



FORMULARIO Y LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS

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

LEA LO SIGUIENTE: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN
ACERCA DE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN

ID de envío del archivo de formulario aprobado por 00024152, Version 11

Este formulario se actualizó el 01/Abril/2024. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente de Johns Hopkins Advantage MD (PPO), Johns Hopkins Advantage Plus (PPO) y Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO) al 1-877-293-5325 o, para usuarios de TTY, 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, o visite www.hopkinsmedicare.com.



Nota para los miembros actuales: este Formulario ha cambiado con respecto al año pasado. Revise este documento para asegurarse de que aún contiene los medicamentos que toma.

Cuando esta Lista de medicamentos (Formulario) menciona “nosotros”, “nos” o “nuestro”, hace referencia a Johns Hopkins Advantage MD. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Johns Hopkins Advantage MD (PPO), Advantage MD Plus (PPO) y Advantage MD Premier (PPO).

Este documento incluye una lista de los medicamentos (Formulario) de nuestro plan, la cual está en vigencia desde 4/1/2024. Para obtener un formulario actualizado, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

Generalmente, debe concurrir a las farmacias de la red para usar el beneficio de medicamentos con receta. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1/1/2024 y periódicamente durante el año.

¿Qué es el Formulario de Johns Hopkins Advantage MD (PPO), Johns Hopkins Advantage MD Plus (PPO) y Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO)?

Un Formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por nuestro plan con la colaboración de un equipo de proveedores de atención médica, que representa los tratamientos con receta que se considera que son parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Normalmente, nuestro plan cubrirá los medicamentos incluidos en el formulario, siempre que el medicamento sea médicamente necesario, el medicamento con receta se obtenga en una farmacia de la red de nuestro plan y se cumpla con otras normas del plan. Para obtener más información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta, consulte la Evidencia de cobertura.

¿Puede cambiar el Formulario (lista de medicamentos)?

La mayoría de los cambios en la cobertura de los medicamentos ocurre el 1 de enero, pero nosotros podríamos agregar o quitar medicamentos de la Lista de medicamentos durante el año, moverlos a diferentes niveles de costo compartido o agregar nuevas restricciones. Debemos seguir las normas de Medicare al hacer estos cambios.

Cambios que pueden afectarlo este año: en los casos a continuación, usted se verá afectado por los cambios de cobertura durante el año:

- **Nuevos medicamentos genéricos.** Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con un nuevo medicamento genérico que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido más bajo y con las mismas restricciones o menos. Además, cuando agreguemos el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero inmediatamente moverlo a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones. Si actualmente está tomando ese medicamento de marca, quizás no le informemos con antelación antes de que realicemos el cambio, pero más adelante le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hemos realizado.
 - Si realizamos un cambio, usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. En el aviso que le proporcionamos también se incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y usted también puede encontrar información en la sección a continuación titulada “¿Cómo puedo

solicitar que se haga una excepción al Formulario de Johns Hopkins Advantage MD (PPO), Johns Hopkins Advantage MD Plus (PPO) y Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO)?”

- **Medicamentos retirados del mercado.** Si la Administración de Drogas y Alimentos considera que un medicamento de nuestro Formulario es inseguro o el fabricante del medicamento lo retira del mercado, eliminaremos de inmediato dicho medicamento de nuestro Formulario y les notificaremos a los miembros que toman el medicamento en cuestión.
- **Otros cambios.** Podemos hacer otros cambios que afectan a los miembros 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 que actualmente se encuentre en el Formulario, o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o moverlo a un nivel de costo compartido diferente, o ambas cosas. O bien, podemos hacer cambios en función de las nuevas pautas clínicas. Si retiramos medicamentos de nuestro Formulario, o agregamos autorizaciones previas, restricciones de límite de cantidad o de tratamiento escalonado en un medicamento o si pasamos un medicamento a un nivel superior de costo compartido, debemos notificarles a los miembros afectados por el cambio al menos 30 días antes de que entre en vigencia dicho cambio, o cuando el miembro solicite un resurtido del medicamento, momento en el cual el miembro recibirá un suministro del medicamento para 30 días.
 - Si realizamos estos otros cambios, usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. En el aviso que le proporcionamos también se incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y usted también puede encontrar información en la sección a continuación titulada “¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de Johns Hopkins Advantage MD (PPO), Johns Hopkins Advantage MD Plus (PPO) y Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO)?”

Cambios que no lo afectarán si actualmente toma el medicamento. En general, si usted toma un medicamento de nuestro Formulario para 2024 que estaba cubierto al comienzo del año, nosotros no discontinuaremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2024, excepto como se describe anteriormente. Esto significa que, por el resto del año de cobertura, estos medicamentos continuarán disponibles al mismo costo compartido y sin nuevas restricciones para aquellos miembros que estén tomándolos. No recibirá un aviso directo este año sobre cambios que no lo afectan. Sin embargo, dichos cambios lo afectarían a partir del 1 de enero del año siguiente, y es importante que verifique la Lista de medicamentos del nuevo año de beneficios por cualquier cambio en los medicamentos.

El Formulario adjunto es vigente a partir del 4/1/2024. Para recibir información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por nuestro plan, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en las páginas de la portada y la portada posterior. En el caso de cualquier cambio al formulario de mitad de año que no sea de mantenimiento, el formulario se actualizará mensualmente y se publicará en nuestra página web.

¿Cómo utilizo el Formulario?

Hay dos formas para encontrar su medicamento dentro del Formulario:

Abril 2024

Y0124_PPOFormularySPN0823_C

Afección médica

El Formulario comienza en la página 12. Los medicamentos de este Formulario están agrupados en categorías según el tipo de afección médica para cuyo tratamiento se los emplea. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar una afección cardíaca se enumeran dentro de la categoría “CARDIOVASCULAR MEDICAMENTOS PARA TRATAR ENFERMEDADES CARDÍACAS Y CIRCULATORIAS.” Si sabe para qué se utiliza su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que empieza en la página 12. Luego, busque su medicamento debajo del nombre de la categoría.

Listado alfabético

Si no está seguro de qué categoría consultar, debe buscar su medicamento en el Índice que comienza en la página 71. El Índice proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. En el Índice, están tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Busque en el Índice y encuentre su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de página donde puede encontrar información acerca de la cobertura. Vaya a la página que figura en el Índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

Nuestro cubre tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) dado que se considera que tiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Normalmente, los medicamentos genéricos cuestan menos que los de marca.

¿Hay alguna restricción en mi cobertura?

Algunos medicamentos cubiertos pueden tener requisitos o límites adicionales de cobertura. Estos requisitos y límites pueden incluir:

- **Autorización previa:** Nuestro exige que usted [o su médico] obtenga una autorización previa para determinados medicamentos. Esto significa que necesitará contar con la aprobación de nuestro plan antes de obtener sus medicamentos con receta. Si no consigue la autorización, es posible que nuestro plan no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad:** para ciertos medicamentos, nuestro plan limita la cantidad del medicamento que cubrirá. Por ejemplo, nuestro plan proporciona 30 tabletas cada 30 días por receta para Januvia. Esto puede ser complementario a un suministro estándar para un mes o tres meses.
- **Tratamiento escalonado:** en algunos casos, nuestro plan requiere que usted primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de que cubramos otro medicamento para esa enfermedad. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan su afección médica, es posible que nuestro plan no cubra el medicamento B a menos que usted pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, entonces nuestro plan cubrirá el medicamento B.

Para averiguar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales, consulte el Formulario que empieza en la página 12. También puede obtener más información sobre las restricciones que se aplican a

Abril 2024

Y0124_PPOFormularySPN0823_C

medicamentos cubiertos específicos en nuestro sitio web. Hemos publicado uno documentos en línea que explican nuestras restricciones de autorización previa y tratamiento escalonado. También puede pedirnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

Puede pedirle a nuestro plan que haga una excepción a estas restricciones o límites, o puede solicitarle una lista de otros medicamentos similares que puedan tratar su afección médica. Consulte la sección “¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de Johns Hopkins Advantage MD (PPO), Johns Hopkins Advantage MD Plus (PPO) y Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO)?” en la página 5 para obtener información acerca de cómo solicitar una excepción.

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

Si el medicamento que toma no está incluido en este Formulario (lista de medicamentos cubiertos), primero debe comunicarse con Servicios para los miembros y preguntar si su medicamento está cubierto.

Si resulta que nuestro plan no cubre el medicamento que toma, tiene dos alternativas:

- Puede pedir a Servicios para los miembros una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por nuestro plan. Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por nuestro plan.
- Puede solicitar que nuestro plan haga una excepción y cubra su medicamento. Consulte a continuación para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de Johns Hopkins Advantage MD (PPO), Johns Hopkins Advantage MD Plus (PPO) y Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO)?

Puede solicitarle a nuestro plan que haga una excepción a nuestras normas de cobertura. Hay varios tipos de excepciones que puede solicitarnos.

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento, incluso si no está en nuestro Formulario. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto a un nivel de costo compartido predeterminado, y usted no podrá pedirnos que le brindemos el medicamento a un nivel de costo compartido menor.
- Puede pedirnos que cubramos un medicamento del Formulario a un nivel de costo compartido menor si este medicamento no está incluido en el nivel de medicamentos especializados. Si se aprueba, esto reduciría el monto que usted debe pagar por su medicamento.
- Puede pedirnos que no apliquemos restricciones o límites de cobertura para su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, nuestro plan limita la cantidad del medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede pedirnos que hagamos una excepción al límite y cubramos una cantidad mayor.

Por lo general, nuestro plan solo aprobará su pedido de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el Formulario del plan, (el medicamento de menor costo compartido) o las restricciones de uso adicionales no fueran tan efectivos para tratar su afección o pudieran causarle efectos médicos adversos.

Debe comunicarse con nosotros para solicitarnos una decisión inicial de cobertura para una excepción al Formulario, o a la restricción de uso. **Cuando solicita una excepción al Formulario, o a la restricción de uso, debe presentar una declaración de su médico o de la persona autorizada a dar recetas que respalde su solicitud.** Por lo general, debemos tomar una decisión dentro de las 72 horas a partir de la fecha de haber recibido la declaración que respalda su solicitud por parte de la persona autorizada a dar recetas. Puede solicitar una excepción acelerada (rápida) si usted o su médico consideran que esperar 72 horas para la toma de la decisión podría perjudicar gravemente su salud. Si se le concede el trámite rápido de la excepción, debemos comunicarle nuestra decisión a más tardar dentro de las 24 horas después de haber recibido la declaración de respaldo de su médico o de otra persona autorizada a dar recetas.

¿Qué debo hacer antes de hablar con mi médico sobre el cambio de los medicamentos que tomo o la solicitud de una excepción?

Como miembro nuevo o permanente de nuestro plan, es posible que esté tomando medicamentos que no están incluidos en el Formulario. También es posible que esté tomando un medicamento incluido en el Formulario, pero su capacidad de conseguirlo sea limitada. Por ejemplo, puede necesitar nuestra autorización previa antes de poder obtener su medicamento con receta. Debe consultar con su médico para decidir si debe cambiar su medicamento por uno apropiado que nosotros cubramos o solicitar una excepción al formulario para que le cubramos el medicamento que toma. Mientras evalúa con su médico el procedimiento adecuado para seguir en su caso, podemos cubrir su medicamento, en ciertos casos, durante los primeros 90 días en que usted sea miembro de nuestro plan.

Para cada uno de los medicamentos que no estén incluidos en el Formulario, o si su capacidad para conseguir los medicamentos es limitada, cubriremos un suministro temporal para 30 días. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos que realice resurtidos por un máximo de hasta 30 días del medicamento. Después del primer suministro para 30 días, no seguiremos pagando estos medicamentos, incluso si ha sido miembro del plan durante menos de 90 días.

Si es residente de un centro de atención a largo plazo y necesita un medicamento que no está en el Formulario o si su capacidad para conseguir los medicamentos es limitada, pero ya pasaron los primeros 90 días de membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia del medicamento para 31 días mientras solicita la excepción al formulario.

Si experimenta un cambio en su nivel de cuidado, como un cambio de un hospital a un hogar, y necesita un medicamento que no está en nuestro formulario, o si su capacidad para obtener sus medicamentos es limitada, cubriremos un suministro temporal único por hasta 30 días (o 31 días si es residente de cuidado a largo plazo) de una farmacia de la red. Durante este período, debe usar el proceso de excepción del plan si desea tener una cobertura continua del medicamento después de que finalice el suministro temporal.

Para obtener más información

Para obtener información más detallada sobre la cobertura para medicamentos con receta de Johns Hopkins Advantage MD (PPO), Johns Hopkins Advantage MD Plus (PPO) y Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO), consulte la Evidencia de cobertura y otra documentación del plan.

Si tiene alguna pregunta sobre nuestro plan comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

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

Formulario de Johns Hopkins Advantage MD (PPO), Johns Hopkins Advantage MD Plus (PPO) y Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO)

El formulario que comienza en la siguiente página proporciona información acerca de la cobertura de los medicamentos cubiertos por nuestro plan. Si tiene alguna dificultad para encontrar el medicamento que toma en la lista, consulte el Índice que comienza en la página 71.

La primera columna de la tabla menciona el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están en letra mayúscula (por ejemplo, SYNTHROID y los medicamentos genéricos están en letra minúscula y cursiva (por ejemplo, *levotiroxina*).

La información incluida en la columna de Requisitos/límites indica si nuestro plan tiene algún requisito especial para la cobertura del medicamento.

- PA – Autorización previa. Nuestro plan exige que usted o su proveedor obtenga autorización para ciertos medicamentos. Esto significa que tendrá que obtener aprobación de nuestra parte antes de surtir sus prescripciones. Si no recibe la aprobación, es posible que no brindemos cobertura al medicamento
- QL – El medicamento tiene un límite de cantidad. Para ciertos medicamentos, nuestro plan limita la cantidad de medicamento que cubriremos. Por ejemplo, nuestro plan ofrece 30 comprimidos para 30 días por prescripción de rosuvastatina.
- ST – Tratamiento escalonado. En algunos casos, nuestro plan requiere que primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de que cubramos otro fármaco para esa afección. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B sirven para tratar su afección médica, es posible que no brindemos cobertura para el medicamento B a menos que pruebe el medicamento A antes. Si el medicamento A no le resulta beneficioso, entonces cubriremos el medicamento B.
- NM – No está disponible en farmacias de pedido por correo
- LA – Acceso limitado Este medicamento de venta con receta puede estar disponible solamente en ciertas farmacias. Para obtener más información consulte su directorio de farmacias o llame al Servicio de Atención al Cliente al 1-877-293-4998 las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- B/D – Este medicamento puede estar cubierto por las partes B o D de Medicare, dependiendo de las circunstancias. Podría ser necesario enviar información que describa el uso y el entorno del medicamento para hacer una determinación.
- SI – Insulina selecta. Esta insulina es parte del Programa Modelo de Ahorro para Personas Mayores. Para determinadas insulinas, nuestro plan ofrece el mismo costo compartido durante las etapas de pago de medicamentos de cobertura inicial y transición de cobertura durante todo el año del plan. Consulte el capítulo 4 de nuestra Evidencia de cobertura para obtener más información. Su copago será de un máximo de \$35 para un suministro de un mes, \$70 para un suministro de dos meses y \$135 para un suministro de tres meses cuando esté en la etapa de cobertura inicial y en la transición de cobertura. Esto no se aplica cuando alcanza la etapa de cobertura catastrófica. Si recibe Ayuda Adicional, no califica para este programa y se aplica el copago de subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS).
- No está disponible con suministro para días adicionales. Provisión diaria no extendida. No está disponible para una provisión extendida (a largo plazo).

Johns Hopkins Advantage MD Plus (PPO) and Plus (PPO)		
Nivel de costo compartido	Costo compartido estándar en farmacias minoristas (en la red)	Costo compartido estándar de pedido por correo (en la red)
Nivel 1 de costo compartido (genérico preferido)	Copago de \$4 por 30 días de suministro Copago de \$6 por 60 días de suministro Copago de \$8 por 90 días de suministro	Copago de \$4 por 30 días de suministro Copago de \$6 por 60 días de suministro Copago de \$8 por 90 días de suministro
Nivel 2 de costo compartido (genérico)	Copago de \$12 por 30 días de suministro Copago de \$18 por 60 días de suministro Copago de \$24 por 90 días de suministro	Copago de \$12 por 30 días de suministro Copago de \$18 por 60 días de suministro Copago de \$24 por 90 días de suministro
Nivel 3 de costo compartido (marcas preferidas)	Copago de \$47 por 30 días de suministro Copago de \$94 por 60 días de suministro Copago de \$141 por 90 días de suministro	Copago de \$47 por 30 días de suministro Copago de \$70.50 por 60 días de suministro Copago de \$94 por 90 días de suministro
Nivel 4 de costo compartido (medicamento no preferido)	Copago de \$100 por 30 días de suministro Copago de \$200 por 60 días de suministro Copago de \$300 por 90 días de suministro	Copago de \$100 por 30 días de suministro Copago de \$150 por 60 días de suministro Copago de \$200 por 90 días de suministro
Nivel 5 de costo compartido (nivel de especialidad)	Coaseguro de 33% por 30 días de suministro (solamente)	
<p>RECUERDE:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Los medicamentos se proveen en un centro de cuidados a largo plazo para un suministro de hasta 31 días. -Los medicamentos del nivel 5 solo están disponibles por 30 días de suministro. -Se puede solicitar por correo para pedir de forma práctica un suministro de hasta 100 días de medicamentos en el nivel 1 y un suministro de 90 días de medicamentos del nivel 2 al nivel 4 por dos veces el copago de 30 días, lo que le ahorra dinero y tiempo. Puede comunicarse con nosotros llamando al número de teléfono que se encuentra en la portada y la contraportada. -Puede encontrar la información completa sobre costos compartidos en la Evidencia de cobertura. 		

Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO)		
Nivel de costo compartido	Costo compartido estándar en farmacias minoristas (en la red)	Costo compartido estándar de pedido por correo (en la red)
Nivel 1 de costo compartido (genérico preferido)	Copago de \$0 por 30 días de suministro Copago de \$0 por 60 días de suministro Copago de \$0 por 100 días de suministro	Copago de \$0 por 30 días de suministro Copago de \$0 por 60 días de suministro Copago de \$0 por 100 días de suministro
Nivel 2 de costo compartido (genérico)	Copago de \$10 por 30 días de suministro Copago de \$15 por 60 días de suministro Copago de \$20 por 90 días de suministro	Copago de \$10 por 30 días de suministro Copago de \$15 por 60 días de suministro Copago de \$20 por 90 días de suministro
Nivel 3 de costo compartido (marcas preferidas)	Copago de \$40 por 30 días de suministro Copago de \$80 por 60 días de suministro Copago de \$120 por 90 días de suministro	Copago de \$40 por 30 días de suministro Copago de \$60 por 60 días de suministro Copago de \$80 por 90 días de suministro
Nivel 4 de costo compartido (medicamento no preferido)	Copago de \$90 por 30 días de suministro Copago de \$180 por 60 días de suministro Copago de \$270 por 90 días de suministro	Copago de \$90 por 30 días de suministro Copago de \$135 por 60 días de suministro Copago de \$180 por 90 días de suministro
Nivel 5 de costo compartido (nivel de especialidad)	Coaseguro de 33% por 30 días de suministro (solamente)	
<p>RECUERDE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los medicamentos se proveen en un centro de cuidados a largo plazo para un suministro de hasta 31 días. - Los medicamentos del nivel 5 solo están disponibles por 30 días de suministro. - Se puede solicitar por correo para pedir de forma práctica un suministro de hasta 100 días de medicamentos en el nivel 1 y un suministro de 90 días de medicamentos del nivel 2 al nivel 4 por dos veces el copago de 30 días, lo que le ahorra dinero y tiempo. Puede comunicarse con nosotros llamando al número de teléfono que se encuentra en la portada y la contraportada. - Puede encontrar la información completa sobre costos compartidos en la Evidencia de cobertura. 		

Abril 2024

Y0124_PPOFormularySPN0922_C

Cobertura de otros medicamentos

Advantage MD cubre los siguientes medicamentos bajo receta que generalmente no tienen cobertura del Plan de medicamentos bajo receta de Medicare. Estos medicamentos excluidos con cobertura están cubiertos en el nivel 2 e incluyen vitaminas bajo receta, medicamentos para la tos y el resfrío y medicamentos para la disfunción eréctil seleccionados.

Por favor, tenga en cuenta lo siguiente: en general, los costos para los medicamentos excluidos que no tienen cobertura del Plan de medicamentos bajo receta de Medicare no contarán como costos totales de medicamentos bajo receta de Medicare ni gastos de bolsillo anuales.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requerimientos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>Tos y resfrío</i>			<i>Salud masculina</i>		
Benzonatate 150 mg Oral Capsule	2	EX	Sildenafil Tab 100mg	2	QL EX
Benzonatate Cap 100mg	2	EX	QL (6 tabs / 30 days)		
Benzonatate Cap 200mg	2	EX	Sildenafil Tab 25mg	2	QL EX
Brom/Pse/Dm Symp 2/30/10	2	EX	QL (6 tabs / 30 days)		
Codeine Phosphate 2 mg/ml / Phenylephrine HCl 1 mg/ml / Promethazine HCl 1.25 mg/ml Oral Solution	2	EX	Sildenafil Tab 50mg	2	QL EX
Prometh VC Symp 6.25-5/5	2	EX	QL (6 tabs / 30 days)		
Prometh/Cod Sol 6.25-10	2	EX	<i>Vitaminas por receta médica</i>		
Promethazine Sol DM	2	EX	Folic Acid Tab 1mg	2	EX
			Dodex Inj	2	EX
			Nascobal Spr 500mcg	2	EX
			Vitamin B12 1 mg/ml Injectable Solution	2	EX
			Vitamin D2 Cap 50,000IU	2	EX

Johns Hopkins Advantage MD (PPO)

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES

ANALGESICS - DRUGS TO TREAT PAIN AND INFLAMMATION

GOUT - DRUGS TO TREAT GOUT

<i>allopurinol</i> TABS 100mg, 300mg	Tier 1	
<i>colchicine</i> TABS .6mg QL (120 tabs / 30 days)	Tier 2	QL
<i>colchicine w/ probenecid tab</i> 0.5-500 mg	Tier 2	
MITIGARE CAPS .6mg QL (60 caps / 30 days)	Tier 3	QL
<i>probenecid</i> TABS 500mg	Tier 2	
NSAIDS - DRUGS TO TREAT PAIN AND INFLAMMATION		
<i>celecoxib</i> (generic of CELEBREX) CAPS 50mg, 100mg, 200mg QL (60 caps / 30 days)	Tier 2	QL
<i>celecoxib</i> (generic of CELEBREX) CAPS 400mg QL (30 caps / 30 days)	Tier 2	QL
<i>diclofenac potassium</i> TABS 50mg QL (120 tabs / 30 days)	Tier 2	QL
<i>diclofenac sodium</i> TB24 100mg; TBEC 25mg, 50mg, 75mg	Tier 2	
<i>diflunisal</i> TABS 500mg	Tier 2	
<i>ec-naproxen</i> (generic of EC-NAPROSYN) TBEC 375mg QL (120 tabs / 30 days)	Tier 2	QL
<i>ec-naproxen</i> (generic of EC-NAPROSYN) TBEC 500mg QL (90 tabs / 30 days)	Tier 2	QL
<i>etodolac</i> CAPS 200mg, 300mg; TABS 500mg; TB24 400mg, 500mg, 600mg	Tier 2	

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES

<i>etodolac</i> (generic of LODINE) TABS 400mg	Tier 2	
<i>flurbiprofen</i> TABS 100mg	Tier 2	
<i>ibu</i> TABS 400mg, 600mg, 800mg	Tier 1	
<i>ibuprofen</i> SUSP 100mg/5ml	Tier 2	
<i>ibuprofen</i> TABS 400mg, 600mg, 800mg	Tier 1	
<i>meloxicam</i> TABS 7.5mg, 15mg	Tier 1	
<i>nabumetone</i> TABS 500mg, 750mg	Tier 1	
<i>naproxen</i> TABS 250mg, 375mg	Tier 1	
<i>naproxen</i> (generic of NAPROSYN) TABS 500mg	Tier 1	
<i>naproxen</i> (generic of EC-NAPROSYN) TBEC 375mg QL (120 tabs / 30 days)	Tier 2	QL
<i>naproxen</i> (generic of EC-NAPROSYN) TBEC 500mg QL (90 tabs / 30 days)	Tier 2	QL
<i>naproxen sodium</i> TABS 275mg	Tier 2	
<i>naproxen sodium</i> (generic of ANAPROX DS) TABS 550mg	Tier 2	
<i>piroxicam</i> (generic of FELDENE) CAPS 10mg, 20mg	Tier 2	
<i>sulindac</i> TABS 150mg, 200mg	Tier 2	
OPIOID ANALGESICS, LONG-ACTING		
<i>fentanyl</i> PT72 12mcg/hr, 25mcg/hr, 37.5mcg/hr, 50mcg/hr, 62.5mcg/hr, 75mcg/hr, 87.5mcg/hr, 100mcg/hr QL (10 patches / 30 days)	Tier 2	QL PA

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **LA** - Medicamentos con acceso limitado * - Suministro de días no extendidos **VI** - Vacunas / Insulinas

11

VI - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>hydrocodone bitartrate</i> T24A 20mg, 30mg, 40mg, 60mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 2	QL PA
<i>hydrocodone bitartrate</i> T24A 80mg, 100mg, 120mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 3	QL PA
HYSINGLA ER T24A 20mg, 30mg, 40mg, 60mg, 80mg, 100mg, 120mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 3	QL PA
<i>methadone hcl</i> SOLN 5mg/5ml, 10mg/5ml QL (450 mL / 30 days)	Tier 2	QL PA
<i>methadone hcl</i> TABS 5mg, 10mg QL (90 tabs / 30 days)	Tier 2	QL PA
<i>methadone hydrochloride i</i> (generic of METHADOSE) CONC 10mg/ml QL (90 mL / 30 days)	Tier 2	QL PA
<i>morphine sulfate</i> (generic of MS CONTIN) TBCR 15mg, 30mg, 60mg, 100mg, 200mg QL (90 tabs / 30 days)	Tier 2	QL PA
OPIOID ANALGESICS, SHORT-ACTING		
<i>acetaminophen w/ codeine soln</i> 120-12 mg/5ml QL (2700 mL / 30 days)	Tier 2	QL
<i>acetaminophen w/ codeine tab</i> 300-15 mg QL (400 tabs / 30 days)	Tier 2	QL
<i>acetaminophen w/ codeine tab</i> 300-30 mg QL (360 tabs / 30 days)	Tier 2	QL
<i>acetaminophen w/ codeine tab</i> 300-60 mg QL (180 tabs / 30 days)	Tier 2	QL

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>butorphanol tartrate</i> SOLN 1mg/ml, 2mg/ml	Tier 4	
<i>endocet tab</i> 2.5-325mg (generic of PERCOCET) QL (360 tabs / 30 days)	Tier 2	QL
<i>endocet tab</i> 5-325mg (generic of PERCOCET) QL (360 tabs / 30 days)	Tier 2	QL
<i>endocet tab</i> 7.5-325mg (generic of PERCOCET) QL (240 tabs / 30 days)	Tier 2	QL
<i>endocet tab</i> 10-325mg (generic of PERCOCET) QL (180 tabs / 30 days)	Tier 2	QL
<i>fentanyl citrate</i> LPOP 200mcg QL (120 lozenges / 30 days)	Tier 2	QL PA
<i>fentanyl citrate</i> LPOP 400mcg, 600mcg, 800mcg, 1200mcg, 1600mcg QL (120 lozenges / 30 days)	Tier 5	* QL PA
<i>hydrocodone-acetaminophen soln</i> 7.5-325 mg/15ml QL (2700 mL / 30 days)	Tier 2	QL
<i>hydrocodone-acetaminophen tab</i> 5-325 mg QL (240 tabs / 30 days)	Tier 2	QL
<i>hydrocodone-acetaminophen tab</i> 7.5-325 mg QL (180 tabs / 30 days)	Tier 2	QL

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **LA** - Medicamentos con acceso limitado * - Suministro de días no extendidos **VI** - Vacunas / Insulinas

12

VI - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 10-325 mg</i>	Tier 2	QL QL (180 tabs / 30 days)
<i>hydrocodone-ibuprofen tab 7.5-200 mg</i>	Tier 2	QL QL (150 tabs / 30 days)
<i>hydromorphone hcl (generic of DILAUDID) LIQD 1mg/ml</i>	Tier 2	QL QL (600 mL / 30 days)
<i>hydromorphone hcl (generic of DILAUDID) TABS 2mg, 4mg, 8mg</i>	Tier 2	QL QL (180 tabs / 30 days)
MORPHINE SULFATE SOLN 2mg/ml, 4mg/ml, 5mg/ml, 8mg/ml, 10mg/ml, 50mg/ml	Tier 4	B/D
<i>morphine sulfate SOLN 4mg/ml, 8mg/ml, 10mg/ml</i>	Tier 4	B/D
<i>morphine sulfate SOLN 10mg/5ml, 20mg/5ml</i>	Tier 2	QL QL (900 mL / 30 days)
<i>morphine sulfate SOLN 20mg/ml</i>	Tier 2	QL QL (180 mL / 30 days)
<i>morphine sulfate TABS 15mg, 30mg</i>	Tier 2	QL QL (180 tabs / 30 days)
MORPHINE SULFATE/SODIUM C SOLN 1mg/ml	Tier 4	B/D
<i>nalbuphine hcl SOLN 10mg/ml, 20mg/ml</i>	Tier 4	
<i>oxycodone hcl CAPS 5mg</i>	Tier 2	QL QL (180 caps / 30 days)
<i>oxycodone hcl CONC 100mg/5ml</i>	Tier 2	QL QL (180 mL / 30 days)

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

ANESTHETICS - DRUGS FOR NUMBING LOCAL ANESTHETICS

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

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **LA** - Medicamentos con acceso limitado * - Suministro de días no extendidos **VI** - Vacunas / Insulinas 13

VI - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES	
<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i> (generic of XYLOCAINE) SOLN .5%, 1%, 2%	Tier 2 B/D
ANTI-INFECTIVES - DRUGS TO TREAT INFECTIONS	
ANTI-INFECTIVES - MISCELLANEOUS	
<i>albendazole</i> TABS 200mg QL (672 tabs / year)	Tier 5 * QL PA
<i>amikacin sulfate</i> SOLN 1gm/4ml, 500mg/2ml	Tier 2
<i>atovaquone</i> (generic of MEPRON) SUSP 750mg/5ml	Tier 2
<i>aztreonam</i> (generic of AZACTAM) SOLR 1gm, 2gm	Tier 2
CAYSTON SOLR 75mg	Tier 5 * NM LA PA
<i>clindamycin hcl</i> (generic of CLEOCIN) CAPS 75mg, 150mg, 300mg	Tier 1
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i> (generic of CLEOCIN PEDIATRIC GRANULE) SOLR 75mg/5ml	Tier 2
<i>clindamycin phosphate</i> (generic of CLEOCIN PHOSPHATE) SOLN 600mg/4ml, 900mg/6ml, 9000mg/60ml	Tier 2
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 300 mg/50ml</i>	Tier 2
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 600 mg/50ml</i>	Tier 2
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 900 mg/50ml</i>	Tier 2
CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML	Tier 4
CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML	Tier 4
CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML	Tier 4

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES	
<i>colistimethate sodium</i> (generic of COLY-MYCIN M) SOLR 150mg	Tier 2
<i>dapsone</i> TABS 25mg, 100mg	Tier 2
DAPTOMYCIN SOLR 350mg	Tier 5 *
<i>daptomycin</i> (generic of DAPTOMYCIN) SOLR 350mg	Tier 5 *
<i>daptomycin</i> SOLR 500mg	Tier 5 *
EMVERM CHEW 100mg QL (12 tabs / year)	Tier 5 * QL
<i>ertapenem sodium</i> SOLR 1gm	Tier 2
<i>gentamicin in saline inj 0.8 mg/ml</i>	Tier 2
<i>gentamicin in saline inj 1 mg/ml</i>	Tier 2
<i>gentamicin in saline inj 1.2 mg/ml</i>	Tier 2
<i>gentamicin in saline inj 1.6 mg/ml</i>	Tier 2
<i>gentamicin in saline inj 2 mg/ml</i>	Tier 2
<i>gentamicin sulfate</i> SOLN 10mg/ml, 40mg/ml	Tier 2
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln 250 mg</i>	Tier 2
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln 500 mg</i> (generic of PRIMAXIN IV)	Tier 2
<i>ivermectin</i> (generic of STROMECTOL) TABS 3mg QL (12 tabs / 90 days)	Tier 2 QL PA
<i>linezolid</i> (generic of ZYVOX) SOLN 600mg/300ml	Tier 2
<i>linezolid</i> (generic of ZYVOX) SUSR 100mg/5ml QL (1800 mL / 30 days)	Tier 5 * QL

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **LA** - Medicamentos con acceso limitado * - Suministro de días no extendidos **VI** - Vacunas / Insulinas

14

VI - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES		
<i>linezolid</i> (generic of ZYVOX) TABS 600mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 2	QL
LINEZOLID INJ 2MG/ML	Tier 2	
<i>meropenem</i> SOLR 1gm, 500mg	Tier 2	
<i>methenamine hippurate</i> (generic of HIPREX) TABS 1gm	Tier 2	
<i>metronidazole</i> (generic of METRONIDAZOLE) SOLN 500mg/100ml	Tier 2	
<i>metronidazole</i> TABS 250mg, 500mg	Tier 1	
<i>neomycin sulfate</i> TABS 500mg	Tier 2	
<i>nitazoxanide</i> (generic of ALINIA) TABS 500mg QL (6 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> (generic of MACRODANTIN) CAPS 50mg, 100mg	Tier 3	
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i> (generic of MACROBID) CAPS 100mg	Tier 3	
<i>pentamidine isethionate inh</i> (generic of NEBUPENT) SOLR 300mg	Tier 2	B/D
<i>pentamidine isethionate inj</i> (generic of PENTAM 300) SOLR 300mg	Tier 2	
<i>praziquantel</i> (generic of BILTRICIDE) TABS 600mg	Tier 2	
SIVEXTRO SOLR 200mg; TABS 200mg	Tier 5	*
<i>streptomycin sulfate</i> SOLR 1gm	Tier 5	*
<i>sulfadiazine</i> TABS 500mg	Tier 5	*
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim iv soln</i> 400-80 mg/5ml	Tier 2	

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES			
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim susp</i> 200-40 mg/5ml	Tier 2		
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab</i> 400-80 mg (generic of BACTRIM)	Tier 1		
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab</i> 800-160 mg (generic of BACTRIM DS)	Tier 1		
<i>tinidazole</i> TABS 250mg, 500mg	Tier 2		
<i>tobramycin</i> (generic of KITABIS PAK) NEBU 300mg/5ml	Tier 5		* NM PA
<i>tobramycin sulfate</i> SOLN 1.2gm/30ml, 10mg/ml, 40mg/ml, 80mg/2ml	Tier 2		
<i>trimethoprim</i> TABS 100mg	Tier 2		
<i>vancomycin hcl</i> (generic of VANCOCIN) CAPS 125mg QL (80 caps / 180 days)	Tier 2		QL
<i>vancomycin hcl</i> (generic of VANCOCIN) CAPS 250mg QL (160 caps / 180 days)	Tier 2		QL
<i>vancomycin hcl</i> SOLR 1gm, 5gm, 10gm, 500mg, 750mg	Tier 2		
VANCOMYCIN INJ 1 GM	Tier 4		
VANCOMYCIN INJ 500MG	Tier 4		
VANCOMYCIN INJ 750MG	Tier 4		
ANTIFUNGALS - DRUGS TO TREAT FUNGAL INFECTIONS			
ABELCET SUSP 5mg/ml	Tier 4		B/D
<i>amphotericin b</i> SOLR 50mg	Tier 2		B/D
<i>amphotericin b liposome</i> (generic of AMBISOME) SUSR 50mg	Tier 5		* B/D
<i>caspofungin acetate</i> (generic of CANCIDAS) SOLR 50mg, 70mg	Tier 2		

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D LA - Medicamentos con acceso limitado * - Suministro de días no extendidos VI - Vacunas / Insulinas

15

VI - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>fluconazole</i> (generic of DIFLUCAN) SUSR 10mg/ml, 40mg/ml; TABS 100mg, 150mg, 200mg	Tier 2	
<i>fluconazole</i> TABS 50mg	Tier 2	
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj</i> 200 mg/100ml	Tier 2	
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj</i> 400 mg/200ml	Tier 2	
<i>flucytosine</i> (generic of ANCOBON) CAPS 250mg, 500mg	Tier 5	* PA
<i>griseofulvin microsize</i> SUSP 125mg/5ml; TABS 500mg	Tier 2	
<i>griseofulvin ultramicrosize</i> TABS 125mg, 250mg	Tier 2	
<i>itraconazole</i> (generic of SPORANOX) CAPS 100mg	Tier 2	PA
<i>ketoconazole</i> TABS 200mg	Tier 2	PA
<i>miconazole sodium</i> (generic of MYCAMINE) SOLR 50mg, 100mg	Tier 5	*
<i>nystatin</i> TABS 500000unit	Tier 2	
<i>posaconazole</i> (generic of NOXAFIL) SUSP 40mg/ml QL (630 mL / 30 days)	Tier 5	* QL PA
<i>posaconazole</i> (generic of NOXAFIL) TBEC 100mg QL (93 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL PA
<i>terbinafine hcl</i> TABS 250mg QL (90 tabs / year)	Tier 1	QL
<i>voriconazole</i> (generic of VFEND IV) SOLR 200mg	Tier 2	PA
<i>voriconazole</i> (generic of VFEND) SUSR 40mg/ml	Tier 5	* PA
<i>voriconazole</i> (generic of VFEND) TABS 50mg QL (480 tabs / 30 days)	Tier 2	QL PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>voriconazole</i> (generic of VFEND) TABS 200mg QL (120 tabs / 30 days)	Tier 2	QL PA
ANTIMALARIALS - DRUGS TO TREAT MALARIA		
<i>atovaquone-proguanil hcl</i> tab 62.5-25 mg (generic of MALARONE)	Tier 2	
<i>atovaquone-proguanil hcl</i> tab 250-100 mg (generic of MALARONE)	Tier 2	
<i>chloroquine phosphate</i> TABS 250mg, 500mg	Tier 2	
COARTEM TAB 20-120MG	Tier 4	
<i>mefloquine hcl</i> TABS 250mg	Tier 2	
PRIMAQUINE PHOSPHATE TABS 26.3mg	Tier 3	
<i>primaquine phosphate</i> (generic of PRIMAQUINE PHOSPHATE) TABS 26.3mg	Tier 2	
<i>quinine sulfate</i> (generic of QUALAQUIN) CAPS 324mg	Tier 2	PA
ANTI-RETROVIRAL AGENTS - DRUGS TO SUPPRESS HIV/AIDS INFECTION		
<i>abacavir sulfate</i> (generic of ZIAGEN) SOLN 20mg/ml	Tier 2	NM
<i>abacavir sulfate</i> TABS 300mg	Tier 2	NM
APTIVUS CAPS 250mg	Tier 5	* NM
<i>atazanavir sulfate</i> CAPS 150mg	Tier 2	NM
<i>atazanavir sulfate</i> (generic of REYATAZ) CAPS 200mg, 300mg	Tier 2	NM
<i>darunavir</i> (generic of PREZISTA) TABS 600mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **LA** - Medicamentos con acceso limitado * - Suministro de días no extendidos **V/I** - Vacunas / Insulinas

16

V/I - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>darunavir</i> (generic of PREZISTA) TABS 800mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM
EDURANT TABS 25mg	Tier 5	* NM
<i>efavirenz</i> CAPS 50mg, 200mg	Tier 2	NM
<i>efavirenz</i> (generic of SUSTIVA) TABS 600mg	Tier 2	NM
<i>emtricitabine</i> (generic of EMTRIVA) CAPS 200mg	Tier 2	NM
EMTRIVA SOLN 10mg/ml	Tier 4	NM
<i>etravirine</i> (generic of INTELENCE) TABS 100mg, 200mg	Tier 5	* NM
<i>fosamprenavir calcium</i> (generic of LEXIVA) TABS 700mg	Tier 5	* NM
FUZEON SOLR 90mg	Tier 5	* NM LA
INTELENCE TABS 25mg	Tier 4	NM
ISENTRESS CHEW 25mg	Tier 4	NM
ISENTRESS CHEW 100mg; PACK 100mg; TABS 400mg	Tier 5	* NM
ISENTRESS HD TABS 600mg	Tier 5	* NM
<i>lamivudine</i> (generic of EPIVIR) SOLN 10mg/ml; TABS 150mg, 300mg	Tier 2	NM
LEXIVA SUSP 50mg/ml	Tier 4	NM
<i>maraviroc</i> (generic of SELZENTRY) TABS 150mg, 300mg	Tier 5	* NM
<i>nevirapine</i> SUSP 50mg/5ml; TABS 200mg; TB24 400mg	Tier 2	NM
NORVIR PACK 100mg	Tier 4	NM
PIFELTRO TABS 100mg	Tier 5	* NM
PREZISTA SUSP 100mg/ml QL (400 mL / 30 days)	Tier 5	* QL NM
PREZISTA TABS 75mg QL (480 tabs / 30 days)	Tier 4	QL NM

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
PREZISTA TABS 150mg QL (240 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM
REYATAZ PACK 50mg	Tier 5	* NM
<i>ritonavir</i> (generic of NORVIR) TABS 100mg	Tier 2	NM
RUKOBIA TB12 600mg	Tier 5	* NM
SELZENTRY SOLN 20mg/ml; TABS 75mg	Tier 5	* NM
SELZENTRY TABS 25mg	Tier 4	NM
SUNLENCA TBPk 300mg	Tier 5	* NM LA
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> (generic of VIREAD) TABS 300mg	Tier 2	NM
TIVICAY TABS 10mg	Tier 3	NM
TIVICAY TABS 25mg, 50mg	Tier 5	* NM
TIVICAY PD TBSO 5mg	Tier 5	* NM
TROGARZO SOLN 200mg/1.33ml	Tier 5	* NM LA
TYBOST TABS 150mg	Tier 3	NM
VIRACEPT TABS 250mg, 625mg	Tier 5	* NM
VIREAD POWD 40mg/gm; TABS 150mg, 200mg, 250mg	Tier 5	* NM
<i>zidovudine</i> (generic of RETROVIR) CAPS 100mg; SYRP 50mg/5ml	Tier 2	NM
<i>zidovudine</i> TABS 300mg	Tier 2	NM
ANTIRETROVIRAL COMBINATION AGENTS - DRUGS TO SUPPRESS HIV/AIDS INFECTION		
<i>abacavir sulfate-lamivudine tab 600-300 mg</i> (generic of EPZICOM)	Tier 2	NM
BIKTARVY TAB 30-120-15 MG	Tier 5	* NM
BIKTARVY TAB 50-200-25 MG	Tier 5	* NM
CIMDUO TAB 300-300	Tier 5	* NM
COMPLERA TAB	Tier 5	* NM
DELSTRIGO TAB	Tier 5	* NM

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **LA** - Medicamentos con acceso limitado * - Suministro de días no extendidos **VI** - Vacunas / Insulinas

17

VI - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
DESCOVY TAB 120-15MG QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM
DESCOVY TAB 200/25MG QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM
DOVATO TAB 50-300MG	Tier 5	* NM
efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab 600-200-300 mg (generic of ATRIPLA)	Tier 5	* NM
efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 400-300-300 mg (generic of SYMFI LO)	Tier 5	* NM
efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 600-300-300 mg (generic of SYMFI)	Tier 5	* NM
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 100-150 mg (generic of TRUVADA) QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 133-200 mg (generic of TRUVADA) QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 167-250 mg (generic of TRUVADA) QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 200-300 mg (generic of TRUVADA) QL (30 tabs / 30 days)	Tier 2	QL NM
EVOTAZ TAB 300-150	Tier 5	* NM
GENVOYA TAB	Tier 5	* NM
JULUCA TAB 50-25MG	Tier 5	* NM
lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg	Tier 2	NM
lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80-20 mg/ml) (generic of KALETRA)	Tier 2	NM

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg (generic of KALETRA)	Tier 2	NM
lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg (generic of KALETRA)	Tier 2	NM
ODEFSEY TAB	Tier 5	* NM
PREZCOBIX TAB 800-150	Tier 5	* NM
STRIBILD TAB	Tier 5	* NM
SYMTUZA TAB	Tier 5	* NM
TRIUMEQ PD TAB	Tier 5	* NM
TRIUMEQ TAB	Tier 5	* NM
TRIZIVIR TAB	Tier 5	* NM
ANTITUBERCULAR AGENTS - DRUGS TO TREAT TUBERCULOSIS		
cycloserine CAPS 250mg	Tier 5	*
ethambutol hcl 100mg	Tier 2	
ethambutol hcl (generic of MYAMBUTOL) 400mg	Tier 2	
isoniazid SYRP 50mg/5ml	Tier 2	
isoniazid TABS 100mg, 300mg	Tier 1	
PRIFTIN TABS 150mg	Tier 4	
pyrazinamide TABS 500mg	Tier 2	
rifabutin (generic of MYCOBUTIN) 150mg	Tier 2	
rifampin CAPS 150mg, 300mg	Tier 2	
rifampin (generic of RIFADIN) SOLR 600mg	Tier 2	
SIRTURO TABS 20mg, 100mg	Tier 5	* NM LA PA
TRECTOR TABS 250mg	Tier 4	
ANTIVIRALS - DRUGS TO TREAT VIRAL INFECTIONS		
acyclovir CAPS 200mg; TABS 400mg, 800mg	Tier 1	
acyclovir SUSP 200mg/5ml	Tier 2	
acyclovir sodium SOLN 50mg/ml	Tier 2	B/D

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **LA** - Medicamentos con acceso limitado * - Suministro de días no extendidos **VI** - Vacunas / Insulinas

18

VI - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES			
<i>adefovir dipivoxil</i> TABS 10mg	Tier 2	NM	
BARACLUDE SOLN .05mg/ml	Tier 5	* NM	
<i>entecavir</i> (generic of BARACLUDE) TABS .5mg, 1mg	Tier 2	NM	
EPCLUSA PAK 150-37.5	Tier 5	* NM PA	
EPCLUSA PAK 200-50MG	Tier 5	* NM PA	
EPCLUSA TAB 200-50MG	Tier 5	* NM PA	
EPCLUSA TAB 400-100	Tier 5	* NM PA	
<i>famciclovir</i> TABS 125mg, 250mg, 500mg	Tier 2		
<i>ganciclovir sodium</i> SOLR 500mg	Tier 2	B/D	
HARVONI PAK 33.75-150MG	Tier 5	* NM PA	
HARVONI PAK 45-200MG	Tier 5	* NM PA	
HARVONI TAB 45-200MG	Tier 5	* NM PA	
HARVONI TAB 90-400MG	Tier 5	* NM PA	
<i>lamivudine (hbv)</i> TABS 100mg	Tier 2	NM	
MAVYRET PAK 50-20MG	Tier 5	* NM PA	
MAVYRET TAB 100-40MG	Tier 5	* NM PA	
<i>oseltamivir phosphate</i> (generic of TAMIFLU) CAPS 30mg QL (168 caps / year)	Tier 2	QL	
<i>oseltamivir phosphate</i> (generic of TAMIFLU) CAPS 45mg, 75mg QL (84 caps / year)	Tier 2	QL	
<i>oseltamivir phosphate</i> (generic of TAMIFLU) SUSR 6mg/ml QL (1080 mL / year)	Tier 2	QL	
PAXLOVID TAB 150-100 QL (40 tabs / 30 days) \$0 Cost Share	Tier 3	QL	
PAXLOVID TAB 300-100 QL (60 tabs / 30 days) \$0 Cost Share	Tier 3	QL	

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES			
PEGASYS SOLN 180mcg/ml; SOSY 180mcg/0.5ml	Tier 5	* NM PA	
PREVYMIS TABS 240mg, 480mg QL (28 tabs / 28 days)	Tier 5	* QL PA	
RELENZA DISKHALER AEPB 5mg/blister QL (6 inhalers / year)	Tier 3	QL	
<i>ribavirin (hepatitis c)</i> CAPS 200mg; TABS 200mg	Tier 2	NM	
<i>rimantadine hydrochloride</i> TABS 100mg	Tier 2		
<i>valacyclovir hcl</i> (generic of VALTREX) TABS 1gm, 500mg	Tier 2		
<i>valganciclovir hcl</i> (generic of VALCYTE) SOLR 50mg/ml	Tier 5	*	
<i>valganciclovir hcl</i> (generic of VALCYTE) TABS 450mg	Tier 2		
VEMLIDY TABS 25mg	Tier 5	* NM	
VOSEVI TAB	Tier 5	* NM PA	
CEPHALOSPORINS - DRUGS TO TREAT INFECTIONS			
<i>cefaclor</i> CAPS 250mg, 500mg; SUSR 250mg/5ml	Tier 2		
CEFACLOR ER TB12 500mg	Tier 4		
<i>cefadroxil</i> CAPS 500mg	Tier 1		
<i>cefadroxil</i> SUSR 250mg/5ml, 500mg/5ml	Tier 2		
CEFAZOLIN SOLR 2gm, 3gm	Tier 4		
CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML	Tier 4		
<i>cefazolin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 500mg	Tier 2		
CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4%	Tier 4		
<i>cefdinir</i> CAPS 300mg; SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	Tier 2		
<i>cefepime hcl</i> SOLR 1gm, 2gm	Tier 2		

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **LA** - Medicamentos con acceso limitado * - Suministro de días no extendidos **VI** - Vacunas / Insulinas

19

VI - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES

<i>cefixime</i> CAPS 400mg; SUSR 100mg/5ml, 200mg/5ml	Tier 2	
<i>cefoxitin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm	Tier 2	
<i>cefpodoxime proxetil</i> SUSR 50mg/5ml, 100mg/5ml; TABS 100mg, 200mg	Tier 2	
<i>cefprozil</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg	Tier 2	
<i>ceftazidime</i> SOLR 1gm, 2gm, 6gm	Tier 2	
<i>ceftriaxone sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 250mg, 500mg	Tier 2	
<i>cefuroxime axetil</i> TABS 250mg, 500mg	Tier 2	
<i>cefuroxime sodium</i> SOLR 1.5gm, 750mg	Tier 2	
<i>cephalexin</i> CAPS 250mg, 500mg	Tier 1	
<i>cephalexin</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	Tier 2	
<i>tazicef</i> SOLR 1gm, 2gm, 6gm	Tier 2	
TEFLARO SOLR 400mg, 600mg	Tier 5	*

ERYTHROMYCINS/MACROLIDES - DRUGS TO TREAT INFECTIONS

<i>azithromycin</i> PACK 1gm	Tier 2	
<i>azithromycin</i> (generic of ZITHROMAX) SOLR 500mg; SUSR 100mg/5ml, 200mg/5ml	Tier 2	
<i>azithromycin</i> (generic of ZITHROMAX) TABS 250mg, 500mg	Tier 1	
<i>azithromycin</i> TABS 600mg	Tier 1	
<i>clarithromycin</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg	Tier 2	

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES

<i>clarithromycin</i> (generic of BIAXIN XL) TB24 500mg	Tier 2	
DIFICID SUSR 40mg/ml; TABS 200mg	Tier 5	*
e.e.s. 400 TABS 400mg	Tier 2	
<i>ery-tab</i> TBEC 250mg, 333mg, 500mg	Tier 2	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE SOLR 500mg	Tier 4	
<i>erythrocin stearate</i> TABS 250mg	Tier 2	
<i>erythromycin base</i> CPEP 250mg; TABS 250mg, 500mg; TBEC 250mg, 333mg, 500mg	Tier 2	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> TABS 400mg	Tier 2	
<i>erythromycin lactobionate</i> (generic of ERYTHROCIN LACTOBIONATE) SOLR 500mg	Tier 2	

FLUOROQUINOLONES - DRUGS TO TREAT INFECTIONS

CIPRO SUSR 500mg/5ml	Tier 4	
<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml in d5w</i>	Tier 2	
<i>ciprofloxacin 400 mg/200ml in d5w</i>	Tier 2	
<i>ciprofloxacin hcl</i> (generic of CIPRO) TABS 250mg, 500mg	Tier 1	
<i>ciprofloxacin hcl</i> TABS 750mg	Tier 1	
<i>levofloxacin</i> SOLN 25mg/ml	Tier 2	
<i>levofloxacin</i> TABS 250mg, 500mg, 750mg	Tier 1	
<i>levofloxacin in d5w iv soln 250 mg/50ml</i>	Tier 2	
<i>levofloxacin in d5w iv soln 500 mg/100ml</i>	Tier 2	
<i>levofloxacin in d5w iv soln 750 mg/150ml</i>	Tier 2	

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **LA** - Medicamentos con acceso limitado * - Suministro de días no extendidos **VI** - Vacunas / Insulinas

V/I - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>moxifloxacin hcl</i> TABS 400mg	Tier 2	
<i>moxifloxacin hcl</i> 400 mg/250ml in sodium chloride 0.8% inj	Tier 2	
PENICILLINS - DRUGS TO TREAT INFECTIONS		
<i>amoxicillin</i> CAPS 250mg, 500mg; SUSR 125mg/5ml, 200mg/5ml, 250mg/5ml, 400mg/5ml; TABS 500mg, 875mg	Tier 1	
<i>amoxicillin</i> CHEW 125mg, 250mg	Tier 2	
<i>amoxicillin & k clavulanate</i> chew tab 200-28.5 mg	Tier 2	
<i>amoxicillin & k clavulanate</i> chew tab 400-57 mg	Tier 2	
<i>amoxicillin & k clavulanate</i> for susp 200-28.5 mg/5ml	Tier 2	
<i>amoxicillin & k clavulanate</i> for susp 250-62.5 mg/5ml	Tier 2	
<i>amoxicillin & k clavulanate</i> for susp 400-57 mg/5ml	Tier 2	
<i>amoxicillin & k clavulanate</i> for susp 600-42.9 mg/5ml (generic of AUGMENTIN ES-600)	Tier 2	
<i>amoxicillin & k clavulanate</i> tab 250-125 mg	Tier 2	
<i>amoxicillin & k clavulanate</i> tab 500-125 mg (generic of AUGMENTIN)	Tier 2	
<i>amoxicillin & k clavulanate</i> tab 875-125 mg	Tier 2	
<i>amoxicillin & k clavulanate</i> tab er 12hr 1000-62.5 mg	Tier 2	
<i>ampicillin</i> CAPS 500mg	Tier 1	
<i>ampicillin & sulbactam</i> sodium for inj 1.5 (1-0.5) gm (generic of UNASYN)	Tier 2	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>ampicillin & sulbactam</i> sodium for inj 3 (2-1) gm (generic of UNASYN)	Tier 2	
<i>ampicillin & sulbactam</i> sodium for iv soln 1.5 (1-0.5) gm	Tier 2	
<i>ampicillin & sulbactam</i> sodium for iv soln 3 (2-1) gm	Tier 2	
<i>ampicillin & sulbactam</i> sodium for iv soln 15 (10-5) gm (generic of UNASYN BULK PACK)	Tier 2	
<i>ampicillin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 125mg, 250mg, 500mg	Tier 2	
BICILLIN L-A SUSY 600000unit/ml, 1200000unit/2ml, 2400000unit/4ml	Tier 4	
<i>dicloxacillin sodium</i> CAPS 250mg, 500mg	Tier 2	
<i>nafcillin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm	Tier 2	
<i>nafcillin sodium</i> SOLR 10gm	Tier 5	*
<i>oxacillin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm	Tier 2	
PEN GK/DEXTR INJ 40000/ML	Tier 4	
PEN GK/DEXTR INJ 60000/ML	Tier 4	
<i>penicillin g potassium</i> SOLR 5000000unit, 20000000unit	Tier 2	
<i>penicillin g sodium</i> SOLR 5000000unit	Tier 2	
<i>penicillin v potassium</i> SOLR 125mg/5ml, 250mg/5ml	Tier 2	
<i>penicillin v potassium</i> TABS 250mg, 500mg	Tier 1	
<i>pfizerpen</i> SOLR 5000000unit, 20000000unit	Tier 2	

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **LA** - Medicamentos con acceso limitado * - Suministro de días no extendidos **VI** - Vacunas / Insulinas

21

VI - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES	
<i>piperacillin sod-tazobactam</i> Tier 2 <i>na for inj 3.375 gm (3-0.375 gm)</i>	
<i>piperacillin sod-tazobactam</i> Tier 2 <i>sod for inj 2.25 gm (2-0.25 gm)</i>	
<i>piperacillin sod-tazobactam</i> Tier 2 <i>sod for inj 4.5 gm (4-0.5 gm)</i>	
<i>piperacillin sod-tazobactam</i> Tier 2 <i>sod for inj 13.5 gm (12-1.5 gm)</i>	
<i>piperacillin sod-tazobactam</i> Tier 2 <i>sod for inj 40.5 gm (36-4.5 gm)</i>	
TETRACYCLINES - DRUGS TO TREAT INFECTIONS	
<i>doxy 100</i> SOLR 100mg Tier 2	
<i>doxycycline (monohydrate)</i> Tier 2 CAPS 50mg, 100mg; TABS 50mg, 75mg, 100mg	
<i>doxycycline (monohydrate)</i> Tier 2 (generic of VIBRAMYCIN) SUSR 25mg/5ml	
<i>doxycycline hyclate</i> CAPS Tier 2 50mg; SOLR 100mg; TABS 20mg, 100mg	
<i>doxycycline hyclate</i> (generic Tier 2 of VIBRAMYCIN) CAPS 100mg	
<i>minocycline hcl</i> CAPS Tier 2 50mg, 75mg, 100mg	
NUZYRA SOLR 100mg; Tier 5 * NM LA TABS 150mg	
<i>tetracycline hcl</i> CAPS Tier 2 PA 250mg, 500mg	
<i>tigecycline</i> (generic of Tier 5 * TYGACIL) SOLR 50mg	
ANTINEOPLASTIC AGENTS - DRUGS TO TREAT CANCER	
ALKYLATING AGENTS	
BENDEKA SOLN Tier 5 * B/D NM LA 100mg/4ml	

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES		
<i>carboplatin</i> SOLN Tier 2 B/D 50mg/5ml, 150mg/15ml, 450mg/45ml, 600mg/60ml		
<i>cisplatin</i> SOLN 50mg/50ml, Tier 2 B/D 100mg/100ml, 200mg/200ml		
<i>cyclophosphamide</i> CAPS Tier 2 B/D 25mg, 50mg; SOLR 1gm, 500mg		
CYCLOPHOSPHAMIDE Tier 5 * B/D SOLN 1gm/5ml, 500mg/2.5ml, 500mg/ml		
<i>cyclophosphamide</i> SOLR Tier 5 * B/D 2gm		
CYCLOPHOSPHAMIDE Tier 4 B/D TABS 25mg, 50mg		
CYCLOPHOSPHAMIDE Tier 5 * B/D MONOHYDR SOLN 2gm/10ml		
GLEOSTINE CAPS 10mg, Tier 4 NM 40mg		
GLEOSTINE CAPS 100mg Tier 5 * NM		
LEUKERAN TABS 2mg Tier 5 *		
<i>oxaliplatin</i> SOLN Tier 2 B/D 50mg/10ml, 100mg/20ml, 200mg/40ml; SOLR 50mg		
<i>oxaliplatin</i> SOLR 100mg Tier 5 * B/D		
<i>paraplatin</i> SOLN Tier 2 B/D 1000mg/100ml		
ANTIBIOTICS		
<i>doxorubicin hcl</i> SOLN Tier 2 B/D 2mg/ml		
<i>doxorubicin hcl liposomal</i> Tier 5 * B/D (generic of DOXIL) INJ 2mg/ml		
ELLECE SOLN Tier 4 B/D 50mg/25ml, 200mg/100ml		
ANTIMETABOLITES		
<i>azacitidine</i> (generic of Tier 5 * B/D NM VIDAZA) SUSR 100mg		
<i>cytarabine</i> SOLN 20mg/ml Tier 2 B/D		
<i>fluorouracil</i> SOLN Tier 2 B/D 1gm/20ml, 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 500mg/10ml		

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D LA - Medicamentos con acceso limitado * - Suministro de días no extendidos VI - Vacunas / Insulinas

22

VI - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>gemcitabine hcl</i> (generic of GEMCITABINE HYDROCHLORIDE) SOLN 1gm/26.3ml, 2gm/52.6ml, 200mg/5.26ml	Tier 2	B/D
<i>gemcitabine hcl</i> SOLR 1gm, 2gm, 200mg	Tier 2	B/D
INQOVI TAB 35-100MG QL (5 tabs / 28 days)	Tier 5	* QL NM LA PA
LONSURF TAB 15-6.14 QL (100 tabs / 28 days)	Tier 5	* QL NM LA PA
LONSURF TAB 20-8.19 QL (80 tabs / 28 days)	Tier 5	* QL NM LA PA
<i>mercaptopurine</i> TABS 50mg	Tier 2	
<i>methotrexate sodium</i> SOLN 1gm/40ml, 50mg/2ml, 250mg/10ml; SOLR 1gm	Tier 2	B/D
ONUREG TABS 200mg, 300mg QL (14 tabs / 28 days)	Tier 5	* QL NM LA PA
<i>pemetrexed disodium</i> (generic of ALIMTA) SOLR 100mg, 500mg	Tier 5	* B/D
<i>pemetrexed disodium</i> SOLR 750mg, 1000mg	Tier 5	* B/D
PURIXAN SUSP 2000mg/100ml	Tier 5	* NM LA
TABLOID TABS 40mg	Tier 4	
HORMONAL ANTINEOPLASTIC AGENTS		
<i>abiraterone acetate</i> (generic of ZYTIGA) TABS 250mg QL (120 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA
<i>abiraterone acetate</i> (generic of ZYTIGA) TABS 500mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA
AKEEGA TAB 50/500MG QL (60 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM LA PA
AKEEGA TAB 100/500 QL (60 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM LA PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>anastrozole</i> (generic of ARIMIDEX) TABS 1mg	Tier 1	
<i>bicalutamide</i> (generic of CASODEX) TABS 50mg	Tier 2	
ELIGARD KIT 7.5mg, 22.5mg, 30mg, 45mg	Tier 4	NM PA
EMCYT CAPS 140mg	Tier 5	*
ERLEADA TABS 60mg QL (120 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM LA PA
ERLEADA TABS 240mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM LA PA
EULEXIN CAPS 125mg	Tier 5	*
<i>exemestane</i> (generic of AROMASIN) TABS 25mg	Tier 2	
FIRMAGON SOLR 80mg	Tier 4	NM PA
FIRMAGON SOLR 120mg/vial	Tier 5	* NM PA
<i>fulvestrant</i> (generic of FASLODEX) SOSY 250mg/5ml	Tier 5	* B/D
<i>letrozole</i> (generic of FEMARA) TABS 2.5mg	Tier 1	
<i>leuprolide acetate</i> KIT 1mg/0.2ml	Tier 2	NM PA
LUPRON DEPOT (1-MONTH) KIT 3.75mg	Tier 5	* NM PA
LUPRON DEPOT (3-MONTH) KIT 11.25mg	Tier 5	* NM PA
LYSODREN TABS 500mg	Tier 5	* NM LA
<i>megestrol acetate</i> TABS 20mg, 40mg	Tier 3	
<i>nilutamide</i> (generic of NILANDRON) TABS 150mg	Tier 5	*
NUBEQA TABS 300mg QL (120 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM LA PA
ORGOVYX TABS 120mg	Tier 5	* NM LA PA
ORSERDU TABS 86mg QL (90 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM LA PA
ORSERDU TABS 345mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM LA PA

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **LA** - Medicamentos con acceso limitado * - Suministro de días no extendidos **VI** - Vacunas / Insulinas

23

VI - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES	
SOLTAMOX SOLN 10mg/5ml	Tier 5 *
<i>tamoxifen citrate</i> TABS 10mg, 20mg	Tier 2
<i>toremifene citrate</i> (generic of FARESTON) TABS 60mg	Tier 2
XTANDI CAPS 40mg QL (120 caps / 30 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
XTANDI TABS 40mg QL (120 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
XTANDI TABS 80mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
IMMUNOMODULATORS	
<i>lenalidomide</i> CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg, 15mg QL (28 caps / 28 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
<i>lenalidomide</i> CAPS 20mg, 25mg QL (21 caps / 28 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
POMALYST CAPS 1mg, 2mg, 3mg, 4mg QL (21 caps / 28 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
REVLIMID CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg, 15mg QL (28 caps / 28 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
REVLIMID CAPS 20mg, 25mg QL (21 caps / 28 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
THALOMID CAPS 50mg, 100mg QL (28 caps / 28 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
THALOMID CAPS 150mg, 200mg QL (56 caps / 28 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
MISCELLANEOUS	
BESREMI SOSY 500mcg/ml QL (2 syringes / 28 days)	Tier 5 * QL NM LA PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES	
<i>bexarotene</i> (generic of TARGRETIN) CAPS 75mg QL (300 caps / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
<i>hydroxyurea</i> (generic of HYDREA) CAPS 500mg	Tier 2
<i>irinotecan hcl</i> (generic of CAMPTOSAR) SOLN 40mg/2ml, 100mg/5ml, 300mg/15ml	Tier 2 B/D
<i>irinotecan hcl</i> SOLN 500mg/25ml	Tier 2 B/D
IWILFIN TABS 192mg QL (240 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
KISQALI 200 PAK FEMARA QL (49 tabs / 28 days)	Tier 5 * QL NM PA
KISQALI 400 PAK FEMARA QL (70 tabs / 28 days)	Tier 5 * QL NM PA
KISQALI 600 PAK FEMARA QL (91 tabs / 28 days)	Tier 5 * QL NM PA
MATULANE CAPS 50mg <i>tretinoin (chemotherapy)</i> CAPS 10mg	Tier 5 * NM LA *
WELIREG TABS 40mg QL (90 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
MITOTIC INHIBITORS	
<i>docetaxel</i> (generic of DOCETAXEL) CONC 20mg/ml	Tier 2 B/D
DOCETAXEL CONC 80mg/4ml, 160mg/8ml; SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	Tier 5 * B/D
<i>docetaxel</i> (generic of DOCETAXEL) CONC 80mg/4ml, 160mg/8ml; SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	Tier 5 * B/D
<i>etoposide</i> SOLN 1gm/50ml, 100mg/5ml, 500mg/25ml	Tier 2 B/D

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **LA** - Medicamentos con acceso limitado * - Suministro de días no extendidos **VI** - Vacunas / Insulinas

24

VI - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES			
<i>paclitaxel</i> CONC 6mg/ml, 30mg/5ml, 150mg/25ml, 300mg/50ml	Tier 2		B/D
<i>paclitaxel protein-bound particles for iv susp 100 mg</i>	Tier 5	*	B/D NM
<i>vincristine sulfate</i> SOLN 1mg/ml	Tier 2		B/D
<i>vinorelbine tartrate</i> SOLN 10mg/ml, 50mg/5ml	Tier 2		B/D
MOLECULAR TARGET AGENTS			
ALECENSA CAPS 150mg QL (240 caps / 30 days)	Tier 5	*	QL NM LA PA
ALUNBRIG TABS 30mg QL (120 tabs / 30 days)	Tier 5	*	QL NM LA PA
ALUNBRIG TABS 90mg, 180mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5	*	QL NM LA PA
ALUNBRIG PAK QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5	*	QL NM LA PA
AUGTYRO CAPS 40mg QL (240 caps / 30 days)	Tier 5	*	QL NM LA PA
AYVAKIT TABS 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 300mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5	*	QL NM LA PA
BALVERSA TABS 3mg QL (84 tabs / 28 days)	Tier 5	*	QL NM LA PA
BALVERSA TABS 4mg QL (56 tabs / 28 days)	Tier 5	*	QL NM LA PA
BALVERSA TABS 5mg QL (28 tabs / 28 days)	Tier 5	*	QL NM LA PA
BORTEZOMIB SOLR 1mg, 2.5mg, 3.5mg	Tier 5	*	NM PA
<i>bortezomib</i> (generic of VELCADE) SOLR 3.5mg	Tier 5	*	NM PA
BOSULIF CAPS 50mg QL (360 caps / 30 days)	Tier 5	*	QL NM PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES			
BOSULIF CAPS 100mg QL (150 caps / 25 days)	Tier 5	*	QL NM PA
BOSULIF TABS 100mg QL (180 tabs / 30 days)	Tier 5	*	QL NM PA
BOSULIF TABS 400mg, 500mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5	*	QL NM PA
BRAFTOVI CAPS 75mg QL (180 caps / 30 days)	Tier 5	*	QL NM LA PA
BRUKINSA CAPS 80mg QL (120 caps / 30 days)	Tier 5	*	QL NM LA PA
CABOMETYX TABS 20mg, 40mg, 60mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5	*	QL NM LA PA
CALQUENCE CAPS 100mg QL (60 caps / 30 days)	Tier 5	*	QL NM LA PA
CALQUENCE TABS 100mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 5	*	QL NM LA PA
CAPRELSA TABS 100mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 5	*	QL NM LA PA
CAPRELSA TABS 300mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5	*	QL NM LA PA
COMETRIQ (60MG DOSE) KIT 20mg QL (84 caps / 28 days)	Tier 5	*	QL NM LA PA
COMETRIQ KIT 100MG QL (56 caps / 28 days)	Tier 5	*	QL NM LA PA
COMETRIQ KIT 140MG QL (112 caps / 28 days)	Tier 5	*	QL NM LA PA
COPIKTRA CAPS 15mg, 25mg QL (56 caps / 28 days)	Tier 5	*	QL NM LA PA
COTELLIC TABS 20mg QL (63 tabs / 28 days)	Tier 5	*	QL NM LA PA
DAURISMO TABS 25mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 5	*	QL NM LA PA

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **LA** - Medicamentos con acceso limitado * - Suministro de días no extendidos **VI** - Vacunas / Insulinas

25

VI - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES	
DAURISMO TABS 100mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
ERIVEDGE CAPS 150mg QL (30 caps / 30 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
<i>erlotinib hcl</i> (generic of TARCEVA) TABS 25mg QL (90 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
<i>erlotinib hcl</i> (generic of TARCEVA) TABS 100mg, 150mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
<i>everolimus</i> (generic of AFINITOR) TABS 2.5mg, 5mg, 7.5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
<i>everolimus</i> (generic of AFINITOR DISPERZ) TBSO 2mg QL (150 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
<i>everolimus</i> (generic of AFINITOR DISPERZ) TBSO 3mg QL (90 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
<i>everolimus</i> (generic of AFINITOR DISPERZ) TBSO 5mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
EXKIVITY CAPS 40mg QL (120 caps / 30 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
FOTIVDA CAPS .89mg, 1.34mg QL (21 caps / 28 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
FRUZAQLA CAPS 1mg QL (84 caps / 28 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
FRUZAQLA CAPS 5mg QL (21 caps / 28 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
GAVRETO CAPS 100mg QL (120 caps / 30 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
<i>gefitinib</i> (generic of IRESSA) TABS 250mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES	
GILOTRIF TABS 20mg, 30mg, 40mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
HERCEP HYLEC SOL 60- 10000	Tier 5 * NM LA PA
HERCEPTIN SOLR 150mg	Tier 5 * NM LA PA
HERZUMA SOLR 150mg, 420mg	Tier 5 * NM PA
IBRANCE CAPS 75mg, 100mg, 125mg QL (21 caps / 28 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
IBRANCE TABS 75mg, 100mg, 125mg QL (21 tabs / 28 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
ICLUSIG TABS 10mg, 15mg, 30mg, 45mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
IDHIFA TABS 50mg, 100mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
<i>imatinib mesylate</i> (generic of GLEEVEC) TABS 100mg QL (90 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
<i>imatinib mesylate</i> (generic of GLEEVEC) TABS 400mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
IMBRUVICA CAPS 70mg QL (30 caps / 30 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
IMBRUVICA CAPS 140mg QL (120 caps / 30 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
IMBRUVICA SUSP 70mg/ml QL (216 mL / 27 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
IMBRUVICA TABS 140mg, 280mg, 420mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
INLYTA TABS 1mg QL (180 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
INLYTA TABS 5mg QL (120 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM LA PA

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **LA** - Medicamentos con acceso limitado * - Suministro de días no extendidos **VI** - Vacunas / Insulinas

26

VI - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES	
INREBIC CAPS 100mg QL (120 caps / 30 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
JAKAFI TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 25mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
JAYPIRCA TABS 50mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
JAYPIRCA TABS 100mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
KADCYLA SOLR 100mg, 160mg	Tier 5 * B/D NM LA
KANJINTI SOLR 150mg, 420mg	Tier 5 * NM LA PA
KEYTRUDA SOLN 100mg/4ml	Tier 5 * NM LA PA
KISQALI 200 DOSE TBPK 200mg QL (21 tabs / 28 days)	Tier 5 * QL NM PA
KISQALI 400 DOSE TBPK 200mg QL (42 tabs / 28 days)	Tier 5 * QL NM PA
KISQALI 600 DOSE TBPK 200mg QL (63 tabs / 28 days)	Tier 5 * QL NM PA
KOSELUGO CAPS 10mg QL (240 caps / 30 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
KOSELUGO CAPS 25mg QL (120 caps / 30 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
KRAZATI TABS 200mg QL (180 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
<i>lapatinib ditosylate</i> (generic of TYKERB) TABS 250mg QL (180 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE CPPK 4mg QL (30 caps / 30 days)	Tier 5 * QL NM LA PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES	
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE CPPK 4mg QL (60 caps / 30 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE CPPK 10mg QL (30 caps / 30 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
LENVIMA 12MG DAILY DOSE CPPK 4mg QL (90 caps / 30 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE CPPK 10mg QL (60 caps / 30 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
LENVIMA CAP 14 MG QL (60 caps / 30 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
LENVIMA CAP 18 MG QL (90 caps / 30 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
LENVIMA CAP 24 MG QL (90 caps / 30 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
LORBRENA TABS 25mg QL (90 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
LORBRENA TABS 100mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
LUMAKRAS TABS 120mg QL (240 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
LUMAKRAS TABS 320mg QL (90 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
LYNPARZA TABS 100mg, 150mg QL (120 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) TBPK 4mg QL (84 tabs / 28 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) TBPK 4mg QL (112 tabs / 28 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) TBPK 4mg QL (140 tabs / 28 days)	Tier 5 * QL NM LA PA

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **LA** - Medicamentos con acceso limitado * - Suministro de días no extendidos **V/I** - Vacunas / Insulinas

27

V/I - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES	
MEKINIST SOLR .05mg/ml QL (1260 mL / 30 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
MEKINIST TABS 2mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
MEKINIST TABS .5mg QL (90 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
MEKTOVI TABS 15mg QL (180 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
MONJUVI SOLR 200mg	Tier 5 * NM LA PA
NERLYNX TABS 40mg QL (180 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
NEXAVAR TABS 200mg QL (120 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
NINLARO CAPS 2.3mg, 3mg, 4mg QL (3 caps / 28 days)	Tier 5 * QL NM PA
ODOMZO CAPS 200mg QL (30 caps / 30 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
OGIVRI SOLR 150mg	Tier 5 * NM LA PA
OGIVRI INJ 420MG	Tier 5 * NM LA PA
OGSIVEO TABS 50mg QL (180 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
OJJAARA TABS 100mg, 150mg, 200mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
ONTRUZANT SOLR 150mg, 420mg	Tier 5 * NM LA PA
<i>pazopanib hcl</i> (generic of VOTRIENT) TABS 200mg QL (120 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
PEMAZYRE TABS 4.5mg, 9mg, 13.5mg QL (28 tabs / 28 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
PHESGO SOL	Tier 5 * NM LA PA
PIQRAY 200MG DAILY DOSE TBPK 200mg QL (28 tabs / 28 days)	Tier 5 * QL NM PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES	
PIQRAY 250MG TAB DOSE QL (56 tabs / 28 days)	Tier 5 * QL NM PA
PIQRAY 300MG DAILY DOSE TBPK 150mg QL (56 tabs / 28 days)	Tier 5 * QL NM PA
QINLOCK TABS 50mg QL (90 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
RETEVMO CAPS 40mg QL (180 caps / 30 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
RETEVMO CAPS 80mg QL (120 caps / 30 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
REZLIDHIA CAPS 150mg QL (60 caps / 30 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
ROZLYTREK CAPS 100mg QL (150 caps / 30 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
ROZLYTREK CAPS 200mg QL (90 caps / 30 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
ROZLYTREK PACK 50mg QL (336 packets / 28 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
RUBRACA TABS 200mg, 250mg, 300mg QL (120 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
RYDAPT CAPS 25mg QL (224 caps / 28 days)	Tier 5 * QL NM PA
SCEMBLIX TABS 20mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
SCEMBLIX TABS 40mg QL (300 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
<i>sorafenib tosylate</i> (generic of NEXAVAR) TABS 200mg QL (120 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
SPRYCEL TABS 20mg QL (90 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **LA** - Medicamentos con acceso limitado * - Suministro de días no extendidos **VI** - Vacunas / Insulinas

28

VI - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
SPRYCEL TABS 50mg, 70mg, 80mg, 100mg, 140mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA
STIVARGA TABS 40mg QL (84 tabs / 28 days)	Tier 5	* QL NM LA PA
<i>sunitinib malate</i> (generic of SUTENT) CAPS 12.5mg, 25mg, 37.5mg, 50mg QL (30 caps / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA
TABRECTA TABS 150mg, 200mg QL (112 tabs / 28 days)	Tier 5	* QL NM PA
TAFINLAR CAPS 50mg, 75mg QL (120 caps / 30 days)	Tier 5	* QL NM LA PA
TAFINLAR TBSO 10mg QL (900 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM LA PA
TAGRISSO TABS 40mg, 80mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM LA PA
TALZENNA CAPS .1mg, .35mg, .5mg, .75mg, 1mg QL (30 caps / 30 days)	Tier 5	* QL NM LA PA
TALZENNA CAPS .25mg QL (90 caps / 30 days)	Tier 5	* QL NM LA PA
TASIGNA CAPS 50mg QL (120 caps / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA
TASIGNA CAPS 150mg, 200mg QL (112 caps / 28 days)	Tier 5	* QL NM PA
TAZVERIK TABS 200mg QL (240 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM LA PA
TECENTRIQ SOLN 840mg/14ml, 1200mg/20ml	Tier 5	* NM LA PA
TEPMETKO TABS 225mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM LA PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
TIBSOVO TABS 250mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM LA PA
TRAZIMERA SOLR 150mg, 420mg	Tier 5	* NM PA
TRUQAP TABS 160mg, 200mg QL (64 tabs / 28 days)	Tier 5	* QL NM LA PA
TRUXIMA SOLN 100mg/10ml, 500mg/50ml	Tier 5	* NM PA
TUKYSA TABS 50mg, 150mg QL (120 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM LA PA
TURALIO CAPS 125mg QL (120 caps / 30 days)	Tier 5	* QL NM LA PA
VANFLYTA TABS 17.7mg, 26.5mg QL (56 tabs / 28 days)	Tier 5	* QL NM LA PA
VENCLEXTA TABS 10mg QL (112 tabs / 28 days)	Tier 4	QL NM LA PA
VENCLEXTA TABS 50mg QL (112 tabs / 28 days)	Tier 5	* QL NM LA PA
VENCLEXTA TABS 100mg QL (180 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM LA PA
VENCLEXTA TAB START PK QL (42 tabs / 28 days)	Tier 5	* QL NM LA PA
VERZENIO TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg QL (56 tabs / 28 days)	Tier 5	* QL NM LA PA
VITRAKVI CAPS 25mg QL (180 caps / 30 days)	Tier 5	* QL NM LA PA
VITRAKVI CAPS 100mg QL (60 caps / 30 days)	Tier 5	* QL NM LA PA
VITRAKVI SOLN 20mg/ml QL (300 mL / 30 days)	Tier 5	* QL NM LA PA

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **LA** - Medicamentos con acceso limitado * - Suministro de días no extendidos **VI** - Vacunas / Insulinas

29

VI - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES	
VIZIMPRO TABS 15mg, 30mg, 45mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
VONJO CAPS 100mg QL (120 caps / 30 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
VOTRIENT TABS 200mg QL (120 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
XALKORI CAPS 200mg, 250mg; CPSP 50mg QL (120 caps / 30 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
XALKORI CPSP 20mg QL (240 caps / 30 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
XALKORI CPSP 150mg QL (180 caps / 30 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
XOSPATA TABS 40mg QL (90 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY TBPK 40mg QL (4 tabs / 28 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY TBPK 40mg QL (8 tabs / 28 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY TBPK 60mg QL (4 tabs / 28 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY TBPK 20mg QL (24 tabs / 28 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY TBPK 40mg QL (8 tabs / 28 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY TBPK 20mg QL (32 tabs / 28 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY TBPK 50mg QL (8 tabs / 28 days)	Tier 5 * QL NM LA PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES	
ZEJULA CAPS 100mg QL (90 caps / 30 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
ZEJULA TABS 100mg, 200mg, 300mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
ZELBORAF TABS 240mg QL (240 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
ZIRABEV SOLN 100mg/4ml, 400mg/16ml	Tier 5 * NM LA PA
ZOLINZA CAPS 100mg QL (120 caps / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
ZYDELIG TABS 100mg, 150mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
ZYKADIA TABS 150mg QL (84 tabs / 28 days)	Tier 5 * QL NM LA PA

PROTECTIVE AGENTS

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

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

<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 2.5-10 mg</i> QL (30 caps / 30 days)	Tier 1	QL
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-10 mg</i> (generic of LOTREL) QL (30 caps / 30 days)	Tier 1	QL
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-20 mg</i> (generic of LOTREL) QL (30 caps / 30 days)	Tier 1	QL

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **LA** - Medicamentos con acceso limitado * - Suministro de días no extendidos **VI** - Vacunas / Insulinas

30

VI - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-40 mg</i> QL (30 caps / 30 days)	Tier 1	QL
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-20 mg</i> (generic of LOTREL) QL (30 caps / 30 days)	Tier 1	QL
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-40 mg</i> (generic of LOTREL) QL (30 caps / 30 days)	Tier 1	QL
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 5-6.25mg</i>	Tier 1	
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i> (generic of LOTENSIN HCT)	Tier 1	
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i> (generic of LOTENSIN HCT)	Tier 1	
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i> (generic of LOTENSIN HCT)	Tier 1	
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25-15 mg</i>	Tier 1	
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg</i>	Tier 1	
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-15 mg</i>	Tier 1	
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i>	Tier 1	
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 5-12.5 mg</i>	Tier 1	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 10-25 mg</i> (generic of VASERETIC)	Tier 1	
<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	Tier 1	
<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	Tier 1	
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i> (generic of ZESTORETIC)	Tier 1	
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i> (generic of ZESTORETIC)	Tier 1	
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i> (generic of ZESTORETIC)	Tier 1	
ACE INHIBITORS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>benazepril hcl</i> TABS 5mg	Tier 1	
<i>benazepril hcl</i> (generic of LOTENSIN) TABS 10mg, 20mg, 40mg	Tier 1	
<i>captopril</i> TABS 12.5mg, 25mg, 50mg, 100mg	Tier 1	
<i>enalapril maleate</i> (generic of VASOTEC) TABS 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg	Tier 1	
<i>fosinopril sodium</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg	Tier 1	
<i>lisinopril</i> (generic of ZESTRIL) TABS 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	Tier 1	
<i>moexipril hcl</i> TABS 7.5mg, 15mg	Tier 1	
<i>perindopril erbumine</i> TABS 2mg, 4mg, 8mg	Tier 1	

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **LA** - Medicamentos con acceso limitado * - Suministro de días no extendidos **VI** - Vacunas / Insulinas

31

VI - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>quinapril hcl</i> (generic of ACCUPRIL) TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg	Tier 1	
<i>ramipril</i> (generic of ALTACE) CAPS 1.25mg, 2.5mg, 5mg, 10mg	Tier 1	
<i>trandolapril</i> TABS 1mg, 2mg, 4mg	Tier 1	

ALDOSTERONE RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE

<i>eplerenone</i> (generic of INSPRA) TABS 25mg, 50mg	Tier 2	
KERENDIA TABS 10mg, 20mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 3	QL
<i>spironolactone</i> (generic of ALDACTONE) TABS 25mg, 50mg, 100mg	Tier 1	

ALPHA BLOCKERS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE

<i>doxazosin mesylate</i> (generic of CARDURA) TABS 1mg, 2mg, 4mg, 8mg	Tier 1	
<i>prazosin hcl</i> (generic of MINIPRESS) CAPS 1mg, 2mg, 5mg	Tier 2	
<i>terazosin hcl</i> CAPS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	Tier 1	

ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONIST COMBINATIONS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE

<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab</i> 5-20 mg (generic of AZOR) QL (30 tabs / 30 days)	Tier 1	QL
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab</i> 5-40 mg (generic of AZOR) QL (30 tabs / 30 days)	Tier 1	QL

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab</i> 10-20 mg (generic of AZOR) QL (30 tabs / 30 days)	Tier 1	QL
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab</i> 10-40 mg (generic of AZOR) QL (30 tabs / 30 days)	Tier 1	QL

<i>amlodipine besylate-valsartan tab</i> 5-160 mg (generic of EXFORGE) QL (30 tabs / 30 days)	Tier 1	QL
--	--------	----

<i>amlodipine besylate-valsartan tab</i> 5-320 mg (generic of EXFORGE) QL (30 tabs / 30 days)	Tier 1	QL
--	--------	----

<i>amlodipine besylate-valsartan tab</i> 10-160 mg (generic of EXFORGE) QL (30 tabs / 30 days)	Tier 1	QL
---	--------	----

<i>amlodipine besylate-valsartan tab</i> 10-320 mg (generic of EXFORGE) QL (30 tabs / 30 days)	Tier 1	QL
---	--------	----

ENTRESTO TAB 24-26MG QL (60 tabs / 30 days)	Tier 3	QL
--	--------	----

ENTRESTO TAB 49-51MG QL (60 tabs / 30 days)	Tier 3	QL
--	--------	----

ENTRESTO TAB 97-103MG QL (60 tabs / 30 days)	Tier 3	QL
---	--------	----

<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab</i> 150-12.5 mg (generic of AVALIDE) QL (60 tabs / 30 days)	Tier 1	QL
--	--------	----

<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab</i> 300-12.5 mg (generic of AVALIDE) QL (30 tabs / 30 days)	Tier 1	QL
--	--------	----

<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab</i> 50-12.5 mg (generic of HYZAAR)	Tier 1	
--	--------	--

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D LA - Medicamentos con acceso limitado * - Suministro de días no extendidos VI - Vacunas / Insulinas

32

VI - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg</i> (generic of HYZAAR)	Tier 1	
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i> (generic of HYZAAR)	Tier 1	
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i> (generic of BENICAR HCT) QL (30 tabs / 30 days)	Tier 1	QL
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i> (generic of BENICAR HCT) QL (30 tabs / 30 days)	Tier 1	QL
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-25 mg</i> (generic of BENICAR HCT) QL (30 tabs / 30 days)	Tier 1	QL
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 20-5-12.5 mg</i> (generic of TRIBENZOR) QL (30 tabs / 30 days)	Tier 1	QL
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-12.5 mg</i> (generic of TRIBENZOR) QL (30 tabs / 30 days)	Tier 1	QL
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-25 mg</i> (generic of TRIBENZOR) QL (30 tabs / 30 days)	Tier 1	QL
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-12.5 mg</i> (generic of TRIBENZOR) QL (30 tabs / 30 days)	Tier 1	QL

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

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **LA** - Medicamentos con acceso limitado * - Suministro de días no extendidos **VI** - Vacunas / Insulinas

33

VI - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>irbesartan</i> (generic of AVAPRO) TABS 75mg, 150mg, 300mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 1	QL
<i>losartan potassium</i> (generic of COZAAR) TABS 25mg, 50mg, 100mg	Tier 1	
<i>olmesartan medoxomil</i> (generic of BENICAR) TABS 5mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 1	QL
<i>olmesartan medoxomil</i> (generic of BENICAR) TABS 20mg, 40mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 1	QL
<i>telmisartan</i> (generic of MICARDIS) TABS 20mg, 40mg, 80mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 1	QL
<i>valsartan</i> (generic of DIOVAN) TABS 40mg, 80mg, 160mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 1	QL
<i>valsartan</i> (generic of DIOVAN) TABS 320mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 1	QL
ANTIARRHYTHMICS - DRUGS TO CONTROL HEART RHYTHM		
<i>amiodarone hcl</i> SOLN 50mg/ml, 900mg/18ml; TABS 100mg, 400mg	Tier 2	
<i>amiodarone hcl</i> TABS 200mg	Tier 1	
<i>disopyramide phosphate</i> (generic of NORPACE) CAPS 100mg, 150mg	Tier 4	
<i>dofetilide</i> (generic of TIKOSYN) CAPS 125mcg, 250mcg, 500mcg	Tier 2	NM
<i>flecainide acetate</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg	Tier 2	
MULTAQ TABS 400mg	Tier 4	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
NORPACE CR CP12 100mg, 150mg	Tier 4	
<i>pacerone</i> TABS 100mg, 400mg	Tier 2	
<i>pacerone</i> TABS 200mg	Tier 1	
<i>propafenone hcl</i> CP12 225mg, 325mg, 425mg; TABS 150mg, 225mg, 300mg	Tier 2	
<i>quinidine sulfate</i> TABS 200mg, 300mg	Tier 2	
<i>sorine</i> (generic of BETAPACE) TABS 80mg, 120mg, 160mg	Tier 1	
<i>sorine</i> TABS 240mg	Tier 1	
<i>sotalol hcl</i> (generic of BETAPACE) TABS 80mg, 120mg, 160mg	Tier 1	
<i>sotalol hcl</i> TABS 240mg	Tier 1	
<i>sotalol hcl (afib/afi)</i> (generic of BETAPACE AF) TABS 80mg, 120mg, 160mg	Tier 2	
ANTILIPEMICS, FIBRATES		
<i>fenofibrate</i> (generic of TRICOR) TABS 48mg, 145mg	Tier 2	
<i>fenofibrate</i> TABS 54mg, 160mg	Tier 2	
<i>fenofibrate micronized</i> CAPS 67mg, 134mg, 200mg	Tier 2	
<i>gemfibrozil</i> (generic of LOPID) TABS 600mg	Tier 1	
ANTILIPEMICS, HMG-CoA REDUCTASE INHIBITORS - DRUGS TO TREAT HIGH CHOLESTEROL		
<i>atorvastatin calcium</i> (generic of LIPITOR) TABS 10mg, 20mg, 40mg, 80mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 1	QL
<i>lovastatin</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 1	QL

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **LA** - Medicamentos con acceso limitado * - Suministro de días no extendidos **VI** - Vacunas / Insulinas

34

VI - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES			
<i>pravastatin sodium</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg, 80mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 1	QL	
<i>rosuvastatin calcium</i> (generic of CRESTOR) TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 1	QL	
<i>simvastatin</i> TABS 5mg, 80mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 1	QL	
<i>simvastatin</i> (generic of ZOCOR) TABS 10mg, 20mg, 40mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 1	QL	
ANTILIPEMICS, MISCELLANEOUS - DRUGS TO TREAT HIGH CHOLESTEROL			
<i>cholestyramine</i> (generic of QUESTRAN) PACK 4gm; POWD 4gm/dose	Tier 2		
<i>cholestyramine light</i> PACK 4gm	Tier 2		
<i>cholestyramine light</i> (generic of QUESTRAN LIGHT) POWD 4gm/dose	Tier 2		
<i>colestevlam hcl</i> (generic of WELCHOL) PACK 3.75gm; TABS 625mg	Tier 2		
<i>colestipol hcl</i> (generic of COLESTID) GRAN 5gm; PACK 5gm; TABS 1gm	Tier 2		
<i>ezetimibe</i> (generic of ZETIA) TABS 10mg	Tier 2		
<i>ezetimibe-simvastatin tab</i> 10-10 mg (generic of VYTORIN) QL (30 tabs / 30 days)	Tier 1	QL	
<i>ezetimibe-simvastatin tab</i> 10-20 mg (generic of VYTORIN) QL (30 tabs / 30 days)	Tier 1	QL	

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES			
<i>ezetimibe-simvastatin tab</i> 10-40 mg (generic of VYTORIN) QL (30 tabs / 30 days)	Tier 1	QL	
<i>ezetimibe-simvastatin tab</i> 10-80 mg (generic of VYTORIN) QL (30 tabs / 30 days)	Tier 1	QL	
<i>niacin (antihyperlipidemic)</i> TBCR 500mg, 750mg, 1000mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 2	QL	
<i>omega-3-acid ethyl esters cap</i> 1 gm (generic of LOVAZA)	Tier 2	PA	
<i>prevalite</i> PACK 4gm	Tier 2		
<i>prevalite</i> (generic of QUESTRAN LIGHT) POWD 4gm/dose	Tier 2		
REPATHA SOSY 140mg/ml	Tier 3	NM PA	
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM SOCT 420mg/3.5ml	Tier 3	NM PA	
REPATHA SURECLICK SOAJ 140mg/ml	Tier 3	NM PA	
VASCEPA CAPS .5gm, 1gm	Tier 3		
BETA-BLOCKER/DIURETIC COMBINATIONS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE AND HEART CONDITIONS			
<i>atenolol & chlorthalidone tab</i> 50-25 mg (generic of TENORETIC 50)	Tier 1		
<i>atenolol & chlorthalidone tab</i> 100-25 mg (generic of TENORETIC 100)	Tier 1		
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab</i> 2.5-6.25 mg	Tier 1		

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **LA** - Medicamentos con acceso limitado * - Suministro de días no extendidos **VI** - Vacunas / Insulinas

35

VI - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 5-6.25 mg</i>	Tier 1	
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 10-6.25 mg</i>	Tier 1	
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i>	Tier 2	
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	Tier 2	
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-50 mg</i>	Tier 2	
BETA-BLOCKERS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE AND HEART CONDITIONS		
<i>acebutolol hcl CAPS</i>	Tier 2	200mg, 400mg
<i>atenolol (generic of TENORMIN) TABS</i>	Tier 1	25mg, 50mg, 100mg
<i>bisoprolol fumarate TABS</i>	Tier 1	5mg, 10mg
<i>carvedilol (generic of COREG) TABS</i>	Tier 1	3.125mg, 6.25mg, 12.5mg, 25mg
<i>labetalol hcl TABS</i>	Tier 2	100mg, 200mg, 300mg
<i>metoprolol succinate (generic of TOPROL XL) TB24</i>	Tier 1	25mg, 50mg, 100mg, 200mg
<i>metoprolol tartrate SOLN</i>	Tier 2	5mg/5ml
<i>metoprolol tartrate TABS</i>	Tier 1	25mg
<i>metoprolol tartrate (generic of LOPRESSOR) TABS</i>	Tier 1	50mg, 100mg

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>nadolol (generic of CORGARD) TABS</i>	Tier 2	20mg, 40mg
<i>nadolol TABS</i>	Tier 2	80mg
<i>nebivolol hcl (generic of BYSTOLIC) TABS</i>	Tier 2	2.5mg, 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 days)
<i>nebivolol hcl (generic of BYSTOLIC) TABS</i>	Tier 2	20mg QL (60 tabs / 30 days)
<i>pindolol TABS</i>	Tier 2	5mg, 10mg
<i>propranolol hcl (generic of INDERAL LA) CP24</i>	Tier 2	60mg, 80mg, 120mg, 160mg
<i>propranolol hcl SOLN</i>	Tier 2	20mg/5ml, 40mg/5ml; TABS 10mg, 20mg, 40mg, 60mg, 80mg
<i>timolol maleate TABS</i>	Tier 2	5mg, 10mg, 20mg
CALCIUM CHANNEL BLOCKERS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE AND HEART CONDITIONS		
<i>amlodipine besylate (generic of NORVASC) TABS</i>	Tier 1	2.5mg, 5mg, 10mg
<i>cartia xt (generic of CARDIZEM CD) CP24</i>	Tier 2	120mg, 180mg, 240mg, 300mg
<i>dilt-xr CP24</i>	Tier 2	120mg, 180mg, 240mg
<i>diltiazem hcl CP12</i>	Tier 2	60mg, 90mg, 120mg; SOLN 25mg/5ml, 50mg/10ml, 125mg/25ml
<i>diltiazem hcl (generic of CARDIZEM) TABS</i>	Tier 1	30mg, 60mg, 120mg
<i>diltiazem hcl TABS</i>	Tier 1	90mg

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **LA** - Medicamentos con acceso limitado * - Suministro de días no extendidos **VI** - Vacunas / Insulinas

VI - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES	
<i>diltiazem hcl coated beads</i> (generic of CARDIZEM CD) CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg	Tier 2
<i>diltiazem hcl extended release beads</i> (generic of TIAZAC) CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	Tier 2
<i>felodipine</i> TB24 2.5mg, 5mg, 10mg	Tier 2
<i>nicardipine hcl</i> CAPS 20mg, 30mg	Tier 2
<i>nifedipine</i> TB24 30mg, 60mg, 90mg	Tier 2
<i>nifedipine</i> (generic of PROCARDIA XL) TB24 30mg, 60mg, 90mg	Tier 2
<i>nimodipine</i> CAPS 30mg	Tier 2
NYMALIZE SOLN 6mg/ml	Tier 5 *
<i>taztia xt</i> (generic of TIAZAC) CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg	Tier 2
<i>tiadylt er</i> (generic of TIAZAC) CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	Tier 2
<i>verapamil hcl</i> CP24 100mg, 200mg, 300mg, 360mg; SOLN 2.5mg/ml	Tier 2
<i>verapamil hcl</i> (generic of VERELAN) CP24 120mg, 180mg, 240mg	Tier 2
<i>verapamil hcl</i> TABS 40mg, 80mg, 120mg; TBCR 120mg, 180mg, 240mg	Tier 1
DIURETICS - DRUGS TO TREAT HEART CONDITIONS	
<i>acetazolamide</i> CP12 500mg; TABS 125mg, 250mg	Tier 2

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES	
<i>amiloride & hydrochlorothiazide tab 5-50 mg</i>	Tier 1
<i>amiloride hcl</i> TABS 5mg	Tier 1
<i>bumetanide</i> SOLN .25mg/ml; TABS 1mg, 2mg	Tier 2
<i>bumetanide</i> (generic of BUMEX) TABS .5mg	Tier 2
<i>chlorthalidone</i> TABS 25mg, 50mg	Tier 2
<i>furosemide</i> SOLN 10mg/ml, 40mg/5ml	Tier 1
<i>furosemide</i> (generic of LASIX) TABS 20mg, 40mg, 80mg	Tier 1
<i>furosemide inj</i> SOLN 10mg/ml	Tier 2
<i>hydrochlorothiazide</i> CAPS 12.5mg; TABS 12.5mg, 25mg, 50mg	Tier 1
<i>indapamide</i> TABS 1.25mg, 2.5mg	Tier 1
<i>methazolamide</i> TABS 25mg, 50mg	Tier 2
<i>metolazone</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	Tier 2
<i>spironolactone & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg</i>	Tier 2
<i>torseamide</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 100mg	Tier 1
<i>triamterene & hydrochlorothiazide cap 37.5-25 mg</i>	Tier 1
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab 37.5-25 mg</i>	Tier 1
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab 75-50 mg</i> (generic of MAXZIDE)	Tier 1

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D LA - Medicamentos con acceso limitado * - Suministro de días no extendidos VI - Vacunas / Insulinas

VI - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES

MISCELLANEOUS

<i>aliskiren fumarate</i> (generic of TEKURNA) TABS 150mg, 300mg	Tier 1		
<i>clonidine</i> (generic of CATAPRES-TTS-1) PTWK .1mg/24hr	Tier 2		
<i>clonidine</i> (generic of CATAPRES-TTS-2) PTWK .2mg/24hr	Tier 2		
<i>clonidine</i> (generic of CATAPRES-TTS-3) PTWK .3mg/24hr	Tier 2		
<i>clonidine hcl</i> TABS .1mg, .2mg, .3mg	Tier 1		
CORLANOR SOLN 5mg/5ml QL (450 mL / 30 days)	Tier 4	QL	
CORLANOR TABS 5mg, 7.5mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 4	QL	
<i>digoxin</i> SOLN .05mg/ml	Tier 2		
<i>digoxin</i> (generic of LANOXIN) SOLN .25mg/ml	Tier 2		
<i>digoxin</i> (generic of LANOXIN) TABS 125mcg, 250mcg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 2	QL	
<i>droxidopa</i> (generic of NORTHERA) CAPS 100mg QL (90 caps / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA	
<i>droxidopa</i> (generic of NORTHERA) CAPS 200mg, 300mg QL (180 caps / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA	
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOLN 1mg/ml	Tier 2		
<i>guanfacine hcl</i> TABS 1mg, 2mg PA if 70 years and older	Tier 3	PA	

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES

<i>hydralazine hcl</i> SOLN 20mg/ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg	Tier 2		
<i>metirosine</i> (generic of DEMSER) CAPS 250mg	Tier 5	* PA	
<i>midodrine hcl</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	Tier 2		
<i>minoxidil</i> TABS 2.5mg, 10mg	Tier 2		
<i>ranolazine</i> TB12 500mg, 1000mg	Tier 2		
VERQUVO TABS 2.5mg, 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 3	QL	
NITRATES - DRUGS TO TREAT HEART CONDITIONS			
<i>isosorbide dinitrate</i> (generic of ISORDIL TITRADOSE) TABS 5mg	Tier 2		
<i>isosorbide dinitrate</i> TABS 10mg, 20mg, 30mg	Tier 2		
<i>isosorbide mononitrate</i> TABS 10mg, 20mg; TB24 30mg, 60mg, 120mg	Tier 1		
NITRO-BID OINT 2%	Tier 3		
<i>nitroglycerin</i> PT24 .1mg/hr, .2mg/hr, .4mg/hr, .6mg/hr	Tier 2		
<i>nitroglycerin</i> (generic of NITROSTAT) SUBL .3mg, .4mg, .6mg	Tier 2		
PULMONARY ARTERIAL HYPERTENSION - DRUGS TO TREAT PULMONARY HYPERTENSION			
ADEMPAS TABS .5mg, 1mg, 1.5mg, 2mg, 2.5mg QL (90 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM LA PA	
<i>ambriasant</i> (generic of LETAIRIS) TABS 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM LA PA	

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **LA** - Medicamentos con acceso limitado * - Suministro de días no extendidos **VI** - Vacunas / Insulinas

VI - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>bosentan</i> (generic of TRACLEER) TABS 62.5mg, 125mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM LA PA
OPSUMIT TABS 10mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM LA PA
<i>sildenafil citrate</i> (pulmonary hypertension) (generic of REVATIO) TABS 20mg QL (360 tabs / 30 days)	Tier 2	QL NM PA
<i>treprostinil</i> SOLN 20mg/20ml, 50mg/20ml, 100mg/20ml, 200mg/20ml	Tier 5	* NM LA PA
VENTAVIS SOLN 10mcg/ml, 20mcg/ml	Tier 5	* NM LA PA
CENTRAL NERVOUS SYSTEM - DRUGS TO TREAT NERVOUS SYSTEM DISORDERS		
ANTI-ANXIETY - DRUGS TO TREAT ANXIETY		
<i>alprazolam</i> (generic of XANAX) TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg QL (150 tabs / 30 days)	Tier 2	QL
<i>buspirone hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 15mg	Tier 1	
<i>buspirone hcl</i> TABS 7.5mg, 30mg	Tier 2	
<i>fluvoxamine maleate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	Tier 2	
<i>lorazepam</i> CONC 2mg/ml QL (150 mL / 30 days)	Tier 2	QL
<i>lorazepam</i> (generic of ATIVAN) SOLN 2mg/ml, 4mg/ml	Tier 2	
<i>lorazepam</i> (generic of ATIVAN) TABS .5mg, 1mg, 2mg QL (150 tabs / 30 days)	Tier 2	QL

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>lorazepam intensol</i> CONC 2mg/ml QL (150 mL / 30 days)	Tier 2	QL
ANTIDEMENTIA - DRUGS TO TREAT DEMENTIA AND MEMORY LOSS		
<i>donepezil hydrochloride</i> (generic of ARICEPT) TABS 5mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 1	QL
<i>donepezil hydrochloride</i> (generic of ARICEPT) TABS 10mg	Tier 1	
<i>donepezil hydrochloride</i> TBDP 5mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 1	QL
<i>donepezil hydrochloride</i> TBDP 10mg	Tier 1	
<i>galantamine hydrobromide</i> CP24 8mg, 16mg, 24mg QL (30 caps / 30 days)	Tier 2	QL
<i>galantamine hydrobromide</i> SOLN 4mg/ml QL (200 mL / 30 days)	Tier 2	QL
<i>galantamine hydrobromide</i> TABS 4mg, 8mg, 12mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 2	QL
<i>memantine hcl</i> CP24 7mg; SOLN 2mg/ml; TABS 5mg, 10mg PA applies if 29 years and younger	Tier 2	PA
<i>memantine hcl</i> (generic of NAMENDA XR) CP24 14mg, 21mg, 28mg PA applies if 29 years and younger	Tier 2	PA
NAMZARIC CAP 7-10MG	Tier 4	
NAMZARIC CAP 14-10MG	Tier 4	
NAMZARIC CAP 21-10MG	Tier 4	
NAMZARIC CAP 28-10MG	Tier 4	
NAMZARIC CAP PACK	Tier 4	

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **LA** - Medicamentos con acceso limitado * - Suministro de días no extendidos **VI** - Vacunas / Insulinas

39

VI - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES		
<i>rivastigmine</i> (generic of EXELON) PT24 4.6mg/24hr, 9.5mg/24hr, 13.3mg/24hr QL (30 patches / 30 days)	Tier 2	QL
<i>rivastigmine tartrate</i> CAPS 1.5mg, 3mg, 4.5mg, 6mg QL (60 caps / 30 days)	Tier 2	QL
ANTIDEPRESSANTS - DRUGS TO TREAT DEPRESSION		
<i>amitriptyline hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	Tier 3	
<i>amoxapine</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg, 150mg	Tier 3	
AUVELITY TAB 45-105MG QL (60 tabs / 30 days)	Tier 4	QL PA
<i>bupropion hcl</i> TABS 75mg, 100mg	Tier 2	
<i>bupropion hcl</i> (generic of WELLBUTRIN SR) TB12 100mg, 150mg, 200mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 2	QL
<i>bupropion hcl</i> (generic of WELLBUTRIN XL) TB24 150mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 2	QL
<i>bupropion hcl</i> (generic of WELLBUTRIN XL) TB24 300mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 2	QL
<i>citalopram hydrobromide</i> SOLN 10mg/5ml	Tier 2	
<i>citalopram hydrobromide</i> (generic of CELEXA) TABS 10mg, 20mg, 40mg	Tier 1	
<i>clomipramine hcl</i> (generic of ANAFRANIL) CAPS 25mg, 50mg, 75mg	Tier 4	PA
<i>desipramine hcl</i> (generic of NORPRAMIN) TABS 10mg, 25mg	Tier 4	

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES		
<i>desipramine hcl</i> TABS 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	Tier 4	
<i>desvenlafaxine succinate</i> (generic of PRISTIQ) TB24 25mg, 50mg, 100mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 2	QL PA
<i>doxepin hcl</i> CAPS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg; CONC 10mg/ml	Tier 3	
<i>duloxetine hcl</i> (generic of CYMBALTA) CPEP 20mg, 30mg, 60mg QL (60 caps / 30 days)	Tier 2	QL
EMSAM PT24 6mg/24hr, 9mg/24hr, 12mg/24hr QL (30 patches / 30 days)	Tier 5	* QL PA
<i>escitalopram oxalate</i> SOLN 5mg/5ml	Tier 2	
<i>escitalopram oxalate</i> (generic of LEXAPRO) TABS 5mg, 10mg, 20mg	Tier 1	
FETZIMA CP24 20mg, 40mg QL (60 caps / 30 days)	Tier 4	QL PA
FETZIMA CP24 80mg, 120mg QL (30 caps / 30 days)	Tier 4	QL PA
FETZIMA CAP TITRATIO QL (2 packs / year)	Tier 4	QL PA
<i>fluoxetine hcl</i> (generic of PROZAC) CAPS 10mg, 20mg, 40mg	Tier 1	
<i>fluoxetine hcl</i> SOLN 20mg/5ml	Tier 2	
<i>imipramine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg	Tier 2	
MARPLAN TABS 10mg QL (180 tabs / 30 days)	Tier 4	QL
<i>mirtazapine</i> TABS 7.5mg	Tier 2	

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **LA** - Medicamentos con acceso limitado * - Suministro de días no extendidos **VI** - Vacunas / Insulinas

40

VI - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES	
<i>mirtazapine</i> (generic of REMERON) TABS 15mg, 30mg	Tier 1
<i>mirtazapine</i> TABS 45mg	Tier 1
<i>mirtazapine</i> (generic of REMERON SOLTAB) TDBP 15mg, 30mg, 45mg	Tier 2
<i>nefazodone hcl</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg, 250mg	Tier 2
<i>nortriptyline hcl</i> (generic of PAMELOR) CAPS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg	Tier 2
<i>nortriptyline hcl</i> SOLN 10mg/5ml	Tier 4
<i>paroxetine hcl</i> (generic of PAXIL) SUSP 10mg/5ml QL (900 mL / 30 days)	Tier 4 QL PA
<i>paroxetine hcl</i> (generic of PAXIL) TABS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	Tier 2
<i>phenelzine sulfate</i> (generic of NARDIL) TABS 15mg	Tier 2
<i>protriptyline hcl</i> TABS 5mg, 10mg	Tier 4
<i>sertraline hcl</i> (generic of ZOLOFT) CONC 20mg/ml	Tier 2
<i>sertraline hcl</i> (generic of ZOLOFT) TABS 25mg, 50mg, 100mg	Tier 1
<i>tranylcypromine sulfate</i> (generic of PARNATE) TABS 10mg	Tier 2
<i>trazodone hcl</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg	Tier 1
<i>trimipramine maleate</i> CAPS 25mg, 50mg QL (120 caps / 30 days)	Tier 4 QL
<i>trimipramine maleate</i> CAPS 100mg QL (60 caps / 30 days)	Tier 4 QL

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES	
TRINTELLIX TABS 5mg, 10mg, 20mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 4 QL
<i>venlafaxine hcl</i> (generic of EFFEXOR XR) CP24 37.5mg, 75mg, 150mg	Tier 1
<i>venlafaxine hcl</i> TABS 25mg, 37.5mg, 50mg, 75mg, 100mg	Tier 2
<i>vilazodone hcl</i> (generic of VIIBRYD) TABS 10mg, 20mg, 40mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 2 QL
ZURZUVAE CAPS 20mg, 25mg QL (28 caps / 14 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
ZURZUVAE CAPS 30mg QL (14 caps / 14 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
ANTIPARKINSONIAN AGENTS - DRUGS TO TREAT PARKINSONS DISEASE	
<i>amantadine hcl</i> CAPS 100mg QL (120 caps / 30 days)	Tier 2 QL
<i>amantadine hcl</i> SOLN 50mg/5ml; TABS 100mg	Tier 2
<i>benztropine mesylate</i> SOLN 1mg/ml	Tier 2
<i>benztropine mesylate</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg PA if 70 years and older	Tier 2 PA
<i>bromocriptine mesylate</i> (generic of PARLODEL) CAPS 5mg; TABS 2.5mg	Tier 2
<i>carb/levo orally disintegrating tab 10-100mg</i>	Tier 2
<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-100mg</i>	Tier 2
<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-250mg</i>	Tier 2
<i>carbidopa & levodopa tab 10-100 mg</i> (generic of SINEMET)	Tier 2

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **LA** - Medicamentos con acceso limitado * - Suministro de días no extendidos **VI** - Vacunas / Insulinas

41

VI - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES	
<i>carbidopa & levodopa tab</i> 25-100 mg (generic of SINEMET)	Tier 2
<i>carbidopa & levodopa tab</i> 25-250 mg	Tier 2
<i>carbidopa & levodopa tab er</i> 25-100 mg	Tier 2
<i>carbidopa & levodopa tab er</i> 50-200 mg	Tier 2
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i> 12.5-50-200 mg	Tier 2
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i> 18.75-75-200 mg	Tier 2
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i> 25-100-200 mg	Tier 2
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i> 31.25-125-200 mg	Tier 2
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i> 37.5-150-200 mg (generic of STALEVO 150)	Tier 2
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i> 50-200-200 mg	Tier 2
<i>entacapone</i> TABS 200mg	Tier 2
INBRIJA CAPS 42mg QL (300 caps / 30 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
NEUPRO PT24 1mg/24hr, 2mg/24hr, 3mg/24hr, 4mg/24hr, 6mg/24hr, 8mg/24hr	Tier 4
<i>pramipexole dihydrochloride</i> TABS .125mg, .25mg, .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg	Tier 1
<i>rasagiline mesylate</i> (generic of AZILECT) TABS .5mg, 1mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 2 QL

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES			
<i>ropinirole hydrochloride</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg, 5mg	Tier 1		
<i>selegiline hcl</i> CAPS 5mg; TABS 5mg	Tier 2		
<i>trihexyphenidyl hcl</i> SOLN .4mg/ml PA if 70 years and older	Tier 3	PA	
<i>trihexyphenidyl hcl</i> TABS 2mg, 5mg PA if 70 years and older	Tier 2	PA	
ANTIPSYCHOTICS - DRUGS TO TREAT PSYCHOSES			
ABILIFY MAINTENA PRSY 300mg, 400mg QL (1 syringe / 28 days)	Tier 5	* QL	
ABILIFY MAINTENA SRER 300mg, 400mg QL (1 injection / 28 days)	Tier 5	* QL	
<i>aripiprazole</i> SOLN 1mg/ml QL (900 mL / 30 days)	Tier 2	QL	
<i>aripiprazole</i> (generic of ABILIFY) TABS 2mg, 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 30mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 2	QL	
<i>aripiprazole</i> TBDP 10mg, 15mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 2	QL	
ARISTADA PRSY 441mg/1.6ml, 662mg/2.4ml, 882mg/3.2ml QL (1 syringe / 28 days)	Tier 5	* QL	
ARISTADA PRSY 1064mg/3.9ml QL (1 syringe / 56 days)	Tier 5	* QL	
ARISTADA INITIO PRSY 675mg/2.4ml	Tier 5	*	

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **LA** - Medicamentos con acceso limitado * - Suministro de días no extendidos **VI** - Vacunas / Insulinas

42

VI - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>asenapine maleate</i> (generic of SAPHRIS) SUBL 2.5mg, 5mg, 10mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 2	QL
CAPLYTA CAPS 10.5mg, 21mg, 42mg QL (30 caps / 30 days)	Tier 5	* QL
<i>chlorpromazine hcl</i> CONC 30mg/ml, 100mg/ml; SOLN 25mg/ml, 50mg/2ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	Tier 2	
<i>clozapine</i> (generic of CLOZARIL) TABS 25mg, 50mg	Tier 2	
<i>clozapine</i> (generic of CLOZARIL) TABS 100mg QL (270 tabs / 30 days)	Tier 2	QL
<i>clozapine</i> (generic of CLOZARIL) TABS 200mg QL (120 tabs / 30 days)	Tier 2	QL
<i>clozapine</i> TBDP 12.5mg, 25mg	Tier 2	PA
<i>clozapine</i> TBDP 100mg QL (270 tabs / 30 days)	Tier 2	QL PA
<i>clozapine</i> TBDP 150mg QL (180 tabs / 30 days)	Tier 2	QL PA
<i>clozapine</i> TBDP 200mg QL (120 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL PA
FANAPT TABS 1mg, 2mg, 4mg, 6mg, 8mg, 10mg, 12mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL PA
FANAPT PAK QL (2 packs / year)	Tier 4	QL PA
<i>fluphenazine decanoate</i> SOLN 25mg/ml	Tier 2	

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

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **LA** - Medicamentos con acceso limitado * - Suministro de días no extendidos **VI** - Vacunas / Insulinas

43

VI - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES		
<i>lurasidone hcl</i> (generic of LATUDA) TABS 80mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 2	QL
<i>molindone hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 25mg	Tier 2	
NUPLAZID CAPS 34mg QL (30 caps / 30 days)	Tier 5	* QL NM LA PA
NUPLAZID TABS 10mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM LA PA
<i>olanzapine</i> (generic of ZYPREXA) SOLR 10mg QL (3 vials / 1 day)	Tier 2	QL
<i>olanzapine</i> (generic of ZYPREXA) TABS 2.5mg, 5mg, 10mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 2	QL
<i>olanzapine</i> (generic of ZYPREXA) TABS 7.5mg, 15mg, 20mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 2	QL
<i>olanzapine</i> (generic of ZYPREXA ZYDIS) TBP 5mg, 15mg, 20mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 2	QL
<i>olanzapine</i> (generic of ZYPREXA ZYDIS) TBP 10mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 2	QL
<i>paliperidone</i> TB24 1.5mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 2	QL
<i>paliperidone</i> (generic of INVEGA) TB24 3mg, 9mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 2	QL
<i>paliperidone</i> (generic of INVEGA) TB24 6mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 2	QL
<i>perphenazine</i> TABS 2mg, 4mg, 8mg, 16mg	Tier 2	
PERSERIS PRSY 90mg, 120mg QL (1 syringe / 30 days)	Tier 5	* QL
<i>pimozide</i> TABS 1mg, 2mg	Tier 2	

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES		
<i>quetiapine fumarate</i> (generic of SEROQUEL) TABS 25mg QL (180 tabs / 30 days)	Tier 2	QL
<i>quetiapine fumarate</i> (generic of SEROQUEL) TABS 50mg, 100mg, 200mg QL (90 tabs / 30 days)	Tier 2	QL
<i>quetiapine fumarate</i> TABS 150mg QL (90 tabs / 30 days)	Tier 2	QL
<i>quetiapine fumarate</i> (generic of SEROQUEL) TABS 300mg, 400mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 2	QL
<i>quetiapine fumarate</i> (generic of SEROQUEL XR) TB24 50mg, 300mg, 400mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 2	QL PA
<i>quetiapine fumarate</i> (generic of SEROQUEL XR) TB24 150mg, 200mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 2	QL PA
REXULTI TABS 3mg, 4mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL
REXULTI TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL
RISPERDAL CONSTA SRER 12.5mg, 25mg QL (2 injections / 28 days)	Tier 4	QL
RISPERDAL CONSTA SRER 37.5mg, 50mg QL (2 injections / 28 days)	Tier 5	* QL
<i>risperidone</i> (generic of RISPERDAL) SOLN 1mg/ml QL (240 mL / 30 days)	Tier 2	QL
<i>risperidone</i> (generic of RISPERDAL) TABS .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	Tier 1	

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **LA** - Medicamentos con acceso limitado * - Suministro de días no extendidos **VI** - Vacunas / Insulinas 44

VI - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES			
<i>risperidone</i> TABS .25mg	Tier 1		
<i>risperidone</i> TBDP 1mg, 2mg, 3mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 2	QL	
<i>risperidone</i> TBDP 4mg QL (120 tabs / 30 days)	Tier 2	QL	
<i>risperidone</i> TBDP .25mg, .5mg QL (90 tabs / 30 days)	Tier 2	QL	
<i>risperidone microspheres</i> (generic of RISPERDAL CONSTA) SRER 12.5mg, 25mg QL (2 injections / 28 days)	Tier 2	QL	
<i>risperidone microspheres</i> (generic of RISPERDAL CONSTA) SRER 37.5mg, 50mg QL (2 injections / 28 days)	Tier 5	* QL	
SECUADO PT24 3.8mg/24hr, 5.7mg/24hr, 7.6mg/24hr QL (30 patches / 30 days)	Tier 5	* QL	
<i>thioridazine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg	Tier 2		
<i>thiothixene</i> CAPS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	Tier 2		
<i>trifluoperazine hcl</i> TABS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	Tier 2		
VERSACLOZ SUSP 50mg/ml QL (600 mL / 30 days)	Tier 5	* QL PA	
VRAYLAR CAPS 1.5mg QL (60 caps / 30 days)	Tier 5	* QL	
VRAYLAR CAPS 3mg, 4.5mg, 6mg QL (30 caps / 30 days)	Tier 5	* QL	
VRAYLAR CAP 1.5-3MG QL (2 packs / year)	Tier 4	QL	

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES			
<i>ziprasidone hcl</i> (generic of GEODON) CAPS 20mg, 40mg, 60mg, 80mg QL (60 caps / 30 days)	Tier 2	QL	
<i>ziprasidone mesylate</i> (generic of GEODON) SOLR 20mg QL (6 injections / 3 days)	Tier 2	QL	
ZYPREXA RELPREVV SUSR 210mg, 300mg QL (2 vials / 28 days)	Tier 5	* QL NM PA	
ZYPREXA RELPREVV SUSR 405mg QL (1 vial / 28 days)	Tier 5	* QL NM PA	
ANTISEIZURE AGENTS			
APTIOM TABS 200mg, 400mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL	
APTIOM TABS 600mg, 800mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL	
BRIVIACT SOLN 10mg/ml QL (600 mL / 30 days)	Tier 5	* QL PA	
BRIVIACT SOLN 50mg/5ml	Tier 4	PA	
BRIVIACT TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL PA	
<i>carbamazepine</i> CHEW 100mg	Tier 2		
<i>carbamazepine</i> (generic of CARBATROL) CP12 100mg, 200mg, 300mg	Tier 2		
<i>carbamazepine</i> (generic of TEGRETOL) SUSP 100mg/5ml; TABS 200mg	Tier 2		
<i>carbamazepine</i> (generic of TEGRETOL-XR) TB12 100mg, 200mg, 400mg	Tier 2		
<i>clobazam</i> (generic of ONFI) SUSP 2.5mg/ml QL (480 mL / 30 days)	Tier 2	QL PA	

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **LA** - Medicamentos con acceso limitado * - Suministro de días no extendidos **VI** - Vacunas / Insulinas

45

VI - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES			
<i>clobazam</i> (generic of ONFI) TABS 10mg, 20mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 2		QL PA
<i>clonazepam</i> (generic of KLONOPIN) TABS 2mg QL (300 tabs / 30 days)	Tier 2		QL
<i>clonazepam</i> (generic of KLONOPIN) TABS .5mg, 1mg QL (90 tabs / 30 days)	Tier 2		QL
<i>clonazepam</i> TBDP 2mg QL (300 tabs / 30 days)	Tier 2		QL
<i>clonazepam</i> TBDP .125mg, .25mg, .5mg, 1mg QL (90 tabs / 30 days)	Tier 2		QL
<i>clorazepate dipotassium</i> TABS 3.75mg, 7.5mg, 15mg QL (180 tabs / 30 days) PA if 65 years and older	Tier 2		QL PA
DIACOMIT CAPS 250mg QL (360 caps / 30 days)	Tier 5	* QL NM LA	PA
DIACOMIT CAPS 500mg QL (180 caps / 30 days)	Tier 5	* QL NM LA	PA
DIACOMIT PACK 250mg QL (360 packets / 30 days)	Tier 5	* QL NM LA	PA
DIACOMIT PACK 500mg QL (180 packets / 30 days)	Tier 5	* QL NM LA	PA
<i>diazepam</i> SOLN 5mg/5ml QL (1200 mL / 30 days) PA applies if 65 years and older after a 5 day supply in a calendar year	Tier 2		QL PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES			
<i>diazepam</i> (generic of VALIUM) TABS 2mg, 5mg, 10mg QL (120 tabs / 30 days) PA applies if 65 years and older after a 5 day supply in a calendar year	Tier 2		QL PA
<i>diazepam (anticonvulsant)</i> GEL 2.5mg, 10mg, 20mg	Tier 2		
<i>diazepam inj</i> SOLN 5mg/ml	Tier 2		
<i>diazepam intensol</i> CONC 5mg/ml QL (240 mL / 30 days) PA applies if 65 years and older after a 5 day supply in a calendar year	Tier 2		QL PA
DILANTIN CAPS 30mg, 100mg	Tier 4		
DILANTIN INFATABS CHEW 50mg	Tier 4		
DILANTIN-125 SUSP 125mg/5ml	Tier 4		
<i>divalproex sodium</i> (generic of DEPAKOTE SPRINKLES) CSDR 125mg	Tier 2		
<i>divalproex sodium</i> (generic of DEPAKOTE ER) TB24 250mg, 500mg	Tier 2		
<i>divalproex sodium</i> (generic of DEPAKOTE) TBEC 125mg, 250mg, 500mg	Tier 2		
EPIDIOLEX SOLN 100mg/ml QL (600 mL / 30 days)	Tier 5	* QL NM LA	PA
<i>epitol</i> (generic of TEGRETOL) TABS 200mg	Tier 2		
EPRONTIA SOLN 25mg/ml QL (480 mL / 30 days)	Tier 4		QL PA
<i>ethosuximide</i> (generic of ZARONTIN) CAPS 250mg; SOLN 250mg/5ml	Tier 2		

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **LA** - Medicamentos con acceso limitado * - Suministro de días no extendidos **VI** - Vacunas / Insulinas

46

VI - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>felbamate</i> SUSP 600mg/5ml	Tier 5	*
<i>felbamate</i> (generic of FELBATOL) TABS 400mg, 600mg	Tier 2	
FINTEPLA SOLN 2.2mg/ml QL (360 mL / 30 days)	Tier 5	* QL NM LA PA
FYCOMPA SUSP .5mg/ml QL (720 mL / 30 days)	Tier 5	* QL PA
FYCOMPA TABS 2mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 4	QL PA
FYCOMPA TABS 4mg, 6mg, 8mg, 10mg, 12mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL PA
<i>gabapentin</i> (generic of NEURONTIN) CAPS 100mg, 300mg, 400mg QL (180 caps / 30 days)	Tier 1	QL
<i>gabapentin</i> (generic of NEURONTIN) SOLN 250mg/5ml, 300mg/6ml QL (2160 mL / 30 days)	Tier 2	QL
<i>gabapentin</i> (generic of NEURONTIN) TABS 600mg QL (180 tabs / 30 days)	Tier 2	QL
<i>gabapentin</i> (generic of NEURONTIN) TABS 800mg QL (120 tabs / 30 days)	Tier 2	QL
<i>lacosamide</i> (generic of VIMPAT) SOLN 200mg/20ml	Tier 2	
<i>lacosamide</i> (generic of VIMPAT) TABS 50mg QL (120 tabs / 30 days)	Tier 2	QL

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>lacosamide</i> (generic of VIMPAT) TABS 100mg, 150mg, 200mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 2	QL
<i>lacosamide oral</i> (generic of VIMPAT) SOLN 10mg/ml QL (1200 mL / 30 days)	Tier 2	QL
<i>lamotrigine</i> (generic of LAMICTAL CHEWABLE DISPERS) CHEW 5mg, 25mg	Tier 2	
<i>lamotrigine</i> (generic of LAMICTAL) TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg	Tier 1	
<i>lamotrigine</i> (generic of LAMICTAL XR) TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 250mg, 300mg	Tier 2	
<i>levetiracetam</i> (generic of KEPPRA) SOLN 100mg/ml, 500mg/5ml; TABS 250mg, 500mg, 750mg, 1000mg	Tier 2	
<i>levetiracetam</i> (generic of KEPPRA XR) TB24 500mg, 750mg	Tier 2	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 500 mg/100ml</i> (generic of LEVETIRACETAM)	Tier 2	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1000 mg/100ml</i> (generic of LEVETIRACETAM)	Tier 2	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1500 mg/100ml</i> (generic of LEVETIRACETAM)	Tier 2	
<i>methsuximide</i> (generic of CELONTIN) CAPS 300mg	Tier 2	
NAYZILAM SOLN 5mg/0.1ml	Tier 4	

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **LA** - Medicamentos con acceso limitado * - Suministro de días no extendidos **VI** - Vacunas / Insulinas

47

VI - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>oxcarbazepine</i> (generic of TRILEPTAL) SUSP 300mg/5ml; TABS 150mg, 300mg, 600mg	Tier 2	
<i>phenobarbital</i> ELIX 20mg/5ml QL (1500 mL / 30 days) PA if 70 years and older	Tier 4	QL PA
<i>phenobarbital</i> TABS 15mg, 16.2mg, 30mg, 32.4mg, 60mg, 64.8mg, 97.2mg, 100mg QL (120 tabs / 30 days) PA if 70 years and older	Tier 3	QL PA
<i>phenobarbital sodium</i> SOLN 65mg/ml, 130mg/ml PA if 70 years and older	Tier 4	PA
<i>phenytek</i> CAPS 200mg, 300mg	Tier 2	
<i>phenytoin</i> (generic of DILANTIN INFATABS) CHEW 50mg	Tier 2	
<i>phenytoin</i> (generic of DILANTIN-125) SUSP 125mg/5ml	Tier 2	
<i>phenytoin sodium</i> SOLN 50mg/ml	Tier 2	
<i>phenytoin sodium extended</i> (generic of DILANTIN) CAPS 100mg	Tier 2	
<i>phenytoin sodium extended</i> CAPS 200mg, 300mg	Tier 2	
<i>pregabalin</i> (generic of LYRICA) CAPS 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg QL (120 caps / 30 days)	Tier 2	QL PA
<i>pregabalin</i> (generic of LYRICA) CAPS 200mg QL (90 caps / 30 days)	Tier 2	QL PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>pregabalin</i> (generic of LYRICA) CAPS 225mg, 300mg QL (60 caps / 30 days)	Tier 2	QL PA
<i>pregabalin</i> (generic of LYRICA) SOLN 20mg/ml QL (900 mL / 30 days)	Tier 2	QL PA
<i>primidone</i> (generic of MYSOLINE) TABS 50mg, 250mg	Tier 1	
<i>primidone</i> TABS 125mg	Tier 1	
<i>roweepra</i> (generic of KEPPRA) TABS 500mg	Tier 2	
<i>rufinamide</i> (generic of BANZEL) SUSP 40mg/ml QL (2400 mL / 30 days)	Tier 5	* QL PA
<i>rufinamide</i> (generic of BANZEL) TABS 200mg QL (480 tabs / 30 days)	Tier 2	QL PA
<i>rufinamide</i> (generic of BANZEL) TABS 400mg QL (240 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL PA
SPRITAM TB3D 250mg QL (360 tabs / 30 days)	Tier 4	QL
SPRITAM TB3D 500mg QL (180 tabs / 30 days)	Tier 4	QL
SPRITAM TB3D 750mg QL (120 tabs / 30 days)	Tier 4	QL
SPRITAM TB3D 1000mg QL (90 tabs / 30 days)	Tier 4	QL
<i>subvenite</i> (generic of LAMICTAL) TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg	Tier 1	
SYMPAZAN FILM 5mg, 10mg, 20mg QL (60 films / 30 days)	Tier 5	* QL PA

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **LA** - Medicamentos con acceso limitado * - Suministro de días no extendidos **VI** - Vacunas / Insulinas

48

VI - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES		
<i>tiagabine hcl</i> TABS 2mg, 4mg, 12mg, 16mg	Tier 2	
<i>topiramate</i> (generic of TOPAMAX SPRINKLE) CPSP 15mg, 25mg	Tier 2	
<i>topiramate</i> (generic of TOPAMAX) TABS 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	Tier 1	
<i>valproate sodium</i> SOLN 100mg/ml, 250mg/5ml	Tier 2	
<i>valproic acid</i> CAPS 250mg	Tier 2	
VALTOCO 5 MG DOSE LIQD 5mg/0.1ml	Tier 4	
VALTOCO 10 MG DOSE LIQD 10mg/0.1ml	Tier 4	
VALTOCO 15 MG DOSE LQPK 7.5mg/0.1ml	Tier 4	
VALTOCO 20 MG DOSE LQPK 10mg/0.1ml	Tier 4	
<i>vigabatrin</i> (generic of SABRIL) PACK 500mg QL (180 packets / 30 days)	Tier 5	* QL NM LA PA
<i>vigabatrin</i> (generic of SABRIL) TABS 500mg QL (180 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM LA PA
<i>vigadrone</i> (generic of SABRIL) PACK 500mg QL (180 packets / 30 days)	Tier 5	* QL NM LA PA
<i>vigadrone</i> (generic of SABRIL) TABS 500mg QL (180 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM LA PA
XCOPRI TABS 50mg, 100mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL
XCOPRI TABS 150mg, 200mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL
XCOPRI PAK 12.5-25 QL (28 tabs / 28 days)	Tier 4	QL

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES		
XCOPRI PAK 50-100MG QL (28 tabs / 28 days)	Tier 5	* QL
XCOPRI PAK 100-150 QL (56 tabs / 28 days)	Tier 5	* QL
XCOPRI PAK 150-200MG (MAINTENANCE) QL (56 tabs / 28 days)	Tier 5	* QL
XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION) QL (28 tabs / 28 days)	Tier 5	* QL
ZONISADE SUSP 100mg/5ml QL (900 mL / 30 days)	Tier 5	* QL PA
<i>zonisamide</i> (generic of ZONEGRAN) CAPS 25mg, 100mg	Tier 2	
<i>zonisamide</i> CAPS 50mg	Tier 2	
ZTALMY SUSP 50mg/ml QL (1100 mL / 30 days)	Tier 5	* QL NM LA PA
ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER - DRUGS TO TREAT ADHD		
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i> 24hr 5 mg (generic of ADDERALL XR) QL (30 caps / 30 days)	Tier 2	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i> 24hr 10 mg (generic of ADDERALL XR) QL (30 caps / 30 days)	Tier 2	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i> 24hr 15 mg (generic of ADDERALL XR) QL (30 caps / 30 days)	Tier 2	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i> 24hr 20 mg (generic of ADDERALL XR) QL (30 caps / 30 days)	Tier 2	QL PA

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **LA** - Medicamentos con acceso limitado * - Suministro de días no extendidos **VI** - Vacunas / Insulinas

49

VI - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 25 mg</i> (generic of ADDERALL XR) QL (30 caps / 30 days)	Tier 2	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 30 mg</i> (generic of ADDERALL XR) QL (30 caps / 30 days)	Tier 2	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 5 mg</i> (generic of ADDERALL) QL (60 tabs / 30 days)	Tier 2	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 7.5 mg</i> (generic of ADDERALL) QL (60 tabs / 30 days)	Tier 2	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 10 mg</i> (generic of ADDERALL) QL (60 tabs / 30 days)	Tier 2	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 12.5 mg</i> (generic of ADDERALL) QL (60 tabs / 30 days)	Tier 2	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 15 mg</i> (generic of ADDERALL) QL (60 tabs / 30 days)	Tier 2	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 20 mg</i> (generic of ADDERALL) QL (90 tabs / 30 days)	Tier 2	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 30 mg</i> (generic of ADDERALL) QL (60 tabs / 30 days)	Tier 2	QL PA
<i>atomoxetine hcl</i> (generic of STRATTERA) CAPS 10mg, 18mg, 25mg QL (120 caps / 30 days)	Tier 2	QL

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>atomoxetine hcl</i> (generic of STRATTERA) CAPS 40mg QL (60 caps / 30 days)	Tier 2	QL
<i>atomoxetine hcl</i> (generic of STRATTERA) CAPS 60mg, 80mg, 100mg QL (30 caps / 30 days)	Tier 2	QL
<i>dexmethylphenidate hcl</i> (generic of FOCALIN) TABS 2.5mg, 5mg QL (120 tabs / 30 days)	Tier 2	QL PA
<i>dexmethylphenidate hcl</i> (generic of FOCALIN) TABS 10mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 2	QL PA
<i>guanfacine hcl (adhd)</i> (generic of INTUNIV) TB24 1mg, 2mg, 4mg QL (30 tabs / 30 days) PA if 70 years and older	Tier 3	QL PA
<i>guanfacine hcl (adhd)</i> (generic of INTUNIV) TB24 3mg QL (60 tabs / 30 days) PA if 70 years and older	Tier 3	QL PA
<i>methylphenidate hcl</i> (generic of METHYLIN) SOLN 5mg/5ml QL (1800 mL / 30 days)	Tier 2	QL PA
<i>methylphenidate hcl</i> (generic of METHYLIN) SOLN 10mg/5ml QL (900 mL / 30 days)	Tier 2	QL PA
<i>methylphenidate hcl</i> (generic of RITALIN) TABS 5mg, 10mg QL (180 tabs / 30 days)	Tier 2	QL PA
<i>methylphenidate hcl</i> (generic of RITALIN) TABS 20mg QL (90 tabs / 30 days)	Tier 2	QL PA

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **LA** - Medicamentos con acceso limitado * - Suministro de días no extendidos **VI** - Vacunas / Insulinas 50

VI - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES			
<i>methylphenidate hcl</i> TBCR Tier 2 QL PA 10mg, 20mg QL (90 tabs / 30 days)			
HYPNOTICS - DRUGS TO TREAT INSOMNIA			
DAYVIGO TABS 5mg, Tier 3 QL 10mg QL (30 tabs / 30 days)			
<i>doxepin hcl (sleep)</i> (generic Tier 2 QL of SILENOR) TABS 3mg, 6mg QL (30 tabs / 30 days)			
<i>tasimelteon</i> (generic of Tier 5 * QL NM PA HETLIOZ) CAPS 20mg QL (30 caps / 30 days)			
<i>temazepam</i> (generic of Tier 2 QL PA RESTORIL) CAPS 7.5mg, 30mg QL (30 caps / 30 days) PA if 65 years and older			
<i>temazepam</i> (generic of Tier 2 QL PA RESTORIL) CAPS 15mg QL (60 caps / 30 days) PA if 65 years and older			
<i>zolpidem tartrate</i> (generic of Tier 2 QL PA AMBIEN) TABS 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 days) PA applies if 70 years and older after a 90 day supply in a calendar year			
MIGRAINE - DRUGS TO TREAT SEVERE HEADACHES			
AIMOVIG SOAJ 70mg/ml, Tier 3 QL NM PA 140mg/ml QL (1 pen / 30 days)			
<i>dihydroergotamine mesylate</i> Tier 5 * SOLN 1mg/ml			
<i>dihydroergotamine mesylate</i> Tier 5 * QL PA (generic of MIGRANAL) SOLN 4mg/ml QL (8 mL / 30 days)			

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES			
<i>ergotamine w/ caffeine tab</i> Tier 2 QL PA 1-100 mg QL (40 tabs / 28 days)			
<i>naratriptan hcl</i> TABS 1mg, Tier 2 QL 2.5mg QL (12 tabs / 30 days)			
NURTEC TBDP 75mg Tier 3 QL PA QL (16 tabs / 30 days)			
QULIPTA TABS 10mg, Tier 3 QL PA 30mg, 60mg QL (30 tabs / 30 days)			
<i>rizatriptan benzoate</i> TABS Tier 2 QL 5mg; TBDP 5mg QL (18 tabs / 30 days)			
<i>rizatriptan benzoate</i> (generic Tier 2 QL of MAXALT) TABS 10mg QL (18 tabs / 30 days)			
<i>rizatriptan benzoate</i> (generic Tier 2 QL of MAXALT-MLT) TBDP 10mg QL (18 tabs / 30 days)			
<i>sumatriptan</i> SOLN 5mg/act Tier 2 QL QL (24 units / 30 days)			
<i>sumatriptan</i> SOLN Tier 2 QL 20mg/act QL (12 units / 30 days)			
<i>sumatriptan succinate</i> Tier 2 QL SOAJ 4mg/0.5ml; SOCT 4mg/0.5ml QL (18 injections / 30 days)			
<i>sumatriptan succinate</i> Tier 2 QL (generic of IMITREX STATDOSE SYSTEM) SOAJ 6mg/0.5ml QL (12 injections / 30 days)			
<i>sumatriptan succinate</i> Tier 2 QL (generic of IMITREX STATDOSE REFILL) SOCT 6mg/0.5ml QL (12 injections / 30 days)			

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D LA - Medicamentos con acceso limitado * - Suministro de días no extendidos VI - Vacunas / Insulinas

51

VI - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>sumatriptan succinate</i> SOLN 6mg/0.5ml QL (12 injections / 30 days)	Tier 2	QL
<i>sumatriptan succinate</i> (generic of IMITREX) TABS 25mg, 50mg, 100mg QL (12 tabs / 30 days)	Tier 2	QL
UBRELVY TABS 50mg, 100mg QL (16 tabs / 30 days)	Tier 3	QL PA
MISCELLANEOUS		
AUSTEDO TABS 6mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 5 *	QL NM LA PA
AUSTEDO TABS 9mg, 12mg QL (120 tabs / 30 days)	Tier 5 *	QL NM LA PA
AUSTEDO XR TB24 6mg QL (90 tabs / 30 days)	Tier 5 *	QL NM PA
AUSTEDO XR TB24 12mg QL (120 tabs / 30 days)	Tier 5 *	QL NM PA
AUSTEDO XR TB24 24mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 5 *	QL NM PA
AUSTEDO XR TAB TITR KIT QL (2 packs / year)	Tier 5 *	QL NM PA
LITHIUM SOLN 8meq/5ml	Tier 4	
<i>lithium carbonate</i> CAPS 150mg, 300mg, 600mg; TABS 300mg	Tier 1	
<i>lithium carbonate</i> (generic of LITHOBID) TBCR 300mg	Tier 2	
<i>lithium carbonate</i> TBCR 450mg	Tier 2	
NUDEXTA CAP 20-10MG QL (60 caps / 30 days)	Tier 4	QL PA
<i>pyridostigmine bromide</i> (generic of MESTINON) TABS 60mg	Tier 2	
<i>riluzole</i> (generic of RILUTEK) TABS 50mg	Tier 2	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>tetrabenazine</i> (generic of XENAZINE) TABS 12.5mg QL (90 tabs / 30 days)	Tier 5 *	QL NM PA
<i>tetrabenazine</i> (generic of XENAZINE) TABS 25mg QL (120 tabs / 30 days)	Tier 5 *	QL NM PA
MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS - DRUGS TO TREAT MULTIPLE SCLEROSIS		
BAFIERTAM CPDR 95mg QL (120 caps / 30 days)	Tier 5 *	QL NM LA PA
BETASERON KIT .3mg QL (14 syringes / 28 days)	Tier 5 *	QL NM PA
<i>dalfampridine</i> (generic of AMPYRA) TB12 10mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 2	QL NM PA
<i>ingolimod hcl</i> (generic of GILENYA) CAPS .5mg QL (30 caps / 30 days)	Tier 5 *	QL NM PA
<i>glatiramer acetate</i> (generic of COPAXONE) SOSY 20mg/ml QL (30 syringes / 30 days)	Tier 5 *	QL NM PA
<i>glatiramer acetate</i> (generic of COPAXONE) SOSY 40mg/ml QL (12 syringes / 28 days)	Tier 5 *	QL NM PA
<i>glatopa</i> (generic of COPAXONE) SOSY 20mg/ml QL (30 syringes / 30 days)	Tier 5 *	QL NM PA
<i>glatopa</i> (generic of COPAXONE) SOSY 40mg/ml QL (12 syringes / 28 days)	Tier 5 *	QL NM PA

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **LA** - Medicamentos con acceso limitado * - Suministro de días no extendidos **VI** - Vacunas / Insulinas

52

VI - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO		NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
KESIMPTA	SOAJ 20mg/0.4ml	Tier 5	* QL NM LA PA
QL (16 pens / year)			
MUSCULOSKELETAL THERAPY AGENTS - DRUGS TO TREAT MUSCLE SPASMS			
<i>baclofen</i>	TABS 5mg	Tier 2	QL
QL (90 tabs / 30 days)			
<i>baclofen</i>	TABS 10mg, 20mg	Tier 2	
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	TABS 5mg, 10mg	Tier 3	QL PA
QL (90 tabs / 30 days)			
PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year			
<i>dantrolene sodium</i> (generic of DANTRIUM)	CAPS 25mg	Tier 2	
<i>dantrolene sodium</i>	CAPS 50mg, 100mg	Tier 2	
<i>tizanidine hcl</i>	TABS 2mg	Tier 2	
<i>tizanidine hcl</i> (generic of ZANAFLEX)	TABS 4mg	Tier 2	
NARCOLEPSY/CATAPLEXY - DRUGS FOR SLEEP DISORDERS			
<i>armodafinil</i> (generic of NUVIGIL)	TABS 50mg	Tier 2	QL PA
QL (60 tabs / 30 days)			
<i>armodafinil</i> (generic of NUVIGIL)	TABS 150mg, 200mg, 250mg	Tier 2	QL PA
QL (30 tabs / 30 days)			
<i>modafinil</i> (generic of PROVIGIL)	TABS 100mg	Tier 2	QL PA
QL (30 tabs / 30 days)			
<i>modafinil</i> (generic of PROVIGIL)	TABS 200mg	Tier 2	QL PA
QL (60 tabs / 30 days)			
SODIUM OXYBATE	SOLN 500mg/ml	Tier 5	* QL NM LA PA
QL (540 mL / 30 days)			

NOMBRE DE MEDICAMENTO		NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
PSYCHOTHERAPEUTIC-MISC			
<i>acamprosate calcium</i>	TBEC 333mg	Tier 2	
<i>buprenorphine hcl</i>	SUBL 2mg, 8mg	Tier 2	QL PA
QL (90 tabs / 30 days)			
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 2-0.5 mg</i> (base equiv) (generic of SUBOXONE)		Tier 2	QL
QL (90 films / 30 days)			
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 4-1 mg</i> (base equiv) (generic of SUBOXONE)		Tier 2	QL
QL (90 films / 30 days)			
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 8-2 mg</i> (base equiv) (generic of SUBOXONE)		Tier 2	QL
QL (90 films / 30 days)			
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 12-3 mg</i> (base equiv) (generic of SUBOXONE)		Tier 2	QL
QL (60 films / 30 days)			
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 2-0.5 mg</i> (base equiv)		Tier 2	QL
QL (90 tabs / 30 days)			
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 8-2 mg</i> (base equiv)		Tier 2	QL
QL (90 tabs / 30 days)			
<i>bupropion hcl</i> (smoking deterrent) TB12	150mg	Tier 2	QL
QL (60 tabs / 30 days)			
<i>disulfiram</i>	TABS 250mg, 500mg	Tier 2	
<i>naloxone hcl</i> LIQD	4mg/0.1ml; SOCT .4mg/ml; SOLN .4mg/ml, 4mg/10ml; SOSY 2mg/2ml	Tier 2	

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **LA** - Medicamentos con acceso limitado * - Suministro de días no extendidos **VI** - Vacunas / Insulinas

53

VI - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES			
<i>naltrexone hcl</i> TABS 50mg	Tier 2		
NICOTROL INHALER INHA 10mg	Tier 4		
NICOTROL NS SOLN 10mg/ml	Tier 4		
<i>varenicline tartrate</i> TABS .5mg, 1mg QL (56 tabs / 28 days)	Tier 2	QL PA	
<i>varenicline tartrate tab 11 x 0.5 mg & 42 x 1 mg start pack</i> QL (2 packs / year)	Tier 2	QL PA	
VIVITROL SUSR 380mg	Tier 5		* NM
ENDOCRINE AND METABOLIC - DRUGS TO TREAT DIABETES AND REGULATE HORMONES			
ANDROGENS - DRUGS TO REGULATE MALE HORMONES			
<i>depo-testosterone</i> SOLN 100mg/ml, 200mg/ml	Tier 2		PA
<i>methyltestosterone</i> CAPS 10mg QL (600 caps / 30 days)	Tier 5		* QL PA
<i>testosterone</i> GEL 1%, 25mg/2.5gm, 50mg/5gm QL (300 gm / 30 days)	Tier 2	QL PA	
<i>testosterone</i> (generic of ANDROGEL PUMP) GEL 1.62% QL (150 gm / 30 days)	Tier 2	QL PA	
<i>testosterone cypionate</i> SOLN 100mg/ml, 200mg/ml	Tier 2		PA
<i>testosterone enanthate</i> SOLN 200mg/ml	Tier 2		PA
ANTIDIABETICS			
<i>acarbose</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	Tier 2		
BYDUREON BCISE 2mg/0.85ml QL (4 pens / 28 days)	Tier 3	QL PA	

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES			
BYETTA SOPN 5mcg/0.02ml, 10mcg/0.04ml QL (1 pen / 30 days)	Tier 4	QL PA	
FARXIGA TABS 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 3	QL	
<i>glimepiride</i> TABS 1mg, 2mg QL (90 tabs / 30 days)	Tier 1	QL	
<i>glimepiride</i> TABS 4mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 1	QL	
<i>glipizide</i> TABS 5mg QL (240 tabs / 30 days)	Tier 1	QL	
<i>glipizide</i> TABS 10mg QL (120 tabs / 30 days)	Tier 1	QL	
<i>glipizide</i> (generic of GLUCOTROL XL) TB24 2.5mg, 5mg QL (90 tabs / 30 days)	Tier 1	QL	
<i>glipizide</i> (generic of GLUCOTROL XL) TB24 10mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 1	QL	
<i>glipizide xl</i> (generic of GLUCOTROL XL) TB24 2.5mg, 5mg QL (90 tabs / 30 days)	Tier 1	QL	
<i>glipizide xl</i> (generic of GLUCOTROL XL) TB24 10mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 1	QL	
<i>glipizide-metformin hcl tab</i> 2.5-250 mg QL (240 tabs / 30 days)	Tier 1	QL	
<i>glipizide-metformin hcl tab</i> 2.5-500 mg QL (120 tabs / 30 days)	Tier 1	QL	

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **LA** - Medicamentos con acceso limitado * - Suministro de días no extendidos **VI** - Vacunas / Insulinas

54

VI - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>glipizide-metformin hcl tab 5-500 mg</i>	Tier 1	QL QL (120 tabs / 30 days)
GLYXAMBI TAB 10-5 MG	Tier 3	QL QL (30 tabs / 30 days)
GLYXAMBI TAB 25-5 MG	Tier 3	QL QL (30 tabs / 30 days)
JANUMET TAB 50-500MG	Tier 3	QL QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET TAB 50-1000	Tier 3	QL QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET XR TAB 50-500MG	Tier 3	QL QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET XR TAB 50-1000	Tier 3	QL QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET XR TAB 100-1000	Tier 3	QL QL (30 tabs / 30 days)
JANUVIA TABS 25mg, 50mg, 100mg	Tier 3	QL QL (30 tabs / 30 days)
JARDIANCE TABS 10mg, 25mg	Tier 3	QL QL (30 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB 2.5-500	Tier 3	QL QL (60 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB 2.5-850	Tier 3	QL QL (60 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB 2.5-1000	Tier 3	QL QL (60 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB XR 2.5-1000MG	Tier 3	QL QL (60 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB XR 5-1000MG	Tier 3	QL QL (30 tabs / 30 days)
<i>metformin hcl</i> TABS 500mg	Tier 1	QL QL (150 tabs / 30 days)

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>metformin hcl</i> TABS 850mg	Tier 1	QL QL (90 tabs / 30 days)
<i>metformin hcl</i> TABS 1000mg	Tier 1	QL QL (75 tabs / 30 days)
<i>metformin hcl</i> TB24 500mg	Tier 1	QL QL (120 tabs / 30 days) (generic of GLUCOPHAGE XR)
<i>metformin hcl</i> TB24 750mg	Tier 1	QL QL (60 tabs / 30 days) (generic of GLUCOPHAGE XR)
MOUNJARO SOPN 2.5mg/0.5ml, 5mg/0.5ml, 7.5mg/0.5ml, 10mg/0.5ml, 12.5mg/0.5ml, 15mg/0.5ml	Tier 3	QL PA QL (4 pens / 28 days)
<i>nateglinide</i> TABS 60mg, 120mg	Tier 1	QL QL (90 tabs / 30 days)
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) SOPN 2mg/1.5ml	Tier 3	QL PA QL (1 pen / 28 days)
OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE) SOPN 2mg/3ml	Tier 3	QL PA QL (1 pen / 28 days)
OZEMPIC (1MG/DOSE) SOPN 4mg/3ml	Tier 3	QL PA QL (1 pen / 28 days)
OZEMPIC (2MG/DOSE) SOPN 8mg/3ml	Tier 3	QL PA QL (1 pen / 28 days)
<i>pioglitazone hcl</i> (generic of ACTOS) TABS 15mg, 30mg, 45mg	Tier 1	QL QL (30 tabs / 30 days)
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-500 mg</i>	Tier 1	QL QL (90 tabs / 30 days)

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **LA** - Medicamentos con acceso limitado * - Suministro de días no extendidos **VI** - Vacunas / Insulinas

55

VI - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES			
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-850 mg (generic of ACTOPLUS MET)</i> QL (90 tabs / 30 days)	Tier 1	QL	
<i>repaglinide TABS 2mg</i> QL (240 tabs / 30 days)	Tier 1	QL	
<i>repaglinide TABS .5mg, 1mg</i> QL (120 tabs / 30 days)	Tier 1	QL	
<i>RYBELSUS TABS 3mg, 7mg, 14mg</i> QL (30 tabs / 30 days)	Tier 3	QL PA	
<i>SYNJARDY TAB 5-500MG</i> QL (120 tabs / 30 days)	Tier 3	QL	
<i>SYNJARDY TAB 5-1000MG</i> QL (60 tabs / 30 days)	Tier 3	QL	
<i>SYNJARDY TAB 12.5-500</i> QL (60 tabs / 30 days)	Tier 3	QL	
<i>SYNJARDY TAB 12.5-1000MG</i> QL (60 tabs / 30 days)	Tier 3	QL	
<i>SYNJARDY XR TAB 5-1000MG</i> QL (60 tabs / 30 days)	Tier 3	QL	
<i>SYNJARDY XR TAB 10-1000</i> QL (60 tabs / 30 days)	Tier 3	QL	
<i>SYNJARDY XR TAB 12.5-1000</i> QL (60 tabs / 30 days)	Tier 3	QL	
<i>SYNJARDY XR TAB 25-1000</i> QL (30 tabs / 30 days)	Tier 3	QL	
<i>TRADJENTA TABS 5mg</i> QL (30 tabs / 30 days)	Tier 3	QL	
<i>TRIJARDY XR TAB ER 24HR 5-2.5-1000MG</i> QL (60 tabs / 30 days)	Tier 3	QL	

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES			
<i>TRIJARDY XR TAB ER 24HR 10-5-1000MG</i> QL (30 tabs / 30 days)	Tier 3	QL	
<i>TRIJARDY XR TAB ER 24HR 12.5-2.5-1000MG</i> QL (60 tabs / 30 days)	Tier 3	QL	
<i>TRIJARDY XR TAB ER 24HR 25-5-1000MG</i> QL (30 tabs / 30 days)	Tier 3	QL	
<i>TRULICITY SOPN .75mg/0.5ml, 1.5mg/0.5ml, 3mg/0.5ml, 4.5mg/0.5ml</i> QL (4 pens / 28 days)	Tier 3	QL PA	
<i>XIGDUO XR TAB 2.5-1000</i> QL (60 tabs / 30 days)	Tier 3	QL	
<i>XIGDUO XR TAB 5-500MG</i> QL (60 tabs / 30 days)	Tier 3	QL	
<i>XIGDUO XR TAB 5-1000MG</i> QL (60 tabs / 30 days)	Tier 3	QL	
<i>XIGDUO XR TAB 10-500MG</i> QL (30 tabs / 30 days)	Tier 3	QL	
<i>XIGDUO XR TAB 10-1000</i> QL (30 tabs / 30 days)	Tier 3	QL	
ANTIDIABETICS, INSULINS			
<i>ADMELOG SOLN 100unit/ml</i>	Tier 3	V/I	
<i>ADMELOG SOLOSTAR SOPN 100unit/ml</i>	Tier 3	V/I	
<i>BASAGLAR KWIKPEN SOPN 100unit/ml</i>	Tier 3	V/I	
<i>BD ALCOHOL SWABS</i>	Tier 3		
<i>FIASP SOLN 100unit/ml</i>	Tier 3	V/I	
<i>FIASP FLEXTOUCH SOPN 100unit/ml</i>	Tier 3	V/I	
<i>FIASP PENFILL SOCT 100unit/ml</i>	Tier 3	V/I	
<i>FIASP PUMPCART SOCT 100unit/ml</i>	Tier 3	B/D	
<i>GAUZE PADS 2" X 2"</i>	Tier 3		

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **LA** - Medicamentos con acceso limitado * - Suministro de días no extendidos **V/I** - Vacunas / Insulinas

56

V/I - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES		
HUMULIN R U-500 (CONCENTR SOLN 500unit/ml)	Tier 5	V/I * B/D
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SOPN 500unit/ml	Tier 5	V/I *
INSULIN PEN NEEDLES: BD/NOVO	Tier 3	
INSULIN SAFETY NEEDLES	Tier 3	
INSULIN SYRINGES: BD	Tier 3	
LANTUS SOLN 100unit/ml	Tier 3	V/I
LANTUS SOLOSTAR SOPN 100unit/ml	Tier 3	V/I
NOVOLIN INJ 70/30 (brand RELION not covered)	Tier 3	V/I
NOVOLIN INJ 70/30 FP (brand RELION not covered)	Tier 3	V/I
NOVOLIN N SUSP 100unit/ml (brand RELION not covered)	Tier 3	V/I
NOVOLIN N FLEXPEN SUPN 100unit/ml (brand RELION not covered)	Tier 3	V/I
NOVOLIN R SOLN 100unit/ml (brand RELION not covered)	Tier 3	V/I
NOVOLIN R FLEXPEN SOPN 100unit/ml (brand RELION not covered)	Tier 3	V/I
NOVOLOG SOLN 100unit/ml (brand RELION not covered)	Tier 3	V/I

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES		
NOVOLOG FLEXPEN SOPN 100unit/ml (brand RELION not covered)	Tier 3	V/I
NOVOLOG MIX INJ 70/30 (brand RELION not covered)	Tier 3	V/I
NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN (brand RELION not covered)	Tier 3	V/I
NOVOLOG PENFILL SOCT 100unit/ml (brand RELION not covered)	Tier 3	V/I
OMNIPOD 5 G6 KIT INTRO QL (1 kit / year)	Tier 4	QL PA
OMNIPOD 5 G6 MIS PODS QL (15 pods / 30 days)	Tier 4	QL PA
OMNIPOD 5 G7 KIT INTRO QL (1 kit / year)	Tier 4	QL PA
OMNIPOD 5 G7 MIS PODS QL (15 pods / 30 days)	Tier 4	QL PA
OMNIPOD DASH KIT INTRO QL (1 kit / year)	Tier 4	QL PA
OMNIPOD DASH MIS PODS QL (15 pods / 30 days)	Tier 4	QL PA
OMNIPOD GO KIT 10UNT/DY QL (15 pods / 30 days)	Tier 4	QL PA
OMNIPOD GO KIT 15UNT/DY QL (15 pods / 30 days)	Tier 4	QL PA
OMNIPOD GO KIT 20UNT/DY QL (15 pods / 30 days)	Tier 4	QL PA
OMNIPOD GO KIT 25UNT/DY QL (15 pods / 30 days)	Tier 4	QL PA

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **LA** - Medicamentos con acceso limitado * - Suministro de días no extendidos **V/I** - Vacunas / Insulinas

57

V/I - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
OMNIPOD GO KIT 30UNT/DY QL (15 pods / 30 days)	Tier 4	QL PA
OMNIPOD GO KIT 35UNT/DY QL (15 pods / 30 days)	Tier 4	QL PA
OMNIPOD GO KIT 40UNT/DY QL (15 pods / 30 days)	Tier 4	QL PA
OMNIPOD MIS CLASSIC QL (15 pods / 30 days)	Tier 4	QL PA
SOLQUA INJ 100/33 QL (5 pens / 25 days)	Tier 3	V/I QL
TOUJEO MAX SOLOSTAR SOPN 300unit/ml	Tier 3	V/I
TOUJEO SOLOSTAR SOPN 300unit/ml	Tier 3	V/I
TRESIBA SOLN 100unit/ml	Tier 3	V/I
TRESIBA FLEXTOUCH SOPN 100unit/ml, 200unit/ml	Tier 3	V/I
V-GO 20 KIT QL (30 devices / 30 days)	Tier 4	QL PA
V-GO 30 KIT QL (30 devices / 30 days)	Tier 4	QL PA
V-GO 40 KIT QL (30 devices / 30 days)	Tier 4	QL PA
XULTOPHY INJ 100/3.6 QL (5 pens / 30 days)	Tier 3	V/I QL
CALCIUM REGULATORS		
<i>alendronate sodium</i> TABS 10mg, 35mg	Tier 1	
<i>alendronate sodium</i> (generic of FOSAMAX) TABS 70mg	Tier 1	
<i>calcitonin (salmon) spray</i> SOLN 200unit/act	Tier 2	B/D
<i>ibandronate sodium</i> TABS 150mg	Tier 2	B/D
NATPARA CART 25mcg, 50mcg, 75mcg, 100mcg	Tier 5	* LA PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
PAMIDRONATE DISODIUM SOLN 6mg/ml	Tier 3	B/D
<i>pamidronate disodium</i> SOLN 30mg/10ml, 90mg/10ml	Tier 2	B/D
PROLIA SOSY 60mg/ml QL (1 syringe / 180 days)	Tier 4	QL NM
TERIPARATIDE SOPN 620mcg/2.48ml	Tier 5	* NM PA
XGEVA SOLN 120mg/1.7ml	Tier 5	* NM PA
<i>zoledronic acid</i> CONC 4mg/5ml; SOLN 4mg/100ml	Tier 2	B/D NM
<i>zoledronic acid</i> (generic of RECLAST) SOLN 5mg/100ml	Tier 2	B/D NM
CHELATING AGENTS		
CHEMET CAPS 100mg	Tier 5	*
<i>deferasirox</i> (generic of JADENU SPRINKLE) PACK 90mg, 180mg, 360mg	Tier 5	* NM PA
<i>deferasirox</i> (generic of JADENU) TABS 90mg	Tier 2	NM PA
<i>deferasirox</i> (generic of JADENU) TABS 180mg, 360mg	Tier 5	* NM PA
LOKELMA PACK 5gm, 10gm	Tier 3	
<i>penicillamine</i> (generic of DEPEN TITRATABS) TABS 250mg	Tier 5	* NM
<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i> sps SUSP 15gm/60ml	Tier 2	
<i>trientine hcl</i> (generic of SYPRINE) CAPS 250mg	Tier 5	* NM PA
VELTASSA PACK 8.4gm, 16.8gm, 25.2gm	Tier 3	
CONTRACEPTIVES - DRUGS FOR BIRTH CONTROL		
<i>afirmelle</i>	Tier 2	

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **LA** - Medicamentos con acceso limitado * - Suministro de días no extendidos **V/I** - Vacunas / Insulinas

58

V/I - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL REQUISITOS / LIMITES
<i>altavera</i>	Tier 2
<i>alyacen 1/35</i>	Tier 2
<i>alyacen 7/7/7</i>	Tier 2
<i>apri</i>	Tier 2
<i>aranelle</i>	Tier 2
<i>aubra eq</i>	Tier 2
<i>aurovela 1/20</i>	Tier 2
<i>aurovela fe 1.5/30</i>	Tier 2
<i>aurovela fe 1/20</i>	Tier 2
<i>aviane</i>	Tier 2
<i>ayuna</i>	Tier 2
<i>azurette</i>	Tier 2
<i>balziva</i>	Tier 2
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	Tier 2
<i>briellyn</i>	Tier 2
<i>camila TABS .35mg</i>	Tier 2
<i>chateal eq</i>	Tier 2
<i>cryselle-28</i>	Tier 2
<i>cyred eq</i>	Tier 2
<i>dasetta 1/35</i>	Tier 2
<i>dasetta 7/7/7</i>	Tier 2
<i>deblitane TABS .35mg</i>	Tier 2
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUSY 104mg/0.65ml	Tier 4
<i>desogest-eth estrad & eth estrad tab 0.15-0.02/0.01 mg(21/5)</i>	Tier 2
<i>desogestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg</i>	Tier 2
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.02 mg (generic of YAZ)</i>	Tier 2
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.03 mg (generic of YASMIN 28)</i>	Tier 2
<i>elinest</i>	Tier 2
<i>eluryng (generic of NUVARING)</i>	Tier 2
<i>enilloring (generic of NUVARING)</i>	Tier 2

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL REQUISITOS / LIMITES
<i>enpresse-28</i>	Tier 2
<i>enskyce</i>	Tier 2
<i>errin TABS .35mg</i>	Tier 2
<i>estarylla</i>	Tier 2
<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-35 mcg</i>	Tier 2
<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-50 mcg</i>	Tier 2
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol va ring 0.120-0.015 mg/24hr (generic of NUVARING)</i>	Tier 2
<i>falmina</i>	Tier 2
<i>hailey 1.5/30</i>	Tier 2
<i>haloette (generic of NUVARING)</i>	Tier 2
<i>heather TABS .35mg</i>	Tier 2
<i>iclevia</i>	Tier 2
<i>incassia TABS .35mg</i>	Tier 2
<i>introvale</i>	Tier 2
<i>isibloom</i>	Tier 2
<i>jasmiel (generic of YAZ)</i>	Tier 2
<i>jolessa</i>	Tier 2
<i>juleber</i>	Tier 2
<i>junel 1.5/30</i>	Tier 2
<i>junel 1/20</i>	Tier 2
<i>junel fe 1.5/30</i>	Tier 2
<i>junel fe 1/20</i>	Tier 2
<i>kariva</i>	Tier 2
<i>kelnor 1/35</i>	Tier 2
<i>kelnor 1/50</i>	Tier 2
<i>kurvelo</i>	Tier 2
<i>larin 1.5/30</i>	Tier 2
<i>larin 1/20</i>	Tier 2
<i>larin fe 1.5/30</i>	Tier 2
<i>larin fe 1/20</i>	Tier 2
<i>leena</i>	Tier 2
<i>lessina</i>	Tier 2

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **LA** - Medicamentos con acceso limitado * - Suministro de días no extendidos **VI** - Vacunas / Insulinas

59

VI - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL REQUISITOS / LIMITES
<i>levonest</i>	Tier 2
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol (91-day) tab 0.15-0.03 mg</i>	Tier 2
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.1 mg-20 mcg</i>	Tier 2
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg</i>	Tier 2
<i>levonorgestrel-eth estra tab 0.05-30/0.075-40/0.125-30mg-mcg</i>	Tier 2
<i>levora 0.15/30-28</i>	Tier 2
<i>loestrin 1.5/30-21</i>	Tier 2
<i>loestrin 1/20-21</i>	Tier 2
<i>loestrin fe 1.5/30</i>	Tier 2
<i>loestrin fe 1/20</i>	Tier 2
<i>loryna (generic of YAZ)</i>	Tier 2
<i>low-ogestrel</i>	Tier 2
<i>lutra</i>	Tier 2
<i>lyleq TABS .35mg</i>	Tier 2
<i>lyza TABS .35mg</i>	Tier 2
<i>marlissa</i>	Tier 2
<i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive) (generic of DEPO-PROVERA CONTRACEPTIV) SUSP 150mg/ml; SUSY 150mg/ml</i>	Tier 2
<i>microgestin 1.5/30</i>	Tier 2
<i>microgestin 1/20</i>	Tier 2
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	Tier 2
<i>microgestin fe 1/20</i>	Tier 2
<i>mili</i>	Tier 2
<i>mono-linyah</i>	Tier 2
<i>necon 0.5/35-28</i>	Tier 2
<i>nikki (generic of YAZ)</i>	Tier 2
<i>nora-be TABS .35mg</i>	Tier 2
<i>norelgestromin-ethinyl estradiol td ptwk 150-35 mcg/24hr</i>	Tier 2

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL REQUISITOS / LIMITES
<i>norethindrone (contraceptive) TABS .35mg</i>	Tier 2
<i>norethindrone ac-ethinyl estrad-fe tab 1-20/1-30/1-35 mg-mcg</i>	Tier 2
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1 mg-20 mcg</i>	Tier 2
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1.5 mg-30 mcg</i>	Tier 2
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol-fe tab 1 mg-20 mcg</i>	Tier 2
<i>norgestimate & ethinyl estradiol tab 0.25 mg-35 mcg</i>	Tier 2
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-25/0.215-25/0.25-25 mg-mcg (generic of ORTHO TRI-CYCLEN LO)</i>	Tier 2
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-35/0.215-35/0.25-35 mg-mcg</i>	Tier 2
<i>norlyroc TABS .35mg</i>	Tier 2
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	Tier 2
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	Tier 2
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	Tier 2
<i>nortrel 7/7/7</i>	Tier 2
<i>nylia 1/35</i>	Tier 2
<i>nylia 7/7/7</i>	Tier 2
<i>nymyo</i>	Tier 2
<i>ocella (generic of YASMIN 28)</i>	Tier 2
<i>philith</i>	Tier 2
<i>pimtrea</i>	Tier 2
<i>portia-28</i>	Tier 2
<i>reclipsen</i>	Tier 2
<i>setlakin</i>	Tier 2
<i>sharobel TABS .35mg</i>	Tier 2
<i>simliya</i>	Tier 2
<i>sprintec 28</i>	Tier 2

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **LA** - Medicamentos con acceso limitado * - Suministro de días no extendidos **VI** - Vacunas / Insulinas

60

V/I - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>sronyx</i>	Tier 2	
<i>syeda</i> (generic of YASMIN 28)	Tier 2	
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	Tier 2	
<i>tilia fe</i>	Tier 2	
<i>tri-estarylla</i>	Tier 2	
<i>tri-legest fe</i>	Tier 2	
<i>tri-linyah</i>	Tier 2	
<i>tri-lo-estarylla</i> (generic of ORTHO TRI-CYCLEN LO)	Tier 2	
<i>tri-lo-marzia</i> (generic of ORTHO TRI-CYCLEN LO)	Tier 2	
<i>tri-lo-mili</i> (generic of ORTHO TRI-CYCLEN LO)	Tier 2	
<i>tri-lo-sprintec</i> (generic of ORTHO TRI-CYCLEN LO)	Tier 2	
<i>tri-mili</i>	Tier 2	
<i>tri-nymyo</i>	Tier 2	
<i>tri-sprintec</i>	Tier 2	
<i>tri-vylibra</i>	Tier 2	
<i>tri-vylibra lo</i> (generic of ORTHO TRI-CYCLEN LO)	Tier 2	
<i>trivora-28</i>	Tier 2	
<i>turqoz</i>	Tier 2	
<i>velivet</i>	Tier 2	
<i>vestura</i> (generic of YAZ)	Tier 2	
<i>vienva</i>	Tier 2	
<i>viorele</i>	Tier 2	
<i>vyfemla</i>	Tier 2	
<i>vylibra</i>	Tier 2	
<i>wera</i>	Tier 2	
<i>xulane</i>	Tier 2	
<i>zafemy</i>	Tier 2	
<i>zovia 1/35</i>	Tier 2	
<i>zumandimine</i> (generic of YASMIN 28)	Tier 2	
ENDOMETRIOSIS		
<i>danazol</i> CAPS 50mg, 100mg, 200mg	Tier 2	
SYNAREL SOLN 2mg/ml	Tier 5	* PA

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

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **LA** - Medicamentos con acceso limitado * - Suministro de días no extendidos **VI** - Vacunas / Insulinas

61

V/I - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 0.5 mg-2.5 mcg</i>	Tier 3	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 1 mg-5 mcg</i>	Tier 3	
<i>yuvafem (generic of VAGIFEM) TABS 10mcg</i>	Tier 2	
GLUCOCORTICOIDS - DRUGS TO TREAT INFLAMMATORY RESPONSE		
<i>dexamethasone ELIX .5mg/5ml; SOLN .5mg/5ml; TABS .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg, 2mg, 4mg, 6mg</i>	Tier 2	B/D
<i>DEXAMETHASONE INTENSOL CONC 1mg/ml</i>	Tier 4	B/D
<i>dexamethasone sodium phosphate SOLN 4mg/ml, 10mg/ml, 20mg/5ml, 100mg/10ml, 120mg/30ml</i>	Tier 2	
<i>fludrocortisone acetate TABS .1mg</i>	Tier 2	
<i>hydrocortisone (generic of CORTEF) TABS 5mg, 10mg, 20mg</i>	Tier 2	
<i>methylprednisolone (generic of MEDROL) TABS 4mg, 8mg, 16mg</i>	Tier 2	B/D
<i>methylprednisolone TABS 32mg</i>	Tier 2	B/D
<i>methylprednisolone (generic of MEDROL DOSEPAK) TBPK 4mg</i>	Tier 2	
<i>methylprednisolone acetate (generic of DEPO-MEDROL) SUSP 40mg/ml, 80mg/ml</i>	Tier 2	B/D
<i>methylprednisolone sod succ SOLR 40mg, 125mg</i>	Tier 2	B/D
<i>methylprednisolone sod succ (generic of SOLU-MEDROL) SOLR 1000mg</i>	Tier 2	B/D

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>prednisolone SOLN 15mg/5ml</i>	Tier 2	B/D
<i>prednisolone sodium phosphate (generic of PEDIAPRED) SOLN 5mg/5ml</i>	Tier 2	B/D
<i>prednisolone sodium phosphate SOLN 15mg/5ml, 25mg/5ml</i>	Tier 2	B/D
<i>prednisone SOLN 5mg/5ml</i>	Tier 2	B/D
<i>prednisone TABS 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 50mg</i>	Tier 1	B/D
<i>prednisone TBPK 5mg, 10mg</i>	Tier 2	
<i>PREDNISON INTENSOL CONC 5mg/ml</i>	Tier 4	B/D
<i>SOLU-CORTEF SOLR 100mg, 250mg, 500mg, 1000mg</i>	Tier 4	
GLUCOSE ELEVATING AGENTS - DRUGS TO TREAT LOW BLOOD SUGAR		
<i>diazoxide (generic of PROGLYCEM) SUSP 50mg/ml</i>	Tier 5	*
<i>GVOKE HYPOPEN 2-PACK SOAJ .5mg/0.1ml, 1mg/0.2ml</i>	Tier 3	
<i>GVOKE KIT SOLN 1mg/0.2ml</i>	Tier 3	
<i>GVOKE PFS SOSY 1mg/0.2ml</i>	Tier 3	
MISCELLANEOUS		
<i>ALDURAZYME SOLN 2.9mg/5ml</i>	Tier 5	* NM LA PA
<i>betaine powder for oral solution (generic of CYSTADANE)</i>	Tier 5	* NM LA
<i>cabergoline TABS .5mg</i>	Tier 2	
<i>carglumic acid (generic of CARBAGLU) TBSO 200mg</i>	Tier 5	* NM LA PA
<i>CERDELGA CAPS 84mg</i>	Tier 5	* NM LA PA
<i>CEREZYME SOLR 400unit</i>	Tier 5	* NM LA PA

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **LA** - Medicamentos con acceso limitado * - Suministro de días no extendidos **VI** - Vacunas / Insulinas

62

VI - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>cinacalcet hcl</i> (generic of SENSIPAR) TABS 30mg, 60mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 2	B/D QL NM
<i>cinacalcet hcl</i> (generic of SENSIPAR) TABS 90mg QL (120 tabs / 30 days)	Tier 5 *	B/D QL NM
CYSTAGON CAPS 50mg, 150mg	Tier 4	NM LA PA
<i>desmopressin acetate</i> (generic of DDAVP) SOLN 4mcg/ml	Tier 5	*
<i>desmopressin acetate</i> (generic of DDAVP) TABS .1mg, .2mg	Tier 2	
<i>desmopressin acetate spray</i> SOLN .01%	Tier 2	
<i>desmopressin acetate spray refrigerated</i> SOLN .01%	Tier 2	
FABRAZYME SOLR 5mg, 35mg	Tier 5 *	NM LA PA
GENOTROPIN CART 5mg, 12mg	Tier 5	* NM PA
GENOTROPIN MINIQUICK PRSY .2mg, .4mg, .6mg, .8mg, 1mg, 1.2mg, 1.4mg, 1.6mg, 1.8mg, 2mg	Tier 5	* NM PA
INCRELEX SOLN 40mg/4ml	Tier 5 *	NM LA PA
<i>javygtor</i> (generic of KUVAN) PACK 100mg, 500mg; TABS 100mg	Tier 5 *	NM LA PA
KORLYM TABS 300mg	Tier 5 *	NM LA PA
<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i> (generic of CARNITOR) SOLN 1gm/10ml; TABS 330mg	Tier 2	B/D
LUMIZYME SOLR 50mg	Tier 5 *	NM LA PA
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH KIT 7.5mg, 11.25mg, 15mg	Tier 5 *	NM PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH KIT 11.25mg, 30mg	Tier 5 *	NM PA
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH KIT 45mg	Tier 5 *	NM PA
<i>mifepristone</i> (generic of (hyperglycemia) KORLYM) TABS 300mg	Tier 5 *	NM PA
<i>miglustat</i> (generic of ZAVESCA) CAPS 100mg QL (90 caps / 30 days)	Tier 5 *	QL NM PA
NAGLAZYME SOLN 1mg/ml	Tier 5 *	NM LA PA
<i>nitisinone</i> (generic of ORFADIN) CAPS 2mg, 5mg, 10mg, 20mg	Tier 5 *	NM PA
<i>octreotide acetate</i> (generic of SANDOSTATIN) SOLN 50mcg/ml, 100mcg/ml	Tier 2	NM PA
<i>octreotide acetate</i> SOLN 200mcg/ml; SOSY 50mcg/ml, 100mcg/ml	Tier 2	NM PA
<i>octreotide acetate</i> (generic of SANDOSTATIN) SOLN 500mcg/ml	Tier 5 *	NM PA
<i>octreotide acetate</i> SOLN 1000mcg/ml; SOSY 500mcg/ml	Tier 5 *	NM PA
<i>raloxifene hcl</i> (generic of EVISTA) TABS 60mg	Tier 2	
<i>sapropterin dihydrochloride</i> (generic of KUVAN) PACK 100mg, 500mg; TABS 100mg	Tier 5 *	NM PA
SIGNIFOR SOLN .3mg/ml, .6mg/ml, .9mg/ml	Tier 5 *	NM LA PA
<i>sodium phenylbutyrate</i> (generic of BUPHENYL) POWD 3gm/tsp; TABS 500mg	Tier 5 *	NM PA
SOMATULINE DEPOT SOLN 60mg/0.2ml, 90mg/0.3ml, 120mg/0.5ml	Tier 5 *	NM LA PA

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **LA** - Medicamentos con acceso limitado * - Suministro de días no extendidos **VI** - Vacunas / Insulinas

63

VI - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
SOMAVERT SOLR 10mg, 15mg, 20mg, 25mg, 30mg	Tier 5	* NM LA PA
yargesa (generic of ZAVESCA) CAPS 100mg QL (90 caps / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA
PHOSPHATE BINDER AGENTS - DRUGS TO REGULATE CALCIUM AND PHOSPHORUS LEVELS		
calcium acetate (phosphate binder) CAPS 667mg QL (360 caps / 30 days)	Tier 2	QL
calcium acetate (phosphate binder) TABS 667mg QL (360 tabs / 30 days)	Tier 2	QL
sevelamer carbonate (generic of RENVELA) PACK 2.4gm QL (180 packets / 30 days)	Tier 2	QL
sevelamer carbonate (generic of RENVELA) PACK .8gm QL (540 packets / 30 days)	Tier 2	QL
sevelamer carbonate (generic of RENVELA) TABS 800mg QL (540 tabs / 30 days)	Tier 2	QL
VELPHORO CHEW 500mg QL (180 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL
PROGESTINS - DRUGS TO REGULATE FEMALE HORMONES		
medroxyprogesterone acetate (generic of PROVERA) TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	Tier 1	
megestrol acetate SUSP 40mg/ml	Tier 3	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
megestrol acetate (appetite) SUSP 625mg/5ml	Tier 4	PA
norethindrone acetate TABS 5mg	Tier 2	
progesterone (generic of PROMETRIUM) CAPS 100mg, 200mg	Tier 2	
THYROID AGENTS - DRUGS TO REGULATE THYROID LEVELS		
euthyrox (generic of SYNTHROID) TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg	Tier 2	
levo-t (generic of SYNTHROID) TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	Tier 2	
levothyroxine sodium (generic of SYNTHROID) TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	Tier 2	
levoxyl (generic of SYNTHROID) TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg	Tier 2	
liothyronine sodium (generic of CYTOMEL) TABS 5mcg, 25mcg, 50mcg	Tier 2	
methimazole TABS 5mg, 10mg	Tier 1	
propylthiouracil TABS 50mg	Tier 2	

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D LA - Medicamentos con acceso limitado * - Suministro de días no extendidos VI - Vacunas / Insulinas

VI - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES			
SYNTHROID TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg		Tier 4	
<i>unithroid</i> (generic of SYNTHROID) TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg		Tier 2	
VITAMIN D ANALOGS			
<i>calcitriol</i> (generic of ROCALTROL) CAPS .25mcg, .5mcg		Tier 2	B/D
<i>calcitriol (oral)</i> (generic of ROCALTROL) SOLN 1mcg/ml		Tier 2	B/D
<i>paricalcitol</i> (generic of ZEMPLAR) CAPS 1mcg, 2mcg		Tier 2	B/D
<i>paricalcitol</i> CAPS 4mcg		Tier 2	B/D
RAYALDEE CPCR 30mcg		Tier 5	*
GASTROINTESTINAL - DRUGS TO TREAT STOMACH AND INTESTINAL DISORDERS ANTIEMETICS - DRUGS FOR NAUSEA AND VOMITING			
<i>aprepitant</i> CAPS 40mg, 125mg		Tier 2	B/D
<i>aprepitant</i> (generic of EMEND) CAPS 80mg		Tier 2	B/D
<i>aprepitant capsule therapy pack 80 & 125 mg</i>		Tier 2	B/D
<i>compro</i> SUPP 25mg		Tier 2	
<i>dronabinol</i> (generic of MARINOL) CAPS 2.5mg QL (60 caps / 30 days)		Tier 2	B/D QL
<i>dronabinol</i> CAPS 5mg, 10mg QL (60 caps / 30 days)		Tier 2	B/D QL
<i>granisetron hcl</i> SOLN 1mg/ml, 4mg/4ml		Tier 2	
<i>granisetron hcl</i> TABS 1mg		Tier 2	B/D

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES			
<i>meclizine hcl</i> TABS 12.5mg, 25mg		Tier 2	
<i>metoclopramide hcl</i> SOLN 5mg/5ml, 5mg/ml		Tier 2	
<i>metoclopramide hcl</i> (generic of REGLAN) TABS 5mg, 10mg		Tier 1	
<i>ondansetron</i> TBP 4mg, 8mg		Tier 2	B/D
<i>ondansetron hcl</i> SOLN 4mg/2ml, 40mg/20ml; SOSY 4mg/2ml		Tier 2	
<i>ondansetron hcl</i> SOLN 4mg/5ml; TABS 4mg, 8mg		Tier 2	B/D
<i>prochlorperazine</i> SUPP 25mg		Tier 2	
<i>prochlorperazine edisylate</i> SOLN 10mg/2ml		Tier 2	
<i>prochlorperazine maleate</i> TABS 5mg, 10mg		Tier 2	
<i>promethazine hcl</i> (generic of PHENERGAN) SOLN 25mg/ml, 50mg/ml PA if 70 years and older		Tier 3	PA
<i>promethazine hcl</i> SYRP 6.25mg/5ml; TABS 12.5mg, 25mg, 50mg PA if 70 years and older		Tier 2	PA
<i>scopolamine</i> (generic of TRANSDERM-SCOP) PT72 1mg/3days QL (10 patches / 30 days) PA if 70 years and older		Tier 4	QL PA
ANTISPASMODICS - DRUGS FOR STOMACH SPASMS			
<i>dicyclomine hcl</i> CAPS 10mg; TABS 20mg		Tier 3	
<i>dicyclomine hcl</i> SOLN 10mg/5ml		Tier 4	
<i>glycopyrrolate</i> (generic of ROBINUL) TABS 1mg QL (90 tabs / 30 days)		Tier 2	QL

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **LA** - Medicamentos con acceso limitado * - Suministro de días no extendidos **VI** - Vacunas / Insulinas

65

VI - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO/NIVEL REQUISITOS / LIMITES			
<i>glycopyrrolate</i> (generic of ROBINUL FORTE) TABS 2mg QL (120 tabs / 30 days)	Tier 2	QL	
H2-RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID			
<i>famotidine</i> SOLN 20mg/2ml, 40mg/4ml, 200mg/20ml	Tier 2		
<i>famotidine</i> SUSR 40mg/5ml QL (300 mL / 30 days)	Tier 2	QL	
<i>famotidine</i> (generic of PEPCID) TABS 20mg QL (120 tabs / 30 days)	Tier 1	QL	
<i>famotidine</i> (generic of PEPCID) TABS 40mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 1	QL	
<i>famotidine in nacl 0.9% iv soln 20 mg/50ml</i>	Tier 2		
<i>nizatidine</i> CAPS 150mg, 300mg	Tier 2		
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE			
<i>balsalazide disodium</i> (generic of COLAZAL) CAPS 750mg	Tier 2		
<i>budesonide</i> CPEP 3mg QL (90 caps / 30 days)	Tier 2	QL PA	
<i>budesonide</i> (generic of UCERIS) TB24 9mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL PA	
<i>hydrocortisone (intrarectal)</i> (generic of CORTENEMA) ENEM 100mg/60ml	Tier 2		
<i>mesalamine</i> (generic of APRISO) CP24 .375mg QL (120 caps / 30 days)	Tier 2	QL	
<i>mesalamine</i> (generic of DELZICOL) CPDR 400mg QL (180 caps / 30 days)	Tier 2	QL	

NOMBRE DE MEDICAMENTO/NIVEL REQUISITOS / LIMITES			
<i>mesalamine</i> ENEM 4gm	Tier 2		
<i>mesalamine</i> (generic of CANASA) SUPP 1000mg	Tier 2		
<i>mesalamine</i> (generic of LIALDA) TBEC 1.2gm QL (120 tabs / 30 days)	Tier 2	QL	
<i>mesalamine w/ cleanser</i> (generic of ROWASA) KIT 4gm	Tier 2		
<i>sulfasalazine</i> (generic of AZULFIDINE) TABS 500mg	Tier 2		
<i>sulfasalazine</i> (generic of AZULFIDINE EN-TABS) TBEC 500mg	Tier 2		
LAXATIVES			
<i>constulose</i> SOLN 10gm/15ml	Tier 2		
<i>enulose</i> SOLN 10gm/15ml	Tier 2		
<i>gavilyte-c</i>	Tier 1		
<i>gavilyte-g</i> (generic of GOLYTELY)	Tier 1		
<i>generlac</i> SOLN 10gm/15ml	Tier 2		
<i>lactulose</i> SOLN 10gm/15ml	Tier 2		
<i>lactulose (encephalopathy)</i> SOLN 10gm/15ml	Tier 2		
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl-na sulfate for soln 236 gm</i> (generic of GOLYTELY)	Tier 1		
<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln 420 gm</i>	Tier 1		
PLENVU SOL	Tier 4		
<i>sod sulfate-pot sulf-mg sulf oral sol 17.5-3.13-1.6 gm/177ml</i> (generic of SUPREP BOWEL PREP KIT)	Tier 2		
MISCELLANEOUS			
<i>alosetron hcl</i> (generic of LOTRONEX) TABS .5mg, 1mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL PA	

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **LA** - Medicamentos con acceso limitado * - Suministro de días no extendidos **VI** - Vacunas / Insulinas

66

VI - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES	
<i>cromolyn sodium</i> (mastocytosis) (generic of GASTROCROM) CONC 100mg/5ml	Tier 2
<i>diphenoxylate w/ atropine liq</i> 2.5-0.025 mg/5ml	Tier 4
<i>diphenoxylate w/ atropine tab</i> 2.5-0.025 mg (generic of LOMOTIL)	Tier 3
GATTEX KIT 5mg	Tier 5 * NM LA PA
LINZESS CAPS 72mcg, 145mcg, 290mcg QL (30 caps / 30 days)	Tier 4 QL
<i>loperamide hcl</i> CAPS 2mg	Tier 2
<i>misoprostol</i> (generic of CYTOTEC) TABS 100mcg, 200mcg	Tier 2
MOVANTI TABS 12.5mg, 25mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 3 QL
RELISTOR SOLN 8mg/0.4ml, 12mg/0.6ml QL (28 syringes / 28 days)	Tier 5 * QL PA
<i>sucralfate</i> (generic of CARAFATE) TABS 1gm	Tier 2
<i>ursodiol</i> CAPS 300mg	Tier 2
<i>ursodiol</i> (generic of URSO 250) TABS 250mg	Tier 2
<i>ursodiol</i> (generic of URSO FORTE) TABS 500mg	Tier 2
XERMELO TABS 250mg QL (84 tabs / 28 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
XIFAXAN TABS 550mg	Tier 5 * PA
PANCREATIC ENZYMES	
CREON CAP 3000UNIT	Tier 3
CREON CAP 6000UNIT	Tier 3
CREON CAP 12000UNT	Tier 3
CREON CAP 24000UNT	Tier 3
CREON CAP 36000UNT	Tier 3
ZENPEP CAP 3000UNIT	Tier 4
ZENPEP CAP 5000UNIT	Tier 4

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES	
ZENPEP CAP 10000UNT	Tier 4
ZENPEP CAP 15000UNT	Tier 4
ZENPEP CAP 20000UNT	Tier 4
ZENPEP CAP 25000UNT	Tier 4
ZENPEP CAP 40000UNT	Tier 4
ZENPEP CAP 60000UNT	Tier 4
PROTON PUMP INHIBITORS - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID	
<i>esomeprazole magnesium</i> (generic of NEXIUM) CPDR 20mg, 40mg QL (30 caps / 30 days)	Tier 2 QL ST
<i>lansoprazole</i> CPDR 15mg QL (60 caps / 30 days)	Tier 2 QL
<i>lansoprazole</i> (generic of PREVACID) CPDR 30mg QL (60 caps / 30 days)	Tier 2 QL
<i>omeprazole</i> CPDR 10mg, 20mg, 40mg	Tier 1
<i>pantoprazole sodium</i> (generic of PROTONIX) SOLR 40mg	Tier 2
<i>pantoprazole sodium</i> (generic of PROTONIX) TBEC 20mg, 40mg	Tier 1
GENITOURINARY - DRUGS TO TREAT GENITAL AND URINARY TRACT CONDITIONS	
BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA - DRUGS TO TREAT ENLARGED PROSTATE	
<i>alfuzosin hcl</i> (generic of UROXATRAL) TB24 10mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 1 QL
<i>dutasteride</i> (generic of AVODART) CAPS .5mg QL (30 caps / 30 days)	Tier 2 QL
<i>dutasteride-tamsulosin hcl cap</i> 0.5-0.4 mg (generic of JALYN) QL (30 caps / 30 days)	Tier 2 QL

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D LA - Medicamentos con acceso limitado * - Suministro de días no extendidos VI - Vacunas / Insulinas

67

VI - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES		
<i>finasteride</i> (generic of PROSCAR) TABS 5mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 1	QL
<i>tamsulosin hcl</i> (generic of FLOMAX) CAPS .4mg QL (60 caps / 30 days)	Tier 1	QL
MISCELLANEOUS		
<i>acetic acid</i> SOLN .25%	Tier 2	
<i>bethanechol chloride</i> TABS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	Tier 2	
<i>potassium citrate</i> (alkalinizer) (generic of UROCIT-K 15) TBCR 15meq	Tier 2	
<i>potassium citrate</i> (alkalinizer) (generic of UROCIT-K 5) TBCR 540mg	Tier 2	
<i>potassium citrate</i> (alkalinizer) (generic of UROCIT-K 10) TBCR 1080mg	Tier 2	
URINARY ANTISPASMODICS - DRUGS TO TREAT URINARY INCONTINENCE		
GEMTESA TABS 75mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 4	QL
MYRBETRIQ SRER 8mg/ml QL (300 mL / 28 days)	Tier 4	QL
MYRBETRIQ TB24 25mg, 50mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 4	QL
<i>oxybutynin chloride</i> SOLN 5mg/5ml QL (600 mL / 30 days)	Tier 2	QL
<i>oxybutynin chloride</i> TABS 5mg QL (120 tabs / 30 days)	Tier 2	QL
<i>oxybutynin chloride</i> TB24 5mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 2	QL

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES		
<i>oxybutynin chloride</i> TB24 10mg, 15mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 2	QL
<i>solifenacin succinate</i> (generic of VESICARE) TABS 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 2	QL
<i>tolterodine tartrate</i> (generic of DETROL LA) CP24 2mg, 4mg QL (30 caps / 30 days)	Tier 2	QL ST
<i>tolterodine tartrate</i> (generic of DETROL) TABS 1mg, 2mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 2	QL
<i>tropium chloride</i> TABS 20mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 2	QL
VAGINAL ANTI-INFECTIVES		
<i>clindamycin phosphate</i> vaginal (generic of CLEOCIN) CREA 2%	Tier 2	
<i>metronidazole</i> vaginal GEL .75%	Tier 2	
<i>terconazole</i> vaginal CREA .4%, .8%; SUPP 80mg	Tier 2	
HEMATOLOGIC - DRUGS TO TREAT BLOOD DISORDERS		
ANTICOAGULANTS - BLOOD THINNERS		
<i>dabigatran etexilate mesylate</i> CAPS 75mg QL (60 caps / 30 days)	Tier 2	QL
<i>dabigatran etexilate mesylate</i> (generic of PRADAXA) CAPS 110mg QL (120 caps / 30 days)	Tier 2	QL
<i>dabigatran etexilate mesylate</i> (generic of PRADAXA) CAPS 150mg QL (60 caps / 30 days)	Tier 2	QL
ELIQUIS TABS 2.5mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 3	QL

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **LA** - Medicamentos con acceso limitado * - Suministro de días no extendidos **VI** - Vacunas / Insulinas

68

VI - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES		
ELIQUIS TABS 5mg QL (74 tabs / 30 days)	Tier 3	QL
ELIQUIS STARTER PACK TBPK 5mg QL (74 tabs / 30 days)	Tier 3	QL
<i>enoxaparin sodium</i> (generic of LOVENOX) SOLN 300mg/3ml; SOSY 30mg/0.3ml, 40mg/0.4ml, 60mg/0.6ml, 80mg/0.8ml, 100mg/ml, 120mg/0.8ml, 150mg/ml	Tier 2	
<i>fondaparinux sodium</i> (generic of ARIXTRA) SOLN 2.5mg/0.5ml	Tier 2	
<i>fondaparinux sodium</i> (generic of ARIXTRA) SOLN 5mg/0.4ml, 7.5mg/0.6ml, 10mg/0.8ml	Tier 5	*
HEP SOD/D5W INJ 20000UNT	Tier 4	
HEP SOD/D5W INJ 25000UNT	Tier 4	
HEP SOD/NACL INJ 12500UNT	Tier 3	
HEP SOD/NACL INJ 25000UNT	Tier 3	
<i>heparin sodium</i> (porcine) SOLN 1000unit/ml, 5000unit/ml, 10000unit/ml, 20000unit/ml	Tier 2	B/D
HEPARIN/NACL INJ 25000UNT	Tier 3	
<i>jantoven</i> TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	Tier 1	
PRADAXA CAPS 110mg QL (120 caps / 30 days)	Tier 4	QL
<i>warfarin sodium</i> TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	Tier 1	

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES		
XARELTO SUSR 1mg/ml QL (620 mL / 30 days)	Tier 3	QL
XARELTO TABS 2.5mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 3	QL
XARELTO TABS 10mg, 15mg, 20mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 3	QL
XARELTO STAR TAB 15/20MG QL (51 tabs / 30 days)	Tier 3	QL
HEMATOPOIETIC GROWTH FACTORS		
PROCRIT SOLN 2000unit/ml, 3000unit/ml, 4000unit/ml, 10000unit/ml	Tier 3	NM PA
PROCRIT SOLN 20000unit/ml, 40000unit/ml	Tier 5	* NM PA
ZARXIO SOSY 300mcg/0.5ml, 480mcg/0.8ml	Tier 5	* NM PA
ZIEXTENZO SOSY 6mg/0.6ml QL (2 syringes / 28 days)	Tier 5	* QL NM PA
MISCELLANEOUS		
<i>anagrelide hcl</i> CAPS 1mg	Tier 2	
<i>anagrelide hcl</i> (generic of AGRYLIN) CAPS .5mg	Tier 2	
BERINERT KIT 500unit QL (24 boxes / 30 days)	Tier 5	* QL NM LA PA
<i>cilostazol</i> TABS 50mg, 100mg	Tier 1	
DOPTELET TABS 20mg	Tier 5	* NM LA PA
DROXIA CAPS 200mg, 300mg, 400mg	Tier 3	
ENDARI PACK 5gm	Tier 5	* NM LA PA
HAEGARDA SOLR 2000unit QL (30 vials / 30 days)	Tier 5	* QL NM LA PA
HAEGARDA SOLR 3000unit QL (20 vials / 30 days)	Tier 5	* QL NM LA PA

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **LA** - Medicamentos con acceso limitado * - Suministro de días no extendidos **VI** - Vacunas / Insulinas

69

VI - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES	
<i>icatibant acetate</i> (generic of FIRAZYR) SOSY 30mg/3ml QL (9 syringes / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
<i>pentoxifylline</i> TBCR 400mg	Tier 1
PROMACTA PACK 12.5mg QL (360 packets / 30 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
PROMACTA PACK 25mg QL (180 packets / 30 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
PROMACTA TABS 12.5mg, 25mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
PROMACTA TABS 50mg, 75mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
<i>sajazir</i> (generic of FIRAZYR) SOSY 30mg/3ml QL (9 syringes / 30 days)	Tier 5 * QL NM LA PA
<i>tranexamic acid</i> (generic of CYKLOKAPRON) SOLN 1000mg/10ml	Tier 2
<i>tranexamic acid</i> TABS 650mg	Tier 2
PLATELET AGGREGATION INHIBITORS	
<i>aspirin-dipyridamole cap er</i> 12hr 25-200 mg	Tier 2
BRILINTA TABS 60mg, 90mg	Tier 3
<i>clopidogrel bisulfate</i> (generic of PLAVIX) TABS 75mg	Tier 1
<i>dipyridamole</i> TABS 25mg, 50mg, 75mg PA if 70 years and older	Tier 3 PA
<i>prasugrel hcl</i> (generic of EFFIENT) TABS 5mg, 10mg	Tier 2

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES	
IMMUNOLOGIC AGENTS - DRUGS TO TREAT DISORDERS OF THE IMMUNE SYSTEM	
AUTOIMMUNE AGENTS	
ADALIMUMAB-AACF (2 PEN) AJKT 40mg/0.8ml QL (56 pens / 365 days)	Tier 5 * QL NM PA
DUPIXENT SOPN 200mg/1.14ml, 300mg/2ml; SOSY 100mg/0.67ml, 200mg/1.14ml, 300mg/2ml	Tier 5 * NM PA
ENBREL SOLN 25mg/0.5ml QL (16 vials / 28 days)	Tier 5 * QL NM PA
ENBREL SOSY 25mg/0.5ml QL (16 syringes / 28 days)	Tier 5 * QL NM PA
ENBREL SOSY 50mg/ml QL (8 syringes / 28 days)	Tier 5 * QL NM PA
ENBREL MINI SOCT 50mg/ml QL (8 cartridges / 28 days)	Tier 5 * QL NM PA
ENBREL SURECLICK SOAJ 50mg/ml QL (8 pens / 28 days)	Tier 5 * QL NM PA
HUMIRA PSKT 10mg/0.1ml, 20mg/0.2ml QL (2 syringes / 28 days)	Tier 5 * QL NM PA
HUMIRA PSKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml QL (6 syringes / 28 days)	Tier 5 * QL NM PA
HUMIRA PEDIA INJ CROHNS QL (2 syringes / 28 days)	Tier 5 * QL NM PA

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **LA** - Medicamentos con acceso limitado * - Suministro de días no extendidos **VI** - Vacunas / Insulinas

70

VI - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS D PSKT 80mg/0.8ml QL (3 syringes / 28 days)	Tier 5 *	QL NM PA
HUMIRA PEN PNKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml QL (6 pens / 28 days)	Tier 5 *	QL NM PA
HUMIRA PEN PNKT 80mg/0.8ml QL (4 pens / 28 days)	Tier 5 *	QL NM PA
HUMIRA PEN KIT PS/UV QL (3 pens / 28 days)	Tier 5 *	QL NM PA
HUMIRA PEN-CD/UC/HS START PNKT 80mg/0.8ml QL (3 pens / 28 days)	Tier 5 *	QL NM PA
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S PNKT 80mg/0.8ml QL (4 pens / 28 days)	Tier 5 *	QL NM PA
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER PNKT 40mg/0.8ml QL (4 pens / 28 days)	Tier 5 *	QL NM PA
IDACIO (2 PEN) AJKT 40mg/0.8ml QL (56 pens / 365 days)	Tier 5 *	QL NM PA
IDACIO (2 SYRINGE) PSKT 40mg/0.8ml QL (56 syringes / 365 days)	Tier 5 *	QL NM PA
IDACIO CROHN INJ DISEASE AJKT 40mg/0.8ml QL (2 packs / year)	Tier 5 *	QL NM PA
IDACIO PLAQU INJ PSORIASIS AJKT 40mg/0.8ml QL (2 packs / year)	Tier 5 *	QL NM PA
INFLIXIMAB SOLR 100mg	Tier 5 *	NM LA PA
KEVZARA SOAJ 150mg/1.14ml, 200mg/1.14ml QL (2 pens / 28 days)	Tier 5 *	QL NM PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
KEVZARA SOSY 150mg/1.14ml, 200mg/1.14ml QL (2 syringes / 28 days)	Tier 5 *	QL NM PA
OTEZLA TABS 30mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 5 *	QL NM PA
OTEZLA TAB 10/20/30 QL (110 tabs / year)	Tier 5 *	QL NM PA
REMICADE SOLR 100mg	Tier 5 *	NM LA PA
RENFLEXIS SOLR 100mg	Tier 5 *	NM LA PA
RINVOQ TB24 15mg, 30mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5 *	QL NM PA
RINVOQ TB24 45mg QL (168 tabs / year)	Tier 5 *	QL NM PA
SKYRIZI SOCT 180mg/1.2ml, 360mg/2.4ml QL (1 cartridge / 56 days)	Tier 5 *	QL NM PA
SKYRIZI SOLN 600mg/10ml QL (6 vials / year)	Tier 5 *	QL NM PA
SKYRIZI SOSY 150mg/ml QL (6 syringes / 365 days)	Tier 5 *	QL NM PA
SKYRIZI PEN SOAJ 150mg/ml QL (6 pens / 365 days)	Tier 5 *	QL NM PA
STELARA SOLN 45mg/0.5ml QL (1 vial / 28 days)	Tier 5 *	QL NM LA PA
STELARA SOLN 130mg/26ml	Tier 5 *	NM LA PA
STELARA SOSY 45mg/0.5ml, 90mg/ml QL (1 syringe / 28 days)	Tier 5 *	QL NM PA
TALTZ SOAJ 80mg/ml; SOSY 80mg/ml QL (3 syringes / 28 days)	Tier 5 *	QL NM LA PA

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **LA** - Medicamentos con acceso limitado * - Suministro de días no extendidos **V/I** - Vacunas / Insulinas

71

V/I - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES	
XELJANZ SOLN 1mg/ml QL (480 mL / 24 days)	Tier 5 * QL NM PA
XELJANZ TABS 5mg, 10mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA
XELJANZ XR TB24 11mg, 22mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA

DISEASE-MODIFYING ANTI-RHEUMATIC DRUGS (DMARDS) - DRUGS TO TREAT RHEUMATOID ARTHRITIS

<i>hydroxychloroquine sulfate</i> (generic of PLAQUENIL) TABS 200mg	Tier 2	
<i>leflunomide</i> (generic of ARAVA) TABS 10mg, 20mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 2	QL
<i>methotrexate sodium</i> TABS 2.5mg	Tier 2	
XATMEP SOLN 2.5mg/ml	Tier 4	B/D

IMMUNOGLOBULINS

BIVIGAM SOLN 5gm/50ml, 10%	Tier 5	* NM LA PA
FLEBOGAMMA DIF SOLN 5gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/400ml	Tier 5	* NM PA
GAMASTAN INJ	Tier 4	B/D NM LA
GAMMAGARD LIQUID SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	Tier 5	* NM PA
GAMMAGARD S/D IGA LESS TH SOLR 5gm, 10gm	Tier 5	* NM PA
GAMMAKED SOLN 1gm/10ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml	Tier 5	* NM PA
GAMMAPLEX SOLN 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 20gm/400ml	Tier 5	* NM LA PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES	
GAMUNEX-C SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 40gm/400ml	Tier 5 * NM PA
OCTAGAM SOLN 1gm/20ml, 2gm/20ml, 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	Tier 5 * NM PA

PANZYGA SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	Tier 5	* NM PA
PRIVIGEN SOLN 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 40gm/400ml	Tier 5	* NM PA

IMMUNOMODULATORS

ACTIMMUNE SOLN 2000000unit/0.5ml	Tier 5	* NM LA PA
ARCALYST SOLR 220mg	Tier 5	* NM LA PA

IMMUNOSUPPRESSANTS

ASTAGRAF XL CP24 5mg	Tier 5	* B/D NM
ASTAGRAF XL CP24 .5mg, 1mg	Tier 4	B/D NM
<i>azathioprine</i> (generic of IMURAN) TABS 50mg	Tier 2	B/D
BENLYSTA SOAJ 200mg/ml; SOSY 200mg/ml QL (8 syringes / 28 days)	Tier 5	* QL NM LA PA
BENLYSTA SOLR 120mg, 400mg	Tier 5	* NM LA PA
<i>cyclosporine</i> (generic of SANDIMMUNE) CAPS 25mg, 100mg; SOLN 50mg/ml	Tier 2	B/D NM
<i>cyclosporine modified (for microemulsion)</i> (generic of NEORAL) CAPS 25mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	Tier 2	B/D NM

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **LA** - Medicamentos con acceso limitado * - Suministro de días no extendidos **VI** - Vacunas / Insulinas

72

V/I - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>cyclosporine modified (for microemulsion)</i> CAPS 50mg	Tier 2	B/D NM
<i>everolimus (immunosuppressant)</i> (generic of ZORTRESS) TABS .25mg, .5mg, .75mg, 1mg	Tier 5	* B/D NM
<i>gengraf</i> (generic of NEORAL) CAPS 25mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	Tier 2	B/D NM
<i>mycophenolate mofetil</i> (generic of CELLCEPT) CAPS 250mg; TABS 500mg	Tier 2	B/D NM
<i>mycophenolate mofetil</i> (generic of CELLCEPT) SUSR 200mg/ml	Tier 5	* B/D NM
<i>mycophenolate sodium</i> (generic of MYFORTIC) TBEC 180mg, 360mg	Tier 2	B/D NM
NULOJIX SOLR 250mg	Tier 5	* B/D NM
PROGRAF PACK .2mg, 1mg	Tier 4	B/D NM
REZUROCK TABS 200mg	Tier 5	* NM LA PA
SANDIMMUNE SOLN 100mg/ml	Tier 4	B/D NM
<i>sirolimus</i> (generic of RAPAMUNE) SOLN 1mg/ml	Tier 5	* B/D NM
<i>sirolimus</i> (generic of RAPAMUNE) TABS .5mg, 1mg, 2mg	Tier 2	B/D NM
<i>tacrolimus</i> (generic of PROGRAF) CAPS .5mg, 1mg, 5mg	Tier 2	B/D NM
VACCINES		
ABRYSVO SOLR 120mcg/0.5ml	Tier 1	V/I
ACTHIB INJ	Tier 1	V/I
ADACEL INJ	Tier 1	V/I
AREXVY SUSR 120mcg/0.5ml	Tier 1	V/I

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
BCG VACCINE SOLR 50mg	Tier 1	V/I
BEXSERO INJ	Tier 1	V/I
BOOSTRIX INJ	Tier 1	V/I
DAPTACEL INJ	Tier 1	
DENG VAXIA SUS	Tier 1	
DIP/TET PED INJ 25-5LFU	Tier 1	B/D
ENGERIX-B SUSP 20mcg/ml; SUSY 10mcg/0.5ml, 20mcg/ml	Tier 1	V/I B/D
GARDASIL 9 INJ	Tier 1	V/I
HAVRIX SUSP 720elu/0.5ml, 1440elu/ml	Tier 1	V/I
HEPLISAV-B SOSY 20mcg/0.5ml	Tier 1	V/I B/D
HIBERIX SOLR 10mcg	Tier 1	V/I
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.) SUSR 2.5unit/ml	Tier 1	V/I B/D
INFANRIX INJ	Tier 1	
I POL INJ INACTIVE	Tier 1	V/I
IXIARO INJ	Tier 1	V/I
JYNNEOS SUSP .5ml	Tier 1	V/I B/D
KINRIX INJ	Tier 1	V/I
M-M-R II INJ	Tier 1	V/I
MENACTRA INJ	Tier 1	V/I
MENQUADFI INJ	Tier 1	V/I
MENVEO INJ	Tier 1	V/I
MENVEO SOL	Tier 1	V/I
PEDIARIX INJ 0.5ML	Tier 1	V/I
PEDVAX HIB SUSP 7.5mcg/0.5ml	Tier 1	V/I
PENBRAYA INJ	Tier 1	V/I
PENTACEL INJ	Tier 1	V/I
PREHEVBRIO SUSP 10mcg/ml	Tier 1	V/I B/D
PRIORIX INJ	Tier 1	V/I
PROQUAD INJ	Tier 1	
QUADRACEL INJ	Tier 1	V/I
QUADRACEL INJ 0.5ML	Tier 1	V/I
RABAVERT INJ	Tier 1	V/I B/D

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **LA** - Medicamentos con acceso limitado * - Suministro de días no extendidos **V/I** - Vacunas / Insulinas

73

V/I - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES		
RECOMBIVAX HB SUSP 5mcg/0.5ml, 10mcg/ml, 40mcg/ml; SUSY 5mcg/0.5ml, 10mcg/ml	Tier 1	V/I B/D
ROTARIX SUS	Tier 1	
ROTATEQ SOL	Tier 1	
SHINGRIX SUSR 50mcg/0.5ml QL (2 vials per lifetime)	Tier 1	V/I QL
TDVAX INJ 2-2 LF	Tier 1	V/I B/D
TENIVAC INJ 5-2LF	Tier 1	V/I B/D
TICOVAC SUSY 1.2mcg/0.25ml, 2.4mcg/0.5ml	Tier 1	V/I
TRUMENBA INJ	Tier 1	V/I
TWINRIX INJ	Tier 1	V/I
TYPHIM VI SOLN 25mcg/0.5ml; SOSY 25mcg/0.5ml	Tier 1	V/I
VAQTA SUSP 25unit/0.5ml, 50unit/ml	Tier 1	V/I
VARIVAX INJ 1350pfu/0.5ml	Tier 1	V/I
YF-VAX INJ	Tier 1	V/I
NUTRITIONAL/SUPPLEMENTS - VITAMINS AND SUPPLEMENTS ELECTROLYTES/MINERALS, INJECTABLE		
D2.5W/NACL INJ 0.45%	Tier 4	
D5W/LYTES INJ #48	Tier 4	
D10W/NACL INJ 0.2%	Tier 3	
<i>dextrose 2.5% w/ sodium chloride 0.45% (generic of DEXTROSE 2.5%/NACL 0.45%)</i>	Tier 2	
<i>dextrose 5% in lactated ringers</i>	Tier 2	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.2%</i>	Tier 2	

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

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **LA** - Medicamentos con acceso limitado * - Suministro de días no extendidos **V/I** - Vacunas / Insulinas

74

V/I - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO/NIVEL REQUISITOS / LIMITES	
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj</i> (generic of KCL 0.3%/D5W/NACL 0.9%)	Tier 2
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	Tier 2
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj</i> (generic of POTASSIUM CHLORIDE/SODIUM) KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9%	Tier 4
<i>lactated ringer's solution</i>	Tier 2
MAGNESIUM SULFATE SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml	Tier 3
<i>magnesium sulfate</i> (generic of MAGNESIUM SULFATE) SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml	Tier 3
<i>magnesium sulfate</i> SOLN 50%	Tier 3
<i>magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1 gm/100ml</i> (generic of MAGNESIUM SULFATE IN D5W)	Tier 3
MG SO4/D5W INJ 10MG/ML	Tier 3
<i>multiple electrolytes ph 5.5</i> (generic of PLASMA-LYTE-148)	Tier 2
<i>multiple electrolytes ph 7.4</i> (generic of PLASMA-LYTE A)	Tier 2
PLASMA-LYTE INJ -148	Tier 4
PLASMA-LYTE INJ -A	Tier 4
POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	Tier 4

NOMBRE DE MEDICAMENTO/NIVEL REQUISITOS / LIMITES		
POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.45% INJ	Tier 4	
POT CHL 40MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	Tier 4	
<i>potassium chloride</i> SOLN 2meq/ml	Tier 2	
POTASSIUM CHLORIDE SOLN 10meq/50ml	Tier 4	
<i>potassium chloride</i> (generic of POTASSIUM CHLORIDE) SOLN 10meq/100ml, 20meq/100ml, 20meq/50ml, 40meq/100ml	Tier 2	
<i>potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% inj</i>	Tier 2	
<i>sodium chloride</i> SOLN .45%, .9%, 2.5meq/ml, 3%, 5%	Tier 2	
TPN ELECTROL INJ	Tier 4	B/D
ELECTROLYTES/MINERALS/VITAMINS, ORAL		
<i>klor-con</i> PACK 20meq	Tier 2	
<i>klor-con 8</i> TBCR 8meq	Tier 1	
<i>klor-con 10</i> TBCR 10meq	Tier 1	
<i>klor-con m10</i> TBCR 10meq	Tier 1	
<i>klor-con m15</i> TBCR 15meq	Tier 2	
<i>klor-con m20</i> TBCR 20meq	Tier 1	
M-NATAL PLUS TAB	Tier 3	
<i>potassium chloride</i> CPCR 8meq, 10meq; PACK 20meq; SOLN 10%, 20%	Tier 2	
<i>potassium chloride</i> TBCR 8meq, 10meq	Tier 1	
<i>potassium chloride</i> (generic of K-TAB) TBCR 20meq	Tier 1	
<i>potassium chloride microencapsulated crystals</i> er TBCR 10meq, 20meq	Tier 1	
<i>potassium chloride microencapsulated crystals</i> er TBCR 15meq	Tier 2	

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **LA** - Medicamentos con acceso limitado * - Suministro de días no extendidos **VI** - Vacunas / Insulinas

75

VI - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

**NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS /
LIMITES**

PRENATAL TAB 27-1MG	Tier 3	
PRENATAL TAB PLUS	Tier 3	
<i>sodium fluoride chew; tab; 1.1 (0.5 f) mg/ml soln</i>	Tier 2	
IV NUTRITION		
CLINIMIX INJ 4.25/D5W	Tier 4	B/D
CLINIMIX INJ 4.25/D10	Tier 4	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D15W	Tier 4	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D20W	Tier 4	B/D
CLINIMIX INJ 6/5	Tier 4	B/D
CLINIMIX INJ 8/10	Tier 4	B/D
CLINIMIX INJ 8/14	Tier 4	B/D
<i>clinisol sf 15%</i>	Tier 2	B/D
CLINOLIPID EMU 20%	Tier 4	B/D
<i>dextrose SOLN 5%, 10%</i>	Tier 2	
<i>dextrose SOLN 50%, 70%</i>	Tier 2	B/D
INTRALIPID EMUL 20gm/100ml, 30gm/100ml	Tier 4	B/D
NUTRILIPID EMUL 20gm/100ml	Tier 4	B/D
<i>plenamine</i>	Tier 2	B/D
PREMASOL SOL 10%	Tier 5	* B/D
PROSOL INJ 20%	Tier 4	B/D
TRAVASOL INJ 10%	Tier 4	B/D
TROPHAMINE INJ 10%	Tier 4	B/D

**OPHTHALMIC - DRUGS TO TREAT EYE
CONDITIONS**

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

<i>bacitracin-polymyxin- neomycin-hc ophth oint 1%</i>	Tier 2	
<i>neo-polycin hc ophth oint 1%</i>	Tier 2	
<i>neomycin-polymyxin- dexamethasone ophth oint 0.1% (generic of MAXITROL)</i>	Tier 1	
<i>neomycin-polymyxin- dexamethasone ophth susp 0.1% (generic of MAXITROL)</i>	Tier 2	

**NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS /
LIMITES**

<i>neomycin-polymyxin-hc ophth susp</i>	Tier 2	
<i>sulfacetamide sodium- prednisolone ophth soln 10- 0.23(0.25)%</i>	Tier 2	
TOBRADEX OIN 0.3-0.1%	Tier 3	
TOBRADEX ST SUS 0.3- 0.05	Tier 3	
<i>tobramycin-dexamethasone ophth susp 0.3-0.1%</i>	Tier 2	
ZYLET SUS 0.5-0.3%	Tier 3	
ANTI-INFECTIVES - DRUGS TO TREAT INFECTIONS		
<i>bacitracin (ophthalmic) OINT 500unit/gm</i>	Tier 2	
<i>bacitracin-polymyxin b ophth oint</i>	Tier 1	
BESIVANCE SUSP .6%	Tier 3	
CILOXAN OINT .3%	Tier 3	
<i>ciprofloxacin hcl (ophth) SOLN .3%</i>	Tier 1	
<i>erythromycin (ophth) OINT 5mg/gm</i>	Tier 1	
<i>gatifloxacin (ophth) SOLN .5%</i>	Tier 2	
<i>gentamicin sulfate (ophth) SOLN .3%</i>	Tier 1	
<i>moxifloxacin hcl (ophth) (generic of VIGAMOX) SOLN .5%</i>	Tier 2	
NATACYN SUSP 5%	Tier 4	
<i>neo-polycin 5(3.5)mg- 400unt-10000unt op oin</i>	Tier 2	
<i>neomycin-bacitrac zn- polymyx 5(3.5)mg-400unt- 10000unt op oin</i>	Tier 2	
<i>neomycin-polymy-gramicid op sol 1.75-10000-0.025mg- unt-mg/ml</i>	Tier 2	
<i>ofloxacin (ophth) (generic of OCUFLOX) SOLN .3%</i>	Tier 2	
<i>polycin ophth oint</i>	Tier 1	

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **LA** - Medicamentos con acceso limitado * - Suministro de días no extendidos **VI** - Vacunas / Insulinas

76

V/I - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml-0.1%</i>	Tier 1	
<i>sulfacetamide sodium (ophth) OINT 10%; SOLN 10%</i>	Tier 2	
<i>tobramycin (ophth) SOLN .3%</i>	Tier 1	
<i>trifluridine SOLN 1%</i>	Tier 2	
ZIRGAN GEL .15%	Tier 4	
ANTI-INFLAMMATORIES - DRUGS TO TREAT INFLAMMATION		
ALREX SUSP .2%	Tier 3	
<i>bromfenac sodium (ophth) (generic of PROLENSA) SOLN .07%</i>	Tier 2	
<i>bromfenac sodium (ophth) (generic of BROMSITE) SOLN .075%</i>	Tier 2	
BROMSITE SOLN .075%	Tier 4	
<i>dexamethasone sodium phosphate (ophth) SOLN .1%</i>	Tier 2	
<i>diclofenac sodium (ophth) SOLN .1%</i>	Tier 2	
EYSUVIS SUSP .25%	Tier 4	
FLAREX SUSP .1%	Tier 4	
<i>fluorometholone (ophth) (generic of FML LIQUIFILM) SUSP .1%</i>	Tier 2	
<i>flurbiprofen sodium SOLN .03%</i>	Tier 2	
<i>ketorolac tromethamine (ophth) (generic of ACULAR LS) SOLN .4%</i>	Tier 2	
<i>ketorolac tromethamine (ophth) (generic of ACULAR) SOLN .5%</i>	Tier 2	
LOTEMAX OINT .5%	Tier 3	
<i>prednisolone acetate (ophth) (generic of PRED FORTE) SUSP 1%</i>	Tier 2	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
PREDNISOLONE SODIUM PHOSP SOLN 1%	Tier 3	
PROLENSA SOLN .07%	Tier 3	
ANTIALLERGICS - DRUGS TO TREAT ALLERGIES		
<i>azelastine hcl (ophth) SOLN .05%</i>	Tier 2	
<i>cromolyn sodium (ophth) SOLN 4%</i>	Tier 1	
ZERVIATE SOLN .24%	Tier 4	
ANTIGLAUCOMA - DRUGS TO TREAT GLAUCOMA		
<i>betaxolol hcl (ophth) SOLN .5%</i>	Tier 2	
BETOPTIC-S SUSP .25%	Tier 4	
<i>brimonidine tartrate SOLN .2%</i>	Tier 1	
<i>brimonidine tartrate (generic of ALPHAGAN P) SOLN .15%</i>	Tier 2	
<i>brinzolamide (generic of AZOPT) SUSP 1%</i>	Tier 2	
<i>carteolol hcl (ophth) SOLN 1%</i>	Tier 2	
COMBIGAN SOL 0.2/0.5%	Tier 3	
<i>dorzolamide hcl SOLN 2%</i>	Tier 1	
<i>dorzolamide hcl-timolol maleate ophth soln 2-0.5% (generic of COSOPT)</i>	Tier 1	
<i>latanoprost (generic of XALATAN) SOLN .005%</i>	Tier 1	
<i>levobunolol hcl SOLN .5%</i>	Tier 2	
LUMIGAN SOLN .01%	Tier 3	
<i>pilocarpine hcl SOLN 1%, 2%, 4%</i>	Tier 2	
RHOPRESSA SOLN .02%	Tier 4	
ROCKLATAN DRO	Tier 4	
SIMBRINZA SUS 1-0.2%	Tier 4	
<i>timolol maleate (ophth) SOLG .25%, .5%</i>	Tier 2	
<i>timolol maleate (ophth) SOLN .25%, .5%</i>	Tier 1	

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **LA** - Medicamentos con acceso limitado * - Suministro de días no extendidos **VI** - Vacunas / Insulinas

77

VI - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES		
VYZULTA SOLN .024%	Tier 4	
MISCELLANEOUS		
ATROPINE SULFATE SOLN 1%	Tier 3	
<i>atropine sulfate (ophthalmic)</i> SOLN 1%	Tier 2	
CYSTADROPS SOLN .37%	Tier 5	* NM LA PA
CYSTARAN SOLN .44%	Tier 5	* NM LA PA
<i>proparacaine hcl</i> (generic of ALCAINE) SOLN .5%	Tier 2	
RESTASIS EMUL .05%	Tier 3	
RESTASIS MULTIDOSE EMUL .05%	Tier 3	
TYRVAYA SOLN .03mg/act	Tier 4	
XIIDRA SOLN 5%	Tier 3	
OTIC - DRUGS TO TREAT CONDITIONS OF THE EAR		
OTIC AGENTS		
<i>acetic acid (otic)</i> SOLN 2%	Tier 2	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic susp</i> 0.3-0.1%	Tier 2	
<i>flac</i> (generic of DERMOTIC) OIL .01%	Tier 2	
<i>fluocinolone acetonide (otic)</i> (generic of DERMOTIC) OIL .01%	Tier 2	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic soln</i> 1%	Tier 2	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic susp</i> 3.5 mg/ml-10000 unit/ml-1%	Tier 2	
<i>ofloxacin (otic)</i> SOLN .3%	Tier 2	

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES			
RESPIRATORY - DRUGS TO TREAT BREATHING DISORDERS			
ANTICHOLINERGIC/BETA AGONIST COMBINATIONS - DRUGS TO TREAT COPD			
ANORO ELLIPT AER 62.5-25	Tier 3	QL	
QL (60 blisters / 30 days)			
BEVESPI AER 9-4.8MCG	Tier 3	QL	
QL (1 inhaler / 30 days)			
BREZTRI AERO AER SPHERE	Tier 3	QL	
QL (1 inhaler / 30 days)			
BREZTRI AERO AER SPHERE (INSTITUTIONAL PACK)	Tier 3	QL	
QL (4 inhalers / 28 days)			
COMBIVENT AER 20-100	Tier 4	QL	
QL (2 inhalers / 30 days)			
<i>ipratropium-albuterol nebu soln</i> 0.5-2.5(3) mg/3ml	Tier 2	B/D	
TRELEGY AER ELLIPTA 100-62.5-25 MCG	Tier 3	QL	
QL (60 blisters / 30 days)			
TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25 MCG	Tier 3	QL	
QL (60 blisters / 30 days)			
ANTICHOLINERGICS - DRUGS TO TREAT COPD			
ATROVENT HFA AERS 17mcg/act	Tier 4	QL	
QL (2 inhalers / 30 days)			

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D LA - Medicamentos con acceso limitado * - Suministro de días no extendidos VI - Vacunas / Insulinas

78

VI - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES			
INCRUSE ELLIPTA AEPB	Tier 3	QL	
62.5mcg/inh QL (30 blisters / 30 days)			
<i>ipratropium bromide</i> SOLN	Tier 2	B/D	
.02%			
<i>ipratropium bromide (nasal)</i> SOLN	Tier 2		
.03%, .06%			
ANTI-HISTAMINES - DRUGS TO TREAT ALLERGIES			
<i>azelastine hcl</i> SOLN	.1%	Tier 2	
<i>cetirizine hcl</i> SOLN	1mg/ml	Tier 1	QL
QL (300 mL / 30 days)			
<i>cyproheptadine hcl</i> SYRP	Tier 3	PA	
2mg/5ml; TABS 4mg PA if 70 years and older			
<i>diphenhydramine hcl</i> SOLN	Tier 2		
50mg/ml			
<i>hydroxyzine hcl</i> SOLN	Tier 4	PA	
25mg/ml, 50mg/ml PA if 70 years and older			
<i>hydroxyzine hcl</i> SYRP	Tier 3	PA	
10mg/5ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg PA if 70 years and older			
<i>hydroxyzine pamoate</i> (generic of VISTARIL)	Tier 3	PA	
CAPS 25mg PA if 70 years and older			
<i>hydroxyzine pamoate</i> CAPS	Tier 3	PA	
50mg PA if 70 years and older			
<i>levocetirizine dihydrochloride</i> SOLN	Tier 2	QL	
2.5mg/5ml QL (300 mL / 30 days)			
<i>levocetirizine dihydrochloride</i> TABS	Tier 2	QL	
5mg QL (30 tabs / 30 days)			

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES			
BETA AGONISTS - DRUGS TO TREAT ASTHMA AND COPD			
<i>albuterol sulfate</i> AERS	Tier 2	QL	
108mcg/act QL (2 inhalers / 30 days) (generic of Proair HFA)			
<i>albuterol sulfate</i> AERS	Tier 2	QL	
108mcg/act QL (2 inhalers / 30 days) (generic of Ventolin HFA)			
<i>albuterol sulfate</i> (generic of PROVENTIL HFA) AERS	Tier 2	QL	
108mcg/act QL (2 inhalers / 30 days) (generic of Proventil HFA)			
<i>albuterol sulfate</i> NEBU	Tier 2	B/D	
.083%, .63mg/3ml, 1.25mg/3ml, 2.5mg/0.5ml			
<i>albuterol sulfate</i> SYRP	Tier 2		
2mg/5ml; TABS 2mg, 4mg			
<i>levalbuterol hcl</i> NEBU	Tier 2	B/D	
1.25mg/0.5ml, 1.25mg/3ml			
<i>levalbuterol tartrate</i> AERO	Tier 2	QL ST	
45mcg/act QL (2 inhalers / 30 days)			
SEREVENT DISKUS AEPB	Tier 3	QL	
50mcg/dose QL (60 inhalations / 30 days)			
<i>terbutaline sulfate</i> TABS	Tier 2		
2.5mg, 5mg			
VENTOLIN HFA AERS	Tier 3	QL	
108mcg/act QL (2 inhalers / 30 days)			

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **LA** - Medicamentos con acceso limitado * - Suministro de días no extendidos **VI** - Vacunas / Insulinas

79

VI - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES		
VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK) AERS 108mcg/act QL (6 inhalers / 30 days)	Tier 3	QL
LEUKOTRIENE MODULATORS		
<i>montelukast sodium</i> (generic of SINGULAIR) CHEW 4mg, 5mg; PACK 4mg	Tier 2	
<i>montelukast sodium</i> (generic of SINGULAIR) TABS 10mg	Tier 1	
<i>zafirlukast</i> (generic of ACCOLATE) TABS 10mg, 20mg	Tier 2	
MISCELLANEOUS		
<i>acetylcysteine</i> SOLN 10%, 20%	Tier 2	B/D
ARALAST NP SOLR 500mg, 1000mg	Tier 5	* NM LA PA
BRONCHITOL CAPS 40mg QL (560 caps / 28 days)	Tier 5	* QL NM LA PA
<i>cromolyn sodium</i> NEBU 20mg/2ml	Tier 2	B/D
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> (generic of EPIPEN 2-PAK) SOAJ .3mg/0.3ml (generic of EpiPen)	Tier 2	
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> (generic of EPIPEN-JR 2-PAK) SOAJ .15mg/0.3ml (generic of EpiPen)	Tier 2	
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOAJ .15mg/0.15ml, .3mg/0.3ml (generic of Adrenaclick)	Tier 2	
FASENRA SOSY 30mg/ml	Tier 5	* NM LA PA
FASENRA PEN SOAJ 30mg/ml	Tier 5	* NM LA PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES		
KALYDECO PACK 5.8mg, 13.4mg, 25mg, 50mg, 75mg QL (56 packs / 28 days)	Tier 5	* QL NM LA PA
KALYDECO TABS 150mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM LA PA
OFEV CAPS 100mg, 150mg QL (60 caps / 30 days)	Tier 5	* QL NM LA PA
ORKAMBI GRA 75-94MG QL (56 packs / 28 days)	Tier 5	* QL NM LA PA
ORKAMBI GRA 100-125 QL (56 packs / 28 days)	Tier 5	* QL NM LA PA
ORKAMBI GRA 150-188 QL (56 packs / 28 days)	Tier 5	* QL NM LA PA
ORKAMBI TAB 100-125 QL (112 tabs / 28 days)	Tier 5	* QL NM LA PA
ORKAMBI TAB 200-125 QL (112 tabs / 28 days)	Tier 5	* QL NM LA PA
<i>pirfenidone</i> (generic of ESBRIET) CAPS 267mg QL (270 caps / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA
<i>pirfenidone</i> (generic of ESBRIET) TABS 267mg QL (270 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA
<i>pirfenidone</i> TABS 534mg QL (90 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA
<i>pirfenidone</i> (generic of ESBRIET) TABS 801mg QL (90 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA
PROLASTIN-C SOLN 1000mg/20ml; SOLR 1000mg	Tier 5	* NM LA PA
PULMOZYME SOLN 2.5mg/2.5ml	Tier 5	* NM PA

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **LA** - Medicamentos con acceso limitado * - Suministro de días no extendidos **VI** - Vacunas / Insulinas

80

VI - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>roflumilast</i> (generic of DALIRESP) TABS 250mcg QL (56 tabs / year)	Tier 2	QL
<i>roflumilast</i> (generic of DALIRESP) TABS 500mcg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 2	QL
SYMDEKO TAB 50-75MG QL (56 tabs / 28 days)	Tier 5 *	QL NM LA PA
SYMDEKO TAB 100-150 QL (56 tabs / 28 days)	Tier 5 *	QL NM LA PA
<i>theophylline</i> ELIX 80mg/15ml; SOLN 80mg/15ml; TB12 100mg, 200mg, 300mg, 450mg; TB24 400mg, 600mg	Tier 2	
TRIKAFTA PAK 59.5MG QL (56 packs / 28 days)	Tier 5 *	QL NM LA PA
TRIKAFTA PAK 75MG QL (56 packs / 28 days)	Tier 5 *	QL NM LA PA
TRIKAFTA TAB 50-25-37.5MG & 75MG QL (84 tabs / 28 days)	Tier 5 *	QL NM LA PA
TRIKAFTA TAB 100-50-75MG & 150MG QL (84 tabs / 28 days)	Tier 5 *	QL NM LA PA
XOLAIR SOLR 150mg; SOSY 75mg/0.5ml, 150mg/ml	Tier 5 *	NM LA PA
ZEMAIRA SOLR 1000mg, 4000mg, 5000mg	Tier 5 *	NM LA PA
NASAL STEROIDS - DRUGS TO TREAT ALLERGIES		
<i>flunisolide</i> (nasal) SOLN .025% QL (3 bottles / 30 days)	Tier 2	QL
<i>fluticasone propionate</i> (nasal) SUSP 50mcg/act QL (1 bottle / 30 days)	Tier 2	QL
XHANCE EXHU 93mcg/act QL (32 mL / 30 days)	Tier 4	QL PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
STEROID INHALANTS - DRUGS TO TREAT ASTHMA		
ARNUITY ELLIPTA AEPB 50mcg/act, 100mcg/act, 200mcg/act QL (30 inhalations / 30 days)	Tier 3	QL
<i>budesonide</i> (inhalation) (generic of PULMICORT) SUSP .25mg/2ml, .5mg/2ml	Tier 2	B/D
STEROID/BETA-AGONIST COMBINATIONS - DRUGS TO TREAT ASTHMA AND COPD		
ADVAIR HFA AER 45/21 QL (1 inhaler / 30 days)	Tier 3	QL
ADVAIR HFA AER 115/21 QL (1 inhaler / 30 days)	Tier 3	QL
ADVAIR HFA AER 230/21 QL (1 inhaler / 30 days)	Tier 3	QL
BREO ELLIPTA INH 50-25MCG QL (60 blisters / 30 days)	Tier 3	QL
BREO ELLIPTA INH 100-25 QL (60 blisters / 30 days)	Tier 3	QL
BREO ELLIPTA INH 200-25 QL (60 blisters / 30 days)	Tier 3	QL
DULERA AER 50-5MCG QL (3 inhalers / 30 days)	Tier 4	QL
DULERA AER 100-5MCG QL (3 inhalers / 30 days)	Tier 4	QL
DULERA AER 200-5MCG QL (3 inhalers / 30 days)	Tier 4	QL

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **LA** - Medicamentos con acceso limitado * - Suministro de días no extendidos **VI** - Vacunas / Insulinas

81

VI - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 100-50 mcg/act</i> (generic of ADVAIR DISKUS) QL (60 inhalations / 30 days) (generic PRASCO not covered)	Tier 2	QL
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 250-50 mcg/act</i> (generic of ADVAIR DISKUS) QL (60 inhalations / 30 days) (generic PRASCO not covered)	Tier 2	QL
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 500-50 mcg/act</i> (generic of ADVAIR DISKUS) QL (60 inhalations / 30 days) (generic PRASCO not covered)	Tier 2	QL
<i>wixela inhub</i> (generic of ADVAIR DISKUS) QL (60 inhalations / 30 days)	Tier 2	QL
TOPICAL - DRUGS TO TREAT EAR AND SKIN CONDITIONS		
DERMATOLOGY, ACNE		
<i>accutane</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	Tier 2	PA
<i>amnesteem</i> CAPS 10mg, 20mg, 40mg	Tier 2	PA
<i>benzoyl peroxide-erythromycin gel 5-3%</i> (generic of BENZAMYCIN) QL (46.6 gm / 30 days)	Tier 2	QL
<i>claravis</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	Tier 2	PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>clindamycin phosphate (topical)</i> GEL 1% QL (75 gm / 30 days)	Tier 2	QL
<i>clindamycin phosphate (topical)</i> (generic of CLEOCIN-T) LOTN 1% QL (60 mL / 30 days)	Tier 2	QL
<i>clindamycin phosphate (topical)</i> SOLN 1% QL (60 mL / 30 days)	Tier 2	QL
<i>ery PADS</i> 2% QL (60 pledgets / 30 days)	Tier 2	QL
<i>erythromycin (acne aid)</i> (generic of ERYGEL) GEL 2% QL (60 gm / 30 days)	Tier 2	QL
<i>erythromycin (acne aid)</i> SOLN 2% QL (60 mL / 30 days)	Tier 2	QL
<i>isotretinoin</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	Tier 2	PA
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i> (generic of KLARON) LOTN 10% QL (118 mL / 30 days)	Tier 2	QL
<i>tretinoin</i> (generic of RETIN-A) CREA .025%, .05%, .1%; GEL .01%, .025% QL (45 gm / 30 days)	Tier 2	QL PA
<i>zenatane</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	Tier 2	PA
DERMATOLOGY, ANTIBIOTICS		
<i>gentamicin sulfate (topical)</i> CREA .1%; OINT .1% QL (30 gm / 30 days)	Tier 2	QL
<i>mupirocin</i> OINT 2% QL (220 gm / 30 days)	Tier 1	QL
<i>silver sulfadiazine</i> (generic of SILVADENE) CREA 1%	Tier 2	
<i>ssd</i> (generic of SILVADENE) CREA 1%	Tier 2	

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **LA** - Medicamentos con acceso limitado * - Suministro de días no extendidos **VI** - Vacunas / Insulinas

82

VI - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES			
SULFAMYLDON CREA 85mg/gm QL (453.6 gm / 30 days)	Tier 4	QL	
DERMATOLOGY, ANTIFUNGALS			
<i>ciclopirox olamine</i> CREA .77% QL (90 gm / 30 days)	Tier 2	QL	
<i>ciclopirox olamine</i> SUSP .77% QL (60 mL / 30 days)	Tier 2	QL	
<i>clotrimazole (topical)</i> CREA 1% QL (45 gm / 30 days)	Tier 2	QL	
<i>clotrimazole (topical)</i> SOLN 1% QL (30 mL / 30 days)	Tier 2	QL	
<i>clotrimazole w/ betamethasone cream 1- 0.05%</i> QL (45 gm / 30 days)	Tier 2	QL	
<i>ketconazole (topical)</i> CREA 2% QL (60 gm / 30 days)	Tier 2	QL	
<i>klayesta</i> POWD 100000unit/gm QL (60 gm / 30 days)	Tier 2	QL	
<i>nyamyc</i> POWD 100000unit/gm QL (60 gm / 30 days)	Tier 2	QL	
<i>nystatin (topical)</i> CREA 100000unit/gm; OINT 100000unit/gm QL (30 gm / 30 days)	Tier 2	QL	
<i>nystatin (topical)</i> POWD 100000unit/gm QL (60 gm / 30 days)	Tier 2	QL	
<i>nystop</i> POWD 100000unit/gm QL (60 gm / 30 days)	Tier 2	QL	
DERMATOLOGY, ANTIPSORIATICS			
<i>acitretin</i> CAPS 10mg, 17.5mg, 25mg	Tier 2	PA	

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES			
<i>calcipotriene</i> CREA .005%; OINT .005% QL (120 gm / 30 days)	Tier 2	QL PA	
<i>calcipotriene</i> SOLN .005% QL (120 mL / 30 days)	Tier 2	QL PA	
<i>calcitrene</i> OINT .005% QL (120 gm / 30 days)	Tier 2	QL PA	
<i>tazarotene</i> (generic of TAZORAC) CREA .1% QL (60 gm / 30 days)	Tier 2	QL PA	
TAZORAC CREA .05% QL (60 gm / 30 days)	Tier 4	QL PA	
DERMATOLOGY, ANTISEBORRHEICS			
<i>ketconazole (topical)</i> SHAM 2% QL (120 mL / 30 days)	Tier 1	QL	
<i>selenium sulfide</i> LOTN 2.5%	Tier 2		
DERMATOLOGY, CORTICOSTEROIDS			
<i>ala-cort</i> CREA 1%, 2.5% QL (60 gm / 30 days)	Tier 1		
<i>alclometasone dipropionate</i> CREA .05%; OINT .05% QL (60 gm / 30 days)	Tier 2	QL	
<i>betamethasone dipropionate</i> (<i>topical</i>) CREA .05%; OINT .05% QL (120 gm / 30 days)	Tier 2	QL	
<i>betamethasone dipropionate</i> (<i>topical</i>) LOTN .05% QL (120 mL / 30 days)	Tier 2	QL	
<i>betamethasone dipropionate</i> <i>augmented</i> CREA .05%; GEL .05% QL (120 gm / 30 days)	Tier 2	QL	
<i>betamethasone dipropionate</i> <i>augmented</i> LOTN .05% QL (120 mL / 30 days)	Tier 2	QL	
<i>betamethasone dipropionate</i> <i>augmented</i> (generic of DIPROLENE) OINT .05% QL (120 gm / 30 days)	Tier 2	QL	

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D LA - Medicamentos con acceso limitado * - Suministro de días no extendidos VI - Vacunas / Insulinas

83

VI - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES		
<i>betamethasone valerate</i> CREA .1%; OINT .1% QL (120 gm / 30 days)	Tier 2	QL
<i>betamethasone valerate</i> LOTN .1% QL (120 mL / 30 days)	Tier 2	QL
<i>clobetasol propionate</i> CREA .05%; GEL .05%; OINT .05% QL (60 gm / 30 days)	Tier 2	QL
<i>clobetasol propionate</i> SOLN .05% QL (50 mL / 30 days)	Tier 2	QL
<i>clobetasol propionate e</i> CREA .05% QL (60 gm / 30 days)	Tier 2	QL
ENSTILAR AER QL (120 gm / 30 days)	Tier 4	QL PA
<i>fluocinolone acetonide</i> CREA .01% QL (60 gm / 30 days)	Tier 2	QL
<i>fluocinolone acetonide</i> (generic of SYNALAR) CREA .025%; OINT .025% QL (120 gm / 30 days)	Tier 2	QL
<i>fluocinolone acetonide</i> (generic of DERMA- SMOOTHE/FS BODY) OIL .01% QL (118.28 mL / 30 days)	Tier 2	QL
<i>fluocinolone acetonide</i> (generic of DERMA- SMOOTHE/FS SCALP) OIL .01% QL (118.28 mL / 30 days)	Tier 2	QL
<i>fluocinolone acetonide</i> SOLN .01% QL (90 mL / 30 days)	Tier 2	QL
<i>fluocinonide</i> CREA .05% QL (120 gm / 30 days)	Tier 2	QL

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES		
<i>fluocinonide</i> GEL .05%; OINT .05% QL (60 gm / 30 days)	Tier 2	QL
<i>fluocinonide</i> SOLN .05% QL (60 mL / 30 days)	Tier 2	QL
<i>fluocinonide emulsified base</i> CREA .05% QL (120 gm / 30 days)	Tier 2	QL
<i>fluticasone propionate</i> CREA .05%; OINT .005%	Tier 2	
<i>halobetasol propionate</i> CREA .05%; OINT .05% QL (50 gm / 30 days)	Tier 2	QL
<i>hydrocortisone (topical)</i> CREA 1%, 2.5%	Tier 1	
<i>hydrocortisone (topical)</i> LOTN 2.5%; OINT 2.5%	Tier 2	
<i>mometasone furoate</i> CREA .1%; OINT .1%; SOLN .1%	Tier 2	
<i>triamcinolone acetonide</i> (topical) CREA .025%, .1%, .5% QL (454 gm / 30 days)	Tier 1	QL
<i>triamcinolone acetonide</i> (topical) LOTN .025%, .1%	Tier 2	
<i>triamcinolone acetonide</i> (topical) OINT .025%, .1%, .5%	Tier 1	
DERMATOLOGY, LOCAL ANESTHETICS		
<i>glydo</i> PRSY 2% QL (60 mL / 30 days)	Tier 2	QL PA
<i>lidocaine</i> OINT 5% QL (50 gm / 30 days)	Tier 2	QL PA
<i>lidocaine</i> (generic of LIDODERM) PTCH 5% QL (3 patches / 1 day)	Tier 2	QL PA
<i>lidocaine hcl</i> SOLN 4% QL (50 mL / 30 days)	Tier 2	QL PA
<i>lidocaine-prilocaine cream</i> 2.5-2.5% QL (30 gm / 30 days)	Tier 2	B/D QL

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **LA** - Medicamentos con acceso limitado * - Suministro de días no extendidos **VI** - Vacunas / Insulinas

84

VI - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>lidocan iii</i> (generic of LIDODERM) PTCH 5% QL (3 patches / 1 day)	Tier 2	QL PA
DERMATOLOGY, MISCELLANEOUS SKIN AND MUCOUS MEMBRANE		
<i>bexarotene</i> (topical) (generic of TARGRETIN) GEL 1% QL (60 gm / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA
<i>diclofenac sodium</i> (topical) GEL 1% QL (1000 gm / 30 days)	Tier 2	QL
<i>fluorouracil</i> (topical) (generic of EFUDEX) CREA 5% QL (40 gm / 30 days)	Tier 2	QL
<i>fluorouracil</i> (topical) SOLN 2%, 5% QL (10 mL / 30 days)	Tier 2	QL
<i>hydrocortisone</i> (rectal) (generic of PROCTOCORT) CREA 1%	Tier 2	
<i>hydrocortisone</i> (rectal) (generic of ANUSOL-HC) CREA 2.5%	Tier 2	
<i>imiquimod</i> CREA 5% QL (24 packets / 30 days)	Tier 2	QL
<i>lactic acid</i> (ammonium lactate) CREA 12%; LOTN 12%	Tier 2	
<i>metronidazole</i> (topical) (generic of METROCREAM) CREA .75% QL (45 gm / 30 days)	Tier 2	QL
<i>metronidazole</i> (topical) GEL .75% QL (45 gm / 30 days)	Tier 2	QL
<i>metronidazole</i> (topical) (generic of METROLOTION) LOTN .75% QL (59 mL / 30 days)	Tier 2	QL

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
PANRETIN GEL .1% QL (60 gm / 30 days)	Tier 5	* QL PA
<i>podofilox</i> SOLN .5% QL (7 mL / 28 days)	Tier 2	QL
<i>procto-med hc</i> (generic of ANUSOL-HC) CREA 2.5%	Tier 2	
<i>proctosol hc</i> (generic of ANUSOL-HC) CREA 2.5%	Tier 2	
<i>proctozone-hc</i> (generic of ANUSOL-HC) CREA 2.5%	Tier 2	
RECTIV OINT .4% QL (30 gm / 30 days)	Tier 4	QL
<i>tacrolimus</i> (topical) OINT .03%, .1% QL (100 gm / 30 days)	Tier 2	QL
VALCHLOR GEL .016% QL (60 gm / 30 days)	Tier 5	* QL NM LA PA
DERMATOLOGY, SCABICIDES AND PEDICULIDES		
<i>malathion</i> LOTN .5% QL (59 mL / 30 days)	Tier 2	QL
<i>permethrin</i> CREA 5% QL (60 gm / 30 days)	Tier 2	QL
DERMATOLOGY, WOUND CARE AGENTS		
REGANEX GEL .01% QL (30 gm / 30 days)	Tier 5	* QL PA
SANTYL OINT 250unit/gm QL (180 gm / 30 days)	Tier 4	QL
<i>sodium chloride</i> (gu irrigant) SOLN .9%	Tier 2	
<i>water for irrigation, sterile irrigation soln</i>	Tier 2	
MOUTH/THROAT/DENTAL AGENTS		
<i>chlorhexidine gluconate</i> (mouth-throat) (generic of PERIDEX) SOLN .12%	Tier 1	
<i>clotrimazole</i> TROC 10mg QL (150 lozenges / 30 days)	Tier 2	QL
<i>kourzeq</i> PSTE .1%	Tier 2	
<i>lidocaine hcl</i> (mouth-throat) SOLN 2%	Tier 2	

PA - Previa autorización QL - Límites de cantidad ST - Terapia escalonada NM - Sin encargos por correo B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D LA - Medicamentos con acceso limitado * - Suministro de días no extendidos VI - Vacunas / Insulinas

85

VI - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

**NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS /
LIMITES**

<i>nystatin (mouth-throat)</i> SUSP 100000unit/ml	Tier 2
<i>periogard (generic of PERIDEX) SOLN .12%</i>	Tier 1
<i>pilocarpine hcl (oral)</i> (generic of SALAGEN) TABS 5mg, 7.5mg	Tier 2
<i>triamcinolone acetonide (mouth) PSTE .1%</i>	Tier 2

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **LA** - Medicamentos con acceso limitado * - Suministro de días no extendidos **V/I** - Vacunas / Insulinas

86

V/I - Es posible que el copago del nivel de este medicamento no se aplique en su caso. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. La insulina cubierta por nuestro plan no cuesta más de \$35 por un suministro para un mes. Llame al servicio de Atención al cliente para conocer el costo estimado.

Index

- A**
abacavir sulfate.....16
abacavir sulfate-lamivudine
tab 600-300 mg.....17
ABELCET15
ABILIFY
see aripiprazole.....42
ABILIFY MAINTENA.....42
abiraterone acetate.....23
ABRYSVO73
acamprosate calcium.....53
acarbose.....54
ACCOLATE
see zafirlukast.....80
ACCUPRIL
see quinapril hcl.....32
accutane.....82
acebutolol hcl.....36
acetaminophen w/ codeine
soln 120-12 mg/5ml.....12
acetaminophen w/ codeine
tab 300-15 mg.....12
acetaminophen w/ codeine
tab 300-30 mg.....12
acetaminophen w/ codeine
tab 300-60 mg.....12
acetazolamide37
acetic acid.....68
acetic acid (otic).....78
acetylcysteine80
acitretin.....83
ACTHIB INJ73
ACTIMMUNE72
ACTIVEVILLA
see estradiol &
norethindrone acetate
tab 1-0.5 mg61
see mimvey.....61
ACTOPLUS MET
see pioglitazone hcl-
metformin hcl tab 15-
850 mg56
ACTOS
see pioglitazone hcl.....55
ACULAR
see ketorolac
tromethamine (ophth)
.....77
ACULAR LS
see ketorolac
tromethamine (ophth)
.....77
acyclovir.....18
acyclovir sodium18
ADACEL INJ73
ADALIMUMAB-AACF (2
PEN)70
ADDERALL
see amphetamine-
dextroamphetamine
tab 10 mg.....50
see amphetamine-
dextroamphetamine
tab 12.5 mg.....50
see amphetamine-
dextroamphetamine
tab 15 mg.....50
see amphetamine-
dextroamphetamine
tab 20 mg.....50
see amphetamine-
dextroamphetamine
tab 30 mg.....50
see amphetamine-
dextroamphetamine
tab 5 mg.....50
see amphetamine-
dextroamphetamine
tab 7.5 mg.....50
ADDERALL XR
see amphetamine-
dextroamphetamine
cap er 24hr 10 mg ...49
see amphetamine-
dextroamphetamine
cap er 24hr 15 mg ...49
see amphetamine-
dextroamphetamine
cap er 24hr 20 mg ...49
see amphetamine-
dextroamphetamine
cap er 24hr 25 mg ...50
see amphetamine-
dextroamphetamine
cap er 24hr 30 mg ...50
see amphetamine-
dextroamphetamine
cap er 24hr 5 mg49
see amphetamine-
dextroamphetamine
cap er 24hr 5 mg49
see fluticasone-
salmeterol aer powder
ba 100-50 mcg/act...82
see fluticasone-
salmeterol aer powder
ba 250-50 mcg/act...82
see fluticasone-
salmeterol aer powder
ba 500-50 mcg/act...82
see wixela inhub.....82
ADVAIR HFA AER 115/21
.....81
ADVAIR HFA AER 230/21
.....81
ADVAIR HFA AER 45/21 81
AFINITOR
see everolimus.....26
AFINITOR DISPERZ
see everolimus.....26
afirmelle58
AGRYLIN
see anagrelide hcl.....69
AIMOVIG51
AKEEGA TAB 100/500 ...23
AKEEGA TAB 50/500MG
.....23
ala-cort.....83
albendazole14
albuterol sulfate79
ALCAINE
see proparacaine hcl...78
alclometasone dipropionate
.....83
ALDACTONE
see spironolactone.....32
ALDURAZYME62

ALECENSA	25	amlodipine besylate-		amoxicillin & k clavulanate	
alendronate sodium	58	benazepril hcl cap 5-10		for susp 600-42.9 mg/5ml	
alfuzosin hcl.....	67	mg.....	30	.....	21
ALIMTA		amlodipine besylate-		amoxicillin & k clavulanate	
see pemetrexed		benazepril hcl cap 5-20		tab 250-125 mg.....	21
disodium.....	23	mg.....	30	amoxicillin & k clavulanate	
ALINIA		amlodipine besylate-		tab 500-125 mg.....	21
see nitazoxanide	15	benazepril hcl cap 5-40		amoxicillin & k clavulanate	
aliskiren fumarate	38	mg.....	31	tab 875-125 mg.....	21
allopurinol	11	amlodipine besylate-		amoxicillin & k clavulanate	
alose tron hcl.....	66	olmesartan medoxomil		tab er 12hr 1000-62.5 mg	
ALPHAGAN P		tab 10-20 mg.....	32	.....	21
see brimonidine tartrate		amlodipine besylate-		amphetamine-	
.....	77	olmesartan medoxomil		dextroamphetamine cap	
alprazolam.....	39	tab 10-40 mg.....	32	er 24hr 10 mg.....	49
ALREX.....	77	amlodipine besylate-		amphetamine-	
ALTACE		olmesartan medoxomil		dextroamphetamine cap	
see ramipril	32	tab 5-20 mg.....	32	er 24hr 15 mg.....	49
altavera.....	59	amlodipine besylate-		amphetamine-	
ALUNBRIG	25	olmesartan medoxomil		dextroamphetamine cap	
ALUNBRIG PAK.....	25	tab 5-40 mg.....	32	er 24hr 20 mg.....	49
alyacen 1/35.....	59	amlodipine besylate-		amphetamine-	
alyacen 7/7/7	59	valsartan tab 10-160 mg		dextroamphetamine cap	
amabelz tab 0.5-0.1mg...	61	.....	32	er 24hr 25 mg.....	50
amantadine hcl	41	amlodipine besylate-		amphetamine-	
AMBIEN		valsartan tab 10-320 mg		dextroamphetamine cap	
see zolpidem tartrate...51		.....	32	er 24hr 30 mg.....	50
AMBISOME		amlodipine besylate-		amphetamine-	
see amphotericin b		valsartan tab 5-160 mg	32	dextroamphetamine cap	
liposome.....	15	amlodipine besylate-		er 24hr 5 mg.....	49
ambrisentan.....	38	valsartan tab 5-320 mg	32	amphetamine-	
amikacin sulfate.....	14	amnestem.....	82	dextroamphetamine tab	
amiloride &		amoxapine.....	40	10 mg.....	50
hydrochlorothiazide tab		amoxicillin.....	21	amphetamine-	
5-50 mg.....	37	amoxicillin & k clavulanate		dextroamphetamine tab	
amiloride hcl	37	chew tab 200-28.5 mg.	21	12.5 mg.....	50
amiodarone hcl.....	34	amoxicillin & k clavulanate		amphetamine-	
amitriptyline hcl.....	40	chew tab 400-57 mg....	21	dextroamphetamine tab	
amlodipine besylate	36	amoxicillin & k clavulanate		15 mg.....	50
amlodipine besylate-		for susp 200-28.5 mg/5ml		amphetamine-	
benazepril hcl cap 10-20		.....	21	dextroamphetamine tab	
mg.....	31	amoxicillin & k clavulanate		20 mg.....	50
amlodipine besylate-		for susp 250-62.5 mg/5ml		amphetamine-	
benazepril hcl cap 10-40		.....	21	dextroamphetamine tab	
mg.....	31	amoxicillin & k clavulanate		30 mg.....	50
amlodipine besylate-		for susp 400-57 mg/5ml		amphetamine-	
benazepril hcl cap 2.5-10		.....	21	dextroamphetamine tab 5	
mg.....	30			mg.....	50

<i>amphetamine-</i>	APTIVUS	16	ATROPINE SULFATE	78
<i>dextroamphetamine tab</i>	ARALAST NP	80	<i>atropine sulfate</i>	
7.5 mg	<i>aranella</i>	59	(<i>ophthalmic</i>)	78
<i>amphotericin b</i>	ARAVA		ATROVENT HFA.....	78
15	see <i>leflunomide</i>	72	<i>abra eq</i>	59
<i>amphotericin b liposome</i> ..	ARCALYST.....	72	AUGMENTIN	
15	AREXVY	73	see <i>amoxicillin & k</i>	
<i>ampicillin</i>	ARICEPT		<i>clavulanate tab 500-</i>	
21	see <i>donepezil</i>		125 mg.....	21
<i>ampicillin & sulbactam</i>	<i>hydrochloride</i>	39	AUGMENTIN ES-600	
sodium for inj 1.5 (1-0.5)	ARIMIDEX		see <i>amoxicillin & k</i>	
gm.....	see <i>anastrozole</i>	23	<i>clavulanate for susp</i>	
21	<i>aripiprazole</i>	42	600-42.9 mg/5ml.....	21
<i>ampicillin & sulbactam</i>	ARISTADA.....	42	AUGTYRO	25
sodium for inj 3 (2-1) gm	ARISTADA INITIO	42	<i>aurovela 1/20</i>	59
.....	ARIXTRA		<i>aurovela fe 1.5/30</i>	59
21	see <i>fondaparinux sodium</i>		<i>aurovela fe 1/20</i>	59
<i>ampicillin & sulbactam</i>	.....	69	AUSTEDO	52
sodium for iv soln 1.5 (1-	<i>armodafinil</i>	53	AUSTEDO XR	52
0.5) gm.....	ARNUITY ELLIPTA.....	81	AUSTEDO XR TAB TITR	
21	AROMASIN		KIT	52
<i>ampicillin & sulbactam</i>	see <i>exemestane</i>	23	AUVELITY TAB 45-105MG	
sodium for iv soln 3 (2-1)	<i>asenapine maleate</i>	43	.....	40
gm.....	<i>aspirin-dipyridamole cap er</i>		AVALIDE	
21	12hr 25-200 mg.....	70	see <i>irbesartan-</i>	
<i>ampicillin sodium</i>	ASTAGRAF XL.....	72	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
21	ATACAND		150-12.5 mg	32
AMPYRA	see <i>candesartan cilexetil</i>		see <i>irbesartan-</i>	
see <i>dalfampridine</i>.....	.....	33	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
ANAFRANIL	<i>atazanavir sulfate</i>	16	300-12.5 mg	32
see <i>clomipramine hcl</i> ..	<i>atenolol</i>	36	AVAPRO	
40	<i>atenolol & chlorthalidone</i>		see <i>irbesartan</i>	34
<i>anagrelide hcl</i>	tab 100-25 mg.....	35	<i>aviane</i>	59
69	<i>atenolol & chlorthalidone</i>		AVODART	
ANAPROX DS	tab 50-25 mg.....	35	see <i>dutasteride</i>	67
see <i>naproxen sodium</i> ..	ATIVAN		<i>ayuna</i>	59
11	see <i>lorazepam</i>	39	AYVAKIT.....	25
<i>anastrozole</i>	<i>atomoxetine hcl</i>	50	<i>azacitidine</i>	22
23	<i>atorvastatin calcium</i>	34	AZACTAM	
ANCOBON	<i>atovaquone</i>	14	see <i>aztreonam</i>	14
see <i>flucytosine</i>	<i>atovaquone-proguanil hcl</i>		<i>azathioprine</i>	72
16	tab 250-100 mg.....	16	<i>azelastine hcl</i>	79
ANDROGEL PUMP	<i>atovaquone-proguanil hcl</i>		<i>azelastine hcl (ophth)</i>	77
see <i>testosterone</i>	tab 62.5-25 mg.....	16	AZILECT	
54	ATRIPLA		see <i>rasagiline mesylate</i>	
ANORO ELLIPT AER 62.5-	see <i>efavirenz-</i>		.....	42
25	<i>emtricitabine-tenofovir</i>		<i>azithromycin</i>	20
78	df tab 600-200-300 mg		AZOPT	
ANUSOL-HC	.....	18	see <i>brinzolamide</i>	77
see <i>hydrocortisone</i>				
(<i>rectal</i>)				
85				
see <i>procto-med hc</i>				
85				
see <i>proctosol hc</i>				
85				
see <i>proctozone-hc</i>				
85				
<i>aprepitant</i>				
65				
<i>aprepitant capsule therapy</i>				
pack 80 & 125 mg				
65				
<i>apri</i>				
59				
APRISO				
see <i>mesalamine</i>				
66				
APTIOM.....				
45				

AZOR	<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab</i>	BETAPACE AF
see <i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-20 mg</i> .....32	20-12.5 mg .....31	see <i>sotalol hcl (afib/af)</i> 34
see <i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-40 mg</i> .....32	<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab</i>	BETASERON.....52
see <i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-20 mg</i> .....32	20-25 mg .....31	<i>betaxolol hcl (ophth)</i> .....77
see <i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-40 mg</i> .....32	<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab</i>	<i>bethanechol chloride</i>.....68
<i>aztreonam</i>.....14	5-6.25mg .....31	BETOPTIC-S .....77
AZULFIDINE	<i>benazepril hcl</i>.....31	BEVESPI AER 9-4.8MCG
see <i>sulfasalazine</i>.....66	BENDEKA .....22	.....78
AZULFIDINE EN-TABS	BENICAR	<i>bexarotene</i>.....24
see <i>sulfasalazine</i>.....66	see <i>olmesartan medoxomil</i> .....34	<i>bexarotene (topical)</i> .....85
<i>azurette</i>.....59	BENICAR HCT	BEXSERO INJ .....73
B	see <i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab</i>	BIAXIN XL
<i>bacitracin (ophthalmic)</i>....76	20-12.5 mg .....33	see <i>clarithromycin</i> .....20
<i>bacitracin-polymyxin b ophth oint</i> .....76	see <i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab</i>	<i>bicalutamide</i>.....23
<i>bacitracin-polymyxin-neomycin-hc ophth oint 1%</i>.....76	40-12.5 mg .....33	BICILLIN L-A.....21
<i>baclofen</i> .....53	see <i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab</i>	BIKTARVY TAB 30-120-15 MG .....17
BACTRIM	40-25 mg .....33	BIKTARVY TAB 50-200-25 MG .....17
see <i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab 400-80 mg</i> .....15	BENLYSTA .....72	BILTRICIDE
BACTRIM DS	BENZAMYCIN	see <i>praziquantel</i>.....15
see <i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab 800-160 mg</i> .....15	see <i>benzoyl peroxide-erythromycin gel 5-3%</i>	<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab</i>
BAFIERTAM .....52	.....82	10-6.25 mg .....36
<i>balsalazide disodium</i> .....66	<i>benzoyl peroxide-erythromycin gel 5-3%</i> 82	<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab</i>
BALVERSA.....25	<i>benztropine mesylate</i>....41	2.5-6.25 mg .....35
<i>balziva</i> .....59	BERINERT .....69	<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab</i>
BANZEL	BESIVANCE .....76	5-6.25 mg .....36
see <i>rufinamide</i>.....48	BESREMI .....24	<i>bisoprolol fumarate</i> .....36
BARACLUDGE.....19	<i>betaine powder for oral solution</i>.....62	BIVIGAM.....72
see <i>entecavir</i>.....19	<i>betamethasone dipropionate (topical)</i> ...83	<i>blisovi fe 1.5/30</i>.....59
BASAGLAR KWIKPEN ...56	<i>betamethasone dipropionate augmented</i>	BOOSTRIX INJ.....73
BCG VACCINE .....73	.....83	<i>bortezomib</i>.....25
BD ALCOHOL SWABS ...56	<i>betamethasone valerate</i> .84	BORTEZOMIB .....25
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab</i>	BETAPACE	<i>bosentan</i>.....39
10-12.5 mg .....31	see <i>sorine</i>.....34	BOSULIF .....25
	see <i>sotalol hcl</i> .....34	BRAFTOVI.....25
		BREO ELLIPTA INH 100-25.....81
		BREO ELLIPTA INH 200-25 .....81
		BREO ELLIPTA INH 50-25MCG.....81
		BREZTRI AERO AER SPHERE .....78
		BREZTRI AERO AER SPHERE

(INSTITUTIONAL PACK)			
.....	78		
<i>briellyn</i>	59		
BRILINTA	70		
<i>brimonidine tartrate</i>	77		
<i>brinzolamide</i>	77		
BRIVIACT	45		
<i>bromfenac sodium (ophth)</i>			
.....	77		
<i>bromocriptine mesylate</i> ...	41		
BROMSITE	77		
see <i>bromfenac sodium</i>			
(<i>ophth</i>).....	77		
BRONCHITOL	80		
BRUKINSA	25		
<i>budesonide</i>	66		
<i>budesonide (inhalation)</i> ..	81		
<i>bumetanide</i>	37		
BUMEX			
see <i>bumetanide</i>	37		
BUPHENYL			
see <i>sodium</i>			
<i>phenylbutyrate</i>	63		
<i>buprenorphine hcl</i>	53		
<i>buprenorphine hcl-</i>			
<i>naloxone hcl sl film 12-3</i>			
<i>mg (base equiv)</i>	53		
<i>buprenorphine hcl-</i>			
<i>naloxone hcl sl film 2-0.5</i>			
<i>mg (base equiv)</i>	53		
<i>buprenorphine hcl-</i>			
<i>naloxone hcl sl film 4-1</i>			
<i>mg (base equiv)</i>	53		
<i>buprenorphine hcl-</i>			
<i>naloxone hcl sl film 8-2</i>			
<i>mg (base equiv)</i>	53		
<i>buprenorphine hcl-</i>			
<i>naloxone hcl sl tab 2-0.5</i>			
<i>mg (base equiv)</i>	53		
<i>buprenorphine hcl-</i>			
<i>naloxone hcl sl tab 8-2</i>			
<i>mg (base equiv)</i>	53		
<i>bupropion hcl</i>	40		
<i>bupropion hcl (smoking</i>			
<i>deterrent)</i>	53		
<i>bupirone hcl</i>	39		
<i>butorphanol tartrate</i>	12		
BYDUREON BCISE.....	54		
BYETTA.....	54		
		BYSTOLIC	
		see <i>nebivolol hcl</i>	36
		C	
		<i>cabergoline</i>	62
		CABOMETYX	25
		<i>calcipotriene</i>	83
		<i>calcitonin (salmon) spray</i>	58
		<i>calcitrene</i>	83
		<i>calcitriol</i>	65
		<i>calcitriol (oral)</i>	65
		<i>calcium acetate (phosphate</i>	
		<i>binder)</i>	64
		CALQUENCE	25
		<i>camila</i>	59
		CAMPTOSAR	
		see <i>irinotecan hcl</i>	24
		CANASA	
		see <i>mesalamine</i>	66
		CANCIDAS	
		see <i>caspofungin acetate</i>	
		.....	15
		<i>candesartan cilexetil</i>	33
		CAPLYTA	43
		CAPRELSA	25
		<i>captopril</i>	31
		<i>captopril &</i>	
		<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
		<i>25-15 mg</i>	31
		<i>captopril &</i>	
		<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
		<i>25-25 mg</i>	31
		<i>captopril &</i>	
		<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
		<i>50-15 mg</i>	31
		<i>captopril &</i>	
		<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
		<i>50-25 mg</i>	31
		CARAFATE	
		see <i>sucralfate</i>	67
		<i>carb/levo orally</i>	
		<i>disintegrating tab 10-</i>	
		<i>100mg</i>	41
		<i>carb/levo orally</i>	
		<i>disintegrating tab 25-</i>	
		<i>100mg</i>	41
		<i>carb/levo orally</i>	
		<i>disintegrating tab 25-</i>	
		<i>250mg</i>	41
		CARBAGLU	
		see <i>carglumic acid</i>	62
		<i>carbamazepine</i>	45
		CARBATROL	
		see <i>carbamazepine</i>	45
		<i>carbidopa & levodopa tab</i>	
		<i>10-100 mg</i>	41
		<i>carbidopa & levodopa tab</i>	
		<i>25-100 mg</i>	42
		<i>carbidopa & levodopa tab</i>	
		<i>25-250 mg</i>	42
		<i>carbidopa & levodopa tab</i>	
		<i>er 25-100 mg</i>	42
		<i>carbidopa & levodopa tab</i>	
		<i>er 50-200 mg</i>	42
		<i>carbidopa-levodopa-</i>	
		<i>entacapone tabs 12.5-</i>	
		<i>50-200 mg</i>	42
		<i>carbidopa-levodopa-</i>	
		<i>entacapone tabs 18.75-</i>	
		<i>75-200 mg</i>	42
		<i>carbidopa-levodopa-</i>	
		<i>entacapone tabs 25-100-</i>	
		<i>200 mg</i>	42
		<i>carbidopa-levodopa-</i>	
		<i>entacapone tabs 31.25-</i>	
		<i>125-200 mg</i>	42
		<i>carbidopa-levodopa-</i>	
		<i>entacapone tabs 37.5-</i>	
		<i>150-200 mg</i>	42
		<i>carbidopa-levodopa-</i>	
		<i>entacapone tabs 50-200-</i>	
		<i>200 mg</i>	42
		<i>carboplatin</i>	22
		CARDIZEM	
		see <i>diltiazem hcl</i>	36
		CARDIZEM CD	
		see <i>cartia xt</i>	36
		see <i>diltiazem hcl coated</i>	
		<i>beads</i>	37
		CARDURA	
		see <i>doxazosin mesylate</i>	
		.....	32
		<i>carglumic acid</i>	62
		CARNITOR	
		see <i>levocarnitine</i>	
		(<i>metabolic modifiers</i>)	
		.....	63
		<i>carteolol hcl (ophth)</i>	77
		<i>cartia xt</i>	36

<i>carvedilol</i>	36	<i>chloroquine phosphate</i> ...	16	<i>clindamycin phosphate in</i>	
CASODEX		<i>chlorpromazine hcl</i>	43	<i>d5w iv soln 300 mg/50ml</i>	
see <i>bicalutamide</i>	23	<i>chlorthalidone</i>	37	.....	14
<i>caspofungin acetate</i>	15	<i>cholestyramine</i>	35	<i>clindamycin phosphate in</i>	
CATAPRES-TTS-1		<i>cholestyramine light</i>	35	<i>d5w iv soln 600 mg/50ml</i>	
see <i>clonidine</i>	38	<i>ciclopirox olamine</i>	83	.....	14
CATAPRES-TTS-2		<i>cilostazol</i>	69	<i>clindamycin phosphate in</i>	
see <i>clonidine</i>	38	CILOXAN.....	76	<i>d5w iv soln 900 mg/50ml</i>	
CATAPRES-TTS-3		CIMDUO TAB 300-300 ...	17	.....	14
see <i>clonidine</i>	38	<i>cinacalcet hcl</i>	63	<i>clindamycin phosphate</i>	
CAYSTON	14	CIPRO	20	<i>vaginal</i>	68
<i>cefaclor</i>	19	see <i>ciprofloxacin hcl</i>	20	CLINDMYC/NAC INJ	
CEFACTOR ER	19	<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml</i>		300/50ML	14
<i>cefadroxil</i>	19	in <i>d5w</i>	20	CLINDMYC/NAC INJ	
CEFAZOLIN	19	<i>ciprofloxacin 400 mg/200ml</i>		600/50ML	14
CEFAZOLIN INJ		in <i>d5w</i>	20	CLINDMYC/NAC INJ	
1GM/50ML	19	<i>ciprofloxacin hcl</i>	20	900/50ML	14
<i>cefazolin sodium</i>	19	<i>ciprofloxacin hcl (ophth)</i> ..	76	CLINIMIX INJ 4.25/D10 ..	76
CEFAZOLIN SOLN		<i>ciprofloxacin-</i>		CLINIMIX INJ 4.25/D5W ..	76
2GM/100ML-4%.....	19	<i>dexamethasone otic susp</i>		CLINIMIX INJ 5%/D15W ..	76
<i>cefdinir</i>	19	0.3-0.1%.....	78	CLINIMIX INJ 5%/D20W ..	76
<i>cefepime hcl</i>	19	<i>cisplatin</i>	22	CLINIMIX INJ 6/5.....	76
<i>cefixime</i>	20	<i>citalopram hydrobromide</i>	40	CLINIMIX INJ 8/10.....	76
<i>cefoxitin sodium</i>	20	<i>claravis</i>	82	CLINIMIX INJ 8/14.....	76
<i>cefpodoxime proxetil</i>	20	<i>clarithromycin</i>	20	<i>clinisol sf 15%</i>	76
<i>cefprozil</i>	20	CLEOCIN		CLINOLIPID EMU 20%...	76
<i>ceftazidime</i>	20	see <i>clindamycin hcl</i>	14	<i>clobazam</i>	45, 46
<i>ceftriaxone sodium</i>	20	see <i>clindamycin</i>		<i>clobetasol propionate</i>	84
<i>cefuroxime axetil</i>	20	<i>phosphate vaginal</i> ...	68	<i>clobetasol propionate e</i> ...	84
<i>cefuroxime sodium</i>	20	CLEOCIN PEDIATRIC		<i>clomipramine hcl</i>	40
CELEBREX		GRANULE		<i>clonazepam</i>	46
see <i>celecoxib</i>	11	see <i>clindamycin</i>		<i>clonidine</i>	38
<i>celecoxib</i>	11	<i>palmitate hydrochloride</i>		<i>clonidine hcl</i>	38
CELEXA		.....	14	<i>clopidogrel bisulfate</i>	70
see <i>citalopram</i>		CLEOCIN PHOSPHATE		<i>clorazepate dipotassium</i> ..	46
<i>hydrobromide</i>	40	see <i>clindamycin</i>		<i>clotrimazole</i>	85
CELLCEPT		<i>phosphate</i>	14	<i>clotrimazole (topical)</i>	83
see <i>mycophenolate</i>		CLEOCIN-T		<i>clotrimazole w/</i>	
<i>mofetil</i>	73	see <i>clindamycin</i>		<i>betamethasone cream 1-</i>	
CELONTIN		<i>phosphate (topical)</i> ..	82	0.05%.....	83
see <i>methsuximide</i>	47	CLIMARA		<i>clozapine</i>	43
<i>cephalexin</i>	20	see <i>estradiol</i>	61	CLOZARIL	
CERDELGA.....	62	<i>clindamycin hcl</i>	14	see <i>clozapine</i>	43
CEREZYME.....	62	<i>clindamycin palmitate</i>		COARTEM TAB 20-120MG	
<i>cetirizine hcl</i>	79	<i>hydrochloride</i>	14	.....	16
<i>chateal eq</i>	59	<i>clindamycin phosphate</i> ...	14	COLAZAL	
CHEMET	58	<i>clindamycin phosphate</i>		see <i>balsalazide disodium</i>	
<i>chlorhexidine gluconate</i>		<i>(topical)</i>	82	.....	66
<i>(mouth-throat)</i>	85			<i>colchicine</i>	11

<i>colchicine w/ probenecid</i>	<i>see rosuvastatin calcium</i>	<i>daptomycin</i>.....14
<i>tab 0.5-500 mg</i>.....11	.....35	DAPTOMYCIN.....14
<i>colesevelam hcl</i>.....35	<i>cromolyn sodium</i>.....80	<i>see daptomycin</i>.....14
COLESTID	<i>cromolyn sodium</i>	<i>darunavir</i>.....16, 17
<i>see colestipol hcl</i>.....35	<i>(mastocytosis)</i>.....67	<i>dasetta 1/35</i>.....59
<i>colestipol hcl</i>.....35	<i>cromolyn sodium (ophth)</i> 77	<i>dasetta 7/7/7</i>.....59
<i>colistimethate sodium</i> .....14	<i>cryselle-28</i>.....59	DAURISMO .....25, 26
COLY-MYCIN M	<i>cyclobenzaprine hcl</i>.....53	DAYVIGO .....51
<i>see colistimethate</i>	<i>cyclophosphamide</i>.....22	DDAVP
<i>sodium</i>.....14	CYCLOPHOSPHAMIDE.22	<i>see desmopressin</i>
COMBIGAN SOL 0.2/0.5%	CYCLOPHOSPHAMIDE	<i>acetate</i>.....63
.....77	MONOHYDR.....22	<i>deblitane</i> .....59
COMBIVENT AER 20-100	<i>cycloserine</i>.....18	<i>deferasirox</i>.....58
.....78	<i>cyclosporine</i>.....72	DELESTROGEN
COMETRIQ (60MG DOSE)	<i>cyclosporine modified (for</i>	<i>see estradiol valerate</i> ..61
.....25	<i>microemulsion)</i>.....72, 73	DELSTRIGO TAB .....17
COMETRIQ KIT 100MG .25	CYKLOKAPRON	DELZICOL
COMETRIQ KIT 140MG .25	<i>see tranexamic acid</i> ....70	<i>see mesalamine</i>.....66
COMPLERA TAB.....17	CYMBALTA	DEMSEK
<i>compro</i>.....65	<i>see duloxetine hcl</i> .....40	<i>see metyrosine</i>.....38
<i>constulose</i> .....66	<i>cyproheptadine hcl</i>.....79	DENGVAXIA SUS .....73
COPAXONE	<i>cyred eq</i>.....59	DEPAKOTE
<i>see glatiramer acetate</i> .52	CYSTADANE	<i>see divalproex sodium</i> 46
<i>see glatopa</i> .....52	<i>see betaine powder for</i>	DEPAKOTE ER
COPIKTRA .....25	<i>oral solution</i> .....62	<i>see divalproex sodium</i> 46
COREG	CYSTADROPS .....78	DEPAKOTE SPRINKLES
<i>see carvedilol</i>.....36	CYSTAGON.....63	<i>see divalproex sodium</i> 46
CORGARD	CYSTARAN .....78	DEPEN TITRATABS
<i>see nadolol</i>.....36	<i>cytarabine</i> .....22	<i>see penicillamine</i>.....58
CORLANOR .....38	CYTOMEL	DEPO-MEDROL
CORTEF	<i>see liothyronine sodium</i>	<i>see methylprednisolone</i>
<i>see hydrocortisone</i>.....62	.....64	<i>acetate</i>.....62
CORTENEMA	CYTOTEC	DEPO-PROVERA
<i>see hydrocortisone</i>	<i>see misoprostol</i>.....67	CONTRACEPTIV
<i>(intrarectal)</i> .....66	D	<i>see</i>
COSOPT	D10W/NACL INJ 0.2%....74	<i>medroxyprogesterone</i>
<i>see dorzolamide hcl-</i>	D2.5W/NACL INJ 0.45%.74	<i>acetate (contraceptive)</i>
<i>timolol maleate ophth</i>	D5W/LYTES INJ #48 .....74	.....60
<i>soln 2-0.5%</i>.....77	<i>dabigatran etexilate</i>	DEPO-SUBQ PROVERA
COTELLIC .....25	<i>mesylate</i>.....68	104 .....59
COZAAR	<i>dalfampridine</i> .....52	<i>depo-testosterone</i>.....54
<i>see losartan potassium</i>	DALIRESP	DERMA-SMOOTH/FS
.....34	<i>see roflumilast</i>.....81	BODY
CREON CAP 12000UNT 67	<i>danazol</i>.....61	<i>see fluocinolone</i>
CREON CAP 24000UNT 67	DANTRIUM	<i>acetamide</i>.....84
CREON CAP 3000UNIT .67	<i>see dantrolene sodium</i> 53	DERMA-SMOOTH/FS
CREON CAP 36000UNT 67	<i>dantrolene sodium</i> .....53	SCALP
CREON CAP 6000UNIT .67	<i>dapsone</i>.....14	<i>see fluocinolone</i>
CRESTOR	DAPTACEL INJ .....73	<i>acetamide</i>.....84

DERMOTIC		
see <i>flac</i>	78	
see <i>fluocinolone</i>		
<i>acetonide (otic)</i>	78	
DESCOVY TAB 120-15MG		
.....	18	
DESCOVY TAB 200/25MG		
.....	18	
<i>desipramine hcl</i>	40	
<i>desmopressin acetate</i>	63	
<i>desmopressin acetate</i>		
<i>spray</i>	63	
<i>desmopressin acetate</i>		
<i>spray refrigerated</i>	63	
<i>desogest-eth estrad & eth</i>		
<i>estrad tab 0.15-0.02/0.01</i>		
<i>mg(2 1/5)</i>	59	
<i>desogestrel & ethinyl</i>		
<i>estradiol tab 0.15 mg-30</i>		
<i>mcg</i>	59	
<i>desvenlafaxine succinate</i>	40	
DETROL		
see <i>tolterodine tartrate</i>	68	
DETROL LA		
see <i>tolterodine tartrate</i>	68	
<i>dexamethasone</i>	62	
DEXAMETHASONE		
INTENSOL.....	62	
<i>dexamethasone sodium</i>		
<i>phosphate</i>	62	
<i>dexamethasone sodium</i>		
<i>phosphate (ophth)</i>	77	
<i>dexmethylphenidate hcl</i> ..	50	
<i>dextrose</i>	76	
<i>dextrose 10% w/ sodium</i>		
<i>chloride 0.45%</i>	74	
<i>dextrose 2.5% w/ sodium</i>		
<i>chloride 0.45%</i>	74	
DEXTROSE 2.5%/NACL		
0.45%		
see <i>dextrose 2.5% w/</i>		
<i>sodium chloride 0.45%</i>		
.....	74	
<i>dextrose 5% in lactated</i>		
<i>ringers</i>	74	
<i>dextrose 5% w/ sodium</i>		
<i>chloride 0.2%</i>	74	
<i>dextrose 5% w/ sodium</i>		
<i>chloride 0.225%</i>	74	
<i>dextrose 5% w/ sodium</i>		
<i>chloride 0.3%</i>	74	
<i>dextrose 5% w/ sodium</i>		
<i>chloride 0.45%</i>	74	
<i>dextrose 5% w/ sodium</i>		
<i>chloride 0.9%</i>	74	
DEXTROSE 5%/NACL		
0.3%		
see <i>dextrose 5% w/</i>		
<i>sodium chloride 0.3%</i>		
.....	74	
DEXTROSE/SODIUM		
CHLORIDE		
see <i>dextrose 5% w/</i>		
<i>sodium chloride</i>		
0.225%.....	74	
DIACOMIT.....	46	
<i>diazepam</i>	46	
<i>diazepam (anticonvulsant)</i>		
.....	46	
<i>diazepam inj</i>	46	
<i>diazepam intensol</i>	46	
<i>diazoxide</i>	62	
<i>diclofenac potassium</i>	11	
<i>diclofenac sodium</i>	11	
<i>diclofenac sodium (ophth)</i>		
.....	77	
<i>diclofenac sodium (topical)</i>		
.....	85	
<i>dicloxacillin sodium</i>	21	
<i>dicyclomine hcl</i>	65	
DIFICID.....	20	
DIFLUCAN		
see <i>fluconazole</i>	16	
<i>diflunisal</i>	11	
<i>digoxin</i>	38	
<i>dihydroergotamine</i>		
<i>mesylate</i>	51	
DILANTIN.....	46	
see <i>phenytoin sodium</i>		
<i>extended</i>	48	
DILANTIN INFATABS.....	46	
see <i>phenytoin</i>	48	
DILANTIN-125.....	46	
see <i>phenytoin</i>	48	
DILAUDID		
see <i>hydromorphone hcl</i>		
.....	13	
<i>diltiazem hcl</i>	36	
<i>diltiazem hcl coated beads</i>		
.....	37	
<i>diltiazem hcl extended</i>		
<i>release beads</i>	37	
<i>dilt-xr</i>	36	
DIOVAN		
see <i>valsartan</i>	34	
DIOVAN HCT		
see <i>valsartan-</i>		
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		
160-12.5 mg.....	33	
see <i>valsartan-</i>		
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		
160-25 mg.....	33	
see <i>valsartan-</i>		
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		
320-12.5 mg.....	33	
see <i>valsartan-</i>		
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		
320-25 mg.....	33	
see <i>valsartan-</i>		
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		
80-12.5 mg.....	33	
DIP/TET PED INJ 25-5LFU		
.....	73	
<i>diphenhydramine hcl</i>	79	
<i>diphenoxylate w/ atropine</i>		
<i>liq 2.5-0.025 mg/5ml</i>	67	
<i>diphenoxylate w/ atropine</i>		
<i>tab 2.5-0.025 mg</i>	67	
DIPROLENE		
see <i>betamethasone</i>		
<i>dipropionate</i>		
<i>augmented</i>	83	
<i>dipyridamole</i>	70	
<i>disopyramide phosphate</i> ..	34	
<i>disulfiram</i>	53	
<i>divalproex sodium</i>	46	
<i>docetaxel</i>	24	
DOCETAXEL.....	24	
see <i>docetaxel</i>	24	
<i>dofetilide</i>	34	
<i>donepezil hydrochloride</i> ..	39	
DOPTELET.....	69	
<i>dorzolamide hcl</i>	77	
<i>dorzolamide hcl-timolol</i>		
<i>maleate ophth soln 2-</i>		
0.5%.....	77	
<i>dotti</i>	61	

DOVATO TAB 50-300MG	see <i>venlafaxine hcl</i>.....41	<i>enilloring</i> .....59
.....18	EFFIENT	<i>enoxaparin sodium</i> .....69
<i>doxazosin mesylate</i> .....32	see <i>prasugrel hcl</i>.....70	<i>enpresse-28</i>.....59
<i>doxepin hcl</i> .....40	EFUDEX	<i>enskyce</i> .....59
<i>doxepin hcl (sleep)</i>.....51	see <i>fluorouracil (topical)</i>	ENSTILAR AER.....84
DOXIL	.....85	<i>entacapone</i>.....42
see <i>doxorubicin hcl</i>	ELIGARD.....23	<i>entecavir</i>.....19
liposomal .....22	<i>elinest</i> .....59	ENTRESTO TAB 24-26MG
<i>doxorubicin hcl</i>.....22	ELIQUIS .....68, 69	.....32
<i>doxorubicin hcl liposomal</i> 22	ELIQUIS STARTER PACK	ENTRESTO TAB 49-51MG
<i>doxy 100</i>.....22	.....69	.....32
<i>doxycycline (monohydrate)</i>	ELLECE .....22	ENTRESTO TAB 97-
.....22	<i>eluryng</i>.....59	103MG .....32
<i>doxycycline hyclate</i>.....22	EMCYT .....23	<i>enulose</i>.....66
<i>dronabinol</i>.....65	EMEND	EPCLUSA PAK 150-37.519
<i>drospirenone-ethinyl</i>	see <i>aprepitant</i> .....65	EPCLUSA PAK 200-50MG
<i>estradiol tab 3-0.02 mg</i> 59	EMSAM .....40	.....19
<i>drospirenone-ethinyl</i>	<i>emtricitabine</i> .....17	EPCLUSA TAB 200-50MG
<i>estradiol tab 3-0.03 mg</i> 59	<i>emtricitabine-tenofovir</i>	.....19
DROXIA.....69	<i>disoproxil fumarate tab</i>	EPCLUSA TAB 400-100.19
<i>droxidopa</i>.....38	100-150 mg.....18	EPIDIOLEX.....46
DULERA AER 100-5MCG	<i>emtricitabine-tenofovir</i>	<i>epinephrine (anaphylaxis)</i>
.....81	<i>disoproxil fumarate tab</i>	.....38, 80
DULERA AER 200-5MCG	133-200 mg.....18	EPIPEN 2-PAK
.....81	<i>emtricitabine-tenofovir</i>	see <i>epinephrine</i>
DULERA AER 50-5MCG 81	<i>disoproxil fumarate tab</i>	(<i>anaphylaxis</i>) .....80
<i>duloxetine hcl</i>.....40	167-250 mg.....18	EPIPEN-JR 2-PAK
DUPIXENT .....70	<i>emtricitabine-tenofovir</i>	see <i>epinephrine</i>
<i>dutasteride</i>.....67	<i>disoproxil fumarate tab</i>	(<i>anaphylaxis</i>) .....80
<i>dutasteride-tamsulosin hcl</i>	200-300 mg.....18	<i>epitol</i>.....46
cap 0.5-0.4 mg.....67	EMTRIVA.....17	EPIVIR
E	see <i>emtricitabine</i> .....17	see <i>lamivudine</i> .....17
e.e.s. 400.....20	EMVERM.....14	<i>eplerenone</i>.....32
EC-NAPROSYN	<i>enalapril maleate</i> .....31	EPRONTIA .....46
see <i>ec-naproxen</i> .....11	<i>enalapril maleate &</i>	EPZICOM
see <i>naproxen</i> .....11	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	see <i>abacavir sulfate-</i>
<i>ec-naproxen</i>.....11	10-25 mg.....31	<i>lamivudine tab 600-</i>
EDURANT .....17	<i>enalapril maleate &</i>	300 mg.....17
<i>efavirenz</i>.....17	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	<i>ergotamine w/ caffeine tab</i>
<i>efavirenz-emtricitabine-</i>	5-12.5 mg.....31	1-100 mg.....51
<i>tenofovir df tab 600-200-</i>	ENBREL .....70	ERIVEDGE .....26
<i>300 mg</i>.....18	ENBREL MINI.....70	ERLEADA .....23
<i>efavirenz-lamivudine-</i>	ENBREL SURECLICK...70	<i>erlotinib hcl</i>.....26
<i>tenofovir df tab 400-300-</i>	ENDARI .....69	<i>errin</i> .....59
<i>300 mg</i>.....18	<i>endocet tab 10-325mg</i> ...12	<i>ertapenem sodium</i>.....14
<i>efavirenz-lamivudine-</i>	<i>endocet tab 2.5-325mg</i> ...12	<i>ery</i>.....82
<i>tenofovir df tab 600-300-</i>	<i>endocet tab 5-325mg</i>.....12	ERYGEL
<i>300 mg</i>.....18	<i>endocet tab 7.5-325mg</i> ...12	see <i>erythromycin (acne</i>
EFFEXOR XR	ENGERIX-B .....73	<i>aid)</i> .....82

<i>ery-tab</i>	20	see <i>raloxifene hcl</i>	63	see <i>piroxicam</i>	11
ERYTHROCIN		EVOTAZ TAB 300-150 ...	18	<i>felodipine</i>	37
LACTOBIONATE	20	EXELON		FEMARA	
see <i>erythromycin</i>		see <i>rivastigmine</i>	40	see <i>letrozole</i>	23
<i>lactobionate</i>	20	<i>exemestane</i>	23	<i>fenofibrate</i>	34
<i>erythrocin stearate</i>	20	EXFORGE		<i>fenofibrate micronized</i> ...	34
<i>erythromycin (acne aid)</i> ..	82	see <i>amlodipine besylate-</i>		<i>fentanyl</i>	11
<i>erythromycin (ophth)</i>	76	<i>valsartan tab 10-160</i>		<i>fentanyl citrate</i>	12
<i>erythromycin base</i>	20	<i>mg</i>	32	FETZIMA	40
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>		see <i>amlodipine besylate-</i>		FETZIMA CAP TITRATIO	
.....	20	<i>valsartan tab 10-320</i>		.....	40
<i>erythromycin lactobionate</i>		<i>mg</i>	32	FIASP	56
.....	20	see <i>amlodipine besylate-</i>		FIASP FLEXTOUCH	56
ESBRIET		<i>valsartan tab 5-160 mg</i>		FIASP PENFILL	56
see <i>pirfenidone</i>	80	.....	32	FIASP PUMPCART	56
<i>escitalopram oxalate</i>	40	see <i>amlodipine besylate-</i>		<i>finasteride</i>	68
<i>esomeprazole magnesium</i>		<i>valsartan tab 5-320 mg</i>		<i>finolimid hcl</i>	52
.....	67	.....	32	FINTEPLA	47
<i>estarylla</i>	59	EXKIVITY	26	FIRAZYR	
ESTRACE		EYSUVIS	77	see <i>icatibant acetate</i> ...	70
see <i>estradiol</i>	61	<i>ezetimibe</i>	35	see <i>sajazir</i>	70
see <i>estradiol vaginal</i> ...	61	<i>ezetimibe-simvastatin tab</i>		FIRMAGON	23
<i>estradiol</i>	61	10-10 <i>mg</i>	35	<i>flac</i>	78
<i>estradiol & norethindrone</i>		<i>ezetimibe-simvastatin tab</i>		FLAREX	77
<i>acetate tab 0.5-0.1 mg</i>	61	10-20 <i>mg</i>	35	FLEBOGAMMA DIF	72
<i>estradiol & norethindrone</i>		<i>ezetimibe-simvastatin tab</i>		<i>flecainide acetate</i>	34
<i>acetate tab 1-0.5 mg</i> ...	61	10-40 <i>mg</i>	35	FLOMAX	
<i>estradiol vaginal</i>	61	<i>ezetimibe-simvastatin tab</i>		see <i>tamsulosin hcl</i>	68
<i>estradiol valerate</i>	61	10-80 <i>mg</i>	35	<i>fluconazole</i>	16
<i>ethambutol hcl</i>	18	F		<i>fluconazole in nacl 0.9% inj</i>	
<i>ethosuximide</i>	46	FABRAZYME	63	200 <i>mg/100ml</i>	16
<i>ethynodiol diacetate &</i>		<i>falmina</i>	59	<i>fluconazole in nacl 0.9% inj</i>	
<i>ethinyl estradiol tab 1</i>		<i>famciclovir</i>	19	400 <i>mg/200ml</i>	16
<i>mg-35 mcg</i>	59	<i>famotidine</i>	66	<i>flucytosine</i>	16
<i>ethynodiol diacetate &</i>		<i>famotidine in nacl 0.9% iv</i>		<i>fludrocortisone acetate</i> ...	62
<i>ethinyl estradiol tab 1</i>		<i>soln 20 mg/50ml</i>	66	<i>flunisolide (nasal)</i>	81
<i>mg-50 mcg</i>	59	FANAPT	43	<i>fluocinolone acetate</i>	84
<i>etodolac</i>	11	FANAPT PAK	43	<i>fluocinolone acetate</i>	
<i>etonogestrel-ethinyl</i>		FARESTON		(<i>otic</i>)	78
<i>estradiol va ring 0.120-</i>		see <i>toremifene citrate</i> ..	24	<i>fluocinonide</i>	84
0.015 <i>mg/24hr</i>	59	FARXIGA	54	<i>fluocinonide emulsified</i>	
<i>etoposide</i>	24	FASENRA	80	<i>base</i>	84
<i>etravirine</i>	17	FASENRA PEN	80	<i>fluorometholone (ophth)</i> ..	77
EULEXIN	23	FASLODEX		<i>fluorouracil</i>	22
<i>euthyrox</i>	64	see <i>fulvestrant</i>	23	<i>fluorouracil (topical)</i>	85
<i>everolimus</i>	26	<i>felbamate</i>	47	<i>fluoxetine hcl</i>	40
<i>everolimus</i>		FELBATOL		<i>fluphenazine decanoate</i> ..	43
(<i>immunosuppressant</i>) ..	73	see <i>felbamate</i>	47	<i>fluphenazine hcl</i>	43
EVISTA		FELDENE		<i>flurbiprofen</i>	11

<i>flurbiprofen sodium</i>.....77	GAMMAGARD S/D IGA	<i>see fingolimod hcl</i> .....52
<i>fluticasone propionate</i>.....84	LESS TH .....72	GILOTRIF .....26
<i>fluticasone propionate</i> (nasal).....81	GAMMAKED.....72	<i>glatiramer acetate</i>.....52
<i>fluticasone-salmeterol aer</i> <i>powder ba 100-50</i> <i>mcg/act</i> .....82	GAMMAPLEX.....72	<i>glatopa</i>.....52
<i>fluticasone-salmeterol aer</i> <i>powder ba 250-50</i> <i>mcg/act</i> .....82	GAMUNEX-C.....72	GLEEVEC
<i>fluticasone-salmeterol aer</i> <i>powder ba 500-50</i> <i>mcg/act</i> .....82	<i>ganciclovir sodium</i> .....19	<i>see imatinib mesylate</i> ..26
<i>fluvoxamine maleate</i>.....39	GARDASIL 9 INJ .....73	GLEOSTINE .....22
FML LIQUIFILM	GASTROCROM	<i>glimepiride</i> .....54
<i>see fluorometholone</i> (ophth).....77	<i>see cromolyn sodium</i> (mastocytosis) .....67	<i>glipizide</i>.....54
FOCALIN	<i>gatifloxacin (ophth)</i> .....76	<i>glipizide xl</i>.....54
<i>see dexmethylphenidate</i> <i>hcl</i>.....50	GATTEX .....67	<i>glipizide-metformin hcl tab</i> 2.5-250 mg.....54
<i>fondaparinux sodium</i> .....69	GAUZE PADS 2.....56	<i>glipizide-metformin hcl tab</i> 2.5-500 mg.....54
FOSAMAX	<i>gavilyte-c</i> .....66	<i>glipizide-metformin hcl tab</i> 5-500 mg.....55
<i>see alendronate sodium</i>.....58	<i>gavilyte-g</i> .....66	GLUCOTROL XL
<i>fosamprenavir calcium</i>....17	GAVRETO .....26	<i>see glipizide</i> .....54
<i>fosinopril sodium</i>.....31	<i>gefitinib</i> .....26	<i>see glipizide xl</i>.....54
<i>fosinopril sodium &</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 10-12.5 mg.....31	<i>gemcitabine hcl</i>.....23	<i>glycopyrrolate</i> .....65, 66
<i>fosinopril sodium &</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 20-12.5 mg.....31	GEMCITABINE	<i>glydo</i>.....84
FOTIVDA .....26	HYDROCHLORIDE	GLYXAMBI TAB 10-5 MG.....55
FRUZAQLA .....26	<i>see gemcitabine hcl</i> ....23	GLYXAMBI TAB 25-5 MG.....55
<i>fulvestrant</i>.....23	<i>gemfibrozil</i> .....34	GOLYTELY
<i>furosemide</i>.....37	GEMTESA .....68	<i>see gavilyte-g</i>.....66
<i>furosemide inj</i> .....37	<i>generlac</i>.....66	<i>see peg 3350-kcl-na</i> <i>bicarb-nacl-na sulfate</i> <i>for soln 236 gm</i>.....66
FUZEON .....17	<i>gengraf</i> .....73	<i>granisetron hcl</i> .....65
<i>fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg</i>.....61	GENOTROPIN.....63	<i>griseofulvin microsize</i> .....16
<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i>....61	GENOTROPIN MINIQUICK.....63	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>.....16
FYCOMPA.....47	<i>gentamicin in saline inj 0.8</i> <i>mg/ml</i> .....14	<i>guanfacine hcl</i>.....38
G	<i>gentamicin in saline inj 1</i> <i>mg/ml</i> .....14	<i>guanfacine hcl (adhd)</i> .....50
<i>gabapentin</i>.....47	<i>gentamicin in saline inj 1.2</i> <i>mg/ml</i> .....14	GVOKE HYPOPEN 2- PACK .....62
<i>galantamine hydrobromide</i>.....39	<i>gentamicin in saline inj 1.6</i> <i>mg/ml</i> .....14	GVOKE KIT .....62
GAMASTAN INJ .....72	<i>gentamicin in saline inj 2</i> <i>mg/ml</i> .....14	GVOKE PFS.....62
GAMMAGARD LIQUID...72	<i>gentamicin sulfate</i>.....14	H
	<i>gentamicin sulfate (ophth)</i> .....76	HAEGARDA.....69
	<i>gentamicin sulfate (topical)</i> .....82	<i>hailey 1.5/30</i> .....59
	GENVOYA TAB.....18	HALDOL DECANOATE 100
	GEODON	<i>see haloperidol</i> <i>decanoate</i>.....43
	<i>see ziprasidone hcl</i> ....45	HALDOL DECANOATE 50
	<i>see ziprasidone mesylate</i>.....45	
	GILENYA	

<i>see haloperidol</i>	HUMIRA PEN-PEDIATRIC	I
<i>decanoate</i>.....43	UC S .....71	<i>ibandronate sodium</i> .....58
<i>halobetasol propionate</i> ...84	HUMIRA PEN-PS/UV	IBRANCE.....26
<i>haloette</i>.....59	STARTER .....71	<i>ibu</i>.....11
<i>haloperidol</i>.....43	HUMULIN R U-500	<i>ibuprofen</i>.....11
<i>haloperidol decanoate</i> ....43	(CONCENTR.....57	<i>icatibant acetate</i>.....70
<i>haloperidol lactate</i>.....43	HUMULIN R U-500	<i>iclevia</i>.....59
HARVONI PAK 33.75-	KWIKPEN.....57	ICLUSIG .....26
150MG .....19	<i>hydralazine hcl</i>.....38	IDACIO (2 PEN).....71
HARVONI PAK 45-200MG	HYDREA	IDACIO (2 SYRINGE).....71
.....19	<i>see hydroxyurea</i>.....24	IDACIO CROHN INJ
HARVONI TAB 45-200MG	<i>hydrochlorothiazide</i>.....37	DISEASE.....71
.....19	<i>hydrocodone bitartrate</i>....12	IDACIO PLAQU INJ
HARVONI TAB 90-400MG	<i>hydrocodone-</i>	PSORIASIS.....71
.....19	<i>acetaminophen soln 7.5-</i>	IDHIFA .....26
HAVRIX .....73	325 mg/15ml .....12	<i>imatinib mesylate</i>.....26
<i>heather</i> .....59	<i>hydrocodone-</i>	IMBRUVICA.....26
HEP SOD/D5W INJ	<i>acetaminophen tab 10-</i>	<i>imipenem-cilastatin</i>
20000UNT .....69	325 mg .....13	<i>intravenous for soln 250</i>
HEP SOD/D5W INJ	<i>hydrocodone-</i>	mg .....14
25000UNT .....69	<i>acetaminophen tab 5-325</i>	<i>imipenem-cilastatin</i>
HEP SOD/NAACL INJ	mg .....12	<i>intravenous for soln 500</i>
12500UNT .....69	<i>hydrocodone-</i>	mg .....14
HEP SOD/NAACL INJ	<i>acetaminophen tab 7.5-</i>	<i>imipramine hcl</i>.....40
25000UNT .....69	325 mg .....12	<i>imiquimod</i> .....85
<i>heparin sodium (porcine)</i> 69	<i>hydrocodone-ibuprofen tab</i>	IMITREX
HEPARIN/NAACL INJ	7.5-200 mg .....13	<i>see sumatriptan</i>
25000UNT .....69	<i>hydrocortisone</i> .....62	<i>succinate</i> .....52
HEPLISAV-B .....73	<i>hydrocortisone (intrarectal)</i>	IMITREX STATDOSE
HERCEP HYLEC SOL 60-	.....66	REFILL
10000 .....26	<i>hydrocortisone (rectal)</i> ...85	<i>see sumatriptan</i>
HERCEPTIN .....26	<i>hydrocortisone (topical)</i> ..84	<i>succinate</i> .....51
HERZUMA .....26	<i>hydromorphone hcl</i>.....13	IMITREX STATDOSE
HETLIOZ	<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	SYSTEM
<i>see tasimelteon</i>.....51	.....72	<i>see sumatriptan</i>
HIBERIX .....73	<i>hydroxyurea</i>.....24	<i>succinate</i> .....51
HIPREX	<i>hydroxyzine hcl</i>.....79	IMOYAX RABIES
<i>see methenamine</i>	<i>hydroxyzine pamoate</i>.....79	(H.D.C.V.).....73
<i>hippurate</i> .....15	HYSINGLA ER.....12	IMURAN
HUMIRA .....70	HYZAAR	<i>see azathioprine</i>.....72
HUMIRA PEDIA INJ	<i>see losartan potassium &</i>	INBRIJA .....42
CROHNS .....70	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	<i>incassia</i>.....59
HUMIRA PEDIATRIC	100-12.5 mg .....33	INCRELEX.....63
CROHNS D .....71	<i>see losartan potassium &</i>	INCRUSE ELLIPTA .....79
HUMIRA PEN .....71	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	<i>indapamide</i> .....37
HUMIRA PEN KIT PS/UV	100-25 mg .....33	INDERAL LA
.....71	<i>see losartan potassium &</i>	<i>see propranolol hcl</i>.....36
HUMIRA PEN-CD/UC/HS	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	INFANRIX INJ.....73
START .....71	50-12.5 mg .....32	INFLIXIMAB.....71

INLYTA.....	26	<i>isosorbide dinitrate</i>	38	<i>junel fe 1/20</i>	59
INQOVI TAB 35-100MG .	23	<i>isosorbide mononitrate</i> ...	38	JYNNEOS.....	73
INREBIC	27	<i>isotretinoin</i>	82	K	
INSPRA		<i>itraconazole</i>	16	KADCYLA.....	27
see <i>eplerenone</i>	32	<i>ivermectin</i>	14	KALETRA	
INSULIN PEN NEEDLES:		IWILFIN	24	see <i>lopinavir-ritonavir</i>	
BD/NOVO	57	IXIARO INJ.....	73	<i>soln 400-100 mg/5ml</i>	
INSULIN SAFETY		J		<i>(80-20 mg/ml)</i>	18
NEEDLES	57	JADENU		see <i>lopinavir-ritonavir tab</i>	
INSULIN SYRINGES: BD		see <i>deferiasirox</i>	58	<i>100-25 mg</i>	18
.....	57	JADENU SPRINKLE		see <i>lopinavir-ritonavir tab</i>	
INTELENCE	17	see <i>deferiasirox</i>	58	<i>200-50 mg</i>	18
see <i>etravirine</i>	17	JAKAFI	27	KALYDECO	80
INTRALIPID.....	76	JALYN		KANJINTI.....	27
<i>introvale</i>	59	see <i>dutasteride-</i>		<i>kariva</i>	59
INTUNIV		<i>tamsulosin hcl cap 0.5-</i>		KCL 0.3%/D5W/NACL	
see <i>guanfacine hcl</i>		<i>0.4 mg</i>	67	0.9%	
(<i>adh</i>).....	50	<i>jantoven</i>	69	see <i>kcl 40 meq/l (0.3%)</i>	
INVEGA		JANUMET TAB 50-1000.	55	<i>in dextrose 5% & nacl</i>	
see <i>paliperidone</i>	44	JANUMET TAB 50-500MG		<i>0.9% inj</i>	75
INVEGA HAFYERA	43	.....	55	<i>kcl 10 meq/l (0.075%) in</i>	
INVEGA SUSTENNA.....	43	JANUMET XR TAB 100-		<i>dextrose 5% & nacl</i>	
INVEGA TRINZA	43	1000	55	<i>0.45% inj</i>	74
IPOL INJ INACTIVE.....	73	JANUMET XR TAB 50-		<i>kcl 20 meq/l (0.149%) in</i>	
<i>ipratropium bromide</i>	79	1000	55	<i>nacl 0.45% inj</i>	74
<i>ipratropium bromide (nasal)</i>		JANUMET XR TAB 50-		<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in</i>	
.....	79	500MG	55	<i>dextrose 5% & nacl 0.2%</i>	
<i>ipratropium-albuterol nebu</i>		JANUVIA	55	<i>inj</i>	74
<i>soln 0.5-2.5(3) mg/3ml</i>	78	JARDIANCE	55	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in</i>	
<i>irbesartan</i>	34	<i>jasmiel</i>	59	<i>dextrose 5% & nacl</i>	
<i>irbesartan-</i>		<i>javygtor</i>	63	<i>0.45% inj</i>	74
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		JAYPIRCA	27	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in</i>	
<i>150-12.5 mg</i>	32	JENTADUETO TAB 2.5-		<i>dextrose 5% & nacl 0.9%</i>	
<i>irbesartan-</i>		1000	55	<i>inj</i>	74
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		JENTADUETO TAB 2.5-		<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl</i>	
<i>300-12.5 mg</i>	32	500	55	<i>0.45% inj</i>	74
IRESSA		JENTADUETO TAB 2.5-		<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl</i>	
see <i>gefitinib</i>	26	850	55	<i>0.9% inj</i>	74
<i>irinotecan hcl</i>	24	JENTADUETO TAB XR		<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in</i>	
ISENTRESS	17	2.5-1000MG	55	<i>dextrose 5% & nacl</i>	
ISENTRESS HD	17	JENTADUETO TAB XR 5-		<i>0.45% inj</i>	74
<i>isibloom</i>	59	1000MG	55	<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in</i>	
ISOLYTE-P INJ /D5W.....	74	<i>jinteli</i>	61	<i>dextrose 5% & nacl</i>	
ISOLYTE-S INJ.....	74	<i>jolessa</i>	59	<i>0.45% inj</i>	75
ISOLYTE-S INJ PH 7.4...74		<i>juleber</i>	59	<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in</i>	
<i>isoniazid</i>	18	JULUCA TAB 50-25MG ..	18	<i>dextrose 5% & nacl 0.9%</i>	
ISORDIL TITRADOSE		<i>junel 1.5/30</i>	59	<i>inj</i>	75
see <i>isosorbide dinitrate</i>		<i>junel 1/20</i>	59	<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl</i>	
.....	38	<i>junel fe 1.5/30</i>	59	<i>0.9% inj</i>	75

KCL/D5W/NACL INJ			
0.3/0.9%.....	75		
<i>kelnor 1/35</i>	59		
<i>kelnor 1/50</i>	59		
KEPPRA			
see <i>levetiracetam</i>	47		
see <i>roweepra</i>	48		
KEPPRA XR			
see <i>levetiracetam</i>	47		
KERENDIA	32		
KESIMPTA	53		
<i>ketoconazole</i>	16		
<i>ketoconazole (topical)</i>	83		
<i>ketorolac tromethamine</i>			
(<i>ophth</i>).....	77		
KEVZARA.....	71		
KEYTRUDA.....	27		
KINRIX INJ	73		
KISQALI 200 DOSE.....	27		
KISQALI 200 PAK			
FEMARA.....	24		
KISQALI 400 DOSE.....	27		
KISQALI 400 PAK			
FEMARA.....	24		
KISQALI 600 DOSE.....	27		
KISQALI 600 PAK			
FEMARA.....	24		
KITABIS PAK			
see <i>tobramycin</i>	15		
KLARON			
see <i>sulfacetamide</i>			
<i>sodium (acne)</i>	82		
<i>klayesta</i>	83		
KLONOPIN			
see <i>clonazepam</i>	46		
<i>klor-con</i>	75		
<i>klor-con 10</i>	75		
<i>klor-con 8</i>	75		
<i>klor-con m10</i>	75		
<i>klor-con m15</i>	75		
<i>klor-con m20</i>	75		
KORLYM	63		
see <i>mifepristone</i>			
(<i>hyperglycemia</i>).....	63		
KOSELUGO	27		
<i>kourzeq</i>	85		
KRAZATI	27		
K-TAB			
see <i>potassium chloride</i>	75		
<i>kurvelo</i>	59		
KUVAN			
see <i>javygtor</i>	63		
see <i>sapropterin</i>			
<i>dihydrochloride</i>	63		
L			
<i>labetalol hcl</i>	36		
<i>lacosamide</i>	47		
<i>lacosamide oral</i>	47		
<i>lactated ringer's solution</i> .	75		
<i>lactic acid (ammonium</i>			
<i>lactate)</i>	85		
<i>lactulose</i>	66		
<i>lactulose (encephalopathy)</i>			
.....	66		
LAMICTAL			
see <i>lamotrigine</i>	47		
see <i>subvenite</i>	48		
LAMICTAL CHEWABLE			
DISPERS			
see <i>lamotrigine</i>	47		
LAMICTAL XR			
see <i>lamotrigine</i>	47		
<i>lamivudine</i>	17		
<i>lamivudine (hbv)</i>	19		
<i>lamivudine-zidovudine tab</i>			
150-300 mg.....	18		
<i>lamotrigine</i>	47		
LANOXIN			
see <i>digoxin</i>	38		
<i>lansoprazole</i>	67		
LANTUS	57		
LANTUS SOLOSTAR.....	57		
<i>lapatinib ditosylate</i>	27		
<i>larin 1.5/30</i>	59		
<i>larin 1/20</i>	59		
<i>larin fe 1.5/30</i>	59		
<i>larin fe 1/20</i>	59		
LASIX			
see <i>furosemide</i>	37		
<i>latanoprost</i>	77		
LATUDA			
see <i>lurasidone hcl</i> .	43, 44		
<i>leena</i>	59		
<i>leflunomide</i>	72		
<i>lenalidomide</i>	24		
LENVIMA 10 MG DAILY			
DOSE.....	27		
LENVIMA 12MG DAILY			
DOSE	27		
LENVIMA 20 MG DAILY			
DOSE	27		
LENVIMA 4 MG DAILY			
DOSE	27		
LENVIMA 8 MG DAILY			
DOSE	27		
LENVIMA CAP 14 MG....	27		
LENVIMA CAP 18 MG....	27		
LENVIMA CAP 24 MG....	27		
<i>lessina</i>	59		
LETAIRIS			
see <i>ambrisentan</i>	38		
<i>letrozole</i>	23		
<i>leucovorin calcium</i>	30		
LEUKERAN	22		
<i>leuprolide acetate</i>	23		
<i>levalbuterol hcl</i>	79		
<i>levalbuterol tartrate</i>	79		
<i>levetiracetam</i>	47		
LEVETIRACETAM			
see <i>levetiracetam in</i>			
<i>sodium chloride iv soln</i>			
1000 mg/100ml.....	47		
see <i>levetiracetam in</i>			
<i>sodium chloride iv soln</i>			
1500 mg/100ml.....	47		
see <i>levetiracetam in</i>			
<i>sodium chloride iv soln</i>			
500 mg/100ml.....	47		
<i>levetiracetam in sodium</i>			
<i>chloride iv soln 1000</i>			
mg/100ml	47		
<i>levetiracetam in sodium</i>			
<i>chloride iv soln 1500</i>			
mg/100ml	47		
<i>levetiracetam in sodium</i>			
<i>chloride iv soln 500</i>			
mg/100ml	47		
<i>levobunolol hcl</i>	77		
<i>levocarnitine (metabolic</i>			
<i>modifiers)</i>	63		
<i>levocetirizine</i>			
<i>dihydrochloride</i>	79		
<i>levofloxacin</i>	20		
<i>levofloxacin in d5w iv soln</i>			
250 mg/50ml	20		

<i>levofloxacin in d5w iv soln</i> 500 mg/100ml .....20	<i>lisinopril &</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 10-12.5 mg .....31	<i>losartan potassium &</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 50-12.5 mg .....32
<i>levofloxacin in d5w iv soln</i> 750 mg/150ml .....20	<i>lisinopril &</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 20-12.5 mg .....31	LOTEMAX.....77
<i>levonest</i> .....60	<i>lisinopril &</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 20-25 mg .....31	LOTENSIN see <i>benazepril hcl</i> .....31
<i>levonorgestrel & ethinyl</i> <i>estradiol (91-day) tab</i> 0.15-0.03 mg .....60	LITHIUM .....52	LOTENSIN HCT see <i>benazepril &</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 10-12.5 mg .....31
<i>levonorgestrel & ethinyl</i> <i>estradiol tab 0.1 mg-20</i> <i>mcg</i> .....60	<i>lithium carbonate</i> .....52	see <i>benazepril &</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 20-12.5 mg .....31
<i>levonorgestrel & ethinyl</i> <i>estradiol tab 0.15 mg-30</i> <i>mcg</i> .....60	LITHOBID see <i>lithium carbonate</i> ..52	see <i>benazepril &</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 20-25 mg .....31
<i>levonorgestrel-eth estra tab</i> 0.05-30/0.075-40/0.125- 30mg-mcg .....60	LODINE see <i>etodolac</i>.....11	LOTREL see <i>amlodipine besylate-</i> <i>benazepril hcl cap 10-</i> <i>20 mg</i>.....31
<i>levora 0.15/30-28</i>.....60	<i>loestrin 1.5/30-21</i> .....60	see <i>amlodipine besylate-</i> <i>benazepril hcl cap 10-</i> <i>40 mg</i>.....31
<i>levo-t</i>.....64	<i>loestrin 1/20-21</i> .....60	see <i>amlodipine besylate-</i> <i>benazepril hcl cap 5-10</i> <i>mg</i> .....30
<i>levothyroxine sodium</i>.....64	<i>loestrin fe 1.5/30</i> .....60	see <i>amlodipine besylate-</i> <i>benazepril hcl cap 5-20</i> <i>mg</i> .....30
<i>levoxyl</i>.....64	<i>loestrin fe 1/20</i> .....60	LOTRONEX see <i>alosetron hcl</i> .....66
LEXAPRO see <i>escitalopram oxalate</i>.....40	LOKELMA.....58	<i>lovastatin</i>.....34
LEXIVA .....17 see <i>fosamprenavir</i> <i>calcium</i> .....17	LOMOTIL see <i>diphenoxylate w/</i> <i>atropine tab 2.5-0.025</i> <i>mg</i> .....67	LOVAZA see <i>omega-3-acid ethyl</i> <i>esters cap 1 gm</i> .....35
LIALDA see <i>mesalamine</i> .....66	LONSURF TAB 15-6.14 .23	LOVENOX see <i>enoxaparin sodium</i>.....69
<i>lidocaine</i> .....84	LONSURF TAB 20-8.19 .23	<i>low-ogestrel</i> .....60
<i>lidocaine hcl</i>.....84	<i>loperamide hcl</i> .....67	<i>loxapine succinate</i> .....43
<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i> .....13, 14	LOPID see <i>gemfibrozil</i>.....34	LUMAKRAS .....27
<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i> .....85	<i>lopinavir-ritonavir soln 400-</i> <i>100 mg/5ml (80-20</i> <i>mg/ml)</i> .....18	LUMIGAN .....77
<i>lidocaine-prilocaine cream</i> 2.5-2.5%.....84	<i>lopinavir-ritonavir tab 100-</i> <i>25 mg</i>.....18	LUMIZYME .....63
<i>lidocan iii</i>.....85	<i>lopinavir-ritonavir tab 200-</i> <i>50 mg</i>.....18	LUPRON DEPOT (1- MONTH).....23
LIDODERM see <i>lidocaine</i> .....84	LOPRESSOR see <i>metoprolol tartrate</i> 36	LUPRON DEPOT (3- MONTH).....23
see <i>lidocan iii</i>.....85	<i>lorazepam</i>.....39	LUPRON DEPOT-PED (1- MONTH).....63
<i>linezolid</i>.....14, 15	<i>lorazepam intensol</i>.....39	
LINEZOLID INJ 2MG/ML 15	LORBRENA .....27	
LINZESS.....67	<i>loryna</i>.....60	
<i>liothyronine sodium</i>.....64	<i>losartan potassium</i>.....34	
LIPITOR see <i>atorvastatin calcium</i>.....34	<i>losartan potassium &</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 100-12.5 mg .....33	
<i>lisinopril</i>.....31	<i>losartan potassium &</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 100-25 mg .....33	

LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH).....63	<i>marlissa</i> .....60	<i>mercaptapurine</i>.....23
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH).....63	MARPLAN .....40	<i>meropenem</i>.....15
<i>lurasidone hcl</i> .....43, 44	MATULANE .....24	<i>mesalamine</i> .....66
<i>lutea</i>.....60	MAVYRET PAK 50-20MG .....19	<i>mesalamine w/ cleanser</i> .66
<i>lyleq</i> .....60	MAVYRET TAB 100-40MG .....19	MESNEX.....30
<i>lyllana</i> .....61	MAXALT see <i>rizatriptan benzoate</i>.....51	MESTINON see <i>pyridostigmine bromide</i>.....52
LYNPARZA.....27	MAXALT-MLT see <i>rizatriptan benzoate</i>.....51	<i>metformin hcl</i> .....55
LYRICA see <i>pregabalin</i>.....48	MAXITROL see <i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth oint 0.1%</i>.....76	<i>methadone hcl</i> .....12
LYSODREN.....23	see <i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth susp 0.1%</i>.....76	<i>methadone hydrochloride i</i>.....12
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE).....27	MAXZIDE see <i>triamterene & hydrochlorothiazide tab 75-50 mg</i> .....37	METHADOSE see <i>methadone hydrochloride i</i> .....12
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE).....27	<i>meclizine hcl</i> .....65	<i>methazolamide</i> .....37
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE).....27	MEDROL see <i>methylprednisolone</i>.....62	<i>methenamine hippurate</i> ..15
<i>lyza</i> .....60	MEDROL DOSEPAK see <i>methylprednisolone</i>.....62	<i>methimazole</i> .....64
M	<i>medroxyprogesterone acetate</i> .....64	<i>methotrexate sodium 23,</i> 72
MACROBID see <i>nitrofurantoin monohyd macro</i>.....15	<i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive)</i> 60	<i>methsuximide</i>.....47
MACRODANTIN see <i>nitrofurantoin macrocrystal</i> .....15	<i>mefloquine hcl</i>.....16	METHYLIN see <i>methylphenidate hcl</i>.....50
<i>magnesium sulfate</i>.....75	<i>megestrol acetate</i> .....23, 64	<i>methylphenidate hcl</i> ..50, 51
MAGNESIUM SULFATE 75 see <i>magnesium sulfate</i>.....75	<i>megestrol acetate (appetite)</i>.....64	<i>methylprednisolone</i>.....62
MAGNESIUM SULFATE IN D5W see <i>magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1 gm/100ml</i>.....75	MEKINIST.....28	<i>methylprednisolone acetate</i>.....62
<i>magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1 gm/100ml</i> .....75	MEKTOVI .....28	<i>methylprednisolone sod succ</i>.....62
MALARONE see <i>atovaquone-proguanil hcl tab 250-100 mg</i> .....16	<i>meloxicam</i> .....11	<i>methyltestosterone</i> .....54
see <i>atovaquone-proguanil hcl tab 62.5-25 mg</i> .....16	<i>memantine hcl</i> .....39	<i>metoclopramide hcl</i>.....65
<i>malathion</i> .....85	MENACTRA INJ .....73	<i>metolazone</i> .....37
<i>maraviroc</i>.....17	MENQUADFI INJ.....73	<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>.....36
MARINOL see <i>dronabinol</i>.....65	MENVEO INJ.....73	<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-50 mg</i>.....36
	MENVEO SOL.....73	<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i>.....36
	MEPRON see <i>atovaquone</i>.....14	<i>metoprolol succinate</i>.....36
		<i>metoprolol tartrate</i>.....36
		METROCREAM see <i>metronidazole (topical)</i>.....85
		METROLOTION see <i>metronidazole (topical)</i>.....85

<i>metronidazole</i>.....15	<i>moxifloxacin hcl (ophth)</i> ..76	<i>naratriptan hcl</i>.....51
METRONIDAZOLE	<i>moxifloxacin hcl 400</i>	NARDIL
see <i>metronidazole</i>.....15	<i>mg/250ml in sodium</i>	see <i>phenelzine sulfate</i> 41
<i>metronidazole (topical)</i> ...85	<i>chloride 0.8% inj</i>.....21	NATACYN.....76
<i>metronidazole vaginal</i>....68	MS CONTIN	<i>nateglinide</i> .....55
<i>metyrosine</i>.....38	see <i>morphine sulfate</i> ...12	NATPARA.....58
MG SO4/D5W INJ	MULTAQ.....34	NAYZILAM.....47
10MG/ML .....75	<i>multiple electrolytes ph 5.5</i>	<i>nebivolol hcl</i>.....36
<i>micafungin sodium</i>.....16	.....75	NEBUPENT
MICARDIS	<i>multiple electrolytes ph 7.4</i>	see <i>pentamidine</i>
see <i>telmisartan</i>.....34	.....75	<i>isethionate inh</i> .....15
<i>microgestin 1.5/30</i> .....60	<i>mupirocin</i> .....82	<i>necon 0.5/35-28</i>.....60
<i>microgestin 1/20</i> .....60	MYAMBUTOL	<i>nefazodone hcl</i> .....41
<i>microgestin fe 1.5/30</i> .....60	see <i>ethambutol hcl</i>.....18	<i>neomycin sulfate</i>.....15
<i>microgestin fe 1/20</i> .....60	MYCAMINE	<i>neomycin-bacitrac zn-</i>
<i>midodrine hcl</i>.....38	see <i>micafungin sodium</i> 16	<i>polymyx 5(3.5)mg-</i>
<i>mifepristone</i>	MYCOBUTIN	400unt-10000unt op oin
(<i>hyperglycemia</i>).....63	see <i>rifabutin</i>.....18	.....76
<i>miglustat</i> .....63	<i>mycophenolate mofetil</i> ...73	<i>neomycin-polymy-gramicid</i>
MIGRANAL	<i>mycophenolate sodium</i> ...73	op sol 1.75-10000-
see <i>dihydroergotamine</i>	MYFORTIC	0.025mg-unt-mg/ml.....76
<i>mesylate</i>.....51	see <i>mycophenolate</i>	<i>neomycin-polymyxin-</i>
<i>mili</i> .....60	<i>sodium</i>.....73	<i>dexamethasone ophth</i>
<i>mimvey</i> .....61	MYRBETRIQ .....68	<i>ointment 0.1%</i>.....76
MINIPRESS	MYSOLINE	<i>neomycin-polymyxin-</i>
see <i>prazosin hcl</i>.....32	see <i>primidone</i>.....48	<i>dexamethasone ophth</i>
MINIVELLE	N	<i>susp 0.1%</i>.....76
see <i>lyllana</i>.....61	<i>nabumetone</i>.....11	<i>neomycin-polymyxin-hc</i>
<i>minocycline hcl</i> .....22	<i>nadolol</i>.....36	<i>ophth susp</i>.....76
<i>minoxidil</i>.....38	<i>nafcillin sodium</i> .....21	<i>neomycin-polymyxin-hc otic</i>
<i>mirtazapine</i> .....40, 41	NAGLAZYME.....63	<i>soln 1%</i> .....78
<i>misoprostol</i> .....67	<i>nalbuphine hcl</i>.....13	<i>neomycin-polymyxin-hc otic</i>
MITIGARE .....11	<i>naloxone hcl</i> .....53	<i>susp 3.5 mg/ml-10000</i>
M-M-R II INJ .....73	<i>naltrexone hcl</i> .....54	<i>unit/ml-1%</i>.....78
M-NATAL PLUS TAB.....75	NAMENDA XR	<i>neo-polycin 5(3.5)mg-</i>
<i>modafinil</i> .....53	see <i>memantine hcl</i>.....39	400unt-10000unt op oin
<i>moexipril hcl</i>.....31	NAMZARIC CAP 14-10MG	.....76
<i>molindone hcl</i> .....44	.....39	<i>neo-polycin hc ophth oint</i>
<i>mometasone furoate</i>.....84	NAMZARIC CAP 21-10MG	1%.....76
MONJUVI .....28	.....39	NEORAL
<i>mono-lynyah</i>.....60	NAMZARIC CAP 28-10MG	see <i>cyclosporine</i>
<i>montelukast sodium</i>.....80	.....39	<i>modified (for</i>
<i>morphine sulfate</i> .....12, 13	NAMZARIC CAP 7-10MG	<i>microemulsion)</i> .....72
MORPHINE SULFATE ...13	.....39	see <i>gengraf</i> .....73
MORPHINE	NAMZARIC CAP PACK..39	NERLYNX.....28
SULFATE/SODIUM C.13	NAPROSYN	NEUPRO .....42
MOUNJARO .....55	see <i>naproxen</i> .....11	NEURONTIN
MOVANTIK.....67	<i>naproxen</i>.....11	see <i>gabapentin</i>.....47
<i>moxifloxacin hcl</i> .....21	<i>naproxen sodium</i> .....11	<i>nevirapine</i> .....17

NEXAVAR	28	<i>norethindrone acetate-</i>		NUBEQA.....	23
<i>see sorafenib tosylate</i> .	28	<i>ethinyl estradiol tab 1</i>		NUEDEXTA CAP 20-10MG	
NEXIUM		<i>mg-5 mcg</i>	62	.....	52
<i>see esomeprazole</i>		<i>norethindrone ac-ethinyl</i>		NULOJIX.....	73
<i>magnesium</i>	67	<i>estradiol-fe tab 1-20/1-30/1-</i>		NUPLAZID	44
<i>niacin (antihyperlipidemic)</i>		<i>35 mg-mcg</i>	60	NURTEC.....	51
.....	35	<i>norgestimate & ethinyl</i>		NUTRILIPID.....	76
<i>nicardipine hcl</i>	37	<i>estradiol tab 0.25 mg-35</i>		NUVARING	
NICOTROL INHALER.....	54	<i>mcg</i>	60	<i>see eluryng</i>	59
NICOTROL NS	54	<i>norgestimate-eth estrad tab</i>		<i>see enilloring</i>	59
<i>nifedipine</i>	37	<i>0.18-25/0.215-25/0.25-25</i>		<i>see etonogestrel-ethinyl</i>	
<i>nikki</i>	60	<i>mg-mcg</i>	60	<i>estradiol va ring 0.120-</i>	
NILANDRON		<i>norgestimate-eth estrad tab</i>		<i>0.015 mg/24hr</i>	59
<i>see nilutamide</i>	23	<i>0.18-35/0.215-35/0.25-35</i>		<i>see haloette</i>	59
<i>nilutamide</i>	23	<i>mg-mcg</i>	60	NUVIGIL	
<i>nimodipine</i>	37	<i>norlyroc</i>	60	<i>see armodafinil</i>	53
NINLARO.....	28	NORPACE		NUZYRA	22
<i>nitazoxanide</i>	15	<i>see disopyramide</i>		<i>nyamyc</i>	83
<i>nitisinone</i>	63	<i>phosphate</i>	34	<i>nylia 1/35</i>	60
NITRO-BID	38	NORPACE CR.....	34	<i>nylia 7/7/7</i>	60
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>		NORPRAMIN		NYMALIZE.....	37
.....	15	<i>see desipramine hcl</i> ...	40	<i>nymyo</i>	60
<i>nitrofurantoin monohyd</i>		NORTHERA		<i>nystatin</i>	16
<i>macro</i>	15	<i>see droxidopa</i>	38	<i>nystatin (mouth-throat)</i> ...	86
<i>nitroglycerin</i>	38	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	60	<i>nystatin (topical)</i>	83
NITROSTAT		<i>nortrel 1/35 (21)</i>	60	<i>nystop</i>	83
<i>see nitroglycerin</i>	38	<i>nortrel 1/35 (28)</i>	60	○	
<i>nizatidine</i>	66	<i>nortrel 7/7/7</i>	60	<i>ocella</i>	60
<i>nora-be</i>	60	<i>nortriptyline hcl</i>	41	OCTAGAM.....	72
<i>norelgestromin-ethinyl</i>		NORVASC		<i>octreotide acetate</i>	63
<i>estradiol td ptwk 150-35</i>		<i>see amlodipine besylate</i>		OCUFLOX	
<i>mcg/24hr</i>	60	.....	36	<i>see ofloxacin (ophth)</i> ...	76
<i>norethindrone</i>		NORVIR.....	17	ODEFSEY TAB.....	18
<i>(contraceptive)</i>	60	<i>see ritonavir</i>	17	ODOMZO.....	28
<i>norethindrone ace & ethinyl</i>		NOVOLIN INJ 70/30	57	OFEV	80
<i>estradiol tab 1 mg-20</i>		NOVOLIN INJ 70/30 FP..	57	<i>ofloxacin (ophth)</i>	76
<i>mcg</i>	60	NOVOLIN N.....	57	<i>ofloxacin (otic)</i>	78
<i>norethindrone ace & ethinyl</i>		NOVOLIN N FLEXPEN...	57	OGIVRI	28
<i>estradiol tab 1.5 mg-30</i>		NOVOLIN R	57	OGIVRI INJ 420MG	28
<i>mcg</i>	60	NOVOLIN R FLEXPEN...	57	OGSIVEO	28
<i>norethindrone ace & ethinyl</i>		NOVOLOG	57	OJJAARA.....	28
<i>estradiol-fe tab 1 mg-20</i>		NOVOLOG FLEXPEN ...	57	<i>olanzapine</i>	44
<i>mcg</i>	60	NOVOLOG MIX INJ 70/30		<i>olmesartan medoxomil</i> ...	34
<i>norethindrone acetate</i>	64	.....	57	<i>olmesartan medoxomil-</i>	
<i>norethindrone acetate-</i>		NOVOLOG MIX INJ		<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>ethinyl estradiol tab 0.5</i>		FLEXPEN.....	57	<i>20-12.5 mg</i>	33
<i>mg-2.5 mcg</i>	62	NOVOLOG PENFILL	57	<i>olmesartan medoxomil-</i>	
		NOXAFIL		<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
		<i>see posaconazole</i>	16	<i>40-12.5 mg</i>	33

<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-25 mg</i>.....33	<i>ondansetron</i>.....65	OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE) .....55
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 20-5-12.5 mg</i>.....33	<i>ondansetron hcl</i> .....65	OZEMPIC (1MG/DOSE) .55
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-12.5 mg</i>.....33	ONFI <i>see clobazam</i>.....45, 46	OZEMPIC (2MG/DOSE) .55
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-25 mg</i>.....33	ONTRUZANT.....28	P
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-12.5 mg</i>.....33	ONUREG .....23	<i>pacerone</i>.....34
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-25 mg</i>.....33	OPSUMIT .....39	<i>paclitaxel</i>.....25
<i>omega-3-acid ethyl esters cap 1 gm</i> .....35	ORFADIN <i>see nitisinone</i> .....63	<i>paclitaxel protein-bound particles for iv susp 100 mg</i>.....25
<i>omeprazole</i>.....67	ORGOVYX .....23	<i>paliperidone</i> .....44
OMNIPOD 5 G6 KIT INTRO .....57	ORKAMBI GRA 100-125 80	PAMELOR <i>see nortriptyline hcl</i> .....41
OMNIPOD 5 G6 MIS PODS .....57	ORKAMBI GRA 150-188 80	<i>pamidronate disodium</i> ....58
OMNIPOD 5 G7 KIT INTRO .....57	ORKAMBI GRA 75-94MG .....80	PAMIDRONATE DISODIUM .....58
OMNIPOD 5 G7 MIS PODS .....57	ORKAMBI TAB 100-125 .80	PANRETIN.....85
OMNIPOD DASH KIT INTRO .....57	ORKAMBI TAB 200-125 .80	<i>pantoprazole sodium</i> .....67
OMNIPOD DASH MIS PODS .....57	ORSERDU.....23	PANZYGA.....72
OMNIPOD GO KIT 10UNT/DY .....57	ORTHO TRI-CYCLEN LO <i>see norgestimate-eth estrad tab 0.18-25/0.2 15-25/0.25-25 mg-mcg</i>.....60	<i>paraplatin</i>.....22
OMNIPOD GO KIT 15UNT/DY .....57	<i>see tri-lo-estarylla</i>.....61	<i>paricalcitol</i>.....65
OMNIPOD GO KIT 20UNT/DY .....57	<i>see tri-lo-marzia</i> .....61	PARLODEL <i>see bromocriptine mesylate</i> .....41
OMNIPOD GO KIT 25UNT/DY .....57	<i>see tri-lo-mili</i>.....61	PARNATE <i>see tranlycypromine sulfate</i>.....41
OMNIPOD GO KIT 30UNT/DY .....58	<i>see tri-lo-sprintec</i>.....61	<i>paroxetine hcl</i> .....41
OMNIPOD GO KIT 35UNT/DY .....58	<i>see tri-vylibra lo</i>.....61	PAXIL <i>see paroxetine hcl</i>.....41
OMNIPOD GO KIT 40UNT/DY .....58	<i>oseltamivir phosphate</i>....19	PAXLOVID TAB 150-10019
OMNIPOD MIS CLASSIC .....58	OTEZLA.....71	PAXLOVID TAB 300-10019
	OTEZLA TAB 10/20/30...71	<i>pazopanib hcl</i>.....28
	<i>oxacillin sodium</i> .....21	PEDIAPRED <i>see prednisolone sodium phosphate</i>.....62
	<i>oxaliplatin</i>.....22	PEDIARIX INJ 0.5ML.....73
	<i>oxcarbazepine</i> .....48	PEDVAX HIB .....73
	<i>oxybutynin chloride</i>.....68	<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl-na sulfate for soln 236 gm</i>.....66
	<i>oxycodone hcl</i>.....13	<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln 420 gm</i>....66
	<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 10-325 mg</i>.....13	PEGASYS.....19
	<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 2.5-325 mg</i>.....13	PEMAZYRE .....28
	<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 5-325 mg</i>.....13	<i>pemetrexed disodium</i> .....23
	<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 7.5-325 mg</i>.....13	PEN GK/DEXTR INJ 40000/ML .....21
	OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) .....55	

PEN GK/DEXTR INJ			
60000/ML	21		
PENBRAYA INJ	73		
<i>penicillamine</i>	58		
<i>penicillin g potassium</i>	21		
<i>penicillin g sodium</i>	21		
<i>penicillin v potassium</i>	21		
PENTACEL INJ	73		
PENTAM 300			
see <i>pentamidine</i>			
<i>isethionate inj</i>	15		
<i>pentamidine isethionate inh</i>	15		
<i>pentamidine isethionate inj</i>	15		
<i>pentoxifylline</i>	70		
PEPCID			
see <i>famotidine</i>	66		
PERCOCET			
see <i>endocet tab 10-</i>			
<i>325mg</i>	12		
see <i>endocet tab 2.5-</i>			
<i>325mg</i>	12		
see <i>endocet tab 5-325mg</i>	12		
see <i>endocet tab 7.5-</i>			
<i>325mg</i>	12		
see <i>oxycodone w/</i>			
<i>acetaminophen tab 10-</i>			
<i>325 mg</i>	13		
see <i>oxycodone w/</i>			
<i>acetaminophen tab</i>			
<i>2.5-325 mg</i>	13		
see <i>oxycodone w/</i>			
<i>acetaminophen tab 5-</i>			
<i>325 mg</i>	13		
see <i>oxycodone w/</i>			
<i>acetaminophen tab</i>			
<i>7.5-325 mg</i>	13		
PERIDEX			
see <i>chlorhexidine</i>			
<i>gluconate (mouth-</i>			
<i>throat)</i>	85		
see <i>perio gard</i>	86		
<i>perindopril erbumine</i>	31		
<i>perio gard</i>	86		
<i>permethrin</i>	85		
<i>perphenazine</i>	44		
PERSERIS	44		
<i>pfizerpen</i>	21		
<i>phenelzine sulfate</i>	41		
PHENERGAN			
see <i>promethazine hcl</i>	65		
<i>phenobarbital</i>	48		
<i>phenobarbital sodium</i>	48		
<i>phenytek</i>	48		
<i>phenytoin</i>	48		
<i>phenytoin sodium</i>	48		
<i>phenytoin sodium extended</i>	48		
PHESGO SOL	28		
<i>philith</i>	60		
PIFELTRO	17		
<i>pilocarpine hcl</i>	77		
<i>pilocarpine hcl (oral)</i>	86		
<i>pimozide</i>	44		
<i>pimtreea</i>	60		
<i>pindolol</i>	36		
<i>pioglitazone hcl</i>	55		
<i>pioglitazone hcl-metformin</i>			
<i>hcl tab 15-500 mg</i>	55		
<i>pioglitazone hcl-metformin</i>			
<i>hcl tab 15-850 mg</i>	56		
<i>piperacillin sod-tazobactam</i>			
<i>na for inj 3.375 gm (3-</i>			
<i>0.375 gm)</i>	22		
<i>piperacillin sod-tazobactam</i>			
<i>sod for inj 13.5 gm (12-</i>			
<i>1.5 gm)</i>	22		
<i>piperacillin sod-tazobactam</i>			
<i>sod for inj 2.25 gm (2-</i>			
<i>0.25 gm)</i>	22		
<i>piperacillin sod-tazobactam</i>			
<i>sod for inj 4.5 gm (4-0.5</i>			
<i>gm)</i>	22		
<i>piperacillin sod-tazobactam</i>			
<i>sod for inj 40.5 gm (36-</i>			
<i>4.5 gm)</i>	22		
PIQRAY 200MG DAILY			
DOSE	28		
PIQRAY 250MG TAB			
DOSE	28		
PIQRAY 300MG DAILY			
DOSE	28		
<i>pirfenidone</i>	80		
<i>piroxicam</i>	11		
PLAQUENIL			
see <i>hydroxychloroquine</i>			
<i>sulfate</i>	72		
PLASMA-LYTE A			
see <i>multiple electrolytes</i>			
<i>ph 7.4</i>	75		
PLASMA-LYTE INJ -148	75		
PLASMA-LYTE INJ -A	75		
PLASMA-LYTE-148			
see <i>multiple electrolytes</i>			
<i>ph 5.5</i>	75		
PLAVIX			
see <i>clopidogrel bisulfate</i>			
	70		
<i>plenamine</i>	76		
PLENVU SOL	66		
<i>podofilox</i>	85		
<i>polycin ophth oint</i>	76		
<i>polymyxin b-trimethoprim</i>			
<i>ophth soln 10000 unit/ml-</i>			
<i>0.1%</i>	77		
POMALYST	24		
<i>portia-28</i>	60		
<i>posaconazole</i>	16		
POT CHL 20MEQ/L IN			
NACL 0.45% INJ	75		
POT CHL 20MEQ/L IN			
NACL 0.9% INJ	75		
POT CHL 40MEQ/L IN			
NACL 0.9% INJ	75		
<i>potassium chloride</i>	75		
POTASSIUM CHLORIDE			
	75		
see <i>potassium chloride</i>	75		
<i>potassium chloride 20</i>			
<i>meq/l (0.15%) in</i>			
<i>dextrose 5% inj</i>	75		
<i>potassium chloride</i>			
<i>microencapsulated</i>			
<i>crystals er</i>	75		
POTASSIUM			
CHLORIDE/SODIUM			
see <i>kcl 20 meq/l (0.15%)</i>			
<i>in nacl 0.45% inj</i>	74		
see <i>kcl 20 meq/l (0.15%)</i>			
<i>in nacl 0.9% inj</i>	74		
see <i>kcl 40 meq/l (0.3%)</i>			
<i>in nacl 0.9% inj</i>	75		
<i>potassium citrate</i>			
<i>(alkalinizer)</i>	68		

PRADAXA	69	see <i>desvenlafaxine</i>		see	
<i>see dabigatran etexilate</i>		<i>succinate</i>	40	<i>medroxyprogesterone</i>	
<i>mesylate</i>	68	PRIVIGEN	72	<i>acetate</i>	64
<i>pramipexole</i>		<i>probenecid</i>	11	PROVIGIL	
<i>dihydrochloride</i>	42	PROCARDIA XL		<i>see modafinil</i>	53
<i>prasugrel hcl</i>	70	<i>see nifedipine</i>	37	PROZAC	
<i>pravastatin sodium</i>	35	<i>prochlorperazine</i>	65	<i>see fluoxetine hcl</i>	40
<i>praziquantel</i>	15	<i>prochlorperazine edisylate</i>		PULMICORT	
<i>prazosin hcl</i>	32	.....	65	<i>see budesonide</i>	
PRED FORTE		<i>prochlorperazine maleate</i>		(<i>inhalation</i>).....	81
<i>see prednisolone acetate</i>		.....	65	PULMOZYME	80
(<i>ophth</i>).....	77	PROCRIT	69	PURIXAN.....	23
<i>prednisolone</i>	62	PROCTOCORT		<i>pyrazinamide</i>	18
<i>prednisolone acetate</i>		<i>see hydrocortisone</i>		<i>pyridostigmine bromide</i> ..	52
(<i>ophth</i>).....	77	(<i>rectal</i>)	85	Q	
PREDNISOLONE SODIUM		<i>procto-med hc</i>	85	QINLOCK.....	28
PHOSP	77	<i>proctosol hc</i>	85	QUADRACEL INJ.....	73
<i>prednisolone sodium</i>		<i>proctozone-hc</i>	85	QUADRACEL INJ 0.5ML	73
<i>phosphate</i>	62	<i>progesterone</i>	64	QUALAQUIN	
<i>prednisone</i>	62	PROGLYCEM		<i>see quinine sulfate</i>	16
PREDNISON INTENSOL		<i>see diazoxide</i>	62	QUESTRAN	
.....	62	PROGRAF	73	<i>see cholestyramine</i>	35
<i>pregabalin</i>	48	<i>see tacrolimus</i>	73	QUESTRAN LIGHT	
PREHEVBRIO	73	PROLASTIN-C.....	80	<i>see cholestyramine light</i>	
PREMASOL SOL 10% ..	76	PROLENSA	77	.....	35
PRENATAL TAB 27-1MG		<i>see bromfenac sodium</i>		<i>see prevalite</i>	35
.....	76	(<i>ophth</i>).....	77	<i>quetiapine fumarate</i>	44
PRENATAL TAB PLUS ..	76	PROLIA	58	<i>quinapril hcl</i>	32
PREVACID		PROMACTA	70	<i>quinidine sulfate</i>	34
<i>see lansoprazole</i>	67	<i>promethazine hcl</i>	65	<i>quinine sulfate</i>	16
<i>prevalite</i>	35	PROMETRIUM		QULIPTA	51
PREVYMIS	19	<i>see progesterone</i>	64	R	
PREZCOBIX TAB 800-150		<i>propafenone hcl</i>	34	RABAVERT INJ.....	73
.....	18	<i>proparacaine hcl</i>	78	<i>raloxifene hcl</i>	63
PREZISTA	17	<i>propranolol hcl</i>	36	<i>ramipril</i>	32
<i>see darunavir</i>	16, 17	<i>propylthiouracil</i>	64	<i>ranolazine</i>	38
PRIFTIN.....	18	PROQUAD INJ	73	RAPAMUNE	
<i>primaquine phosphate</i>	16	PROSCAR		<i>see sirolimus</i>	73
PRIMAQUINE		<i>see finasteride</i>	68	<i>rasagiline mesylate</i>	42
PHOSPHATE	16	PROSOL INJ 20%	76	RAYALDEE.....	65
<i>see primaquine</i>		PROTONIX		RECLAST	
<i>phosphate</i>	16	<i>see pantoprazole sodium</i>		<i>see zoledronic acid</i>	58
PRIMAXIN IV		.....	67	<i>reclipsen</i>	60
<i>see imipenem-cilastatin</i>		<i>protriptyline hcl</i>	41	RECOMBIVAX HB.....	74
<i>intravenous for soln</i>		PROVENTIL HFA		RECTIV	85
500 mg	14	<i>see albuterol sulfate</i>	79	REGLAN	
<i>primidone</i>	48	PROVERA		<i>see metoclopramide hcl</i>	
PRIORIX INJ	73			.....	65
PRISTIQ				REGRANEX.....	85

RELENZA DISKHALER..19	RISPERDAL CONSTA ...44	SANTYL.....85
RELISTOR.....67	<i>see risperidone</i>	SAPHRIS
REMERON	<i>microspheres</i>.....45	<i>see asenapine maleate</i>
<i>see mirtazapine</i>.....41	<i>risperidone</i>.....44, 45	.....43
REMERON SOLTAB	<i>risperidone microspheres</i> 45	<i>sapropterin dihydrochloride</i>
<i>see mirtazapine</i>.....41	RITALIN	.....63
REMICADE.....71	<i>see methylphenidate hcl</i>	SCEMBLIX.....28
RENFLEXIS.....71	.....50	<i>scopolamine</i>.....65
REVELA	<i>ritonavir</i>.....17	SECUADO .....45
<i>see sevelamer carbonate</i>	<i>rivastigmine</i> .....40	<i>selegiline hcl</i> .....42
.....64	<i>rivastigmine tartrate</i> .....40	<i>selenium sulfide</i>.....83
<i>repaglinide</i> .....56	<i>rizatriptan benzoate</i> .....51	SELZENTRY.....17
REPATHA.....35	ROBINUL	<i>see maraviroc</i>.....17
REPATHA PUSHTRONEX	<i>see glycopyrrolate</i>.....65	SENSIPAR
SYSTEM .....35	ROBINUL FORTE	<i>see cinacalcet hcl</i>.....63
REPATHA SURECLICK .35	<i>see glycopyrrolate</i>.....66	SEREVENT DISKUS .....79
RESTASIS.....78	ROCALTROL	SEROQUEL
RESTASIS MULTIDOSE 78	<i>see calcitriol</i> .....65	<i>see quetiapine fumarate</i>
RESTORIL	<i>see calcitriol (oral)</i>.....65	.....44
<i>see temazepam</i>.....51	ROCKLATAN DRO.....77	SEROQUEL XR
RETEVMO .....28	<i>roflumilast</i> .....81	<i>see quetiapine fumarate</i>
RETIN-A	<i>ropinirole hydrochloride</i> ..42	.....44
<i>see tretinoin</i> .....82	<i>rosuvastatin calcium</i> .....35	<i>sertraline hcl</i> .....41
RETROVIR	ROTARIX SUS .....74	<i>setlakin</i> .....60
<i>see zidovudine</i> .....17	ROTATEQ SOL .....74	<i>sevelamer carbonate</i> .....64
REVATIO	ROWASA	<i>sharobel</i>.....60
<i>see sildenafil citrate</i>	<i>see mesalamine w/</i>	SHINGRIX .....74
(<i>pulmonary</i>	<i>cleanser</i>.....66	SIGNIFOR .....63
<i>hypertension</i>).....39	<i>roweepra</i>.....48	<i>sildenafil citrate (pulmonary</i>
REVLIMID.....24	ROXICODONE	<i>hypertension)</i> .....39
REXULTI .....44	<i>see oxycodone hcl</i> .....13	SILENOR
REYATAZ.....17	ROZLYTREK .....28	<i>see doxepin hcl (sleep)</i>
<i>see atazanavir sulfate</i> .16	RUBRACA .....28	.....51
REZLIDHIA.....28	<i>rufinamide</i>.....48	SILVADENE
REZUROCK .....73	RUKOBIA .....17	<i>see silver sulfadiazine</i> .82
RHOPRESSA .....77	RYBELSUS .....56	<i>see ssd</i>.....82
<i>ribavirin (hepatitis c)</i>.....19	RYDAPT .....28	<i>silver sulfadiazine</i> .....82
<i>rifabutin</i>.....18	S	SIMBRINZA SUS 1-0.2%77
RIFADIN	SABRIL	<i>simliya</i>.....60
<i>see rifampin</i> .....18	<i>see vigabatrin</i>.....49	<i>simvastatin</i>.....35
<i>rifampin</i>.....18	<i>see vigadrone</i>.....49	SINEMET
RILUTEK	<i>sajazir</i> .....70	<i>see carbidopa &</i>
<i>see riluzole</i>.....52	SALAGEN	<i>levodopa tab 10-100</i>
<i>riluzole</i> .....52	<i>see pilocarpine hcl (oral)</i>	<i>mg</i> .....41
<i>rimantadine hydrochloride</i>	.....86	<i>see carbidopa &</i>
.....19	SANDIMMUNE .....73	<i>levodopa tab 25-100</i>
RINVOQ .....71	<i>see cyclosporine</i> .....72	<i>mg</i> .....42
RISPERDAL	SANDOSTATIN	SINGULAIR
<i>see risperidone</i>.....44	<i>see octreotide acetate</i> .63	

see <i>montelukast sodium</i>	STIVARGA	SUNLENCA
.....80	STRATTERA	SUPREP BOWEL PREP
<i>sirolimus</i>	see <i>atomoxetine hcl</i>	KIT
SIRTURO	<i>streptomycin sulfate</i>	see <i>sod sulfate-pot sulf-</i>
SIVEXTRO	STRIBILD TAB.....	<i>mg sulf oral sol 17.5-</i>
SKYRIZI.....	STROMECTOL	<i>3.13-1.6 gm/177ml...66</i>
SKYRIZI PEN	see <i>ivermectin</i>	SUSTIVA
<i>sod sulfate-pot sulf-mg sulf</i>	SUBOXONE	see <i>efavirenz</i>
<i>oral sol 17.5-3.13-1.6</i>	see <i>buprenorphine hcl-</i>	SUTENT
<i>gm/177ml</i>	<i>naloxone hcl sl film 12-</i>	see <i>sunitinib malate</i>
<i>sodium chloride</i>	<i>3 mg (base equiv)....53</i>	<i>syeda</i>
<i>sodium chloride (gu</i>	see <i>buprenorphine hcl-</i>	SYMDEKO TAB 100-15081
<i>irrigant)</i>	<i>naloxone hcl sl film 2-</i>	SYMDEKO TAB 50-75MG
<i>sodium fluoride chew; tab;</i>	<i>0.5 mg (base equiv).53</i>	.....81
1.1 (0.5 f) mg/ml soln ..	see <i>buprenorphine hcl-</i>	SYMFI
..76	<i>naloxone hcl sl film 4-1</i>	see <i>efavirenz-</i>
SODIUM OXYBATE	<i>mg (base equiv).....53</i>	<i>lamivudine-tenofovir df</i>
<i>sodium phenylbutyrate</i>	see <i>buprenorphine hcl-</i>	<i>tab 600-300-300 mg 18</i>
<i>sodium polystyrene</i>	<i>naloxone hcl sl film 8-2</i>	SYMFI LO
<i>sulfonate powder</i>	<i>mg (base equiv).....53</i>	see <i>efavirenz-</i>
<i>solifenacin succinate</i>	<i>subvenite</i>	<i>lamivudine-tenofovir df</i>
SOLQUA INJ 100/33	<i>sucalfate</i>	<i>tab 400-300-300 mg 18</i>
SOLTAMOX.....	<i>sulfacetamide sodium</i>	SYMPAZAN.....
SOLU-CORTEF	(<i>acne</i>).....	SYMTUZA TAB.....
SOLU-MEDROL	.....82	SYNALAR
see <i>methylprednisolone</i>	<i>sulfacetamide sodium</i>	see <i>fluocinolone</i>
<i>sod succ</i>	(<i>ophth</i>).....	<i>acetonide</i>
.....62	<i>sulfacetamide sodium-</i>	.....84
SOMATULINE DEPOT ...	<i>prednisolone ophth soln</i>	SYNAREL.....
.....63	10-0.23(0.25)%	SYNJARDY TAB 12.5-
SOMAVERT .....	.....76	1000MG
<i>sorafenib tosylate</i>	<i>sulfadiazine</i>.....	.....56
.....28	.....15	SYNJARDY TAB 12.5-500
<i>sorine</i>	<i>sulfamethoxazole-</i>	.....56
.....34	<i>trimethoprim iv soln 400-</i>	SYNJARDY TAB 5-
<i>sotalol hcl</i>	80 mg/5ml	1000MG
.....34	.....15	.....56
<i>sotalol hcl (afib/afI)</i>	<i>sulfamethoxazole-</i>	SYNJARDY TAB 5-500MG
.....34	<i>trimethoprim susp 200-40</i>	.....56
<i>spironolactone</i>	mg/5ml	SYNJARDY XR TAB 10-
.....32	.....15	1000
<i>spironolactone &</i>	<i>sulfamethoxazole-</i>	.....56
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	<i>trimethoprim tab 400-80</i>	SYNJARDY XR TAB 12.5-
25-25 mg.....	mg.....	1000
.....37	.....15	.....56
SPORANOX	<i>sulfamethoxazole-</i>	SYNJARDY XR TAB 25-
see <i>itraconazole</i>	<i>trimethoprim tab 800-160</i>	1000
.....16	mg.....	.....56
<i>sprintec 28</i>	<i>sulfamethoxazole-</i>	SYNJARDY XR TAB 5-
.....60	<i>trimethoprim tab 800-160</i>	1000MG
SPRITAM.....	mg.....	.....56
.....48	.....15	SYNTHROID.....
SPRYCEL.....	SULFAMYLON	see <i>euthyrox</i>
28, 29	.....83	see <i>levo-t</i>
<i>sps</i>	<i>sulfasalazine</i>	see <i>levothyroxine sodium</i>
.....58	.....66	.....64
<i>sronyx</i>	<i>sulindac</i> .....	.....64
.....61	.....11	.....64
<i>ssd</i>	<i>sumatriptan</i>.....	.....64
.....82	.....51	.....64
STALEVO 150	<i>sumatriptan succinate</i>....	.....64
see <i>carbidopa-levodopa-</i>	52	.....64
<i>entacapone tabs 37.5-</i>	<i>sunitinib malate</i>.....	.....64
150-200 mg .....	.....29	.....64
.....42		
STELARA		
.....71		

see <i>levoxyl</i>	64	see <i>atenolol &</i>		<i>tobramycin (ophth)</i>	77
see <i>unithroid</i>	65	<i>chlorthalidone tab 100-</i>		<i>tobramycin sulfate</i>	15
SYPRINE		25 mg.....	35	<i>tobramycin-dexamethasone</i>	
see <i>trientine hcl</i>	58	TENORETIC 50		<i>ophth susp 0.3-0.1% ...</i>	76
T		see <i>atenolol &</i>		<i>tolterodine tartrate</i>	68
TABLOID.....	23	<i>chlorthalidone tab 50-</i>		TOPAMAX	
TABRECTA.....	29	25 mg.....	35	see <i>topiramate</i>	49
<i>tacrolimus</i>	73	TENORMIN		TOPAMAX SPRINKLE	
<i>tacrolimus (topical)</i>	85	see <i>atenolol</i>	36	see <i>topiramate</i>	49
TAFINLAR.....	29	TEPMETKO.....	29	<i>topiramate</i>	49
TAGRISSE.....	29	<i>terazosin hcl</i>	32	TOPROL XL	
TALTZ.....	71	<i>terbinafine hcl</i>	16	see <i>metoprolol succinate</i>	
TALZENNA.....	29	<i>terbutaline sulfate</i>	79	.....	36
TAMIFLU		<i>terconazole vaginal</i>	68	<i>toremifene citrate</i>	24
see <i>oseltamivir</i>		TERIPARATIDE.....	58	<i>torseamide</i>	37
<i>phosphate</i>	19	<i>testosterone</i>	54	TOUJEO MAX SOLOSTAR	
<i>tamoxifen citrate</i>	24	<i>testosterone cypionate</i> ...	54	.....	58
<i>tamsulosin hcl</i>	68	<i>testosterone enanthate</i> ...	54	TOUJEO SOLOSTAR....	58
TARCEVA		<i>tetrabenazine</i>	52	TPN ELECTROL INJ.....	75
see <i>erlotinib hcl</i>	26	<i>tetracycline hcl</i>	22	TRACLEER	
TARGRETIN		THALOMID.....	24	see <i>bosentan</i>	39
see <i>bexarotene</i>	24	<i>theophylline</i>	81	TRADJENTA.....	56
see <i>bexarotene (topical)</i>		<i>thioridazine hcl</i>	45	<i>tramadol hcl</i>	13
.....	85	<i>thiothixene</i>	45	<i>tramadol-acetaminophen</i>	
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	61	<i>tiadylt er</i>	37	<i>tab 37.5-325 mg</i>	13
TASIGNA.....	29	<i>tiagabine hcl</i>	49	<i>trandolapril</i>	32
<i>tasimelteon</i>	51	TIAZAC		<i>tranexamic acid</i>	70
<i>tazarotene</i>	83	see <i>diltiazem hcl</i>		TRANSDERM-SCOP	
<i>tazicef</i>	20	<i>extended release</i>		see <i>scopolamine</i>	65
TAZORAC.....	83	<i>beads</i>	37	<i>tranylcypramine sulfate</i> ...	41
see <i>tazarotene</i>	83	see <i>taztia xt</i>	37	TRAVASOL INJ 10%.....	76
<i>taztia xt</i>	37	see <i>tiadylt er</i>	37	TRAZIMERA.....	29
TAZVERIK.....	29	TIBSOVO.....	29	<i>trazodone hcl</i>	41
TDVAX INJ 2-2 LF.....	74	TICOVAC.....	74	TRECTOR.....	18
TECENTRIQ.....	29	<i>tigecycline</i>	22	TRELEGY AER ELLIPTA	
TEFLARO.....	20	TIKOSYN		100-62.5-25 MCG.....	78
TEGRETOL		see <i>dofetilide</i>	34	TRELEGY AER ELLIPTA	
see <i>carbamazepine</i>	45	<i>tilia fe</i>	61	200-62.5-25 MCG.....	78
see <i>epitol</i>	46	<i>timolol maleate</i>	36	<i>treprostinil</i>	39
TEGRETOL-XR		<i>timolol maleate (ophth)</i> ...	77	TRESIBA.....	58
see <i>carbamazepine</i>	45	<i>tinidazole</i>	15	TRESIBA FLEXTOUCH..	58
TEKTURNA		TIVICAY.....	17	<i>tretinoin</i>	82
see <i>aliskiren fumarate</i> ..	38	TIVICAY PD.....	17	<i>tretinoin (chemotherapy)</i> ..	24
<i>telmisartan</i>	34	<i>tizanidine hcl</i>	53	<i>triamcinolone acetonide</i>	
<i>temazepam</i>	51	TOBRADEX OIN 0.3-0.1%		<i>(mouth)</i>	86
TENIVAC INJ 5-2LF.....	74	.....	76	<i>triamcinolone acetonide</i>	
<i>tenofovir disoproxil</i>		TOBRADEX ST SUS 0.3-		<i>(topical)</i>	84
<i>fumarate</i>	17	0.05.....	76	<i>tobramycin</i>	15
TENORETIC 100					

<i>triamterene & hydrochlorothiazide cap</i> 37.5-25 mg.....37	TRIKAFTA TAB 100-50-75MG & 150MG .....81	TURALIO .....29
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab</i> 37.5-25 mg.....37	TRIKAFTA TAB 50-25-37.5MG & 75MG .....81	<i>turqoz</i>.....61
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab</i> 75-50 mg.....37	<i>tri-legest fe</i>.....61	TWINRIX INJ .....74
TRIBENZOR	TRILEPTAL	TYBOST .....17
see <i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab</i> 20-5-12.5 mg .....33	see <i>oxcarbazepine</i> .....48	TYGACIL
see <i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab</i> 40-10-12.5 mg .....33	<i>tri-linyah</i> .....61	see <i>tigecycline</i>.....22
see <i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab</i> 40-10-25 mg .....33	<i>tri-lo-estarylla</i> .....61	TYKERB
see <i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab</i> 40-10-25 mg .....33	<i>tri-lo-marzia</i>.....61	see <i>lapatinib ditosylate</i> 27
see <i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab</i> 40-5-12.5 mg .....33	<i>tri-lo-mili</i>.....61	TYPHIM VI.....74
see <i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab</i> 40-5-25 mg .....33	<i>tri-lo-sprintec</i>.....61	TYRVAYA.....78
TRICOR	<i>trimethoprim</i>.....15	U
see <i>fenofibrate</i> .....34	<i>tri-mili</i>.....61	UBRELVY .....52
<i>trientine hcl</i> .....58	<i>trimipramine maleate</i> .....41	UCERIS
<i>tri-estarylla</i> .....61	TRINTELLIX .....41	see <i>budesonide</i>.....66
<i>trifluoperazine hcl</i>.....45	<i>tri-nymyo</i>.....61	UNASYN
<i>trifluridine</i> .....77	<i>tri-sprintec</i>.....61	see <i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 1.5 (1-0.5) gm</i> .....21
<i>trihexyphenidyl hcl</i>.....42	TRIUMEQ PD TAB .....18	see <i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 3 (2-1) gm</i> .....21
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 10-5-1000MG ....56	TRIUMEQ TAB .....18	UNASYN BULK PACK
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 12.5-2.5-1000MG.....56	<i>trivora-28</i> .....61	see <i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 15 (10-5) gm</i> .21
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 25-5-1000MG ....56	<i>tri-vylibra</i> .....61	<i>unithroid</i>.....65
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 5-2.5-1000MG ...56	<i>tri-vylibra lo</i> .....61	UROCIT-K 10
TRIKAFTA PAK 59.5MG 81	TRIZIVIR TAB.....18	see <i>potassium citrate (alkalinizer)</i> .....68
TRIKAFTA PAK 75MG ...81	TROGARZO .....17	UROCIT-K 15
	TROPHAMINE INJ 10% .76	see <i>potassium citrate (alkalinizer)</i> .....68
	<i>trospium chloride</i> .....68	UROCIT-K 5
	TRULICITY .....56	see <i>potassium citrate (alkalinizer)</i> .....68
	TRUMENBA INJ .....74	UROXATRAL
	TRUQAP.....29	see <i>alfuzosin hcl</i>.....67
	TRUVADA	URSO 250
	see <i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 100-150 mg</i> .....18	see <i>ursodiol</i>.....67
	see <i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 133-200 mg</i> .....18	URSO FORTE
	see <i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 167-250 mg</i> .....18	see <i>ursodiol</i>.....67
	see <i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 200-300 mg</i> .....18	<i>ursodiol</i>.....67
	TRUXIMA .....29	V
	TUKYSA .....29	VAGIFEM
		see <i>estradiol vaginal</i> ...61
		see <i>yuvafem</i>.....62
		<i>valacyclovir hcl</i>.....19
		VALCHLOR .....85
		VALCYTE

see <i>valganciclovir hcl</i> ..19	see <i>enalapril maleate</i> ..31	VIMPAT
<i>valganciclovir hcl</i>.....19	VELCADE	see <i>lacosamide</i> .....47
VALIUM	see <i>bortezomib</i>.....25	see <i>lacosamide oral</i> ....47
see <i>diazepam</i>.....46	<i>velivet</i> .....61	<i>vincristine sulfate</i> .....25
<i>valproate sodium</i> .....49	VELPHORO.....64	<i>vinorelbine tartrate</i> .....25
<i>valproic acid</i>.....49	VELTASSA.....58	<i>viorele</i> .....61
<i>valsartan</i>.....34	VEMLIDY .....19	VIRACEPT.....17
<i>valsartan-</i>	VENCLEXTA .....29	VIREAD .....17
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	VENCLEXTA TAB START	see <i>tenofovir disoproxil</i>
160-12.5 mg.....33	PK.....29	<i>fumarate</i> .....17
<i>valsartan-</i>	<i>venlafaxine hcl</i>.....41	VISTARIL
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	VENTAVIS.....39	see <i>hydroxyzine</i>
160-25 mg.....33	VENTOLIN HFA.....79	<i>pamoate</i>.....79
<i>valsartan-</i>	VENTOLIN HFA	VITRAKVI .....29
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	(INSTITUTIONAL PACK)	VIVELLE-DOT
320-12.5 mg.....33	.....80	see <i>dotti</i>.....61
<i>valsartan-</i>	<i>verapamil hcl</i>.....37	see <i>estradiol</i>.....61
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	VERELAN	VIVITROL .....54
320-25 mg.....33	see <i>verapamil hcl</i> .....37	VIZIMPRO .....30
<i>valsartan-</i>	VERQUVO.....38	VONJO .....30
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	VERSACLOZ.....45	<i>voriconazole</i>.....16
80-12.5 mg.....33	VERZENIO .....29	VOSEVI TAB .....19
VALTOCO 10 MG DOSE 49	VESICARE	VOTRIENT.....30
VALTOCO 15 MG DOSE 49	see <i>solifenacin succinate</i>	see <i>pazopanib hcl</i> .....28
VALTOCO 20 MG DOSE 49	.....68	VRAYLAR .....45
VALTOCO 5 MG DOSE..49	<i>vestura</i>.....61	VRAYLAR CAP 1.5-3MG 45
VALTRESX	VFEND	<i>vyfemla</i> .....61
see <i>valacyclovir hcl</i>.....19	see <i>voriconazole</i> .....16	<i>vylibra</i> .....61
VANCOCIN	VFEND IV	VYTORIN
see <i>vancomycin hcl</i>.....15	see <i>voriconazole</i> .....16	see <i>ezetimibe-</i>
<i>vancomycin hcl</i>.....15	V-GO 20 KIT .....58	<i>simvastatin tab 10-10</i>
VANCOMYCIN INJ 1 GM15	V-GO 30 KIT .....58	<i>mg</i> .....35
VANCOMYCIN INJ 500MG	V-GO 40 KIT .....58	see <i>ezetimibe-</i>
.....15	VIBRAMYCIN	<i>simvastatin tab 10-20</i>
VANCOMYCIN INJ 750MG	see <i>doxycycline</i>	<i>mg</i> .....35
.....15	(<i>monohydrate</i>) .....22	see <i>ezetimibe-</i>
VANFLYTA .....29	see <i>doxycycline hyclate</i>	<i>simvastatin tab 10-40</i>
VAQTA .....74	.....22	<i>mg</i> .....35
<i>varenicline tartrate</i> .....54	VIDAZA	see <i>ezetimibe-</i>
<i>varenicline tartrate tab 11 x</i>	see <i>azacitidine</i> .....22	<i>simvastatin tab 10-80</i>
<i>0.5 mg & 42 x 1 mg start</i>	<i>vienna</i> .....61	<i>mg</i> .....35
<i>pack</i> .....54	<i>vigabatrin</i> .....49	VYZULTA.....78
VARIVAX.....74	<i>vigadrone</i>.....49	W
VASCEPA.....35	VIGAMOX	<i>warfarin sodium</i> .....69
VASERETIC	see <i>moxifloxacin hcl</i>	<i>water for irrigation, sterile</i>
see <i>enalapril maleate &</i>	(<i>ophth</i>).....76	<i>irrigation soln</i>.....85
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	WIIBRYD	WELCHOL
10-25 mg.....31	see <i>vilazodone hcl</i>.....41	see <i>colesevelam hcl</i>....35
VASOTEC	<i>vilazodone hcl</i>.....41	WELIREG .....24

WELLBUTRIN SR		ZEJULA	30
see <i>bupropion hcl</i>	40	ZELBORAF	30
WELLBUTRIN XL		ZEMAIRA.....	81
see <i>bupropion hcl</i>	40	ZEMPLAR	
<i>wera</i>	61	see <i>paricalcitol</i>	65
<i>wixela inhub</i>	82	<i>zenatane</i>	82
X		ZENPEP CAP 10000UNT	
XALATAN		.....	67
see <i>latanoprost</i>	77	ZENPEP CAP 15000UNT	
XALKORI	30	.....	67
XANAX		ZENPEP CAP 20000UNT	
see <i>alprazolam</i>	39	.....	67
XARELTO	69	ZENPEP CAP 25000UNT	
XARELTO STAR TAB		.....	67
15/20MG	69	ZENPEP CAP 3000UNIT	67
XATMEP	72	ZENPEP CAP 40000UNT	
XCOPRI.....	49	.....	67
XCOPRI PAK 100-150....	49	ZENPEP CAP 5000UNIT	67
XCOPRI PAK 12.5-25....	49	ZENPEP CAP 60000UNT	
XCOPRI PAK 150-200MG		.....	67
(MAINTENANCE).....	49	ZERVIAE	77
XCOPRI PAK 150-200MG		ZESTORETIC	
(TITRATION).....	49	see <i>lisinopril &</i>	
XCOPRI PAK 50-100MG	49	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
XELJANZ.....	72	10-12.5 mg	31
XELJANZ XR.....	72	see <i>lisinopril &</i>	
XENAZINE		<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
see <i>tetrabenazine</i>	52	20-12.5 mg	31
XERMELO	67	see <i>lisinopril &</i>	
XGEVA	58	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
XHANCE.....	81	20-25 mg	31
XIFAXAN	67	ZESTRIL	
XIGDUO XR TAB 10-1000		see <i>lisinopril</i>	31
.....	56	ZETIA	
XIGDUO XR TAB 10-		see <i>ezetimibe</i>	35
500MG	56	ZIAGEN	
XIGDUO XR TAB 2.5-1000		see <i>abacavir sulfat</i> e	16
.....	56	<i>zidovudine</i>	17
XIGDUO XR TAB 5-		ZIEXTENZO.....	69
1000MG	56	<i>ziprasidone hcl</i>	45
XIGDUO XR TAB 5-500MG		<i>ziprasidone mesylate</i>	45
.....	56	ZIRABEV	30
XIIDRA.....	78	ZIRGAN	77
XOLAIR	81	ZITHROMAX	
XOSPATA.....	30	see <i>azithromycin</i>	20
XPOVIO 100 MG ONCE		ZOCOR	
WEEKLY	30	see <i>simvastatin</i>	35
XPOVIO 40 MG ONCE		<i>zoledronic acid</i>	58
WEEKLY	30	ZOLINZA.....	30
XPOVIO 40 MG TWICE			
WEEKLY	30		
XPOVIO 60 MG ONCE			
WEEKLY	30		
XPOVIO 60 MG TWICE			
WEEKLY	30		
XPOVIO 80 MG ONCE			
WEEKLY	30		
XPOVIO 80 MG TWICE			
WEEKLY	30		
XTANDI	24		
<i>xulane</i>	61		
XULTOPHY INJ 100/3.6	58		
XYLOCAINE			
see <i>lidocaine hcl (local</i>			
<i>anesth.)</i>	14		
XYLOCAINE-MPF			
see <i>lidocaine hcl (local</i>			
<i>anesth.)</i>	13		
Y			
<i>yargesa</i>	64		
YASMIN 28			
see <i>drospirenone-ethinyl</i>			
<i>estradiol tab 3-0.03 mg</i>			
.....	59		
see <i>ocella</i>	60		
see <i>syeda</i>	61		
see <i>zumandimine</i>	61		
YAZ			
see <i>drospirenone-ethinyl</i>			
<i>estradiol tab 3-0.02 mg</i>			
.....	59		
see <i>jasmiel</i>	59		
see <i>loryna</i>	60		
see <i>nikki</i>	60		
see <i>vestura</i>	61		
YF-VAX INJ	74		
<i>yuvafem</i>	62		
Z			
<i>zafemy</i>	61		
<i>zafirlukast</i>	80		
ZANAFLEX			
see <i>tizanidine hcl</i>	53		
ZARONTIN			
see <i>ethosuximide</i>	46		
ZARXIO	69		
ZAVESCA			
see <i>miglustat</i>	63		
see <i>yargesa</i>	64		

ZOLOFT		
see <i>sertraline hcl</i>	41	
<i>zolpidem tartrate</i>	51	
ZONEGRAN		
see <i>zonisamide</i>	49	
ZONISADE	49	
<i>zonisamide</i>	49	
ZORTRESS		
		see <i>everolimus</i>
		(<i>immunosuppressant</i>)
	
		73
		<i>zovia 1/35</i>
		61
		ZTALMY
		49
		<i>zumandimine</i>
		61
		ZURZUVAE
		41
		ZYDELIG
		30
		ZYKADIA
		30
		ZYLET SUS 0.5-0.3%.....
		76
		ZYPREXA
		see <i>olanzapine</i>
		44
		ZYPREXA RELPREVV ...
		45
		ZYPREXA ZYDIS
		see <i>olanzapine</i>
		44
		ZYTIGA
		see <i>abiraterone acetate</i>
	
		23
		ZYVOX
		see <i>linezolid</i>
		14, 15

Notice of Nondiscrimination



Johns Hopkins Advantage MD (HMO) and Johns Hopkins Advantage MD (PPO) comply with applicable Federal civil rights laws and do not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Johns Hopkins Advantage MD does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Johns Hopkins Advantage MD:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as: qualified sign language interpreters, written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, and other formats).
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters and information written in other languages.

If you need these services, please contact our Customer Service Department at 1-877-293-5325 (TTY: 711).

If you believe Johns Hopkins Advantage MD has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with: Johns Hopkins Grievance Compliance Coordinator at 7231 Parkway Dr., Suite 100, Hanover, MD 21076, phone: 1-844-422-6957 (TTY: 711) Monday – Friday 8 a.m. to 5 p.m. or 1-844-SPEAK2US (1-844-773-2528, available 24/7), fax: 1-410-762-1527 or by email: compliance@jhhp.org.

You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, a Johns Hopkins Advantage MD Compliance Coordinator is available to help you. You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf> or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD). Complaint forms are available at <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>.

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-877-293-5325 (TTY: 711). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-877-293-5325 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-877-293-5325 (TTY: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-877-293-5325 (TTY: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-877-293-5325 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-877-293-5325 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin

gọi 1-877-293-5325 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí .

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-877-293-5325 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-877-293-5325 (TTY: 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-877-293-5325 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على (TTY: 711) 1-877-293-5325. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-877-293-5325 (TTY: 711) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-877-293-5325 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-877-293-5325 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis

rele nou nan 1-877-293-5325 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-877-293-5325 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-877-293-5325 (TTY: 711)にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Form CMS-10802
(Expires 12/31/25)

Y0124_MAMultiLanguageInsert0223_C

Johns Hopkins Advantage MD is a Medicare Advantage plan with a Medicare contract offering HMO and PPO products. Enrollment in Johns Hopkins Advantage MD depends on contract renewal.

Este formulario se actualizó el 4/01/2024. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente de Johns Hopkins Advantage MD (PPO), Johns Hopkins Advantage Plus (PPO) y Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO) al 1-877-293-5325 (para usuarios de TTY, 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, o visite www.hopkinsmedicare.com.