

# Advantage MD

# 2024



## FORMULARIO Y LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS

### Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO)

**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 00024151 , Version 12

Este formulario se actualizó el 01 mayo/2024. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente de Johns Hopkins Advantage MD DSNP (HMO), al 1-877-293-4998 (para usuarios de TTY, 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, o visite [www.hopkinsmedicare.com](http://www.hopkinsmedicare.com).

Mayo 2024

Y0124\_DSNPFormularySP0923\_C



**JOHNS HOPKINS**  
HEALTH PLANS

**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 D-SNP (HMO).

Este documento incluye una lista de los medicamentos (Formulario) de nuestro plan, la cual está en vigencia desde el 05/01/2024. Comuníquese con nosotros para obtener un formulario actualizado 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 de enero de 2024 y periódicamente durante el año.

## **¿Qué es el Formulario Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO)?**

Un Formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO) con la colaboración de un equipo de proveedores de atención médica, que representa los tratamientos con receta que se consideran una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Normalmente, Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO) 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 Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO) 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 se podrían agregar o quitar medicamentos de la Lista de medicamentos durante el año, moverlos a diferentes niveles de costo compartido o agregar nuevas restricciones por parte de Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO). Debemos seguir las normas de Medicare al hacer estos cambios.

- **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

Mayo 2024

Y0124\_DSNPFormularySP0923\_C

“¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO)?”

- **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, podríamos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca que actualmente se encuentra en el Formulario; o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o moverlo a un nivel de costo compartido diferente o a ambos. O podemos hacer cambios en función de las nuevas pautas clínicas. Si retiramos medicamentos de nuestro Formulario, agregamos autorizaciones previas, restricciones de límite de cantidad o de tratamiento escalonado sobre un medicamento o pasamos un medicamento a un nivel de costo compartido más alto, 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 D-SNP (HMO)?”

**Cambios que no lo afectarán si actualmente toma el medicamento.** En general, si usted toma un medicamento de nuestro Formulario para 2023 que estaba cubierto al comienzo del año, nosotros no discontinuaremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura de 2023 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 entra en vigencia el 05/01/2024 Para recibir información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO) comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en las páginas de la portada y la portada posterior. En el caso de que, durante el año, se haga cualquier cambio al formulario que no se deba a mantenimiento, los formularios se actualizarán en forma mensual y se publicarán en nuestro sitio web.

## ¿Cómo utilizo el Formulario?

Hay dos formas para encontrar su medicamento dentro del Formulario:

Mayo 2024

Y0124\_DSNPFormularySPN0923\_C

## Afección médica

El Formulario comienza en la página 9. 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 enfermedad cardíaca están listados en la categoría “CARDIOVASCULAR - MEDICAMENTOS PARA TRATAR ENFERMEDADES CARDÍACAS Y CIRCULATORIAS”. 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 68. 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 plan 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 plan exige que usted [o su médico] obtenga una autorización previa para determinados medicamentos. Esto significa que necesitará contar con nuestro plan antes de obtener sus medicamentos con receta. Si no obtiene 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 nuestro plan. 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, nuestro plan cubrirá el medicamento B.

Mayo 2024

Y0124\_DSNPFormularySP0923\_C

Para averiguar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales, consulte el Formulario que empieza en la página 9. También puede obtener más información sobre las restricciones que se aplican a medicamentos cubiertos específicos en nuestro sitio web. Hemos publicado en línea unos documentos que explican nuestras restricciones con respecto a la autorización previa y la terapia escalonada. También puede solicitarnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en 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 D-SNP (HMO) 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. Para obtener más información, comuníquese con nosotros.

Si resulta que Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO) 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, muéstrese 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 D-SNP (HMO)?**

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 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.

Mayo 2024

Y0124\_DSNPFormularySP0923\_C

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.

## **Para obtener más información**

Para obtener información más detallada sobre la cobertura para medicamentos con receta de Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO), 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.

Mayo 2024

Y0124\_DSNPFormularySP0922\_C

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 D-SNP (HMO) Formulary**

El formulario que comienza en la próxima página proporciona información sobre la cobertura de medicamentos de nuestro plan. Si tiene algún problema para encontrar su medicamento en el listado, pase al índice que comienza en la página 68.

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, *levothyroxine*).

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 el 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, según las circunstancias. Podría ser necesario enviar información que describa el uso y el entorno del medicamento para llegar a una determinación.

Algunos medicamentos adicionales que no están cubiertos por Medicare pueden estar cubiertos a través de sus beneficios del Departamento de Salud de Maryland (Medicaid). Los miembros pueden obtener información sobre el programa de medicamentos de Maryland en: <https://mmcp.health.maryland.gov/pap/pages/preferred-drug-list.aspx>.

**Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO)**

Nivel de costo compartido	Costo compartido estándar en farmacias minoristas (en la red)	Costo compartido estándar de pedido por correo (en la red)
Nivel 3 de costo compartido	<p style="text-align: center;">25 % o</p> <p style="text-align: center;">\$0 / \$1.55 / \$4.50 genéricos (incluidos los medicamentos considerados genéricos)</p> <p style="text-align: center;">\$0 / \$4.60 / \$11.20 genéricos por todos los demás medicamentos *</p>	<p style="text-align: center;">25 % o</p> <p style="text-align: center;">\$0 / \$1.55 / \$4.50 genéricos (incluidos los medicamentos considerados genéricos)</p> <p style="text-align: center;">\$0 / \$4.60 / \$11.20 genéricos por todos los demás medicamentos*</p>

-Los medicamentos se proveen en un centro de cuidados a largo plazo de hasta 31 días para un suministro.

- Se puede solicitar por correo para pedir de forma práctica un suministro de hasta 90 días de medicamentos. Puede comunicarse con nosotros llamando al número de teléfono que se encuentra en la portada y la contraportada. 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

\* El costo compartido se basa en su nivel de Ayuda Adicional.



## Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO)

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>flurbiprofen</i> TABS 100mg	1	
<i>ibu</i> TABS 400mg, 600mg, 800mg	1	
<i>ibuprofen</i> SUSP 100mg/5ml; TABS 400mg, 600mg, 800mg	1	
<i>meloxicam</i> TABS 7.5mg, 15mg	1	
<i>nabumetone</i> TABS 500mg, 750mg	1	
<i>naproxen</i> TABS 250mg, 375mg	1	
<i>naproxen</i> (generic of NAPROSYN) TABS 500mg	1	
<i>naproxen</i> (generic of EC- NAPROSYN) TBEC 375mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL
<i>naproxen</i> (generic of EC- NAPROSYN) TBEC 500mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL
<i>naproxen sodium</i> TABS 275mg	1	
<i>naproxen sodium</i> (generic of ANAPROX DS) TABS 550mg	1	
<i>piroxicam</i> (generic of FELDENE) CAPS 10mg, 20mg	1	
<i>sulindac</i> TABS 150mg, 200mg	1	
<b>OPIOID ANALGESICS, LONG-ACTING</b>		
<i>fentanyl</i> PT72 12mcg/hr, 25mcg/hr, 37.5mcg/hr, 50mcg/hr, 62.5mcg/hr, 75mcg/hr, 87.5mcg/hr, 100mcg/hr QL (10 patches / 30 days)	1	QL PA
<i>hydrocodone bitartrate</i> T24A 20mg, 30mg, 40mg, 60mg, 80mg, 100mg, 120mg QL (30 tabs / 30 days)	1	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 **V/I** - Vacunas / Insulinas

9

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	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
HYSINGLA ER T24A 20mg, 30mg, 40mg, 60mg, 80mg, 100mg, 120mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL PA
methadone hcl SOLN 5mg/5ml, 10mg/5ml QL (450 mL / 30 days)	1	QL PA
methadone hcl TABS 5mg, 10mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL PA
methadone hydrochloride i (generic of METHADOSE) CONC 10mg/ml QL (90 mL / 30 days)	1	QL PA
morphine sulfate (generic of MS CONTIN) TBCR 15mg, 30mg, 60mg, 100mg, 200mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL PA
<b>OPIOID ANALGESICS, SHORT-ACTING</b>		
acetaminophen w/ codeine soln 120-12 mg/5ml QL (2700 mL / 30 days)	1	QL
acetaminophen w/ codeine tab 300-15 mg QL (400 tabs / 30 days)	1	QL
acetaminophen w/ codeine tab 300-30 mg QL (360 tabs / 30 days)	1	QL
acetaminophen w/ codeine tab 300-60 mg QL (180 tabs / 30 days)	1	QL
butorphanol tartrate SOLN 1mg/ml, 2mg/ml	1	
endocet tab 2.5-325mg (generic of PERCOCET) QL (360 tabs / 30 days)	1	QL
endocet tab 5-325mg (generic of PERCOCET) QL (360 tabs / 30 days)	1	QL
endocet tab 7.5-325mg (generic of PERCOCET) QL (240 tabs / 30 days)	1	QL

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
endocet tab 10-325mg (generic of PERCOCET) QL (180 tabs / 30 days)	1	QL
fentanyl citrate LPOP 200mcg, 400mcg, 600mcg, 800mcg, 1200mcg, 1600mcg QL (120 lozenges / 30 days)	1	QL PA
hydrocodone-acetaminophen soln 7.5-325 mg/15ml QL (2700 mL / 30 days)	1	QL
hydrocodone-acetaminophen tab 5-325 mg QL (240 tabs / 30 days)	1	QL
hydrocodone-acetaminophen tab 7.5-325 mg QL (180 tabs / 30 days)	1	QL
hydrocodone-acetaminophen tab 10-325 mg QL (180 tabs / 30 days)	1	QL
hydrocodone-ibuprofen tab 7.5-200 mg QL (150 tabs / 30 days)	1	QL
hydromorphone hcl (generic of DILAUDID) LIQD 1mg/ml QL (600 mL / 30 days)	1	QL
hydromorphone hcl (generic of DILAUDID) TABS 2mg, 4mg, 8mg QL (180 tabs / 30 days)	1	QL
MORPHINE SULFATE SOLN 2mg/ml, 4mg/ml, 5mg/ml, 8mg/ml, 10mg/ml, 50mg/ml	1	B/D
morphine sulfate SOLN 4mg/ml, 8mg/ml, 10mg/ml	1	B/D
morphine sulfate SOLN 10mg/5ml, 20mg/5ml QL (900 mL / 30 days)	1	QL
morphine sulfate SOLN 20mg/ml QL (180 mL / 30 days)	1	QL
morphine sulfate TABS 15mg, 30mg QL (180 tabs / 30 days)	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 **V/I** - Vacunas / Insulinas 10

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	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
MORPHINE SULFATE/SODIUM C SOLN 1mg/ml	1	B/D
<i>nalbuphine hcl</i> SOLN 10mg/ml, 20mg/ml	1	
<i>oxycodone hcl</i> CAPS 5mg QL (180 caps / 30 days)	1	QL
<i>oxycodone hcl</i> CONC 100mg/5ml QL (180 mL / 30 days)	1	QL
<i>oxycodone hcl</i> SOLN 5mg/5ml QL (900 mL / 30 days)	1	QL
<i>oxycodone hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg QL (180 tabs / 30 days)	1	QL
<i>oxycodone hcl</i> (generic of ROXICODONE) TABS 15mg, 30mg QL (180 tabs / 30 days)	1	QL
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab</i> 2.5-325 mg (generic of PERCO CET) QL (360 tabs / 30 days)	1	QL
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab</i> 5-325 mg (generic of PERCO CET) QL (360 tabs / 30 days)	1	QL
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab</i> 7.5-325 mg (generic of PERCO CET) QL (240 tabs / 30 days)	1	QL
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab</i> 10-325 mg (generic of PERCO CET) QL (180 tabs / 30 days)	1	QL
<i>tramadol hcl</i> TABS 50mg QL (240 tabs / 30 days)	1	QL
<i>tramadol-acetaminophen tab</i> 37.5-325 mg QL (240 tabs / 30 days)	1	QL

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
<b>ANESTHETICS - DRUGS FOR NUMBING LOCAL ANESTHETICS</b>		
<i>lidocaine hcl</i> (local anesth.) (generic of XYLOCAINE-MPF) SOLN .5%, 1%, 1.5%	1	B/D
<i>lidocaine hcl</i> (local anesth.) (generic of XYLOCAINE) SOLN .5%, 1%, 2%	1	B/D
<b>ANTI-INFECTIVES - DRUGS TO TREAT INFECTIONS</b>		
<b>ANTI-INFECTIVES - MISCELLANEOUS</b>		
<i>albendazole</i> TABS 200mg QL (672 tabs / year)	1	QL PA
<i>amikacin sulfate</i> SOLN 1gm/4ml, 500mg/2ml	1	
<i>atovaquone</i> (generic of MEPRON) SUSP 750mg/5ml	1	
<i>aztreonam</i> (generic of AZACTAM) SOLR 1gm, 2gm	1	
CAYSTON SOLR 75mg	1	NM LA PA
<i>clindamycin hcl</i> (generic of CLEOCIN) CAPS 75mg, 150mg, 300mg	1	
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i> (generic of CLEOCIN PEDIATRIC GRANULE) SOLR 75mg/5ml	1	
<i>clindamycin phosphate</i> SOLN 600mg/4ml	1	
<i>clindamycin phosphate</i> (generic of CLEOCIN PHOSPHATE) SOLN 900mg/6ml, 9000mg/60ml	1	
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i> 300 mg/50ml	1	
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i> 600 mg/50ml	1	
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i> 900 mg/50ml	1	
CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML	1	
CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML	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 **V/I** - 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	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML	1	
<i>colistimethate sodium</i> (generic of COLY-MYCIN M) SOLR 150mg	1	
<i>dapsone</i> TABS 25mg, 100mg	1	
DAPTOMYCIN SOLR 350mg	1	
<i>daptomycin</i> (generic of DAPTOMYCIN) SOLR 350mg	1	
<i>daptomycin</i> SOLR 500mg	1	
EMVERM CHEW 100mg QL (12 tabs / year)	1	QL
<i>ertapenem sodium</i> SOLR 1gm	1	
<i>gentamicin in saline inj 0.8 mg/ml</i>	1	
<i>gentamicin in saline inj 1 mg/ml</i>	1	
<i>gentamicin in saline inj 1.2 mg/ml</i>	1	
<i>gentamicin in saline inj 1.6 mg/ml</i>	1	
<i>gentamicin in saline inj 2 mg/ml</i>	1	
<i>gentamicin sulfate</i> SOLN 10mg/ml, 40mg/ml	1	
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln 250 mg</i>	1	
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln 500 mg</i> (generic of PRIMAXIN IV)	1	
<i>ivermectin</i> (generic of STROMEKTOL) TABS 3mg QL (12 tabs / 90 days)	1	QL PA
<i>linezolid</i> (generic of ZYVOX) SOLN 600mg/300ml	1	
<i>linezolid</i> (generic of ZYVOX) SUSR 100mg/5ml QL (1800 mL / 30 days)	1	QL
<i>linezolid</i> (generic of ZYVOX) TABS 600mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
LINEZOLID INJ 2MG/ML	1	
<i>meropenem</i> SOLR 1gm, 500mg	1	
<i>methenamine hippurate</i> (generic of HIPREX) TABS 1gm	1	
<i>metronidazole</i> (generic of METRONIDAZOLE) SOLN 500mg/100ml	1	
<i>metronidazole</i> TABS 250mg, 500mg	1	
<i>neomycin sulfate</i> TABS 500mg	1	
<i>nitazoxanide</i> (generic of ALINIA) TABS 500mg QL (6 tabs / 30 days)	1	QL
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> (generic of MACRODANTIN) CAPS 50mg, 100mg	1	
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i> (generic of MACROBID) CAPS 100mg	1	
<i>pentamidine isethionate inh</i> (generic of NEBUPENT) SOLR 300mg	1	B/D
<i>pentamidine isethionate inj</i> (generic of PENTAM 300) SOLR 300mg	1	
<i>praziquantel</i> (generic of BILTRICIDE) TABS 600mg	1	
SIVEXTRO SOLR 200mg; TABS 200mg	1	
<i>streptomycin sulfate</i> SOLR 1gm	1	
<i>sulfadiazine</i> TABS 500mg	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim iv soln 400-80 mg/5ml</i>	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim susp 200-40 mg/5ml</i>	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 **V/I** - Vacunas / Insulinas

12

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	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab 400-80 mg</i> (generic of BACTRIM)	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab 800-160 mg</i> (generic of BACTRIM DS)	1	
<i>tinidazole</i> TABS 250mg, 500mg	1	
<i>tobramycin</i> (generic of KITABIS PAK) NEBU 300mg/5ml	1	NM PA
<i>tobramycin sulfate</i> SOLN 1.2gm/30ml, 10mg/ml, 40mg/ml, 80mg/2ml	1	
<i>trimethoprim</i> TABS 100mg	1	
<i>vancomycin hcl</i> (generic of VANCOCIN) CAPS 125mg QL (80 caps / 180 days)	1	QL
<i>vancomycin hcl</i> (generic of VANCOCIN) CAPS 250mg QL (160 caps / 180 days)	1	QL
<i>vancomycin hcl</i> SOLR 1gm, 5gm, 10gm, 500mg, 750mg	1	
VANCOMYCIN INJ 1 GM	1	
VANCOMYCIN INJ 500MG	1	
VANCOMYCIN INJ 750MG	1	
<b>ANTIFUNGALS - DRUGS TO TREAT FUNGAL INFECTIONS</b>		
ABELCET SUSP 5mg/ml	1	B/D
<i>amphotericin b</i> SOLR 50mg	1	B/D
<i>amphotericin b liposome</i> (generic of AMBISOME) SUSR 50mg	1	B/D
<i>caspofungin acetate</i> (generic of CANCIDAS) SOLR 50mg, 70mg	1	
<i>fluconazole</i> (generic of DIFLUCAN) SUSR 10mg/ml, 40mg/ml; TABS 100mg, 150mg, 200mg	1	
<i>fluconazole</i> TABS 50mg	1	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 200 mg/100ml</i>	1	
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 400 mg/200ml</i>	1	
<i>flucytosine</i> (generic of ANCOBON) CAPS 250mg, 500mg	1	PA
<i>griseofulvin microsize</i> SUSP 125mg/5ml; TABS 500mg	1	
<i>griseofulvin ultramicrosize</i> TABS 125mg, 250mg	1	
<i>itraconazole</i> (generic of SPORANOX) CAPS 100mg	1	PA
<i>ketoconazole</i> TABS 200mg	1	PA
<i>micafungin sodium</i> (generic of MYCAMINE) SOLR 50mg, 100mg	1	
<i>nystatin</i> TABS 500000unit	1	
<i>posaconazole</i> (generic of NOXAFIL) SUSP 40mg/ml QL (630 mL / 30 days)	1	QL PA
<i>posaconazole</i> (generic of NOXAFIL) TBEC 100mg QL (93 tabs / 30 days)	1	QL PA
<i>terbinafine hcl</i> TABS 250mg QL (90 tabs / year)	1	QL
<i>voriconazole</i> (generic of VFEND IV) SOLR 200mg	1	PA
<i>voriconazole</i> (generic of VFEND) SUSR 40mg/ml	1	PA
<i>voriconazole</i> (generic of VFEND) TABS 50mg QL (480 tabs / 30 days)	1	QL PA
<i>voriconazole</i> (generic of VFEND) TABS 200mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL PA
<b>ANTIMALARIALS - DRUGS TO TREAT MALARIA</b>		
<i>atovaquone-proguanil hcl tab 62.5-25 mg</i> (generic of MALARONE)	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 **V/I** - Vacunas / Insulinas

13

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	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>atovaquone-proguanil hcl tab</i> 250-100 mg (generic of MALARONE)	1	
<i>chloroquine phosphate</i> TABS 250mg, 500mg	1	
COARTEM TAB 20-120MG	1	
<i>mefloquine hcl</i> TABS 250mg	1	
PRIMAQUINE PHOSPHATE TABS 26.3mg	1	
<i>primaquine phosphate</i> (generic of PRIMAQUINE PHOSPHATE) TABS 26.3mg	1	
<i>quinine sulfate</i> (generic of QUALAQUIN) CAPS 324mg	1	PA
<b>ANTIRETROVIRAL AGENTS - DRUGS TO SUPPRESS HIV/AIDS INFECTION</b>		
<i>abacavir sulfate</i> (generic of ZIAGEN) SOLN 20mg/ml	1	NM
<i>abacavir sulfate</i> TABS 300mg	1	NM
APTIVUS CAPS 250mg	1	NM
<i>atazanavir sulfate</i> CAPS 150mg	1	NM
<i>atazanavir sulfate</i> (generic of REYATAZ) CAPS 200mg, 300mg	1	NM
<i>darunavir</i> (generic of PREZISTA) TABS 600mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL NM
<i>darunavir</i> (generic of PREZISTA) TABS 800mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM
EDURANT TABS 25mg	1	NM
<i>efavirenz</i> CAPS 50mg, 200mg	1	NM
<i>efavirenz</i> (generic of SUSTIVA) TABS 600mg	1	NM
<i>emtricitabine</i> (generic of EMTRIVA) CAPS 200mg	1	NM
EMTRIVA SOLN 10mg/ml	1	NM
<i>etravirine</i> (generic of INTELENCE) TABS 100mg, 200mg	1	NM

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>fosamprenavir calcium</i> (generic of LEXIVA) TABS 700mg	1	NM
FUZEON SOLR 90mg	1	NM LA
INTELENCE TABS 25mg	1	NM
ISENTRESS CHEW 25mg, 100mg; PACK 100mg; TABS 400mg	1	NM
ISENTRESS HD TABS 600mg	1	NM
<i>lamivudine</i> (generic of EPIVIR) SOLN 10mg/ml; TABS 150mg, 300mg	1	NM
LEXIVA SUSP 50mg/ml	1	NM
<i>maraviroc</i> (generic of SELZENTRY) TABS 150mg, 300mg	1	NM
<i>nevirapine</i> SUSP 50mg/5ml; TABS 200mg; TB24 400mg	1	NM
NORVIR PACK 100mg	1	NM
PIFELTRO TABS 100mg	1	NM
PREZISTA SUSP 100mg/ml QL (400 mL / 30 days)	1	QL NM
PREZISTA TABS 75mg QL (480 tabs / 30 days)	1	QL NM
PREZISTA TABS 150mg QL (240 tabs / 30 days)	1	QL NM
REYATAZ PACK 50mg	1	NM
<i>ritonavir</i> (generic of NORVIR) TABS 100mg	1	NM
RUKOBIA TB12 600mg	1	NM
SELZENTRY SOLN 20mg/ml; TABS 25mg, 75mg	1	NM
SUNLENCA TBPK 300mg	1	NM LA
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> (generic of VIREAD) TABS 300mg	1	NM
TIVICAY TABS 10mg, 25mg, 50mg	1	NM
TIVICAY PD TBSO 5mg	1	NM
TROGARZO SOLN 200mg/1.33ml	1	NM LA
TYBOST TABS 150mg	1	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 **V/I** - Vacunas / Insulinas

14

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	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
VIRACEPT TABS 250mg, 625mg	1	NM
VIREAD POWD 40mg/gm; TABS 150mg, 200mg, 250mg	1	NM
zidovudine (generic of RETROVIR) CAPS 100mg; SYRP 50mg/5ml	1	NM
zidovudine TABS 300mg	1	NM
<b>ANTIRETROVIRAL COMBINATION AGENTS - DRUGS TO SUPPRESS HIV/AIDS INFECTION</b>		
abacavir sulfate-lamivudine tab 600-300 mg (generic of EPZICOM)	1	NM
BIKTARVY TAB 30-120-15 MG	1	NM
BIKTARVY TAB 50-200-25 MG	1	NM
CIMDUO TAB 300-300	1	NM
COMPLERA TAB	1	NM
DELSTRIGO TAB	1	NM
DESCOVY TAB 120-15MG QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM
DESCOVY TAB 200/25MG QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM
DOVATO TAB 50-300MG	1	NM
efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab 600-200-300 mg (generic of ATRIPLA)	1	NM
efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 400-300-300 mg (generic of SYMFI LO)	1	NM
efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 600-300-300 mg (generic of SYMFI)	1	NM
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 100-150 mg (generic of TRUVADA) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 133-200 mg (generic of TRUVADA) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 167-250 mg (generic of TRUVADA) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 200-300 mg (generic of TRUVADA) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM
EVOTAZ TAB 300-150	1	NM
GENVOYA TAB	1	NM
JULUCA TAB 50-25MG	1	NM
lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg	1	NM
lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80-20 mg/ml) (generic of KALETRA)	1	NM
lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg (generic of KALETRA)	1	NM
lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg (generic of KALETRA)	1	NM
ODEFSEY TAB	1	NM
PREZCOBIX TAB 800-150	1	NM
STRIBILD TAB	1	NM
SYMTUZA TAB	1	NM
TRIUMEQ PD TAB	1	NM
TRIUMEQ TAB	1	NM
TRIZIVIR TAB	1	NM
<b>ANTITUBERCULAR AGENTS - DRUGS TO TREAT TUBERCULOSIS</b>		
cycloserine CAPS 250mg	1	
ethambutol hcl TABS 100mg	1	
ethambutol hcl (generic of MYAMBUTOL) TABS 400mg	1	
isoniazid SYRP 50mg/5ml; TABS 100mg, 300mg	1	
PRIFTIN TABS 150mg	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 **V/I** - Vacunas / Insulinas

15

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	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
<i>pyrazinamide</i> TABS 500mg	1	
<i>rifabutin</i> (generic of MYCOBUTIN) CAPS 150mg	1	
<i>rifampin</i> CAPS 150mg, 300mg	1	
<i>rifampin</i> (generic of RIFADIN) SOLR 600mg	1	
SIRTURO TABS 20mg, 100mg	1	NM LA PA
TRECTOR TABS 250mg	1	
<b>ANTIVIRALS - DRUGS TO TREAT VIRAL INFECTIONS</b>		
<i>acyclovir</i> CAPS 200mg; SUSP 200mg/5ml; TABS 400mg, 800mg	1	
<i>acyclovir sodium</i> SOLN 50mg/ml	1	B/D
<i>adefovir dipivoxil</i> TABS 10mg	1	NM
BARACLUDE SOLN .05mg/ml	1	NM
<i>entecavir</i> (generic of BARACLUDE) TABS .5mg, 1mg	1	NM
EPCLUSA PAK 150-37.5	1	NM PA
EPCLUSA PAK 200-50MG	1	NM PA
EPCLUSA TAB 200-50MG	1	NM PA
EPCLUSA TAB 400-100	1	NM PA
<i>famciclovir</i> TABS 125mg, 250mg, 500mg	1	
<i>ganciclovir sodium</i> SOLR 500mg	1	B/D
HARVONI PAK 33.75-150MG	1	NM PA
HARVONI PAK 45-200MG	1	NM PA
HARVONI TAB 45-200MG	1	NM PA
HARVONI TAB 90-400MG	1	NM PA
<i>lamivudine (hbv)</i> TABS 100mg	1	NM
MAVYRET PAK 50-20MG	1	NM PA
MAVYRET TAB 100-40MG	1	NM PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
<i>oseltamivir phosphate</i> (generic of TAMIFLU) CAPS 30mg QL (168 caps / year)	1	QL
<i>oseltamivir phosphate</i> (generic of TAMIFLU) CAPS 45mg, 75mg QL (84 caps / year)	1	QL
<i>oseltamivir phosphate</i> (generic of TAMIFLU) SUSR 6mg/ml QL (1080 mL / year)	1	QL
PAXLOVID TAB 150-100 QL (40 tabs / 30 days) \$0 Cost Share	1	QL
PAXLOVID TAB 300-100 QL (60 tabs / 30 days) \$0 Cost Share	1	QL
PEGASYS SOLN 180mcg/ml; SOSY 180mcg/0.5ml	1	NM PA
PREVYMIS TABS 240mg, 480mg QL (28 tabs / 28 days)	1	QL PA
RELENZA DISKHALER AEPB 5mg/blister QL (6 inhalers / year)	1	QL
<i>ribavirin (hepatitis c)</i> CAPS 200mg; TABS 200mg	1	NM
<i>rimantadine hydrochloride</i> TABS 100mg	1	
<i>valacyclovir hcl</i> (generic of VALTREX) TABS 1gm, 500mg	1	
<i>valganciclovir hcl</i> (generic of VALCYTE) SOLR 50mg/ml; TABS 450mg	1	
VEMLIDY TABS 25mg	1	NM
VOSEVI TAB	1	NM PA
XOFLUZA TBPK 40mg, 80mg QL (1 tab / 180 days)	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 **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	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<b>CEPHALOSPORINS - DRUGS TO TREAT INFECTIONS</b>		
<i>cefaclor</i> CAPS 250mg, 500mg; SUSR 250mg/5ml	1	
CEFACLOR ER TB12 500mg	1	
<i>cefadroxil</i> CAPS 500mg; SUSR 250mg/5ml, 500mg/5ml	1	
CEFAZOLIN SOLR 2gm, 3gm	1	
CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML	1	
<i>cefazolin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 3gm, 10gm, 500mg	1	
CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4%	1	
<i>cefdinir</i> CAPS 300mg; SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	1	
<i>cefepime hcl</i> SOLR 1gm, 2gm	1	
<i>cefixime</i> CAPS 400mg; SUSR 100mg/5ml, 200mg/5ml	1	
<i>cefoxitin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm	1	
<i>cefpodoxime proxetil</i> SUSR 50mg/5ml, 100mg/5ml; TABS 100mg, 200mg	1	
<i>cefprozil</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg	1	
<i>ceftazidime</i> SOLR 1gm, 2gm, 6gm	1	
<i>ceftriaxone sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 250mg, 500mg	1	
<i>cefuroxime axetil</i> TABS 250mg, 500mg	1	
<i>cefuroxime sodium</i> SOLR 1.5gm, 750mg	1	
<i>cephalexin</i> CAPS 250mg, 500mg; SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	1	
<i>tazicef</i> SOLR 1gm, 2gm, 6gm	1	
TEFLARO SOLR 400mg, 600mg	1	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<b>ERYTHROMYCINS/MACROLIDES - DRUGS TO TREAT INFECTIONS</b>		
<i>azithromycin</i> PACK 1gm; TABS 600mg	1	
<i>azithromycin</i> (generic of ZITHROMAX) SOLR 500mg; SUSR 100mg/5ml, 200mg/5ml; TABS 250mg, 500mg	1	
<i>clarithromycin</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg	1	
<i>clarithromycin</i> (generic of BIAXIN XL) TB24 500mg	1	
DIFICID SUSR 40mg/ml; TABS 200mg	1	
e.e.s. 400 TABS 400mg	1	
<i>ery-tab</i> TBEC 250mg, 333mg, 500mg	1	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE SOLR 500mg	1	
<i>erythrocin stearate</i> TABS 250mg	1	
<i>erythromycin base</i> CPEP 250mg; TABS 250mg, 500mg; TBEC 250mg, 333mg, 500mg	1	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> TABS 400mg	1	
<i>erythromycin lactobionate</i> (generic of ERYTHROCIN LACTOBIONATE) SOLR 500mg	1	
<b>FLUOROQUINOLONES - DRUGS TO TREAT INFECTIONS</b>		
CIPRO SUSR 500mg/5ml	1	
<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml in d5w</i>	1	
<i>ciprofloxacin 400 mg/200ml in d5w</i>	1	
<i>ciprofloxacin hcl</i> (generic of CIPRO) TABS 250mg, 500mg	1	

**PA** - Previa autorización por correo **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **LA** - Medicamentos con acceso limitado **V/I** - 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	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>ciprofloxacin hcl</i> TABS 750mg	1	
<i>levofloxacin</i> SOLN 25mg/ml; TABS 250mg, 500mg, 750mg	1	
<i>levofloxacin in d5w iv soln</i> 250 mg/50ml	1	
<i>levofloxacin in d5w iv soln</i> 500 mg/100ml	1	
<i>levofloxacin in d5w iv soln</i> 750 mg/150ml	1	
<i>moxifloxacin hcl</i> TABS 400mg	1	
<i>moxifloxacin hcl</i> 400 mg/250ml in sodium chloride 0.8% inj	1	
<b>PENICILLINS - DRUGS TO TREAT INFECTIONS</b>		
<i>amoxicillin</i> CAPS 250mg, 500mg; CHEW 125mg, 250mg; SUSR 125mg/5ml, 200mg/5ml, 250mg/5ml, 400mg/5ml; TABS 500mg, 875mg	1	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate chew tab</i> 200-28.5 mg	1	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate chew tab</i> 400-57 mg	1	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate for susp</i> 200-28.5 mg/5ml	1	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate for susp</i> 250-62.5 mg/5ml	1	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate for susp</i> 400-57 mg/5ml	1	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate for susp</i> 600-42.9 mg/5ml (generic of AUGMENTIN ES-600)	1	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate tab</i> 250-125 mg	1	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate tab</i> 500-125 mg (generic of AUGMENTIN)	1	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate tab</i> 875-125 mg	1	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate tab er 12hr</i> 1000-62.5 mg	1	
<i>ampicillin</i> CAPS 500mg	1	
<i>ampicillin &amp; sulbactam sodium for inj</i> 1.5 (1-0.5) gm (generic of UNASYN)	1	
<i>ampicillin &amp; sulbactam sodium for inj</i> 3 (2-1) gm (generic of UNASYN)	1	
<i>ampicillin &amp; sulbactam sodium for iv soln</i> 1.5 (1-0.5) gm	1	
<i>ampicillin &amp; sulbactam sodium for iv soln</i> 3 (2-1) gm	1	
<i>ampicillin &amp; sulbactam sodium for iv soln</i> 15 (10-5) gm (generic of UNASYN BULK PACK)	1	
<i>ampicillin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 125mg, 250mg, 500mg	1	
BICILLIN L-A SUSY 600000unit/ml, 1200000unit/2ml, 2400000unit/4ml	1	
<i>dicloxacillin sodium</i> CAPS 250mg, 500mg	1	
<i>nafcillin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm	1	
<i>oxacillin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm	1	
PEN GK/DEXTR INJ 40000/ML	1	
PEN GK/DEXTR INJ 60000/ML	1	
<i>penicillin g potassium</i> SOLR 5000000unit, 20000000unit	1	
<i>penicillin g sodium</i> SOLR 5000000unit	1	
<i>penicillin v potassium</i> SOLR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg	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 **V/I** - 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	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>pfizerpen</i> SOLR 5000000unit, 1 20000000unit		
<i>piperacillin sod-tazobactam na for inj 3.375 gm (3-0.375 gm)</i>	1	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 2.25 gm (2-0.25 gm)</i>	1	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 4.5 gm (4-0.5 gm)</i>	1	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 13.5 gm (12-1.5 gm)</i>	1	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 40.5 gm (36-4.5 gm)</i>	1	
<b>TETRACYCLINES - DRUGS TO TREAT INFECTIONS</b>		
<i>doxy 100</i> SOLR 100mg	1	
<i>doxycycline (monohydrate)</i> CAPS 50mg, 100mg; TABS 50mg, 75mg, 100mg	1	
<i>doxycycline (monohydrate)</i> (generic of VIBRAMYCIN) SUSR 25mg/5ml	1	
<i>doxycycline hyclate</i> CAPS 50mg; SOLR 100mg; TABS 20mg, 100mg	1	
<i>doxycycline hyclate</i> (generic of VIBRAMYCIN) CAPS 100mg	1	
<i>minocycline hcl</i> CAPS 50mg, 75mg, 100mg	1	
NUZYRA SOLR 100mg; TABS 150mg	1	NM LA
<i>tetracycline hcl</i> CAPS 250mg, 500mg	1	PA
<i>tigecycline</i> (generic of TYGACIL) SOLR 50mg	1	
<b>ANTINEOPLASTIC AGENTS - DRUGS TO TREAT CANCER</b>		
<b>ALKYLATING AGENTS</b>		
BENDEKA SOLN 100mg/4ml	1	B/D NM LA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>carboplatin</i> SOLN 50mg/5ml, 150mg/15ml, 450mg/45ml, 600mg/60ml	1	B/D
<i>cisplatin</i> SOLN 50mg/50ml, 100mg/100ml, 200mg/200ml	1	B/D
<i>cyclophosphamide</i> CAPS 25mg, 50mg; SOLR 1gm, 2gm, 500mg	1	B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 1gm/5ml, 500mg/2.5ml, 500mg/ml; TABS 25mg, 50mg	1	B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR SOLN 2gm/10ml	1	B/D
GLEOSTINE CAPS 10mg, 40mg, 100mg	1	NM
LEUKERAN TABS 2mg	1	
<i>oxaliplatin</i> SOLN 50mg/10ml, 100mg/20ml, 200mg/40ml; SOLR 50mg, 100mg	1	B/D
<i>paraplatin</i> SOLN 1000mg/100ml	1	B/D
<b>ANTIBIOTICS</b>		
<i>doxorubicin hcl</i> SOLN 2mg/ml	1	B/D
<i>doxorubicin hcl liposomal</i> (generic of DOXIL) INJ 2mg/ml	1	B/D
ELLECE SOLN 50mg/25ml, 200mg/100ml	1	B/D
<b>ANTIMETABOLITES</b>		
<i>azacitidine</i> (generic of VIDAZA) SUSR 100mg	1	B/D NM
<i>cytarabine</i> SOLN 20mg/ml	1	B/D
<i>fluorouracil</i> SOLN 1gm/20ml, 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 500mg/10ml	1	B/D
<i>gemcitabine hcl</i> (generic of GEMCITABINE HYDROCHLORIDE) SOLN 1gm/26.3ml, 2gm/52.6ml, 200mg/5.26ml	1	B/D
<i>gemcitabine hcl</i> SOLR 1gm, 2gm, 200mg	1	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 V/I - Vacunas / Insulinas

19

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.

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVE L</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
INQOVI TAB 35-100MG QL (5 tabs / 28 days)	1	QL NM LA PA
LONSURF TAB 15-6.14 QL (100 tabs / 28 days)	1	QL NM LA PA
LONSURF TAB 20-8.19 QL (80 tabs / 28 days)	1	QL NM LA PA
<i>mercaptopurine</i> TABS 50mg	1	
<i>methotrexate sodium</i> SOLN 1gm/40ml, 50mg/2ml, 250mg/10ml; SOLR 1gm	1	B/D
ONUREG TABS 200mg, 300mg QL (14 tabs / 28 days)	1	QL NM LA PA
<i>pemetrexed disodium</i> (generic of ALIMTA) SOLR 100mg, 500mg	1	B/D
<i>pemetrexed disodium</i> SOLR 750mg, 1000mg	1	B/D
PURIXAN SUSP 2000mg/100ml	1	NM LA
TABLOID TABS 40mg	1	
<b>HORMONAL ANTINEOPLASTIC AGENTS</b>		
<i>abiraterone acetate</i> (generic of ZYTIGA) TABS 250mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
<i>abiraterone acetate</i> (generic of ZYTIGA) TABS 500mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
AKEEGA TAB 50/500MG QL (60 tabs / 30 days)	1	QL NM LA PA
AKEEGA TAB 100/500 QL (60 tabs / 30 days)	1	QL NM LA PA
<i>anastrozole</i> (generic of ARIMIDEX) TABS 1mg	1	
<i>bicalutamide</i> (generic of CASODEX) TABS 50mg	1	
ELIGARD KIT 7.5mg, 22.5mg, 30mg, 45mg	1	NM PA
ERLEADA TABS 60mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL NM LA PA
ERLEADA TABS 240mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM LA PA
EULEXIN CAPS 125mg	1	

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVE L</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<i>exemestane</i> (generic of AROMASIN) TABS 25mg	1	
FIRMAGON SOLR 80mg, 120mg/vial	1	NM PA
<i>fulvestrant</i> (generic of FASLODEX) SOSY 250mg/5ml	1	B/D
<i>letrozole</i> (generic of FEMARA) TABS 2.5mg	1	
<i>leuprolide acetate</i> KIT 1mg/0.2ml	1	NM PA
LUPRON DEPOT (1-MONTH) KIT 3.75mg	1	NM PA
LUPRON DEPOT (3-MONTH) KIT 11.25mg	1	NM PA
LYSODREN TABS 500mg	1	NM LA
<i>megestrol acetate</i> TABS 20mg, 40mg	1	
<i>nilutamide</i> (generic of NILANDRON) TABS 150mg	1	
NUBEQA TABS 300mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL NM LA PA
ORGOVYX TABS 120mg	1	NM LA PA
ORSERDU TABS 86mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL NM LA PA
ORSERDU TABS 345mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM LA PA
SOLTAMOX SOLN 10mg/5ml	1	
<i>tamoxifen citrate</i> TABS 10mg, 20mg	1	
<i>toremifene citrate</i> (generic of FARESTON) TABS 60mg	1	
XTANDI CAPS 40mg QL (120 caps / 30 days)	1	QL NM LA PA
XTANDI TABS 40mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL NM LA PA
XTANDI TABS 80mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL NM LA PA
<b>IMMUNOMODULATORS</b>		
<i>lenalidomide</i> CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg, 15mg QL (28 caps / 28 days)	1	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 **V/I** - Vacunas / Insulinas

20

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.

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVE</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<i>lenalidomide</i> CAPS 20mg, 25mg QL (21 caps / 28 days)	1	QL NM LA PA
POMALYST CAPS 1mg, 2mg, 3mg, 4mg QL (21 caps / 28 days)	1	QL NM LA PA
REVLIMID CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg, 15mg QL (28 caps / 28 days)	1	QL NM LA PA
REVLIMID CAPS 20mg, 25mg QL (21 caps / 28 days)	1	QL NM LA PA
THALOMID CAPS 50mg, 100mg QL (28 caps / 28 days)	1	QL NM LA PA
THALOMID CAPS 150mg, 200mg QL (56 caps / 28 days)	1	QL NM LA PA
<b>MISCELLANEOUS</b>		
BESREMI SOSY 500mcg/ml QL (2 syringes / 28 days)	1	QL NM LA PA
<i>bexarotene</i> (generic of TARGRETIN) CAPS 75mg QL (300 caps / 30 days)	1	QL NM PA
<i>hydroxyurea</i> (generic of HYDREA) CAPS 500mg	1	
<i>irinotecan hcl</i> (generic of CAMPTOSAR) SOLN 40mg/2ml, 100mg/5ml, 300mg/15ml	1	B/D
<i>irinotecan hcl</i> SOLN 500mg/25ml	1	B/D
IWILFIN TABS 192mg QL (240 tabs / 30 days)	1	QL NM LA PA
KISQALI 200 PAK FEMARA QL (49 tabs / 28 days)	1	QL NM PA
KISQALI 400 PAK FEMARA QL (70 tabs / 28 days)	1	QL NM PA
KISQALI 600 PAK FEMARA QL (91 tabs / 28 days)	1	QL NM PA
MATULANE CAPS 50mg	1	NM LA

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVE</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<i>tretinoin (chemotherapy)</i> CAPS 10mg	1	
WELIREG TABS 40mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL NM LA PA
<b>MITOTIC INHIBITORS</b>		
<i>docetaxel</i> (generic of DOCETAXEL) CONC 20mg/ml, 80mg/4ml, 160mg/8ml; SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	1	B/D
DOCETAXEL CONC 80mg/4ml, 160mg/8ml; SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	1	B/D
<i>etoposide</i> SOLN 1gm/50ml, 100mg/5ml, 500mg/25ml	1	B/D
<i>paclitaxel</i> CONC 6mg/ml, 30mg/5ml, 150mg/25ml, 300mg/50ml	1	B/D
<i>paclitaxel protein-bound particles for iv susp 100 mg</i>	1	B/D NM
<i>vincristine sulfate</i> SOLN 1mg/ml	1	B/D
<i>vinorelbine tartrate</i> SOLN 10mg/ml, 50mg/5ml	1	B/D
<b>MOLECULAR TARGET AGENTS</b>		
ALECENSA CAPS 150mg QL (240 caps / 30 days)	1	QL NM LA PA
ALUNBRIG TABS 30mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL NM LA PA
ALUNBRIG TABS 90mg, 180mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM LA PA
ALUNBRIG PAK QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM LA PA
AUGTYRO CAPS 40mg QL (240 caps / 30 days)	1	QL NM LA PA
AYVAKIT TABS 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 300mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM LA PA
BALVERSA TABS 3mg QL (84 tabs / 28 days)	1	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 **V/I** - Vacunas / Insulinas

21

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	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
BALVERSA TABS 4mg QL (56 tabs / 28 days)	1	QL NM LA PA
BALVERSA TABS 5mg QL (28 tabs / 28 days)	1	QL NM LA PA
BORTEZOMIB SOLR 1mg, 2.5mg, 3.5mg	1	NM PA
<i>bortezomib</i> (generic of VELCADE) SOLR 3.5mg	1	NM PA
BOSULIF CAPS 50mg QL (360 caps / 30 days)	1	QL NM PA
BOSULIF CAPS 100mg QL (150 caps / 25 days)	1	QL NM PA
BOSULIF TABS 100mg QL (180 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
BOSULIF TABS 400mg, 500mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
BRAFTOVI CAPS 75mg QL (180 caps / 30 days)	1	QL NM LA PA
BRUKINSA CAPS 80mg QL (120 caps / 30 days)	1	QL NM LA PA
CABOMETYX TABS 20mg, 40mg, 60mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM LA PA
CALQUENCE CAPS 100mg QL (60 caps / 30 days)	1	QL NM LA PA
CALQUENCE TABS 100mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL NM LA PA
CAPRELSA TABS 100mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL NM LA PA
CAPRELSA TABS 300mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM LA PA
COMETRIQ (60MG DOSE) KIT 20mg QL (84 caps / 28 days)	1	QL NM LA PA
COMETRIQ KIT 100MG QL (56 caps / 28 days)	1	QL NM LA PA
COMETRIQ KIT 140MG QL (112 caps / 28 days)	1	QL NM LA PA
COPIKTRA CAPS 15mg, 25mg QL (56 caps / 28 days)	1	QL NM LA PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
COTELLIC TABS 20mg QL (63 tabs / 28 days)	1	QL NM LA PA
DAURISMO TABS 25mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL NM LA PA
DAURISMO TABS 100mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM LA PA
ERIVEDGE CAPS 150mg QL (30 caps / 30 days)	1	QL NM LA PA
<i>erlotinib hcl</i> (generic of TARCEVA) TABS 25mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
<i>erlotinib hcl</i> (generic of TARCEVA) TABS 100mg, 150mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
<i>everolimus</i> (generic of AFINITOR) TABS 2.5mg, 5mg, 7.5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
<i>everolimus</i> (generic of AFINITOR DISPERZ) TBSO 2mg QL (150 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
<i>everolimus</i> (generic of AFINITOR DISPERZ) TBSO 3mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
<i>everolimus</i> (generic of AFINITOR DISPERZ) TBSO 5mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
EXKIVITY CAPS 40mg QL (120 caps / 30 days)	1	QL NM LA PA
FOTIVDA CAPS .89mg, 1.34mg QL (21 caps / 28 days)	1	QL NM LA PA
FRUZAQLA CAPS 1mg QL (84 caps / 28 days)	1	QL NM LA PA
FRUZAQLA CAPS 5mg QL (21 caps / 28 days)	1	QL NM LA PA
GAVRETO CAPS 100mg QL (120 caps / 30 days)	1	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 **V/I** - Vacunas / Insulinas

22

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.

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVE L</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>	<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVE L</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<i>gefitinib</i> (generic of IRESSA) TABS 250mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM PA	JAKAFI TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 25mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL NM LA PA
GILOTRIF TABS 20mg, 30mg, 40mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM LA PA	JAYPIRCA TABS 50mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM LA PA
HERCEP HYLEC SOL 60-10000	1	NM LA PA	JAYPIRCA TABS 100mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL NM LA PA
HERCEPTIN SOLR 150mg	1	NM LA PA	KADCYLA SOLR 100mg, 160mg	1	B/D NM LA
HERZUMA SOLR 150mg, 420mg	1	NM PA	KANJINTI SOLR 150mg, 420mg	1	NM LA PA
IBRANCE CAPS 75mg, 100mg, 125mg QL (21 caps / 28 days)	1	QL NM LA PA	KEYTRUDA SOLN 100mg/4ml	1	NM LA PA
IBRANCE TABS 75mg, 100mg, 125mg QL (21 tabs / 28 days)	1	QL NM LA PA	KISQALI 200 DOSE TBPK 200mg QL (21 tabs / 28 days)	1	QL NM PA
ICLUSIG TABS 10mg, 15mg, 30mg, 45mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM LA PA	KISQALI 400 DOSE TBPK 200mg QL (42 tabs / 28 days)	1	QL NM PA
IDHIFA TABS 50mg, 100mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM LA PA	KISQALI 600 DOSE TBPK 200mg QL (63 tabs / 28 days)	1	QL NM PA
<i>imatinib mesylate</i> (generic of GLEEVEC) TABS 100mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL NM PA	KOSELUGO CAPS 10mg QL (240 caps / 30 days)	1	QL NM LA PA
<i>imatinib mesylate</i> (generic of GLEEVEC) TABS 400mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL NM PA	KOSELUGO CAPS 25mg QL (120 caps / 30 days)	1	QL NM LA PA
IMBRUVICA CAPS 70mg QL (30 caps / 30 days)	1	QL NM LA PA	KRAZATI TABS 200mg QL (180 tabs / 30 days)	1	QL NM LA PA
IMBRUVICA CAPS 140mg QL (120 caps / 30 days)	1	QL NM LA PA	<i>lapatinib ditosylate</i> (generic of TYKERB) TABS 250mg QL (180 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
IMBRUVICA SUSP 70mg/ml QL (216 mL / 27 days)	1	QL NM LA PA	LENVIMA 4 MG DAILY DOSE CPPK 4mg QL (30 caps / 30 days)	1	QL NM LA PA
IMBRUVICA TABS 140mg, 280mg, 420mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM LA PA	LENVIMA 8 MG DAILY DOSE CPPK 4mg QL (60 caps / 30 days)	1	QL NM LA PA
INLYTA TABS 1mg QL (180 tabs / 30 days)	1	QL NM LA PA	LENVIMA 10 MG DAILY DOSE CPPK 10mg QL (30 caps / 30 days)	1	QL NM LA PA
INLYTA TABS 5mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL NM LA PA	LENVIMA 12MG DAILY DOSE CPPK 4mg QL (90 caps / 30 days)	1	QL NM LA PA
INREBIC CAPS 100mg QL (120 caps / 30 days)	1	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 **V/I** - Vacunas / Insulinas 23

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	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES	NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE CPPK 10mg QL (60 caps / 30 days)	1	QL NM LA PA	NINLARO CAPS 2.3mg, 3mg, 4mg QL (3 caps / 28 days)	1	QL NM PA
LENVIMA CAP 14 MG QL (60 caps / 30 days)	1	QL NM LA PA	ODOMZO CAPS 200mg QL (30 caps / 30 days)	1	QL NM LA PA
LENVIMA CAP 18 MG QL (90 caps / 30 days)	1	QL NM LA PA	OGIVRI SOLR 150mg	1	NM LA PA
LENVIMA CAP 24 MG QL (90 caps / 30 days)	1	QL NM LA PA	OGIVRI INJ 420MG	1	NM LA PA
LORBRENA TABS 25mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL NM LA PA	OGSIVEO TABS 50mg QL (180 tabs / 30 days)	1	QL NM LA PA
LORBRENA TABS 100mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM LA PA	OJJAARA TABS 100mg, 150mg, 200mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM LA PA
LUMAKRAS TABS 120mg QL (240 tabs / 30 days)	1	QL NM LA PA	ONTRUZANT SOLR 150mg, 420mg	1	NM LA PA
LUMAKRAS TABS 320mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL NM LA PA	<i>pazopanib hcl</i> (generic of VOTRIENT) TABS 200mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
LYNPARZA TABS 100mg, 150mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL NM LA PA	PEMAZYRE TABS 4.5mg, 9mg, 13.5mg QL (28 tabs / 28 days)	1	QL NM LA PA
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) TBPK 4mg QL (84 tabs / 28 days)	1	QL NM LA PA	PHESGO SOL	1	NM LA PA
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) TBPK 4mg QL (112 tabs / 28 days)	1	QL NM LA PA	PIQRAY 200MG DAILY DOSE TBPK 200mg QL (28 tabs / 28 days)	1	QL NM PA
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) TBPK 4mg QL (140 tabs / 28 days)	1	QL NM LA PA	PIQRAY 250MG TAB DOSE QL (56 tabs / 28 days)	1	QL NM PA
MEKINIST SOLR .05mg/ml QL (1260 mL / 30 days)	1	QL NM LA PA	PIQRAY 300MG DAILY DOSE TBPK 150mg QL (56 tabs / 28 days)	1	QL NM PA
MEKINIST TABS 2mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM LA PA	QINLOCK TABS 50mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL NM LA PA
MEKINIST TABS .5mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL NM LA PA	RETEVMO CAPS 40mg QL (180 caps / 30 days)	1	QL NM LA PA
MEKTOVI TABS 15mg QL (180 tabs / 30 days)	1	QL NM LA PA	RETEVMO CAPS 80mg QL (120 caps / 30 days)	1	QL NM LA PA
MONJUVI SOLR 200mg	1	NM LA PA	REZLIDHIA CAPS 150mg QL (60 caps / 30 days)	1	QL NM LA PA
NERLYNX TABS 40mg QL (180 tabs / 30 days)	1	QL NM LA PA	ROZLYTREK CAPS 100mg QL (150 caps / 30 days)	1	QL NM LA PA
NEXAVAR TABS 200mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL NM LA PA	ROZLYTREK CAPS 200mg QL (90 caps / 30 days)	1	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 **V/I** - Vacunas / Insulinas

24

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	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
ROZLYTREK PACK 50mg QL (336 packets / 28 days)	1	QL NM LA PA
RUBRACA TABS 200mg, 250mg, 300mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL NM LA PA
RYDAPT CAPS 25mg QL (224 caps / 28 days)	1	QL NM PA
SCSEMBLIX TABS 20mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
SCSEMBLIX TABS 40mg QL (300 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
<i>sorafenib tosylate</i> (generic of NEXAVAR) TABS 200mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
SPRYCEL TABS 20mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
SPRYCEL TABS 50mg, 70mg, 80mg, 100mg, 140mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
STIVARGA TABS 40mg QL (84 tabs / 28 days)	1	QL NM LA PA
<i>sunitinib malate</i> (generic of SUTENT) CAPS 12.5mg, 25mg, 37.5mg, 50mg QL (30 caps / 30 days)	1	QL NM PA
TABRECTA TABS 150mg, 200mg QL (112 tabs / 28 days)	1	QL NM PA
TAFINLAR CAPS 50mg, 75mg QL (120 caps / 30 days)	1	QL NM LA PA
TAFINLAR TBSO 10mg QL (900 tabs / 30 days)	1	QL NM LA PA
TAGRISO TABS 40mg, 80mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM LA PA
TALZENNA CAPS .1mg, .35mg, .5mg, .75mg, 1mg QL (30 caps / 30 days)	1	QL NM LA PA
TALZENNA CAPS .25mg QL (90 caps / 30 days)	1	QL NM LA PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
TASIGNA CAPS 50mg QL (120 caps / 30 days)	1	QL NM PA
TASIGNA CAPS 150mg, 200mg QL (112 caps / 28 days)	1	QL NM PA
TAZVERIK TABS 200mg QL (240 tabs / 30 days)	1	QL NM LA PA
TECENTRIQ SOLN 840mg/14ml, 1200mg/20ml	1	NM LA PA
TEPMETKO TABS 225mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL NM LA PA
TIBSOVO TABS 250mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL NM LA PA
TRAZIMERA SOLR 150mg, 420mg	1	NM PA
TRUQAP TABS 160mg, 200mg QL (64 tabs / 28 days)	1	QL NM LA PA
TRUXIMA SOLN 100mg/10ml, 500mg/50ml	1	NM PA
TUKYSA TABS 50mg, QL (120 tabs / 30 days)	1	QL NM LA PA
TURALIO CAPS 125mg QL (120 caps / 30 days)	1	QL NM LA PA
VANFLYTA TABS 17.7mg, 26.5mg QL (56 tabs / 28 days)	1	QL NM LA PA
VENCLEXTA TABS 10mg, 50mg QL (112 tabs / 28 days)	1	QL NM LA PA
VENCLEXTA TABS 100mg QL (180 tabs / 30 days)	1	QL NM LA PA
VENCLEXTA TAB START PK QL (42 tabs / 28 days)	1	QL NM LA PA
VERZENIO TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg QL (56 tabs / 28 days)	1	QL NM LA PA
VITRAKVI CAPS 25mg QL (180 caps / 30 days)	1	QL NM LA PA
VITRAKVI CAPS 100mg QL (60 caps / 30 days)	1	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 **V/I** - Vacunas / Insulinas

25

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.

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVE L</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
VITRAKVI SOLN 20mg/ml QL (300 mL / 30 days)	1	QL NM LA PA
VIZIMPRO TABS 15mg, 30mg, 45mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM LA PA
VONJO CAPS 100mg QL (120 caps / 30 days)	1	QL NM LA PA
XALKORI CAPS 200mg, 250mg; CPSP 50mg QL (120 caps / 30 days)	1	QL NM LA PA
XALKORI CPSP 20mg QL (240 caps / 30 days)	1	QL NM LA PA
XALKORI CPSP 150mg QL (180 caps / 30 days)	1	QL NM LA PA
XOSPATA TABS 40mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL NM LA PA
XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY TBPK 40mg QL (4 tabs / 28 days)	1	QL NM LA PA
XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY TBPK 40mg QL (8 tabs / 28 days)	1	QL NM LA PA
XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY TBPK 60mg QL (4 tabs / 28 days)	1	QL NM LA PA
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY TBPK 20mg QL (24 tabs / 28 days)	1	QL NM LA PA
XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY TBPK 40mg QL (8 tabs / 28 days)	1	QL NM LA PA
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY TBPK 20mg QL (32 tabs / 28 days)	1	QL NM LA PA
XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY TBPK 50mg QL (8 tabs / 28 days)	1	QL NM LA PA
ZEJULA CAPS 100mg QL (90 caps / 30 days)	1	QL NM LA PA
ZEJULA TABS 100mg, 200mg, 300mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM LA PA

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVE L</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
ZELBORAF TABS 240mg QL (240 tabs / 30 days)	1	QL NM LA PA
ZIRABEV SOLN 100mg/4ml, 400mg/16ml	1	NM LA PA
ZOLINZA CAPS 100mg QL (120 caps / 30 days)	1	QL NM PA
ZYDELIG TABS 100mg, 150mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL NM LA PA
ZYKADIA TABS 150mg QL (84 tabs / 28 days)	1	QL NM LA PA
<b>PROTECTIVE AGENTS</b>		
<i>leucovorin calcium</i> SOLN 500mg/50ml; SOLR 50mg, 100mg, 200mg, 350mg, 500mg	1	B/D
<i>leucovorin calcium</i> TABS 5mg, 10mg, 15mg, 25mg	1	
MESNEX TABS 400mg	1	
<b>CARDIOVASCULAR - DRUGS TO TREAT HEART AND CIRCULATION CONDITIONS ACE INHIBITOR COMBINATIONS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE</b>		
<i>amlodipine besylate- benazepril hcl cap 2.5-10 mg</i> QL (30 caps / 30 days)	1	QL
<i>amlodipine besylate- benazepril hcl cap 5-10 mg</i> (generic of LOTREL) QL (30 caps / 30 days)	1	QL
<i>amlodipine besylate- benazepril hcl cap 5-20 mg</i> (generic of LOTREL) QL (30 caps / 30 days)	1	QL
<i>amlodipine besylate- benazepril hcl cap 5-40 mg</i> QL (30 caps / 30 days)	1	QL
<i>amlodipine besylate- benazepril hcl cap 10-20 mg</i> (generic of LOTREL) QL (30 caps / 30 days)	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 **V/I** - Vacunas / Insulinas

26

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	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-40 mg</i> (generic of LOTREL) QL (30 caps / 30 days)	1	QL
<i>benazepril &amp; hydrochlorothiazide tab 5-6.25mg</i>	1	
<i>benazepril &amp; hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i> (generic of LOTENSIN HCT)	1	
<i>benazepril &amp; hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i> (generic of LOTENSIN HCT)	1	
<i>benazepril &amp; hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i> (generic of LOTENSIN HCT)	1	
<i>captopril &amp; hydrochlorothiazide tab 25-15 mg</i>	1	
<i>captopril &amp; hydrochlorothiazide tab 25-25 mg</i>	1	
<i>captopril &amp; hydrochlorothiazide tab 50-15 mg</i>	1	
<i>captopril &amp; hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i>	1	
<i>enalapril maleate &amp; hydrochlorothiazide tab 5-12.5 mg</i>	1	
<i>enalapril maleate &amp; hydrochlorothiazide tab 10-25 mg</i> (generic of VASERETIC)	1	
<i>fosinopril sodium &amp; hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	1	
<i>fosinopril sodium &amp; hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	1	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>lisinopril &amp; hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i> (generic of ZESTORETIC)	1	
<i>lisinopril &amp; hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i> (generic of ZESTORETIC)	1	
<i>lisinopril &amp; hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i> (generic of ZESTORETIC)	1	
<b>ACE INHIBITORS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE</b>		
<i>benazepril hcl</i> TABS 5mg	1	
<i>benazepril hcl</i> (generic of LOTENSIN) TABS 10mg, 20mg, 40mg	1	
<i>captopril</i> TABS 12.5mg, 25mg, 50mg, 100mg	1	
<i>enalapril maleate</i> (generic of VASOTEC) TABS 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg	1	
<i>fosinopril sodium</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg	1	
<i>lisinopril</i> (generic of ZESTRIL) TABS 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	1	
<i>moexipril hcl</i> TABS 7.5mg, 15mg	1	
<i>perindopril erbumine</i> TABS 2mg, 4mg, 8mg	1	
<i>quinapril hcl</i> (generic of ACCUPRIL) TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg	1	
<i>ramipril</i> (generic of ALTACE) CAPS 1.25mg, 2.5mg, 5mg, 10mg	1	
<i>trandolapril</i> TABS 1mg, 2mg, 4mg	1	
<b>ALDOSTERONE RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE</b>		
<i>epplerenone</i> (generic of INSPRA) TABS 25mg, 50mg	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 **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	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
KERENDIA TABS 10mg, 20mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>spironolactone</i> (generic of ALDACTONE) TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	
<b>ALPHA BLOCKERS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE</b>		
<i>doxazosin mesylate</i> (generic of CARDURA) TABS 1mg, 2mg, 4mg, 8mg	1	
<i>prazosin hcl</i> (generic of MINIPRESS) CAPS 1mg, 2mg, 5mg	1	
<i>terazosin hcl</i> CAPS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	1	
<b>ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONIST COMBINATIONS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE</b>		
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-20 mg</i> (generic of AZOR) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-40 mg</i> (generic of AZOR) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-20 mg</i> (generic of AZOR) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-40 mg</i> (generic of AZOR) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-160 mg</i> (generic of EXFORGE) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-320 mg</i> (generic of EXFORGE) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-160 mg</i> (generic of EXFORGE) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-320 mg</i> (generic of EXFORGE) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 16-12.5 mg</i> (generic of ATACAND HCT) QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 32-12.5 mg</i> (generic of ATACAND HCT) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 32-25 mg</i> (generic of ATACAND HCT) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
ENTRESTO TAB 24-26MG QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
ENTRESTO TAB 49-51MG QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
ENTRESTO TAB 97-103MG QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 150-12.5 mg</i> (generic of AVALIDE) QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 300-12.5 mg</i> (generic of AVALIDE) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>losartan potassium &amp; hydrochlorothiazide tab 50-12.5 mg</i> (generic of HYZAAR)	1	
<i>losartan potassium &amp; hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg</i> (generic of HYZAAR)	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 **V/I** - Vacunas / Insulinas

28

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>telmisartan-amlodipine tab 40-5 mg</i> QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>telmisartan-amlodipine tab 40-10 mg</i> QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>telmisartan-amlodipine tab 80-5 mg</i> QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>telmisartan-amlodipine tab 80-10 mg</i> QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg (generic of MICARDIS HCT)</i> QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg (generic of MICARDIS HCT)</i> QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-25 mg (generic of MICARDIS HCT)</i> QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg (generic of DIOVAN HCT)</i> QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-12.5 mg (generic of DIOVAN HCT)</i> QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-25 mg (generic of DIOVAN HCT)</i> QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-12.5 mg (generic of DIOVAN HCT)</i> QL (30 tabs / 30 days)	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 **V/I** - Vacunas / Insulinas

29

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	NIVE REQUISITOS / L LIMITES	
	<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i> tab 320-25 mg (generic of DIOVAN HCT) QL (30 tabs / 30 days)	1
<b>ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE</b>		
<i>candesartan cilexetil</i> (generic of ATACAND) TABS 4mg, 8mg, 16mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
<i>candesartan cilexetil</i> (generic of ATACAND) TABS 32mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>irbesartan</i> (generic of AVAPRO) TABS 75mg, 150mg, 300mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>losartan potassium</i> (generic of COZAAR) TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	QL
<i>olmesartan medoxomil</i> (generic of BENICAR) TABS 5mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
<i>olmesartan medoxomil</i> (generic of BENICAR) TABS 20mg, 40mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>telmisartan</i> (generic of MICARDIS) TABS 20mg, 40mg, 80mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>valsartan</i> (generic of DIOVAN) TABS 40mg, 80mg, 160mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
<i>valsartan</i> (generic of DIOVAN) TABS 320mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / L LIMITES	
	<b>ANTIARRHYTHMICS - DRUGS TO CONTROL HEART RHYTHM</b>	
<i>amiodarone hcl</i> SOLN 50mg/ml, 900mg/18ml; TABS 100mg, 200mg, 400mg	1	
<i>disopyramide phosphate</i> (generic of NORPACE) CAPS 100mg, 150mg	1	
<i>dofetilide</i> (generic of TIKOSYN) CAPS 125mcg, 250mcg, 500mcg	1	NM
<i>flecainide acetate</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg	1	
MULTAQ TABS 400mg	1	
NORPACE CR CP12 100mg, 150mg	1	
<i>pacerone</i> TABS 100mg, 200mg, 400mg	1	
<i>propafenone hcl</i> CP12 225mg, 325mg, 425mg; TABS 150mg, 225mg, 300mg	1	
<i>quinidine sulfate</i> TABS 200mg, 300mg	1	
<i>sorine</i> (generic of BETAPACE) TABS 80mg, 120mg, 160mg	1	
<i>sorine</i> TABS 240mg	1	
<i>sotalol hcl</i> (generic of BETAPACE) TABS 80mg, 120mg, 160mg	1	
<i>sotalol hcl</i> TABS 240mg	1	
<i>sotalol hcl (afib/af)</i> (generic of BETAPACE AF) TABS 80mg, 120mg, 160mg	1	
<b>ANTILIPEMICS, FIBRATES</b>		
<i>fenofibrate</i> (generic of TRICOR) TABS 48mg, 145mg	1	
<i>fenofibrate</i> TABS 54mg, 160mg	1	
<i>fenofibrate micronized</i> CAPS 67mg, 134mg, 200mg	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 **V/I** - Vacunas / Insulinas

30

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	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>gemfibrozil</i> (generic of LOPID) TABS 600mg	1	
<b>ANTILIPEMICS, HMG-CoA REDUCTASE INHIBITORS - DRUGS TO TREAT HIGH CHOLESTEROL</b>		
<i>atorvastatin calcium</i> (generic of LIPITOR) TABS 10mg, 20mg, 40mg, 80mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>lovastatin</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
<i>pravastatin sodium</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg, 80mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>rosuvastatin calcium</i> (generic of CRESTOR) TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>simvastatin</i> TABS 5mg, 80mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>simvastatin</i> (generic of ZOCOR) TABS 10mg, 20mg, 40mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<b>ANTILIPEMICS, MISCELLANEOUS - DRUGS TO TREAT HIGH CHOLESTEROL</b>		
<i>cholestyramine</i> (generic of QUESTRAN) PACK 4gm; POWD 4gm/dose	1	
<i>cholestyramine light</i> PACK 4gm	1	
<i>cholestyramine light</i> (generic of QUESTRAN LIGHT) POWD 4gm/dose	1	
<i>colestevlam hcl</i> (generic of WELCHOL) PACK 3.75gm; TABS 625mg	1	
<i>colestipol hcl</i> (generic of COLESTID) GRAN 5gm; TABS 1gm	1	
<i>colestipol hcl</i> PACK 5gm	1	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>ezetimibe</i> (generic of ZETIA) TABS 10mg	1	
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-10 mg</i> (generic of VYTORIN) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-20 mg</i> (generic of VYTORIN) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-40 mg</i> (generic of VYTORIN) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-80 mg</i> (generic of VYTORIN) QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>niacin (antihyperlipidemic)</i> TBCR 500mg, 750mg, 1000mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
<i>omega-3-acid ethyl esters cap 1 gm</i> (generic of LOVAZA)	1	PA
<i>prevalite</i> PACK 4gm	1	
<i>prevalite</i> (generic of QUESTRAN LIGHT) POWD 4gm/dose	1	
REPATHA SOSY 140mg/ml	1	NM PA
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM SOCT 420mg/3.5ml	1	NM PA
REPATHA SURECLICK SOAJ 140mg/ml	1	NM PA
VASCEPA CAPS .5gm, 1gm	1	
<b>BETA-BLOCKER/DIURETIC COMBINATIONS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE AND HEART CONDITIONS</b>		
<i>atenolol &amp; chlorthalidone tab 50-25 mg</i> (generic of TENORETIC 50)	1	
<i>atenolol &amp; chlorthalidone tab 100-25 mg</i> (generic of TENORETIC 100)	1	
<i>bisoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab 2.5-6.25 mg</i>	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 V/I - 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	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>bisoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab 5-6.25 mg</i>	1	
<i>bisoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab 10-6.25 mg</i>	1	
<i>metoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i>	1	
<i>metoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	1	
<i>metoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab 100-50 mg</i>	1	
<b>BETA-BLOCKERS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE AND HEART CONDITIONS</b>		
<i>acebutolol hcl CAPS 200mg, 400mg</i>	1	
<i>atenolol (generic of TENORMIN) TABS 25mg, 50mg, 100mg</i>	1	
<i>betaxolol hcl TABS 10mg, 20mg</i>	1	
<i>bisoprolol fumarate TABS 5mg, 10mg</i>	1	
<i>carvedilol (generic of COREG) TABS 3.125mg, 6.25mg, 12.5mg, 25mg</i>	1	
<i>labetalol hcl TABS 100mg, 200mg, 300mg</i>	1	
<i>metoprolol succinate (generic of TOPROL XL) TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg</i>	1	
<i>metoprolol tartrate SOLN 5mg/5ml; TABS 25mg</i>	1	
<i>metoprolol tartrate (generic of LOPRESSOR) TABS 50mg, 100mg</i>	1	
<i>nadolol (generic of CORGARD) TABS 20mg, 40mg</i>	1	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>nadolol TABS 80mg</i>	1	
<i>nebivolol hcl (generic of BYSTOLIC) TABS 2.5mg, 5mg, 10mg</i>	1	QL
		QL (30 tabs / 30 days)
<i>nebivolol hcl (generic of BYSTOLIC) TABS 20mg</i>	1	QL
		QL (60 tabs / 30 days)
<i>pindolol TABS 5mg, 10mg</i>	1	
<i>propranolol hcl (generic of INDERAL LA) CP24 60mg, 80mg, 120mg, 160mg</i>	1	
<i>propranolol hcl SOLN 20mg/5ml, 40mg/5ml; TABS 10mg, 20mg, 40mg, 60mg, 80mg</i>	1	
<i>timolol maleate TABS 5mg, 10mg, 20mg</i>	1	
<b>CALCIUM CHANNEL BLOCKERS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE AND HEART CONDITIONS</b>		
<i>amlodipine besylate (generic of NORVASC) TABS 2.5mg, 5mg, 10mg</i>	1	
<i>cartia xt (generic of CARDIZEM CD) CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg</i>	1	
<i>dilt-xr CP24 120mg, 180mg, 240mg</i>	1	
<i>diltiazem hcl CP12 60mg, 90mg, 120mg; SOLN 25mg/5ml, 50mg/10ml, 125mg/25ml; TABS 90mg</i>	1	
<i>diltiazem hcl (generic of CARDIZEM) TABS 30mg, 60mg, 120mg</i>	1	
<i>diltiazem hcl coated beads (generic of CARDIZEM CD) CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg</i>	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 **V/I** - 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	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>diltiazem hcl extended release beads</i> (generic of TIAZAC) CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	1	
<i>felodipine</i> TB24 2.5mg, 5mg, 10mg	1	
<i>isradipine</i> CAPS 2.5mg, 5mg	1	
<i>nicardipine hcl</i> CAPS 20mg, 30mg	1	
<i>nifedipine</i> TB24 30mg, 60mg, 90mg	1	
<i>nifedipine</i> (generic of PROCARDIA XL) TB24 30mg, 60mg, 90mg	1	
<i>nimodipine</i> CAPS 30mg	1	
NYMALIZE SOLN 6mg/ml	1	
<i>taztia xt</i> (generic of TIAZAC) CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg	1	
<i>tiadylt er</i> (generic of TIAZAC) CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	1	
<i>verapamil hcl</i> CP24 100mg, 200mg, 300mg, 360mg; SOLN 2.5mg/ml; TABS 40mg, 80mg, 120mg; TBCR 120mg, 180mg, 240mg	1	
<i>verapamil hcl</i> (generic of VERELAN) CP24 120mg, 180mg, 240mg	1	
<b>DIURETICS - DRUGS TO TREAT HEART CONDITIONS</b>		
<i>acetazolamide</i> CP12 500mg; TABS 125mg, 250mg	1	
<i>amiloride &amp; hydrochlorothiazide tab 5-50 mg</i>	1	
<i>amiloride hcl</i> TABS 5mg	1	
<i>bumetanide</i> SOLN .25mg/ml; TABS 1mg, 2mg	1	
<i>bumetanide</i> (generic of BUMEX) TABS .5mg	1	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>chlorthalidone</i> TABS 25mg, 50mg	1	
<i>furosemide</i> SOLN 10mg/ml, 40mg/5ml	1	
<i>furosemide</i> (generic of LASIX) TABS 20mg, 40mg, 80mg	1	
<i>furosemide inj</i> SOLN 10mg/ml	1	
<i>hydrochlorothiazide</i> CAPS 12.5mg; TABS 12.5mg, 25mg, 50mg	1	
<i>indapamide</i> TABS 1.25mg, 2.5mg	1	
<i>methazolamide</i> TABS 25mg, 50mg	1	
<i>metolazone</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	1	
<i>spironolactone &amp; hydrochlorothiazide tab 25-25 mg</i>	1	
<i>toremide</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 100mg	1	
<i>triamterene &amp; hydrochlorothiazide cap 37.5-25 mg</i>	1	
<i>triamterene &amp; hydrochlorothiazide tab 37.5-25 mg</i>	1	
<i>triamterene &amp; hydrochlorothiazide tab 75-50 mg</i>	1	
<b>MISCELLANEOUS</b>		
<i>aliskiren fumarate</i> (generic of TEKTURNA) TABS 150mg, 300mg	1	
<i>clonidine</i> (generic of CATAPRES-TTS-1) PTWK .1mg/24hr	1	
<i>clonidine</i> (generic of CATAPRES-TTS-2) PTWK .2mg/24hr	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 **V/I** - 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	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>clonidine</i> (generic of CATAPRES-TTS-3) PTWK .3mg/24hr	1	
<i>clonidine hcl</i> TABS .1mg, .2mg, .3mg	1	
CORLANOR SOLN 5mg/5ml QL (450 mL / 30 days)	1	QL
CORLANOR TABS 5mg, 7.5mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
<i>digoxin</i> SOLN .05mg/ml	1	
<i>digoxin</i> (generic of LANOXIN) SOLN .25mg/ml	1	
<i>digoxin</i> (generic of LANOXIN) TABS 125mcg, 250mcg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>droxidopa</i> (generic of NORTHERA) CAPS 100mg QL (90 caps / 30 days)	1	QL NM PA
<i>droxidopa</i> (generic of NORTHERA) CAPS 200mg, 300mg QL (180 caps / 30 days)	1	QL NM PA
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOLN 1mg/ml	1	
<i>guanfacine hcl</i> TABS 1mg, 2mg PA if 70 years and older	1	PA
<i>hydralazine hcl</i> SOLN 20mg/ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg	1	
<i>metyrosine</i> (generic of DEMSER) CAPS 250mg	1	PA
<i>midodrine hcl</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	1	
<i>minoxidil</i> TABS 2.5mg, 10mg	1	
<i>ranolazine</i> TB12 500mg, 1000mg	1	
VERQUVO TABS 2.5mg, 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL

**NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVE REQUISITOS / L LIMITES**  
**NITRATES - DRUGS TO TREAT HEART CONDITIONS**

<i>isosorbide dinitrate</i> (generic of ISORDIL TITRADOSE) TABS 5mg	1	
<i>isosorbide dinitrate</i> TABS 10mg, 20mg, 30mg	1	
<i>isosorbide mononitrate</i> TABS 10mg, 20mg; TB24 30mg, 60mg, 120mg	1	
NITRO-BID OINT 2%	1	
<i>nitroglycerin</i> PT24 .1mg/hr, .2mg/hr, .4mg/hr, .6mg/hr	1	
<i>nitroglycerin</i> (generic of NITROLINGUAL) SOLN .4mg/spray	1	
<i>nitroglycerin</i> (generic of NITROSTAT) SUBL .3mg, .4mg, .6mg	1	

**PULMONARY ARTERIAL HYPERTENSION - DRUGS TO TREAT PULMONARY HYPERTENSION**

ADEMPAS TABS .5mg, 1mg, 1.5mg, 2mg, 2.5mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL NM LA PA
<i>ambriasant</i> (generic of LETAIRIS) TABS 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM LA PA
<i>bosentan</i> (generic of TRACLEER) TABS 62.5mg, 125mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL NM LA PA
OPSUMIT TABS 10mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM LA PA
<i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension)</i> (generic of REVATIO) TABS 20mg QL (360 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
<i>treprostinil</i> SOLN 20mg/20ml, 50mg/20ml, 100mg/20ml, 200mg/20ml	1	NM LA PA
VENTAVIS SOLN 10mcg/ml, 20mcg/ml	1	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 **V/I** - 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	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<b>CENTRAL NERVOUS SYSTEM - DRUGS TO TREAT NERVOUS SYSTEM DISORDERS</b>		
<b>ANTI-ANXIETY - DRUGS TO TREAT ANXIETY</b>		
<i>alprazolam</i> (generic of XANAX) TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg QL (150 tabs / 30 days)	1	QL
<i>buspirone hcl</i> TABS 5mg, 7.5mg, 10mg, 15mg, 30mg	1	
<i>fluvoxamine maleate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	
<i>lorazepam</i> CONC 2mg/ml QL (150 mL / 30 days)	1	QL
<i>lorazepam</i> (generic of ATIVAN) SOLN 2mg/ml, 4mg/ml	1	
<i>lorazepam</i> (generic of ATIVAN) TABS .5mg, 1mg, 2mg QL (150 tabs / 30 days)	1	QL
<i>lorazepam intensol</i> CONC 2mg/ml QL (150 mL / 30 days)	1	QL
<b>ANTIDEMENTIA - DRUGS TO TREAT DEMENTIA AND MEMORY LOSS</b>		
<i>donepezil hydrochloride</i> (generic of ARICEPT) TABS 5mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>donepezil hydrochloride</i> (generic of ARICEPT) TABS 10mg	1	
<i>donepezil hydrochloride</i> TBDP 5mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>donepezil hydrochloride</i> TBDP 10mg	1	
<i>galantamine hydrobromide</i> CP24 8mg, 16mg, 24mg QL (30 caps / 30 days)	1	QL

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>galantamine hydrobromide</i> SOLN 4mg/ml QL (200 mL / 30 days)	1	QL
<i>galantamine hydrobromide</i> TABS 4mg, 8mg, 12mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
<i>memantine hcl</i> CP24 7mg; SOLN 2mg/ml; TABS 5mg, 10mg PA applies if 29 years and younger	1	PA
<i>memantine hcl</i> (generic of NAMENDA XR) CP24 14mg, 21mg, 28mg PA applies if 29 years and younger	1	PA
<i>memantine hcl tab 28 x 5 mg &amp; 21 x 10 mg titration pack</i> (generic of NAMENDA TITRATION PAK) PA applies if 29 years and younger	1	PA
NAMZARIC CAP 7-10MG	1	
NAMZARIC CAP 14-10MG	1	
NAMZARIC CAP 21-10MG	1	
NAMZARIC CAP 28-10MG	1	
NAMZARIC CAP PACK	1	
<i>rivastigmine</i> (generic of EXELON) PT24 4.6mg/24hr, 9.5mg/24hr, 13.3mg/24hr QL (30 patches / 30 days)	1	QL
<i>rivastigmine tartrate</i> CAPS 1.5mg, 3mg, 4.5mg, 6mg QL (60 caps / 30 days)	1	QL
<b>ANTIDEPRESSANTS - DRUGS TO TREAT DEPRESSION</b>		
<i>amitriptyline hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	1	
<i>amoxapine</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg, 150mg	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 **V/I** - Vacunas / Insulinas

35

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	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
AUVELITY TAB 45-105MG QL (60 tabs / 30 days)	1	QL PA
<i>bupropion hcl</i> TABS 75mg, 100mg	1	
<i>bupropion hcl</i> (generic of WELLBUTRIN SR) TB12 100mg, 150mg, 200mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
<i>bupropion hcl</i> (generic of WELLBUTRIN XL) TB24 150mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
<i>bupropion hcl</i> (generic of WELLBUTRIN XL) TB24 300mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>citalopram hydrobromide</i> SOLN 10mg/5ml	1	
<i>citalopram hydrobromide</i> (generic of CELEXA) TABS 10mg, 20mg, 40mg	1	
<i>clomipramine hcl</i> (generic of ANAFRANIL) CAPS 25mg, 50mg, 75mg	1	PA
<i>desipramine hcl</i> (generic of NORPRAMIN) TABS 10mg, 25mg	1	
<i>desipramine hcl</i> TABS 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	1	
<i>desvenlafaxine succinate</i> (generic of PRISTIQ) TB24 25mg, 50mg, 100mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL PA
<i>doxepin hcl</i> CAPS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg; CONC 10mg/ml	1	
<i>duloxetine hcl</i> (generic of CYMBALTA) CPEP 20mg, 30mg, 60mg QL (60 caps / 30 days)	1	QL
EMSAM PT24 6mg/24hr, 9mg/24hr, 12mg/24hr QL (30 patches / 30 days)	1	QL PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>escitalopram oxalate</i> SOLN 5mg/5ml	1	
<i>escitalopram oxalate</i> (generic of LEXAPRO) TABS 5mg, 10mg, 20mg	1	
FETZIMA CP24 20mg, 40mg QL (60 caps / 30 days)	1	QL PA
FETZIMA CP24 80mg, 120mg QL (30 caps / 30 days)	1	QL PA
FETZIMA CAP TITRATIO QL (2 packs / year)	1	QL PA
<i>fluoxetine hcl</i> (generic of PROZAC) CAPS 10mg, 20mg, 40mg	1	
<i>fluoxetine hcl</i> SOLN 20mg/5ml	1	
<i>imipramine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg	1	
MARPLAN TABS 10mg QL (180 tabs / 30 days)	1	QL
<i>mirtazapine</i> TABS 7.5mg, 45mg	1	
<i>mirtazapine</i> (generic of REMERON) TABS 15mg, 30mg	1	
<i>mirtazapine</i> (generic of REMERON SOLTAB) TBDP 15mg, 30mg, 45mg	1	
<i>nefazodone hcl</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg, 250mg	1	
<i>nortriptyline hcl</i> (generic of PAMELOR) CAPS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg	1	
<i>nortriptyline hcl</i> SOLN 10mg/5ml	1	
<i>paroxetine hcl</i> (generic of PAXIL) SUSP 10mg/5ml QL (900 mL / 30 days)	1	QL PA
<i>paroxetine hcl</i> (generic of PAXIL) TABS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	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 **V/I** - Vacunas / Insulinas

36

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	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>phenelzine sulfate</i> (generic of NARDIL) TABS 15mg	1	
<i>protriptyline hcl</i> TABS 5mg, 10mg	1	
<i>sertraline hcl</i> (generic of ZOLOFT) CONC 20mg/ml; TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	
<i>tranylcypromine sulfate</i> (generic of PARNATE) TABS 10mg	1	
<i>trazodone hcl</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg	1	
<i>trimipramine maleate</i> CAPS 25mg, 50mg QL (120 caps / 30 days)	1	QL
<i>trimipramine maleate</i> CAPS 100mg QL (60 caps / 30 days)	1	QL
TRINTELLIX TABS 5mg, 10mg, 20mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>venlafaxine hcl</i> (generic of EFFEXOR XR) CP24 37.5mg, 75mg, 150mg	1	
<i>venlafaxine hcl</i> TABS 25mg, 37.5mg, 50mg, 75mg, 100mg	1	
<i>vilazodone hcl</i> (generic of VIIBRYD) TABS 10mg, 20mg, 40mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
ZURZUVAE CAPS 20mg, 25mg QL (28 caps / 14 days)	1	QL NM LA PA
ZURZUVAE CAPS 30mg QL (14 caps / 14 days)	1	QL NM LA PA
<b>ANTIPARKINSONIAN AGENTS - DRUGS TO TREAT PARKINSONS DISEASE</b>		
<i>amantadine hcl</i> CAPS 100mg QL (120 caps / 30 days)	1	QL
<i>amantadine hcl</i> SOLN 50mg/5ml; TABS 100mg	1	
<i>benztropine mesylate</i> SOLN 1mg/ml	1	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>benztropine mesylate</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg PA if 70 years and older	1	PA
<i>bromocriptine mesylate</i> (generic of PARLODEL) CAPS 5mg; TABS 2.5mg	1	
<i>carb/levo orally disintegrating tab</i> 10-100mg	1	
<i>carb/levo orally disintegrating tab</i> 25-100mg	1	
<i>carb/levo orally disintegrating tab</i> 25-250mg	1	
<i>carbidopa &amp; levodopa tab</i> 10-100 mg (generic of SINEMET)	1	
<i>carbidopa &amp; levodopa tab</i> 25-100 mg (generic of SINEMET)	1	
<i>carbidopa &amp; levodopa tab</i> 25-250 mg	1	
<i>carbidopa &amp; levodopa tab er</i> 25-100 mg	1	
<i>carbidopa &amp; levodopa tab er</i> 50-200 mg	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i> 12.5-50-200 mg	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i> 18.75-75-200 mg	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i> 25-100-200 mg	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i> 31.25-125-200 mg	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i> 37.5-150-200 mg (generic of STALEVO 150)	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i> 50-200-200 mg	1	
<i>entacapone</i> TABS 200mg	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 **V/I** - Vacunas / Insulinas

37

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	NIVE	REQUISITOS / LIMITES	NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
INBRIJA CAPS 42mg QL (300 caps / 30 days)	1	QL NM LA PA	ARISTADA PRSY 1064mg/3.9ml QL (1 syringe / 56 days)	1	QL
NEUPRO PT24 1mg/24hr, 2mg/24hr, 3mg/24hr, 4mg/24hr, 6mg/24hr, 8mg/24hr	1		ARISTADA INITIO PRSY 675mg/2.4ml	1	
<i>pramipexole dihydrochloride</i> TABS .125mg, .25mg, .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg	1		<i>asenapine maleate</i> (generic of SAPHRIS) SUBL 2.5mg, 5mg, 10mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
<i>rasagiline mesylate</i> (generic of AZILECT) TABS .5mg, 1mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL	CAPLYTA CAPS 10.5mg, 21mg, 42mg QL (30 caps / 30 days)	1	QL
<i>ropinirole hydrochloride</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg, 5mg	1		<i>chlorpromazine hcl</i> CONC 30mg/ml, 100mg/ml; SOLN 25mg/ml, 50mg/2ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	1	
<i>selegiline hcl</i> CAPS 5mg; TABS 5mg	1		<i>clozapine</i> (generic of CLOZARIL) TABS 25mg, 50mg	1	
<i>trihexyphenidyl hcl</i> SOLN .4mg/ml; TABS 2mg, 5mg PA if 70 years and older	1	PA	<i>clozapine</i> (generic of CLOZARIL) TABS 100mg QL (270 tabs / 30 days)	1	QL
<b>ANTIPSYCHOTICS - DRUGS TO TREAT PSYCHOSES</b>					
ABILIFY MAINTENA PRSY 300mg, 400mg QL (1 syringe / 28 days)	1	QL	<i>clozapine</i> (generic of CLOZARIL) TABS 200mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL
ABILIFY MAINTENA SRER 300mg, 400mg QL (1 injection / 28 days)	1	QL	<i>clozapine</i> TBDP 12.5mg, 25mg	1	PA
<i>aripiprazole</i> SOLN 1mg/ml QL (900 mL / 30 days)	1	QL	<i>clozapine</i> TBDP 100mg QL (270 tabs / 30 days)	1	QL PA
<i>aripiprazole</i> (generic of ABILIFY) TABS 2mg, 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 30mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL	<i>clozapine</i> TBDP 150mg QL (180 tabs / 30 days)	1	QL PA
<i>aripiprazole</i> TBDP 10mg, 15mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL	<i>clozapine</i> TBDP 200mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL PA
ARISTADA PRSY 441mg/1.6ml, 662mg/2.4ml, 882mg/3.2ml QL (1 syringe / 28 days)	1	QL	FANAPT TABS 1mg, 2mg, 4mg, 6mg, 8mg, 10mg, 12mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL PA
			FANAPT PAK QL (2 packs / year)	1	QL PA
			<i>fluphenazine decanoate</i> SOLN 25mg/ml	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 **V/I** - Vacunas / Insulinas

38

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	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>fluphenazine hcl</i> CONC 5mg/ml; ELIX 2.5mg/5ml; SOLN 2.5mg/ml; TABS 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg	1	
<i>haloperidol</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg, 5mg, 10mg, 20mg	1	
<i>haloperidol decanoate</i> (generic of HALDOL DECANOATE 50) SOLN 50mg/ml	1	
<i>haloperidol decanoate</i> (generic of HALDOL DECANOATE 100) SOLN 100mg/ml	1	
<i>haloperidol lactate</i> CONC 2mg/ml; SOLN 5mg/ml	1	
INVEGA HAFYERA SUSY 1092mg/3.5ml, 1560mg/5ml QL (1 injection / 180 days)	1	QL
INVEGA SUSTENNA SUSY 39mg/0.25ml, 78mg/0.5ml, 117mg/0.75ml, 156mg/ml, 234mg/1.5ml QL (1 syringe / 28 days)	1	QL
INVEGA TRINZA SUSY 273mg/0.88ml, 410mg/1.32ml, 546mg/1.75ml, 819mg/2.63ml QL (1 syringe / 90 days)	1	QL
<i>loxapine succinate</i> CAPS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	1	
<i>lurasidone hcl</i> (generic of LATUDA) TABS 20mg, 40mg, 60mg, 120mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>lurasidone hcl</i> (generic of LATUDA) TABS 80mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
<i>molindone hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 25mg	1	
NUPLAZID CAPS 34mg QL (30 caps / 30 days)	1	QL NM LA PA
NUPLAZID TABS 10mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM LA PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>olanzapine</i> (generic of ZYPREXA) SOLR 10mg QL (3 vials / 1 day)	1	QL
<i>olanzapine</i> (generic of ZYPREXA) TABS 2.5mg, 5mg, 10mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
<i>olanzapine</i> (generic of ZYPREXA) TABS 7.5mg, 15mg, 20mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>olanzapine</i> (generic of ZYPREXA ZYDIS) TBDP 5mg, 15mg, 20mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>olanzapine</i> (generic of ZYPREXA ZYDIS) TBDP 10mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
<i>paliperidone</i> TB24 1.5mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>paliperidone</i> (generic of INVEGA) TB24 3mg, 9mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>paliperidone</i> (generic of INVEGA) TB24 6mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
<i>perphenazine</i> TABS 2mg, 4mg, 8mg, 16mg	1	
PERSERIS PRSY 90mg, 120mg QL (1 syringe / 30 days)	1	QL
<i>pimozide</i> TABS 1mg, 2mg	1	
<i>quetiapine fumarate</i> (generic of SEROQUEL) TABS 25mg QL (180 tabs / 30 days)	1	QL
<i>quetiapine fumarate</i> (generic of SEROQUEL) TABS 50mg, 100mg, 200mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL
<i>quetiapine fumarate</i> TABS 150mg QL (90 tabs / 30 days)	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 **V/I** - Vacunas / Insulinas

39

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	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>quetiapine fumarate</i> (generic of SEROQUEL) TABS 300mg, 400mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
<i>quetiapine fumarate</i> (generic of SEROQUEL XR) TB24 50mg, 300mg, 400mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL PA
<i>quetiapine fumarate</i> (generic of SEROQUEL XR) TB24 150mg, 200mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL PA
REXULTI TABS 3mg, 4mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
REXULTI TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
<i>risperidone</i> (generic of RISPERDAL) SOLN 1mg/ml QL (240 mL / 30 days)	1	QL
<i>risperidone</i> (generic of RISPERDAL) TABS .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	1	
<i>risperidone</i> TABS .25mg	1	
<i>risperidone</i> TBDP 1mg, 2mg, 3mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
<i>risperidone</i> TBDP 4mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL
<i>risperidone</i> TBDP .25mg, .5mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL
<i>risperidone microspheres</i> (generic of RISPERDAL CONSTA) SRER 12.5mg, 25mg, 37.5mg, 50mg QL (2 injections / 28 days)	1	QL
SECUADO PT24 3.8mg/24hr, 5.7mg/24hr, 7.6mg/24hr QL (30 patches / 30 days)	1	QL

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>thioridazine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg	1	
<i>thiothixene</i> CAPS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	1	
<i>trifluoperazine hcl</i> TABS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	1	
VERSACLOZ SUSP 50mg/ml QL (600 mL / 30 days)	1	QL PA
VRAYLAR CAPS 1.5mg QL (60 caps / 30 days)	1	QL
VRAYLAR CAPS 3mg, 4.5mg, 6mg QL (30 caps / 30 days)	1	QL
VRAYLAR CAP 1.5-3MG QL (2 packs / year)	1	QL
<i>ziprasidone hcl</i> (generic of GEODON) CAPS 20mg, 40mg, 60mg, 80mg QL (60 caps / 30 days)	1	QL
<i>ziprasidone mesylate</i> (generic of GEODON) SOLR 20mg QL (6 injections / 3 days)	1	QL
ZYPREXA RELPREVV SUSR 210mg, 300mg QL (2 vials / 28 days)	1	QL NM PA
ZYPREXA RELPREVV SUSR 405mg QL (1 vial / 28 days)	1	QL NM PA
<b>ANTISEIZURE AGENTS</b>		
APTIOM TABS 200mg, 400mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
APTIOM TABS 600mg, 800mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
BRIVIACT SOLN 10mg/ml QL (600 mL / 30 days)	1	QL PA
BRIVIACT SOLN 50mg/5ml	1	PA
BRIVIACT TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg QL (60 tabs / 30 days)	1	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 **V/I** - Vacunas / Insulinas

40

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	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
<i>carbamazepine</i> CHEW 100mg	1	
<i>carbamazepine</i> (generic of CARBATROL) CP12 100mg, 200mg, 300mg	1	
<i>carbamazepine</i> (generic of TEGRETOL) SUSP 100mg/5ml; TABS 200mg	1	
<i>carbamazepine</i> (generic of TEGRETOL-XR) TB12 100mg, 200mg, 400mg	1	
<i>clobazam</i> (generic of ONFI) SUSP 2.5mg/ml QL (480 mL / 30 days)	1	QL PA
<i>clobazam</i> (generic of ONFI) TABS 10mg, 20mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL PA
<i>clonazepam</i> (generic of KLONOPIN) TABS 2mg QL (300 tabs / 30 days)	1	QL
<i>clonazepam</i> (generic of KLONOPIN) TABS .5mg, 1mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL
<i>clonazepam</i> TBDP 2mg QL (300 tabs / 30 days)	1	QL
<i>clonazepam</i> TBDP .125mg, .25mg, .5mg, 1mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL
<i>clorazepate dipotassium</i> TABS 3.75mg, 7.5mg, 15mg QL (180 tabs / 30 days) PA if 65 years and older	1	QL PA
DIACOMIT CAPS 250mg QL (360 caps / 30 days)	1	QL NM LA PA
DIACOMIT CAPS 500mg QL (180 caps / 30 days)	1	QL NM LA PA
DIACOMIT PACK 250mg QL (360 packets / 30 days)	1	QL NM LA PA
DIACOMIT PACK 500mg QL (180 packets / 30 days)	1	QL NM LA PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
<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	1	QL PA
<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	1	QL PA
<i>diazepam</i> (anticonvulsant) GEL 2.5mg, 10mg, 20mg	1	
<i>diazepam inj</i> SOLN 5mg/ml	1	
<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	1	QL PA
DILANTIN CAPS 30mg, 100mg	1	
DILANTIN INFATABS CHEW 50mg	1	
DILANTIN-125 SUSP 125mg/5ml	1	
<i>divalproex sodium</i> (generic of DEPAKOTE SPRINKLES) CSDR 125mg	1	
<i>divalproex sodium</i> (generic of DEPAKOTE ER) TB24 250mg, 500mg	1	
<i>divalproex sodium</i> (generic of DEPAKOTE) TBEC 125mg, 250mg, 500mg	1	
EPIDIOLEX SOLN 100mg/ml QL (600 mL / 30 days)	1	QL NM LA PA
<i>epitol</i> (generic of TEGRETOL) TABS 200mg	1	
EPRONTIA SOLN 25mg/ml QL (480 mL / 30 days)	1	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 **V/I** - Vacunas / Insulinas

41

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	NIVE REQUISITOS / LIMITES		NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES		L	LIMITES
<i>ethosuximide</i> (generic of ZARONTIN) CAPS 250mg; SOLN 250mg/5ml	1		<i>lamotrigine</i> (generic of LAMICTAL CHEWABLE DISPERS) CHEW 5mg, 25mg	1	
<i>felbamate</i> SUSP 600mg/5ml	1		<i>lamotrigine</i> (generic of LAMICTAL) TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg	1	
<i>felbamate</i> (generic of FELBATOL) TABS 400mg, 600mg	1		<i>lamotrigine</i> (generic of LAMICTAL XR) TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 250mg, 300mg	1	
FINTEPLA SOLN 2.2mg/ml QL (360 mL / 30 days)	1	QL NM LA PA	<i>levetiracetam</i> (generic of KEPPRA) SOLN 100mg/ml, 500mg/5ml; TABS 250mg, 500mg, 750mg, 1000mg	1	
FYCOMPA SUSP .5mg/ml QL (720 mL / 30 days)	1	QL PA	<i>levetiracetam</i> (generic of KEPPRA XR) TB24 500mg, 750mg	1	
FYCOMPA TABS 2mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL PA	<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 500 mg/100ml</i> (generic of LEVETIRACETAM)	1	
FYCOMPA TABS 4mg, 6mg, 8mg, 10mg, 12mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL PA	<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1000 mg/100ml</i> (generic of LEVETIRACETAM)	1	
<i>gabapentin</i> (generic of NEURONTIN) CAPS 100mg, 300mg, 400mg QL (180 caps / 30 days)	1	QL	<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1500 mg/100ml</i> (generic of LEVETIRACETAM)	1	
<i>gabapentin</i> (generic of NEURONTIN) SOLN 250mg/5ml, 300mg/6ml QL (2160 mL / 30 days)	1	QL	<i>methsuximide</i> (generic of CELONTIN) CAPS 300mg	1	
<i>gabapentin</i> (generic of NEURONTIN) TABS 600mg QL (180 tabs / 30 days)	1	QL	NAYZILAM SOLN 5mg/0.1ml	1	
<i>gabapentin</i> (generic of NEURONTIN) TABS 800mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL	<i>oxcarbazepine</i> (generic of TRILEPTAL) SUSP 300mg/5ml; TABS 150mg, 300mg, 600mg	1	
<i>lacosamide</i> (generic of VIMPAT) SOLN 200mg/20ml	1		<i>phenobarbital</i> ELIX 20mg/5ml QL (1500 mL / 30 days) PA if 70 years and older	1	QL PA
<i>lacosamide</i> (generic of VIMPAT) TABS 50mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL			
<i>lacosamide</i> (generic of VIMPAT) TABS 100mg, 150mg, 200mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL			
<i>lacosamide oral</i> (generic of VIMPAT) SOLN 10mg/ml QL (1200 mL / 30 days)	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 **V/I** - Vacunas / Insulinas

42

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	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<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	1	QL PA
<i>phenobarbital sodium</i> SOLN 65mg/ml, 130mg/ml PA if 70 years and older	1	PA
<i>phenytek</i> CAPS 200mg, 300mg	1	
<i>phenytoin</i> (generic of DILANTIN INFATABS) CHEW 50mg	1	
<i>phenytoin</i> (generic of DILANTIN-125) SUSP 125mg/5ml	1	
<i>phenytoin sodium</i> SOLN 50mg/ml	1	
<i>phenytoin sodium extended</i> (generic of DILANTIN) CAPS 100mg	1	
<i>phenytoin sodium extended</i> CAPS 200mg, 300mg	1	
<i>pregabalin</i> (generic of LYRICA) CAPS 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg QL (120 caps / 30 days)	1	QL PA
<i>pregabalin</i> (generic of LYRICA) CAPS 200mg QL (90 caps / 30 days)	1	QL PA
<i>pregabalin</i> (generic of LYRICA) CAPS 225mg, 300mg QL (60 caps / 30 days)	1	QL PA
<i>pregabalin</i> (generic of LYRICA) SOLN 20mg/ml QL (900 mL / 30 days)	1	QL PA
<i>primidone</i> (generic of MYSOLINE) TABS 50mg, 250mg	1	
<i>primidone</i> TABS 125mg	1	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>roweepra</i> (generic of KEPPRA) TABS 500mg	1	
<i>rufinamide</i> (generic of BANZEL) SUSP 40mg/ml QL (2400 mL / 30 days)	1	QL PA
<i>rufinamide</i> (generic of BANZEL) TABS 200mg QL (480 tabs / 30 days)	1	QL PA
<i>rufinamide</i> (generic of BANZEL) TABS 400mg QL (240 tabs / 30 days)	1	QL PA
SPRITAM TB3D 250mg QL (360 tabs / 30 days)	1	QL
SPRITAM TB3D 500mg QL (180 tabs / 30 days)	1	QL
SPRITAM TB3D 750mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL
SPRITAM TB3D 1000mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL
<i>subvenite</i> (generic of LAMICTAL) TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg	1	
SYMPAZAN FILM 5mg, 10mg, 20mg QL (60 films / 30 days)	1	QL PA
<i>tiagabine hcl</i> TABS 2mg, 4mg, 12mg, 16mg	1	
<i>topiramate</i> (generic of TOPAMAX SPRINKLE) CPSP 15mg, 25mg	1	
<i>topiramate</i> (generic of TOPAMAX) TABS 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	1	
<i>valproate sodium</i> SOLN 100mg/ml, 250mg/5ml	1	
<i>valproic acid</i> CAPS 250mg	1	
VALTOCO 5 MG DOSE LIQD 5mg/0.1ml	1	
VALTOCO 10 MG DOSE LIQD 10mg/0.1ml	1	
VALTOCO 15 MG DOSE LQPK 7.5mg/0.1ml	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 **V/I** - Vacunas / Insulinas

43

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	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
VALTOCO 20 MG DOSE LQPK 10mg/0.1ml	1	
<i>vigabatrín</i> (generic of SABRIL) PACK 500mg QL (180 packets / 30 days)	1	QL NM LA PA
<i>vigabatrín</i> (generic of SABRIL) TABS 500mg QL (180 tabs / 30 days)	1	QL NM LA PA
<i>vigadrone</i> (generic of SABRIL) PACK 500mg QL (180 packets / 30 days)	1	QL NM LA PA
<i>vigadrone</i> (generic of SABRIL) TABS 500mg QL (180 tabs / 30 days)	1	QL NM LA PA
<i>vigpoder</i> (generic of SABRIL) PACK 500mg QL (180 packets / 30 days)	1	QL NM LA PA
XCOPRI TABS 50mg, 100mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
XCOPRI TABS 150mg, 200mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
XCOPRI PAK 12.5-25 QL (28 tabs / 28 days)	1	QL
XCOPRI PAK 50-100MG QL (28 tabs / 28 days)	1	QL
XCOPRI PAK 100-150 QL (56 tabs / 28 days)	1	QL
XCOPRI PAK 150-200MG (MAINTENANCE) QL (56 tabs / 28 days)	1	QL
XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION) QL (28 tabs / 28 days)	1	QL
ZONISADE SUSP 100mg/5ml QL (900 mL / 30 days)	1	QL PA
<i>zonisamide</i> (generic of ZONEGRAN) CAPS 25mg, 100mg	1	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>zonisamide</i> CAPS 50mg	1	
ZTALMY SUSP 50mg/ml QL (1100 mL / 30 days)	1	QL NM LA PA
<b>ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER - DRUGS TO TREAT ADHD</b>		
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg</i> (generic of ADDERALL XR) QL (30 caps / 30 days)	1	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 10 mg</i> (generic of ADDERALL XR) QL (30 caps / 30 days)	1	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 15 mg</i> (generic of ADDERALL XR) QL (30 caps / 30 days)	1	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 20 mg</i> (generic of ADDERALL XR) QL (30 caps / 30 days)	1	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 25 mg</i> (generic of ADDERALL XR) QL (30 caps / 30 days)	1	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 30 mg</i> (generic of ADDERALL XR) QL (30 caps / 30 days)	1	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 5 mg</i> (generic of ADDERALL) QL (60 tabs / 30 days)	1	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 7.5 mg</i> (generic of ADDERALL) QL (60 tabs / 30 days)	1	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 **V/I** - 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	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 10 mg</i> (generic of ADDERALL) QL (60 tabs / 30 days)	1	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 12.5 mg</i> (generic of ADDERALL) QL (60 tabs / 30 days)	1	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 15 mg</i> (generic of ADDERALL) QL (60 tabs / 30 days)	1	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 20 mg</i> (generic of ADDERALL) QL (90 tabs / 30 days)	1	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 30 mg</i> (generic of ADDERALL) QL (60 tabs / 30 days)	1	QL PA
<i>atomoxetine hcl</i> (generic of STRATTERA) CAPS 10mg, 18mg, 25mg QL (120 caps / 30 days)	1	QL
<i>atomoxetine hcl</i> (generic of STRATTERA) CAPS 40mg QL (60 caps / 30 days)	1	QL
<i>atomoxetine hcl</i> (generic of STRATTERA) CAPS 60mg, 80mg, 100mg QL (30 caps / 30 days)	1	QL
<i>dexmethylphenidate hcl</i> (generic of FOCALIN) TABS 2.5mg, 5mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL PA
<i>dexmethylphenidate hcl</i> (generic of FOCALIN) TABS 10mg QL (60 tabs / 30 days)	1	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	1	QL PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>guanfacine hcl (adhd)</i> (generic of INTUNIV) TB24 3mg QL (60 tabs / 30 days) PA if 70 years and older	1	QL PA
<i>methylphenidate hcl</i> CHEW 2.5mg, 5mg, 10mg QL (180 tabs / 30 days)	1	QL PA
<i>methylphenidate hcl</i> (generic of METHYLIN) SOLN 5mg/5ml QL (1800 mL / 30 days)	1	QL PA
<i>methylphenidate hcl</i> (generic of METHYLIN) SOLN 10mg/5ml QL (900 mL / 30 days)	1	QL PA
<i>methylphenidate hcl</i> (generic of RITALIN) TABS 5mg, 10mg QL (180 tabs / 30 days)	1	QL PA
<i>methylphenidate hcl</i> (generic of RITALIN) TABS 20mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL PA
<i>methylphenidate hcl</i> TBCR 10mg, 20mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL PA
<b>HYPNOTICS - DRUGS TO TREAT INSOMNIA</b>		
DAYVIGO TABS 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>doxepin hcl (sleep)</i> (generic of SILENOR) TABS 3mg, 6mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>eszopiclone</i> (generic of LUNESTA) TABS 1mg, 2mg, 3mg QL (30 tabs / 30 days) PA applies if 70 years and older after a 90 day supply in a calendar year	1	QL PA
<i>tasimelteon</i> (generic of HETLIOZ) CAPS 20mg QL (30 caps / 30 days)	1	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 **V/I** - Vacunas / Insulinas

45

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	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>temazepam</i> (generic of RESTORIL) CAPS 7.5mg, 30mg QL (30 caps / 30 days) PA if 65 years and older	1	QL PA
<i>temazepam</i> (generic of RESTORIL) CAPS 15mg QL (60 caps / 30 days) PA if 65 years and older	1	QL PA
<i>zaleplon</i> CAPS 5mg QL (30 caps / 30 days) PA applies if 70 years and older after a 90 day supply in a calendar year	1	QL PA
<i>zaleplon</i> CAPS 10mg QL (60 caps / 30 days) PA applies if 70 years and older after a 90 day supply in a calendar year	1	QL PA
<i>zolpidem tartrate</i> (generic of 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	1	QL PA
<b>MIGRAINE - DRUGS TO TREAT SEVERE HEADACHES</b>		
AIMOVIG SOAJ 70mg/ml, 140mg/ml QL (1 pen / 30 days)	1	QL NM PA
<i>dihydroergotamine mesylate</i> SOLN 1mg/ml	1	
<i>dihydroergotamine mesylate</i> (generic of MIGRANAL) SOLN 4mg/ml QL (8 mL / 30 days)	1	QL PA
<i>ergotamine w/ caffeine tab</i> 1-100 mg QL (40 tabs / 28 days)	1	QL PA
<i>naratriptan hcl</i> TABS 1mg, 2.5mg QL (12 tabs / 30 days)	1	QL

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
NURTEC TBDP 75mg QL (16 tabs / 30 days)	1	QL PA
QULIPTA TABS 10mg, 30mg, 60mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL PA
<i>rizatriptan benzoate</i> TABS 5mg; TBDP 5mg QL (18 tabs / 30 days)	1	QL
<i>rizatriptan benzoate</i> (generic of MAXALT) TABS 10mg QL (18 tabs / 30 days)	1	QL
<i>rizatriptan benzoate</i> (generic of MAXALT-MLT) TBDP 10mg QL (18 tabs / 30 days)	1	QL
<i>sumatriptan</i> SOLN 5mg/act QL (24 units / 30 days)	1	QL
<i>sumatriptan</i> SOLN 20mg/act QL (12 units / 30 days)	1	QL
<i>sumatriptan succinate</i> SOAJ 4mg/0.5ml; SOCT 4mg/0.5ml QL (18 injections / 30 days)	1	QL
<i>sumatriptan succinate</i> (generic of IMITREX STATDOSE SYSTEM) SOAJ 6mg/0.5ml QL (12 injections / 30 days)	1	QL
<i>sumatriptan succinate</i> (generic of IMITREX STATDOSE REFILL) SOCT 6mg/0.5ml QL (12 injections / 30 days)	1	QL
<i>sumatriptan succinate</i> SOLN 6mg/0.5ml QL (12 injections / 30 days)	1	QL
<i>sumatriptan succinate</i> (generic of IMITREX) TABS 25mg, 50mg, 100mg QL (12 tabs / 30 days)	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 **V/I** - Vacunas / Insulinas

46

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	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
UBRELVY TABS 50mg, 100mg QL (16 tabs / 30 days)	1	QL PA
<b>MISCELLANEOUS</b>		
AUSTEDO TABS 6mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL NM LA PA
AUSTEDO TABS 9mg, 12mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL NM LA PA
AUSTEDO XR TB24 6mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
AUSTEDO XR TB24 12mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
AUSTEDO XR TB24 24mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
AUSTEDO XR TAB TITR KIT QL (2 packs / year)	1	QL NM PA
<i>lithium</i> SOLN 8meq/5ml	1	
<i>lithium carbonate</i> CAPS 150mg, 300mg, 600mg; TABS 300mg; TBCR 450mg	1	
<i>lithium carbonate</i> (generic of LITHOBID) TBCR 300mg	1	
NUDEXTA CAP 20-10MG QL (60 caps / 30 days)	1	QL PA
<i>pyridostigmine bromide</i> (generic of MESTINON) TABS 60mg	1	
<i>riluzole</i> (generic of RILUTEK) TABS 50mg	1	
<i>tetrabenazine</i> (generic of XENAZINE) TABS 12.5mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
<i>tetrabenazine</i> (generic of XENAZINE) TABS 25mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
<b>MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS - DRUGS TO TREAT MULTIPLE SCLEROSIS</b>		
BAFIERTAM CPDR 95mg QL (120 caps / 30 days)	1	QL NM LA PA
BETASERON KIT .3mg QL (14 syringes / 28 days)	1	QL NM PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE	REQUISITOS / LIMITES
<i>dalfampridine</i> (generic of AMPYRA) TB12 10mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
<i> fingolimod hcl</i> (generic of GILENYA) CAPS .5mg QL (30 caps / 30 days)	1	QL NM PA
<i>glatiramer acetate</i> (generic of COPAXONE) SOSY 20mg/ml QL (30 syringes / 30 days)	1	QL NM PA
<i>glatiramer acetate</i> (generic of COPAXONE) SOSY 40mg/ml QL (12 syringes / 28 days)	1	QL NM PA
<i>glatopa</i> (generic of COPAXONE) SOSY 20mg/ml QL (30 syringes / 30 days)	1	QL NM PA
<i>glatopa</i> (generic of COPAXONE) SOSY 40mg/ml QL (12 syringes / 28 days)	1	QL NM PA
KESIMPTA SOAJ 20mg/0.4ml QL (16 pens / year)	1	QL NM LA PA
<b>MUSCULOSKELETAL THERAPY AGENTS - DRUGS TO TREAT MUSCLE SPASMS</b>		
<i>baclofen</i> TABS 5mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL
<i>baclofen</i> TABS 10mg, 20mg	1	
<i>carisoprodol</i> (generic of SOMA) TABS 350mg QL (120 tabs / 30 days) PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year	1	QL PA
<i>cyclobenzaprine hcl</i> TABS 5mg, 10mg QL (90 tabs / 30 days) PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year	1	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 V/I - 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	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>dantrolene sodium</i> (generic of DANTRIUM) CAPS 25mg	1	
<i>dantrolene sodium</i> CAPS 50mg, 100mg	1	
<i>methocarbamol</i> TABS 500mg QL (360 tabs / 30 days) PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year	1	QL PA
<i>methocarbamol</i> TABS 750mg QL (240 tabs / 30 days) PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year	1	QL PA
<i>tizanidine hcl</i> TABS 2mg	1	
<i>tizanidine hcl</i> (generic of ZANAFLEX) TABS 4mg	1	
<b>NARCOLEPSY/CATAPLEXY - DRUGS FOR SLEEP DISORDERS</b>		
<i>armodafinil</i> (generic of NUVIGIL) TABS 50mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL PA
<i>armodafinil</i> (generic of NUVIGIL) TABS 150mg, 200mg, 250mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL PA
<i>modafinil</i> (generic of PROVIGIL) TABS 100mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL PA
<i>modafinil</i> (generic of PROVIGIL) TABS 200mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL PA
SODIUM OXYBATE SOLN 500mg/ml QL (540 mL / 30 days)	1	QL NM LA PA
<b>PSYCHOTHERAPEUTIC-MISC</b>		
<i>acamprosate calcium</i> TBEC 333mg	1	
<i>buprenorphine hcl</i> SUBL 2mg, 8mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 2-0.5 mg (base equiv)</i> (generic of SUBOXONE) QL (90 films / 30 days)	1	QL
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 4-1 mg (base equiv)</i> (generic of SUBOXONE) QL (90 films / 30 days)	1	QL
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 8-2 mg (base equiv)</i> (generic of SUBOXONE) QL (90 films / 30 days)	1	QL
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 12-3 mg (base equiv)</i> (generic of SUBOXONE) QL (60 films / 30 days)	1	QL
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 2-0.5 mg (base equiv)</i> QL (90 tabs / 30 days)	1	QL
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 8-2 mg (base equiv)</i> QL (90 tabs / 30 days)	1	QL
<i>bupropion hcl (smoking deterrent)</i> TB12 150mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
<i>disulfiram</i> TABS 250mg, 500mg	1	
<i>naloxone hcl</i> LIQD 4mg/0.1ml; SOCT .4mg/ml; SOLN .4mg/ml, 4mg/10ml; SOSY 2mg/2ml	1	
<i>naltrexone hcl</i> TABS 50mg	1	
NICOTROL INHALER INHA 10mg	1	
NICOTROL NS SOLN 10mg/ml	1	
<i>varenicline tartrate</i> TABS .5mg, 1mg QL (56 tabs / 28 days)	1	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 **V/I** - Vacunas / Insulinas

48

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	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>varenicline tartrate tab 11 x 0.5 mg &amp; 42 x 1 mg start pack</i> QL (2 packs / year)	1	QL PA
VIVITROL SUSR 380mg	1	NM
<b>ENDOCRINE AND METABOLIC - DRUGS TO TREAT DIABETES AND REGULATE HORMONES</b>		
<b>ANDROGENS - DRUGS TO REGULATE MALE HORMONES</b>		
<i>depo-testosterone</i> SOLN 100mg/ml, 200mg/ml	1	PA
<i>methyltestosterone</i> CAPS 10mg QL (600 caps / 30 days)	1	QL PA
<i>testosterone</i> GEL 1%, 25mg/2.5gm, 50mg/5gm QL (300 gm / 30 days)	1	QL PA
<i>testosterone</i> (generic of ANDROGEL PUMP) GEL 1.62% QL (150 gm / 30 days)	1	QL PA
<i>testosterone cypionate</i> SOLN 100mg/ml, 200mg/ml	1	PA
<i>testosterone enanthate</i> SOLN 200mg/ml	1	PA
<b>ANTIDIABETICS</b>		
<i>acarbose</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	
BYDUREON BCISE AUIJ 2mg/0.85ml QL (4 pens / 28 days)	1	QL PA
BYETTA SOPN 5mcg/0.02ml, 10mcg/0.04ml QL (1 pen / 30 days)	1	QL PA
FARXIGA TABS 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>glimepiride</i> TABS 1mg, 2mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL
<i>glimepiride</i> TABS 4mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
<i>glipizide</i> TABS 5mg QL (240 tabs / 30 days)	1	QL

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>glipizide</i> TABS 10mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL
<i>glipizide</i> (generic of GLUCOTROL XL) TB24 2.5mg, 5mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL
<i>glipizide</i> (generic of GLUCOTROL XL) TB24 10mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
<i>glipizide xl</i> (generic of GLUCOTROL XL) TB24 2.5mg, 5mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL
<i>glipizide xl</i> (generic of GLUCOTROL XL) TB24 10mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
<i>glipizide-metformin hcl tab</i> 2.5-250 mg QL (240 tabs / 30 days)	1	QL
<i>glipizide-metformin hcl tab</i> 2.5-500 mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL
<i>glipizide-metformin hcl tab</i> 5-500 mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL
GLYXAMBI TAB 10-5 MG QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
GLYXAMBI TAB 25-5 MG QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
JANUMET TAB 50-500MG QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
JANUMET TAB 50-1000 QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
JANUMET XR TAB 50-500MG QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
JANUMET XR TAB 50-1000 QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
JANUMET XR TAB 100-1000 QL (30 tabs / 30 days)	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 **V/I** - 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	NIVE REQUISITOS / LIMITES		NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES		L	LIMITES
JANUVIA TABS 25mg, 50mg, 100mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL	OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE) SOPN 2mg/3ml QL (1 pen / 28 days)	1	QL PA
JARDIANCE TABS 10mg, 25mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL	OZEMPIC (1MG/DOSE) SOPN 4mg/3ml QL (1 pen / 28 days)	1	QL PA
JENTADUETO TAB 2.5-500 QL (60 tabs / 30 days)	1	QL	OZEMPIC (2MG/DOSE) SOPN 8mg/3ml QL (1 pen / 28 days)	1	QL PA
JENTADUETO TAB 2.5-850 QL (60 tabs / 30 days)	1	QL	<i>pioglitazone hcl</i> (generic of ACTOS) TABS 15mg, 30mg, 45mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
JENTADUETO TAB 2.5-1000 QL (60 tabs / 30 days)	1	QL	<i>pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-500 mg</i> QL (90 tabs / 30 days)	1	QL
JENTADUETO TAB XR 2.5-1000MG QL (60 tabs / 30 days)	1	QL	<i>pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-850 mg</i> (generic of ACTOPLUS MET) QL (90 tabs / 30 days)	1	QL
JENTADUETO TAB XR 5-1000MG QL (30 tabs / 30 days)	1	QL	<i>repaglinide</i> TABS 2mg QL (240 tabs / 30 days)	1	QL
<i>metformin hcl</i> TABS 500mg QL (150 tabs / 30 days)	1	QL	<i>repaglinide</i> TABS .5mg, 1mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL
<i>metformin hcl</i> TABS 850mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL	RYBELSUS TABS 3mg, 7mg, 14mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL PA
<i>metformin hcl</i> TABS 1000mg QL (75 tabs / 30 days)	1	QL	SYNJARDY TAB 5-500MG QL (120 tabs / 30 days)	1	QL
<i>metformin hcl</i> TB24 500mg QL (120 tabs / 30 days) (generic of GLUCOPHAGE XR)	1	QL	SYNJARDY TAB 5-1000MG QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
<i>metformin hcl</i> TB24 750mg QL (60 tabs / 30 days) (generic of GLUCOPHAGE XR)	1	QL	SYNJARDY TAB 12.5-500 QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
MOUNJARO SOPN 2.5mg/0.5ml, 5mg/0.5ml, 7.5mg/0.5ml, 10mg/0.5ml, 12.5mg/0.5ml, 15mg/0.5ml QL (4 pens / 28 days)	1	QL PA	SYNJARDY TAB 12.5-1000MG QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
<i>nateglinide</i> TABS 60mg, 120mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL	SYNJARDY XR TAB 5-1000MG QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) SOPN 2mg/1.5ml QL (1 pen / 28 days)	1	QL PA	SYNJARDY XR TAB 10-1000 QL (60 tabs / 30 days)	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 **V/I** - Vacunas / Insulinas

50

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	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
SYNJARDY XR TAB 12.5-1000 QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
SYNJARDY XR TAB 25-1000 QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
TRADJENTA TABS 5mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 5-2.5-1000MG QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 10-5-1000MG QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 12.5-2.5-1000MG QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 25-5-1000MG QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
TRULICITY SOPN .75mg/0.5ml, 1.5mg/0.5ml, 3mg/0.5ml, 4.5mg/0.5ml QL (4 pens / 28 days)	1	QL PA
XIGDUO XR TAB 2.5-1000 QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
XIGDUO XR TAB 5-500MG QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
XIGDUO XR TAB 5-1000MG QL (60 tabs / 30 days)	1	QL
XIGDUO XR TAB 10-500MG QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
XIGDUO XR TAB 10-1000 QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<b>ANTIDIABETICS, INSULINS</b>		
ADMELOG SOLN 100unit/ml	1	V/I
ADMELOG SOLOSTAR SOPN 100unit/ml	1	V/I
BASAGLAR KWIKPEN SOPN 100unit/ml	1	V/I
BD ALCOHOL SWABS	1	
FIASP SOLN 100unit/ml	1	V/I
FIASP FLEXTOUCH SOPN 100unit/ml	1	V/I

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
FIASP PENFILL SOCT 100unit/ml	1	V/I
FIASP PUMPCART SOCT 100unit/ml	1	B/D
GAUZE PADS 2" X 2"	1	
HUMULIN R U-500 (CONCENTR SOLN 500unit/ml)	1	V/I B/D
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SOPN 500unit/ml	1	V/I
INSULIN PEN NEEDLES: BD/NOVO	1	
INSULIN SAFETY NEEDLES	1	
INSULIN SYRINGES: BD	1	
LANTUS SOLN 100unit/ml	1	V/I
LANTUS SOLOSTAR SOPN 100unit/ml	1	V/I
NOVOLIN INJ 70/30 (brand RELION not covered)	1	V/I
NOVOLIN INJ 70/30 FP (brand RELION not covered)	1	V/I
NOVOLIN N SUSP 100unit/ml (brand RELION not covered)	1	V/I
NOVOLIN N FLEXPEN SUPN 100unit/ml (brand RELION not covered)	1	V/I
NOVOLIN R SOLN 100unit/ml (brand RELION not covered)	1	V/I
NOVOLIN R FLEXPEN SOPN 100unit/ml (brand RELION not covered)	1	V/I
NOVOLOG SOLN 100unit/ml (brand RELION not covered)	1	V/I

**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 **V/I** - Vacunas / Insulinas

51

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO	SOPN	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
		L	V/I
OMNIPOD GO KIT 35UNT/DY QL (15 pods / 30 days)		1	QL PA
OMNIPOD GO KIT 40UNT/DY QL (15 pods / 30 days)		1	QL PA
OMNIPOD MIS CLASSIC QL (15 pods / 30 days)		1	QL PA
SOLIQUA INJ 100/33 QL (5 pens / 25 days)		1	V/I QL
TOUJEO MAX SOLOSTAR SOPN 300unit/ml		1	V/I
TOUJEO SOLOSTAR 300unit/ml	SOPN	1	V/I
TRESIBA SOLN 100unit/ml		1	V/I
TRESIBA FLEXTOUCH SOPN 100unit/ml, 200unit/ml		1	V/I
V-GO 20 KIT QL (30 devices / 30 days)		1	QL PA
V-GO 30 KIT QL (30 devices / 30 days)		1	QL PA
V-GO 40 KIT QL (30 devices / 30 days)		1	QL PA
XULTOPHY INJ 100/3.6 QL (5 pens / 30 days)		1	V/I QL
<b>CALCIUM REGULATORS</b>			
<i>alendronate sodium</i> SOLN 70mg/75ml; TABS 10mg, 35mg		1	
<i>alendronate sodium</i> (generic of FOSAMAX) TABS 70mg		1	
<i>calcitonin (salmon) spray</i> SOLN 200unit/act		1	B/D
<i>ibandronate sodium</i> TABS 150mg		1	B/D
NATPARA CART 25mcg, 50mcg, 75mcg, 100mcg		1	LA PA
PAMIDRONATE DISODIUM SOLN 6mg/ml		1	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 **V/I** - Vacunas / Insulinas

52

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	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>pamidronate disodium</i> SOLN 30mg/10ml, 90mg/10ml	1	B/D
PROLIA SOSY 60mg/ml QL (1 syringe / 180 days)	1	QL NM
<i>risedronate sodium</i> TABS 5mg	1	
<i>risedronate sodium</i> (generic of ACTONEL) TABS 35mg, 150mg	1	
<i>risedronate sodium</i> (generic of ATELVIA) TBEC 35mg	1	
TERIPARATIDE SOPN 620mcg/2.48ml	1	NM PA
XGEVA SOLN 120mg/1.7ml	1	NM PA
<i>zoledronic acid</i> CONC 4mg/5ml; SOLN 4mg/100ml	1	B/D NM
<i>zoledronic acid</i> (generic of RECLAST) SOLN 5mg/100ml	1	B/D NM
<b>CHELATING AGENTS</b>		
CHEMET CAPS 100mg	1	
<i>deferasirox</i> (generic of JADENU SPRINKLE) PACK 90mg, 180mg, 360mg	1	NM PA
<i>deferasirox</i> (generic of JADENU) TABS 90mg, 180mg, 360mg	1	NM PA
LOKELMA PACK 5gm, 10gm	1	
<i>penicillamine</i> (generic of DEPEN TITRATABS) TABS 250mg	1	NM
<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i>	1	
sps SUSP 15gm/60ml	1	
<i>trientine hcl</i> (generic of SYPRINE) CAPS 250mg	1	NM PA
VELTASSA PACK 8.4gm, 16.8gm, 25.2gm	1	
<b>CONTRACEPTIVES - DRUGS FOR BIRTH CONTROL</b>		
<i>afirmelle</i>	1	
<i>altavera</i>	1	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>alyacen 1/35</i>	1	
<i>alyacen 7/7/7</i>	1	
<i>amethia</i>	1	
<i>apri</i>	1	
<i>aranelle</i>	1	
<i>ashlyna</i>	1	
<i>aubra eq</i>	1	
<i>aurovela 1/20</i>	1	
<i>aurovela 24 fe</i>	1	
<i>aurovela fe 1.5/30</i>	1	
<i>aurovela fe 1/20</i>	1	
<i>aviane</i>	1	
<i>ayuna</i>	1	
<i>azurette</i>	1	
<i>balziva</i>	1	
<i>blisovi 24 fe</i>	1	
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	1	
<i>briellyn</i>	1	
<i>camila</i> TABS .35mg	1	
<i>camrese</i>	1	
<i>camrese lo</i>	1	
<i>chateal eq</i>	1	
<i>cryselle-28</i>	1	
<i>cyred eq</i>	1	
<i>dasetta 1/35</i>	1	
<i>dasetta 7/7/7</i>	1	
<i>daysee</i>	1	
<i>deblitane</i> TABS .35mg	1	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUSY 104mg/0.65ml	1	
<i>desogest-eth estrad &amp; eth estrad tab 0.15-0.02/0.01 mg(21/5)</i>	1	
<i>desogestrel &amp; ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg</i>	1	
<i>drospirenone-ethinyl estrad-levomefolate tab 3-0.03-0.451 mg (generic of SAFYRAL)</i>	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 V/I - 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	NIVE L REQUISITOS / LIMITES
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.02 mg</i> (generic of YAZ)	1
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.03 mg</i> (generic of YASMIN 28)	1
<i>elinest</i>	1
<i>eluryng</i> (generic of NUVARING)	1
<i>enilloring</i> (generic of NUVARING)	1
<i>enpresse-28</i>	1
<i>enskyce</i>	1
<i>errin TABS .35mg</i>	1
<i>estarylla</i>	1
<i>ethynodiol diacetate &amp; ethinyl estradiol tab 1 mg-35 mcg</i>	1
<i>ethynodiol diacetate &amp; ethinyl estradiol tab 1 mg-50 mcg</i>	1
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol va ring 0.12-0.015 mg/24hr</i> (generic of NUVARING)	1
<i>falmina</i>	1
<i>finzala</i>	1
<i>hailey 1.5/30</i>	1
<i>hailey 24 fe</i>	1
<i>haloette</i> (generic of NUVARING)	1
<i>heather TABS .35mg</i>	1
<i>iclevia</i>	1
<i>incassia TABS .35mg</i>	1
<i>introvale</i>	1
<i>isibloom</i>	1
<i>jasmiel</i> (generic of YAZ)	1
<i>jolessa</i>	1
<i>juleber</i>	1
<i>junel 1.5/30</i>	1
<i>junel 1/20</i>	1
<i>junel fe 1.5/30</i>	1
<i>junel fe 1/20</i>	1
<i>junel fe 24</i>	1

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L REQUISITOS / LIMITES
<i>kaitlib fe</i>	1
<i>kariva</i>	1
<i>kelnor 1/35</i>	1
<i>kelnor 1/50</i>	1
<i>kurvelo</i>	1
<i>larin 1.5/30</i>	1
<i>larin 1/20</i>	1
<i>larin 24 fe</i>	1
<i>larin fe 1.5/30</i>	1
<i>larin fe 1/20</i>	1
<i>layolis fe</i>	1
<i>leena</i>	1
<i>lessina</i>	1
<i>levonest</i>	1
<i>levonor-eth est tab 0.15-0.02/0.025/0.03 mg &amp; eth est 0.01 mg</i>	1
<i>levonorg-eth est tab 0.1-0.02mg(84) &amp; eth est tab 0.01mg(7)</i>	1
<i>levonorg-eth est tab 0.15-0.03mg(84) &amp; eth est tab 0.01mg(7)</i>	1
<i>levonorgestrel &amp; ethinyl estradiol (91-day) tab 0.15-0.03 mg</i>	1
<i>levonorgestrel &amp; ethinyl estradiol tab 0.1 mg-20 mcg</i>	1
<i>levonorgestrel &amp; ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg</i>	1
<i>levonorgestrel-eth estra tab 0.05-30/0.075-40/0.125-30mg-mcg</i>	1
<i>levora 0.15/30-28</i>	1
<i>loestrin 1.5/30-21</i>	1
<i>loestrin 1/20-21</i>	1
<i>loestrin fe 1.5/30</i>	1
<i>loestrin fe 1/20</i>	1
<i>loryna</i> (generic of YAZ)	1
<i>low-ogestrel</i>	1
<i>lutera</i>	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 **V/I** - 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	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>lyleq</i> TABS .35mg	1	
<i>lyza</i> TABS .35mg	1	
<i>marlissa</i>	1	
<i>medroxyprogesterone acetate</i> (contraceptive) (generic of DEPO-PROVERA CONTRACEPTIV) SUSP 150mg/ml; SUSY 150mg/ml	1	
<i>mibelas 24 fe</i>	1	
<i>microgestin 1.5/30</i>	1	
<i>microgestin 1/20</i>	1	
<i>microgestin 24 fe</i>	1	
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	1	
<i>microgestin fe 1/20</i>	1	
<i>mili</i>	1	
<i>mono-lynyah</i>	1	
<i>necon 0.5/35-28</i>	1	
<i>nikki</i> (generic of YAZ)	1	
<i>nora-be</i> TABS .35mg	1	
<i>norelgestromin-ethinyl estradiol td ptwk 150-35 mcg/24hr</i>	1	
<i>norethindrone &amp; ethinyl estradiol-fe chew tab 0.4 mg-35 mcg</i>	1	
<i>norethindrone &amp; ethinyl estradiol-fe chew tab 0.8 mg-25 mcg</i>	1	
<i>norethindrone</i> (contraceptive) TABS .35mg	1	
<i>norethindrone ac-ethinyl estrad-fe tab 1-20/1-30/1-35 mg-mcg</i>	1	
<i>norethindrone ace &amp; ethinyl estradiol tab 1 mg-20 mcg</i>	1	
<i>norethindrone ace &amp; ethinyl estradiol tab 1.5 mg-30 mcg</i>	1	
<i>norethindrone ace &amp; ethinyl estradiol-fe tab 1 mg-20 mcg</i>	1	
<i>norethindrone ace-eth estradiol-fe chew tab 1 mg-20 mcg</i> (24)	1	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>norgestimate &amp; ethinyl estradiol tab 0.25 mg-35 mcg</i>	1	
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-25/0.215-25/0.25-25 mg-mcg</i> (generic of ORTHO TRI-CYCLEN LO)	1	
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-35/0.215-35/0.25-35 mg-mcg</i>	1	
<i>norlyroc</i> TABS .35mg	1	
<i>nortrel 0.5/35</i> (28)	1	
<i>nortrel 1/35</i> (21)	1	
<i>nortrel 1/35</i> (28)	1	
<i>nortrel 7/7/7</i>	1	
<i>nylia 1/35</i>	1	
<i>nylia 7/7/7</i>	1	
<i>nymyo</i>	1	
<i>ocella</i> (generic of YASMIN 28)	1	
<i>philith</i>	1	
<i>pimtrea</i>	1	
<i>portia-28</i>	1	
<i>reclipsen</i>	1	
<i>rivelsa</i>	1	
<i>setlakin</i>	1	
<i>sharobel</i> TABS .35mg	1	
<i>simliya</i>	1	
<i>simpesse</i>	1	
<i>sprintec 28</i>	1	
<i>sronyx</i>	1	
<i>syeda</i> (generic of YASMIN 28)	1	
<i>tarina 24 fe</i>	1	
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	1	
<i>tilia fe</i>	1	
<i>tri-estarylla</i>	1	
<i>tri-legest fe</i>	1	
<i>tri-lynyah</i>	1	
<i>tri-lo-estarylla</i> (generic of ORTHO TRI-CYCLEN LO)	1	
<i>tri-lo-marzia</i> (generic of ORTHO TRI-CYCLEN LO)	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 **V/I** - 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	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>tri-lo-mili</i> (generic of ORTHO TRI-CYCLEN LO)	1	
<i>tri-lo-sprintec</i> (generic of ORTHO TRI-CYCLEN LO)	1	
<i>tri-mili</i>	1	
<i>tri-nymyo</i>	1	
<i>tri-sprintec</i>	1	
<i>tri-vylibra</i>	1	
<i>tri-vylibra lo</i> (generic of ORTHO TRI-CYCLEN LO)	1	
<i>trivora-28</i>	1	
<i>turqoz</i>	1	
<i>tydemy</i> (generic of SAFYRAL)	1	
<i>velivet</i>	1	
<i>vestura</i> (generic of YAZ)	1	
<i>vienva</i>	1	
<i>viorele</i>	1	
<i>vyfemla</i>	1	
<i>vylibra</i>	1	
<i>wera</i>	1	
<i>wymzya fe</i>	1	
<i>xulane</i>	1	
<i>zafemy</i>	1	
<i>zovia 1/35</i>	1	
<i>zumandimine</i> (generic of YASMIN 28)	1	
<b>ENDOMETRIOSIS</b>		
<i>danazol</i> CAPS 50mg, 100mg, 200mg		
SYNAREL SOLN 2mg/ml	1	PA
<b>ESTROGENS - DRUGS TO REGULATE FEMALE HORMONES</b>		
<i>amabelz tab 0.5-0.1mg</i>	1	
<i>dotti</i> (generic of VIVELLE-DOT) PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr	1	
<i>estradiol</i> (generic of VIVELLE-DOT) PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr	1	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>estradiol</i> (generic of CLIMARA) PTWK .025mg/24hr, .05mg/24hr, .06mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr, 37.5mcg/24hr	1	
<i>estradiol</i> (generic of ESTRACE) TABS .5mg, 1mg, 2mg	1	
<i>estradiol &amp; norethindrone acetate tab 0.5-0.1 mg</i>	1	
<i>estradiol &amp; norethindrone acetate tab 1-0.5 mg</i> (generic of ACTIVEVELLA)	1	
<i>estradiol vaginal</i> (generic of ESTRACE) CREA .1mg/gm	1	
<i>estradiol vaginal</i> (generic of VAGIFEM) TABS 10mcg	1	
<i>estradiol valerate</i> (generic of DELESTROGEN) OIL 10mg/ml, 20mg/ml, 40mg/ml	1	
<i>fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg</i>	1	
<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i>	1	
<i>jinteli</i>	1	
<i>lyllana</i> (generic of MINIVELLE) PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr	1	
<i>mimvey</i> (generic of ACTIVEVELLA)	1	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 0.5 mg-2.5 mcg</i>	1	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 1 mg-5 mcg</i>	1	
<i>yuvafem</i> (generic of VAGIFEM) TABS 10mcg	1	
<b>GLUCOCORTICOIDS - DRUGS TO TREAT INFLAMMATORY RESPONSE</b>		
<i>dexamethasone</i> ELIX .5mg/5ml; SOLN .5mg/5ml; TABS .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg, 2mg, 4mg, 6mg	1	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 V/I - 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	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
DEXAMETHASONE INTENSOL CONC 1mg/ml	1	B/D
<i>dexamethasone sodium phosphate</i> SOLN 4mg/ml, 10mg/ml, 20mg/5ml, 100mg/10ml, 120mg/30ml	1	
<i>fludrocortisone acetate</i> TABS .1mg	1	
<i>hydrocortisone</i> (generic of CORTEF) TABS 5mg, 10mg, 20mg	1	
<i>methylprednisolone</i> (generic of MEDROL) TABS 4mg, 8mg, 16mg	1	B/D
<i>methylprednisolone</i> TABS 32mg	1	B/D
<i>methylprednisolone</i> (generic of MEDROL DOSEPAK) TBPk 4mg	1	
<i>methylprednisolone acetate</i> (generic of DEPO-MEDROL) SUSP 40mg/ml, 80mg/ml	1	B/D
<i>methylprednisolone sod succ</i> SOLR 40mg, 125mg	1	B/D
<i>methylprednisolone sod succ</i> (generic of SOLU-MEDROL) SOLR 1000mg	1	B/D
<i>prednisolone</i> SOLN 15mg/5ml	1	B/D
<i>prednisolone sodium phosphate</i> (generic of PEDIAPRED) SOLN 5mg/5ml	1	B/D
<i>prednisolone sodium phosphate</i> SOLN 15mg/5ml, 25mg/5ml	1	B/D
<i>prednisone</i> SOLN 5mg/5ml; TABS 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 50mg	1	B/D
<i>prednisone</i> TBPk 5mg, 10mg	1	
PREDNISONE INTENSOL CONC 5mg/ml	1	B/D

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
SOLU-CORTEF SOLR 100mg, 250mg, 500mg, 1000mg	1	
<b>GLUCOSE ELEVATING AGENTS - DRUGS TO TREAT LOW BLOOD SUGAR</b>		
<i>diazoxide</i> (generic of PROGLYCEM) SUSP 50mg/ml	1	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SOAJ .5mg/0.1ml, 1mg/0.2ml	1	
GVOKE KIT SOLN 1mg/0.2ml	1	
GVOKE PFS SOSY 1mg/0.2ml	1	
<b>MISCELLANEOUS</b>		
ALDURAZYME SOLN 2.9mg/5ml	1	NM LA PA
<i>betaine powder for oral solution</i> (generic of CYSTADANE)	1	NM LA
<i>cabergoline</i> TABS .5mg	1	
<i>carglumic acid</i> (generic of CARBAGLU) TBSO 200mg	1	NM LA PA
CERDELGA CAPS 84mg	1	NM LA PA
CEREZYME SOLR 400unit	1	NM LA PA
<i>cinacalcet hcl</i> (generic of SENSIPAR) TABS 30mg, 60mg QL (60 tabs / 30 days)	1	B/D QL NM
<i>cinacalcet hcl</i> (generic of SENSIPAR) TABS 90mg QL (120 tabs / 30 days)	1	B/D QL NM
CYSTAGON CAPS 50mg, 150mg	1	NM LA PA
<i>desmopressin acetate</i> (generic of DDAVP) SOLN 4mcg/ml; TABS .1mg, .2mg	1	
<i>desmopressin acetate spray</i> SOLN .01%	1	
<i>desmopressin acetate spray refrigerated</i> SOLN .01%	1	
FABRAZYME SOLR 5mg, 35mg	1	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 **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	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
GENOTROPIN CART 5mg, 12mg	1	NM PA
GENOTROPIN MINIQUICK PRSY .2mg, .4mg, .6mg, .8mg, 1mg, 1.2mg, 1.4mg, 1.6mg, 1.8mg, 2mg	1	NM PA
INCRELEX SOLN 40mg/4ml	1	NM LA PA
<i>javygtor</i> (generic of KUVAN) PACK 100mg, 500mg; TABS 100mg	1	NM LA PA
KORLYM TABS 300mg	1	NM LA PA
<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i> (generic of CARNITOR) SOLN 1gm/10ml; TABS 330mg	1	B/D
LUMIZYME SOLR 50mg	1	NM LA PA
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH KIT 7.5mg, 11.25mg, 15mg	1	NM PA
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH KIT 11.25mg, 30mg	1	NM PA
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH KIT 45mg	1	NM PA
<i>mifepristone (hyperglycemia)</i> (generic of KORLYM) TABS 300mg	1	NM PA
<i>miglustat</i> (generic of ZAVESCA) CAPS 100mg QL (90 caps / 30 days)	1	QL NM PA
NAGLAZYME SOLN 1mg/ml	1	NM LA PA
<i>nitisinone</i> (generic of ORFADIN) CAPS 2mg, 5mg, 10mg, 20mg	1	NM PA
<i>octreotide acetate</i> (generic of SANDOSTATIN) SOLN 50mcg/ml, 100mcg/ml, 500mcg/ml	1	NM PA
<i>octreotide acetate</i> SOLN 200mcg/ml, 1000mcg/ml; SOSY 50mcg/ml, 100mcg/ml, 500mcg/ml	1	NM PA
<i>raloxifene hcl</i> (generic of EVISTA) TABS 60mg	1	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>sapropterin dihydrochloride</i> (generic of KUVAN) PACK 100mg, 500mg; TABS 100mg	1	NM PA
SIGNIFOR SOLN .3mg/ml, .6mg/ml, .9mg/ml	1	NM LA PA
<i>sodium phenylbutyrate</i> (generic of BUPHENYL) POWD 3gm/tsp; TABS 500mg	1	NM PA
SOMATULINE DEPOT SOLN 60mg/0.2ml, 90mg/0.3ml, 120mg/0.5ml	1	NM LA PA
SOMAVERT SOLR 10mg, 15mg, 20mg, 25mg, 30mg	1	NM LA PA
<i>yargesa</i> (generic of ZAVESCA) CAPS 100mg QL (90 caps / 30 days)	1	QL NM PA
<b>PHOSPHATE BINDER AGENTS - DRUGS TO REGULATE CALCIUM AND PHOSPHORUS LEVELS</b>		
<i>calcium acetate (phosphate binder)</i> CAPS 667mg QL (360 caps / 30 days)	1	QL
<i>calcium acetate (phosphate binder)</i> TABS 667mg QL (360 tabs / 30 days)	1	QL
<i>lanthanum carbonate</i> (generic of FOSRENOL) CHEW 500mg, 1000mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL
<i>lanthanum carbonate</i> (generic of FOSRENOL) CHEW 750mg QL (180 tabs / 30 days)	1	QL
<i>sevelamer carbonate</i> (generic of RENVELA) PACK 2.4gm QL (180 packets / 30 days)	1	QL
<i>sevelamer carbonate</i> (generic of RENVELA) PACK .8gm QL (540 packets / 30 days)	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 **V/I** - 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	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>sevelamer carbonate</i> (generic of RENVELA) TABS 800mg QL (540 tabs / 30 days)	1	QL
VELPHORO CHEW 500mg QL (180 tabs / 30 days)	1	QL
<b>PROGESTINS - DRUGS TO REGULATE FEMALE HORMONES</b>		
<i>medroxyprogesterone acetate</i> (generic of PROVERA) TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	1	
<i>megestrol acetate</i> SUSP 40mg/ml	1	
<i>megestrol acetate (appetite)</i> SUSP 625mg/5ml	1	PA
<i>norethindrone acetate</i> TABS 5mg	1	
<i>progesterone</i> (generic of PROMETRIUM) CAPS 100mg, 200mg	1	
<b>THYROID AGENTS - DRUGS TO REGULATE THYROID LEVELS</b>		
<i>euthyrox</i> (generic of SYNTHROID) TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg	1	
<i>levo-t</i> (generic of SYNTHROID) TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	1	
<i>levothyroxine sodium</i> (generic of SYNTHROID) TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	1	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>levoxyol</i> (generic of SYNTHROID) TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg	1	
<i>liothyronine sodium</i> (generic of CYTOMEL) TABS 5mcg, 25mcg, 50mcg	1	
<i>methimazole</i> TABS 5mg, 10mg	1	
<i>propylthiouracil</i> TABS 50mg	1	
SYNTHROID TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	1	
<i>unithroid</i> (generic of SYNTHROID) TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	1	
<b>VITAMIN D ANALOGS</b>		
<i>calcitriol</i> (generic of ROCALTROL) CAPS .25mcg, .5mcg	1	B/D
<i>calcitriol (oral)</i> (generic of ROCALTROL) SOLN 1mcg/ml	1	B/D
<i>paricalcitol</i> (generic of ZEMPLAR) CAPS 1mcg, 2mcg	1	B/D
<i>paricalcitol</i> CAPS 4mcg	1	B/D
RAYALDEE CPCR 30mcg	1	
<b>GASTROINTESTINAL - DRUGS TO TREAT STOMACH AND INTESTINAL DISORDERS ANTIEMETICS - DRUGS FOR NAUSEA AND VOMITING</b>		
<i>aprepitant</i> CAPS 40mg, 125mg	1	B/D
<i>aprepitant</i> (generic of EMEND) CAPS 80mg	1	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 V/I - Vacunas / Insulinas 59

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	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>aprepitant capsule therapy pack 80 &amp; 125 mg</i>	1	B/D
<i>compro SUPP 25mg</i>	1	
<i>dronabinol (generic of MARINOL) CAPS 2.5mg QL (60 caps / 30 days)</i>	1	B/D QL
<i>dronabinol CAPS 5mg, 10mg QL (60 caps / 30 days)</i>	1	B/D QL
<i>granisetron hcl SOLN 1mg/ml, 4mg/4ml</i>	1	
<i>granisetron hcl TABS 1mg</i>	1	B/D
<i>meclizine hcl TABS 12.5mg, 25mg</i>	1	
<i>metoclopramide hcl SOLN 5mg/5ml, 5mg/ml</i>	1	
<i>metoclopramide hcl (generic of REGLAN) TABS 5mg, 10mg</i>	1	
<i>ondansetron TDBP 4mg, 8mg</i>	1	B/D
<i>ondansetron hcl SOLN 4mg/2ml, 40mg/20ml; SOSY 4mg/2ml</i>	1	
<i>ondansetron hcl SOLN 4mg/5ml; TABS 4mg, 8mg</i>	1	B/D
<i>prochlorperazine SUPP 25mg</i>	1	
<i>prochlorperazine edisylate SOLN 10mg/2ml</i>	1	
<i>prochlorperazine maleate TABS 5mg, 10mg</i>	1	
<i>promethazine hcl SOLN 6.25mg/5ml; TABS 12.5mg, 25mg, 50mg PA if 70 years and older</i>	1	PA
<i>promethazine hcl (generic of PHENERGAN) SOLN 25mg/ml, 50mg/ml PA if 70 years and older</i>	1	PA
<i>scopolamine (generic of TRANSDERM-SCOP) PT72 1mg/3days QL (10 patches / 30 days) PA if 70 years and older</i>	1	QL PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<b>ANTISPASMODICS - DRUGS FOR STOMACH SPASMS</b>		
<i>dicyclomine hcl CAPS 10mg; SOLN 10mg/5ml; TABS 20mg</i>	1	
<i>glycopyrrolate (generic of ROBINUL) TABS 1mg QL (90 tabs / 30 days)</i>	1	QL
<i>glycopyrrolate (generic of ROBINUL FORTE) TABS 2mg QL (120 tabs / 30 days)</i>	1	QL
<b>H2-RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID</b>		
<i>famotidine SOLN 20mg/2ml, 40mg/4ml, 200mg/20ml</i>	1	
<i>famotidine SUSR 40mg/5ml QL (300 mL / 30 days)</i>	1	QL
<i>famotidine (generic of PEPCID) TABS 20mg QL (120 tabs / 30 days)</i>	1	QL
<i>famotidine (generic of PEPCID) TABS 40mg QL (60 tabs / 30 days)</i>	1	QL
<i>famotidine in nacl 0.9% iv soln 20 mg/50ml</i>	1	
<i>nizatidine CAPS 150mg, 300mg</i>	1	
<b>INFLAMMATORY BOWEL DISEASE</b>		
<i>balsalazide disodium (generic of COLAZAL) CAPS 750mg</i>	1	
<i>budesonide CPEP 3mg QL (90 caps / 30 days)</i>	1	QL PA
<i>budesonide (generic of UCERIS) TB24 9mg QL (30 tabs / 30 days)</i>	1	QL PA
<i>hydrocortisone (intrarectal) (generic of CORTENEMA) ENEM 100mg/60ml</i>	1	
<i>mesalamine (generic of APRISO) CP24 .375gm QL (120 caps / 30 days)</i>	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 **V/I** - 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	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>mesalamine</i> (generic of DELZICOL) CPDR 400mg QL (180 caps / 30 days)	1	QL
<i>mesalamine</i> ENEM 4gm	1	
<i>mesalamine</i> (generic of CANASA) SUPP 1000mg	1	
<i>mesalamine</i> (generic of LIALDA) TBEC 1.2gm QL (120 tabs / 30 days)	1	QL
<i>mesalamine w/ cleanser</i> (generic of ROWASA) KIT 4gm	1	
<i>sulfasalazine</i> (generic of AZULFIDINE) TABS 500mg	1	
<i>sulfasalazine</i> (generic of AZULFIDINE EN-TABS) TBEC 500mg	1	
<b>LAXATIVES</b>		
<i>constulose</i> SOLN 10gm/15ml	1	
<i>enulose</i> SOLN 10gm/15ml	1	
<i>gavilyte-c</i>	1	
<i>gavilyte-g</i> (generic of GOLYTELY)	1	
<i>generlac</i> SOLN 10gm/15ml	1	
<i>lactulose</i> SOLN 10gm/15ml	1	
<i>lactulose (encephalopathy)</i> SOLN 10gm/15ml	1	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl-na sulfate for soln 236 gm</i> (generic of GOLYTELY)	1	
<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln 420 gm</i>	1	
PLENVU SOL	1	
<i>sod sulfate-pot sulf-mg sulf oral sol 17.5-3.13-1.6 gm/177ml</i> (generic of SUPREP BOWEL PREP KIT)	1	
<b>MISCELLANEOUS</b>		
<i>alose tron hcl</i> (generic of LOTRONEX) TABS .5mg, 1mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>cromolyn sodium (mastocytosis)</i> (generic of GASTROCROM) CONC 100mg/5ml	1	
<i>diphenoxylate w/ atropine liq 2.5-0.025 mg/5ml</i>	1	
<i>diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-0.025 mg</i> (generic of LOMOTIL)	1	
GATTEX KIT 5mg	1	NM LA PA
LINZESS CAPS 72mcg, 145mcg, 290mcg QL (30 caps / 30 days)	1	QL
<i>loperamide hcl</i> CAPS 2mg	1	
<i>misoprostol</i> (generic of CYTOTEC) TABS 100mcg, 200mcg	1	
MOVANTIK TABS 12.5mg, 25mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
RELISTOR SOLN 8mg/0.4ml, 12mg/0.6ml QL (28 syringes / 28 days)	1	QL PA
<i>sucralfate</i> (generic of CARAFATE) TABS 1gm	1	
<i>ursodiol</i> CAPS 300mg	1	
<i>ursodiol</i> (generic of URSO 250) TABS 250mg	1	
<i>ursodiol</i> (generic of URSO FORTE) TABS 500mg	1	
XERMELO TABS 250mg QL (84 tabs / 28 days)	1	QL NM LA PA
XIFAXAN TABS 550mg	1	PA
<b>PANCREATIC ENZYMES</b>		
CREON CAP 3000UNIT	1	
CREON CAP 6000UNIT	1	
CREON CAP 12000UNT	1	
CREON CAP 24000UNT	1	
CREON CAP 36000UNT	1	
ZENPEP CAP 3000UNIT	1	
ZENPEP CAP 5000UNIT	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 **V/I** - 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	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
ZENPEP CAP 10000UNT	1	
ZENPEP CAP 15000UNT	1	
ZENPEP CAP 20000UNT	1	
ZENPEP CAP 25000UNT	1	
ZENPEP CAP 40000UNT	1	
ZENPEP CAP 60000UNT	1	
<b>PROTON PUMP INHIBITORS - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID</b>		
<i>esomeprazole magnesium</i> (generic of NEXIUM) CPDR 20mg, 40mg QL (30 caps / 30 days)	1	QL ST
<i>lansoprazole</i> CPDR 15mg QL (60 caps / 30 days)	1	QL
<i>lansoprazole</i> (generic of PREVACID) CPDR 30mg QL (60 caps / 30 days)	1	QL
<i>omeprazole</i> CPDR 10mg, 20mg, 40mg	1	
<i>pantoprazole sodium</i> (generic of PROTONIX) SOLR 40mg; TBEC 20mg, 40mg	1	
<i>rabeprazole sodium</i> (generic of ACIPHEX) TBEC 20mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<b>GENITOURINARY - DRUGS TO TREAT GENITAL AND URINARY TRACT CONDITIONS</b>		
<b>BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA - DRUGS TO TREAT ENLARGED PROSTATE</b>		
<i>alfuzosin hcl</i> (generic of UROXATRAL) TB24 10mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>dutasteride</i> (generic of AVODART) CAPS .5mg QL (30 caps / 30 days)	1	QL
<i>dutasteride-tamsulosin hcl cap</i> 0.5-0.4 mg (generic of JALYN) QL (30 caps / 30 days)	1	QL

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>finasteride</i> (generic of PROSCAR) TABS 5mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>tamsulosin hcl</i> (generic of FLOMAX) CAPS .4mg QL (60 caps / 30 days)	1	QL
<b>MISCELLANEOUS</b>		
<i>acetic acid</i> SOLN .25%	1	
<i>bethanechol chloride</i> TABS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	1	
<i>potassium citrate (alkalinizer)</i> (generic of UROCIT-K 15) TBCR 15meq	1	
<i>potassium citrate (alkalinizer)</i> (generic of UROCIT-K 5) TBCR 540mg	1	
<i>potassium citrate (alkalinizer)</i> (generic of UROCIT-K 10) TBCR 1080mg	1	
<b>URINARY ANTISPASMODICS - DRUGS TO TREAT URINARY INCONTINENCE</b>		
<i>fesoterodine fumarate</i> (generic of TOVIAZ) TB24 4mg, 8mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
GEMTESA TABS 75mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
MYRBETRIQ SRER 8mg/ml QL (300 mL / 28 days)	1	QL
MYRBETRIQ TB24 25mg, 50mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>oxybutynin chloride</i> SOLN 5mg/5ml QL (600 mL / 30 days)	1	QL
<i>oxybutynin chloride</i> TABS 5mg QL (120 tabs / 30 days)	1	QL
<i>oxybutynin chloride</i> TB24 5mg QL (30 tabs / 30 days)	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 V/I - 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		NIVE REQUISITOS / LIMITES	
		L	LIMITES
<i>oxybutynin chloride</i> TB24 10mg, 15mg QL (60 tabs / 30 days)		1	QL
<i>solifenacin succinate</i> (generic of VESICARE) TABS 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 days)		1	QL
<i>tolterodine tartrate</i> (generic of DETROL LA) CP24 2mg, 4mg QL (30 caps / 30 days)		1	QL ST
<i>tolterodine tartrate</i> (generic of DETROL) TABS 1mg, 2mg QL (60 tabs / 30 days)		1	QL
<i>tropium chloride</i> TABS 20mg QL (60 tabs / 30 days)		1	QL
<b>VAGINAL ANTI-INFECTIVES</b>			
<i>clindamycin phosphate vaginal</i> (generic of CLEOCIN) CREA 2%		1	
<i>metronidazole vaginal</i> GEL .75%		1	
<i>terconazole vaginal</i> CREA .4%, .8%; SUPP 80mg		1	
<b>HEMATOLOGIC - DRUGS TO TREAT BLOOD DISORDERS</b>			
<b>ANTICOAGULANTS - BLOOD THINNERS</b>			
<i>dabigatran etexilate mesylate</i> CAPS 75mg QL (60 caps / 30 days)		1	QL
<i>dabigatran etexilate mesylate</i> (generic of PRADAXA) CAPS 110mg QL (120 caps / 30 days)		1	QL
<i>dabigatran etexilate mesylate</i> (generic of PRADAXA) CAPS 150mg QL (60 caps / 30 days)		1	QL
ELIQUIS TABS 2.5mg QL (60 tabs / 30 days)		1	QL
ELIQUIS TABS 5mg QL (74 tabs / 30 days)		1	QL

NOMBRE DE MEDICAMENTO		NIVE REQUISITOS / LIMITES	
		L	LIMITES
ELIQUIS STARTER PACK TBPK 5mg QL (74 tabs / 30 days)		1	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		1	
<i>fondaparinux sodium</i> (generic of ARIXTRA) SOLN 2.5mg/0.5ml, 5mg/0.4ml, 7.5mg/0.6ml, 10mg/0.8ml		1	
HEP SOD/D5W INJ 20000UNT		1	
HEP SOD/D5W INJ 25000UNT		1	
HEP SOD/NACL INJ 12500UNT		1	
HEP SOD/NACL INJ 25000UNT		1	
<i>heparin sodium (porcine)</i> SOLN 1000unit/ml, 5000unit/ml, 10000unit/ml, 20000unit/ml		1	B/D
HEPARIN/NACL INJ 25000UNT		1	
<i>jantoven</i> TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg		1	
PRADAXA CAPS 110mg QL (120 caps / 30 days)		1	QL
<i>warfarin sodium</i> TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg		1	
XARELTO SUSR 1mg/ml QL (620 mL / 30 days)		1	QL
XARELTO TABS 2.5mg QL (60 tabs / 30 days)		1	QL
XARELTO TABS 10mg, 15mg, 20mg QL (30 tabs / 30 days)		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 **V/I** - Vacunas / Insulinas

63

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	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
XARELTO STAR TAB 15/20MG QL (51 tabs / 30 days)	1	QL
<b>HEMATOPOIETIC GROWTH FACTORS</b>		
PROCRIT SOLN 2000unit/ml, 3000unit/ml, 4000unit/ml, 10000unit/ml, 20000unit/ml, 40000unit/ml	1	NM PA
ZARXIO SOSY 300mcg/0.5ml, 480mcg/0.8ml	1	NM PA
ZIEXTENZO SOSY 6mg/0.6ml QL (2 syringes / 28 days)	1	QL NM PA
<b>MISCELLANEOUS</b>		
<i>anagrelide hcl</i> CAPS 1mg	1	
<i>anagrelide hcl</i> (generic of AGRYLIN) CAPS .5mg	1	
BERINERT KIT 500unit QL (24 boxes / 30 days)	1	QL NM LA PA
<i>cilostazol</i> TABS 50mg, 100mg	1	
DOPTELET TABS 20mg	1	NM LA PA
DROXIA CAPS 200mg, 300mg, 400mg	1	
ENDARI PACK 5gm	1	NM LA PA
HAEGARDA SOLR 2000unit QL (30 vials / 30 days)	1	QL NM LA PA
HAEGARDA SOLR 3000unit QL (20 vials / 30 days)	1	QL NM LA PA
<i>icatibant acetate</i> (generic of FIRAZYR) SOSY 30mg/3ml QL (9 syringes / 30 days)	1	QL NM PA
<i>pentoxifylline</i> TBCR 400mg	1	
PROMACTA PACK 12.5mg QL (360 packets / 30 days)	1	QL NM LA PA
PROMACTA PACK 25mg QL (180 packets / 30 days)	1	QL NM LA PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
PROMACTA TABS 12.5mg, 25mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM LA PA
PROMACTA TABS 50mg, 75mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL NM LA PA
<i>sajazir</i> (generic of FIRAZYR) SOSY 30mg/3ml QL (9 syringes / 30 days)	1	QL NM LA PA
<i>tranexamic acid</i> (generic of CYKLOKAPRON) SOLN 1000mg/10ml	1	
<i>tranexamic acid</i> TABS 650mg	1	
<b>PLATELET AGGREGATION INHIBITORS</b>		
<i>aspirin-dipyridamole cap er</i> 12hr 25-200 mg	1	
BRILINTA TABS 60mg, 90mg	1	
<i>clopidogrel bisulfate</i> (generic of PLAVIX) TABS 75mg	1	
<i>dipyridamole</i> TABS 25mg, 50mg, 75mg PA if 70 years and older	1	PA
<i>prasugrel hcl</i> (generic of EFFIENT) TABS 5mg, 10mg	1	
<b>IMMUNOLOGIC AGENTS - DRUGS TO TREAT DISORDERS OF THE IMMUNE SYSTEM</b>		
<b>AUTOIMMUNE AGENTS</b>		
ADALIMUMAB-AACF (2 PEN) AJKT 40mg/0.8ml QL (56 pens / 365 days)	1	QL NM PA
DUPIXENT SOPN 200mg/1.14ml, 300mg/2ml; SOSY 100mg/0.67ml, 200mg/1.14ml, 300mg/2ml	1	NM PA
ENBREL SOLN 25mg/0.5ml QL (16 vials / 28 days)	1	QL NM PA
ENBREL SOSY 25mg/0.5ml QL (16 syringes / 28 days)	1	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 **V/I** - Vacunas / Insulinas

64

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.



<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVE L</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>	<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVE L</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
ENBREL SOSY 50mg/ml QL (8 syringes / 28 days)	1	QL NM PA	IDACIO (2 PEN) AJKT 40mg/0.8ml QL (56 pens / 365 days)	1	QL NM PA
ENBREL MINI SOCT 50mg/ml QL (8 cartridges / 28 days)	1	QL NM PA	IDACIO (2 SYRINGE) PSKT 40mg/0.8ml QL (56 syringes / 365 days)	1	QL NM PA
ENBREL SURECLICK SOAJ 50mg/ml QL (8 pens / 28 days)	1	QL NM PA	IDACIO CROHN INJ DISEASE AJKT 40mg/0.8ml QL (2 packs / year)	1	QL NM PA
HUMIRA PSKT 10mg/0.1ml, 20mg/0.2ml QL (2 syringes / 28 days)	1	QL NM PA	IDACIO PLAQU INJ PSORIASIS AJKT 40mg/0.8ml QL (2 packs / year)	1	QL NM PA
HUMIRA PSKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml QL (6 syringes / 28 days)	1	QL NM PA	INFLIXIMAB SOLR 100mg	1	NM LA PA
HUMIRA PEDIA INJ CROHNS QL (2 syringes / 28 days)	1	QL NM PA	KEVZARA SOAJ 150mg/1.14ml, 200mg/1.14ml QL (2 pens / 28 days)	1	QL NM PA
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS D PSKT 80mg/0.8ml QL (3 syringes / 28 days)	1	QL NM PA	KEVZARA SOSY 150mg/1.14ml, 200mg/1.14ml QL (2 syringes / 28 days)	1	QL NM PA
HUMIRA PEN PNKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml QL (6 pens / 28 days)	1	QL NM PA	OTEZLA TABS 30mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
HUMIRA PEN PNKT 80mg/0.8ml QL (4 pens / 28 days)	1	QL NM PA	OTEZLA TAB 10/20/30 QL (110 tabs / year)	1	QL NM PA
HUMIRA PEN KIT PS/UV QL (3 pens / 28 days)	1	QL NM PA	REMICADE SOLR 100mg	1	NM LA PA
HUMIRA PEN-CD/UC/HS START PNKT 80mg/0.8ml QL (3 pens / 28 days)	1	QL NM PA	RENFLEXIS SOLR 100mg	1	NM LA PA
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S PNKT 80mg/0.8ml QL (4 pens / 28 days)	1	QL NM PA	RINVOQ TB24 15mg, 30mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER PNKT 40mg/0.8ml QL (4 pens / 28 days)	1	QL NM PA	RINVOQ TB24 45mg QL (168 tabs / year)	1	QL NM PA
			SKYRIZI SOCT 180mg/1.2ml, 360mg/2.4ml QL (1 cartridge / 56 days)	1	QL NM PA
			SKYRIZI SOLN 600mg/10ml QL (6 vials / year)	1	QL NM PA
			SKYRIZI SOSY 150mg/ml QL (6 syringes / 365 days)	1	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 **V/I** - Vacunas / Insulinas

65

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	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
SKYRIZI PEN SOAJ 150mg/ml QL (6 pens / 365 days)	1	QL NM PA
STELARA SOLN 45mg/0.5ml QL (1 vial / 28 days)	1	QL NM LA PA
STELARA SOLN 130mg/26ml	1	NM LA PA
STELARA SOSY 45mg/0.5ml, 90mg/ml QL (1 syringe / 28 days)	1	QL NM PA
TALTZ SOAJ 80mg/ml; SOSY 80mg/ml QL (3 syringes / 28 days)	1	QL NM LA PA
XELJANZ SOLN 1mg/ml QL (480 mL / 24 days)	1	QL NM PA
XELJANZ TABS 5mg, 10mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
XELJANZ XR TB24 11mg, 22mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
<b>DISEASE-MODIFYING ANTI-RHEUMATIC DRUGS (DMARDS) - DRUGS TO TREAT RHEUMATOID ARTHRITIS</b>		
<i>hydroxychloroquine sulfate</i> (generic of PLAQUENIL) TABS 200mg	1	
<i>leflunomide</i> (generic of ARAVA) TABS 10mg, 20mg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
<i>methotrexate sodium</i> TABS 2.5mg	1	
XATMEP SOLN 2.5mg/ml	1	B/D
<b>IMMUNOGLOBULINS</b>		
BIVIGAM SOLN 5gm/50ml, 10%	1	NM LA PA
FLEBOGAMMA DIF SOLN 5gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/400ml	1	NM PA
GAMASTAN INJ	1	B/D NM LA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
GAMMAGARD LIQUID SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	1	NM PA
GAMMAGARD S/D IGA LESS TH SOLR 5gm, 10gm	1	NM PA
GAMMAKED SOLN 1gm/10ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml	1	NM PA
GAMMAPLEX SOLN 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 20gm/400ml	1	NM LA PA
GAMUNEX-C SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 40gm/400ml	1	NM PA
OCTAGAM SOLN 1gm/20ml, 2gm/20ml, 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	1	NM PA
PANZYGA SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	1	NM PA
PRIVIGEN SOLN 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 40gm/400ml	1	NM PA
<b>IMMUNOMODULATORS</b>		
ACTIMMUNE SOLN 2000000unit/0.5ml	1	NM LA PA
ARCALYST SOLR 220mg	1	NM LA PA
<b>IMMUNOSUPPRESSANTS</b>		
ASTAGRAF XL CP24 .5mg, 1mg, 5mg	1	B/D NM
<i>azathioprine</i> (generic of IMURAN) TABS 50mg	1	B/D
BENLYSTA SOAJ 200mg/ml; SOSY 200mg/ml QL (8 syringes / 28 days)	1	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 **V/I** - Vacunas / Insulinas

66

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	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
BENLYSTA SOLR 120mg, 400mg	1	NM LA PA
<i>cyclosporine</i> (generic of SANDIMMUNE) CAPS 25mg, 100mg; SOLN 50mg/ml	1	B/D NM
<i>cyclosporine modified (for microemulsion)</i> (generic of NEORAL) CAPS 25mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	1	B/D NM
<i>cyclosporine modified (for microemulsion)</i> CAPS 50mg	1	B/D NM
<i>everolimus</i> (immunosuppressant) (generic of ZORTRESS) TABS .25mg, .5mg, .75mg, 1mg	1	B/D NM
<i>gengraf</i> (generic of NEORAL) CAPS 25mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	1	B/D NM
<i>mycophenolate mofetil</i> (generic of CELLCEPT) CAPS 250mg; SUSR 200mg/ml; TABS 500mg	1	B/D NM
<i>mycophenolate sodium</i> (generic of MYFORTIC) TBEC 180mg, 360mg	1	B/D NM
NULOJIX SOLR 250mg	1	B/D NM
PROGRAF PACK .2mg, 1mg	1	B/D NM
REZUROCK TABS 200mg	1	NM LA PA
SANDIMMUNE SOLN 100mg/ml	1	B/D NM
<i>sirolimus</i> (generic of RAPAMUNE) SOLN 1mg/ml; TABS .5mg, 1mg, 2mg	1	B/D NM
<i>tacrolimus</i> (generic of PROGRAF) CAPS .5mg, 1mg, 5mg	1	B/D NM
<b>VACCINES</b>		
ABRYSVO SOLR 120mcg/0.5ml	1	V/I
ACTHIB INJ	1	V/I
ADACEL INJ	1	V/I

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
AREXVY SUSR 120mcg/0.5ml	1	V/I
BCG VACCINE SOLR 50mg	1	V/I
BEXSERO INJ	1	V/I
BOOSTRIX INJ	1	V/I
DAPTACEL INJ	1	
DENG VAXIA SUS	1	
DIP/TET PED INJ 25-5LFU	1	B/D
ENGERIX-B SUSP 20mcg/ml; SUSY 10mcg/0.5ml, 20mcg/ml	1	V/I B/D
GARDASIL 9 INJ	1	V/I
HAVRIX SUSP 720elu/0.5ml, 1440elu/ml	1	V/I
HEPLISAV-B SOSY 20mcg/0.5ml	1	V/I B/D
HIBERIX SOLR 10mcg	1	V/I
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.) SUSR 2.5unit/ml	1	V/I B/D
INFANRIX INJ	1	
IPOL INJ INACTIVE	1	V/I
IXCHIQ INJ	1	V/I
IXIARO INJ	1	V/I
JYNNEOS SUSP .5ml	1	V/I B/D
KINRIX INJ	1	V/I
M-M-R II INJ	1	V/I
MENACTRA INJ	1	V/I
MENQUADFI INJ	1	V/I
MENVEO INJ	1	V/I
MENVEO SOL	1	V/I
PEDIARIX INJ 0.5ML	1	V/I
PEDVAX HIB SUSP 7.5mcg/0.5ml	1	V/I
PENBRAYA INJ	1	V/I
PENTACEL INJ	1	V/I
PREHEVBRIO SUSP 10mcg/ml	1	V/I B/D
PRIORIX INJ	1	V/I
PROQUAD INJ	1	
QUADRACEL INJ	1	V/I
QUADRACEL INJ 0.5ML	1	V/I
RABAVERT INJ	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 **V/I** - Vacunas / Insulinas

67

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	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
RECOMBIVAX HB SUSP 5mcg/0.5ml, 10mcg/ml, 40mcg/ml; SUSY 5mcg/0.5ml, 10mcg/ml	1	V/I B/D
ROTARIX SUS	1	
ROTATEQ SOL	1	
SHINGRIX SUSR 50mcg/0.5ml QL (2 vials per lifetime)	1	V/I QL
TDVAX INJ 2-2 LF	1	V/I B/D
TENIVAC INJ 5-2LF	1	V/I B/D
TICOVAC SUSY 1.2mcg/0.25ml, 2.4mcg/0.5ml	1	V/I
TRUMENBA INJ	1	V/I
TWINRIX INJ	1	V/I
TYPHIM VI SOLN 25mcg/0.5ml; SOSY 25mcg/0.5ml	1	V/I
VAQTA SUSP 25unit/0.5ml, 50unit/ml	1	V/I
VARIVAX INJ 1350pfu/0.5ml	1	V/I
YF-VAX INJ	1	V/I
<b>NUTRITIONAL/SUPPLEMENTS - VITAMINS AND SUPPLEMENTS ELECTROLYTES/MINERALS, INJECTABLE</b>		
D2.5W/NAACL INJ 0.45%	1	
D5W/LYTES INJ #48	1	
D10W/NAACL INJ 0.2%	1	
<i>dextrose 2.5% w/ sodium chloride 0.45%</i> (generic of DEXTROSE 2.5%/SODIUM CHLO)	1	
<i>dextrose 5% in lactated ringers</i>	1	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.2%</i>	1	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3%</i> (generic of DEXTROSE 5%/SODIUM CHLORI)	1	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%</i>	1	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	1	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.225%</i> (generic of DEXTROSE/SODIUM CHLORIDE)	1	
<i>dextrose 10% w/ sodium chloride 0.45%</i>	1	
ISOLYTE-P INJ /D5W	1	
ISOLYTE-S INJ	1	
ISOLYTE-S INJ PH 7.4	1	
<i>kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.45% inj</i>	1	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.2% inj</i>	1	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.9% inj</i>	1	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.45% inj</i>	1	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj</i> (generic of POTASSIUM CHLORIDE/SODIUM)	1	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj</i> (generic of POTASSIUM CHLORIDE/SODIUM)	1	
<i>kcl 20 meq/l (0.149%) in nacl 0.45% inj</i>	1	
<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.45% inj</i>	1	
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.9% inj</i> (generic of KCL 0.3%/D5W/NAACL 0.9%)	1	
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.45% inj</i>	1	
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj</i> (generic of POTASSIUM CHLORIDE/SODIUM)	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 **V/I** - 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	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
KCL/D5W/NAACL INJ 0.3/0.9% lactated ringer's solution	1	
MAGNESIUM SULFATE SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml	1	
<i>magnesium sulfate</i> (generic of MAGNESIUM SULFATE) SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml	1	
<i>magnesium sulfate</i> SOLN 50%	1	
<i>magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1 gm/100ml</i> (generic of MAGNESIUM SULFATE IN D5W)	1	
MG SO4/D5W INJ 10MG/ML	1	
<i>multiple electrolytes ph 5.5</i> (generic of PLASMA-LYTE-148)	1	
<i>multiple electrolytes ph 7.4</i> (generic of PLASMA-LYTE A)	1	
PLASMA-LYTE INJ -148	1	
PLASMA-LYTE INJ -A	1	
POT CHL 20MEQ/L IN NAACL 0.9% INJ	1	
POT CHL 20MEQ/L IN NAACL 0.45% INJ	1	
POT CHL 40MEQ/L IN NAACL 0.9% INJ	1	
<i>potassium chloride</i> SOLN 2meq/ml	1	
POTASSIUM CHLORIDE SOLN 10meq/50ml	1	
<i>potassium chloride</i> (generic of POTASSIUM CHLORIDE) SOLN 10meq/100ml, 20meq/100ml, 20meq/50ml, 40meq/100ml	1	
<i>potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% inj</i>	1	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>sodium chloride</i> SOLN .45%, .9%, 2.5meq/ml, 3%, 5%	1	
TPN ELECTROL INJ	1	B/D
<b>ELECTROLYTES/MINERALS/VITAMINS, ORAL</b>		
<i>klor-con</i> PACK 20meq	1	
<i>klor-con 8</i> TBCR 8meq	1	
<i>klor-con 10</i> TBCR 10meq	1	
<i>klor-con m10</i> TBCR 10meq	1	
<i>klor-con m15</i> TBCR 15meq	1	
<i>klor-con m20</i> TBCR 20meq	1	
M-NATAL PLUS TAB	1	
<i>potassium chloride</i> CPCR 8meq, 10meq; PACK 20meq; SOLN 10%, 20%; TBCR 8meq, 10meq	1	
<i>potassium chloride</i> (generic of K-TAB) TBCR 20meq	1	
<i>potassium chloride microencapsulated crystals er</i> TBCR 10meq, 15meq, 20meq	1	
PRENATAL TAB 27-1MG	1	
PRENATAL TAB PLUS	1	
<i>sodium fluoride chew; tab; 1.1 (0.5 f) mg/ml soln</i>	1	
<b>IV NUTRITION</b>		
CLINIMIX INJ 4.25/D5W	1	B/D
CLINIMIX INJ 4.25/D10	1	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D15W	1	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D20W	1	B/D
CLINIMIX INJ 6/5	1	B/D
CLINIMIX INJ 8/10	1	B/D
CLINIMIX INJ 8/14	1	B/D
<i>clinisol sf 15%</i>	1	B/D
CLINOLIPID EMU 20%	1	B/D
<i>dextrose</i> SOLN 5%, 10%	1	
<i>dextrose</i> SOLN 50%, 70%	1	B/D
INTRALIPID EMUL 20gm/100ml, 30gm/100ml	1	B/D
NUTRILIPID EMUL 20gm/100ml	1	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 V/I - 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	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>plenamine</i>	1	B/D
PREMASOL SOL 10%	1	B/D
PROSOL INJ 20%	1	B/D
TRAVASOL INJ 10%	1	B/D
TROPHAMINE INJ 10%	1	B/D
<b>OPHTHALMIC - DRUGS TO TREAT EYE CONDITIONS</b>		
<b>ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORY - DRUGS TO TREAT INFECTIONS AND INFLAMMATION</b>		
<i>bacitracin-polymyxin-neomycin-hc ophth oint 1%</i>	1	
<i>neo-polycin hc ophth oint 1%</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth oint 0.1% (generic of MAXITROL)</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth susp 0.1% (generic of MAXITROL)</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-hc ophth susp</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium-prednisolone ophth soln 10-0.23(0.25)%</i>	1	
TOBRADEX OIN 0.3-0.1%	1	
TOBRADEX ST SUS 0.3-0.05	1	
<i>tobramycin-dexamethasone ophth susp 0.3-0.1%</i>	1	
ZYLET SUS 0.5-0.3%	1	
<b>ANTI-INFECTIVES - DRUGS TO TREAT INFECTIONS</b>		
<i>bacitracin (ophthalmic) OINT 500unit/gm</i>	1	
<i>bacitracin-polymyxin b ophth oint</i>	1	
BESIVANCE SUSP .6%	1	
CILOXAN OINT .3%	1	
<i>ciprofloxacin hcl (ophth) SOLN .3%</i>	1	
<i>erythromycin (ophth) OINT 5mg/gm</i>	1	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>gatifloxacin (ophth) SOLN .5%</i>	1	
<i>gentamicin sulfate (ophth) SOLN .3%</i>	1	
<i>moxifloxacin hcl (ophth) (generic of VIGAMOX) SOLN .5%</i>	1	
NATACYN SUSP 5%	1	
<i>neo-polycin 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i>	1	
<i>neomycin-bacitrac zn-polymyx 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i>	1	
<i>neomycin-polymy-gramicid op sol 1.75-10000-0.025mg-unt-mg/ml</i>	1	
<i>ofloxacin (ophth) (generic of OCUFLOX) SOLN .3%</i>	1	
<i>polycin ophth oint</i>	1	
<i>polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml-0.1%</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium (ophth) OINT 10%; SOLN 10%</i>	1	
<i>tobramycin (ophth) SOLN .3%</i>	1	
<i>trifluridine SOLN 1%</i>	1	
ZIRGAN GEL .15%	1	
<b>ANTI-INFLAMMATORIES - DRUGS TO TREAT INFLAMMATION</b>		
ALREX SUSP .2%	1	
<i>bromfenac sodium (ophth) (generic of PROLENSA) SOLN .07%</i>	1	
<i>bromfenac sodium (ophth) (generic of BROMSITE) SOLN .075%</i>	1	
BROMSITE SOLN .075%	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate (ophth) SOLN .1%</i>	1	
<i>diclofenac sodium (ophth) SOLN .1%</i>	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 **V/I** - Vacunas / Insulinas

70

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	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>difluprednate</i> (generic of DUREZOL) EMUL .05%	1	
EYSUVIS SUSP .25%	1	
FLAREX SUSP .1%	1	
<i>fluorometholone</i> ( <i>ophth</i> ) (generic of FML LIQUIFILM) SUSP .1%	1	
<i>flurbiprofen sodium</i> SOLN .03%	1	
<i>ketorolac tromethamine</i> ( <i>ophth</i> ) (generic of ACULAR LS) SOLN .4%	1	
<i>ketorolac tromethamine</i> ( <i>ophth</i> ) (generic of ACULAR) SOLN .5%	1	
LOTEMAX OINT .5%	1	
<i>loteprednol etabonate</i> (generic of ALREX) SUSP .2%	1	
<i>prednisolone acetate</i> ( <i>ophth</i> ) (generic of PRED FORTE) SUSP 1%	1	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSP SOLN 1%	1	
PROLENSA SOLN .07%	1	
<b>ANTIALLERGICS - DRUGS TO TREAT ALLERGIES</b>		
<i>azelastine hcl</i> ( <i>ophth</i> ) SOLN .05%	1	
<i>cromolyn sodium</i> ( <i>ophth</i> ) SOLN 4%	1	
ZERVIATE SOLN .24%	1	
<b>ANTIGLAUCOMA - DRUGS TO TREAT GLAUCOMA</b>		
<i>betaxolol hcl</i> ( <i>ophth</i> ) SOLN .5%	1	
BETOPTIC-S SUSP .25%	1	
<i>brimonidine tartrate</i> SOLN .2%	1	
<i>brimonidine tartrate</i> (generic of ALPHAGAN P) SOLN .15%	1	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>brinzolamide</i> (generic of AZOPT) SUSP 1%	1	
<i>carteolol hcl</i> ( <i>ophth</i> ) SOLN 1%	1	
COMBIGAN SOL 0.2/0.5%	1	
<i>dorzolamide hcl</i> SOLN 2%	1	
<i>dorzolamide hcl-timolol maleate</i> <i>ophth soln</i> 2-0.5% (generic of COSOPT)	1	
<i>latanoprost</i> (generic of XALATAN) SOLN .005%	1	
<i>levobunolol hcl</i> SOLN .5%	1	
LUMIGAN SOLN .01%	1	
<i>pilocarpine hcl</i> SOLN 1%, 2%, 4%	1	
RHOPRESSA SOLN .02%	1	
ROCKLATAN DRO	1	
SIMBRINZA SUS 1-0.2%	1	
<i>timolol maleate</i> ( <i>ophth</i> ) SOLG .25%, .5%; SOLN .25%, .5%	1	
VYZULTA SOLN .024%	1	
<b>MISCELLANEOUS</b>		
ATROPINE SULFATE SOLN 1%	1	
<i>atropine sulfate</i> ( <i>ophthalmic</i> ) SOLN 1%	1	
CYSTADROPS SOLN .37%	1	NM LA PA
CYSTARAN SOLN .44%	1	NM LA PA
MIEBO SOLN 1.338gm/ml	1	
<i>proparacaine hcl</i> (generic of ALCAINE) SOLN .5%	1	
RESTASIS EMUL .05%	1	
RESTASIS MULTIDOSE EMUL .05%	1	
TYRVAYA SOLN .03mg/act	1	
XIIDRA SOLN 5%	1	
<b>OTIC - DRUGS TO TREAT CONDITIONS OF THE EAR</b>		
<b>OTIC AGENTS</b>		
<i>acetic acid</i> ( <i>otic</i> ) SOLN 2%	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 V/I - 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	NIVE L	REQUISITOS / LIMITES
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic susp 0.3-0.1%</i>	1	
<i>flac (generic of DERMOTIC) OIL .01%</i>	1	
<i>fluocinolone acetonide (otic) (generic of DERMOTIC) OIL .01%</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic soln 1%</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic susp 3.5 mg/ml-10000 unit/ml-1%</i>	1	
<i>ofloxacin (otic) SOLN .3%</i>	1	

**RESPIRATORY - DRUGS TO TREAT BREATHING DISORDERS  
ANTICHOLINERGIC/BETA AGONIST COMBINATIONS - DRUGS TO TREAT COPD**

ANORO ELLIPT AER 62.5-25 QL (60 blisters / 30 days)	1	QL
BEVESPI AER 9-4.8MCG QL (1 inhaler / 30 days)	1	QL
BREZTRI AERO AER SPHERE QL (1 inhaler / 30 days)	1	QL
BREZTRI AERO AER SPHERE (INSTITUTIONAL PACK) QL (4 inhalers / 28 days)	1	QL
COMBIVENT AER 20-100 QL (2 inhalers / 30 days)	1	QL
<i>ipratropium-albuterol nebu soln 0.5-2.5(3) mg/3ml</i>	1	B/D
TRELEGY AER ELLIPTA 100-62.5-25 MCG QL (60 blisters / 30 days)	1	QL
TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25 MCG QL (60 blisters / 30 days)	1	QL

**NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVE L REQUISITOS / LIMITES  
ANTICHOLINERGICS - DRUGS TO TREAT COPD**

ATROVENT HFA AERS 17mcg/act QL (2 inhalers / 30 days)	1	QL
INCRUSE ELLIPTA AEPB 62.5mcg/inh QL (30 blisters / 30 days)	1	QL
<i>ipratropium bromide SOLN .02%</i>	1	B/D
<i>ipratropium bromide (nasal) SOLN .03%, .06%</i>	1	

**ANTI-HISTAMINES - DRUGS TO TREAT ALLERGIES**

<i>azelastine hcl SOLN .1%</i>	1	
<i>cetirizine hcl SOLN 5mg/5ml QL (300 mL / 30 days)</i>	1	QL
<i>cyproheptadine hcl SYRP 2mg/5ml; TABS 4mg PA if 70 years and older</i>	1	PA
<i>diphenhydramine hcl SOLN 50mg/ml</i>	1	
<i>hydroxyzine hcl SOLN 25mg/ml, 50mg/ml; SYRP 10mg/5ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg PA if 70 years and older</i>	1	PA
<i>hydroxyzine pamoate (generic of VISTARIL) CAPS 25mg PA if 70 years and older</i>	1	PA
<i>hydroxyzine pamoate CAPS 50mg PA if 70 years and older</i>	1	PA
<i>levocetirizine dihydrochloride SOLN 2.5mg/5ml QL (300 mL / 30 days)</i>	1	QL
<i>levocetirizine dihydrochloride TABS 5mg QL (30 tabs / 30 days)</i>	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 **V/I** - 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	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<b>BETA AGONISTS - DRUGS TO TREAT ASTHMA AND COPD</b>		
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act QL (2 inhalers / 30 days) (generic of Proair HFA)	1	QL
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act QL (2 inhalers / 30 days) (generic of Ventolin HFA)	1	QL
<i>albuterol sulfate</i> (generic of PROVENTIL HFA) AERS 108mcg/act QL (2 inhalers / 30 days) (generic of Proventil HFA)	1	QL
<i>albuterol sulfate</i> NEBU .083%, .63mg/3ml, 1.25mg/3ml, 2.5mg/0.5ml	1	B/D
<i>albuterol sulfate</i> SYRP 2mg/5ml; TABS 2mg, 4mg	1	
<i>levalbuterol hcl</i> NEBU .31mg/3ml, .63mg/3ml, 1.25mg/0.5ml, 1.25mg/3ml	1	B/D
<i>levalbuterol tartrate</i> AERO 45mcg/act QL (2 inhalers / 30 days)	1	QL ST
SEREVENT DISKUS AEPB 50mcg/dose QL (60 inhalations / 30 days)	1	QL
<i>terbutaline sulfate</i> TABS 2.5mg, 5mg	1	
VENTOLIN HFA AERS 108mcg/act QL (2 inhalers / 30 days)	1	QL
VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK) AERS 108mcg/act QL (6 inhalers / 30 days)	1	QL
<b>LEUKOTRIENE MODULATORS</b>		
<i>montelukast sodium</i> (generic of SINGULAIR) CHEW 4mg, 5mg; PACK 4mg; TABS 10mg	1	

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>zafirlukast</i> (generic of ACCOLATE) TABS 10mg, 20mg	1	
<b>MISCELLANEOUS</b>		
<i>acetylcysteine</i> SOLN 10%, 20%	1	B/D
ARALAST NP SOLR 500mg, 1000mg	1	NM LA PA
BRONCHITOL CAPS 40mg QL (560 caps / 28 days)	1	QL NM LA PA
<i>cromolyn sodium</i> NEBU 20mg/2ml	1	B/D
<i>epinephrine</i> (anaphylaxis) (generic of EPIPEN 2-PAK) SOAJ .3mg/0.3ml (generic of EpiPen)	1	
<i>epinephrine</i> (anaphylaxis) (generic of EPIPEN-JR 2-PAK) SOAJ .15mg/0.3ml (generic of EpiPen)	1	
<i>epinephrine</i> (anaphylaxis) SOAJ .15mg/0.15ml, .3mg/0.3ml (generic of AdrenaClick)	1	
FASENRA SOSY 30mg/ml	1	NM LA PA
FASENRA PEN SOAJ 30mg/ml	1	NM LA PA
KALYDECO PACK 5.8mg, 13.4mg, 25mg, 50mg, 75mg QL (56 packs / 28 days)	1	QL NM LA PA
KALYDECO TABS 150mg QL (60 tabs / 30 days)	1	QL NM LA PA
OFEV CAPS 100mg, 150mg QL (60 caps / 30 days)	1	QL NM LA PA
ORKAMBI GRA 75-94MG QL (56 packs / 28 days)	1	QL NM LA PA
ORKAMBI GRA 100-125 QL (56 packs / 28 days)	1	QL NM LA PA
ORKAMBI GRA 150-188 QL (56 packs / 28 days)	1	QL NM LA PA
ORKAMBI TAB 100-125 QL (112 tabs / 28 days)	1	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 **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.

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVE L</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
ORKAMBI TAB 200-125 QL (112 tabs / 28 days)	1	QL NM LA PA
<i>pirfenidone</i> (generic of ESBRIET) CAPS 267mg QL (270 caps / 30 days)	1	QL NM PA
<i>pirfenidone</i> (generic of ESBRIET) TABS 267mg QL (270 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
<i>pirfenidone</i> TABS 534mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
<i>pirfenidone</i> (generic of ESBRIET) TABS 801mg QL (90 tabs / 30 days)	1	QL NM PA
PROLASTIN-C SOLN 1000mg/20ml; SOLR 1000mg	1	NM LA PA
PULMOZYME SOLN 2.5mg/2.5ml	1	NM PA
<i>roflumilast</i> (generic of DALIRESP) TABS 250mcg QL (56 tabs / year)	1	QL
<i>roflumilast</i> (generic of DALIRESP) TABS 500mcg QL (30 tabs / 30 days)	1	QL
SYMDEKO TAB 50-75MG QL (56 tabs / 28 days)	1	QL NM LA PA
SYMDEKO TAB 100-150 QL (56 tabs / 28 days)	1	QL NM LA PA
THEO-24 CP24 100mg, 200mg, 300mg, 400mg	1	
<i>theophylline</i> ELIX 80mg/15ml; SOLN 80mg/15ml; TB12 100mg, 200mg, 300mg, 450mg; TB24 400mg, 600mg	1	
TRIKAFTA PAK 59.5MG QL (56 packs / 28 days)	1	QL NM LA PA
TRIKAFTA PAK 75MG QL (56 packs / 28 days)	1	QL NM LA PA
TRIKAFTA TAB 50-25- 37.5MG & 75MG QL (84 tabs / 28 days)	1	QL NM LA PA

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVE L</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
TRIKAFTA TAB 100-50-75MG & 150MG QL (84 tabs / 28 days)	1	QL NM LA PA
XOLAIR SOAJ 75mg/0.5ml, 150mg/ml, 300mg/2ml; SOLR 150mg; SOSY 75mg/0.5ml, 150mg/ml, 300mg/2ml	1	NM LA PA
ZEMAIRA SOLR 1000mg, 4000mg, 5000mg	1	NM LA PA
<b>NASAL STEROIDS - DRUGS TO TREAT ALLERGIES</b>		
<i>flunisolide</i> (nasal) SOLN .025% QL (3 bottles / 30 days)	1	QL
<i>fluticasone propionate</i> (nasal) SUSP 50mcg/act QL (1 bottle / 30 days)	1	QL
XHANCE EXHU 93mcg/act QL (32 mL / 30 days)	1	QL PA
<b>STEROID INHALANTS - DRUGS TO TREAT ASTHMA</b>		
ARNUITY ELLIPTA AEPB 50mcg/act, 100mcg/act, 200mcg/act QL (30 inhalations / 30 days)	1	QL
<i>budesonide</i> (inhalation) (generic of PULMICORT) SUSP .25mg/2ml, .5mg/2ml	1	B/D
<b>STEROID/BETA-AGONIST COMBINATIONS - DRUGS TO TREAT ASTHMA AND COPD</b>		
ADVAIR HFA AER 45/21 QL (1 inhaler / 30 days)	1	QL
ADVAIR HFA AER 115/21 QL (1 inhaler / 30 days)	1	QL
ADVAIR HFA AER 230/21 QL (1 inhaler / 30 days)	1	QL
BREO ELLIPTA INH 50- 25MCG QL (60 blisters / 30 days)	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 **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	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
BREO ELLIPTA INH 100-25 QL (60 blisters / 30 days)	1	QL
BREO ELLIPTA INH 200-25 QL (60 blisters / 30 days)	1	QL
DULERA AER 50-5MCG QL (3 inhalers / 30 days)	1	QL
DULERA AER 100-5MCG QL (3 inhalers / 30 days)	1	QL
DULERA AER 200-5MCG QL (3 inhalers / 30 days)	1	QL
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 100-50 mcg/act</i> (generic of ADVAIR DISKUS) QL (60 inhalations / 30 days) (generic PRASCO not covered)	1	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)	1	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)	1	QL
<i>wixela inhub</i> (generic of ADVAIR DISKUS) QL (60 inhalations / 30 days)	1	QL
<b>TOPICAL - DRUGS TO TREAT EAR AND SKIN CONDITIONS</b>		
<b>DERMATOLOGY, ACNE</b>		
<i>accutane</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	1	PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>amnesteem</i> CAPS 10mg, 20mg, 40mg	1	PA
<i>benzoyl peroxide-erythromycin gel 5-3%</i> (generic of BENZAMYCIN) QL (46.6 gm / 30 days)	1	QL
<i>claravis</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	1	PA
<i>clindamycin phosphate (topical)</i> GEL 1% QL (75 gm / 30 days)	1	QL
<i>clindamycin phosphate (topical)</i> (generic of CLEOCIN-T) LOTN 1% QL (60 mL / 30 days)	1	QL
<i>clindamycin phosphate (topical)</i> SOLN 1% QL (60 mL / 30 days)	1	QL
<i>ery</i> PADS 2% QL (60 pledgets / 30 days)	1	QL
<i>erythromycin (acne aid)</i> (generic of ERYGEL) GEL 2% QL (60 gm / 30 days)	1	QL
<i>erythromycin (acne aid)</i> SOLN 2% QL (60 mL / 30 days)	1	QL
<i>isotretinoin</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	1	PA
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i> (generic of KLARON) LOTN 10% QL (118 mL / 30 days)	1	QL
<i>tretinoin</i> (generic of RETIN-A) CREA .025%, .05%, .1%; GEL .01%, .025% QL (45 gm / 30 days)	1	QL PA
<i>zenatane</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	1	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 **V/I** - Vacunas / Insulinas

75

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	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<b>DERMATOLOGY, ANTIBIOTICS</b>		
<i>gentamicin sulfate (topical)</i> CREA .1%; OINT .1% QL (30 gm / 30 days)	1	QL
<i>mupirocin</i> OINT 2% QL (220 gm / 30 days)	1	QL
<i>silver sulfadiazine</i> (generic of SILVADENE) CREA 1%	1	
<i>ssd</i> (generic of SILVADENE) CREA 1%	1	
SULFAMYLON CREA 85mg/gm QL (453.6 gm / 30 days)	1	QL
<b>DERMATOLOGY, ANTIFUNGALS</b>		
<i>ciclopirox olamine</i> CREA .77% QL (90 gm / 30 days)	1	QL
<i>ciclopirox olamine</i> SUSP .77% QL (60 mL / 30 days)	1	QL
<i>clotrimazole (topical)</i> CREA 1% QL (45 gm / 30 days)	1	QL
<i>clotrimazole (topical)</i> SOLN 1% QL (30 mL / 30 days)	1	QL
<i>clotrimazole w/ betamethasone cream</i> 1-0.05% QL (45 gm / 30 days)	1	QL
<i>ketoconazole (topical)</i> CREA 2% QL (60 gm / 30 days)	1	QL
<i>klayesta</i> POWD 100000unit/gm QL (60 gm / 30 days)	1	QL
<i>nyamyc</i> POWD 100000unit/gm QL (60 gm / 30 days)	1	QL
<i>nystatin (topical)</i> CREA 100000unit/gm; OINT 100000unit/gm QL (30 gm / 30 days)	1	QL

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>nystatin (topical)</i> POWD 100000unit/gm QL (60 gm / 30 days)	1	QL
<i>nystop</i> POWD 100000unit/gm QL (60 gm / 30 days)	1	QL
<b>DERMATOLOGY, ANTIPSORIATICS</b>		
<i>acitretin</i> CAPS 10mg, 17.5mg, 25mg	1	PA
<i>calcipotriene</i> CREA .005%; OINT .005% QL (120 gm / 30 days)	1	QL PA
<i>calcipotriene</i> SOLN .005% QL (120 mL / 30 days)	1	QL PA
<i>calcitrene</i> OINT .005% QL (120 gm / 30 days)	1	QL PA
<i>tazarotene</i> (generic of TAZORAC) CREA .1% QL (60 gm / 30 days)	1	QL PA
TAZORAC CREA .05% QL (60 gm / 30 days)	1	QL PA
<b>DERMATOLOGY, ANTISEBORRHEICS</b>		
<i>ketoconazole (topical)</i> SHAM 2% QL (120 mL / 30 days)	1	QL
<i>selenium sulfide</i> LOTN 2.5%	1	
<b>DERMATOLOGY, CORTICOSTEROIDS</b>		
<i>ala-cort</i> CREA 1%, 2.5%	1	
<i>alclometasone dipropionate</i> CREA .05%; OINT .05% QL (60 gm / 30 days)	1	QL
<i>betamethasone dipropionate (topical)</i> CREA .05%; OINT .05% QL (120 gm / 30 days)	1	QL
<i>betamethasone dipropionate (topical)</i> LOTN .05% QL (120 mL / 30 days)	1	QL
<i>betamethasone dipropionate augmented</i> CREA .05%; GEL .05% QL (120 gm / 30 days)	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 **V/I** - 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	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>betamethasone dipropionate augmented</i> LOTN .05% QL (120 mL / 30 days)	1	QL
<i>betamethasone dipropionate augmented</i> (generic of DIPROLENE) OINT .05% QL (120 gm / 30 days)	1	QL
<i>betamethasone valerate</i> CREA .1%; OINT .1% QL (120 gm / 30 days)	1	QL
<i>betamethasone valerate</i> LOTN .1% QL (120 mL / 30 days)	1	QL
<i>clobetasol propionate</i> CREA .05%; GEL .05%; OINT .05% QL (60 gm / 30 days)	1	QL
<i>clobetasol propionate</i> SOLN .05% QL (50 mL / 30 days)	1	QL
<i>clobetasol propionate e</i> CREA .05% QL (60 gm / 30 days)	1	QL
ENSTILAR AER QL (120 gm / 30 days)	1	QL PA
<i>fluocinolone acetonide</i> CREA .01% QL (60 gm / 30 days)	1	QL
<i>fluocinolone acetonide</i> (generic of SYNALAR) CREA .025%; OINT .025% QL (120 gm / 30 days)	1	QL
<i>fluocinolone acetonide</i> (generic of DERMA-SMOOTHIE/FS BODY) OIL .01% QL (118.28 mL / 30 days)	1	QL
<i>fluocinolone acetonide</i> (generic of DERMA-SMOOTHIE/FS SCALP) OIL .01% QL (118.28 mL / 30 days)	1	QL

NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>fluocinolone acetonide</i> SOLN .01% QL (90 mL / 30 days)	1	QL
<i>fluocinonide</i> CREA .05% QL (120 gm / 30 days)	1	QL
<i>fluocinonide</i> GEL .05%; OINT .05% QL (60 gm / 30 days)	1	QL
<i>fluocinonide</i> SOLN .05% QL (60 mL / 30 days)	1	QL
<i>fluocinonide emulsified base</i> CREA .05% QL (120 gm / 30 days)	1	QL
<i>fluticasone propionate</i> CREA .05%; OINT .005%	1	
<i>halobetasol propionate</i> CREA .05%; OINT .05% QL (50 gm / 30 days)	1	QL
<i>hydrocortisone (topical)</i> CREA 1%, 2.5%; LOTN 2.5%; OINT 2.5%	1	
<i>mometasone furoate</i> CREA .1%; OINT .1%; SOLN .1%	1	
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> CREA .025%, .1%, .5% QL (454 gm / 30 days)	1	QL
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> LOTN .025%, .1%; OINT .025%, .1%, .5%	1	
<b>DERMATOLOGY, LOCAL ANESTHETICS</b>		
<i>glydo</i> PRSY 2% QL (60 mL / 30 days)	1	QL PA
<i>lidocaine</i> OINT 5% QL (50 gm / 30 days)	1	QL PA
<i>lidocaine</i> (generic of LIDODERM) PTCH 5% QL (3 patches / 1 day)	1	QL PA
<i>lidocaine hcl</i> SOLN 4% QL (50 mL / 30 days)	1	QL PA
<i>lidocaine-prilocaine cream</i> 2.5-2.5% QL (30 gm / 30 days)	1	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 **V/I** - Vacunas / Insulinas

77

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	NIVE REQUISITOS / LIMITES	
	L	LIMITES
<i>lidocan</i> (generic of LIDODERM) PTCH 5% QL (3 patches / 1 day)	1	QL PA
<b>DERMATOLOGY, MISCELLANEOUS SKIN AND MUCOUS MEMBRANE</b>		
<i>bexarotene (topical)</i> (generic of TARGRETIN) GEL 1% QL (60 gm / 30 days)	1	QL NM PA
<i>diclofenac sodium (topical)</i> GEL 1% QL (1000 gm / 30 days)	1	QL
<i>fluorouracil (topical)</i> (generic of EFUDEX) CREA 5% QL (40 gm / 30 days)	1	QL
<i>fluorouracil (topical)</i> SOLN 2%, 5% QL (10 mL / 30 days)	1	QL
<i>hydrocortisone (rectal)</i> CREA 1% 1	1	
<i>hydrocortisone (rectal)</i> (generic of ANUSOL-HC) CREA 2.5% 1	1	
<i>imiquimod</i> CREA 5% QL (24 packets / 30 days)	1	QL
<i>lactic acid (ammonium lactate)</i> CREA 12%; LOTN 12% 1	1	
<i>metronidazole (topical)</i> (generic of METROCREAM) CREA .75% QL (45 gm / 30 days)	1	QL
<i>metronidazole (topical)</i> GEL .75% QL (45 gm / 30 days)	1	QL
<i>metronidazole (topical)</i> (generic of METROLOTION) LOTN .75% QL (59 mL / 30 days)	1	QL
<i>nitroglycerin (intra-anal)</i> (generic of RECTIV) OINT .4% QL (30 gm / 30 days)	1	QL

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

78

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.

<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NIVE L</b>	<b>REQUISITOS / LIMITES</b>
<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i> SOLN 2%	1	
<i>nystatin (mouth-throat)</i> SUSP 100000unit/ml	1	
<i>periogard</i> (generic of PERIDEX) SOLN .12%	1	
<i>pilocarpine hcl (oral)</i> (generic of SALAGEN) TABS 5mg, 7.5mg	1	
<i>triamcinolone acetonide</i> (mouth) PSTE .1%	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 **V/I** - Vacunas / Insulinas

79

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*.....14  
*abacavir sulfate-lamivudine tab 600-300 mg*.....15  
ABELCET .....13  
ABILIFY  
  see *aripiprazole*.....38  
ABILIFY MAINTENA.....38  
*abiraterone acetate*.....20  
ABRYSVO .....67  
*acamprosate calcium*.....48  
*acarbose*.....49  
ACCOLATE  
  see *zafirlukast*.....73  
ACCUPRIL  
  see *quinapril hcl*.....27  
*accutane* .....75  
*acebutolol hcl*.....32  
*acetaminophen w/ codeine soln 120-12 mg/5ml*.....10  
*acetaminophen w/ codeine tab 300-15 mg*.....10  
*acetaminophen w/ codeine tab 300-30 mg*.....10  
*acetaminophen w/ codeine tab 300-60 mg*.....10  
*acetazolamide* .....33  
*acetic acid*.....62  
*acetic acid (otic)*.....71  
*acetylcysteine* .....73  
ACIPHEX  
  see *rabeprazole sodium* .....62  
*acitretin* .....76  
ACTHIB INJ .....67  
ACTIMMUNE .....66  
ACTIVEVLA  
  see *estradiol & norethindrone acetate tab 1-0.5 mg* .....56  
  see *mimvey*.....56  
ACTONEL  
  see *risedronate sodium* .....53  
ACTOPLUS MET  
  see *pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-850 mg* .....50  
ACTOS  
  see *pioglitazone hcl*.....50  
ACULAR  
  see *ketorolac tromethamine (ophth)* .....71  
ACULAR LS  
  see *ketorolac tromethamine (ophth)* .....71  
*acyclovir*.....16  
*acyclovir sodium* .....16  
ADACEL INJ .....67  
ADALIMUMAB-AACF (2 PEN) .....64  
ADDERALL  
  see *amphetamine-dextroamphetamine tab 10 mg*.....45  
  see *amphetamine-dextroamphetamine tab 12.5 mg*.....45  
  see *amphetamine-dextroamphetamine tab 15 mg*.....45  
  see *amphetamine-dextroamphetamine tab 20 mg*.....45  
  see *amphetamine-dextroamphetamine tab 30 mg*.....45  
  see *amphetamine-dextroamphetamine tab 5 mg*.....44  
  see *amphetamine-dextroamphetamine tab 7.5 mg*.....44  
ADDERALL XR  
  see *amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 10 mg* ...44  
  see *amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 15 mg* ...44  
  see *amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 20 mg* ...44  
  see *amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 25 mg* ...44  
  see *amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 30 mg* ...44  
  see *amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg* .....44  
*adefovir dipivoxil* .....16  
ADEMPAS .....34  
ADMELOG .....51  
ADMELOG SOLOSTAR .51  
ADVAIR DISKUS  
  see *fluticasone-salmeterol aer powder ba 100-50 mcg/act*...75  
  see *fluticasone-salmeterol aer powder ba 250-50 mcg/act*...75  
  see *fluticasone-salmeterol aer powder ba 500-50 mcg/act*...75  
  see *wixela inhub*.....75  
ADVAIR HFA AER 115/21 .....74  
ADVAIR HFA AER 230/21 .....74  
ADVAIR HFA AER 45/21 74  
AFINITOR  
  see *everolimus*.....22  
AFINITOR DISPERZ  
  see *everolimus*.....22  
*afirmelle* .....53  
AGRYLIN  
  see *anagrelide hcl*.....64  
AIMOVIG .....46  
AKEEGA TAB 100/500 ...20  
AKEEGA TAB 50/500MG .....20  
*ala-cort*.....76  
*albendazole* .....11  
*albuterol sulfate* .....73  
ALCAINE  
  see *proparacaine hcl*...71  
*alclometasone dipropionate* .....76  
ALDACTONE



see <i>spironolactone</i> .....	28	<i>amlodipine besylate-</i>		<i>amoxicillin &amp; k clavulanate</i>	
ALDURAZYME .....	57	<i>benazepril hcl cap 10-40</i>		<i>for susp 250-62.5 mg/5ml</i>	
ALECENSA .....	21	<i>mg</i> .....	27	.....	18
<i>alendronate sodium</i> .....	52	<i>amlodipine besylate-</i>		<i>amoxicillin &amp; k clavulanate</i>	
<i>alfuzosin hcl</i> .....	62	<i>benazepril hcl cap 2.5-10</i>		<i>for susp 400-57 mg/5ml</i>	
ALIMTA		<i>mg</i> .....	26	.....	18
see <i>pemetrexed</i>		<i>amlodipine besylate-</i>		<i>amoxicillin &amp; k clavulanate</i>	
<i>disodium</i> .....	20	<i>benazepril hcl cap 5-10</i>		<i>for susp 600-42.9 mg/5ml</i>	
ALINIA		<i>mg</i> .....	26	.....	18
see <i>nitazoxanide</i> .....	12	<i>amlodipine besylate-</i>		<i>amoxicillin &amp; k clavulanate</i>	
<i>aliskiren fumarate</i> .....	33	<i>benazepril hcl cap 5-20</i>		<i>tab 250-125 mg</i> .....	18
<i>allopurinol</i> .....	9	<i>mg</i> .....	26	<i>amoxicillin &amp; k clavulanate</i>	
<i>alosetron hcl</i> .....	61	<i>amlodipine besylate-</i>		<i>tab 500-125 mg</i> .....	18
ALPHAGAN P		<i>benazepril hcl cap 5-40</i>		<i>tab 875-125 mg</i> .....	18
see <i>brimonidine tartrate</i>		<i>mg</i> .....	26	<i>amoxicillin &amp; k clavulanate</i>	
.....	71	<i>amlodipine besylate-</i>		<i>tab er 12hr 1000-62.5 mg</i>	
<i>alprazolam</i> .....	35	<i>olmesartan medoxomil</i>		.....	18
ALREX.....	70	<i>tab 10-20 mg</i> .....	28	<i>amphetamine-</i>	
see <i>loteprednol</i>		<i>amlodipine besylate-</i>		<i>dextroamphetamine cap</i>	
<i>etabonate</i> .....	71	<i>olmesartan medoxomil</i>		<i>er 24hr 10 mg</i> .....	44
ALTACE		<i>tab 10-40 mg</i> .....	28	<i>amphetamine-</i>	
see <i>ramipril</i> .....	27	<i>amlodipine besylate-</i>		<i>dextroamphetamine cap</i>	
<i>altavera</i> .....	53	<i>olmesartan medoxomil</i>		<i>er 24hr 15 mg</i> .....	44
ALUNBRIG .....	21	<i>tab 5-20 mg</i> .....	28	<i>amphetamine-</i>	
ALUNBRIG PAK .....	21	<i>amlodipine besylate-</i>		<i>dextroamphetamine cap</i>	
<i>alyacen 1/35</i> .....	53	<i>olmesartan medoxomil</i>		<i>er 24hr 20 mg</i> .....	44
<i>alyacen 7/7/7</i> .....	53	<i>tab 5-40 mg</i> .....	28	<i>amphetamine-</i>	
<i>amabelz tab 0.5-0.1mg</i> ...56		<i>amlodipine besylate-</i>		<i>dextroamphetamine cap</i>	
<i>amantadine hcl</i> .....	37	<i>valsartan tab 10-160 mg</i>		<i>er 24hr 25 mg</i> .....	44
AMBIEN		.....	28	<i>amphetamine-</i>	
see <i>zolpidem tartrate</i> ...46		<i>amlodipine besylate-</i>		<i>dextroamphetamine cap</i>	
AMBISOME		<i>valsartan tab 10-320 mg</i>		<i>er 24hr 30 mg</i> .....	44
see <i>amphotericin b</i>		.....	28	<i>amphetamine-</i>	
<i>liposome</i> .....	13	<i>amlodipine besylate-</i>		<i>dextroamphetamine cap</i>	
<i>ambrisentan</i> .....	34	<i>valsartan tab 5-160 mg</i> 28		<i>er 24hr 5 mg</i> .....	44
<i>amethia</i> .....	53	<i>amlodipine besylate-</i>		<i>amphetamine-</i>	
<i>amikacin sulfate</i> .....	11	<i>valsartan tab 5-320 mg</i> 28		<i>dextroamphetamine tab</i>	
<i>amiloride &amp;</i>		<i>amnesteem</i> .....	75	<i>10 mg</i> .....	45
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		<i>amoxapine</i> .....	35	<i>amphetamine-</i>	
<i>5-50 mg</i> .....	33	<i>amoxicillin</i> .....	18	<i>dextroamphetamine tab</i>	
<i>amiloride hcl</i> .....	33	<i>amoxicillin &amp; k clavulanate</i>		<i>12.5 mg</i> .....	45
<i>amiodarone hcl</i> .....	30	<i>chew tab 200-28.5 mg</i> .18		<i>amphetamine-</i>	
<i>amitriptyline hcl</i> .....	35	<i>amoxicillin &amp; k clavulanate</i>		<i>dextroamphetamine tab</i>	
<i>amlodipine besylate</i> .....	32	<i>chew tab 400-57 mg</i> ....	18	<i>15 mg</i> .....	45
<i>amlodipine besylate-</i>		<i>amoxicillin &amp; k clavulanate</i>		<i>amphetamine-</i>	
<i>benazepril hcl cap 10-20</i>		<i>for susp 200-28.5 mg/5ml</i>		<i>dextroamphetamine tab</i>	
<i>mg</i> .....	26	.....	18	<i>20 mg</i> .....	45

amphetamine- dextroamphetamine tab 30 mg.....45	aprepitant capsule therapy pack 80 & 125 mg.....60	see risedronate sodium .....53
amphetamine- dextroamphetamine tab 5 mg.....44	apri.....53	atenolol.....32
amphetamine- dextroamphetamine tab 7.5 mg.....44	APRISO see mesalamine.....60	atenolol & chlorthalidone tab 100-25 mg.....31
amphotericin b.....13	APTIOM.....40	atenolol & chlorthalidone tab 50-25 mg.....31
amphotericin b liposome.13	APTIVUS.....14	ATIVAN see lorazepam.....35
ampicillin.....18	ARALAST NP.....73	atomoxetine hcl.....45
ampicillin & sulbactam sodium for inj 1.5 (1-0.5) gm.....18	aranelle.....53	atorvastatin calcium.....31
ampicillin & sulbactam sodium for inj 3 (2-1) gm .....18	ARAVA see leflunomide.....66	atovaquone.....11
ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 1.5 (1- 0.5) gm.....18	ARCALYST.....66	atovaquone-proguanil hcl tab 250-100 mg.....14
ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 15 (10- 5) gm.....18	AREXVY.....67	atovaquone-proguanil hcl tab 62.5-25 mg.....13
ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 3 (2-1) gm.....18	ARICEPT see donepezil hydrochloride.....35	ATRIPLA see efavirenz- emtricitabine-tenofovir df tab 600-200-300 mg .....15
ampicillin sodium.....18	ARIMIDEX see anastrozole.....20	ATROPINE SULFATE ...71
AMPYRA see dalfampridine.....47	aripiprazole.....38	atropine sulfate (ophthalmic).....71
ANAFRANIL see clomipramine hcl..36	ARISTADA.....38	ATROVENT HFA.....72
anagrelide hcl.....64	ARISTADA INITIO.....38	aubra eq.....53
ANAPROX DS see naproxen sodium....9	ARIXTRA see fondaparinux sodium .....63	AUGMENTIN see amoxicillin & k clavulanate tab 500- 125 mg.....18
anastrozole.....20	armodafinil.....48	AUGMENTIN ES-600 see amoxicillin & k clavulanate for susp 600-42.9 mg/5ml.....18
ANCOBON see flucytosine.....13	ARNUITY ELLIPTA.....74	AUGTYRO.....21
ANDROGEL PUMP see testosterone.....49	AROMASIN see exemestane.....20	aurovela 1/20.....53
ANORO ELLIPT AER 62.5- 25.....72	asenapine maleate.....38	aurovela 24 fe.....53
ANUSOL-HC see hydrocortisone (rectal).....78	ashlyna.....53	aurovela fe 1.5/30.....53
see procto-med hc.....78	aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25-200 mg.....64	aurovela fe 1/20.....53
see proctosol hc.....78	ASTAGRAF XL.....66	AUSTEDO.....47
see proctozone-hc.....78	ATACAND see candesartan cilexetil .....30	AUSTEDO XR.....47
aprepitant.....59	ATACAND HCT see candesartan cilexetil- hydrochlorothiazide tab 16-12.5 mg.....28	AUSTEDO XR TAB TITR KIT.....47
	see candesartan cilexetil- hydrochlorothiazide tab 32-12.5 mg.....28	AUVELITY TAB 45-105MG .....36
	see candesartan cilexetil- hydrochlorothiazide tab 32-25 mg.....28	AVALIDE see irbesartan- hydrochlorothiazide tab 150-12.5 mg.....28
	atazanavir sulfate.....14	
	ATELVIA	

see <i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 300-12.5 mg</i> .....28	BACTRIM	BENLYSTA.....66, 67
AVAPRO	see <i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab 400-80 mg</i> .....13	BENZAMYCIN
see <i>irbesartan</i> .....30	BACTRIM DS	see <i>benzoyl peroxide-erythromycin gel 5-3%</i> .....75
aviane.....53	see <i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab 800-160 mg</i> .....13	<i>benzoyl peroxide-erythromycin gel 5-3%</i> 75
AVODART	BAFIERTAM .....47	<i>benztropine mesylate</i> .....37
see <i>dutasteride</i> .....62	<i>balsalazide disodium</i> .....60	BERINERT.....64
ayuna.....53	BALVERSA.....21, 22	BESIVANCE .....70
AYVAKIT .....21	<i>balziva</i> .....53	BESREMI.....21
azacitidine.....19	BANZEL	<i>betaine powder for oral solution</i> .....57
AZACTAM	see <i>rufinamide</i> .....43	<i>betamethasone dipropionate (topical)</i> ...76
see <i>aztreonam</i> .....11	BARACLUDE.....16	<i>betamethasone dipropionate augmented</i> .....76, 77
azathioprine.....66	see <i>entecavir</i> .....16	<i>betamethasone valerate</i> .77
azelastine hcl.....72	BASAGLAR KWIKPEN...51	BETAPACE
azelastine hcl (ophth).....71	BCG VACCINE.....67	see <i>sorine</i> .....30
AZILECT	BD ALCOHOL SWABS...51	see <i>sotalol hcl</i> .....30
see <i>rasagiline mesylate</i> .....38	<i>benazepril &amp; hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i> .....27	BETAPACE AF
azithromycin .....17	<i>benazepril &amp; hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i> .....27	see <i>sotalol hcl (afib/afI)</i> 30
AZOPT	<i>benazepril &amp; hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i> .....27	BETASERON.....47
see <i>brinzolamide</i> .....71	<i>benazepril &amp; hydrochlorothiazide tab 5-6.25mg</i> .....27	<i>betaxolol hcl</i> .....32
AZOR	<i>benazepril hcl</i> .....27	<i>betaxolol hcl (ophth)</i> .....71
see <i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-20 mg</i> .....28	BENDEKA .....19	<i>bethanechol chloride</i> .....62
see <i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-40 mg</i> .....28	BENICAR	BETOPTIC-S .....71
see <i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-20 mg</i> .....28	see <i>olmesartan medoxomil</i> .....30	BEVESPI AER 9-4.8MCG .....72
see <i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-40 mg</i> .....28	BENICAR HCT	<i>bexarotene</i> .....21
aztreonam.....11	see <i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i> .....29	<i>bexarotene (topical)</i> .....78
AZULFIDINE	see <i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 10-6.25mg</i> .....27	BEXSERO INJ.....67
see <i>sulfasalazine</i> .....61	see <i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i> .....29	BIAXIN XL
AZULFIDINE EN-TABS	see <i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i> .....29	see <i>clarithromycin</i> .....17
see <i>sulfasalazine</i> .....61	B	<i>bicalutamide</i> .....20
azurette.....53	<i>bacitracin (ophthalmic)</i> ...70	BICILLIN L-A.....18
<b>B</b>	<i>bacitracin-polymyxin b ophth oint</i> .....70	BIKTARVY TAB 30-120-15 MG .....15
<i>bacitracin-polymyxin-neomycin-hc ophth oint 1%</i> .....70	<i>baclofen</i> .....47	BIKTARVY TAB 50-200-25 MG .....15
		BILTRICIDE
		see <i>praziquantel</i> .....12
		<i>bisoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab 10-6.25 mg</i> .....32

<i>bisoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab</i>		
2.5-6.25 mg.....		31
<i>bisoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab</i>		
5-6.25 mg.....		32
<i>bisoprolol fumarate</i> .....		32
BIVIGAM.....		66
<i>blisovi 24 fe</i> .....		53
<i>blisovi fe 1.5/30</i> .....		53
BOOSTRIX INJ.....		67
<i>bortezomib</i> .....		22
BORTEZOMIB.....		22
<i>bosentan</i> .....		34
BOSULIF.....		22
BRAFTOVI.....		22
BREO ELLIPTA INH 100-25.....		75
BREO ELLIPTA INH 200-25.....		75
BREO ELLIPTA INH 50-25MCG.....		74
BREZTRI AERO AER SPHERE.....		72
BREZTRI AERO AER SPHERE (INSTITUTIONAL PACK).....		72
<i>briellyn</i> .....		53
BRILINTA.....		64
<i>brimonidine tartrate</i> .....		71
<i>brinzolamide</i> .....		71
BRIVIACT.....		40
<i>bromfenac sodium (ophth)</i> .....		70
<i>bromocriptine mesylate</i> ...		37
BROMSITE.....		70
see <i>bromfenac sodium (ophth)</i> .....		70
BRONCHITOL.....		73
BRUKINSA.....		22
<i>budesonide</i> .....		60
<i>budesonide (inhalation)</i> ..		74
<i>bumetanide</i> .....		33
BUMEX		
see <i>bumetanide</i> .....		33
BUPHENYL		
see <i>sodium phenylbutyrate</i> .....		58
<i>buprenorphine hcl</i> .....		48
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i>		
12-3 mg (base equiv).....		48
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i>		
2-0.5 mg (base equiv).....		48
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i>		
4-1 mg (base equiv).....		48
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i>		
8-2 mg (base equiv).....		48
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab</i>		
2-0.5 mg (base equiv).....		48
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab</i>		
8-2 mg (base equiv).....		48
<i>bupropion hcl</i> .....		36
<i>bupropion hcl (smoking deterrent)</i> .....		48
<i>bupirone hcl</i> .....		35
<i>butorphanol tartrate</i> .....		10
BYDUREON BCISE.....		49
BYETTA.....		49
BYSTOLIC		
see <i>nebivolol hcl</i> .....		32
<b>C</b>		
<i>cabergoline</i> .....		57
CABOMETYX.....		22
<i>calcipotriene</i> .....		76
<i>calcitonin (salmon) spray</i>		52
<i>calcitrene</i> .....		76
<i>calcitriol</i> .....		59
<i>calcitriol (oral)</i> .....		59
<i>calcium acetate (phosphate binder)</i> .....		58
CALQUENCE.....		22
<i>camila</i> .....		53
CAMPTOSAR		
see <i>irinotecan hcl</i> .....		21
<i>camrese</i> .....		53
<i>camrese lo</i> .....		53
CANASA		
see <i>mesalamine</i> .....		61
CANCIDAS		
see <i>casprofungin acetate</i> .....		13
<i>candesartan cilexetil</i> .....		30
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab</i>		
16-12.5 mg.....		28
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab</i>		
32-12.5 mg.....		28
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab</i>		
32-25 mg.....		28
CAPLYTA.....		38
CAPRELSA.....		22
<i>captopril</i> .....		27
<i>captopril &amp; hydrochlorothiazide tab</i>		
25-15 mg.....		27
<i>captopril &amp; hydrochlorothiazide tab</i>		
25-25 mg.....		27
<i>captopril &amp; hydrochlorothiazide tab</i>		
50-15 mg.....		27
<i>captopril &amp; hydrochlorothiazide tab</i>		
50-25 mg.....		27
CARAFATE		
see <i>sucralfate</i> .....		61
<i>carb/levo orally disintegrating tab</i>		
10-100mg.....		37
<i>carb/levo orally disintegrating tab</i>		
25-100mg.....		37
<i>carb/levo orally disintegrating tab</i>		
25-250mg.....		37
CARBAGLU		
see <i>carglumic acid</i> .....		57
<i>carbamazepine</i> .....		41
CARBATROL		
see <i>carbamazepine</i> .....		41
<i>carbidopa &amp; levodopa tab</i>		
10-100 mg.....		37
<i>carbidopa &amp; levodopa tab</i>		
25-100 mg.....		37
<i>carbidopa &amp; levodopa tab</i>		
25-250 mg.....		37
<i>carbidopa &amp; levodopa tab er</i>		
25-100 mg.....		37

<i>carbidopa &amp; levodopa tab</i> <i>er 50-200 mg</i> .....37	<i>cefaclor</i> .....17	CIPRO .....17
<i>carbidopa-levodopa-</i> <i>entacapone tabs 12.5-</i> <i>50-200 mg</i> .....37	CEFACLOR ER .....17	<i>see ciprofloxacin hcl</i> ....17
<i>carbidopa-levodopa-</i> <i>entacapone tabs 18.75-</i> <i>75-200 mg</i> .....37	<i>cefadroxil</i> .....17	<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml</i> <i>in d5w</i> .....17
<i>carbidopa-levodopa-</i> <i>entacapone tabs 25-100-</i> <i>200 mg</i> .....37	CEFAZOLIN.....17	<i>ciprofloxacin 400 mg/200ml</i> <i>in d5w</i> .....17
<i>carbidopa-levodopa-</i> <i>entacapone tabs 31.25-</i> <i>125-200 mg</i> .....37	CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML .....17	<i>ciprofloxacin hcl</i> .....17, 18
<i>carbidopa-levodopa-</i> <i>entacapone tabs 37.5-</i> <i>150-200 mg</i> .....37	<i>cefazolin sodium</i> .....17	<i>ciprofloxacin hcl (ophth)</i> ..70
<i>carbidopa-levodopa-</i> <i>entacapone tabs 50-200-</i> <i>200 mg</i> .....37	CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4% .....17	<i>ciprofloxacin-</i> <i>dexamethasone otic susp</i> 0.3-0.1%.....72
<i>carboplatin</i> .....19	<i>cefdinir</i> .....17	<i>cisplatin</i> .....19
CARDIZEM <i>see diltiazem hcl</i> .....32	<i>cefepime hcl</i> .....17	<i>citalopram hydrobromide</i> 36
CARDIZEM CD <i>see cartia xt</i> .....32	<i>cefexime</i> .....17	<i>claravis</i> .....75
<i>see diltiazem hcl coated</i> <i>beads</i> .....32	<i>cefoxitin sodium</i> .....17	<i>clarithromycin</i> .....17
CARDURA <i>see doxazosin mesylate</i> .....28	<i>cefpodoxime proxetil</i> .....17	CLEOCIN <i>see clindamycin hcl</i> .....11
<i>carglumic acid</i> .....57	<i>cefprozil</i> .....17	<i>see clindamycin</i> <i>phosphate vaginal</i> ...63
<i>carisoprodol</i> .....47	<i>ceftazidime</i> .....17	CLEOCIN PEDIATRIC GRANULE <i>see clindamycin</i> <i>palmitate hydrochloride</i> .....11
CARNITOR <i>see levocarnitine</i> <i>(metabolic modifiers)</i> .....58	<i>ceftriaxone sodium</i> .....17	CLEOCIN PHOSPHATE <i>see clindamycin</i> <i>phosphate</i> .....11
<i>carteolol hcl (ophth)</i> .....71	<i>cefuroxime axetil</i> .....17	CLEOCIN-T <i>see clindamycin</i> <i>phosphate (topical)</i> ..75
<i>cartia xt</i> .....32	<i>cefuroxime sodium</i> .....17	CLIMARA <i>see estradiol</i> .....56
<i>carvedilol</i> .....32	CELEBEX <i>see celecoxib</i> .....9	<i>clindamycin hcl</i> .....11
CASODEX <i>see bicalutamide</i> .....20	<i>celecoxib</i> .....9	<i>clindamycin palmitate</i> <i>hydrochloride</i> .....11
<i>caspofungin acetate</i> .....13	CELEXA <i>see citalopram</i> <i>hydrobromide</i> .....36	<i>clindamycin phosphate</i> ...11
CATAPRES-TTS-1 <i>see clonidine</i> .....33	CELLCEPT <i>see mycophenolate</i> <i>mofetil</i> .....67	<i>clindamycin phosphate</i> <i>(topical)</i> .....75
CATAPRES-TTS-2 <i>see clonidine</i> .....33	CELONTIN <i>see methsuximide</i> .....42	<i>clindamycin phosphate in</i> <i>d5w iv soln 300 mg/50ml</i> .....11
CATAPRES-TTS-3 <i>see clonidine</i> .....34	<i>cephalexin</i> .....17	<i>clindamycin phosphate in</i> <i>d5w iv soln 600 mg/50ml</i> .....11
CAYSTON .....11	CERDELGA .....57	<i>clindamycin phosphate in</i> <i>d5w iv soln 900 mg/50ml</i> .....11
	CEREZYME .....57	<i>clindamycin phosphate</i> <i>vaginal</i> .....63
	<i>cetirizine hcl</i> .....72	
	<i>cevimeline hcl</i> .....78	
	<i>chateal eq</i> .....53	
	CHEMET .....53	
	<i>chlorhexidine gluconate</i> <i>(mouth-throat)</i> .....78	
	<i>chloroquine phosphate</i> ...14	
	<i>chlorpromazine hcl</i> .....38	
	<i>chlorthalidone</i> .....33	
	<i>cholestyramine</i> .....31	
	<i>cholestyramine light</i> .....31	
	<i>ciclopirox olamine</i> .....76	
	<i>cilostazol</i> .....64	
	CILOXAN.....70	
	CIMDUO TAB 300-300 ...15	
	<i>cinacalcet hcl</i> .....57	

CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML.....11	COMBIGAN SOL 0.2/0.5% .....71	CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR.....19
CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML.....11	COMBIVENT AER 20-100 .....72	<i>cycloserine</i> .....15
CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML.....12	COMETRIQ (60MG DOSE) .....22	<i>cyclosporine</i> .....67
CLINIMIX INJ 4.25/D10 ..69	COMETRIQ KIT 100MG .22	<i>cyclosporine modified (for microemulsion)</i> .....67
CLINIMIX INJ 4.25/D5W .69	COMETRIQ KIT 140MG .22	CYKLOKAPRON see <i>tranexamic acid</i> ....64
CLINIMIX INJ 5%/D15W .69	COMPLERA TAB.....15	CYMBALTA see <i>duloxetine hcl</i> .....36
CLINIMIX INJ 5%/D20W .69	<i>compro</i> .....60	<i>cyproheptadine hcl</i> .....72
CLINIMIX INJ 6/5.....69	<i>constulose</i> .....61	<i>cyred eq</i> .....53
CLINIMIX INJ 8/10.....69	COPAXONE see <i>glatiramer acetate</i> .47	CYSTADANE see <i>betaine powder for oral solution</i> .....57
CLINIMIX INJ 8/14.....69	see <i>glatopa</i> .....47	CYSTADROPS.....71
<i>clinisol sf 15%</i> .....69	COPIKTRA .....22	CYSTAGON.....57
CLINOLIPID EMU 20%...69	COREG see <i>carvedilol</i> .....32	CYSTARAN .....71
<i>clobazam</i> .....41	CORGARD see <i>nadolol</i> .....32	<i>cytarabine</i> .....19
<i>clobetasol propionate</i> .....77	CORLANOR .....34	CYTOMEL see <i>liothyronine sodium</i> .....59
<i>clobetasol propionate e</i> ...77	CORTEF see <i>hydrocortisone</i> .....57	CYTOTEC see <i>misoprostol</i> .....61
<i>clomipramine hcl</i> .....36	CORTENEMA see <i>hydrocortisone (intrarectal)</i> .....60	<b>D</b>
<i>clonazepam</i> .....41	COSOPT see <i>dorzolamide hcl- timolol maleate ophth soln 2-0.5%</i> .....71	D10W/NACL INJ 0.2%...68
<i>clonidine</i> .....33, 34	COTELLIC .....22	D2.5W/NACL INJ 0.45%.68
<i>clonidine hcl</i> .....34	COZAAR see <i>losartan potassium</i> .....30	D5W/LYTES INJ #48 .....68
<i>clopidogrel bisulfate</i> .....64	CREON CAP 12000UNT 61	<i>dabigatran etexilate mesylate</i> .....63
<i>clorazepate dipotassium</i> .41	CREON CAP 24000UNT 61	<i>dalfampridine</i> .....47
<i>clotrimazole</i> .....78	CREON CAP 3000UNIT .61	DALIRESP see <i>roflumilast</i> .....74
<i>clotrimazole (topical)</i> .....76	CREON CAP 36000UNT 61	<i>danazol</i> .....56
<i>clotrimazole w/ betamethasone cream 1- 0.05%</i> .....76	CREON CAP 6000UNIT .61	DANTRIUM see <i>dantrolene sodium</i> 48
<i>clozapine</i> .....38	CRESTOR see <i>rosuvastatin calcium</i> .....31	<i>dantrolene sodium</i> .....48
CLOZARIL see <i>clozapine</i> .....38	<i>cromolyn sodium</i> .....73	<i>dapsone</i> .....12
COARTEM TAB 20-120MG .....14	<i>cromolyn sodium (mastocytosis)</i> .....61	DAPTACEL INJ .....67
COLAZAL see <i>balsalazide disodium</i> .....60	<i>cromolyn sodium (ophth)</i> 71	<i>daptomycin</i> .....12
<i>colchicine</i> .....9	<i>cryselle-28</i> .....53	DAPTOMYCIN.....12 see <i>daptomycin</i> .....12
<i>colchicine w/ probenecid tab 0.5-500 mg</i> .....9	<i>cyclobenzaprine hcl</i> .....47	<i>darunavir</i> .....14
<i>colesevelam hcl</i> .....31	<i>cyclophosphamide</i> .....19	<i>dasetta 1/35</i> .....53
COLESTID see <i>colestipol hcl</i> .....31	CYCLOPHOSPHAMIDE .19	<i>dasetta 7/7/7</i> .....53
<i>colestipol hcl</i> .....31		DAURISMO .....22
<i>colistimethate sodium</i> .....12		<i>daysee</i> .....53
COLY-MYCIN M see <i>colistimethate sodium</i> .....12		DAYVIGO .....45
		DDAVP

see <i>desmopressin acetate</i> .....57	<i>desmopressin acetate</i> .....57	see <i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3%</i> .....68
<i>deblitane</i> .....53	<i>desmopressin acetate spray</i> .....57	DEXTROSE/SODIUM CHLORIDE
<i>deferasirox</i> .....53	<i>desmopressin acetate spray refrigerated</i> .....57	see <i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.225%</i> .....68
DELESTROGEN	<i>desogest-eth estrad &amp; eth estrad tab 0.15-0.02/0.01 mg(21/5)</i> .....53	DIACOMIT .....41
see <i>estradiol valerate</i> ..56	<i>desogestrel &amp; ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg</i> .....53	<i>diazepam</i> .....41
DELSTRIGO TAB.....15	<i>desvenlafaxine succinate</i> 36	<i>diazepam (anticonvulsant)</i> .....41
DELZICOL	DETROL	<i>diazepam inj.</i> .....41
see <i>mesalamine</i> .....61	see <i>tolterodine tartrate</i> 63	<i>diazepam intensol</i> .....41
DEMSEER	DETROL LA	<i>diazoxide</i> .....57
see <i>metyrosine</i> .....34	see <i>tolterodine tartrate</i> 63	<i>diclofenac potassium</i> .....9
DENGVAZIA SUS .....67	<i>dexamethasone</i> .....56	<i>diclofenac sodium</i> .....9
DEPAKOTE	DEXAMETHASONE	<i>diclofenac sodium (ophth)</i> .....70
see <i>divalproex sodium</i> 41	INTENSOL .....57	<i>diclofenac sodium (topical)</i> .....78
DEPAKOTE ER	<i>dexamethasone sodium phosphate</i> .....57	<i>dicloxacillin sodium</i> .....18
see <i>divalproex sodium</i> 41	<i>dexamethasone sodium phosphate (ophth)</i> .....70	<i>dicyclomine hcl</i> .....60
DEPAKOTE SPRINKLES	<i>dexmethylphenidate hcl</i> ..45	DIFICID.....17
see <i>divalproex sodium</i> 41	<i>dextrose</i> .....69	DIFLUCAN
DEPEN TITRATABS	<i>dextrose 10% w/ sodium chloride 0.45%</i> .....68	see <i>fluconazole</i> .....13
see <i>penicillamine</i> .....53	<i>dextrose 2.5% w/ sodium chloride 0.45%</i> .....68	<i>diflunisal</i> .....9
DEPO-MEDROL	DEXTROSE 2.5%/SODIUM CHLO	<i>difluprednate</i> .....71
see <i>methylprednisolone acetate</i> .....57	see <i>dextrose 2.5% w/ sodium chloride 0.45%</i> .....68	<i>digoxin</i> .....34
DEPO-PROVERA	DEXTROSE 5% w/ sodium chloride 0.2%	<i>dihydroergotamine mesylate</i> .....46
CONTRACEPTIV	see <i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.225%</i> .....68	DILANTIN .....41
see	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3%</i> .....68	see <i>phenytoin sodium extended</i> .....43
<i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive)</i> .....55	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%</i> .....68	DILANTIN INFATABS.....41
DEPO-SUBQ PROVERA 104.....53	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%</i> .....68	see <i>phenytoin</i> .....43
<i>depo-testosterone</i> .....49	DEXTROSE 5%/SODIUM CHLORI	DILANTIN-125 .....41
DERMA-SMOOTH/FS BODY	see <i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.225%</i> .....68	see <i>phenytoin</i> .....43
see <i>fluocinolone acetonide</i> .....77	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3%</i> .....68	DILAUDID
DERMA-SMOOTH/FS SCALP	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%</i> .....68	see <i>hydromorphone hcl</i> .....10
see <i>fluocinolone acetonide</i> .....77	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%</i> .....68	<i>diltiazem hcl</i> .....32
DERMOTIC	DEXTROSE 5%/SODIUM CHLORI	<i>diltiazem hcl coated beads</i> .....32
see <i>flac</i> .....72	see <i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.225%</i> .....68	<i>diltiazem hcl extended release beads</i> .....33
see <i>fluocinolone acetonide (otic)</i> .....72	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3%</i> .....68	<i>dilt-xr</i> .....32
DESCOVY TAB 120-15MG .....15	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%</i> .....68	DIOVAN
DESCOVY TAB 200/25MG .....15	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%</i> .....68	see <i>valsartan</i> .....30
<i>desipramine hcl</i> .....36		

DIOVAN HCT	see <i>valsartan-</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 160-12.5 mg .....29	see <i>doxorubicin hcl</i> <i>liposomal</i> .....19	EFFIENT	see <i>prasugrel hcl</i> .....64
see <i>valsartan-</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 160-25 mg .....29	see <i>valsartan-</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 320-12.5 mg .....29	<i>doxorubicin hcl</i> .....19	EFUDEX	see <i>fluorouracil (topical)</i> .....78
see <i>valsartan-</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 320-25 mg .....30	see <i>valsartan-</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 80-12.5 mg .....29	<i>doxy 100</i> .....19	ELIGARD .....20	<i>elinest</i> .....54
DIP/TET PED INJ 25-5LFU	DIPHYDRAMINE HCL.....72	<i>doxycycline (monohydrate)</i> .....19	ELIQUIS .....63	ELIQUIS STARTER PACK .....63
.....67	<i>diphenoxylate w/ atropine</i> <i>liq 2.5-0.025 mg/5ml</i> ...61	<i>doxycycline hyclate</i> .....19	ELLENCE .....19	<i>eluryng</i> .....54
<i>diphenoxylate w/ atropine</i> <i>tab 2.5-0.025 mg</i> .....61	DIPROLENE	<i>dronabinol</i> .....60	EMEND	see <i>aprepitant</i> .....59
see <i>betamethasone</i> <i>dipropionate</i> <i>augmented</i> .....77	<i>dipyridamole</i> .....64	<i>drospirenone-ethinyl</i> <i>estradiol tab 3-0.02 mg</i> 54	EMSAM .....36	<i>emtricitabine</i> .....14
<i>dipyridamole</i> .....64	<i>disopyramide phosphate</i> .30	<i>drospirenone-ethinyl</i> <i>estradiol tab 3-0.03 mg</i> 54	<i>emtricitabine-tenofovir</i> <i>disoproxil fumarate tab</i> 100-150 mg.....15	<i>emtricitabine-tenofovir</i> <i>disoproxil fumarate tab</i> 133-200 mg.....15
<i>disulfiram</i> .....48	<i>divalproex sodium</i> .....41	<i>drospirenone-ethinyl</i> <i>estrad-levomefolate tab</i> 3-0.03-0.451 mg.....53	<i>emtricitabine-tenofovir</i> <i>disoproxil fumarate tab</i> 167-250 mg.....15	<i>emtricitabine-tenofovir</i> <i>disoproxil fumarate tab</i> 200-300 mg.....15
<i>docetaxel</i> .....21	DOCETAXEL.....21	DROXIA.....64	EMTRIVA.....14	see <i>emtricitabine</i> .....14
see <i>docetaxel</i> .....21	<i>dofetilide</i> .....30	<i>droxidopa</i> .....34	EMVERM.....12	<i>enalapril maleate</i> .....27
<i>donepezil hydrochloride</i> ..35	DOPTLET.....64	DULERA AER 100-5MCG .....75	<i>enalapril maleate &amp;</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 10-25 mg.....27	<i>enalapril maleate &amp;</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 5-12.5 mg.....27
<i>DOPTLET</i> .....64	<i>dorzolamide hcl</i> .....71	DULERA AER 200-5MCG .....75	ENBREL .....64, 65	ENBREL MINI.....65
<i>dorzolamide hcl-timolol</i> <i>maleate ophth soln 2-</i> <i>0.5%</i> .....71	<i>dotti</i> .....56	DULERA AER 50-5MCG 75	ENBREL SURECLICK...65	ENDARI .....64
<i>DOVATO TAB 50-300MG</i> .....15	<i>doxazosin mesylate</i> .....28	<i>duloxetine hcl</i> .....36	<i>endocet tab 10-325mg</i> ...10	<i>endocet tab 2.5-325mg</i> ...10
<i>doxepin hcl</i> .....36	<i>doxepin hcl (sleep)</i> .....45	DUPIXENT .....64	<i>endocet tab 5-325mg</i> .....10	<i>endocet tab 7.5-325mg</i> ...10
DOXIL	see <i>venlafaxine hcl</i> .....37	DUREZOL	ENGERIX-B.....67	<i>enilloring</i> .....54
		see <i>difluprednate</i> .....71	<i>enoxaparin sodium</i> .....63	
		<i>dutasteride</i> .....62		
		<i>dutasteride-tamsulosin hcl</i> <i>cap 0.5-0.4 mg</i> .....62		
		<b>E</b>		
		<i>e.e.s. 400</i> .....17		
		EC-NAPROSYN		
		see <i>ec-naproxen</i> .....9		
		see <i>naproxen</i> .....9		
		<i>ec-naproxen</i> .....9		
		EDURANT .....14		
		<i>efavirenz</i> .....14		
		<i>efavirenz-emtricitabine-</i> <i>tenofovir df tab 600-200-</i> <i>300 mg</i> .....15		
		<i>efavirenz-lamivudine-</i> <i>tenofovir df tab 400-300-</i> <i>300 mg</i> .....15		
		<i>efavirenz-lamivudine-</i> <i>tenofovir df tab 600-300-</i> <i>300 mg</i> .....15		
		EFFEXOR XR		
		see <i>venlafaxine hcl</i> .....37		



<i>enpresse-28</i> .....	54	ERYTHROCIN		see <i>raloxifene hcl</i> .....	58
<i>enskyce</i> .....	54	LACTOBIONATE .....	17	EVOTAZ TAB 300-150 ...	15
ENSTILAR AER.....	77	see <i>erythromycin</i>		EVOXAC	
<i>entacapone</i> .....	37	<i>lactobionate</i> .....	17	see <i>cevimeline hcl</i> .....	78
<i>entecavir</i> .....	16	<i>erythrocin stearate</i> .....	17	EXELON	
ENTRESTO TAB 24-26MG		<i>erythromycin (acne aid)</i> ..	75	see <i>rivastigmine</i> .....	35
.....	28	<i>erythromycin (ophth)</i> .....	70	<i>exemestane</i> .....	20
ENTRESTO TAB 49-51MG		<i>erythromycin base</i> .....	17	EXFORGE	
.....	28	<i>erythromycin ethylsuccinate</i>		see <i>amlodipine besylate-</i>	
ENTRESTO TAB 97-		.....	17	<i>valsartan tab 10-160</i>	
103MG .....	28	<i>erythromycin lactobionate</i>		<i>mg</i> .....	28
<i>enulose</i> .....	61	.....	17	see <i>amlodipine besylate-</i>	
EPCLUSA PAK 150-37.5	16	ESBRIET		<i>valsartan tab 10-320</i>	
EPCLUSA PAK 200-50MG		see <i>pirfenidone</i> .....	74	<i>mg</i> .....	28
.....	16	<i>escitalopram oxalate</i> .....	36	see <i>amlodipine besylate-</i>	
EPCLUSA TAB 200-50MG		<i>esomeprazole magnesium</i>		<i>valsartan tab 5-160 mg</i>	
.....	16	.....	62	.....	28
EPCLUSA TAB 400-100.	16	<i>estarylla</i> .....	54	see <i>amlodipine besylate-</i>	
EPIDIOLEX.....	41	ESTRACE		<i>valsartan tab 5-320 mg</i>	
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i>		see <i>estradiol</i> .....	56	.....	28
.....	34, 73	see <i>estradiol vaginal</i> ...	56	EXKIVITY.....	22
EPIPEN 2-PAK		<i>estradiol</i> .....	56	EYSUVIS .....	71
see <i>epinephrine</i>		<i>estradiol &amp; norethindrone</i>		<i>ezetimibe</i> .....	31
( <i>anaphylaxis</i> ).....	73	<i>acetate tab 0.5-0.1 mg</i>	56	<i>ezetimibe-simvastatin tab</i>	
EPIPEN-JR 2-PAK		<i>estradiol &amp; norethindrone</i>		10-10 mg.....	31
see <i>epinephrine</i>		<i>acetate tab 1-0.5 mg</i> ...	56	<i>ezetimibe-simvastatin tab</i>	
( <i>anaphylaxis</i> ).....	73	<i>estradiol vaginal</i> .....	56	10-20 mg.....	31
<i>epitol</i> .....	41	<i>estradiol valerate</i> .....	56	<i>ezetimibe-simvastatin tab</i>	
EPIVIR		<i>eszopiclone</i> .....	45	10-40 mg.....	31
see <i>lamivudine</i> .....	14	<i>ethambutol hcl</i> .....	15	<i>ezetimibe-simvastatin tab</i>	
<i>eplerenone</i> .....	27	<i>ethosuximide</i> .....	42	10-80 mg.....	31
EPRONTIA .....	41	<i>ethynodiol diacetate &amp;</i>		<b>F</b>	
EPZICOM		<i>ethinyl estradiol tab 1</i>		FABRAZYME .....	57
see <i>abacavir sulfate-</i>		<i>mg-35 mcg</i> .....	54	<i>falmina</i> .....	54
<i>lamivudine tab 600-</i>		<i>ethynodiol diacetate &amp;</i>		<i>famciclovir</i> .....	16
300 mg .....	15	<i>ethinyl estradiol tab 1</i>		<i>famotidine</i> .....	60
<i>ergotamine w/ caffeine tab</i>		<i>mg-50 mcg</i> .....	54	<i>famotidine in nacl 0.9% iv</i>	
1-100 mg.....	46	<i>etodolac</i> .....	9	<i>soln 20 mg/50ml</i> .....	60
ERIVEDGE .....	22	<i>etonogestrel-ethinyl</i>		FANAPT .....	38
ERLEADA.....	20	<i>estradiol va ring 0.12-</i>		FANAPT PAK .....	38
<i>erlotinib hcl</i> .....	22	0.015 mg/24hr.....	54	FARESTON	
<i>errin</i> .....	54	<i>etoposide</i> .....	21	see <i>toremifene citrate</i> ..	20
<i>ertapenem sodium</i> .....	12	<i>etravirine</i> .....	14	FARXIGA.....	49
<i>ery</i> .....	75	EULEXIN .....	20	FASENRA.....	73
ERYGEL		<i>euthyrox</i> .....	59	FASENRA PEN .....	73
see <i>erythromycin (acne</i>		<i>everolimus</i> .....	22	FASLODEX	
<i>aid)</i> .....	75	<i>everolimus</i>		see <i>fulvestrant</i> .....	20
<i>ery-tab</i> .....	17	( <i>immunosuppressant</i> ) .	67	<i>felbamate</i> .....	42
		EVISTA		FELBATOL	

see <i>felbamate</i> .....	42	<i>fluoxetine hcl</i> .....	36	<b>G</b>
FELDENE		<i>fluphenazine decanoate</i> ..	38	<i>gabapentin</i> .....
see <i>piroxicam</i> .....	9	<i>fluphenazine hcl</i> .....	39	<i>galantamine hydrobromide</i>
<i>felodipine</i> .....	33	<i>flurbiprofen</i> .....	9	.....
FEMARA		<i>flurbiprofen sodium</i> .....	71	GAMASTAN INJ .....
see <i>letrozole</i> .....	20	<i>fluticasone propionate</i> .....	77	GAMMAGARD LIQUID ...
<i>fenofibrate</i> .....	30	<i>fluticasone propionate</i>		GAMMAGARD S/D IGA
<i>fenofibrate micronized</i> ...	30	( <i>nasal</i> ) .....	74	LESS TH .....
<i>fentanyl</i> .....	9	<i>fluticasone-salmeterol aer</i>		GAMMAKED.....
<i>fentanyl citrate</i> .....	10	<i>powder ba 100-50</i>		GAMMAPLEX.....
<i>fesoterodine fumarate</i> ....	62	<i>mcg/act</i> .....	75	GAMUNEX-C.....
FETZIMA .....	36	<i>fluticasone-salmeterol aer</i>		<i>ganciclovir sodium</i> .....
FETZIMA CAP TITRATIO		<i>powder ba 250-50</i>		GARDASIL 9 INJ .....
.....	36	<i>mcg/act</i> .....	75	GASTROCROM
FIASP .....	51	<i>fluticasone-salmeterol aer</i>		see <i>cromolyn sodium</i>
FIASP FLEXTOUCH.....	51	<i>powder ba 500-50</i>		( <i>mastocytosis</i> ) .....
FIASP PENFILL.....	51	<i>mcg/act</i> .....	75	<i>gatifloxacin (ophth)</i> .....
FIASP PUMPCART .....	51	<i>flvoxamine maleate</i> .....	35	GATTEX .....
<i>finasteride</i> .....	62	FML LIQUIFILM		GAUZE PADS 2.....
<i>finolimid hcl</i> .....	47	see <i>fluorometholone</i>		<i>gavilyte-c</i> .....
FINTEPLA .....	42	( <i>ophth</i> ) .....	71	<i>gavilyte-g</i> .....
<i>finzala</i> .....	54	FOCALIN		GAVRETO .....
FIRAZYR		see <i>dexmethylphenidate</i>		<i>gefitinib</i> .....
see <i>icatibant acetate</i> ...	64	<i>hcl</i> .....	45	<i>gemcitabine hcl</i> .....
see <i>sajazir</i> .....	64	<i>fondaparinux sodium</i> .....	63	GEMCITABINE
FIRMAGON .....	20	FOSAMAX		HYDROCHLORIDE
<i>flac</i> .....	72	see <i>alendronate sodium</i>		see <i>gemcitabine hcl</i> ....
FLAREX.....	71	.....	52	<i>gemfibrozil</i> .....
FLEBOGAMMA DIF.....	66	<i>fosamprenavir calcium</i> ....	14	GEMTESA .....
<i>flecainide acetate</i> .....	30	<i>fosinopril sodium</i> .....	27	<i>generlac</i> .....
FLOMAX		<i>fosinopril sodium &amp;</i>		<i>gengraf</i> .....
see <i>tamsulosin hcl</i> .....	62	<i>hydrochlorothiazide tab</i>		GENOTROPIN.....
<i>fluconazole</i> .....	13	10-12.5 mg.....	27	GENOTROPIN MINIQUICK
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj</i>		<i>fosinopril sodium &amp;</i>		.....
200 mg/100ml .....	13	<i>hydrochlorothiazide tab</i>		<i>gentamicin in saline inj 0.8</i>
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj</i>		20-12.5 mg.....	27	mg/ml .....
400 mg/200ml .....	13	FOSRENOL		<i>gentamicin in saline inj 1</i>
<i>flucytosine</i> .....	13	see <i>lanthanum carbonate</i>		mg/ml .....
<i>fludrocortisone acetate</i> ...	57	.....	58	<i>gentamicin in saline inj 1.2</i>
<i>flunisolide (nasal)</i> .....	74	FOTIVDA .....	22	mg/ml .....
<i>fluocinolone acetamide</i> ....	77	FRUZAQLA.....	22	<i>gentamicin in saline inj 1.6</i>
<i>fluocinolone acetamide</i>		<i>fulvestrant</i> .....	20	mg/ml .....
( <i>otic</i> ) .....	72	<i>furosemide</i> .....	33	<i>gentamicin in saline inj 2</i>
<i>fluocinonide</i> .....	77	<i>furosemide inj</i> .....	33	mg/ml .....
<i>fluocinonide emulsified</i>		FUZEON.....	14	<i>gentamicin sulfate</i> .....
<i>base</i> .....	77	<i>fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg</i>		<i>gentamicin sulfate (ophth)</i>
<i>fluorometholone (ophth)</i> ..	71	.....	56	.....
<i>fluorouracil</i> .....	19	<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i> ....	56	<i>gentamicin sulfate (topical)</i>
<i>fluorouracil (topical)</i> .....	78	FYCOMPA .....	42	.....

GENVOYA TAB.....	15	<i>hailey 24 fe</i> .....	54	HUMIRA PEDIATRIC	
GEODON		HALDOL DECANOATE		CROHNS D.....	65
see <i>ziprasidone hcl</i> .....	40	100		HUMIRA PEN.....	65
see <i>ziprasidone mesylate</i>		see <i>haloperidol</i>		HUMIRA PEN KIT PS/UV	
.....	40	<i>decanoate</i> .....	39	.....	65
GILENYA		HALDOL DECANOATE 50		HUMIRA PEN-CD/UC/HS	
see <i> fingolimod hcl</i> .....	47	see <i>haloperidol</i>		START.....	65
GILOTRIF.....	23	<i>decanoate</i> .....	39	HUMIRA PEN-PEDIATRIC	
<i>glatiramer acetate</i> .....	47	<i>halobetasol propionate</i> ...	77	UC S.....	65
<i>glatopa</i> .....	47	<i>haloette</i> .....	54	HUMIRA PEN-PS/UV	
GLEEVEC		<i>haloperidol</i> .....	39	STARTER.....	65
see <i> imatinib mesylate</i> ..	23	<i>haloperidol decanoate</i> ...	39	HUMULIN R U-500	
GLEOSTINE.....	19	<i>haloperidol lactate</i> .....	39	(CONCENTR.....)	51
<i>glimepiride</i> .....	49	HARVONI PAK 33.75-		HUMULIN R U-500	
<i>glipizide</i> .....	49	150MG.....	16	KWIKPEN.....	51
<i>glipizide xl</i> .....	49	HARVONI PAK 45-200MG		<i>hydralazine hcl</i> .....	34
<i>glipizide-metformin hcl tab</i>		.....	16	HYDREA	
2.5-250 mg.....	49	HARVONI TAB 45-200MG		see <i>hydroxyurea</i> .....	21
<i>glipizide-metformin hcl tab</i>		.....	16	<i>hydrochlorothiazide</i> .....	33
2.5-500 mg.....	49	HARVONI TAB 90-400MG		<i>hydrocodone bitartrate</i> .....	9
<i>glipizide-metformin hcl tab</i>		.....	16	<i>hydrocodone-</i>	
5-500 mg.....	49	HAVRIX.....	67	<i>acetaminophen soln 7.5-</i>	
GLUCOTROL XL		<i>heather</i> .....	54	325 mg/15ml.....	10
see <i>glipizide</i> .....	49	HEP SOD/D5W INJ		<i>hydrocodone-</i>	
see <i>glipizide xl</i> .....	49	20000UNT.....	63	<i>acetaminophen tab 10-</i>	
<i>glycopyrrolate</i> .....	60	HEP SOD/D5W INJ		325 mg.....	10
<i>glydo</i> .....	77	25000UNT.....	63	<i>hydrocodone-</i>	
GLYXAMBI TAB 10-5 MG		HEP SOD/NAACL INJ		<i>acetaminophen tab 5-325</i>	
.....	49	12500UNT.....	63	mg.....	10
GLYXAMBI TAB 25-5 MG		HEP SOD/NAACL INJ		<i>hydrocodone-</i>	
.....	49	25000UNT.....	63	<i>acetaminophen tab 7.5-</i>	
GOLYTELY		<i>heparin sodium (porcine)</i> 63		325 mg.....	10
see <i>gavilyte-g</i> .....	61	HEPARIN/NAACL INJ		<i>hydrocodone-ibuprofen tab</i>	
see <i>peg 3350-kcl-na</i>		25000UNT.....	63	7.5-200 mg.....	10
<i>bicarb-nacl-na sulfate</i>		HEPLISAV-B.....	67	<i>hydrocortisone</i> .....	57
<i>for soln 236 gm</i> .....	61	HERCEP HYLEC SOL 60-		<i>hydrocortisone (intrarectal)</i>	
<i>granisetron hcl</i> .....	60	10000.....	23	.....	60
<i>griseofulvin microsize</i> ....	13	HERCEPTIN.....	23	<i>hydrocortisone (rectal)</i> ....	78
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>		HERZUMA.....	23	<i>hydrocortisone (topical)</i> ..	77
.....	13	HETLIOZ		<i>hydromorphone hcl</i> .....	10
<i>guanfacine hcl</i> .....	34	see <i>tasimelteon</i> .....	45	<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	
<i>guanfacine hcl (adhd)</i> .....	45	HIBERIX.....	67	.....	66
GVOKE HYPOPEN 2-		HIPREX		<i>hydroxyurea</i> .....	21
PACK.....	57	see <i>methenamine</i>		<i>hydroxyzine hcl</i> .....	72
GVOKE KIT.....	57	<i>hippurate</i> .....	12	<i>hydroxyzine pamoate</i> .....	72
GVOKE PFS.....	57	HUMIRA.....	65	HYSINGLA ER.....	10
<b>H</b>		HUMIRA PEDIA INJ		HYZAAR	
HAEGARDA.....	64	CROHNS.....	65		
<i>hailey 1.5/30</i> .....	54				

see <i>losartan potassium &amp; hydrochlorothiazide tab</i> 100-12.5 mg .....28	INBRIJA.....38	ISENTRESS HD .....14
see <i>losartan potassium &amp; hydrochlorothiazide tab</i> 100-25 mg .....29	<i>incassia</i> .....54	<i>isibloom</i> .....54
see <i>losartan potassium &amp; hydrochlorothiazide tab</i> 50-12.5 mg .....28	INCRELEX.....58	ISOLYTE-P INJ /D5W.....68
<b>I</b>	INCRUSE ELLIPTA .....72	ISOLYTE-S INJ.....68
<i>ibandronate sodium</i> .....52	<i>indapamide</i> .....33	ISOLYTE-S INJ PH 7.4...68
IBRANCE.....23	INDERAL LA	<i>isoniazid</i> .....15
<i>ibu</i> .....9	see <i>propranolol hcl</i> .....32	ISORDIL TITRADOSE
<i>ibuprofen</i> .....9	INFANRIX INJ.....67	see <i>isosorbide dinitrate</i> .....34
<i>icatibant acetate</i> .....64	INFLIXIMAB.....65	<i>isosorbide dinitrate</i> .....34
<i>iclevia</i> .....54	INLYTA .....23	<i>isosorbide mononitrate</i> ...34
ICLUSIG .....23	INQOVI TAB 35-100MG .20	<i>isotretinoin</i> .....75
IDACIO (2 PEN).....65	INREBIC .....23	<i>isradipine</i> .....33
IDACIO (2 SYRINGE).....65	INSPRA	<i>itraconazole</i> .....13
IDACIO CROHN INJ	see <i>eplerenone</i> .....27	<i>ivermectin</i> .....12
DISEASE .....65	INSULIN PEN NEEDLES:	IWILFIN .....21
IDACIO PLAQU INJ	BD/NOVO.....51	IXCHIQ INJ.....67
PSORIASIS.....65	INSULIN SAFETY	IXIARO INJ .....67
IDHIFA.....23	NEEDLES .....51	<b>J</b>
<i>imatinib mesylate</i> .....23	INSULIN SYRINGES: BD	JADENU
IMBRUVICA.....23	.....51	see <i>deferasirox</i> .....53
<i>imipenem-cilastatin</i>	INTELENCE.....14	JADENU SPRINKLE
<i>intravenous for soln 250</i>	see <i>etravirine</i> .....14	see <i>deferasirox</i> .....53
<i>mg</i> .....12	INTRALIPID .....69	JAKAFI .....23
<i>imipenem-cilastatin</i>	<i>introvale</i> .....54	JALYN
<i>intravenous for soln 500</i>	INTUNIV	see <i>dutasteride-</i>
<i>mg</i> .....12	see <i>guanfacine hcl</i>	<i>tamsulosin hcl cap 0.5-</i>
<i>imipramine hcl</i> .....36	( <i>adhd</i> ).....45	<i>0.4 mg</i> .....62
<i>imiquimod</i> .....78	INVEGA	<i>jantoven</i> .....63
IMITREX	see <i>paliperidone</i> .....39	JANUMET TAB 50-1000.49
see <i>sumatriptan</i>	INVEGA HAFYERA .....39	JANUMET TAB 50-500MG
<i>succinate</i> .....46	INVEGA SUSTENNA.....39	.....49
IMITREX STATDOSE	INVEGA TRINZA .....39	JANUMET XR TAB 100-
REFILL	IPOL INJ INACTIVE.....67	1000 .....49
see <i>sumatriptan</i>	<i>ipratropium bromide</i> .....72	JANUMET XR TAB 50-
<i>succinate</i> .....46	<i>ipratropium bromide (nasal)</i>	1000 .....49
IMITREX STATDOSE	.....72	JANUMET XR TAB 50-
SYSTEM	<i>ipratropium-albuterol nebu</i>	500MG .....49
see <i>sumatriptan</i>	<i>soln 0.5-2.5(3) mg/3ml</i> 72	JANUVIA.....50
<i>succinate</i> .....46	<i>irbesartan</i> .....30	JARDIANCE .....50
IMOVAX RABIES	<i>irbesartan-</i>	<i>jasmiel</i> .....54
(H.D.C.V.) .....67	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	<i>javygtor</i> .....58
IMURAN	150-12.5 mg.....28	JAYPIRCA .....23
see <i>azathioprine</i> .....66	<i>irbesartan-</i>	JENTADUETO TAB 2.5-
	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	1000 .....50
	300-12.5 mg.....28	JENTADUETO TAB 2.5-
	IRESSA	500 .....50
	see <i>gefitinib</i> .....23	JENTADUETO TAB 2.5-
	<i>irinotecan hcl</i> .....21	850 .....50
	ISENTRESS .....14	

JENTADUETO TAB XR 2.5-1000MG .....	50	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj</i> .....	68	<i>klor-con 10</i> .....	69
JENTADUETO TAB XR 5- 1000MG .....	50	<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.45% inj</i> .....	68	<i>klor-con 8</i> .....	69
<i>jinteli</i> .....	56	<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.45% inj</i> .....	68	<i>klor-con m10</i> .....	69
<i>jolessa</i> .....	54	<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.45% inj</i> .....	68	<i>klor-con m15</i> .....	69
<i>juleber</i> .....	54	<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.9% inj</i> .....	68	<i>klor-con m20</i> .....	69
JULUCA TAB 50-25MG ..	15	<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj</i> .....	68	KORLYM.....	58
<i>junel 1.5/30</i> .....	54	KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9%.....	69	<i>see mifepristone (hyperglycemia)</i> .....	58
<i>junel 1/20</i> .....	54	<i>kelnor 1/35</i> .....	54	KOSELUGO.....	23
<i>junel fe 1.5/30</i> .....	54	<i>kelnor 1/50</i> .....	54	<i>kourzeq</i> .....	78
<i>junel fe 1/20</i> .....	54	KEPPRA <i>see levetiracetam</i> .....	42	KRAZATI.....	23
<i>junel fe 24</i> .....	54	<i>see roweepa</i> .....	43	K-TAB	
JYNNEOS.....	67	KEPPRA XR <i>see levetiracetam</i> .....	42	<i>see potassium chloride</i> .....	69
<b>K</b>		KERENDIA .....	28	<i>kurvelo</i> .....	54
KADCYLA.....	23	KESIMPTA .....	47	KUVAN	
<i>kaitlib fe</i> .....	54	<i>ketoconazole</i> .....	13	<i>see javygtor</i> .....	58
KALETRA		<i>ketoconazole (topical)</i> .....	76	<i>see sapropterin dihydrochloride</i> .....	58
<i>see lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80-20 mg/ml)</i> .....	15	<i>ketorolac tromethamine (ophth)</i> .....	71	<b>L</b>	
<i>see lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg</i> .....	15	KEVZARA.....	65	<i>labetalol hcl</i> .....	32
<i>see lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg</i> .....	15	KEYTRUDA .....	23	<i>lacosamide</i> .....	42
KALYDECO .....	73	KINRIX INJ .....	67	<i>lacosamide oral</i> .....	42
KANJINTI.....	23	KISQALI 200 DOSE.....	23	<i>lactated ringer's solution</i> ..	69
<i>kariva</i> .....	54	KISQALI 200 PAK FEMARA .....	21	<i>lactic acid (ammonium lactate)</i> .....	78
KCL 0.3%/D5W/NACL 0.9%		KISQALI 400 DOSE.....	23	<i>lactulose</i> .....	61
<i>see kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.9% inj</i> .....	68	KISQALI 400 PAK FEMARA .....	21	<i>lactulose (encephalopathy)</i> .....	61
<i>kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.45% inj</i> .....	68	KISQALI 600 DOSE.....	23	LAMICTAL	
<i>kcl 20 meq/l (0.149%) in nacl 0.45% inj</i> .....	68	KISQALI 600 PAK FEMARA .....	21	<i>see lamotrigine</i> .....	42
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.2% inj</i> .....	68	KITABIS PAK <i>see tobramycin</i> .....	13	<i>see subvenite</i> .....	43
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.45% inj</i> .....	68	KLARON <i>see sulfacetamide sodium (acne)</i> .....	75	LAMICTAL CHEWABLE DISPERS	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.9% inj</i> .....	68	<i>klayesta</i> .....	76	<i>see lamotrigine</i> .....	42
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj</i> .....	68	KLONOPIN <i>see clonazepam</i> .....	41	<i>lamivudine</i> .....	14
		<i>klor-con</i> .....	69	<i>lamivudine (hbv)</i> .....	16
				<i>lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg</i> .....	15
				<i>lamotrigine</i> .....	42
				LANOXIN	
				<i>see digoxin</i> .....	34
				<i>lansoprazole</i> .....	62
				<i>lanthanum carbonate</i> .....	58
				LANTUS .....	51
				LANTUS SOLOSTAR .....	51
				<i>lapatinib ditosylate</i> .....	23
				<i>larin 1.5/30</i> .....	54

<i>larin 1/20</i> .....54	<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1500 mg/100ml</i> .....42	see <i>fosamprenavir calcium</i> .....14
<i>larin 24 fe</i> .....54	<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 500 mg/100ml</i> .....42	LIALDA see <i>mesalamine</i> .....61
<i>larin fe 1.5/30</i> .....54	<i>levobunolol hcl</i> .....71	<i>lidocaine</i> .....77
<i>larin fe 1/20</i> .....54	<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i> .....58	<i>lidocaine hcl</i> .....77
LASIX see <i>furosemide</i> .....33	<i>levocetirizine dihydrochloride</i> .....72	<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i> .....11
<i>latanoprost</i> .....71	<i>levofloxacin</i> .....18	<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i> .....79
LATUDA see <i>lurasidone hcl</i> .....39	<i>levofloxacin in d5w iv soln 250 mg/50ml</i> .....18	<i>lidocaine-prilocaine cream 2.5-2.5%</i> .....77
<i>layolis fe</i> .....54	<i>levofloxacin in d5w iv soln 500 mg/100ml</i> .....18	<i>lidocan</i> .....78
<i>leena</i> .....54	<i>levofloxacin in d5w iv soln 750 mg/150ml</i> .....18	LIDODERM see <i>lidocaine</i> .....77
<i>leflunomide</i> .....66	<i>levonest</i> .....54	see <i>lidocan</i> .....78
<i>lenalidomide</i> .....20, 21	<i>levonor-eth est tab 0.15-0.02/0.025/0.03 mg &amp; eth est 0.01 mg</i> .....54	<i>linezolid</i> .....12
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE .....23	<i>levonorgestrel &amp; ethinyl estradiol (91-day) tab 0.15-0.03 mg</i> .....54	LINEZOLID INJ 2MG/ML 12
LENVIMA 12MG DAILY DOSE .....23	<i>levonorgestrel &amp; ethinyl estradiol tab 0.1 mg-20 mcg</i> .....54	LINZESS.....61
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE .....24	<i>levonorgestrel &amp; ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg</i> .....54	<i>liothyronine sodium</i> .....59
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE .....23	<i>levonorgestrel-eth estra tab 0.05-30/0.075-40/0.125-30mg-mcg</i> .....54	LIPITOR see <i>atorvastatin calcium</i> .....31
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE .....23	<i>levonorg-eth est tab 0.1-0.02mg(84) &amp; eth est tab 0.01mg(7)</i> .....54	<i>lisinopril</i> .....27
LENVIMA CAP 14 MG....24	<i>levonorg-eth est tab 0.15-0.03mg(84) &amp; eth est tab 0.01mg(7)</i> .....54	<i>lisinopril &amp; hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i> .....27
LENVIMA CAP 18 MG....24	<i>levora 0.15/30-28</i> .....54	<i>lisinopril &amp; hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i> .....27
LENVIMA CAP 24 MG....24	<i>levo-t</i> .....59	<i>lisinopril &amp; hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i> .....27
<i>lessina</i> .....54	<i>levothyroxine sodium</i> .....59	<i>lithium</i> .....47
LETAIRIS see <i>ambrisentan</i> .....34	<i>levoxyl</i> .....59	<i>lithium carbonate</i> .....47
<i>letrozole</i> .....20	LEXAPRO see <i>escitalopram oxalate</i> .....36	LITHOBID see <i>lithium carbonate</i> ..47
<i>leucovorin calcium</i> .....26	LEXIVA .....14	LODINE see <i>etodolac</i> .....9
LEUKERAN .....19		<i>loestrin 1.5/30-21</i> .....54
<i>leuprolide acetate</i> .....20		<i>loestrin 1/20-21</i> .....54
<i>levabuterol hcl</i> .....73		<i>loestrin fe 1.5/30</i> .....54
<i>levabuterol tartrate</i> .....73		<i>loestrin fe 1/20</i> .....54
<i>levetiracetam</i> .....42		LOKELMA.....53
LEVETIRACETAM see <i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1000 mg/100ml</i> .....42		LOMOTIL see <i>diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-0.025 mg</i> .....61
see <i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1500 mg/100ml</i> .....42		LONSURF TAB 15-6.14 .20
see <i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 500 mg/100ml</i> .....42		
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1000 mg/100ml</i> .....42		

LONSURF TAB 20-8.19 .20	see <i>amlodipine besylate-</i>	see <i>nitrofurantoin</i>
<i>loperamide hcl</i> .....61	<i>benazepril hcl cap 5-10</i>	<i>monohd macro</i> .....12
LOPID	<i>mg</i> .....26	MACRODANTIN
see <i>gemfibrozil</i> .....31	see <i>amlodipine besylate-</i>	see <i>nitrofurantoin</i>
<i>lopinavir-ritonavir soln 400-</i>	<i>benazepril hcl cap 5-20</i>	<i>macrocrystal</i> .....12
<i>100 mg/5ml (80-20</i>	<i>mg</i> .....26	<i>magnesium sulfate</i> .....69
<i>mg/ml)</i> .....15	LOTRONEX	MAGNESIUM SULFATE 69
<i>lopinavir-ritonavir tab 100-</i>	see <i>alose tron hcl</i> .....61	see <i>magnesium sulfate</i>
<i>25 mg</i> .....15	<i>lovastatin</i> .....31	.....69
<i>lopinavir-ritonavir tab 200-</i>	LOVAZA	MAGNESIUM SULFATE IN
<i>50 mg</i> .....15	see <i>omega-3-acid ethyl</i>	D5W
LOPRESSOR	<i>esters cap 1 gm</i> .....31	see <i>magnesium sulfate in</i>
see <i>metoprolol tartrate</i> 32	LOVENOX	<i>dextrose 5% iv soln 1</i>
<i>lorazepam</i> .....35	see <i>enoxaparin sodium</i>	<i>gm/100ml</i> .....69
<i>lorazepam intensol</i> .....35	.....63	<i>magnesium sulfate in</i>
LORBRENA.....24	<i>low-ogestrel</i> .....54	<i>dextrose 5% iv soln 1</i>
<i>loryna</i> .....54	<i>loxapine succinate</i> .....39	<i>gm/100ml</i> .....69
<i>losartan potassium</i> .....30	LUMAKRAS .....24	MALARONE
<i>losartan potassium &amp;</i>	LUMIGAN .....71	see <i>atovaquone-</i>
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	LUMIZYME .....58	<i>proguanil hcl tab 250-</i>
<i>100-12.5 mg</i> .....28	LUNESTA	<i>100 mg</i> .....14
<i>losartan potassium &amp;</i>	see <i>eszopiclone</i> .....45	see <i>atovaquone-</i>
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	LUPRON DEPOT (1-	<i>proguanil hcl tab 62.5-</i>
<i>100-25 mg</i> .....29	MONTH).....20	<i>25 mg</i> .....13
<i>losartan potassium &amp;</i>	LUPRON DEPOT (3-	<i>malathion</i> .....78
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	MONTH).....20	<i>maraviroc</i> .....14
<i>50-12.5 mg</i> .....28	LUPRON DEPOT-PED (1-	MARINOL
LOTEMAX .....71	MONTH).....58	see <i>dronabinol</i> .....60
LOTENSIN	LUPRON DEPOT-PED (3-	<i>marlissa</i> .....55
see <i>benazepril hcl</i> .....27	MONTH).....58	MARPLAN .....36
LOTENSIN HCT	LUPRON DEPOT-PED (6-	MATULANE .....21
see <i>benazepril &amp;</i>	MONTH).....58	MAVYRET PAK 50-20MG
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	<i>lurasidone hcl</i> .....39	.....16
<i>10-12.5 mg</i> .....27	<i>lutera</i> .....54	MAVYRET TAB 100-40MG
see <i>benazepril &amp;</i>	<i>lyleq</i> .....55	.....16
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	<i>lyllana</i> .....56	MAXALT
<i>20-12.5 mg</i> .....27	LYNPARZA.....24	see <i>rizatriptan benzoate</i>
see <i>benazepril &amp;</i>	LYRICA	.....46
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	see <i>pregabalin</i> .....43	MAXALT-MLT
<i>20-25 mg</i> .....27	LYSODREN.....20	see <i>rizatriptan benzoate</i>
<i>loteprednol etabonate</i> .....71	LYTGOBI (12 MG DAILY	.....46
LOTREL	DOSE).....24	MAXITROL
see <i>amlodipine besylate-</i>	LYTGOBI (16 MG DAILY	see <i>neomycin-polymyxin-</i>
<i>benazepril hcl cap 10-</i>	DOSE).....24	<i>dexamethasone ophth</i>
<i>20 mg</i> .....26	LYTGOBI (20 MG DAILY	<i>oint 0.1%</i> .....70
see <i>amlodipine besylate-</i>	DOSE).....24	see <i>neomycin-polymyxin-</i>
<i>benazepril hcl cap 10-</i>	<i>lyza</i> .....55	<i>dexamethasone ophth</i>
<i>40 mg</i> .....27	<b>M</b>	<i>susp 0.1%</i> .....70
	MACROBID	<i>meclizine hcl</i> .....60

MEDROL	see methylprednisolone	see methylphenidate hcl	see telmisartan-
.....57	.....57	.....45	hydrochlorothiazide tab
MEDROL DOSEPAK	.....57	methylphenidate hcl.....45	80-25 mg .....29
see methylprednisolone	.....57	methylprednisolone.....57	microgestin 1.5/30 .....55
.....57	.....57	methylprednisolone acetate	microgestin 1/20 .....55
medroxyprogesterone	.....57	.....57	microgestin 24 fe .....55
acetate .....59	methylprednisolone sod	.....57	microgestin fe 1.5/30 .....55
medroxyprogesterone	succ.....57	.....57	microgestin fe 1/20 .....55
acetate (contraceptive)55	methyltestosterone .....49	.....57	midodrine hcl .....34
mefloquine hcl .....14	metoclopramide hcl.....60	.....57	MIEBO .....71
megestrol acetate .....20, 59	metolazone .....33	.....57	mifepristone
megestrol acetate	metoprolol &	.....57	(hyperglycemia).....58
(appetite).....59	hydrochlorothiazide tab	.....57	miglustat .....58
MEKINIST.....24	100-25 mg.....32	.....57	MIGRANAL
MEKTOVI .....24	metoprolol &	.....57	see dihydroergotamine
meloxicam .....9	hydrochlorothiazide tab	.....57	mesylate .....46
memantine hcl .....35	100-50 mg.....32	.....57	mili .....55
memantine hcl tab 28 x 5	metoprolol &	.....57	mimvey .....56
mg & 21 x 10 mg titration	hydrochlorothiazide tab	.....57	MINIPRESS
pack .....35	50-25 mg.....32	.....57	see prazosin hcl .....28
MENACTRA INJ .....67	metoprolol succinate.....32	.....57	MINIVELLE
MENQUADFI INJ.....67	metoprolol tartrate.....32	.....57	see lyllana .....56
MENVEO INJ.....67	METROCREAM	.....57	minocycline hcl .....19
MENVEO SOL.....67	see metronidazole	.....57	minoxidil.....34
MEPRON	(topical).....78	.....57	mirtazapine .....36
see atovaquone.....11	METROLOTION	.....57	misoprostol .....61
mercaptapurine.....20	see metronidazole	.....57	MITIGARE .....9
meropenem .....12	(topical).....78	.....57	M-M-R II INJ .....67
mesalamine .....60, 61	metronidazole .....12	.....57	M-NATAL PLUS TAB.....69
mesalamine w/ cleanser.61	METRONIDAZOLE	.....57	modafinil .....48
MESNEX .....26	see metronidazole.....12	.....57	moexipril hcl.....27
MESTINON	metronidazole (topical) ...78	.....57	molindone hcl.....39
see pyridostigmine	metronidazole vaginal.....63	.....57	mometasone furoate.....77
bromide .....47	metyrosine .....34	.....57	MONJUVI.....24
metformin hcl.....50	MG SO4/D5W INJ	.....57	mono-lynyah .....55
methadone hcl.....10	10MG/ML .....69	.....57	montelukast sodium.....73
methadone hydrochloride i	mibelas 24 fe .....55	.....57	morphine sulfate .....10
.....10	micafungin sodium.....13	.....57	MORPHINE SULFATE ...10
METHADOSE	MICARDIS	.....57	MORPHINE
see methadone	see telmisartan.....30	.....57	SULFATE/SODIUM C.11
hydrochloride i .....10	MICARDIS HCT	.....57	MOUNJARO .....50
methazolamide .....33	see telmisartan-	.....57	MOVANTIK.....61
methenamine hippurate..12	hydrochlorothiazide tab	.....57	moxifloxacin hcl .....18
methimazole .....59	40-12.5 mg .....29	.....57	moxifloxacin hcl (ophth) ..70
methocarbamol.....48	see telmisartan-	.....57	moxifloxacin hcl 400
methotrexate sodium 20, 66	hydrochlorothiazide tab	.....57	mg/250ml in sodium
methsuximide .....42	80-12.5 mg .....29	.....57	chloride 0.8% inj.....18
METHYLIN		.....57	MS CONTIN
		.....57	see morphine sulfate...10



MULTAQ.....30	NARDIL	see sorafenib tosylate .25
<i>multiple electrolytes ph 5.5</i>	see <i>phenelzine sulfate</i> 37	NEXIUM
.....69	NATACYN .....70	see <i>esomeprazole</i>
<i>multiple electrolytes ph 7.4</i>	<i>nateglinide</i> .....50	<i>magnesium</i> .....62
.....69	NATPARA.....52	<i>niacin (antihyperlipidemic)</i>
<i>mupirocin</i> .....76	NAYZILAM.....42	.....31
MYAMBUTOL	<i>nebivolol hcl</i> .....32	<i>nicardipine hcl</i> .....33
see <i>ethambutol hcl</i> .....15	NEBUPENT	NICOTROL INHALER....48
MYCAMINE	see <i>pentamidine</i>	NICOTROL NS .....48
see <i>micafungin sodium</i> 13	<i>isethionate inh</i> .....12	<i>nifedipine</i> .....33
MYCOBUTIN	<i>necon 0.5/35-28</i> .....55	<i>nikki</i> .....55
see <i>rifabutin</i> .....16	<i>nefazodone hcl</i> .....36	NILANDRON
<i>mycophenolate mofetil</i> ....67	<i>neomycin sulfate</i> .....12	see <i>nilutamide</i> .....20
<i>mycophenolate sodium</i> ...67	<i>neomycin-bacitrac zn-</i>	<i>nilutamide</i> .....20
MYFORTIC	<i>polymyx 5(3.5)mg-</i>	<i>nimodipine</i> .....33
see <i>mycophenolate</i>	<i>400unt-10000unt op oin</i>	NINLARO.....24
<i>sodium</i> .....67	.....70	<i>nitazoxanide</i> .....12
MYRBETRIQ .....62	<i>neomycin-polymy-gramicid</i>	<i>nitisinone</i> .....58
MYSOLINE	<i>op sol 1.75-10000-</i>	NITRO-BID .....34
see <i>primidone</i> .....43	<i>0.025mg-unt-mg/ml</i> ....70	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>
<b>N</b>	<i>neomycin-polymyxin-</i>	.....12
<i>nabumetone</i> .....9	<i>dexamethasone ophth</i>	<i>nitrofurantoin monohyd</i>
<i>nadolol</i> .....32	<i>oint 0.1%</i> .....70	<i>macro</i> .....12
<i>nafcillin sodium</i> .....18	<i>neomycin-polymyxin-</i>	<i>nitroglycerin</i> .....34
NAGLAZYME .....58	<i>dexamethasone ophth</i>	<i>nitroglycerin (intra-anal)</i> ..78
<i>nalbuphine hcl</i> .....11	<i>susp 0.1%</i> .....70	NITROLINGUAL
<i>naloxone hcl</i> .....48	<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	see <i>nitroglycerin</i> .....34
<i>naltrexone hcl</i> .....48	<i>ophth susp</i> .....70	NITROSTAT
NAMENDA TITRATION	<i>neomycin-polymyxin-hc otic</i>	see <i>nitroglycerin</i> .....34
PAK	<i>soln 1%</i> .....72	<i>nizatidine</i> .....60
see <i>memantine hcl tab</i>	<i>neomycin-polymyxin-hc otic</i>	<i>nora-be</i> .....55
<i>28 x 5 mg &amp; 21 x 10</i>	<i>susp 3.5 mg/ml-10000</i>	<i>norelgestromin-ethinyl</i>
<i>mg titration pack</i> .....35	<i>unit/ml-1%</i> .....72	<i>estradiol td ptwk 150-35</i>
NAMENDA XR	<i>neo-polycin 5(3.5)mg-</i>	<i>mcg/24hr</i> .....55
see <i>memantine hcl</i> .....35	<i>400unt-10000unt op oin</i>	<i>norethindrone &amp; ethinyl</i>
NAMZARIC CAP 14-10MG	.....70	<i>estradiol-fe chew tab 0.4</i>
.....35	<i>neo-polycin hc ophth oint</i>	<i>mg-35 mcg</i> .....55
NAMZARIC CAP 21-10MG	<i>1%</i> .....70	<i>norethindrone &amp; ethinyl</i>
.....35	NEORAL	<i>estradiol-fe chew tab 0.8</i>
NAMZARIC CAP 28-10MG	see <i>cyclosporine</i>	<i>mg-25 mcg</i> .....55
.....35	<i>modified (for</i>	<i>norethindrone</i>
NAMZARIC CAP 7-10MG	<i>microemulsion)</i> .....67	<i>(contraceptive)</i> .....55
.....35	see <i>gengraf</i> .....67	<i>norethindrone ace &amp; ethinyl</i>
NAMZARIC CAP PACK..35	NERLYNX.....24	<i>estradiol tab 1 mg-20</i>
NAPROSYN	NEUPRO .....38	<i>mcg</i> .....55
see <i>naproxen</i> .....9	NEURONTIN	<i>norethindrone ace &amp; ethinyl</i>
<i>naproxen</i> .....9	see <i>gabapentin</i> .....42	<i>estradiol tab 1.5 mg-30</i>
<i>naproxen sodium</i> .....9	<i>nevirapine</i> .....14	<i>mcg</i> .....55
<i>naratriptan hcl</i> .....46	NEXAVAR .....24	

<i>norethindrone ace &amp; ethinyl estradiol-fe tab 1 mg-20 mcg</i> .....55	NOVOLIN R FLEXPEN...51	OGSIVEO .....24
<i>norethindrone ace-eth estradiol-fe chew tab 1 mg-20 mcg (24)</i> .....55	NOVOLOG .....51	OJJAARA.....24
<i>norethindrone acetate</i> .....59	NOVOLOG FLEXPEN ....52	<i>olanzapine</i> .....39
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 0.5 mg-2.5 mcg</i> .....56	NOVOLOG MIX INJ 70/30 .....52	<i>olmesartan medoxomil</i> ....30
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 1 mg-5 mcg</i> .....56	NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN.....52	<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i> .....29
<i>norethindrone ac-ethinyl estrad-fe tab 1-20/1-30/1-35 mg-mcg</i> .....55	NOVOLOG PENFILL .....52	<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i> .....29
<i>norgestimate &amp; ethinyl estradiol tab 0.25 mg-35 mcg</i> .....55	NOXAFIL see <i>posaconazole</i> .....13	<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-25 mg</i> .....29
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-25/0.215-25/0.25-25 mg-mcg</i> .....55	NUBEQA .....20	<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-10-12.5 mg</i> .....29
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-35/0.215-35/0.25-35 mg-mcg</i> .....55	NUDEXTA CAP 20-10MG .....47	<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 20-5-12.5 mg</i> .....29
<i>norlyroc</i> .....55	NULOJIX .....67	<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-25 mg</i> .....29
NORPACE see <i>disopyramide phosphate</i> .....30	NUPLAZID .....39	<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-12.5 mg</i> .....29
NORPACE CR.....30	NURTEC.....46	<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-25 mg</i> .....29
NORPRAMIN see <i>desipramine hcl</i> ....36	NUTRILIPID.....69	<i>omega-3-acid ethyl esters cap 1 gm</i> .....31
NORTHERA see <i>droxidopa</i> .....34	NUVARING see <i>eluryng</i> .....54	<i>omeprazole</i> .....62
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i> .....55	see <i>enilloring</i> .....54	OMNIPOD 5 G6 KIT INTRO .....52
<i>nortrel 1/35 (21)</i> .....55	see <i>etonogestrel-ethinyl estradiol va ring 0.12-0.015 mg/24hr</i> .....54	OMNIPOD 5 G6 MIS PODS .....52
<i>nortrel 1/35 (28)</i> .....55	see <i>haloette</i> .....54	OMNIPOD 5 G7 KIT INTRO .....52
<i>nortrel 7/7/7</i> .....55	NUVIGIL see <i>armodafinil</i> .....48	OMNIPOD 5 G7 MIS PODS .....52
<i>nortriptyline hcl</i> .....36	NUZYRA.....19	OMNIPOD DASH KIT INTRO .....52
NORVASC see <i>amlodipine besylate</i> .....32	<i>nyamyc</i> .....76	OMNIPOD DASH MIS PODS .....52
NORVIR.....14	<i>nylia 1/35</i> .....55	OMNIPOD GO KIT 10UNT/DY .....52
see <i>ritonavir</i> .....14	<i>nylia 7/7/7</i> .....55	OMNIPOD GO KIT 15UNT/DY .....52
NOVOLIN INJ 70/30 .....51	NYMALIZE .....33	OMNIPOD GO KIT 20UNT/DY .....52
NOVOLIN INJ 70/30 FP..51	<i>nymyo</i> .....55	
NOVOLIN N.....51	<i>nystatin</i> .....13	
NOVOLIN N FLEXPEN...51	<i>nystatin (mouth-throat)</i> ...79	
NOVOLIN R.....51	<i>nystatin (topical)</i> .....76	
	<i>nystop</i> .....76	
	<b>O</b>	
	<i>ocella</i> .....55	
	OCTAGAM .....66	
	<i>octreotide acetate</i> .....58	
	OCUFLOX see <i>ofloxacin (ophth)</i> ...70	
	ODEFSEY TAB.....15	
	ODOMZO .....24	
	OFEV .....73	
	<i>ofloxacin (ophth)</i> .....70	
	<i>ofloxacin (otic)</i> .....72	
	OGIVRI .....24	
	OGIVRI INJ 420MG .....24	

OMNIPOD GO KIT 25UNT/DY.....	52	<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 2.5- 325 mg.....</i>	11	<i>peg 3350-kcl-na bicarb- nacl-na sulfate for soln 236 gm.....</i>	61
OMNIPOD GO KIT 30UNT/DY.....	52	<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 5-325 mg.....</i>	11	<i>peg 3350-kcl-sod bicarb- nacl for soln 420 gm....</i>	61
OMNIPOD GO KIT 35UNT/DY.....	52	<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 7.5- 325 mg.....</i>	11	PEGASYS.....	16
OMNIPOD GO KIT 40UNT/DY.....	52	OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE).....	50	PEMAZYRE.....	24
OMNIPOD MIS CLASSIC .....	52	OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE).....	50	<i>pemetrexed disodium .....</i>	20
<i>ondansetron.....</i>	60	OZEMPIC (1MG/DOSE) .50		PEN GK/DEXTR INJ 40000/ML.....	18
<i>ondansetron hcl.....</i>	60	OZEMPIC (2MG/DOSE) .50		PEN GK/DEXTR INJ 60000/ML.....	18
ONFI see <i>clobazam.....</i>	41	<b>P</b>		PENBRAYA INJ.....	67
ONTRUZANT.....	24	<i>pacerone.....</i>	30	<i>penicillamine.....</i>	53
ONUREG.....	20	<i>paclitaxel.....</i>	21	<i>penicillin g potassium.....</i>	18
OPSUMIT.....	34	<i>paclitaxel protein-bound particles for iv susp 100 mg.....</i>	21	<i>penicillin g sodium .....</i>	18
ORFADIN see <i>nitisinone.....</i>	58	<i>paliperidone.....</i>	39	<i>penicillin v potassium.....</i>	18
ORGOVYX.....	20	PAMELOR see <i>nortriptyline hcl.....</i>	36	PENTACEL INJ.....	67
ORKAMBI GRA 100-125 73		<i>pamidronate disodium ....</i>	53	PENTAM 300 see <i>pentamidine isethionate inj.....</i>	12
ORKAMBI GRA 150-188 73		PAMIDRONATE DISODIUM.....	52	<i>pentamidine isethionate inh .....</i>	12
ORKAMBI GRA 75-94MG .....	73	PANRETIN.....	78	<i>pentamidine isethionate inj .....</i>	12
ORKAMBI TAB 100-125.73		<i>pantoprazole sodium .....</i>	62	<i>pentoxifylline.....</i>	64
ORKAMBI TAB 200-125.74		PANZYGA.....	66	PEPCID see <i>famotidine.....</i>	60
ORSERDU.....	20	<i>paraplatin.....</i>	19	PERCOCET see <i>endocet tab 10- 325mg.....</i>	10
ORTHO TRI-CYCLEN LO see <i>norgestimate-eth estradiol tab 0.18- 25/0.215-25/0.25-25 mg-mcg .....</i>	55	<i>paricalcitol.....</i>	59	see <i>endocet tab 2.5- 325mg.....</i>	10
see <i>tri-lo-estarylla.....</i>	55	PARLODEL see <i>bromocriptine mesylate.....</i>	37	see <i>endocet tab 5-325mg .....</i>	10
see <i>tri-lo-marzia .....</i>	55	PARNATE see <i>tranylcypromine sulfate.....</i>	37	see <i>endocet tab 7.5- 325mg.....</i>	10
see <i>tri-lo-mili.....</i>	56	<i>paroxetine hcl .....</i>	36	see <i>oxycodone w/ acetaminophen tab 10- 325 mg.....</i>	11
see <i>tri-lo-sprintec.....</i>	56	PAXIL see <i>paroxetine hcl.....</i>	36	see <i>oxycodone w/ acetaminophen tab 2.5-325 mg .....</i>	11
see <i>tri-vylibra lo.....</i>	56	PAXLOVID TAB 150-10016		see <i>oxycodone w/ acetaminophen tab 5- 325 mg.....</i>	11
<i>oseltamivir phosphate.....</i>	16	PAXLOVID TAB 300-10016		see <i>oxycodone w/ acetaminophen tab 7.5-325 mg .....</i>	11
OTEZLA.....	65	<i>pazopanib hcl.....</i>	24		
OTEZLA TAB 10/20/30...65		PEDIAPRED see <i>prednisolone sodium phosphate.....</i>	57		
<i>oxacillin sodium .....</i>	18	PEDIARIX INJ 0.5ML.....	67		
<i>oxaliplatin.....</i>	19	PEDVAX HIB.....	67		
<i>oxcarbazepine .....</i>	42				
<i>oxybutynin chloride...62, 63</i>					
<i>oxycodone hcl.....</i>	11				
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 10- 325 mg.....</i>	11				

PERIDEX	PIQRAY 200MG DAILY	POTASSIUM
see <i>chlorhexidine</i>	DOSE.....24	CHLORIDE/SODIUM
<i>gluconate (mouth-</i>	PIQRAY 250MG TAB	see <i>kcl 20 meq/l (0.15%)</i>
<i>throat)</i> .....78	DOSE.....24	<i>in nacl 0.45% inj</i> .....68
see <i>perio gard</i> .....79	PIQRAY 300MG DAILY	see <i>kcl 20 meq/l (0.15%)</i>
<i>perindopril erbumine</i> .....27	DOSE.....24	<i>in nacl 0.9% inj</i> .....68
<i>perio gard</i> .....79	<i>pirfenidone</i> .....74	see <i>kcl 40 meq/l (0.3%)</i>
<i>permethrin</i> .....78	<i>piroxicam</i> .....9	<i>in nacl 0.9% inj</i> .....68
<i>perphenazine</i> .....39	PLAQUENIL	<i>potassium citrate</i>
PERSERIS.....39	see <i>hydroxychloroquine</i>	( <i>alkalinizer</i> ).....62
<i>pfizerpen</i> .....19	<i>sulfate</i> .....66	PRADAXA.....63
<i>phenelzine sulfate</i> .....37	PLASMA-LYTE A	see <i>dabigatran etexilate</i>
PHENERGAN	see <i>multiple electrolytes</i>	<i>mesylate</i> .....63
see <i>promethazine hcl</i> ..60	<i>ph 7.4</i> .....69	<i>pramipexole</i>
<i>phenobarbital</i> .....42, 43	PLASMA-LYTE INJ -148 69	<i>dihydrochloride</i> .....38
<i>phenobarbital sodium</i> ....43	PLASMA-LYTE INJ -A ....69	<i>prasugrel hcl</i> .....64
<i>phenytek</i> .....43	PLASMA-LYTE-148	<i>pravastatin sodium</i> .....31
<i>phenytoin</i> .....43	see <i>multiple electrolytes</i>	<i>praziquantel</i> .....12
<i>phenytoin sodium</i> .....43	<i>ph 5.5</i> .....69	<i>prazosin hcl</i> .....28
<i>phenytoin sodium extended</i>	PLAVIX	PRED FORTE
.....43	see <i>clopidogrel bisulfate</i>	see <i>prednisolone acetate</i>
PHESGO SOL.....24	.....64	( <i>ophth</i> ).....71
<i>philith</i> .....55	<i>plenamine</i> .....70	<i>prednisolone</i> .....57
PIFELTRO.....14	PLENVU SOL.....61	<i>prednisolone acetate</i>
<i>pilocarpine hcl</i> .....71	<i>podofilox</i> .....78	( <i>ophth</i> ).....71
<i>pilocarpine hcl (oral)</i> .....79	<i>polycin ophth oint</i> .....70	PREDNISOLONE SODIUM
<i>pimozide</i> .....39	<i>polymyxin b-trimethoprim</i>	PHOSP.....71
<i>pimtree</i> .....55	<i>ophth soln 10000 unit/ml-</i>	<i>prednisolone sodium</i>
<i>pindolol</i> .....32	<i>0.1%</i> .....70	<i>phosphate</i> .....57
<i>pioglitazone hcl</i> .....50	POMALYST.....21	<i>prednisone</i> .....57
<i>pioglitazone hcl-metformin</i>	<i>portia-28</i> .....55	PREDNISONONE INTENSOL
<i>hcl tab 15-500 mg</i> .....50	<i>posaconazole</i> .....13	.....57
<i>pioglitazone hcl-metformin</i>	POT CHL 20MEQ/L IN	<i>pregabalin</i> .....43
<i>hcl tab 15-850 mg</i> .....50	NACL 0.45% INJ.....69	PREHEVBRIO.....67
<i>piperacillin sod-tazobactam</i>	POT CHL 20MEQ/L IN	PREMASOL SOL 10% ...70
<i>na for inj 3.375 gm (3-</i>	NACL 0.9% INJ.....69	PRENATAL TAB 27-1MG
<i>0.375 gm)</i> .....19	POT CHL 40MEQ/L IN	.....69
<i>piperacillin sod-tazobactam</i>	NACL 0.9% INJ.....69	PRENATAL TAB PLUS ..69
<i>sod for inj 13.5 gm (12-</i>	<i>potassium chloride</i> .....69	PREVACID
<i>1.5 gm)</i> .....19	POTASSIUM CHLORIDE	see <i>lansoprazole</i> .....62
<i>piperacillin sod-tazobactam</i>	.....69	<i>prevalite</i> .....31
<i>sod for inj 2.25 gm (2-</i>	see <i>potassium chloride</i> 69	PREVYMIS.....16
<i>0.25 gm)</i> .....19	<i>potassium chloride 20</i>	PREZCOBIX TAB 800-150
<i>piperacillin sod-tazobactam</i>	<i>meq/l (0.15%) in</i>	.....15
<i>sod for inj 4.5 gm (4-0.5</i>	<i>dextrose 5% inj</i> .....69	PREZISTA.....14
<i>gm)</i> .....19	<i>potassium chloride</i>	see <i>darunavir</i> .....14
<i>piperacillin sod-tazobactam</i>	<i>microencapsulated</i>	PRIFTIN.....15
<i>sod for inj 40.5 gm (36-</i>	<i>crystals er</i> .....69	<i>primaquine phosphate</i> ....14
<i>4.5 gm)</i> .....19		

PRIMAQUINE		
PHOSPHATE .....	14	
see <i>primaquine phosphate</i> .....	14	
PRIMAXIN IV		
see <i>imipenem-cilastatin intravenous for soln 500 mg</i> .....	12	
<i>primidone</i> .....	43	
PRIORIX INJ .....	67	
PRISTIQ		
see <i>desvenlafaxine succinate</i> .....	36	
PRIVIGEN .....	66	
<i>probenecid</i> .....	9	
PROCARDIA XL		
see <i>nifedipine</i> .....	33	
<i>prochlorperazine</i> .....	60	
<i>prochlorperazine edisylate</i> .....	60	
<i>prochlorperazine maleate</i> .....	60	
PROCRIT .....	64	
<i>procto-med hc</i> .....	78	
<i>proctosol hc</i> .....	78	
<i>proctozone-hc</i> .....	78	
<i>progesterone</i> .....	59	
PROGLYCEM		
see <i>diazoxide</i> .....	57	
PROGRAF .....	67	
see <i>tacrolimus</i> .....	67	
PROLASTIN-C.....	74	
PROLENSA .....	71	
see <i>bromfenac sodium (ophth)</i> .....	70	
PROLIA .....	53	
PROMACTA .....	64	
<i>promethazine hcl</i> .....	60	
PROMETRIUM		
see <i>progesterone</i> .....	59	
<i>propafenone hcl</i> .....	30	
<i>proparacaine hcl</i> .....	71	
<i>propranolol hcl</i> .....	32	
<i>propylthiouracil</i> .....	59	
PROQUAD INJ .....	67	
PROSCAR		
see <i>finasteride</i> .....	62	
PROSOL INJ 20% .....	70	
PROTONIX		
see <i>pantoprazole sodium</i> .....	62	
<i>protriptyline hcl</i> .....	37	
PROVENTIL HFA		
see <i>albuterol sulfate</i> ....	73	
PROVERA		
see <i>medroxyprogesterone acetate</i> .....	59	
PROVIGIL		
see <i>modafinil</i> .....	48	
PROZAC		
see <i>fluoxetine hcl</i> .....	36	
PULMICORT		
see <i>budesonide (inhalation)</i> .....	74	
PULMOZYME .....	74	
PURIXAN.....	20	
<i>pyrazinamide</i> .....	16	
<i>pyridostigmine bromide</i> ...	47	
<b>Q</b>		
QINLOCK .....	24	
QUADRACEL INJ .....	67	
QUADRACEL INJ 0.5ML	67	
QUALAQUIN		
see <i>quinine sulfate</i> .....	14	
QUESTRAN		
see <i>cholestyramine</i> .....	31	
QUESTRAN LIGHT		
see <i>cholestyramine light</i> .....	31	
see <i>prevalite</i> .....	31	
<i>quetiapine fumarate</i> ..	39, 40	
<i>quinapril hcl</i> .....	27	
<i>quinidine sulfate</i> .....	30	
<i>quinine sulfate</i> .....	14	
QULIPTA .....	46	
<b>R</b>		
RABAVERT INJ .....	67	
<i>rabeprazole sodium</i> .....	62	
<i>raloxifene hcl</i> .....	58	
<i>ramipril</i> .....	27	
<i>ranolazine</i> .....	34	
RAPAMUNE		
see <i>sirolimus</i> .....	67	
<i>rasagiline mesylate</i> .....	38	
RAYALDEE .....	59	
RECLAST		
see <i>zoledronic acid</i> .....	53	
<i>reclipsen</i> .....	55	
RECOMBIVAX HB.....	68	
RECTIV .....	78	
see <i>nitroglycerin (intranal)</i> .....	78	
REGLAN		
see <i>metoclopramide hcl</i> .....	60	
REGRANEX.....	78	
RELENZA DISKHALER..	16	
RELISTOR.....	61	
REMERON		
see <i>mirtazapine</i> .....	36	
REMERON SOLTAB		
see <i>mirtazapine</i> .....	36	
REMICADE.....	65	
RENFLEXIS.....	65	
REVELA		
see <i>sevelamer carbonate</i> .....	58, 59	
<i>repaglinide</i> .....	50	
REPATHA.....	31	
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM .....	31	
REPATHA SURECLICK	31	
RESTASIS.....	71	
RESTASIS MULTIDOSE	71	
RESTORIL		
see <i>temazepam</i> .....	46	
RETEVMO .....	24	
RETIN-A		
see <i>tretinoin</i> .....	75	
RETROVIR		
see <i>zidovudine</i> .....	15	
REVATIO		
see <i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension)</i> .....	34	
REVLIMID.....	21	
REXULTI.....	40	
REYATAZ .....	14	
see <i>atazanavir sulfate</i> .	14	
REZLIDHIA .....	24	
REZUROCK.....	67	
RHOPRESSA .....	71	
<i>ribavirin (hepatitis c)</i> .....	16	
<i>rifabutin</i> .....	16	
RIFADIN		
see <i>rifampin</i> .....	16	

*rifampin*.....16  
**RILUTEK**  
   see *riluzole*.....47  
*riluzole* .....47  
*rimantadine hydrochloride*  
   .....16  
**RINVOQ** .....65  
*risedronate sodium* .....53  
**RISPERDAL**  
   see *risperidone*.....40  
**RISPERDAL CONSTA**  
   see *risperidone*  
     *microspheres*.....40  
*risperidone*.....40  
*risperidone microspheres*40  
**RITALIN**  
   see *methylphenidate hcl*  
     .....45  
*ritonavir*.....14  
*rivastigmine* .....35  
*rivastigmine tartrate* .....35  
*rivelsa* .....55  
*rizatriptan benzoate* .....46  
**ROBINUL**  
   see *glycopyrrolate*.....60  
**ROBINUL FORTE**  
   see *glycopyrrolate*.....60  
**ROCALTROL**  
   see *calcitriol* .....59  
   see *calcitriol (oral)*.....59  
**ROCKLATAN DRO**.....71  
*roflumilast* .....74  
*ropinirole hydrochloride* ..38  
*rosuvastatin calcium* .....31  
**ROTARIX SUS** .....68  
**ROTATEQ SOL**.....68  
**ROWASA**  
   see *mesalamine w/*  
     *cleanser*.....61  
*roweepra*.....43  
**ROXICODONE**  
   see *oxycodone hcl* .....11  
**ROZLYTREK**.....24, 25  
**RUBRACA** .....25  
*rufinamide*.....43  
**RUKOBIA** .....14  
**RYBELSUS** .....50  
**RYDAPT** .....25

## S

**SABRIL**  
   see *vigabatrin*.....44  
   see *vigadrone*.....44  
   see *vigoder*.....44  
**SAFYRAL**  
   see *drospirenone-ethinyl*  
     *estradiol-levomefolate*  
     *tab 3-0.03-0.451 mg* 53  
   see *tydemy*.....56  
*sajazir* .....64  
**SALAGEN**  
   see *pilocarpine hcl (oral)*  
     .....79  
**SANDIMMUNE** .....67  
   see *cyclosporine* .....67  
**SANDOSTATIN**  
   see *octreotide acetate* 58  
**SANTYL**.....78  
**SAPHRIS**  
   see *asenapine maleate*  
     .....38  
*sapropterin dihydrochloride*  
   .....58  
**SCSEMBLIX** .....25  
*scopolamine*.....60  
**SECUADO**.....40  
*selegiline hcl*.....38  
*selenium sulfide*.....76  
**SELZENTRY**.....14  
   see *maraviroc*.....14  
**SENSIPAR**  
   see *cinacalcet hcl*.....57  
**SEREVENT DISKUS** .....73  
**SEROQUEL**  
   see *quetiapine fumarate*  
     .....39, 40  
**SEROQUEL XR**  
   see *quetiapine fumarate*  
     .....40  
*sertraline hcl* .....37  
*setlakin* .....55  
*sevelamer carbonate* 58, 59  
*sharobel*.....55  
**SHINGRIX** .....68  
**SIGNIFOR** .....58  
*sildenafil citrate (pulmonary*  
   *hypertension)* .....34  
**SILENOR**

  see *doxepin hcl (sleep)*  
     .....45  
**SILVADENE**  
   see *silver sulfadiazine* 76  
   see *ssd*.....76  
*silver sulfadiazine* .....76  
**SIMBRINZA SUS 1-0.2%**71  
*simliya*.....55  
*simpesse*.....55  
*simvastatin*.....31  
**SINEMET**  
   see *carbidopa &*  
     *levodopa tab 10-100*  
     *mg* .....37  
   see *carbidopa &*  
     *levodopa tab 25-100*  
     *mg* .....37  
**SINGULAIR**  
   see *montelukast sodium*  
     .....73  
*sirolimus* .....67  
**SIRTURO**.....16  
**SIVEXTRO**.....12  
**SKYRIZI**.....65  
**SKYRIZI PEN** .....66  
*sod sulfate-pot sulf-mg sulf*  
   *oral sol 17.5-3.13-1.6*  
   *gm/177ml* .....61  
*sodium chloride*.....69  
*sodium chloride (gu*  
   *irrigant)*.....78  
*sodium fluoride chew; tab;*  
   1.1 (0.5 f) mg/ml soln ..69  
**SODIUM OXYBATE** .....48  
*sodium phenylbutyrate*...58  
*sodium polystyrene*  
   *sulfonate powder*.....53  
*solifenacin succinate*.....63  
**SOLQUA INJ 100/33** .....52  
**SOLTAMOX**.....20  
**SOLU-CORTEF** .....57  
**SOLU-MEDROL**  
   see *methylprednisolone*  
     *sod succ* .....57  
**SOMA**  
   see *carisoprodol*.....47  
**SOMATULINE DEPOT**...58  
**SOMAVERT**.....58  
*sorafenib tosylate*.....25

<i>sorine</i> .....	30	<i>sulfadiazine</i> .....	12	SYNJARDY TAB 12.5-500	.....	50
<i>sotalol hcl</i> .....	30	<i>sulfamethoxazole-</i>		SYNJARDY TAB 5-		
<i>sotalol hcl (afib/af)</i> .....	30	<i>trimethoprim iv soln 400-</i>		1000MG .....		50
<i>spironolactone</i> .....	28	80 mg/5ml .....	12	SYNJARDY TAB 5-500MG		
<i>spironolactone &amp;</i>		<i>sulfamethoxazole-</i>		.....		50
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		<i>trimethoprim susp 200-40</i>		SYNJARDY XR TAB 10-		
25-25 mg.....	33	mg/5ml .....	12	1000 .....		50
SPORANOX		<i>sulfamethoxazole-</i>		SYNJARDY XR TAB 12.5-		
see <i>itraconazole</i> .....	13	<i>trimethoprim tab 400-80</i>		1000 .....		51
<i>sprintec 28</i> .....	55	mg.....	13	SYNJARDY XR TAB 25-		
SPRITAM.....	43	<i>sulfamethoxazole-</i>		1000 .....		51
SPRYCEL.....	25	<i>trimethoprim tab 800-160</i>		SYNJARDY XR TAB 5-		
<i>sps</i> .....	53	mg.....	13	1000MG .....		50
<i>sronyx</i> .....	55	SULFAMYLON .....	76	SYNTHROID.....		59
<i>ssd</i> .....	76	<i>sulfasalazine</i> .....	61	see <i>euthyrox</i> .....		59
STALEVO 150		<i>sulindac</i> .....	9	see <i>levo-t</i> .....		59
see <i>carbidopa-levodopa-</i>		<i>sumatriptan</i> .....	46	see <i>levothyroxine sodium</i>		
<i>entacapone tabs 37.5-</i>		<i>sumatriptan succinate</i> ....	46	.....		59
150-200 mg .....	37	<i>sunitinib malate</i> .....	25	see <i>levoxyl</i> .....		59
STELARA .....	66	SUNLENCA .....	14	see <i>unithroid</i> .....		59
STIVARGA .....	25	SUPREP BOWEL PREP		SYPRINE		
STRATTERA		KIT		see <i>trientine hcl</i> .....		53
see <i>atomoxetine hcl</i> ....	45	see <i>sod sulfate-pot sulf-</i>		T		
<i>streptomycin sulfate</i> .....	12	<i>mg sulf oral sol 17.5-</i>		TABLOID .....		20
STRIBILD TAB.....	15	3.13-1.6 gm/177ml...61		TABRECTA.....		25
STROMECTOL		SUSTIVA		<i>tacrolimus</i> .....		67
see <i>ivermectin</i> .....	12	see <i>efavirenz</i> .....	14	<i>tacrolimus (topical)</i> .....		78
SUBOXONE		SUTENT		TAFINLAR .....		25
see <i>buprenorphine hcl-</i>		see <i>sunitinib malate</i> ....	25	TAGRISSE .....		25
<i>naloxone hcl sl film 12-</i>		<i>syeda</i> .....	55	TALTZ.....		66
3 mg (base equiv)....	48	SYMDEKO TAB 100-15074		TALZENNA.....		25
see <i>buprenorphine hcl-</i>		SYMDEKO TAB 50-75MG		TAMIFLU		
<i>naloxone hcl sl film 2-</i>		.....	74	see <i>oseltamivir</i>		
0.5 mg (base equiv).48		SYMFI		<i>phosphate</i> .....		16
see <i>buprenorphine hcl-</i>		see <i>efavirenz-</i>		<i>tamoxifen citrate</i> .....		20
<i>naloxone hcl sl film 4-1</i>		<i>lamivudine-tenofovir df</i>		<i>tamsulosin hcl</i> .....		62
mg (base equiv).....	48	<i>tab 600-300-300 mg 15</i>		TARCEVA		
see <i>buprenorphine hcl-</i>		SYMFI LO		see <i>erlotinib hcl</i> .....		22
<i>naloxone hcl sl film 8-2</i>		see <i>efavirenz-</i>		TARGETIN		
mg (base equiv).....	48	<i>lamivudine-tenofovir df</i>		see <i>bexarotene</i> .....		21
<i>subvenite</i> .....	43	<i>tab 400-300-300 mg 15</i>		see <i>bexarotene (topical)</i>		
<i>sucralfate</i> .....	61	SYMPAZAN .....	43	.....		78
<i>sulfacetamide sodium</i>		SYMTOUZA TAB.....	15	<i>tarina 24 fe</i> .....		55
( <i>acne</i> ).....	75	SYNALAR		<i>tarina fe 1/20 eq</i> .....		55
<i>sulfacetamide sodium</i>		see <i>fluocinolone</i>		TASIGNA.....		25
( <i>ophth</i> ).....	70	<i>acetamide</i> .....	77	<i>tasimelteon</i> .....		45
<i>sulfacetamide sodium-</i>		SYNAREL.....	56	<i>tazarotene</i> .....		76
<i>prednisolone ophth soln</i>		SYNJARDY TAB 12.5-		<i>tazicef</i> .....		17
10-0.23(0.25)% .....	70	1000MG .....	50			

TAZORAC .....	76	<i>terbutaline sulfate</i> .....	73	<i>see metoprolol succinate</i>	
<i>see tazarotene</i> .....	76	<i>terconazole vaginal</i> .....	63	.....	32
<i>taztia xt</i> .....	33	TERIPARATIDE.....	53	<i>toremifene citrate</i> .....	20
TAZVERIK .....	25	<i>testosterone</i> .....	49	<i>torse mide</i> .....	33
TDVAX INJ 2-2 LF .....	68	<i>testosterone cypionate</i> ...49		TOUJEO MAX SOLOSTAR	
TECENTRIQ .....	25	<i>testosterone enanthate</i> ...49		.....	52
TEFLARO .....	17	<i>tetrabenazine</i> .....	47	TOUJEO SOLOSTAR.....	52
TEGRETOL		<i>tetracycline hcl</i> .....	19	TOVIAZ	
<i>see carbamazepine</i> .....	41	THALOMID .....	21	<i>see fesoterodine</i>	
<i>see epitol</i> .....	41	THEO-24 .....	74	<i>fumarate</i> .....	62
TEGRETOL-XR		<i>theophylline</i> .....	74	TPN ELECTROL INJ .....	69
<i>see carbamazepine</i> .....	41	<i>thioridazine hcl</i> .....	40	TRACLEER	
TEKTURNA		<i>thiothixene</i> .....	40	<i>see bosentan</i> .....	34
<i>see aliskiren fumarate</i> .33		<i>tiadylt er</i> .....	33	TRADJENTA.....	51
<i>telmisartan</i> .....	30	<i>tiagabine hcl</i> .....	43	<i>tramadol hcl</i> .....	11
<i>telmisartan-amlodipine tab</i>		TIAZAC		<i>tramadol-acetaminophen</i>	
40-10 mg.....	29	<i>see diltiazem hcl</i>		<i>tab 37.5-325 mg</i> .....	11
<i>telmisartan-amlodipine tab</i>		<i>extended release</i>		<i>trandolapril</i> .....	27
40-5 mg.....	29	<i>beads</i> .....	33	<i>tranexamic acid</i> .....	64
<i>telmisartan-amlodipine tab</i>		<i>see taztia xt</i> .....	33	TRANSDERM-SCOP	
80-10 mg.....	29	<i>see tiadylt er</i> .....	33	<i>see scopolamine</i> .....	60
<i>telmisartan-amlodipine tab</i>		TIBSOVO.....	25	<i>tranylcypromine sulfate</i> ...37	
80-5 mg.....	29	TICOVAC.....	68	TRAVASOL INJ 10% .....	70
<i>telmisartan-</i>		<i>tigecycline</i> .....	19	TRAZIMERA .....	25
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		TIKOSYN		<i>trazodone hcl</i> .....	37
40-12.5 mg.....	29	<i>see dofetilide</i> .....	30	TRECTOR .....	16
<i>telmisartan-</i>		<i>tilia fe</i> .....	55	TRELEGY AER ELLIPTA	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		<i>timolol maleate</i> .....	32	100-62.5-25 MCG .....	72
80-12.5 mg.....	29	<i>timolol maleate (ophth)</i> ...71		TRELEGY AER ELLIPTA	
<i>telmisartan-</i>		<i>tinidazole</i> .....	13	200-62.5-25 MCG .....	72
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		TIVICAY.....	14	<i>treprostinil</i> .....	34
80-25 mg.....	29	TIVICAY PD.....	14	TRESIBA .....	52
<i>temazepam</i> .....	46	<i>tizanidine hcl</i> .....	48	TRESIBA FLEXTOUCH..	52
TENIVAC INJ 5-2LF .....	68	TOBRADEX OIN 0.3-0.1%		<i>tretinoin</i> .....	75
<i>tenofovir disoproxil</i>		.....	70	<i>tretinoin (chemotherapy)</i> .21	
<i>fumarate</i> .....	14	TOBRADEX ST SUS 0.3-		<i>triamcinolone acetonide</i>	
TENORETIC 100		0.05 .....	70	( <i>mouth</i> ).....	79
<i>see atenolol &amp;</i>		<i>tobramycin</i> .....	13	<i>triamcinolone acetonide</i>	
<i>chlorthalidone tab 100-</i>		<i>tobramycin (ophth)</i> .....	70	( <i>topical</i> ) .....	77
25 mg .....	31	<i>tobramycin sulfate</i> .....	13	<i>triamterene &amp;</i>	
TENORETIC 50		<i>tobramycin-dexamethasone</i>		<i>hydrochlorothiazide cap</i>	
<i>see atenolol &amp;</i>		<i>ophth susp 0.3-0.1%</i> ...70		37.5-25 mg.....	33
<i>chlorthalidone tab 50-</i>		<i>tolterodine tartrate</i> .....	63	<i>triamterene &amp;</i>	
25 mg .....	31	TOPAMAX		<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
TENORMIN		<i>see topiramate</i> .....	43	37.5-25 mg.....	33
<i>see atenolol</i> .....	32	TOPAMAX SPRINKLE		<i>triamterene &amp;</i>	
TEPMETKO.....	25	<i>see topiramate</i> .....	43	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>terazosin hcl</i> .....	28	<i>topiramate</i> .....	43	75-50 mg.....	33
<i>terbinafine hcl</i> .....	13	TOPROL XL		TRIBENZOR	



see <i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab</i> 20-5-12.5 mg.....29	<i>tri-lo-sprintec</i> .....56	<b>U</b>
see <i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab</i> 40-10-12.5 mg.....29	<i>trimethoprim</i> .....13	UBRELVY .....47
see <i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab</i> 40-10-25 mg.....29	<i>tri-mili</i> .....56	UCERIS
see <i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab</i> 40-5-12.5 mg.....29	<i>trimipramine maleate</i> .....37	see <i>budesonide</i> .....60
see <i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab</i> 40-5-25 mg.....29	TRINTELLIX .....37	UNASYN
TRICOR	<i>tri-nymyo</i> .....56	see <i>ampicillin &amp; sulbactam sodium for inj</i> 1.5 (1-0.5) gm .....18
see <i>fenofibrate</i> .....30	TRIUMEQ PD TAB .....15	see <i>ampicillin &amp; sulbactam sodium for inj</i> 3 (2-1) gm .....18
<i>trientine hcl</i> .....53	TRIUMEQ TAB .....15	UNASYN BULK PACK
<i>tri-estarylla</i> .....55	<i>trivora-28</i> .....56	see <i>ampicillin &amp; sulbactam sodium for iv soln</i> 15 (10-5) gm.18
<i>trifluoperazine hcl</i> .....40	<i>tri-vylibra</i> .....56	<i>unithroid</i> .....59
<i>trifluridine</i> .....70	<i>tri-vylibra lo</i> .....56	UROCIT-K 10
<i>trihexyphenidyl hcl</i> .....38	TRIZIVIR TAB.....15	see <i>potassium citrate (alkalinizer)</i> .....62
TRIJARDY XR TAB ER	TROGARZO .....14	UROCIT-K 15
24HR 10-5-1000MG....51	TROPHAMINE INJ 10% .70	see <i>potassium citrate (alkalinizer)</i> .....62
TRIJARDY XR TAB ER	<i>trosopium chloride</i> .....63	UROCIT-K 5
24HR 12.5-2.5-1000MG.....51	TRULICITY .....51	see <i>potassium citrate (alkalinizer)</i> .....62
TRIJARDY XR TAB ER	TRUMENBA INJ .....68	UROXATRAL
24HR 25-5-1000MG....51	TRUQAP .....25	see <i>alfuzosin hcl</i> .....62
TRIJARDY XR TAB ER	TRUVADA	URSO 250
24HR 5-2.5-1000MG...51	see <i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab</i> 100-150 mg .....15	see <i>ursodiol</i> .....61
TRIKAFTA PAK 59.5MG 74	see <i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab</i> 133-200 mg .....15	URSO FORTE
TRIKAFTA PAK 75MG ...74	see <i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab</i> 167-250 mg .....15	see <i>ursodiol</i> .....61
TRIKAFTA TAB 100-50-75MG & 150MG .....74	see <i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab</i> 200-300 mg .....15	<i>ursodiol</i> .....61
TRIKAFTA TAB 50-25-37.5MG & 75MG .....74	TRUXIMA .....25	<b>V</b>
<i>tri-legest fe</i> .....55	TUKYSA .....25	VAGIFEM
TRILEPTAL	TURALIO .....25	see <i>estradiol vaginal</i> ...56
see <i>oxcarbazepine</i> .....42	<i>turqoz</i> .....56	see <i>yuvafem</i> .....56
<i>tri-linyah</i> .....55	TWINRIX INJ .....68	<i>valacyclovir hcl</i> .....16
<i>tri-lo-estarylla</i> .....55	TYBOST .....14	VALCHLOR .....78
<i>tri-lo-marzia</i> .....55	<i>tydemy</i> .....56	VALCYTE
<i>tri-lo-mili</i> .....56	TYGACIL	see <i>valganciclovir hcl</i> ..16
	see <i>tigecycline</i> .....19	<i>valganciclovir hcl</i> .....16
	TYKERB	VALIUM
	see <i>lapatinib ditosylate</i> 23	see <i>diazepam</i> .....41
	TYPHIM VI.....68	<i>valproate sodium</i> .....43
	TYRVAYA.....71	<i>valproic acid</i> .....43
		<i>valsartan</i> .....30
		<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab</i> 160-12.5 mg.....29

<i>valsartan-</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 160-25 mg.....29	<i>venlafaxine hcl</i> .....37	<i>see tenofovir disoproxil</i> <i>fumarate</i> .....14
<i>valsartan-</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 320-12.5 mg.....29	VENTAVIS.....34	VISTARIL <i>see hydroxyzine</i>
<i>valsartan-</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 320-25 mg.....30	VENTOLIN HFA.....73	<i>pamoate</i> .....72
<i>valsartan-</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 80-12.5 mg.....29	VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK) .....73	VITRAKVI .....25, 26
VALTOCO 10 MG DOSE 43	<i>verapamil hcl</i> .....33	VIVELLE-DOT <i>see dotted</i> .....56
VALTOCO 15 MG DOSE 43	VERELAN <i>see verapamil hcl</i> .....33	<i>see estradiol</i> .....56
VALTOCO 20 MG DOSE 44	VERQUVO.....34	VIVITROL .....49
VALTOCO 5 MG DOSE..43	VERSACLOZ.....40	VIZIMPRO .....26
VALTrex <i>see valacyclovir hcl</i> .....16	VERZENIO .....25	VONJO .....26
VANCOCIN <i>see vancomycin hcl</i> .....13	VESICARE <i>see solifenacin succinate</i> .....63	<i>voriconazole</i> .....13
<i>vancomycin hcl</i> .....13	<i>vestura</i> .....56	VOSEVI TAB .....16
VANCOMYCIN INJ 1 GM 13	VFEND <i>see voriconazole</i> .....13	VOTRIENT <i>see pazopanib hcl</i> .....24
VANCOMYCIN INJ 500MG .....13	VFEND IV <i>see voriconazole</i> .....13	VRAYLAR.....40
VANCOMYCIN INJ 750MG .....13	V-GO 20 KIT .....52	VRAYLAR CAP 1.5-3MG 40
VANFLYTA .....25	V-GO 30 KIT .....52	<i>vyfemla</i> .....56
VAQTA .....68	V-GO 40 KIT .....52	<i>vylibra</i> .....56
<i>varenicline tartrate</i> .....48	VIBRAMYCIN <i>see doxycycline</i> ( <i>monohydrate</i> ) .....19	VYTORIN <i>see ezetimibe-</i> <i>simvastatin tab 10-10</i> <i>mg</i> .....31
<i>varenicline tartrate tab 11 x</i> <i>0.5 mg &amp; 42 x 1 mg start</i> <i>pack</i> .....49	<i>see doxycycline hyclate</i> .....19	<i>see ezetimibe-</i> <i>simvastatin tab 10-20</i> <i>mg</i> .....31
VARIVAX .....68	VIDAZA <i>see azacitidine</i> .....19	<i>see ezetimibe-</i> <i>simvastatin tab 10-40</i> <i>mg</i> .....31
VASCEPA.....31	<i>vienva</i> .....56	<i>see ezetimibe-</i> <i>simvastatin tab 10-80</i> <i>mg</i> .....31
VASERETIC <i>see enalapril maleate &amp;</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 10-25 mg .....27	<i>vigabatrin</i> .....44	VYZULTA.....71
VASOTEC <i>see enalapril maleate</i> ..27	<i>vigadrone</i> .....44	<b>W</b>
VELCADE <i>see bortezomib</i> .....22	VIGAMOX <i>see moxifloxacin hcl</i> ( <i>ophth</i> ).....70	<i>warfarin sodium</i> .....63
<i>velivet</i> .....56	<i>vigpoder</i> .....44	<i>water for irrigation, sterile</i> <i>irrigation soln</i> .....78
VELPHORO.....59	VIIBRYD <i>see vilazodone hcl</i> .....37	WELCHOL <i>see colesevelam hcl</i> ....31
VELTASSA .....53	<i>vilazodone hcl</i> .....37	WELIREG .....21
VEMLIDY .....16	VIMPAT <i>see lacosamide</i> .....42	WELLBUTRIN SR <i>see bupropion hcl</i> .....36
VENCLEXTA .....25	<i>see lacosamide oral</i> ...42	WELLBUTRIN XL <i>see bupropion hcl</i> .....36
VENCLEXTA TAB START PK .....25	<i>vincristine sulfate</i> .....21	<i>wera</i> .....56
	<i>vinorelbine tartrate</i> .....21	<i>wixela inhub</i> .....75
	<i>violele</i> .....56	<i>wymzya fe</i> .....56
	VIRACEPT.....15	
	VIREAD .....15	

<b>X</b>		
XALATAN		ZEMPLAR
see <i>latanoprost</i> .....	71	see <i>paricalcitol</i> .....
XALKORI.....	26	<i>zenatane</i> .....
XANAX		ZENPEP CAP 10000UNT
see <i>alprazolam</i> .....	35	.....
XARELTO.....	63	.....
XARELTO STAR TAB		ZENPEP CAP 15000UNT
15/20MG.....	64	.....
XATMEP.....	66	.....
XCOPRI.....	44	ZENPEP CAP 20000UNT
XCOPRI PAK 100-150....	44	.....
XCOPRI PAK 12.5-25....	44	ZENPEP CAP 25000UNT
XCOPRI PAK 150-200MG		.....
(MAINTENANCE).....	44	ZENPEP CAP 3000UNIT61
XCOPRI PAK 150-200MG		ZENPEP CAP 40000UNT
(TITRATION).....	44	.....
XCOPRI PAK 50-100MG	44	ZENPEP CAP 5000UNIT61
XELJANZ.....	66	ZENPEP CAP 60000UNT
XELJANZ XR.....	66	.....
XENAZINE		ZERVIAE.....
see <i>tetrabenazine</i> .....	47	ZESTORETIC
XERMELO.....	61	see <i>lisinopril &amp;</i>
XGEVA.....	53	<i>hydrochlorothiazide tab</i>
XHANCE.....	74	10-12.5 mg.....
XIFAXAN.....	61	see <i>lisinopril &amp;</i>
XIGDUO XR TAB 10-1000		<i>hydrochlorothiazide tab</i>
.....	51	20-12.5 mg.....
XIGDUO XR TAB 10-		see <i>lisinopril &amp;</i>
500MG.....	51	<i>hydrochlorothiazide tab</i>
XIGDUO XR TAB 2.5-1000		20-25 mg.....
.....	51	ZESTRIL
XIGDUO XR TAB 5-		see <i>lisinopril</i> .....
1000MG.....	51	ZETIA
XIGDUO XR TAB 5-500MG		see <i>ezetimibe</i> .....
.....	51	ZIAGEN
XIIDRA.....	71	see <i>abacavir sulfate</i> ....
XOFLUZA.....	16	<i>zidovudine</i> .....
XOLAIR.....	74	.....
XOSPATA.....	26	ZIEXTENZO.....
XPOVIO 100 MG ONCE		<i>ziprasidone hcl</i> .....
WEEKLY.....	26	.....
XPOVIO 40 MG ONCE		<i>ziprasidone mesylate</i> ....
WEEKLY.....	26	ZIRABEV.....
XPOVIO 40 MG TWICE		ZIRGAN.....
WEEKLY.....	26	ZITHROMAX
XPOVIO 60 MG ONCE		see <i>azithromycin</i> .....
WEEKLY.....	26	ZOCOR
		see <i>simvastatin</i> .....
XPOVIO 60 MG TWICE		<i>zoledronic acid</i> .....
WEEKLY.....	26	ZOLINZA.....
		ZOLOFT
XPOVIO 80 MG ONCE		see <i>sertraline hcl</i> .....
WEEKLY.....	26	<i>zolpidem tartrate</i> .....
XPOVIO 80 MG TWICE		
WEEKLY.....	26	
XTANDI.....	20	
<i>xulane</i> .....	56	
XULTOPHY INJ 100/3.6	52	
XYLOCAINE		
see <i>lidocaine hcl (local</i>		
<i>anesth.)</i> .....	11	
XYLOCAINE-MPF		
see <i>lidocaine hcl (local</i>		
<i>anesth.)</i> .....	11	
<b>Y</b>		
<i>yargesa</i> .....	58	
YASMIN 28		
see <i>drospirenone-ethinyl</i>		
<i>estradiol tab 3-0.03 mg</i>		
.....	54	
see <i>ocella</i> .....	55	
see <i>syeda</i> .....	55	
see <i>zumandimine</i> .....	56	
YAZ		
see <i>drospirenone-ethinyl</i>		
<i>estradiol tab 3-0.02 mg</i>		
.....	54	
see <i>jasmiel</i> .....	54	
see <i>loryna</i> .....	54	
see <i>nikki</i> .....	55	
see <i>vestura</i> .....	56	
YF-VAX INJ.....	68	
<i>yuvaferm</i> .....	56	
<b>Z</b>		
<i>zafemy</i> .....	56	
<i>zafirlukast</i> .....	73	
<i>zaleplon</i> .....	46	
ZANAFLEX		
see <i>tizanidine hcl</i> .....	48	
ZARONTIN		
see <i>ethosuximide</i> .....	42	
ZARXIO.....	64	
ZAVESCA		
see <i>miglustat</i> .....	58	
see <i>yargesa</i> .....	58	
ZEJULA.....	26	
ZELBORAF.....	26	
ZEMAIRA.....	74	

ZONEGRAN	ZTALMY .....	ZYPREXA ZYDIS
see <i>zonisamide</i> .....	<i>zumandimine</i> .....	see <i>olanzapine</i> .....
ZONISADE .....	ZURZUVAE .....	ZYTIGA
<i>zonisamide</i> .....	ZYDELIG .....	see <i>abiraterone acetate</i>
ZORTRESS	ZYKADIA .....	.....
see <i>everolimus</i>	ZYLET SUS 0.5-0.3% .....	ZYVOX
( <i>immunosuppressant</i> )	ZYPREXA	see <i>linezolid</i> .....
.....	see <i>olanzapine</i> .....	
<i>zovia 1/35</i> .....	ZYPREXA RELPREVV ...	
56	40	

# Aviso de no discriminación



Johns Hopkins Advantage MD (HMO) y Johns Hopkins Advantage MD (PPO) cumplen con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discriminan con base en raza, color de piel, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Johns Hopkins Advantage MD no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color de piel, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Johns Hopkins Advantage MD:

- Ofrece asistencia y servicios de manera gratuita a las personas con discapacidades para que puedan comunicarse de manera efectiva con nosotros, como: intérpretes calificados de lenguaje de señas, información por escrito en otros formatos (tipografía grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Ofrece servicios lingüísticos gratuitos a las personas cuya lengua materna no sea el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con nuestro Departamento de Servicio de Atención al Cliente llamando al número 1-877-2935325 (TTY: 711).

Si cree que Johns Hopkins Advantage MD no le ha provisto estos servicios o lo ha discriminado de alguna otra manera debido a su raza, color de piel, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentarnos un reclamo de la siguiente forma: Coordinador de cumplimiento de quejas de Johns Hopkins en 7231 Parkway Dr., Suite 100, Hanover, MD 21076, teléfono: 1-844-422-6957 (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m., o llamando al número 1-844-SPEAK2US (1-844-773-2528, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana), fax: 1-410-762-1527 o por correo electrónico: [compliance@jhhp.org](mailto:compliance@jhhp.org).

Puede presentar un reclamo en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, un coordinador de cumplimiento de Johns Hopkins Advantage MD está disponible para ayudarlo. También puede presentar una queja por derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., de manera electrónica, en el portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles que se encuentra en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf> o por correo o teléfono a: 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). Los formularios para quejas están disponibles en <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

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

Y0124\_MAMultiLanguageInsert0223\_C

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 1 Mayo/2024. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente de Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO), al 1-877-293-4998 (para usuarios de TTY, 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, o visite [www.hopkinsmedicare.com](http://www.hopkinsmedicare.com).