i>tramadol-acetaminophen tab 37.5-325</i>	
<i>tinidazole</i>	25	<i>mg</i>	20
<i>tiopronin</i>	205	<i>trandolapril</i>	70
<i>tiotropium bromide monohydrate</i>	239	<i>trandolapril-verapamil hcl tab er 1-240</i>	
TIROSINT	190	<i>mg</i>	68
TIROSINT-SOL	190	<i>trandolapril-verapamil hcl tab er 2-180</i>	
TIVDAK	63	<i>mg</i>	69
TIVICAY	32	<i>trandolapril-verapamil hcl tab er 2-240</i>	
TIVICAY PD.....	32	<i>mg</i>	69
<i>tizanidine hcl</i>	146	<i>trandolapril-verapamil hcl tab er 4-240</i>	
TLANDO	150	<i>mg</i>	69
TOBI.....	25	<i>tranexamic acid</i>	213
TOBI PODHALER.....	25	TRANSDERM-SCOP	193

<i>tranylcypromine sulfate</i>	101	<i>trihexyphenidyl hcl</i>	105, 106
TRAVASOL INJ 10%	231	TRIJARDY XR TAB ER 24HR 10-5-1000MG	158
TRAVATAN Z	236	TRIJARDY XR TAB ER 24HR 12.5-2.5-1000MG	158
<i>travoprost</i>	236	TRIJARDY XR TAB ER 24HR 25-5-1000MG	158
TRAZIMERA	63	TRIJARDY XR TAB ER 24HR 5-2.5-1000MG	158
<i>trazodone hcl</i>	101	TRIKAFTA PAK 59.5MG	245
TREANDA	46	TRIKAFTA PAK 75MG.....	245
TRECTOR.....	35	TRIKAFTA TAB 100-50-75MG & 150MG	245
TRELEGY AER ELLIPTA 100-62.5-25 MCG.....	239	TRIKAFTA TAB 50-25-37.5MG & 75MG	245
TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25 MCG.....	239	<i>tri-legest fe</i>	175
TRELSTAR MIXJECT.....	49	TRILEPTAL.....	121, 122
TREMFYA	219	<i>tri-linyuh</i>	175
<i>treprostinil</i>	93	TRILIPIX	79
TRESIBA.....	164	<i>tri-lo-estarylla</i>	175
TRESIBA FLEXTOUCH	164	<i>tri-lo-marzia</i>	175
<i>tretinoin</i>	253	<i>tri-lo-mili</i>	175
<i>tretinoin (chemotherapy)</i>	51	<i>tri-lo-sprintec</i>	175
<i>tretinoin microsphere</i>	253	<i>trimethobenzamide hcl</i>	193
TREXALL.....	220	<i>trimethoprim</i>	25
TREXIMET TAB 85-500MG	137	<i>tri-mili</i>	175
<i>trezix</i>	20	<i>trimipramine maleate</i>	101
<i>triamcinolone acetonide</i>	181	TRINTELLIX	102
<i>triamcinolone acetonide (mouth)</i>	269	<i>tri-nymyo</i>	175
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> ...	262, 263	<i>tri-sprintec</i>	175
<i>triamterene</i>	88	TRIUMEQ PD TAB	34
<i>triamterene & hydrochlorothiazide cap 37.5-25 mg</i>	88	TRIUMEQ TAB	34
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab 37.5-25 mg</i>	88	<i>trivora-28</i>	175
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab 75-50 mg</i>	88	<i>tri-vylibra</i>	175
<i>triazolam</i>	133	<i>tri-vylibra lo</i>	175
TRIBENZOR20- TAB 5-12.5MG.....	75	TRIZIVIR TAB	34
TRIBENZOR40- TAB 10-12.5	75	TRODELVY.....	63
TRIBENZOR40- TAB 10-25MG.....	76	TROGARZO	32
TRIBENZOR40- TAB 5-12.5MG.....	75	TROKENDI XR	122
TRIBENZOR40- TAB 5-25MG	75	TROPHAMINE INJ 10%	231
TRICOR.....	79	<i>trospium chloride</i>	206
<i>triderm</i>	263	TRULANCE.....	200
<i>trientine hcl</i>	166	TRULICITY.....	158
<i>tri-estarylla</i>	175	TRUMENBA INJ.....	226
<i>trifluoperazine hcl</i>	111	TRUQAP	64
<i>trifluridine</i>	232	TRUVADA TAB 100-150	34

TRUVADA TAB 133-200	34	URSO FORTE.....	200
TRUVADA TAB 167-250	34	<i>ursodiol</i>	200
TRUVADA TAB 200-300	34	URSODIOL.....	200
TRUXIMA	64	UZEDY	111, 112
TUDORZA PRESSAIR	240	V	
TUDORZA PRESSAIR (INSTITUTIONAL PACK)	240	VABOMERE INJ 2GM(1-1)	25
TUKYSA.....	64	VABYSMO	237
TURALIO	64	VAGIFEM	179
<i>turqoz</i>	175	<i>valacyclovir hcl</i>	37
TWINRIX INJ.....	226	VALCHLOR.....	267
TWYNEO CRE 0.1-3%.....	253	VALCYTE	37
TYBLUME CHW 0.1-0.02	175	<i>valganciclovir hcl</i>	37
TYBOST.....	32	VALIUM.....	122
<i>tydemy</i>	175	<i>valproate sodium</i>	122
TYGACIL.....	44	<i>valproic acid</i>	122
TYKERB.....	64	<i>valrubicin</i>	46
TYMLOS	165	<i>valsartan</i>	77
TYPHIM VI	226	<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160- 12.5 mg</i>	76
TYRVAYA	237	<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160- 25 mg</i>	76
TYSABRI.....	144	<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320- 12.5 mg</i>	76
TYVASO	94	<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320- 25 mg</i>	76
TYVASO DPI MAINTENANCE KI	94	<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 80- 12.5 mg</i>	76
TYVASO DPI POW 16-32-48	94	VALSTAR	46
TYVASO DPI POW 32-48MCG.....	94	VALTOCO 10 MG DOSE.....	122
TZIELD.....	158	VALTOCO 15 MG DOSE.....	122
U		VALTOCO 20 MG DOSE.....	122
UBRELVY	137	VALTOCO 5 MG DOSE	122
UCERIS	196	VALTrex	37
UDENYCA	211	VANCOCIN.....	26
UDENYCA ONBODY	211	VANCOMYCIN.....	26
ULORIC	9	<i>vancomycin hcl</i>	26
ULTOMIRIS.....	213	VANCOMYCIN HYDROCHLORIDE	26
ULTRAVATE	263	VANCOMYCIN INJ 1 GM	26
UNASYN INJ 1.5GM.....	43	VANCOMYCIN INJ 500MG.....	26
UNASYN INJ 15GM.....	43	VANCOMYCIN INJ 750MG.....	26
UNASYN INJ 3GM.....	43	VANDAZOLE	207
<i>unithroid</i>	190	VANFLYTA	64
UPLIZNA.....	140	VANOS.....	263
UPTRAVI	94	VAQTA	226
UPTRAVI PACK TAB 200/800	94	<i>varenicline tartrate</i>	149
UROCIT-K 10	205		
UROCIT-K 15	205		
UROCIT-K 5	205		
UROXATRAL.....	204		
URSO 250.....	200		

<i>varenicline tartrate tab 11 x 0.5 mg & 42 x 1 mg start pack</i>	149	VICTOZA	158
VARIVAX	226	VIDAZA	47
VARUBI	193	<i>vienna</i>	175
VASCEPA	82	<i>vigabatrin</i>	122
VASERETIC TAB 10-25MG	69	<i>vigadrone</i>	122
VASOTEC	70	VIGAMOX	233
VECTIBIX	64	<i>vigpoder</i>	123
VECTICAL	256	VIIBRYD	102
VEGZELMA	64	VIJOICE	187
VELCADE	64	VIJOICE TAB 250MG	187
VELETRI	94	<i>vilazodone hcl</i>	102
<i>velivet</i>	175	VIMIZIM	187
VELPHORO	189	VIMOVO TAB 375-20MG	13
VELSIPITY	219	VIMOVO TAB 500-20MG	13
VELTASSA	166	VIMPAT	123
VELTIN GEL	253	<i>vinblastine sulfate</i>	52
VEMLIDY	37	<i>vincristine sulfate</i>	52
VENCLEXTA	64	<i>vinorelbine tartrate</i>	52
VENCLEXTA TAB START PK	64	VIOKACE TAB 10440	201
VENLAFAXINE BESYLATE ER	102	VIOKACE TAB 20880	201
<i>venlafaxine hcl</i>	102	<i>viorele</i>	175
VENTAVIS	94	VIRACEPT	32
VENTOLIN HFA	242	VIREAD	32
VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK)	242	VISTARIL	241
VEOZAH	187	VITRAKVI	64, 65
<i>verapamil hcl</i>	87	VIVELLE-DOT	179
VERDESO	263	VIVITROL	149
VERELAN	87	VIVJOA	29
VERELAN PM	87	VIZIMPRO	65
VERKAZIA	237	VOGELXO	150
VERQUOVO	91	VOGELXO PUMP	150
VERSACLOZ	112	VONJO	65
VERZENIO	64	VOQUEZNA	203
VESICARE	206	VOQUEZNA PAK DUAL PAK	200
VESICARE LS	206	VOQUEZNA PAK TRIP PK	200
<i>vestura</i>	175	<i>voriconazole</i>	29
VFEND	29	VORICONAZOLE	29
VFEND IV	29	VOSEVI TAB	37
V-GO 20 KIT	164	VOTRIENT	65
V-GO 30 KIT	164	VOWST CAP	200
V-GO 40 KIT	164	VOXZOGO	187
VIBATIV	26	VPRIV	187
VIBERZI	200	VRAYLAR	112
VIBRAMYCIN	45	VRAYLAR CAP 1.5-3MG	112
		VTAMA	257
		VUMERITY	144

VUSION OIN	256	XDEMVI	233
VYEPTI	137	XELJANZ	219
<i>vyfemla</i>	175	XELJANZ XR.....	219
<i>vylibra</i>	176	XELPROS.....	236
VYNDAMAX	91	XELSTRYM.....	131
VYNDAQEL.....	91	XEMBIFY	221
VYTORIN TAB 10-10MG	82	XENAZINE	140
VYTORIN TAB 10-20MG	82	XENLETA	26
VYTORIN TAB 10-40MG	82	XENPOZYME	187
VYTORIN TAB 10-80MG	82	XEOMIN	146
VYVANSE.....	131	XERAVA	45
VYVGART.....	222	XERESE CRE 5-1%.....	267
VYVGART INJ HYTRULO	222	XERMELO	200
VYZULTA	236	XGEVA	165
W		XHANCE	246
WAINUA.....	140	XIFAXAN	26, 200
WAKIX	147	XIGDUO XR TAB 10-1000	159
<i>warfarin sodium</i>	209	XIGDUO XR TAB 10-500MG.....	159
<i>water for irrigation, sterile irrigation</i> <i>soln</i>	268	XIGDUO XR TAB 2.5-1000	159
WELCHOL	82	XIGDUO XR TAB 5-1000MG.....	159
WELIREG.....	51	XIGDUO XR TAB 5-500MG	159
WELLBUTRIN SR.....	102	XIIDRA	237
WELLBUTRIN XL	102	XIPERE	234
<i>wera</i>	176	XOFLUZA.....	37
WINLEVI	253	XOLAIR.....	246
<i>wixela inhub</i>	249	XOPENEX HFA	242
<i>wymzya fe</i>	176	XOSPATA.....	65
X		XPHOZAH	187
XACIATO	207	XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY	65
XADAGO.....	106	XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY.....	65
XALATAN	236	XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY	65
XALKORI	65	XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY	65
XANAX	95	XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	65
XANAX XR	96	XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY.....	65
XARELTO	209	XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	65
XARELTO STAR TAB 15/20MG.....	209	XTAMPZA ER.....	15
XATMEP.....	220	XTANDI.....	49
XCOPRI	123	<i>xulane</i>	176
XCOPRI PAK 100-150	123	XULTOPHY INJ 100/3.6.....	164
XCOPRI PAK 12.5-25.....	123	XYLOCAINE.....	20
XCOPRI PAK 150-200MG (MAINTENANCE).....	123	XYLOCAINE-MPF	20
XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION)	123	XYOSTED	150
XCOPRI PAK 50-100MG	123	XYREM	147
		XYWAV SOL 0.5GM/ML	147
		Y	
		<i>yargesa</i>	187

YASMIN 28 TAB 3-0.03MG	176	ZERVIATE.....	234
YAZ TAB 3-0.02MG	176	ZESTORETIC TAB 10-12.5.....	69
YCANTH	267	ZESTORETIC TAB 20-12.5.....	69
YERVOY.....	65	ZESTORETIC TAB 20-25MG	69
YF-VAX INJ	226	ZESTRIL.....	70
YONSA	50	ZETIA	82
YUPELRI.....	240	ZETONNA	246
YUTIQ.....	234	ZIAC TAB 10/6.25	83
<i>yuvafem</i>	179	ZIAC TAB 2.5/6.25	83
Z		ZIAC TAB 5-6.25MG.....	83
<i>zafemy</i>	176	ZIAGEN.....	32
<i>zafirlukast</i>	243	ZIANA GEL	253
<i>zaleplon</i>	133, 134	<i>zidovudine</i>	32
ZALTRAP	66	ZIEXTENZO	211
ZANAFLEX	146	<i>zileuton</i>	243
ZARONTIN.....	123	ZILRETTA	181
ZARXIO.....	211	ZILXI.....	267
ZAVESCA.....	187	ZIMHI	149
ZAVZPRET	137	ZIOPTAN	236
ZEGALOGUE	181	<i>ziprasidone hcl</i>	112
ZEGERID CAP 20-1100	203	<i>ziprasidone mesylate</i>	112
ZEGERID CAP 40-1100	203	ZIPSOR.....	13
ZEGERID POW 20-1680.....	203	ZIRABEV	66
ZEGERID POW 40-1680.....	203	ZIRGAN.....	233
ZEJULA	66	ZITHROMAX.....	40
ZELAPAR	106	ZITHROMAX TRI-PAK	40
ZELBORAF	66	ZITHROMAX Z-PAK	40
ZEMAIRA	246	ZITUVIO.....	159
ZEMBRACE SYMTOUCH.....	137	ZOCOR.....	80
ZEMDRI.....	26	ZOLADEX	50
ZEMPLAR.....	191	<i>zoledronic acid</i>	165
<i>zenatane</i>	253	ZOLEDRONIC ACID	165
ZENPEP CAP 10000UNT	201	ZOLINZA	66
ZENPEP CAP 15000UNT	201	<i>zolmitriptan</i>	137
ZENPEP CAP 20000UNT	201	ZOLOFT.....	102
ZENPEP CAP 25000UNT	201	<i>zolpidem tartrate</i>	134
ZENPEP CAP 3000UNIT.....	201	ZOLPIDEM TARTRATE.....	134
ZENPEP CAP 40000UNT	201	ZOMACTON.....	187, 188
ZENPEP CAP 5000UNIT.....	201	ZOMIG	137
ZENPEP CAP 60000UNT	201	ZONALON.....	267
<i>zenzedi</i>	131	ZONEGRAN	123
ZEPOSIA	144	ZONISADE.....	123
ZEPOSIA 7DAY CAP STR PACK.....	144	<i>zonisamide</i>	123
ZEPOSIA CAP STR KIT.....	144	ZONTIVITY	214
ZEPZELCA	46	ZORTRESS.....	224
ZERBAXA INJ 1.5GM	39	ZORYVE	257

ZOSYN SOL 2-0.25GM.....	43	ZYCLARA.....	268
ZOSYN SOL 3-0.375G	43	ZYCLARA PUMP	268
ZOSYN SOL 4-0.50GM.....	43	ZYDELIG	66
<i>zovia 1/35</i>	176	ZYFLO.....	243
ZOVIRAX	268	ZYKADIA	66
ZTALMY.....	124	ZYLET SUS 0.5-0.3%	231
ZTLIDO	264	ZYMAXID.....	233
ZUBSOLV SUB 0.7-0.18.....	149	ZYNLONTA.....	66
ZUBSOLV SUB 1.4-0.36.....	149	ZYNYZ	66
ZUBSOLV SUB 11.4-2.9.....	149	ZYPITAMAG	81
ZUBSOLV SUB 2.9-0.71.....	149	ZYPREXA	112
ZUBSOLV SUB 5.7-1.4.....	149	ZYPREXA RELPREVV.....	112
ZUBSOLV SUB 8.6-2.1.....	149	ZYPREXA ZYDIS	112
<i>zumandimine</i>	176	ZYTIGA	50
ZURZUVAE.....	102	ZYVOX	26, 27

Este formulario se actualizó el 01/05/2024. Para obtener información más reciente u otras preguntas, comuníquese con el 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 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/learn/groupma.

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

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage is the business name of CareFirst Advantage PPO, Inc., an independent licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® and the Cross and Shield Symbols are registered service marks of the Blue Cross and Blue Shield Association, an association of independent Blue Cross and Blue Shield Plans.