



FORMULARIO Y LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS

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

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

ID de envío del archivo de formulario aprobado por 00024152, Version 10

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

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

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

Este documento incluye una lista de los medicamentos (Formulario) de nuestro plan, la cual está en vigencia desde 3/1/2024. Para obtener un formulario actualizado, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

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

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

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

¿Puede cambiar el Formulario (lista de medicamentos)?

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

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

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

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

- **Medicamentos retirados del mercado.** Si la Administración de Drogas y Alimentos considera que un medicamento de nuestro Formulario es inseguro o el fabricante del medicamento lo retira del mercado, eliminaremos de inmediato dicho medicamento de nuestro Formulario y les notificaremos a los miembros que toman el medicamento en cuestión.
- **Otros cambios.** Podemos hacer otros cambios que afectan a los miembros que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca que actualmente se encuentre en el Formulario, o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o moverlo a un nivel de costo compartido diferente, o ambas cosas. O bien, podemos hacer cambios en función de las nuevas pautas clínicas. Si retiramos medicamentos de nuestro Formulario, o agregamos autorizaciones previas, restricciones de límite de cantidad o de tratamiento escalonado en un medicamento o si pasamos un medicamento a un nivel superior de costo compartido, debemos notificarles a los miembros afectados por el cambio al menos 30 días antes de que entre en vigencia dicho cambio, o cuando el miembro solicite un resurtido del medicamento, momento en el cual el miembro recibirá un suministro del medicamento para 30 días.
 - Si realizamos estos otros cambios, usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. En el aviso que le proporcionamos también se incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y usted también puede encontrar información en la sección a continuación titulada “¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de Johns Hopkins Advantage MD (PPO), Johns Hopkins Advantage MD Plus (PPO) y Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO)?”

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

El Formulario adjunto es vigente a partir del 3/1/2024. Para recibir información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por nuestro plan, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en las páginas de la portada y la portada posterior. En el caso de cualquier cambio al formulario de mitad de año que no sea de mantenimiento, el formulario se actualizará mensualmente y se publicará en nuestra página web.

¿Cómo utilizo el Formulario?

Hay dos formas para encontrar su medicamento dentro del Formulario:

Afección médica

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

Listado alfabético

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

¿Qué son los medicamentos genéricos?

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

¿Hay alguna restricción en mi cobertura?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Para obtener más información

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

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

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

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

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

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

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

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

Johns Hopkins Advantage MD Plus (PPO) and Plus (PPO)		
Nivel de costo compartido	Costo compartido estándar en farmacias minoristas (en la red)	Costo compartido estándar de pedido por correo (en la red)
Nivel 1 de costo compartido (genérico preferido)	Copago de \$4 por 30 días de suministro Copago de \$6 por 60 días de suministro Copago de \$8 por 90 días de suministro	Copago de \$4 por 30 días de suministro Copago de \$6 por 60 días de suministro Copago de \$8 por 90 días de suministro
Nivel 2 de costo compartido (genérico)	Copago de \$12 por 30 días de suministro Copago de \$18 por 60 días de suministro Copago de \$24 por 90 días de suministro	Copago de \$12 por 30 días de suministro Copago de \$18 por 60 días de suministro Copago de \$24 por 90 días de suministro
Nivel 3 de costo compartido (marcas preferidas)	Copago de \$47 por 30 días de suministro Copago de \$94 por 60 días de suministro Copago de \$141 por 90 días de suministro	Copago de \$47 por 30 días de suministro Copago de \$70.50 por 60 días de suministro Copago de \$94 por 90 días de suministro
Nivel 4 de costo compartido (medicamento no preferido)	Copago de \$100 por 30 días de suministro Copago de \$200 por 60 días de suministro Copago de \$300 por 90 días de suministro	Copago de \$100 por 30 días de suministro Copago de \$150 por 60 días de suministro Copago de \$200 por 90 días de suministro
Nivel 5 de costo compartido (nivel de especialidad)	Coaseguro de 33% por 30 días de suministro (solamente)	

RECUERDE:

- Los medicamentos se proveen en un centro de cuidados a largo plazo para un suministro de hasta 31 días.
- Los medicamentos del nivel 5 solo están disponibles por 30 días de suministro.
- Se puede solicitar por correo para pedir de forma práctica un suministro de hasta 100 días de medicamentos en el nivel 1 y un suministro de 90 días de medicamentos del nivel 2 al nivel 4 por dos veces el copago de 30 días, lo que le ahorra dinero y tiempo. Puede comunicarse con nosotros llamando al número de teléfono que se encuentra en la portada y la contraportada.
- Puede encontrar la información completa sobre costos compartidos en la Evidencia de cobertura.

Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO)		
Nivel de costo compartido	Costo compartido estándar en farmacias minoristas (en la red)	Costo compartido estándar de pedido por correo (en la red)
Nivel 1 de costo compartido (genérico preferido)	Copago de \$0 por 30 días de suministro Copago de \$0 por 60 días de suministro Copago de \$0 por 100 días de suministro	Copago de \$0 por 30 días de suministro Copago de \$0 por 60 días de suministro Copago de \$0 por 100 días de suministro
Nivel 2 de costo compartido (genérico)	Copago de \$10 por 30 días de suministro Copago de \$15 por 60 días de suministro Copago de \$20 por 90 días de suministro	Copago de \$10 por 30 días de suministro Copago de \$15 por 60 días de suministro Copago de \$20 por 90 días de suministro
Nivel 3 de costo compartido (marcas preferidas)	Copago de \$40 por 30 días de suministro Copago de \$80 por 60 días de suministro Copago de \$120 por 90 días de suministro	Copago de \$40 por 30 días de suministro Copago de \$60 por 60 días de suministro Copago de \$80 por 90 días de suministro
Nivel 4 de costo compartido (medicamento no preferido)	Copago de \$90 por 30 días de suministro Copago de \$180 por 60 días de suministro Copago de \$270 por 90 días de suministro	Copago de \$90 por 30 días de suministro Copago de \$135 por 60 días de suministro Copago de \$180 por 90 días de suministro
Nivel 5 de costo compartido (nivel de especialidad)	Coaseguro de 33% por 30 días de suministro (solamente)	

RECUERDE:

- Los medicamentos se proveen en un centro de cuidados a largo plazo para un suministro de hasta 31 días.
- Los medicamentos del nivel 5 solo están disponibles por 30 días de suministro.
- Se puede solicitar por correo para pedir de forma práctica un suministro de hasta 100 días de medicamentos en el nivel 1 y un suministro de 90 días de medicamentos del nivel 2 al nivel 4 por dos veces el copago de 30 días, lo que le ahorra dinero y tiempo. Puede comunicarse con nosotros llamando al número de teléfono que se encuentra en la portada y la contraportada.
- Puede encontrar la información completa sobre costos compartidos en la Evidencia de cobertura.

Cobertura de otros medicamentos

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

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

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

Johns Hopkins Advantage MD (PPO)

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES

ANALGESICS - DRUGS TO TREAT PAIN AND INFLAMMATION

GOUT - DRUGS TO TREAT GOUT

allopurinol TABS 100mg, Tier 1
300mg

colchicine TABS .6mg Tier 2 QL
QL (120 tabs / 30 days)

colchicine w/ probenecid tab Tier 2
0.5-500 mg

MITIGARE CAPS .6mg Tier 3 QL
QL (60 caps / 30 days)

probenecid TABS 500mg Tier 2

NSAIDS - DRUGS TO TREAT PAIN AND INFLAMMATION

celecoxib (generic of CELEBREX) CAPS 50mg, Tier 2 QL
100mg, 200mg
QL (60 caps / 30 days)

celecoxib (generic of CELEBREX) CAPS 400mg Tier 2 QL
QL (30 caps / 30 days)

diclofenac potassium TABS Tier 2 QL
50mg
QL (120 tabs / 30 days)

diclofenac sodium TB24 Tier 2
100mg; TBEC 25mg, 50mg,
75mg

diflunisal TABS 500mg Tier 2

ec-naproxen (generic of EC-NAPROSYN) TBEC 375mg Tier 2 QL
QL (120 tabs / 30 days)

ec-naproxen (generic of EC-NAPROSYN) TBEC 500mg Tier 2 QL
QL (90 tabs / 30 days)

etodolac CAPS 200mg, Tier 2
300mg; TABS 500mg; TB24
400mg, 500mg, 600mg

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES

etodolac (generic of LODINE) TABS 400mg Tier 2

flurbiprofen TABS 100mg Tier 2

ibu TABS 400mg, 600mg, 800mg Tier 1

ibuprofen SUSP 100mg/5ml Tier 2

ibuprofen TABS 400mg, 600mg, 800mg Tier 1

meloxicam TABS 7.5mg, 15mg Tier 1

nabumetone TABS 500mg, 750mg Tier 1

naproxen TABS 250mg, 375mg Tier 1

naproxen (generic of NAPROSYN) TABS 500mg Tier 1

naproxen (generic of EC-NAPROSYN) TBEC 375mg Tier 2 QL
QL (120 tabs / 30 days)

naproxen (generic of EC-NAPROSYN) TBEC 500mg Tier 2 QL
QL (90 tabs / 30 days)

naproxen sodium TABS Tier 2
275mg

naproxen sodium (generic of ANAPROX DS) TABS Tier 2
550mg

piroxicam (generic of FELDENE) CAPS 10mg, 20mg Tier 2

sulindac TABS 150mg, 200mg Tier 2

OPIOID ANALGESICS, LONG-ACTING

fentanyl 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)

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad
por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D
Suministro de días no extendidos **V/I** - Vacunas / Insulinas

ST - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos
LA - Medicamentos con acceso limitado *** -**

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

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

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

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos
 por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **LA** - Medicamentos con acceso limitado * -
 Suministro de días no extendidos **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			NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
hydrocodone-acetaminophen tab 10-325 mg	Tier 2	QL		
QL (180 tabs / 30 days)				
hydrocodone-ibuprofen tab 7.5-200 mg	Tier 2	QL		
QL (150 tabs / 30 days)				
hydromorphone hcl (generic of DILAUDID) LIQD 1mg/ml	Tier 2	QL		
QL (600 mL / 30 days)				
hydromorphone hcl (generic of DILAUDID) TABS 2mg, 4mg, 8mg	Tier 2	QL		
QL (180 tabs / 30 days)				
MORPHINE SULFATE SOLN 2mg/ml, 4mg/ml, 5mg/ml, 8mg/ml, 10mg/ml, 50mg/ml	Tier 4	B/D		
morphine sulfate SOLN 4mg/ml, 8mg/ml, 10mg/ml	Tier 4	B/D		
morphine sulfate SOLN 10mg/5ml, 20mg/5ml	Tier 2	QL		
QL (900 mL / 30 days)				
morphine sulfate SOLN 20mg/ml	Tier 2	QL		
QL (180 mL / 30 days)				
morphine sulfate TABS 15mg, 30mg	Tier 2	QL		
QL (180 tabs / 30 days)				
MORPHINE SULFATE/SODIUM C SOLN 1mg/ml	Tier 4	B/D		
nalbuphine hcl SOLN 10mg/ml, 20mg/ml	Tier 4			
oxycodone hcl CAPS 5mg	Tier 2	QL		
QL (180 caps / 30 days)				
oxycodone hcl CONC 100mg/5ml	Tier 2	QL		
QL (180 mL / 30 days)				
NOMBRE DE MEDICAMENTO				
oxycodone hcl SOLN	Tier 2	QL		
5mg/5ml				
QL (900 mL / 30 days)				
oxycodone hcl TABS 5mg, 10mg, 20mg	Tier 2	QL		
QL (180 tabs / 30 days)				
oxycodone hcl (generic of ROXICODONE) TABS 15mg, 30mg	Tier 2	QL		
QL (180 tabs / 30 days)				
oxycodone w/ acetaminophen tab 2.5-325 mg (generic of PERCO CET)	Tier 2	QL		
QL (360 tabs / 30 days)				
oxycodone w/ acetaminophen tab 5-325 mg (generic of PERCO CET)	Tier 2	QL		
QL (360 tabs / 30 days)				
oxycodone w/ acetaminophen tab 7.5-325 mg (generic of PERCO CET)	Tier 2	QL		
QL (240 tabs / 30 days)				
oxycodone w/ acetaminophen tab 10-325 mg (generic of PERCO CET)	Tier 2	QL		
QL (180 tabs / 30 days)				
tramadol hcl TABS 50mg	Tier 2	QL		
QL (240 tabs / 30 days)				
tramadol-acetaminophen tab 37.5-325 mg	Tier 2	QL		
QL (240 tabs / 30 days)				

ANESTHETICS - DRUGS FOR NUMBING LOCAL ANESTHETICS

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

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad
por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D
Suministro de días no extendidos **V/I** - Vacunas / Insulinas

ST - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos
LA - Medicamentos con acceso limitado * -

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

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

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos
 por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **LA** - Medicamentos con acceso limitado *** -**
 Suministro de días no extendidos **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			NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
<i>linezolid</i> (generic of ZYVOX)	Tier 2	QL		
TABS 600mg				
QL (60 tabs / 30 days)				
LINEZOLID INJ 2MG/ML	Tier 2			
<i>meropenem</i> SOLR 1gm,	Tier 2			
500mg				
<i>methenamine hippurate</i>	Tier 2			
(generic of HIPREX) TABS				
1gm				
<i>metronidazole</i> (generic of METRONIDAZOLE)	Tier 2			
SOLN 500mg/100ml				
<i>metronidazole</i> TABS 250mg, 500mg	Tier 1			
<i>neomycin sulfate</i> TABS 500mg	Tier 2			
<i>nitazoxanide</i> (generic of ALINIA)	Tier 5	* QL		
TABS 500mg				
QL (6 tabs / 30 days)				
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> (generic of MACRODANTIN)	Tier 3			
CAPS 50mg, 100mg				
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i> (generic of MACROBID)	Tier 3			
CAPS 100mg				
<i>paromomycin sulfate</i> CAPS 250mg	Tier 2			
<i>pentamidine isethionate inh</i> (generic of NEBUPENT)	Tier 2	B/D		
SOLR 300mg				
<i>pentamidine isethionate inj</i> (generic of PENTAM 300)	Tier 2			
SOLR 300mg				
<i>praziquantel</i> (generic of BILTRICIDE)	Tier 2			
TABS 600mg				
SIVEXTRO SOLR 200mg;	Tier 5	*		
TABS 200mg				
<i>streptomycin sulfate</i> SOLR 1gm	Tier 5	*		
<i>sulfadiazine</i> TABS 500mg	Tier 5	*		

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

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

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			NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>caspofungin acetate</i>	Tier 2			
(generic of CANCIDAS)				
SOLR 50mg, 70mg				
<i>fluconazole</i> (generic of DIFLUCAN) SUSR	Tier 2			
10mg/ml, 40mg/ml; TABS				
100mg, 150mg, 200mg				
<i>fluconazole</i> TABS 50mg	Tier 2			
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj</i>	Tier 2			
200 mg/100ml				
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj</i>	Tier 2			
400 mg/200ml				
<i>flucytosine</i> (generic of ANCOPON) CAPS 250mg,	Tier 5	* PA		
500mg				
<i>griseofulvin microsize</i>	Tier 2			
SUSP 125mg/5ml; TABS				
500mg				
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	Tier 2			
TABS 125mg, 250mg				
<i>itraconazole</i> (generic of SPORANOX) CAPS 100mg	Tier 2	PA		
<i>ketoconazole</i> TABS 200mg	Tier 2	PA		
<i>micafungin sodium</i> (generic of MYCAMINE) SOLR	Tier 5	*		
50mg, 100mg				
<i>nystatin</i> TABS 500000unit	Tier 2			
<i>posaconazole</i> (generic of NOXAFILE) SUSP 40mg/ml	Tier 5	* QL PA		
QL (630 mL / 30 days)				
<i>posaconazole</i> (generic of NOXAFILE) TBEC 100mg	Tier 5	* QL PA		
QL (93 tabs / 30 days)				
<i>terbinafine hcl</i> TABS	Tier 1	QL		
250mg				
QL (90 tabs / year)				
<i>voriconazole</i> (generic of VFEND IV)	Tier 2	PA		
SOLR 200mg				
<i>voriconazole</i> (generic of VFEND)	Tier 5	* PA		
SUSR 40mg/ml				
NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS / LIMITES		
<i>voriconazole</i> (generic of VFEND) TABS 50mg	Tier 2	QL PA		
QL (480 tabs / 30 days)				
<i>voriconazole</i> (generic of VFEND) TABS 200mg	Tier 2	QL PA		
QL (120 tabs / 30 days)				
ANTIMALARIALS - DRUGS TO TREAT MALARIA				
<i>atovaquone-proguanil hcl</i>	Tier 2			
tab 62.5-25 mg (generic of MALARONE)				
<i>atovaquone-proguanil hcl</i>	Tier 2			
tab 250-100 mg (generic of MALARONE)				
<i>chloroquine phosphate</i>	Tier 2			
TABS 250mg, 500mg				
<i>COARTEM TAB 20-120MG</i>	Tier 4			
<i>mefloquine hcl</i> TABS	Tier 2			
250mg				
<i>PRIMAQUINE</i>		Tier 3		
<i>PHOSPHATE</i> TABS				
26.3mg				
<i>primaquine phosphate</i>	Tier 2			
(generic of PRIMAQUINE PHOSPHATE) TABS				
26.3mg				
<i>quinine sulfate</i> (generic of QUALAQUIN) CAPS	Tier 2	PA		
324mg				
ANTIRETROVIRAL AGENTS - DRUGS TO SUPPRESS HIV/AIDS INFECTION				
<i>abacavir sulfate</i> (generic of ZIAGEN) SOLN 20mg/ml	Tier 2	NM		
<i>abacavir sulfate</i> TABS	Tier 2	NM		
300mg				
<i>APTIVUS</i> CAPS 250mg	Tier 5	* NM		
<i>atazanavir sulfate</i> CAPS	Tier 2	NM		
150mg				
<i>atazanavir sulfate</i> (generic of REYATAZ) CAPS	Tier 2	NM		
200mg, 300mg				

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos **LA** - Medicamentos con acceso limitado **V/I** - Vacunas / Insulinas *** -** Suministro de días no extendidos **16**

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO				NIVEL REQUISITOS / LIMITES
<i>darunavir</i> (generic of PREZISTA) TABS 600mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM		
<i>darunavir</i> (generic of PREZISTA) TABS 800mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM		
EDURANT TABS 25mg	Tier 5	* NM		
efavirenz CAPS 50mg, 200mg	Tier 2	NM		
efavirenz (generic of SUSTIVA) TABS 600mg	Tier 2	NM		
<i>emtricitabine</i> (generic of EMTRIVA) CAPS 200mg	Tier 2	NM		
EMTRIVA SOLN 10mg/ml	Tier 4	NM		
<i>etravirine</i> (generic of INTELENCE) TABS 100mg, 200mg	Tier 5	* NM		
<i>fosamprenavir calcium</i> (generic of LEXIVA) TABS 700mg	Tier 5	* NM		
FUZEON SOLR 90mg	Tier 5	* NM LA		
INTELENCE TABS 25mg	Tier 4	NM		
ISENTRESS CHEW 25mg	Tier 4	NM		
ISENTRESS CHEW 100mg; PACK 100mg; TABS 400mg	Tier 5	* NM		
ISENTRESS HD TABS 600mg	Tier 5	* NM		
<i>lamivudine</i> (generic of EPIVIR) SOLN 10mg/ml; TABS 150mg, 300mg	Tier 2	NM		
LEXIVA SUSP 50mg/ml	Tier 4	NM		
<i>maraviroc</i> (generic of SELZENTRY) TABS 150mg, 300mg	Tier 5	* NM		
<i>nevirapine</i> SUSP 50mg/5ml; TABS 200mg; TB24 400mg	Tier 2	NM		
NORVIR PACK 100mg	Tier 4	NM		
PIFELTRO TABS 100mg	Tier 5	* NM		
PREZISTA SUSP 100mg/ml	Tier 5	* QL NM		
QL (400 mL / 30 days)				
NOMBRE DE MEDICAMENTO				
PREZISTA TABS 75mg	Tier 4	QL NM		
QL (480 tabs / 30 days)				
PREZISTA TABS 150mg	Tier 5	* QL NM		
QL (240 tabs / 30 days)				
REYATAZ PACK 50mg	Tier 5	* NM		
<i>ritonavir</i> (generic of NORVIR) TABS 100mg	Tier 2	NM		
RUKOBIA TB12 600mg	Tier 5	* NM		
SELZENTRY SOLN 20mg/ml; TABS 75mg	Tier 5	* NM		
SELZENTRY TABS 25mg	Tier 4	NM		
SUNLENCA TBPK 300mg	Tier 5	* NM LA		
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> (generic of VIREAD) TABS 300mg	Tier 2	NM		
TIVICAY TABS 10mg	Tier 3	NM		
TIVICAY TABS 25mg, 50mg	Tier 5	* NM		
TIVICAY PD TBSO 5mg	Tier 5	* NM		
TROGARZO SOLN 200mg/1.33ml	Tier 5	* NM LA		
TYBOST TABS 150mg	Tier 3	NM		
VIRACEPT TABS 250mg, 625mg	Tier 5	* NM		
VIREAD POWD 40mg/gm; TABS 150mg, 200mg, 250mg	Tier 5	* NM		
<i>zidovudine</i> (generic of RETROVIR) CAPS 100mg; SYRP 50mg/5ml	Tier 2	NM		
<i>zidovudine</i> TABS 300mg	Tier 2	NM		
ANTIRETROVIRAL COMBINATION AGENTS - DRUGS TO SUPPRESS HIV/AIDS INFECTION				
<i>abacavir sulfate-lamivudine</i> tab 600-300 mg (generic of EPZICOM)	Tier 2	NM		
BIKTARVY TAB 30-120-15 MG	Tier 5	* NM		
BIKTARVY TAB 50-200-25 MG	Tier 5	* NM		

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad
 por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D
 Suministro de días no extendidos **V/I** - Vacunas / Insulinas

ST - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos
LA - Medicamentos con acceso limitado * -

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

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO			NIVEL REQUISITOS / LIMITES
lopinavir-ritonavir soln 400- 100 mg/5ml (80-20 mg/ml) (generic of KALETRA)	Tier 2	NM	
lopinavir-ritonavir tab 100-25	Tier 2	NM	
mg (generic of KALETRA)			
lopinavir-ritonavir tab 200-50	Tier 2	NM	
mg (generic of KALETRA)			
ODEFSEY TAB	Tier 5	*	NM
PREZCOBIX TAB 800-150	Tier 5	*	NM
STRIBILD TAB	Tier 5	*	NM
SYMTUZA TAB	Tier 5	*	NM
TRIUMEQ PD TAB	Tier 5	*	NM
TRIUMEQ TAB	Tier 5	*	NM
TRIZIVIR TAB	Tier 5	*	NM
ANTITUBERCULAR AGENTS - DRUGS TO TREAT TUBERCULOSIS			
cycloserine CAPS 250mg	Tier 5	*	
ethambutol hcl TABS 100mg	Tier 2		
ethambutol hcl (generic of MYAMBUTOL) TABS 400mg	Tier 2		
isoniazid SYRP 50mg/5ml	Tier 2		
isoniazid TABS 100mg, 300mg	Tier 1		
PRIFTIN TABS 150mg	Tier 4		
pyrazinamide TABS 500mg	Tier 2		
rifabutin (generic of MYCOBUTIN) CAPS 150mg	Tier 2		
rifampin CAPS 150mg, 300mg	Tier 2		
rifampin (generic of RIFADIN) SOLR 600mg	Tier 2		
SIRTURO TABS 20mg, 100mg	Tier 5	* NM LA PA	
TRECATOR TABS 250mg	Tier 4		
ANTIVIRALS - DRUGS TO TREAT VIRAL INFECTIONS			
acyclovir CAPS 200mg; TABS 400mg, 800mg	Tier 1		
acyclovir SUSP 200mg/5ml	Tier 2		

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos **LA** - Medicamentos con acceso limitado **V/I** - Vacunas / Insulinas * - por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **18**

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO			NIVEL REQUISITOS / LIMITES
acyclovir sodium SOLN 50mg/ml	Tier 2	B/D	
adefovir dipivoxil TABS 10mg	Tier 2	NM	
BARACLUDE SOLN .05mg/ml	Tier 5	* NM	
entecavir (generic of BARACLUDE) TABS .5mg, 1mg	Tier 2	NM	
EPCLUSUSA PAK 150-37.5	Tier 5	* NM PA	
EPCLUSUSA PAK 200-50MG	Tier 5	* NM PA	
EPCLUSUSA TAB 200-50MG	Tier 5	* NM PA	
EPCLUSUSA TAB 400-100	Tier 5	* NM PA	
famciclovir TABS 125mg, 250mg, 500mg	Tier 2		
ganciclovir sodium SOLR 500mg	Tier 2	B/D	
HARVONI PAK 33.75- 150MG	Tier 5	* NM PA	
HARVONI PAK 45-200MG	Tier 5	* NM PA	
HARVONI TAB 45-200MG	Tier 5	* NM PA	
HARVONI TAB 90-400MG	Tier 5	* NM PA	
lamivudine (hbv) TABS 100mg	Tier 2	NM	
MAVYRET PAK 50-20MG	Tier 5	* NM PA	
MAVYRET TAB 100-40MG	Tier 5	* NM PA	
oseltamivir phosphate (generic of TAMIFLU) CAPS 30mg QL (168 caps / year)	Tier 2	QL	
oseltamivir phosphate (generic of TAMIFLU) CAPS 45mg, 75mg QL (84 caps / year)	Tier 2	QL	
oseltamivir phosphate (generic of TAMIFLU) SUSR 6mg/ml QL (1080 mL / year)	Tier 2	QL	
PEGASYS SOLN 180mcg/ml; SOSY 180mcg/0.5ml	Tier 5	* NM PA	

NOMBRE DE MEDICAMENTO			NIVEL REQUISITOS / LIMITES
PREVYMIS TABS 240mg, 480mg	Tier 5	* QL PA	
QL (28 tabs / 28 days)			
RELENZA DISKHALER	Tier 3	QL	
AEPB 5mg/blister			
QL (6 inhalers / year)			
ribavirin (hepatitis c) CAPS 200mg; TABS 200mg	Tier 2	NM	
rimantadine hydrochloride TABS 100mg	Tier 2		
valacyclovir hcl (generic of VALTREX) TABS 1gm, 500mg	Tier 2		
valganciclovir hcl (generic of VALCYTE) SOLR 50mg/ml	Tier 5	*	
valganciclovir hcl (generic of VALCYTE) TABS 450mg	Tier 5		
VEMLIDY TABS 25mg	Tier 5	* NM	
VOSEVI TAB	Tier 5	* NM PA	
CEPHALOSPORINS - DRUGS TO TREAT INFECTIONS			
cefaclor CAPS 250mg, 500mg; SUSR 250mg/5ml	Tier 2		
CEFACLOR ER TB12 500mg	Tier 4		
cefadroxil CAPS 500mg	Tier 1		
cefadroxil SUSR 250mg/5ml, 500mg/5ml	Tier 2		
CEFAZOLIN SOLR 2gm, 3gm	Tier 4		
CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML	Tier 4		
cefaezolin sodium SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 500mg	Tier 2		
CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4%	Tier 4		
cefdinir CAPS 300mg; SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	Tier 2		
cefepime hcl SOLR 1gm, 2gm	Tier 2		
cefixime CAPS 400mg; SUSR 100mg/5ml, 200mg/5ml	Tier 2		

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO		NIVEL REQUISITOS / LIMITES
<i>cefoxitin sodium</i>	SOLR	Tier 2 1gm, 2gm, 10gm
<i>cefopodoxime proxetil</i>	SUSR	Tier 2 50mg/5ml, 100mg/5ml; TABS 100mg, 200mg
<i>ceprozil</i>	SUSR	125mg/5ml, Tier 2 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg
<i>ceftazidime</i>	SOLR	1gm, Tier 2 2gm, 6gm
<i>ceftriaxone sodium</i>	SOLR	Tier 2 1gm, 2gm, 10gm, 250mg, 500mg
<i>cefuroxime axetil</i>	TABS	Tier 2 250mg, 500mg
<i>cefuroxime sodium</i>	SOLR	Tier 2 1.5gm, 750mg
<i>cephalexin</i>	CAPS	250mg, Tier 1 500mg
<i>cephalexin</i>	SUSR	Tier 2 125mg/5ml, 250mg/5ml
<i>tazicef</i>	SOLR	1gm, 2gm, Tier 2 6gm
TEFLARO	SOLR	400mg, Tier 5 600mg
ERYTHROMYCINS/MACROLIDES - DRUGS TO TREAT INFECTIONS		*
<i>azithromycin</i>	PACK	1gm Tier 2
<i>azithromycin</i> (generic of ZITHROMAX)	SOLR	Tier 2 500mg; SUSR 100mg/5ml, 200mg/5ml
<i>azithromycin</i> (generic of ZITHROMAX)	TABS	Tier 1 250mg, 500mg
<i>azithromycin</i>	TABS	600mg Tier 1
<i>clarithromycin</i>	SUSR	Tier 2 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg
<i>clarithromycin</i> (generic of BIAXIN XL)	TB24	500mg Tier 2
DIFICID	SUSR	40mg/ml; TABS 200mg Tier 5

NOMBRE DE MEDICAMENTO		NIVEL REQUISITOS / LIMITES
e.e.s.	400 TABS	400mg Tier 2
<i>ery-tab</i>	TBEC	250mg, 333mg, 500mg Tier 2
ERYTHROCIN		Tier 4
LACTOBIONATE	SOLR	500mg
<i>erythrocin stearate</i>	TABS	250mg Tier 2
<i>erythromycin base</i>	CPEP	250mg; TABS 250mg, 500mg; TBEC 250mg, 333mg, 500mg Tier 2
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	TABS	400mg Tier 2
<i>erythromycin lactobionate</i>		(generic of ERYTHROCIN LACTOBIONATE) SOLR Tier 2 500mg
FLUOROQUINOLONES - DRUGS TO TREAT INFECTIONS		
CIPRO	SUSR	500mg/5ml Tier 4
<i>ciprofloxacin</i>	200 mg/100ml	Tier 2 in d5w
<i>ciprofloxacin</i>	400 mg/200ml	Tier 2 in d5w
<i>ciprofloxacin hcl</i> (generic of CIPRO)	TABS	250mg, 500mg Tier 1
<i>ciprofloxacin hcl</i>	TABS	750mg Tier 1
<i>levofloxacin</i>	SOLN	25mg/ml Tier 2
<i>levofloxacin</i>	TABS	250mg, 500mg, 750mg Tier 1
<i>levofloxacin</i> in d5w iv soln		250 mg/50ml Tier 2
<i>levofloxacin</i> in d5w iv soln		500 mg/100ml Tier 2
<i>levofloxacin</i> in d5w iv soln		750 mg/150ml Tier 2
<i>moxifloxacin hcl</i>	TABS	400mg Tier 2

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad
por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D
Suministro de días no extendidos **V/I** - Vacunas / Insulinas

ST - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos
LA - Medicamentos con acceso limitado * -

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.

NOMBRE DE MEDICAMENTO **TIER** **REQUISITOS /
LIMITES**

<i>moxifloxacin hcl 400 mg/250ml in sodium chloride 0.8% inj</i>	Tier 2
PENICILLINS - DRUGS TO TREAT INFECTIONS	
<i>amoxicillin CAPS 250mg, 500mg; SUSR 125mg/5ml, 200mg/5ml, 250mg/5ml, 400mg/5ml; TABS 500mg, 875mg</i>	Tier 1
<i>amoxicillin CHEW 125mg, 250mg</i>	Tier 2
<i>amoxicillin & k clavulanate chew tab 200-28.5 mg</i>	Tier 2
<i>amoxicillin & k clavulanate chew tab 400-57 mg</i>	Tier 2
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 200-28.5 mg/5ml</i>	Tier 2
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 250-62.5 mg/5ml</i>	Tier 2
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 400-57 mg/5ml</i>	Tier 2
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 600-42.9 mg/5ml (generic of AUGMENTIN ES-600)</i>	Tier 2
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 250-125 mg</i>	Tier 2
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 500-125 mg (generic of AUGMENTIN)</i>	Tier 2
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 875-125 mg</i>	Tier 2
<i>amoxicillin & k clavulanate tab er 12hr 1000-62.5 mg</i>	Tier 2
<i>ampicillin CAPS 500mg</i>	Tier 1
<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 1.5 (1-0.5) gm (generic of UNASYN)</i>	Tier 2
<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 3 (2-1) gm (generic of UNASYN)</i>	Tier 2

NOMBRE DE MEDICAMENTO **TIER** **REQUISITOS /
LIMITES**

<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 1.5 (1-0.5) gm</i>	Tier 2
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 3 (2-1) gm</i>	Tier 2
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 15 (10-5) gm (generic of UNASYN BULK PACK)</i>	Tier 2
<i>ampicillin sodium SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 125mg, 250mg, 500mg</i>	Tier 2
<i>BICILLIN L-A SUSY 600000unit/ml, 1200000unit/2ml, 2400000unit/4ml</i>	Tier 4
<i>dicloxacillin sodium CAPS 250mg, 500mg</i>	Tier 2
<i>nafcillin sodium SOLR 1gm, Tier 2 2gm</i>	
<i>nafcillin sodium SOLR 10gm</i>	Tier 5 *
<i>oxacillin sodium SOLR 1gm, 2gm, 10gm</i>	Tier 2
<i>PEN GK/DEXTR INJ 40000/ML</i>	Tier 4
<i>PEN GK/DEXTR INJ 60000/ML</i>	Tier 4
<i>penicillin g potassium SOLR 5000000unit, 20000000unit</i>	Tier 2
<i>penicillin g sodium SOLR 5000000unit</i>	Tier 2
<i>penicillin v potassium SOLR 125mg/5ml, 250mg/5ml</i>	Tier 2
<i>penicillin v potassium TABS 250mg, 500mg</i>	Tier 1
<i>pfizerpen SOLR 5000000unit, 20000000unit</i>	Tier 2
<i>piperacillin sod-tazobactam na for inj 3.375 gm (3-0.375 gm)</i>	Tier 2

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad
por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D
Suministro de días no extendidos

ST - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos
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 NIVEL REQUISITOS /
LIMITES**

<i>piperacillin sod-tazobactam</i>	Tier 2
<i>sod for inj 2.25 gm (2-0.25 gm)</i>	
<i>piperacillin sod-tazobactam</i>	Tier 2
<i>sod for inj 4.5 gm (4-0.5 gm)</i>	
<i>piperacillin sod-tazobactam</i>	Tier 2
<i>sod for inj 13.5 gm (12-1.5 gm)</i>	
<i>piperacillin sod-tazobactam</i>	Tier 2
<i>sod for inj 40.5 gm (36-4.5 gm)</i>	

**TETRACYCLINES - DRUGS TO TREAT
INFECTIONS**

<i>doxy 100</i>	SOLR 100mg	Tier 2
<i>doxycycline (monohydrate)</i>	CAPS 50mg, 100mg; TABS 50mg, 75mg, 100mg	Tier 2
<i>doxycycline (monohydrate)</i>	(generic of VIBRAMYCIN) SUSR 25mg/5ml	Tier 2
<i>doxycycline hyclate</i>	CAPS 50mg; SOLR 100mg; TABS 20mg, 100mg	Tier 2
<i>doxycycline hyclate</i> (generic of VIBRAMYCIN)	CAPS 100mg	Tier 2
<i>minocycline hcl</i>	CAPS 50mg, 75mg, 100mg	Tier 2
<i>NUZYRA</i>	SOLR 100mg; TABS 150mg	Tier 5 * NM LA
<i>tetracycline hcl</i>	CAPS 250mg, 500mg	Tier 2 PA
<i>tigecycline</i> (generic of TYGACIL)	SOLR 50mg	Tier 5 *

**ANTINEOPLASTIC AGENTS - DRUGS TO
TREAT CANCER**

ALKYLATING AGENTS

<i>BENDEKA</i>	SOLN 100mg/4ml	Tier 5 * B/D NM LA
<i>carboplatin</i>	SOLN 50mg/5ml, 150mg/15ml, 450mg/45ml	Tier 2 B/D

**NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS /
LIMITES**

<i>cisplatin</i>	SOLN 50mg/50ml, 100mg/100ml, 200mg/200ml	Tier 2 B/D
<i>cyclophosphamide</i>	CAPS 25mg, 50mg; SOLR 1gm, 500mg	Tier 2 B/D
<i>CYCLOPHOSPHAMIDE</i>	SOLN 1gm/5ml, 500mg/2.5ml, 500mg/ml	Tier 5 * B/D
<i>cyclophosphamide</i>	SOLR 2gm	Tier 5 * B/D
<i>CYCLOPHOSPHAMIDE</i>	TABS 25mg, 50mg	Tier 4 B/D
<i>CYCLOPHOSPHAMIDE</i>	MONOHYDR SOLN 2gm/10ml	Tier 5 * B/D
<i>GLEOSTINE</i>	CAPS 10mg, 40mg	NM
<i>GLEOSTINE</i>	CAPS 100mg	Tier 5 * NM
<i>LEUKERAN</i>	TABS 2mg	Tier 5 *
<i>oxaliplatin</i>	SOLN 50mg/10ml, 100mg/20ml, 200mg/40ml; SOLR 50mg	Tier 2 B/D
<i>oxaliplatin</i>	SOLR 100mg	Tier 5 * B/D
<i>paraplatin</i>	SOLN 1000mg/100ml	Tier 2 B/D
ANTIBIOTICS		
<i>doxorubicin hcl</i>	SOLN 2mg/ml	Tier 2 B/D
<i>doxorubicin hcl liposomal</i>	(generic of DOXIL) INJ 2mg/ml	Tier 5 * B/D
<i>ELLENCE</i>	SOLN 50mg/25ml, 200mg/100ml	Tier 4 B/D
ANTIMETABOLITES		
<i>azacitidine</i> (generic of VIDAZA)	SUSR 100mg	Tier 5 * B/D NM
<i>cytarabine</i>	SOLN 20mg/ml	Tier 2 B/D
<i>fluorouracil</i>	SOLN 1gm/20ml, 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 500mg/10ml	Tier 2 B/D

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

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.

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

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

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos
por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **LA** - Medicamentos con acceso limitado **V/I** - Vacunas / Insulinas

ST - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos **LA** - Medicamentos con acceso limitado * -

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO			NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
bexarotene (generic of TARGRETIN) CAPS 75mg QL (300 caps / 30 days)		Tier 5	* QL NM PA	
hydroxyurea (generic of HYDREA) CAPS 500mg irinotecan hcl (generic of CAMPTOSAR) SOLN 40mg/2ml, 100mg/5ml, 300mg/15ml irinotecan hcl SOLN 500mg/25ml		Tier 2		
KISQALI 200 PAK FEMARA QL (49 tabs / 28 days)		Tier 5	* QL NM PA	
KISQALI 400 PAK FEMARA QL (70 tabs / 28 days)		Tier 5	* QL NM PA	
KISQALI 600 PAK FEMARA QL (91 tabs / 28 days)		Tier 5	* QL NM PA	
MATULANE CAPS 50mg tretinoin (chemotherapy) CAPS 10mg WELIREG TABS 40mg QL (90 tabs / 30 days)		Tier 5	* NM LA Tier 5	
MITOTIC INHIBITORS				
docetaxel (generic of DOCETAXEL) CONC 20mg/ml DOCETAXEL CONC 80mg/4ml, 160mg/8ml; SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml		Tier 2	B/D	
docetaxel (generic of DOCETAXEL) CONC 80mg/4ml, 160mg/8ml; SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml		Tier 5	* B/D	
etoposide SOLN 1gm/50ml, 100mg/5ml, 500mg/25ml paclitaxel CONC 6mg/ml, 30mg/5ml, 150mg/25ml, 300mg/50ml paclitaxel protein-bound particles for iv susp 100 mg		Tier 2	B/D	

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos
 por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **LA** - Medicamentos con acceso limitado * -
 Suministro de días no extendidos **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				NIVEL REQUISITOS / LIMITES
<i>vincristine sulfate</i>	SOLN	Tier 2	B/D 1mg/ml	
<i>vinorelbine tartrate</i>	SOLN	Tier 2	B/D 10mg/ml, 50mg/5ml	
MOLECULAR TARGET AGENTS				
ALECENSA	CAPS 150mg	Tier 5	* QL NM LA QL (240 caps / 30 days)	PA
ALUNBRIG	TABS 30mg	Tier 5	* QL NM LA QL (120 tabs / 30 days)	PA
ALUNBRIG	TABS 90mg, 180mg	Tier 5	* QL NM LA QL (30 tabs / 30 days)	PA
ALUNBRIG	PAK	Tier 5	* QL NM LA QL (30 tabs / 30 days)	PA
AUGTYRO	CAPS 40mg	Tier 5	* QL NM LA QL (240 caps / 30 days)	PA
AYVAKIT	TABS 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 300mg	Tier 5	* QL NM LA QL (30 tabs / 30 days)	PA
BALVERSA	TABS 3mg	Tier 5	* QL NM LA QL (84 tabs / 28 days)	PA
BALVERSA	TABS 4mg	Tier 5	* QL NM LA QL (56 tabs / 28 days)	PA
BALVERSA	TABS 5mg	Tier 5	* QL NM LA QL (28 tabs / 28 days)	PA
BORTEZOMIB	SOLR 1mg, 2.5mg, 3.5mg	Tier 5	* NM PA	
<i>bortezomib</i> (generic of VELCADE)	SOLR 3.5mg	Tier 5	* NM PA	
BOSULIF	TABS 100mg	Tier 5	* QL NM PA QL (180 tabs / 30 days)	
BOSULIF	TABS 400mg, 500mg	Tier 5	* QL NM PA QL (30 tabs / 30 days)	
BRAFTOVI	CAPS 75mg	Tier 5	* QL NM LA QL (180 caps / 30 days)	PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO				NIVEL REQUISITOS / LIMITES
BRUKINSA	CAPS 80mg	Tier 5	* QL NM LA QL (120 caps / 30 days)	PA
CABOMETYX	TABS 20mg, 40mg, 60mg	Tier 5	* QL NM LA QL (30 tabs / 30 days)	PA
CALQUENCE	CAPS 100mg	Tier 5	* QL NM LA QL (60 caps / 30 days)	PA
CALQUENCE	TABS 100mg	Tier 5	* QL NM LA QL (60 tabs / 30 days)	PA
CAPRELSA	TABS 100mg	Tier 5	* QL NM LA QL (60 tabs / 30 days)	PA
CAPRELSA	TABS 300mg	Tier 5	* QL NM LA QL (30 tabs / 30 days)	PA
COMETRIQ (60MG DOSE)	KIT 20mg	Tier 5	* QL NM LA QL (84 caps / 28 days)	PA
COMETRIQ KIT	100MG	Tier 5	* QL NM LA QL (56 caps / 28 days)	PA
COMETRIQ KIT	140MG	Tier 5	* QL NM LA QL (112 caps / 28 days)	PA
COPIKTRA	CAPS 15mg, 25mg	Tier 5	* QL NM LA QL (56 caps / 28 days)	PA
COTELLIC	TABS 20mg	Tier 5	* QL NM LA QL (63 tabs / 28 days)	PA
DAURISMO	TABS 25mg	Tier 5	* QL NM LA QL (60 tabs / 30 days)	PA
DAURISMO	TABS 100mg	Tier 5	* QL NM LA QL (30 tabs / 30 days)	PA
ERIVEDGE	CAPS 150mg	Tier 5	* QL NM LA QL (30 caps / 30 days)	PA
<i>erlotinib hcl</i> (generic of TARCEVA)	TABS 25mg	Tier 5	* QL NM PA QL (90 tabs / 30 days)	
<i>erlotinib hcl</i> (generic of TARCEVA)	TABS 100mg, 150mg	Tier 5	* QL NM PA QL (30 tabs / 30 days)	

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos **LA** - Medicamentos con acceso limitado **V/I** - Vacunas / Insulinas *** -** Suministro de días no extendidos

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.

NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS / LIMITES		
everolimus (generic of AFINITOR) TABS 2.5mg, 5mg, 7.5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA
everolimus (generic of AFINITOR DISPERZ) TBSO 2mg QL (150 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA
everolimus (generic of AFINITOR DISPERZ) TBSO 3mg QL (90 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA
everolimus (generic of AFINITOR DISPERZ) TBSO 5mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA
EXKIVITY CAPS 40mg QL (120 caps / 30 days)	Tier 5	* QL NM LA PA
FOTIVDA CAPS .89mg, 1.34mg QL (21 caps / 28 days)	Tier 5	* QL NM LA PA
FRUZAQLA CAPS 1mg QL (84 caps / 28 days)	Tier 5	* QL NM LA PA
FRUZAQLA CAPS 5mg QL (21 caps / 28 days)	Tier 5	* QL NM LA PA
GAVRETO CAPS 100mg QL (120 caps / 30 days)	Tier 5	* QL NM LA PA
gefitinib (generic of IRESSA) TABS 250mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA
GILOTRIF TABS 20mg, 30mg, 40mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM LA PA
HERCEP HYLEC SOL 60- 10000	Tier 5	* NM LA PA
HERCEPTIN SOLR 150mg HERZUMA SOLR 150mg, 420mg	Tier 5	* NM PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO				NIVEL REQUISITOS	LIMITES
IBRANCE CAPS 75mg, 100mg, 125mg	Tier 5	* QL NM	LA	PA	
<u>QL (21 caps / 28 days)</u>					
IBRANCE TABS 75mg, 100mg, 125mg	Tier 5	* QL NM	LA	PA	
<u>QL (21 tabs / 28 days)</u>					
ICLUSIG TABS 10mg, 15mg, 30mg, 45mg	Tier 5	* QL NM	LA	PA	
<u>QL (30 tabs / 30 days)</u>					
IDHIFA TABS 50mg, 100mg	Tier 5	* QL NM	LA	PA	
<u>QL (30 tabs / 30 days)</u>					
<i>imatinib mesylate (generic of GLEEVEC) TABS 100mg</i>	Tier 5	* QL NM	PA		
<u>QL (90 tabs / 30 days)</u>					
<i>imatinib mesylate (generic of GLEEVEC) TABS 400mg</i>	Tier 5	* QL NM	PA		
<u>QL (60 tabs / 30 days)</u>					
IMBRUVIDA CAPS 70mg	Tier 5	* QL NM	LA		
<u>QL (30 caps / 30 days)</u>				PA	
IMBRUVIDA CAPS 140mg	Tier 5	* QL NM	LA		
<u>QL (120 caps / 30 days)</u>				PA	
IMBRUVIDA SUSP 70mg/ml	Tier 5	* QL NM	LA		
<u>QL (216 mL / 27 days)</u>				PA	
IMBRUVIDA TABS 140mg, 280mg, 420mg	Tier 5	* QL NM	LA		
<u>QL (30 tabs / 30 days)</u>				PA	
INLYTA TABS 1mg	Tier 5	* QL NM	LA		
<u>QL (180 tabs / 30 days)</u>				PA	
INLYTA TABS 5mg	Tier 5	* QL NM	LA		
<u>QL (120 tabs / 30 days)</u>				PA	
INREBIC CAPS 100mg	Tier 5	* QL NM	LA		
<u>QL (120 caps / 30 days)</u>				PA	
JAKAFI TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 25mg	Tier 5	* QL NM	LA		
<u>QL (60 tabs / 30 days)</u>				PA	
JAYPIRCA TABS 50mg	Tier 5	* QL NM	LA		
<u>QL (30 tabs / 30 days)</u>				PA	

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad
por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o
Suministro de días no extendidos **V/I** - Vacunas /

ST - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos
LA - Medicamentos con acceso limitado * -

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO			NIVEL REQUISITOS / LIMITES
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE CPPK 10mg QL (60 caps / 30 days)	Tier 5	* QL NM LA PA	
LENVIMA CAP 14 MG QL (60 caps / 30 days)	Tier 5	* QL NM LA PA	
LENVIMA CAP 18 MG QL (90 caps / 30 days)	Tier 5	* QL NM LA PA	
LENVIMA CAP 24 MG QL (90 caps / 30 days)	Tier 5	* QL NM LA PA	
LORBRENA TABS 25mg QL (90 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM LA PA	
LORBRENA TABS 100mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM LA PA	
LUMAKRAS TABS 120mg QL (240 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM LA PA	
LUMAKRAS TABS 320mg QL (90 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM LA PA	
LYNPARZA TABS 100mg, 150mg QL (120 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM LA PA	
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) TBPK 4mg QL (84 tabs / 28 days)	Tier 5	* QL NM LA PA	
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) TBPK 4mg QL (112 tabs / 28 days)	Tier 5	* QL NM LA PA	
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) TBPK 4mg QL (140 tabs / 28 days)	Tier 5	* QL NM LA PA	
MEKINIST SOLR .05mg/ml QL (1260 mL / 30 days)	Tier 5	* QL NM LA PA	
MEKINIST TABS 2mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM LA PA	
MEKINIST TABS .5mg QL (90 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM LA PA	
MEKTOVI TABS 15mg QL (180 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM LA PA	

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

27

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO			NIVEL REQUISITOS / LIMITES
MONJUVI SOLR 200mg	Tier 5	* NM	LA PA
NERLYNX TABS 40mg QL (180 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL	NM LA PA
NEXAVAR TABS 200mg QL (120 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL	NM LA PA
NINLARO CAPS 2.3mg, 3mg, 4mg QL (3 caps / 28 days)	Tier 5	* QL	NM PA
ODOMZO CAPS 200mg QL (30 caps / 30 days)	Tier 5	* QL	NM LA PA
OGIVRI SOLR 150mg	Tier 5	* NM	LA PA
OGIVRI INJ 420MG	Tier 5	* NM	LA PA
OGSIVEO TABS 50mg QL (180 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL	NM LA PA
OJJAARA TABS 100mg, 150mg, 200mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL	NM LA PA
ONTRUZANT SOLR 150mg, 420mg	Tier 5	* NM	LA PA
pazopanib hcl (generic of VOTRIENT) TABS 200mg QL (120 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL	NM PA
PEMAZYRE TABS 4.5mg, 9mg, 13.5mg QL (28 tabs / 28 days)	Tier 5	* QL	NM LA PA
PHESGO SOL	Tier 5	* NM	LA PA
PIQRAY 200MG DAILY DOSE TBPK 200mg QL (28 tabs / 28 days)	Tier 5	* QL	NM PA
PIQRAY 250MG TAB DOSE QL (56 tabs / 28 days)	Tier 5	* QL	NM PA
PIQRAY 300MG DAILY DOSE TBPK 150mg QL (56 tabs / 28 days)	Tier 5	* QL	NM PA
QINLOCK TABS 50mg QL (90 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL	NM LA PA
RETEVMO CAPS 40mg QL (180 caps / 30 days)	Tier 5	* QL	NM LA PA

NOMBRE DE MEDICAMENTO			NIVEL REQUISITOS / LIMITES
RETEVMO CAPS 80mg QL (120 caps / 30 days)	Tier 5	* QL	NM LA PA
REZLIDHIA CAPS 150mg QL (60 caps / 30 days)	Tier 5	* QL	NM LA PA
ROZLYTREK CAPS 100mg QL (150 caps / 30 days)	Tier 5	* QL	NM LA PA
ROZLYTREK CAPS 200mg QL (90 caps / 30 days)	Tier 5	* QL	NM LA PA
ROZLYTREK PACK 50mg QL (336 packets / 28 days)	Tier 5	* QL	NM LA PA
RUBRACA TABS 200mg, 250mg, 300mg QL (120 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL	NM LA PA
RYDAPT CAPS 25mg QL (224 caps / 28 days)	Tier 5	* QL	NM PA
SCEMBLIX TABS 20mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL	NM PA
SCEMBLIX TABS 40mg QL (300 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL	NM PA
sorafenib tosylate (generic of NEXAVAR) TABS 200mg QL (120 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL	NM PA
SPRYCEL TABS 20mg QL (90 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL	NM PA
SPRYCEL TABS 50mg, 70mg, 80mg, 100mg, 140mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL	NM PA
STIVARGA TABS 40mg QL (84 tabs / 28 days)	Tier 5	* QL	NM LA PA
sunitinib malate (generic of SUTENT) CAPS 12.5mg, 25mg, 37.5mg, 50mg QL (30 caps / 30 days)	Tier 5	* QL	NM PA

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad
por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D
Suministro de días no extendidos **V/I** - Vacunas / Insulinas

ST - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos
LA - Medicamentos con acceso limitado * -

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO		NIVEL REQUISITOS / LIMITES	NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL REQUISITOS / LIMITES	
TABRECTA	TABS 150mg, 200mg	Tier 5 * QL NM PA QL (112 tabs / 28 days)	TUKYSA	TABS 50mg, 150mg	Tier 5 * QL NM LA PA QL (120 tabs / 30 days)
TAFINLAR	CAPS 50mg, 75mg	Tier 5 * QL NM LA PA QL (120 caps / 30 days)	TURALIO	CAPS 125mg	Tier 5 * QL NM LA PA QL (120 caps / 30 days)
TAFINLAR	TBSO 10mg	Tier 5 * QL NM LA PA QL (900 tabs / 30 days)	VANFLYTA	TABS 17.7mg, 26.5mg	Tier 5 * QL NM LA PA QL (56 tabs / 28 days)
TAGRISSO	TABS 40mg, 80mg	Tier 5 * QL NM LA PA QL (30 tabs / 30 days)	VENCLEXTA	TABS 10mg	Tier 4 QL NM LA PA QL (112 tabs / 28 days)
TALZENNA	CAPS .1mg, .35mg, .5mg, .75mg, 1mg	Tier 5 * QL NM LA PA QL (30 caps / 30 days)	VENCLEXTA	TABS 50mg	Tier 5 * QL NM LA PA QL (112 tabs / 28 days)
TALZENNA	CAPS .25mg	Tier 5 * QL NM LA PA QL (90 caps / 30 days)	VENCLEXTA	TABS 100mg	Tier 5 * QL NM LA PA QL (180 tabs / 30 days)
TASIGNA	CAPS 50mg	Tier 5 * QL NM LA PA QL (120 caps / 30 days)	VENCLEXTA TAB START PK		Tier 5 * QL NM LA PA QL (42 tabs / 28 days)
TASIGNA	CAPS 150mg, 200mg	Tier 5 * QL NM LA PA QL (112 caps / 28 days)	VERZENIO	TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg	Tier 5 * QL NM LA PA QL (56 tabs / 28 days)
TAZVERIK	TABS 200mg	Tier 5 * QL NM LA PA QL (240 tabs / 30 days)	VITRAKVI	CAPS 25mg	Tier 5 * QL NM LA PA QL (180 caps / 30 days)
TECENTRIQ	SOLN 840mg/14ml, 1200mg/20ml	Tier 5 * NM LA PA	VITRAKVI	CAPS 100mg	Tier 5 * QL NM LA PA QL (60 caps / 30 days)
TEPMETKO	TABS 225mg	Tier 5 * QL NM LA PA QL (60 tabs / 30 days)	VITRAKVI	SOLN 20mg/ml	Tier 5 * QL NM LA PA QL (300 mL / 30 days)
TIBSOVO	TABS 250mg	Tier 5 * QL NM LA PA QL (60 tabs / 30 days)	VIZIMPRO	TABS 15mg, 30mg, 45mg	Tier 5 * QL NM LA PA QL (30 tabs / 30 days)
TRAZIMERA	SOLR 150mg, 420mg	Tier 5 * NM PA	VONJO	CAPS 100mg	Tier 5 * QL NM LA PA QL (120 caps / 30 days)
TRUQAP	TABS 160mg, 200mg	Tier 5 * QL NM LA PA QL (64 tabs / 28 days)	VOTRIENT	TABS 200mg	Tier 5 * QL NM LA PA QL (120 tabs / 30 days)
TRUXIMA	SOLN 100mg/10ml, 500mg/50ml	Tier 5 * NM PA			

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos
 por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **LA** - Medicamentos con acceso limitado *** -**
 Suministro de días no extendidos **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			NIVEL REQUISITOS / LIMITES
XALKORI CAPS 200mg, 250mg; CPSP 50mg QL (120 caps / 30 days)	Tier 5	* QL NM LA PA	
XALKORI CPSP 20mg QL (240 caps / 30 days)	Tier 5	* QL NM LA PA	
XALKORI CPSP 150mg QL (180 caps / 30 days)	Tier 5	* QL NM LA PA	
XOSPATA TABS 40mg QL (90 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM LA PA	
XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY TBPK 40mg QL (4 tabs / 28 days)	Tier 5	* QL NM LA PA	
XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY TBPK 40mg QL (8 tabs / 28 days)	Tier 5	* QL NM LA PA	
XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY TBPK 60mg QL (4 tabs / 28 days)	Tier 5	* QL NM LA PA	
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY TBPK 20mg QL (24 tabs / 28 days)	Tier 5	* QL NM LA PA	
XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY TBPK 40mg QL (8 tabs / 28 days)	Tier 5	* QL NM LA PA	
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY TBPK 20mg QL (32 tabs / 28 days)	Tier 5	* QL NM LA PA	
XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY TBPK 50mg QL (8 tabs / 28 days)	Tier 5	* QL NM LA PA	
ZEJULA CAPS 100mg QL (90 caps / 30 days)	Tier 5	* QL NM LA PA	
ZEJULA TABS 100mg, 200mg, 300mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM LA PA	
ZELBORAF TABS 240mg QL (240 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM LA PA	
ZIRABEV SOLN 100mg/4ml, 400mg/16ml	Tier 5	* NM LA PA	
NOMBRE DE MEDICAMENTO			NIVEL REQUISITOS / LIMITES
ZOLINZA CAPS 100mg QL (120 caps / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA	
ZYDELIG TABS 100mg, 150mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM LA PA	
ZYKADIA TABS 150mg QL (84 tabs / 28 days)	Tier 5	* QL NM LA PA	
PROTECTIVE AGENTS			
leucovorin calcium SOLN 500mg/50ml; SOLR 50mg, 100mg, 200mg, 350mg, 500mg	Tier 2	B/D	
leucovorin calcium TABS 5mg, 10mg, 15mg, 25mg	Tier 2		
MESNEX TABS 400mg	Tier 5	*	
CARDIOVASCULAR - DRUGS TO TREAT HEART AND CIRCULATION CONDITIONS			
ACE INHIBITOR COMBINATIONS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE			
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 2.5-10 mg QL (30 caps / 30 days)	Tier 1	QL	
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 5-10 mg (generic of LOTREL) QL (30 caps / 30 days)	Tier 1	QL	
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 5-20 mg (generic of LOTREL) QL (30 caps / 30 days)	Tier 1	QL	
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 5-40 mg QL (30 caps / 30 days)	Tier 1	QL	
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 10-20 mg (generic of LOTREL) QL (30 caps / 30 days)	Tier 1	QL	

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos
 por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **LA** - Medicamentos con acceso limitado * -
 Suministro de días no extendidos **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			NIVEL REQUISITOS / LIMITES
<i>amlodipine besylate-</i>	Tier 1	QL	
<i>benazepril hcl cap 10-40 mg</i>			
(generic of LOTREL)			
QL (30 caps / 30 days)			
<i>benazepril &</i>	Tier 1		
<i>hydrochlorothiazide tab 5-</i>			
<i>6.25mg</i>			
<i>benazepril &</i>	Tier 1		
<i>hydrochlorothiazide tab 10-</i>			
<i>12.5 mg (generic of</i>			
<i>LOTENSIN HCT)</i>			
<i>benazepril &</i>	Tier 1		
<i>hydrochlorothiazide tab 20-</i>			
<i>12.5 mg (generic of</i>			
<i>LOTENSIN HCT)</i>			
<i>benazepril &</i>	Tier 1		
<i>hydrochlorothiazide tab 20-</i>			
<i>25 mg (generic of</i>			
<i>LOTENSIN HCT)</i>			
<i>captopril &</i>	Tier 1		
<i>hydrochlorothiazide tab 25-</i>			
<i>15 mg</i>			
<i>captopril &</i>	Tier 1		
<i>hydrochlorothiazide tab 25-</i>			
<i>25 mg</i>			
<i>captopril &</i>	Tier 1		
<i>hydrochlorothiazide tab 50-</i>			
<i>15 mg</i>			
<i>captopril &</i>	Tier 1		
<i>hydrochlorothiazide tab 50-</i>			
<i>25 mg</i>			
<i>enalapril maleate &</i>	Tier 1		
<i>hydrochlorothiazide tab 5-</i>			
<i>12.5 mg</i>			
<i>enalapril maleate &</i>	Tier 1		
<i>hydrochlorothiazide tab 10-</i>			
<i>25 mg (generic of</i>			
<i>VASERETIC)</i>			
<i>fisinopril sodium &</i>	Tier 1		
<i>hydrochlorothiazide tab 10-</i>			
<i>12.5 mg</i>			
<i>fisinopril sodium &</i>	Tier 1		
<i>hydrochlorothiazide tab 20-</i>			
<i>12.5 mg</i>			

NOMBRE DE MEDICAMENTO			NIVEL REQUISITOS / LIMITES
<i>lisinopril &</i>	Tier 1		
<i>hydrochlorothiazide tab 10-</i>			
<i>12.5 mg (generic of</i>			
<i>ZESTORETIC)</i>			
<i>lisinopril &</i>	Tier 1		
<i>hydrochlorothiazide tab 20-</i>			
<i>12.5 mg (generic of</i>			
<i>ZESTORETIC)</i>			
<i>lisinopril &</i>	Tier 1		
<i>hydrochlorothiazide tab 20-</i>			
<i>25 mg (generic of</i>			
<i>ZESTORETIC)</i>			
ACE INHIBITORS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE			
<i>benazepril hcl TABS 5mg</i>	Tier 1		
<i>benazepril hcl (generic of</i>	Tier 1		
<i>LOTENSIN) TABS 10mg,</i>			
<i>20mg, 40mg</i>			
<i>captopril TABS 12.5mg,</i>	Tier 1		
<i>25mg, 50mg, 100mg</i>			
<i>enalapril maleate (generic of Tier 1</i>			
<i>VASOTEC) TABS 2.5mg,</i>			
<i>5mg, 10mg, 20mg</i>			
<i>fisinopril sodium TABS</i>	Tier 1		
<i>10mg, 20mg, 40mg</i>			
<i>lisinopril (generic of</i>	Tier 1		
<i>ZESTRIL) TABS 2.5mg,</i>			
<i>5mg, 10mg, 20mg, 30mg,</i>			
<i>40mg</i>			
<i>moexipril hcl TABS 7.5mg,</i>	Tier 1		
<i>15mg</i>			
<i>perindopril erbumine TABS</i>	Tier 1		
<i>2mg, 4mg, 8mg</i>			
<i>quinapril hcl (generic of</i>	Tier 1		
<i>ACCUPRIL) TABS 5mg,</i>			
<i>10mg, 20mg, 40mg</i>			
<i>ramipril (generic of</i>	Tier 1		
<i>ALTACE) CAPS 1.25mg,</i>			
<i>2.5mg, 5mg, 10mg</i>			
<i>trandolapril TABS 1mg,</i>	Tier 1		
<i>2mg, 4mg</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 *** -**
 Suministro de días no extendidos **V/I** - Vacunas / Insulinas

ST - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos **LA** - Medicamentos con acceso limitado *** -**

31

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

**NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS /
LIMITES**

**ALDOSTERONE RECEPTOR
ANTAGONISTS - DRUGS TO TREAT HIGH**

BLOOD PRESSURE

eplerenone (generic of INSPRA) TABS 25mg, 50mg	Tier 2	
KERENDIA TABS 10mg, 20mg	Tier 3	QL QL (30 tabs / 30 days)

spironolactone (generic of ALDACTONE) TABS 25mg, 50mg, 100mg	Tier 1	
--	--------	--

**ALPHA BLOCKERS - DRUGS TO TREAT
HIGH BLOOD PRESSURE**

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

ANGIOTENSIN II RECEPTOR

**ANTAGONIST COMBINATIONS - DRUGS
TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE**

amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 5-20 mg (generic of AZOR) QL (30 tabs / 30 days)	Tier 1	QL
amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 5-40 mg (generic of AZOR) QL (30 tabs / 30 days)	Tier 1	QL
amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 10-20 mg (generic of AZOR) QL (30 tabs / 30 days)	Tier 1	QL
amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 10-40 mg (generic of AZOR) QL (30 tabs / 30 days)	Tier 1	QL

**NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS /
LIMITES**

amlodipine besylate- valsartan tab 5-160 mg (generic of EXFORGE) QL (30 tabs / 30 days)	Tier 1	QL
amlodipine besylate- valsartan tab 5-320 mg (generic of EXFORGE) QL (30 tabs / 30 days)	Tier 1	QL
amlodipine besylate- valsartan tab 10-160 mg (generic of EXFORGE) QL (30 tabs / 30 days)	Tier 1	QL
amlodipine besylate- valsartan tab 10-320 mg (generic of EXFORGE) QL (30 tabs / 30 days)	Tier 1	QL
ENTRESTO TAB 24-26MG QL (60 tabs / 30 days)	Tier 3	QL
ENTRESTO TAB 49-51MG QL (60 tabs / 30 days)	Tier 3	QL
ENTRESTO TAB 97-103MG QL (60 tabs / 30 days)	Tier 3	QL
irbesartan- hydrochlorothiazide tab 150- 12.5 mg (generic of AVALIDE) QL (60 tabs / 30 days)	Tier 1	QL
irbesartan- hydrochlorothiazide tab 300- 12.5 mg (generic of AVALIDE) QL (30 tabs / 30 days)	Tier 1	QL
losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 50- 12.5 mg (generic of HYZAAR)	Tier 1	
losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100- 12.5 mg (generic of HYZAAR)	Tier 1	
losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100- 25 mg (generic of HYZAAR)	Tier 1	

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

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 *** -**

32

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO			NIVEL REQUISITOS / LIMITES
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg (generic of BENICAR HCT)</i>	Tier 1	QL	
QL (30 tabs / 30 days)			
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg (generic of BENICAR HCT)</i>	Tier 1	QL	
QL (30 tabs / 30 days)			
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-25 mg (generic of BENICAR HCT)</i>	Tier 1	QL	
QL (30 tabs / 30 days)			
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 20-5-12.5 mg (generic of TRIBENZOR)</i>	Tier 1	QL	
QL (30 tabs / 30 days)			
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-12.5 mg (generic of TRIBENZOR)</i>	Tier 1	QL	
QL (30 tabs / 30 days)			
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-25 mg (generic of TRIBENZOR)</i>	Tier 1	QL	
QL (30 tabs / 30 days)			
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-12.5 mg (generic of TRIBENZOR)</i>	Tier 1	QL	
QL (30 tabs / 30 days)			
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-25 mg (generic of TRIBENZOR)</i>	Tier 1	QL	
QL (30 tabs / 30 days)			
NOMBRE DE MEDICAMENTO			NIVEL REQUISITOS / LIMITES
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg (generic of DIOVAN HCT)</i>	Tier 1	QL	
QL (30 tabs / 30 days)			
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-12.5 mg (generic of DIOVAN HCT)</i>	Tier 1	QL	
QL (30 tabs / 30 days)			
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-25 mg (generic of DIOVAN HCT)</i>	Tier 1	QL	
QL (30 tabs / 30 days)			
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-12.5 mg (generic of DIOVAN HCT)</i>	Tier 1	QL	
QL (30 tabs / 30 days)			
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-25 mg (generic of DIOVAN HCT)</i>	Tier 1	QL	
QL (30 tabs / 30 days)			
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE			
<i>candesartan cilexetil (generic of ATACAND) TABS 4mg, 8mg, 16mg</i>	Tier 1	QL	
QL (60 tabs / 30 days)			
<i>candesartan cilexetil (generic of ATACAND) TABS 32mg</i>	Tier 1	QL	
QL (30 tabs / 30 days)			
<i>irbesartan (generic of AVAPRO) TABS 75mg, 150mg, 300mg</i>	Tier 1	QL	
QL (30 tabs / 30 days)			
<i>losartan potassium (generic of COZAAR) TABS 25mg, 50mg, 100mg</i>	Tier 1	QL	

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos
 por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **LA** - Medicamentos con acceso limitado *** -**
 Suministro de días no extendidos **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			NIVEL REQUISITOS / LIMITES
<i>olmesartan medoxomil</i> (generic of BENICAR) TABS 5mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 1	QL	
<i>olmesartan medoxomil</i> (generic of BENICAR) TABS 20mg, 40mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 1	QL	
<i>telmisartan</i> (generic of MICARDIS) TABS 20mg, 40mg, 80mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 1	QL	
<i>valsartan</i> (generic of DIOVAN) TABS 40mg, 80mg, 160mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 1	QL	
<i>valsartan</i> (generic of DIOVAN) TABS 320mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 1	QL	
ANTIARRHYTHMICS - DRUGS TO CONTROL HEART RHYTHM			
<i>amiodarone hcl</i> SOLN 50mg/ml, 900mg/18ml; TABS 100mg, 400mg	Tier 2		
<i>amiodarone hcl</i> TABS 200mg	Tier 1		
<i>disopyramide phosphate</i> (generic of NORPACER) CAPS 100mg, 150mg	Tier 4		
<i>dofetilide</i> (generic of TIKOSYN) CAPS 125mcg, 250mcg, 500mcg	Tier 2	NM	
<i>flecainide acetate</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg	Tier 2		
MULTAQ TABS 400mg	Tier 4		
NORPACER CR CP12 100mg, 150mg	Tier 4		
<i>pacerone</i> TABS 100mg, 400mg	Tier 2		
<i>pacerone</i> TABS 200mg	Tier 1		

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

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

34

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

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

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

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos
por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **LA** - Medicamentos con acceso limitado * -
Suministro de días no extendidos **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			NIVEL REQUISITOS / LIMITES
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i>			Tier 2
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>			Tier 2
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-50 mg</i>			Tier 2
BETA-BLOCKERS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE AND HEART CONDITIONS			
<i>acebutolol hcl CAPS 200mg, 400mg</i>			Tier 2
<i>atenolol (generic of TENORMIN) TABS 25mg, 50mg, 100mg</i>			Tier 1
<i>bisoprolol fumarate TABS 5mg, 10mg</i>			Tier 1
<i>carvedilol (generic of COREG) TABS 3.125mg, 6.25mg, 12.5mg, 25mg</i>			Tier 1
<i>labetalol hcl TABS 100mg, 200mg, 300mg</i>			Tier 2
<i>metoprolol succinate (generic of TOPROL XL) TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg</i>			Tier 1
<i>metoprolol tartrate SOLN 5mg/5ml</i>			Tier 2
<i>metoprolol tartrate TABS 25mg</i>			Tier 1
<i>metoprolol tartrate (generic of LOPRESSOR) TABS 50mg, 100mg</i>			Tier 1
<i>nadolol (generic of CORGARD) TABS 20mg, 40mg</i>			Tier 2
<i>nadolol TABS 80mg</i>			Tier 2
<i>nebivolol hcl (generic of BYSTOLIC) TABS 2.5mg, 5mg, 10mg</i>		QL	Tier 2 QL (30 tabs / 30 days)

NOMBRE DE MEDICAMENTO			NIVEL REQUISITOS / LIMITES
<i>nebivolol hcl (generic of BYSTOLIC) TABS 20mg, QL (60 tabs / 30 days)</i>			Tier 2 QL
<i>pindolol TABS 5mg, 10mg</i>			Tier 2
<i>propranolol hcl (generic of INDERAL LA) CP24 60mg, 80mg, 120mg, 160mg</i>			Tier 2
<i>propranolol hcl SOLN 20mg/5ml, 40mg/5ml; TABS 10mg, 20mg, 40mg, 60mg, 80mg</i>			Tier 2
<i>timolol maleate TABS 5mg, 10mg, 20mg</i>			Tier 2
CALCIUM CHANNEL BLOCKERS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE AND HEART CONDITIONS			
<i>amlodipine besylate (generic of NORVASC) TABS 2.5mg, 5mg, 10mg</i>			Tier 1
<i>cartia xt (generic of CARDIZEM CD) CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg</i>			Tier 2
<i>dilt-xr CP24 120mg, 180mg, 240mg</i>			Tier 2
<i>diltiazem hcl CP12 60mg, 90mg, 120mg; SOLN 25mg/5ml, 50mg/10ml, 125mg/25ml</i>			Tier 2
<i>diltiazem hcl (generic of CARDIZEM) TABS 30mg, 60mg, 120mg</i>			Tier 1
<i>diltiazem hcl TABS 90mg</i>			Tier 1
<i>diltiazem hcl coated beads (generic of CARDIZEM CD) CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg</i>			Tier 2
<i>diltiazem hcl extended release beads (generic of TIAZAC) CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg</i>			Tier 2

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad
por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D
Suministro de días no extendidos

ST - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos
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		TIER	NIVEL REQUISITOS / LIMITES
<i>felodipine</i>	TB24 2.5mg, 5mg, 10mg	Tier 2	
<i>nicardipine hcl</i>	CAPS 20mg, 30mg	Tier 2	
<i>nifedipine</i>	TB24 30mg, 60mg, 90mg	Tier 2	
<i>nifedipine</i> (generic of PROCARDIA XL)	TB24 30mg, 60mg, 90mg	Tier 2	
<i>nimodipine</i>	CAPS 30mg	Tier 2	
NYMALIZE	SOLN 6mg/ml	Tier 5	*
<i>taztia xt</i> (generic of TIAZAC)	Tier 2		
CP24	120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg		
<i>tiadylt er</i> (generic of TIAZAC)	CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	Tier 2	
<i>verapamil hcl</i>	CP24 100mg, Tier 2 200mg, 300mg, 360mg; SOLN 2.5mg/ml		
<i>verapamil hcl</i> (generic of VERELAN)	CP24 120mg, 180mg, 240mg	Tier 2	
<i>verapamil hcl</i>	TABS 40mg, Tier 1 80mg, 120mg; TBCR 120mg, 180mg, 240mg		
DIURETICS - DRUGS TO TREAT HEART CONDITIONS			
<i>acetazolamide</i>	CP12 500mg; TABS 125mg, 250mg	Tier 2	
<i>amiloride &</i>	Tier 1		
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	5-50 mg		
<i>amiloride hcl</i>	TABS 5mg	Tier 1	
<i>bumetanide</i>	SOLN .25mg/ml; TABS 1mg, 2mg	Tier 2	
<i>bumetanide</i> (generic of BUMEX)	TABS .5mg	Tier 2	
<i>chlorthalidone</i>	TABS 25mg, Tier 2 50mg		
NOMBRE DE MEDICAMENTO			
<i>furosemide</i>	SOLN 10mg/ml, Tier 1 40mg/5ml		
<i>furosemide</i> (generic of LASIX)	TABS 20mg, 40mg, 80mg	Tier 1	
<i>furosemide inj</i>	SOLN 10mg/ml	Tier 2	
<i>hydrochlorothiazide</i>	CAPS 12.5mg; TABS 12.5mg, 25mg, 50mg	Tier 1	
<i>indapamide</i>	TABS 1.25mg, Tier 1 2.5mg		
<i>methazolamide</i>	TABS 25mg, 50mg	Tier 2	
<i>metolazone</i>	TABS 2.5mg, Tier 2 5mg, 10mg		
<i>spironolactone &</i>	Tier 2		
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	25- 25 mg		
<i>torsemide</i>	TABS 5mg, 10mg, 20mg, 100mg	Tier 1	
<i>triamterene &</i>	Tier 1		
<i>hydrochlorothiazide cap</i>			
<i>37.5-25 mg</i>			
<i>triamterene &</i>	Tier 1		
<i>hydrochlorothiazide tab</i>			
<i>37.5-25 mg</i> (generic of MAXZIDE-25)			
<i>triamterene &</i>	Tier 1		
<i>hydrochlorothiazide tab</i>			
<i>50 mg</i> (generic of MAXZIDE)			
MISCELLANEOUS			
<i>aliskiren fumarate</i> (generic of TEKTURNA)	TABS 150mg, 300mg	Tier 1	
<i>clonidine</i> (generic of CATAPRES-TTS-1)	PTWK .1mg/24hr	Tier 2	
<i>clonidine</i> (generic of CATAPRES-TTS-2)	PTWK .2mg/24hr	Tier 2	

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

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			NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>clonidine</i> (generic of CATAPRES-TTS-3) PTWK .3mg/24hr			Tier 2	
<i>clonidine hcl</i> TABS .1mg, .2mg, .3mg			Tier 1	
CORLANOR SOLN 5mg/5ml QL (450 mL / 30 days)			Tier 4	QL
CORLANOR TABS 5mg, 7.5mg QL (60 tabs / 30 days)			Tier 4	QL
<i>digoxin</i> SOLN .05mg/ml			Tier 2	
<i>digoxin</i> (generic of LANOXIN) SOLN .25mg/ml			Tier 2	
<i>digoxin</i> (generic of LANOXIN) TABS 125mcg, 250mcg QL (30 tabs / 30 days)			Tier 2	QL
<i>droxidopa</i> (generic of NORTHERA) CAPS 100mg QL (90 caps / 30 days)			Tier 5 * QL NM PA	
<i>droxidopa</i> (generic of NORTHERA) CAPS 200mg, 300mg QL (180 caps / 30 days)			Tier 5 * QL NM PA	
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOLN 1mg/ml			Tier 2	
<i>guanfacine hcl</i> TABS 1mg, 2mg PA if 70 years and older			Tier 3	PA
<i>hydralazine hcl</i> SOLN 20mg/ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg			Tier 2	
<i>metyrosine</i> (generic of DEMSE) CAPS 250mg			Tier 5 * PA	
<i>midodrine hcl</i> TABS 2.5mg, Tier 2 5mg, 10mg				
<i>minoxidil</i> TABS 2.5mg, 10mg			Tier 2	
<i>ranolazine</i> TB12 500mg, 1000mg			Tier 2	
NOMBRE DE MEDICAMENTO			NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
VERQUVO TABS 2.5mg, 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 days)			Tier 3	QL
NITRATES - DRUGS TO TREAT HEART CONDITIONS				
<i>isosorbide dinitrate</i> (generic Tier 2 of ISORDIL TITRADOSE) TABS 5mg				
<i>isosorbide dinitrate</i> TABS 10mg, 20mg, 30mg			Tier 2	
<i>isosorbide mononitrate</i> TABS 10mg, 20mg; TB24 30mg, 60mg, 120mg			Tier 1	
NITRO-BID OINT 2%			Tier 3	
<i>nitroglycerin</i> PT24 .1mg/hr, .2mg/hr, .4mg/hr, .6mg/hr			Tier 2	
<i>nitroglycerin</i> (generic of NITROSTAT) SUBL .3mg, .4mg, .6mg			Tier 2	
PULMONARY ARTERIAL HYPERTENSION - DRUGS TO TREAT PULMONARY HYPERTENSION				
ADEMPAS TABS .5mg, 1mg, 1.5mg, 2mg, 2.5mg QL (90 tabs / 30 days)			Tier 5 * QL NM LA PA	
<i>ambrisentan</i> (generic of LETAIRIS) TABS 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 days)			Tier 5 * QL NM LA PA	
<i>bosentan</i> (generic of TRACLEER) TABS 62.5mg, 125mg QL (60 tabs / 30 days)			Tier 5 * QL NM LA PA	
OPSUMIT TABS 10mg QL (30 tabs / 30 days)			Tier 5 * QL NM LA PA	
<i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension)</i> (generic of REVATIO) TABS 20mg QL (360 tabs / 30 days)			Tier 2 QL NM PA	
<i>treprostinil</i> SOLN 20mg/20ml, 50mg/20ml, 100mg/20ml, 200mg/20ml			Tier 5 * NM LA PA	

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos **LA** - Medicamentos con acceso limitado *** -** Suministro de días no extendidos **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			NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
VENTAVIS SOLN 10mcg/ml, 20mcg/ml	Tier 5	* NM LA PA		
CENTRAL NERVOUS SYSTEM - DRUGS TO TREAT NERVOUS SYSTEM DISORDERS				
ANTIANXIETY - DRUGS TO TREAT ANXIETY				
<i>alprazolam</i> (generic of XANAX) TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg QL (150 tabs / 30 days)	Tier 2	QL		
<i>buspirone hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 15mg	Tier 1			
<i>buspirone hcl</i> TABS 7.5mg, 30mg	Tier 2			
<i>fluvoxamine maleate</i> TABS Tier 2 25mg, 50mg, 100mg	Tier 2			
<i>lorazepam</i> CONC 2mg/ml QL (150 mL / 30 days)	Tier 2	QL		
<i>lorazepam</i> (generic of ATIVAN) SOLN 2mg/ml, 4mg/ml	Tier 2			
<i>lorazepam</i> (generic of ATIVAN) TABS .5mg, 1mg, 2mg QL (150 tabs / 30 days)	Tier 2	QL		
<i>lorazepam intensol</i> CONC 2mg/ml QL (150 mL / 30 days)	Tier 2	QL		
ANTIDEMENTIA - DRUGS TO TREAT DEMENTIA AND MEMORY LOSS				
<i>donepezil hydrochloride</i> (generic of ARICEPT) TABS 5mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 1	QL		
<i>donepezil hydrochloride</i> (generic of ARICEPT) TABS 10mg	Tier 1			
<i>donepezil hydrochloride</i> TBDP 5mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 1	QL		
ANTIDEPRESSANTS - DRUGS TO TREAT DEPRESSION				
<i>donepezil hydrochloride</i> TBDP 10mg	Tier 1			
<i>galantamine hydrobromide</i> CP24 8mg, 16mg, 24mg QL (30 caps / 30 days)	Tier 2	QL		
<i>galantamine hydrobromide</i> SOLN 4mg/ml QL (200 mL / 30 days)	Tier 2	QL		
<i>galantamine hydrobromide</i> TABS 4mg, 8mg, 12mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 2	QL		
<i>memantine hcl</i> CP24 7mg; SOLN 2mg/ml; TABS 10mg PA applies if 29 years and younger	Tier 2	PA		
<i>memantine hcl</i> (generic of NAMENDA XR) CP24 14mg, 21mg, 28mg PA applies if 29 years and younger	Tier 2	PA		
<i>memantine hcl</i> (generic of NAMENDA) TABS 5mg PA applies if 29 years and younger	Tier 2	PA		
<i>NAMZARIC</i> CAP 7-10MG	Tier 4			
<i>NAMZARIC</i> CAP 14-10MG	Tier 4			
<i>NAMZARIC</i> CAP 21-10MG	Tier 4			
<i>NAMZARIC</i> CAP 28-10MG	Tier 4			
<i>NAMZARIC</i> CAP PACK	Tier 4			
<i>rivastigmine</i> (generic of EXELON) PT24 4.6mg/24hr, 9.5mg/24hr, 13.3mg/24hr QL (30 patches / 30 days)	Tier 2	QL		
<i>rivastigmine tartrate</i> CAPS 1.5mg, 3mg, 4.5mg, 6mg QL (60 caps / 30 days)	Tier 2	QL		

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D Suministro de días no extendidos **V/I** - Vacunas / Insulinas

ST - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos **LA** - Medicamentos con acceso limitado * -

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			NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
<i>amoxapine</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg, 150mg			Tier 3	
AUVELITY TAB 45-105MG	Tier 4		QL PA QL (60 tabs / 30 days)	
<i>bupropion hcl</i> TABS 75mg, 100mg	Tier 2			
<i>bupropion hcl</i> (generic of WELLBUTRIN SR) TB12 100mg, 150mg, 200mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 2	QL		
<i>bupropion hcl</i> (generic of WELLBUTRIN XL) TB24 150mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 2	QL		
<i>bupropion hcl</i> (generic of WELLBUTRIN XL) TB24 300mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 2	QL		
<i>citalopram hydrobromide</i> SOLN 10mg/5ml	Tier 2			
<i>citalopram hydrobromide</i> (generic of CELEXA) TABS 10mg, 20mg, 40mg	Tier 1			
<i>clomipramine hcl</i> (generic of ANAFRANIL) CAPS 25mg, 50mg, 75mg	Tier 4	PA		
<i>desipramine hcl</i> (generic of NORPRAMIN) TABS 10mg, 25mg	Tier 4			
<i>desipramine hcl</i> TABS 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	Tier 4			
<i>desvenlafaxine succinate</i> (generic of PRISTIQ) TB24 25mg, 50mg, 100mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 2	QL PA		
<i>doxepin hcl</i> CAPS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg; CONC 10mg/ml	Tier 3			
<i>duloxetine hcl</i> (generic of CYMBALTA) CPEP 20mg, 30mg, 60mg QL (60 caps / 30 days)	Tier 2	QL		

NOMBRE DE MEDICAMENTO			NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
<i>EMSAM</i> PT24 6mg/24hr, 9mg/24hr, 12mg/24hr	Tier 5		* QL PA	
QL (30 patches / 30 days)				
<i>escitalopram oxalate</i> SOLN	Tier 2			
5mg/5ml				
<i>escitalopram oxalate</i> (generic of LEXAPRO) TABS 5mg, 10mg, 20mg	Tier 1			
<i>FETZIMA</i> CP24 20mg, 40mg QL (60 caps / 30 days)	Tier 4	QL PA		
<i>FETZIMA</i> CP24 80mg, 120mg QL (30 caps / 30 days)	Tier 4	QL PA		
<i>FETZIMA</i> CAP TITRATIO QL (2 packs / year)	Tier 4	QL PA		
<i>fluoxetine hcl</i> (generic of PROZAC) CAPS 10mg, 20mg, 40mg	Tier 1			
<i>fluoxetine hcl</i> SOLN 20mg/5ml	Tier 2			
<i>imipramine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg	Tier 2			
<i>MARPLAN</i> TABS 10mg QL (180 tabs / 30 days)	Tier 4	QL		
<i>mirtazapine</i> TABS 7.5mg	Tier 2			
<i>mirtazapine</i> (generic of REMERON) TABS 15mg, 30mg	Tier 1			
<i>mirtazapine</i> TABS 45mg	Tier 1			
<i>mirtazapine</i> (generic of REMERON SOLTAB) TBDP 15mg, 30mg, 45mg	Tier 2			
<i>nefazodone hcl</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg, 250mg	Tier 2			
<i>nortriptyline hcl</i> (generic of PAMELOR) CAPS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg	Tier 2			
<i>nortriptyline hcl</i> SOLN 10mg/5ml	Tier 4			

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad
por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D
Suministro de días no extendidos **V/I** - Vacunas / Insulinas

ST - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos
LA - Medicamentos con acceso limitado * -

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			NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
paroxetine hcl (generic of PAXIL) SUSP	10mg/5ml	Tier 4	QL PA QL (900 mL / 30 days)	
paroxetine hcl (generic of PAXIL) TABS	10mg, 20mg, 30mg, 40mg	Tier 2		
phenelzine sulfate (generic of NARDIL) TABS	15mg	Tier 2		
protriptyline hcl TABS	5mg, 10mg	Tier 4		
sertraline hcl (generic of ZOLOFT) CONC	20mg/ml	Tier 2		
sertraline hcl (generic of ZOLOFT) TABS	25mg, 50mg, 100mg	Tier 1		
tranylcypromine sulfate (generic of PARNATE) TABS	10mg	Tier 2		
trazodone hcl TABS	50mg, 100mg, 150mg	Tier 1		
trimipramine maleate CAPS	25mg, 50mg	Tier 4	QL QL (120 caps / 30 days)	
trimipramine maleate CAPS	100mg	Tier 4	QL QL (60 caps / 30 days)	
TRINTELLIX TABS	5mg, 10mg, 20mg	Tier 4	QL QL (30 tabs / 30 days)	
venlafaxine hcl (generic of EFFEXOR XR) CP24	37.5mg, 75mg, 150mg	Tier 1		
venlafaxine hcl TABS	25mg, 37.5mg, 50mg, 75mg, 100mg	Tier 2		
vilazodone hcl (generic of VIIBRYD) TABS	10mg, 20mg, 40mg	Tier 2	QL QL (30 tabs / 30 days)	
ZURZUVAE CAPS	20mg, 25mg	Tier 5	* QL NM LA PA QL (28 caps / 14 days)	

NOMBRE DE MEDICAMENTO			NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
ZURZUVAE CAPS	30mg	Tier 5	* QL NM LA QL (14 caps / 14 days)	PA
ANTIPARKINSONIAN AGENTS - DRUGS TO TREAT PARKINSONS DISEASE				
amantadine hcl CAPS	100mg	Tier 2	QL (120 caps / 30 days)	
amantadine hcl SOLN	50mg/5ml; TABS	Tier 2	100mg	
benztropine mesylate SOLN	1mg/ml	Tier 2		
benztropine mesylate TABS	.5mg, 1mg, 2mg	Tier 2	PA if 70 years and older	PA
bromocriptine mesylate (generic of PARLODEL) CAPS	5mg; TABS	Tier 2	2.5mg	
carb/levo orally disintegrating tab	10-100mg	Tier 2		
carb/levo orally disintegrating tab	25-100mg	Tier 2		
carb/levo orally disintegrating tab	25-250mg	Tier 2		
carbidopa & levodopa tab	10-100 mg (generic of SINEMET)	Tier 2		
carbidopa & levodopa tab	25-100 mg (generic of SINEMET)	Tier 2		
carbidopa & levodopa tab	25-250 mg	Tier 2		
carbidopa & levodopa tab er	25-100 mg	Tier 2		
carbidopa & levodopa tab er	50-200 mg	Tier 2		
carbidopa-levodopa-entacapone tabs	12.5-50-200 mg (generic of STALEVO 50)	Tier 2		

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

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		TIER	NIVEL REQUISITOS / LIMITES			
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 18.75-75-200 mg (generic of STALEVO 75)</i>		Tier 2				
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 25-100-200 mg (generic of STALEVO 100)</i>		Tier 2				
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 31.25-125-200 mg (generic of STALEVO 125)</i>		Tier 2				
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 37.5-150-200 mg (generic of STALEVO 150)</i>		Tier 2				
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 50-200-200 mg (generic of STALEVO 200)</i>		Tier 2				
<i>entacapone (generic of COMTAN) TABS 200mg</i>		Tier 2				
<i>INBRIJA CAPS 42mg QL (300 caps / 30 days)</i>		Tier 5	* QL NM LA PA			
<i>NEUPRO PT24 1mg/24hr, 2mg/24hr, 3mg/24hr, 4mg/24hr, 6mg/24hr, 8mg/24hr</i>		Tier 4				
<i>pramipexole dihydrochloride TABS .125mg, .25mg, .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg</i>		Tier 1				
<i>rasagiline mesylate (generic of AZILECT) TABS .5mg, 1mg QL (30 tabs / 30 days)</i>		Tier 2	QL			
<i>ropinirole hydrochloride TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg, 5mg</i>		Tier 1				
<i>selegiline hcl CAPS 5mg; TABS 5mg</i>		Tier 2				
<i>trihexyphenidyl hcl SOLN .4mg/ml PA if 70 years and older</i>		Tier 3	PA			
NOMBRE DE MEDICAMENTO		TIER	NIVEL REQUISITOS / LIMITES			
<i>trihexyphenidyl hcl TABS 2mg, 5mg PA if 70 years and older</i>		Tier 2	PA			
ANTIPSYCHOTICS - DRUGS TO TREAT PSYCHOSES						
<i>ABILIFY MAINTENA PRSY</i>	Tier 5	* QL				
300mg, 400mg QL (1 syringe / 28 days)						
<i>ABILIFY MAINTENA SRER</i>	Tier 5	* QL				
300mg, 400mg QL (1 injection / 28 days)						
<i>aripiprazole SOLN 1mg/ml QL (900 mL / 30 days)</i>		Tier 2	QL			
<i>aripiprazole (generic of ABILIFY) TABS 2mg, 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 30mg QL (30 tabs / 30 days)</i>		Tier 2	QL			
<i>aripiprazole TBDP 10mg, 15mg QL (60 tabs / 30 days)</i>		Tier 2	QL			
<i>ARISTADA PRSY 441mg/1.6ml, 662mg/2.4ml, 882mg/3.2ml QL (1 syringe / 28 days)</i>		Tier 5	* QL			
<i>ARISTADA PRSY 1064mg/3.9ml QL (1 syringe / 56 days)</i>		Tier 5	* QL			
<i>ARISTADA INITIO PRSY 675mg/2.4ml QL (60 tabs / 30 days)</i>		Tier 5	* QL			
<i>asenapine maleate (generic of SAPHRIS) SUBL 2.5mg, 5mg, 10mg QL (60 tabs / 30 days)</i>		Tier 2	QL			
<i>CAPLYTA CAPS 10.5mg, 21mg, 42mg QL (30 caps / 30 days)</i>		Tier 5	* QL			

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad

por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos **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			NIVEL REQUISITOS / LIMITES
<i>chlorpromazine hcl</i> CONC 30mg/ml, 100mg/ml; SOLN 25mg/ml, 50mg/2ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg, 200mg		Tier 2	
<i>clozapine</i> (generic of CLOZARIL) TABS 25mg, 50mg		Tier 2	
<i>clozapine</i> (generic of CLOZARIL) TABS 100mg QL (270 tabs / 30 days)		Tier 2	QL
<i>clozapine</i> (generic of CLOZARIL) TABS 200mg QL (120 tabs / 30 days)		Tier 2	QL
<i>clozapine</i> TBDP 12.5mg, 25mg		Tier 2	PA
<i>clozapine</i> TBDP 100mg QL (270 tabs / 30 days)		Tier 2	QL PA
<i>clozapine</i> TBDP 150mg QL (180 tabs / 30 days)		Tier 2	QL PA
<i>clozapine</i> TBDP 200mg QL (120 tabs / 30 days)		Tier 5	* QL PA
FANAPT TABS 1mg, 2mg, 4mg, 6mg, 8mg, 10mg, 12mg QL (60 tabs / 30 days)		Tier 5	* QL PA
FANAPT PAK QL (2 packs / year)		Tier 4	QL PA
<i>fluphenazine decanoate</i> SOLN 25mg/ml		Tier 2	
<i>fluphenazine hcl</i> CONC 5mg/ml; ELIX 2.5mg/5ml; SOLN 2.5mg/ml; TABS 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg		Tier 2	
<i>haloperidol</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg, 5mg, 10mg, 20mg		Tier 2	

NOMBRE DE MEDICAMENTO			NIVEL REQUISITOS / LIMITES
<i>haloperidol decanoate</i> (generic of HALDOL DECANOATE 50) SOLN 50mg/ml		Tier 2	
<i>haloperidol decanoate</i> (generic of HALDOL DECANOATE 100) SOLN 100mg/ml		Tier 2	
<i>haloperidol lactate</i> CONC 2mg/ml; SOLN 5mg/ml		Tier 2	
INVEGA HAFYERA SUSY 1092mg/3.5ml, 1560mg/5ml QL (1 injection / 180 days)		Tier 5	* QL
INVEGA SUSTENNA SUSY 39mg/0.25ml QL (1 syringe / 28 days)		Tier 4	QL
INVEGA SUSTENNA SUSY 78mg/0.5ml, 117mg/0.75ml, 156mg/ml, 234mg/1.5ml QL (1 syringe / 28 days)		Tier 5	* QL
INVEGA TRINZA SUSY 273mg/0.88ml, 410mg/1.32ml, 546mg/1.75ml, 819mg/2.63ml QL (1 syringe / 90 days)		Tier 5	* QL
<i>loxapine succinate</i> CAPS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg		Tier 2	
<i>lurasidone hcl</i> (generic of LATUDA) TABS 20mg, 40mg, 60mg, 120mg QL (30 tabs / 30 days)		Tier 2	QL
<i>lurasidone hcl</i> (generic of LATUDA) TABS 80mg QL (60 tabs / 30 days)		Tier 2	QL
<i>molindone hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 25mg		Tier 2	
NUPLAZID CAPS 34mg QL (30 caps / 30 days)		Tier 5	* QL NM LA PA

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			NIVEL REQUISITOS / LIMITES
NUPLAZID TABS 10mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM LA PA	
olanzapine (generic of ZYPREXA) SOLR 10mg QL (3 vials / 1 day)	Tier 2	QL	
olanzapine (generic of ZYPREXA) TABS 2.5mg, 5mg, 10mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 2	QL	
olanzapine (generic of ZYPREXA) TABS 7.5mg, 15mg, 20mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 2	QL	
olanzapine (generic of ZYPREXA ZYDIS) TBDP 5mg, 15mg, 20mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 2	QL	
olanzapine (generic of ZYPREXA ZYDIS) TBDP 10mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 2	QL	
paliperidone TB24 1.5mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 2	QL	
paliperidone (generic of INVEGA) TB24 3mg, 9mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 2	QL	
paliperidone (generic of INVEGA) TB24 6mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 2	QL	
perphenazine TABS 2mg, 4mg, 8mg, 16mg	Tier 2		
PERSERIS PRSY 90mg, 120mg QL (1 syringe / 30 days)	Tier 5	* QL	
pimozide TABS 1mg, 2mg	Tier 2		
quetiapine fumarate (generic of SEROQUEL) TABS 25mg QL (180 tabs / 30 days)	Tier 2	QL	

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

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

44

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO				NIVEL REQUISITOS / LIMITES
<i>risperidone</i>	TBDP 4mg QL (120 tabs / 30 days)	Tier 2	QL	
<i>risperidone</i>	TBDP .25mg, .5mg QL (90 tabs / 30 days)	Tier 2	QL	
SECUADO	PT24 3.8mg/24hr, 5.7mg/24hr, 7.6mg/24hr QL (30 patches / 30 days)	Tier 5	* QL	
<i>thioridazine hcl</i>	TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg	Tier 2		
<i>thiothixene</i>	CAPS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	Tier 2		
<i>trifluoperazine hcl</i>	TABS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	Tier 2		
VERSACLOZ	SUSP 50mg/ml QL (600 mL / 30 days)	Tier 5	* QL PA	
VRAYLAR	CAPS 1.5mg QL (60 caps / 30 days)	Tier 5	* QL	
VRAYLAR	CAPS 3mg, 4.5mg, 6mg QL (30 caps / 30 days)	Tier 5	* QL	
VRAYLAR	CAP 1.5-3MG QL (2 packs / year)	Tier 4	QL	
<i>ziprasidone hcl</i> (generic of GEODON)	(generic of GEODON) CAPS 20mg, 40mg, 60mg, 80mg QL (60 caps / 30 days)	Tier 2	QL	
<i>ziprasidone mesylate</i>	(generic of GEODON) SOLR 20mg QL (6 injections / 3 days)	Tier 2	QL	
ZYPREXA RELPREVV	SUSR 210mg, 300mg QL (2 vials / 28 days)	Tier 5	* QL NM PA	
ZYPREXA RELPREVV	SUSR 405mg QL (1 vial / 28 days)	Tier 5	* QL NM PA	

NOMBRE DE MEDICAMENTO				NIVEL REQUISITOS / LIMITES
ANTISEIZURE AGENTS				
APTIOM	TABS 200mg, 400mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL	
APTIOM	TABS 600mg, 800mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL	
BRIVIACT	SOLN 10mg/ml QL (600 mL / 30 days)	Tier 5	* QL PA	
BRIVIACT	SOLN 50mg/5ml 25mg, 50mg, 75mg, 100mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 4	PA	
BRIVIACT	TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL PA	
carbamazepine	CHEW 100mg carbamazepine (generic of CARBATROL) CP12 100mg, 200mg, 300mg carbamazepine (generic of TEGRETOL) SUSP 100mg/5ml; TABS 200mg carbamazepine (generic of TEGRETOL-XR) TB12 100mg, 200mg, 400mg clobazam (generic of ONFI) SUSP 2.5mg/ml QL (480 mL / 30 days)	Tier 2		
clobazam (generic of ONFI)	TABS 10mg, 20mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 2	QL PA	
clonazepam (generic of KLOONOPIN)	TABS 2mg QL (300 tabs / 30 days)	Tier 2	QL	
clonazepam (generic of KLOONOPIN)	TABS .5mg, 1mg QL (90 tabs / 30 days)	Tier 2	QL	
clonazepam	TBDP 2mg QL (300 tabs / 30 days)	Tier 2	QL	

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos
 por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **LA** - Medicamentos con acceso limitado * -
 Suministro de días no extendidos **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			NIVEL REQUISITOS / LIMITES
<i>clonazepam</i>	TBDP .125mg, Tier 2 .25mg, .5mg, 1mg QL (90 tabs / 30 days)	QL	
<i>clorazepate dipotassium</i>	Tier 2 TABS 3.75mg, 7.5mg, 15mg QL (180 tabs / 30 days) PA if 65 years and older	QL PA	
<i>DIACOMIT</i>	CAPS 250mg QL (360 caps / 30 days)	Tier 5 * QL NM LA PA	
<i>DIACOMIT</i>	CAPS 500mg QL (180 caps / 30 days)	Tier 5 * QL NM LA PA	
<i>DIACOMIT</i>	PACK 250mg QL (360 packets / 30 days)	Tier 5 * QL NM LA PA	
<i>DIACOMIT</i>	PACK 500mg QL (180 packets / 30 days)	Tier 5 * QL NM LA PA	
<i>diazepam</i>	SOLN 5mg/5ml QL (1200 mL / 30 days)	Tier 2 QL PA	
	PA applies if 65 years and older after a 5 day supply in a calendar year		
<i>diazepam</i> (generic of VALIUM)	TABS 2mg, 5mg, 10mg QL (120 tabs / 30 days)	Tier 2 QL PA	
	PA applies if 65 years and older after a 5 day supply in a calendar year		
<i>diazepam</i> (anticonvulsant) GEL	2.5mg, 10mg, 20mg	Tier 2	
<i>diazepam inj</i>	SOLN 5mg/ml	Tier 2	
<i>diazepam intenso/</i>	CONC 5mg/ml QL (240 mL / 30 days)	Tier 2 QL PA	
	PA applies if 65 years and older after a 5 day supply in a calendar year		

NOMBRE DE MEDICAMENTO			NIVEL REQUISITOS / LIMITES
<i>DILANTIN</i>	CAPS 30mg, 100mg	Tier 4	
<i>DILANTIN INFATABS</i>	CHEW 50mg	Tier 4	
<i>DILANTIN-125</i>	SUSP 125mg/5ml	Tier 4	
<i>divalproex sodium</i> (generic of DEPAKOTE SPRINKLES)	CSDR 125mg	Tier 2	
<i>divalproex sodium</i> (generic of DEPAKOTE ER)	TB24 250mg, 500mg	Tier 2	
<i>divalproex sodium</i> (generic of DEPAKOTE)	TBEC 125mg, 250mg, 500mg	Tier 2	
<i>EPIDIOLEX</i>	SOLN 100mg/ml QL (600 mL / 30 days)	Tier 5 * QL NM LA PA	
<i>epitol</i> (generic of TEGRETOL)	TABS 200mg	Tier 2	
<i>EPRONTIA</i>	SOLN 25mg/ml QL (480 mL / 30 days)	Tier 4 QL PA	
<i>ethosuximide</i> (generic of ZARONTIN)	CAPS 250mg; SOLN 250mg/5ml	Tier 2	
<i>felbamate</i>	SUSP 600mg/5ml	Tier 5 * PA	
<i>felbamate</i> (generic of FELBATOL)	TABS 400mg, 600mg	Tier 2	
<i>FINTEPLA</i>	SOLN 2.2mg/ml QL (360 mL / 30 days)	Tier 5 * QL NM LA PA	
<i>FYCOMPA</i>	SUSP .5mg/ml QL (720 mL / 30 days)	Tier 5 * QL PA	
<i>FYCOMPA</i>	TABS 2mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 4 QL PA	
<i>FYCOMPA</i>	TABS 4mg, 6mg, 8mg, 10mg, 12mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL PA	

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos **LA** - Medicamentos con acceso limitado **V/I** - Vacunas / Insulinas *** -** Suministro de días no extendidos **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			NIVEL REQUISITOS / LIMITES
<i>gabapentin</i> (generic of NEURONTIN) CAPS 100mg, 300mg, 400mg QL (180 caps / 30 days)	Tier 1	QL	
<i>gabapentin</i> (generic of NEURONTIN) SOLN 250mg/5ml, 300mg/6ml QL (2160 mL / 30 days)	Tier 2	QL	
<i>gabapentin</i> (generic of NEURONTIN) TABS 600mg QL (180 tabs / 30 days)	Tier 2	QL	
<i>gabapentin</i> (generic of NEURONTIN) TABS 800mg QL (120 tabs / 30 days)	Tier 2	QL	
<i>lacosamide</i> (generic of VIMPAT) SOLN 200mg/20ml	Tier 2		
<i>lacosamide</i> (generic of VIMPAT) TABS 50mg QL (120 tabs / 30 days)	Tier 2	QL	
<i>lacosamide</i> (generic of VIMPAT) TABS 100mg, 150mg, 200mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 2	QL	
<i>lacosamide oral</i> (generic of VIMPAT) SOLN 10mg/ml QL (1200 mL / 30 days)	Tier 2	QL	
<i>lamotrigine</i> (generic of LAMICTAL CHEWABLE DISPERS) CHEW 5mg, 25mg	Tier 2		
<i>lamotrigine</i> (generic of LAMICTAL) TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg	Tier 1		
			NOMBRE DE MEDICAMENTO
			NIVEL REQUISITOS / LIMITES
<i>lamotrigine</i> (generic of LAMICTAL XR) TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 250mg, 300mg	Tier 2		
<i>levetiracetam</i> (generic of KEPPRA) SOLN 100mg/ml, 500mg/5ml; TABS 250mg, 500mg, 750mg, 1000mg	Tier 2		
<i>levetiracetam</i> (generic of KEPPRA XR) TB24 500mg, 750mg	Tier 2		
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 500 mg/100ml</i> (generic of LEVETIRACETAM)	Tier 2		
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1000 mg/100ml</i> (generic of LEVETIRACETAM)	Tier 2		
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1500 mg/100ml</i> (generic of LEVETIRACETAM)	Tier 2		
<i>methsuximide</i> (generic of CELONTIN) CAPS 300mg	Tier 2		
<i>NAYZILAM</i> SOLN 5mg/0.1ml	Tier 4		
<i>oxcarbazepine</i> (generic of TRILEPTAL) SUSP 300mg/5ml; TABS 150mg, 300mg, 600mg	Tier 2		
<i>phenobarbital</i> ELIX 20mg/5ml QL (1500 mL / 30 days)	Tier 4	QL PA	
			PA if 70 years and older
			<i>phenobarbital</i> TABS 15mg, Tier 3
			16.2mg, 30mg, 32.4mg, 60mg, 64.8mg, 97.2mg, 100mg QL (120 tabs / 30 days)
			PA if 70 years and older

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

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO			NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>phenobarbital sodium</i>	Tier 4	PA		
SOLN 65mg/ml, 130mg/ml PA if 70 years and older				
<i>phenytek</i> CAPS 200mg, 300mg	Tier 2			
<i>phenytoin</i> (generic of DILANTIN INFATABS) CHEW 50mg	Tier 2			
<i>phenytoin</i> (generic of DILANTIN-125) SUSP 125mg/5ml	Tier 2			
<i>phenytoin sodium</i> SOLN 50mg/ml	Tier 2			
<i>phenytoin sodium extended</i> Tier 2 (generic of DILANTIN) CAPS 100mg	Tier 2			
<i>phenytoin sodium extended</i> Tier 2 CAPS 200mg, 300mg	Tier 2			
<i>pregabalin</i> (generic of LYRICA) CAPS 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg QL (120 caps / 30 days)	Tier 2	QL PA		
<i>pregabalin</i> (generic of LYRICA) CAPS 200mg QL (90 caps / 30 days)	Tier 2	QL PA		
<i>pregabalin</i> (generic of LYRICA) CAPS 225mg, 300mg QL (60 caps / 30 days)	Tier 2	QL PA		
<i>pregabalin</i> (generic of LYRICA) SOLN 20mg/ml QL (900 mL / 30 days)	Tier 2	QL PA		
<i>primidone</i> (generic of MYSOLINE) TABS 50mg, 250mg	Tier 1			
<i>primidone</i> TABS 125mg	Tier 1			
<i>roweepra</i> (generic of KEPPRA) TABS 500mg	Tier 2			

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

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos
 por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **LA** - Medicamentos con acceso limitado * -
 Suministro de días no extendidos **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			NIVEL REQUISITOS / LIMITES
VALTOCO 10 MG DOSE LIQD 10mg/0.1ml		Tier 4	
VALTOCO 15 MG DOSE LQPK 7.5mg/0.1ml		Tier 4	
VALTOCO 20 MG DOSE LQPK 10mg/0.1ml		Tier 4	
vigabatrin (generic of SABRIL) PACK 500mg QL (180 packets / 30 days)		Tier 5 * QL NM LA PA	
vigabatrin (generic of SABRIL) TABS 500mg QL (180 tabs / 30 days)		Tier 5 * QL NM LA PA	
vigadron (generic of SABRIL) PACK 500mg QL (180 packets / 30 days)		Tier 5 * QL NM LA PA	
vigadron (generic of SABRIL) TABS 500mg QL (180 tabs / 30 days)		Tier 5 * QL NM LA PA	
XCOPRI TABS 50mg, 100mg QL (30 tabs / 30 days)		Tier 5 * QL	
XCOPRI TABS 150mg, 200mg QL (60 tabs / 30 days)		Tier 5 * QL	
XCOPRI PAK 12.5-25 QL (28 tabs / 28 days)		Tier 4 QL	
XCOPRI PAK 50-100MG QL (28 tabs / 28 days)		Tier 5 * QL	
XCOPRI PAK 100-150 QL (56 tabs / 28 days)		Tier 5 * QL	
XCOPRI PAK 150-200MG (MAINTENANCE) QL (56 tabs / 28 days)		Tier 5 * QL	
XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION) QL (28 tabs / 28 days)		Tier 5 * QL	
ZONISADE SUSP 100mg/5ml QL (900 mL / 30 days)		Tier 5 * QL PA	

NOMBRE DE MEDICAMENTO			NIVEL REQUISITOS / LIMITES
zonisamide (generic of ZONEGRAN) CAPS 25mg, 100mg		Tier 2	
zonisamide CAPS 50mg		Tier 2	
ZTALMY SUSP 50mg/ml QL (1100 mL / 30 days)		Tier 5 * QL NM LA PA	
ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER - DRUGS TO TREAT ADHD			
amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg (generic of ADDERALL XR)		Tier 2 QL PA	
amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 10 mg (generic of ADDERALL XR)		Tier 2 QL PA	
amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 15 mg (generic of ADDERALL XR)		Tier 2 QL PA	
amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 20 mg (generic of ADDERALL XR)		Tier 2 QL PA	
amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 25 mg (generic of ADDERALL XR)		Tier 2 QL PA	
amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 30 mg (generic of ADDERALL XR)		Tier 2 QL PA	
amphetamine- dextroamphetamine tab 5 mg (generic of ADDERALL)		Tier 2 QL PA	

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos
 por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **LA** - Medicamentos con acceso limitado *** -**
 Suministro de días no extendidos **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			NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
amphetamine- dextroamphetamine tab 7.5 mg (generic of ADDERALL) QL (60 tabs / 30 days)	Tier 2	QL PA		
amphetamine- dextroamphetamine tab 10 mg (generic of ADDERALL) QL (60 tabs / 30 days)	Tier 2	QL PA		
amphetamine- dextroamphetamine tab 12.5 mg (generic of ADDERALL) QL (60 tabs / 30 days)	Tier 2	QL PA		
amphetamine- dextroamphetamine tab 15 mg (generic of ADDERALL) QL (60 tabs / 30 days)	Tier 2	QL PA		
amphetamine- dextroamphetamine tab 20 mg (generic of ADDERALL) QL (90 tabs / 30 days)	Tier 2	QL PA		
amphetamine- dextroamphetamine tab 30 mg (generic of ADDERALL) QL (60 tabs / 30 days)	Tier 2	QL PA		
atomoxetine hcl (generic of STRATTERA) CAPS 10mg, 18mg, 25mg QL (120 caps / 30 days)	Tier 2	QL		
atomoxetine hcl (generic of STRATTERA) CAPS 40mg QL (60 caps / 30 days)	Tier 2	QL		
atomoxetine hcl (generic of STRATTERA) CAPS 60mg, 80mg, 100mg QL (30 caps / 30 days)	Tier 2	QL		
dexamphetamine hcl (generic of FOCALIN) TABS 2.5mg, 5mg QL (120 tabs / 30 days)	Tier 2	QL PA		
NOMBRE DE MEDICAMENTO				
dexamphetamine hcl (generic of FOCALIN) TABS 10mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 2	QL PA		
guanfacine hcl (adhd) (generic of INTUNIV) TB24 1mg, 2mg, 4mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 3	QL PA		
guanfacine hcl (adhd) (generic of INTUNIV) TB24 3mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 3	QL PA		
methylphenidate hcl (generic of METHYLIN) SOLN 5mg/5ml QL (1800 mL / 30 days)	Tier 2	QL PA		
methylphenidate hcl (generic of METHYLIN) SOLN 10mg/5ml QL (900 mL / 30 days)	Tier 2	QL PA		
methylphenidate hcl (generic of RITALIN) TABS 5mg, 10mg QL (180 tabs / 30 days)	Tier 2	QL PA		
methylphenidate hcl (generic of RITALIN) TABS 20mg QL (90 tabs / 30 days)	Tier 2	QL PA		
methylphenidate hcl TBCR TABS 10mg, 20mg QL (90 tabs / 30 days)	Tier 2	QL PA		
HYPNOTICS - DRUGS TO TREAT INSOMNIA				
DAYVIGO TABS 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 3	QL		
doxepin hcl (sleep) (generic of SILENOR) TABS 3mg, 6mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 2	QL		

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad
 por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D
 Suministro de días no extendidos **V/I** - Vacunas / Insulinas

ST - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos
LA - Medicamentos con acceso limitado * -

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 NIVEL REQUISITOS /
LIMITES**

<i>tasimelteon</i> (generic of HETLIOZ) CAPS 20mg	Tier 5	* QL NM PA QL (30 caps / 30 days)
<i>temazepam</i> (generic of RESTORIL) CAPS 7.5mg, 30mg	Tier 2	QL PA QL (30 caps / 30 days) PA if 65 years and older
<i>temazepam</i> (generic of RESTORIL) CAPS 15mg	Tier 2	QL PA QL (60 caps / 30 days) PA if 65 years and older
<i>zolpidem tartrate</i> (generic of AMBIEN) TABS 5mg, 10mg	Tier 2	QL PA QL (30 tabs / 30 days) PA applies if 70 years and older after a 90 day supply in a calendar year

MIGRAINE - DRUGS TO TREAT SEVERE HEADACHES

AIMOVIG SOAJ 70mg/ml, 140mg/ml	Tier 3	QL NM PA QL (1 pen / 30 days)
<i>dihydroergotamine mesylate</i> SOLN 1mg/ml	Tier 5	*
<i>dihydroergotamine mesylate</i> (generic of MIGRANAL) SOLN 4mg/ml	Tier 5	* QL PA QL (8 mL / 30 days)
<i>ergotamine w/ caffeine tab</i> 1-100 mg	Tier 2	QL PA QL (40 tabs / 28 days)
<i>naratriptan hcl</i> TABS 1mg, 2.5mg	Tier 2	QL QL (12 tabs / 30 days)
NURTEC TBDP 75mg	Tier 3	QL PA QL (16 tabs / 30 days)
QULIPTA TABS 10mg, 30mg, 60mg	Tier 3	QL PA QL (30 tabs / 30 days)
<i>rizatriptan benzoate</i> TABS 5mg; TBDP 5mg	Tier 2	QL QL (18 tabs / 30 days)

**NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS /
LIMITES**

<i>rizatriptan benzoate</i> (generic of MAXALT) TABS 10mg	Tier 2	QL QL (18 tabs / 30 days)
<i>rizatriptan benzoate</i> (generic of MAXALT-MLT) TBDP 10mg	Tier 2	QL QL (18 tabs / 30 days)
<i>sumatriptan</i> SOLN 5mg/act	Tier 2	QL QL (24 units / 30 days)
<i>sumatriptan</i> SOLN 20mg/act	Tier 2	QL QL (12 units / 30 days)
<i>sumatriptan succinate</i> SOAJ 4mg/0.5ml; SOCT 4mg/0.5ml	Tier 2	QL QL (18 injections / 30 days)
<i>sumatriptan succinate</i> (generic of IMITREX STATDOSE SYSTEM) SOAJ 6mg/0.5ml	Tier 2	QL QL (12 injections / 30 days)
<i>sumatriptan succinate</i> (generic of IMITREX STATDOSE REFILL) SOCT 6mg/0.5ml	Tier 2	QL QL (12 injections / 30 days)
<i>sumatriptan succinate</i> SOLN 6mg/0.5ml	Tier 2	QL QL (12 injections / 30 days)
<i>sumatriptan succinate</i> (generic of IMITREX) TABS 25mg, 50mg, 100mg	Tier 2	QL QL (12 tabs / 30 days)
UBRELVY TABS 50mg, 100mg	Tier 3	QL PA QL (16 tabs / 30 days)

MISCELLANEOUS

AUSTEDO TABS 6mg	Tier 5	* QL NM LA QL (60 tabs / 30 days)
------------------	--------	--------------------------------------

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad
por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D
Suministro de días no extendidos **V/I** - Vacunas / Insulinas

ST - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos
LA - Medicamentos con acceso limitado * -

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		NIVEL REQUISITOS / LIMITES
AUSTEDO TABS 9mg, 12mg	Tier 5 * QL NM LA PA	QL (120 tabs / 30 days)
AUSTEDO XR TB24 6mg	Tier 5 * QL NM PA	QL (90 tabs / 30 days)
AUSTEDO XR TB24 12mg	Tier 5 * QL NM PA	QL (120 tabs / 30 days)
AUSTEDO XR TB24 24mg	Tier 5 * QL NM PA	QL (60 tabs / 30 days)
AUSTEDO XR TAB TITR KIT	Tier 5 * QL NM PA	QL (2 packs / year)
LITHIUM SOLN 8meq/5ml	Tier 4	
<i>lithium carbonate</i> CAPS 150mg, 300mg, 600mg; TABS 300mg	Tier 1	
<i>lithium carbonate</i> (generic of Tier 2 LITHOBID) TBCR 300mg		
<i>lithium carbonate</i> TBCR 450mg	Tier 2	
NUEDEXTA CAP 20-10MG	Tier 4	QL PA
<i>pyridostigmine bromide</i> (generic of MESTINON) TABS 60mg	Tier 2	
<i>riluzole</i> (generic of RILUTEK) TABS 50mg	Tier 2	
<i>tetrabenazine</i> (generic of XENAZINE) TABS 12.5mg	Tier 5 * QL NM PA	
<i>tetrabenazine</i> (generic of XENAZINE) TABS 25mg	Tier 5 * QL NM PA	
MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS - DRUGS TO TREAT MULTIPLE SCLEROSIS		
BAFIERTAM CPDR 95mg	Tier 5 * QL NM LA PA	QL (120 caps / 30 days)
BETASERON KIT .3mg	Tier 5 * QL NM PA	
<i>dalfampridine</i> (generic of AMPYRA) TB12 10mg	Tier 2	QL (14 syringes / 28 days)
<i>fingolimod hcl</i> (generic of GILENYA) CAPS .5mg	Tier 5 * QL NM PA	QL (60 tabs / 30 days)
<i>glatiramer acetate</i> (generic of COPAXONE) SOSY 20mg/ml	Tier 5 * QL NM PA	QL (30 syringes / 30 days)
<i>glatiramer acetate</i> (generic of COPAXONE) SOSY 40mg/ml	Tier 5 * QL NM PA	QL (12 syringes / 28 days)
<i>glatopa</i> (generic of COPAXONE) SOSY 20mg/ml	Tier 5 * QL NM PA	QL (30 syringes / 30 days)
<i>glatopa</i> (generic of COPAXONE) SOSY 40mg/ml	Tier 5 * QL NM PA	QL (12 syringes / 28 days)
KESIMPTA SOAJ 20mg/0.4ml	Tier 5 * QL NM LA PA	QL (16 pens / year)
MUSCULOSKELETAL THERAPY AGENTS - DRUGS TO TREAT MUSCLE SPASMS		
<i>baclofen</i> TABS 5mg	Tier 2	QL
<i>baclofen</i> TABS 10mg, 20mg	Tier 2	

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

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			NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
cyclobenzaprine hcl TABS	Tier 3	QL PA 5mg, 10mg QL (90 tabs / 30 days) PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year		
dantrolene sodium (generic of DANTRIUM) CAPS	Tier 2			
25mg				
dantrolene sodium CAPS	Tier 2			
50mg, 100mg				
tizanidine hcl TABS 2mg	Tier 2			
tizanidine hcl (generic of ZANAFLEX) TABS 4mg	Tier 2			
NARCOLEPSY/CATAPLEXY - DRUGS FOR SLEEP DISORDERS				
armodafinil (generic of NUVIGIL) TABS 50mg	Tier 2	QL PA QL (60 tabs / 30 days)		
armodafinil (generic of NUVIGIL) TABS 150mg, 200mg, 250mg	Tier 2	QL PA QL (30 tabs / 30 days)		
modafinil (generic of PROVIGIL) TABS 100mg	Tier 2	QL PA QL (30 tabs / 30 days)		
modafinil (generic of PROVIGIL) TABS 200mg	Tier 2	QL PA QL (60 tabs / 30 days)		
SODIUM OXYBATE SOLN 500mg/ml	Tier 5	* QL NM LA PA QL (540 mL / 30 days)		
PSYCHOTHERAPEUTIC-MISC				
acamprosate calcium TBEC	Tier 2			
333mg				
buprenorphine hcl SUBL 2mg, 8mg	Tier 2	QL PA QL (90 tabs / 30 days)		
buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 2-0.5 mg (base equiv) (generic of SUBOXONE)	Tier 2	QL QL (90 films / 30 days)		
ST - Terapia escalonada				
QL - Límites de cantidad				
NM - Sin encargos				
LA - Medicamentos con acceso limitado				
* - Suministro de días no extendidos				
V/I - Vacunas / Insulinas				
PA - Previa autorización				
B/D - Cubierto por Medicare Parte B o D				
Suministro de días no extendidos				
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.				

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad
 por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D
 Suministro de días no extendidos **V/I** - Vacunas / Insulinas

ST - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos
LA - Medicamentos con acceso limitado *** -**

NOMBRE DE MEDICAMENTO			NIVEL REQUISITOS / LIMITES
VIVITROL SUSR 380mg	Tier 5	*	NM
ENDOCRINE AND METABOLIC - DRUGS TO TREAT DIABETES AND REGULATE HORMONES			
ANDROGENS - DRUGS TO REGULATE MALE HORMONES			
depo-testosterone SOLN 100mg/ml, 200mg/ml	Tier 2	PA	
methyltestosterone CAPS 10mg QL (600 caps / 30 days)	Tier 5	* QL PA	
testosterone GEL 1%, 25mg/2.5gm, 50mg/5gm QL (300 gm / 30 days)	Tier 2	QL PA	
testosterone (generic of ANDROGEL PUMP) GEL 1.62% QL (150 gm / 30 days)	Tier 2	QL PA	
testosterone cypionate SOLN 100mg/ml, 200mg/ml	Tier 2	PA	
testosterone enanthate SOLN 200mg/ml	Tier 2	PA	
ANTIDIABETICS			
acarbose TABS 25mg, 50mg, 100mg	Tier 2		
BYDUREON BCISE AUIJ 2mg/0.85ml QL (4 pens / 28 days)	Tier 3	QL PA	
BYETTA SOPN 5mcg/0.02ml, 10mcg/0.04ml QL (1 pen / 30 days)	Tier 4	QL PA	
FARXIGA TABS 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 3	QL	
glimepiride TABS 1mg, 2mg QL (90 tabs / 30 days)	Tier 1	QL	
glimepiride TABS 4mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 1	QL	
glipizide TABS 5mg QL (240 tabs / 30 days)	Tier 1	QL	

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad
 por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D
 Suministro de días no extendidos **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			NIVEL REQUISITOS / LIMITES
glipizide TABS 10mg QL (120 tabs / 30 days)	Tier 1	QL	
glipizide (generic of GLUCOTROL XL) TB24 2.5mg, 5mg QL (90 tabs / 30 days)	Tier 1	QL	
glipizide (generic of GLUCOTROL XL) TB24 10mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 1	QL	
glipizide xl (generic of GLUCOTROL XL) TB24 2.5mg, 5mg QL (90 tabs / 30 days)	Tier 1	QL	
glipizide xl (generic of GLUCOTROL XL) TB24 10mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 1	QL	
glipizide-metformin hcl tab 2.5-250 mg QL (240 tabs / 30 days)	Tier 1	QL	
glipizide-metformin hcl tab 2.5-500 mg QL (120 tabs / 30 days)	Tier 1	QL	
glipizide-metformin hcl tab 5-500 mg QL (120 tabs / 30 days)	Tier 1	QL	
GLYXAMBI TAB 10-5 MG QL (30 tabs / 30 days)	Tier 3	QL	
GLYXAMBI TAB 25-5 MG QL (30 tabs / 30 days)	Tier 3	QL	
JANUMET TAB 50-500MG QL (60 tabs / 30 days)	Tier 3	QL	
JANUMET TAB 50-1000 QL (60 tabs / 30 days)	Tier 3	QL	
JANUMET XR TAB 50- 500MG QL (60 tabs / 30 days)	Tier 3	QL	
JANUMET XR TAB 50-1000 Tier 3 QL (60 tabs / 30 days)	Tier 3	QL	

ST - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos

LA - Medicamentos con acceso limitado * -

NOMBRE DE MEDICAMENTO			NIVEL REQUISITOS / LIMITES
JANUMET XR TAB 100- 1000	Tier 3	QL	
QL (30 tabs / 30 days)			
JANUVIA TABS 25mg, 50mg, 100mg	Tier 3	QL	
QL (30 tabs / 30 days)			
JARDIANCE TABS 10mg, 25mg	Tier 3	QL	
QL (30 tabs / 30 days)			
JENTADUETO TAB 2.5-500	Tier 3	QL	
QL (60 tabs / 30 days)			
JENTADUETO TAB 2.5-850	Tier 3	QL	
QL (60 tabs / 30 days)			
JENTADUETO TAB 2.5- 1000	Tier 3	QL	
QL (60 tabs / 30 days)			
JENTADUETO TAB XR 2.5- 1000MG	Tier 3	QL	
QL (60 tabs / 30 days)			
JENTADUETO TAB XR 5- 1000MG	Tier 3	QL	
QL (30 tabs / 30 days)			
metformin hcl TABS 500mg	Tier 1	QL	
QL (150 tabs / 30 days)			
metformin hcl TABS 850mg	Tier 1	QL	
QL (90 tabs / 30 days)			
metformin hcl TABS 1000mg	Tier 1	QL	
QL (75 tabs / 30 days)			
metformin hcl TB24 500mg	Tier 1	QL	
QL (120 tabs / 30 days)			
(generic of GLUCOPHAGE XR)			
metformin hcl TB24 750mg	Tier 1	QL	
QL (60 tabs / 30 days)			
(generic of GLUCOPHAGE XR)			
MOUNJARO SOPN 2.5mg/0.5ml, 5mg/0.5ml, 7.5mg/0.5ml, 10mg/0.5ml, 12.5mg/0.5ml, 15mg/0.5ml	Tier 3	QL PA	
QL (4 pens / 28 days)			

NOMBRE DE MEDICAMENTO			NIVEL REQUISITOS / LIMITES
nateglinide TABS 60mg, 120mg	Tier 1	QL	
QL (90 tabs / 30 days)			
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) SOPN 2mg/1.5ml	Tier 3	QL PA	
QL (1 pen / 28 days)			
OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE) SOPN 2mg/3ml	Tier 3	QL PA	
QL (1 pen / 28 days)			
OZEMPIC (1MG/DOSE) SOPN 4mg/3ml	Tier 3	QL PA	
QL (1 pen / 28 days)			
OZEMPIC (2MG/DOSE) SOPN 8mg/3ml	Tier 3	QL PA	
QL (1 pen / 28 days)			
pioglitazone hcl (generic of ACTOS) TABS 15mg, 30mg, 45mg	Tier 1	QL	
QL (30 tabs / 30 days)			
pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-500 mg	Tier 1	QL	
QL (90 tabs / 30 days)			
pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-850 mg (generic of ACTOPLUS MET)	Tier 1	QL	
QL (90 tabs / 30 days)			
repaglinide TABS 2mg	Tier 1	QL	
QL (240 tabs / 30 days)			
repaglinide TABS .5mg, 1mg	Tier 1	QL	
QL (120 tabs / 30 days)			
RYBELSUS TABS 3mg, 7mg, 14mg	Tier 3	QL PA	
QL (30 tabs / 30 days)			
SYNJARDY TAB 5-500MG	Tier 3	QL	
QL (120 tabs / 30 days)			
SYNJARDY TAB 5-1000MG	Tier 3	QL	
QL (60 tabs / 30 days)			

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad
por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D
Suministro de días no extendidos **V/I** - Vacunas / Insulinas

ST - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos
LA - Medicamentos con acceso limitado * -

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO			NIVEL REQUISITOS / LIMITES
SYNJARDY TAB 12.5-500 QL (60 tabs / 30 days)	Tier 3	QL	
SYNJARDY TAB 12.5- 1000MG QL (60 tabs / 30 days)	Tier 3	QL	
SYNJARDY XR TAB 5- 1000MG QL (60 tabs / 30 days)	Tier 3	QL	
SYNJARDY XR TAB 10- 1000 QL (60 tabs / 30 days)	Tier 3	QL	
SYNJARDY XR TAB 12.5- 1000 QL (60 tabs / 30 days)	Tier 3	QL	
SYNJARDY XR TAB 25- 1000 QL (30 tabs / 30 days)	Tier 3	QL	
TRADJENTA TABS 5mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 3	QL	
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 5-2.5-1000MG QL (60 tabs / 30 days)	Tier 3	QL	
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 10-5-1000MG QL (30 tabs / 30 days)	Tier 3	QL	
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 12.5-2.5-1000MG QL (60 tabs / 30 days)	Tier 3	QL	
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 25-5-1000MG QL (30 tabs / 30 days)	Tier 3	QL	
TRULICITY SOPN .75mg/0.5ml, 1.5mg/0.5ml, 3mg/0.5ml, 4.5mg/0.5ml QL (4 pens / 28 days)	Tier 3	QL PA	
XIGDUO XR TAB 2.5-1000 QL (60 tabs / 30 days)	Tier 3	QL	
XIGDUO XR TAB 5-500MG QL (60 tabs / 30 days)	Tier 3	QL	
XIGDUO XR TAB 5- 1000MG QL (60 tabs / 30 days)	Tier 3	QL	

NOMBRE DE MEDICAMENTO			NIVEL REQUISITOS / LIMITES
XIGDUO XR TAB 10- 500MG QL (30 tabs / 30 days)	Tier 3	QL	
XIGDUO XR TAB 10-1000 QL (30 tabs / 30 days)	Tier 3	QL	
ANTIDIABETICS, INSULINS			
ADMELOG SOLN 100unit/ml	Tier 3	V/I	
ADMELOG SOLOSTAR SOPN 100unit/ml	Tier 3	V/I	
BASAGLAR KWIKPEN SOPN 100unit/ml	Tier 3	V/I	
BD ALCOHOL SWABS	Tier 3		
FIASP SOLN 100unit/ml	Tier 3	V/I	
FIASP FLEXTOUCH SOPN 100unit/ml	Tier 3	V/I	
FIASP PENFILL SOCT 100unit/ml	Tier 3	V/I	
FIASP PUMPCART SOCT 100unit/ml	Tier 3	B/D	
GAUZE PADS 2" X 2"	Tier 3		
HUMULIN R U-500 (CONCENTR SOLN 500unit/ml	Tier 5	V/I * B/D	
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SOPN 500unit/ml	Tier 5	V/I *	
INSULIN PEN NEEDLES: BD/NOVO	Tier 3		
INSULIN SAFETY NEEDLES	Tier 3		
INSULIN SYRINGES: BD	Tier 3		
LANTUS SOLN 100unit/ml	Tier 3	V/I	
LANTUS SOLOSTAR SOPN 100unit/ml	Tier 3	V/I	
NOVOLIN INJ 70/30 (brand RELION not covered)	Tier 3	V/I	
NOVOLIN INJ 70/30 FP (brand RELION not covered)	Tier 3	V/I	

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

56

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO			NIVEL REQUISITOS / LIMITES
NOVOLIN N SUSP 100unit/ml (brand RELION not covered)	Tier 3	V/I	
NOVOLIN N FLEXPEN SUPN 100unit/ml (brand RELION not covered)	Tier 3	V/I	
NOVOLIN R SOLN 100unit/ml (brand RELION not covered)	Tier 3	V/I	
NOVOLIN R FLEXPEN SOPN 100unit/ml (brand RELION not covered)	Tier 3	V/I	
NOVOLOG SOLN 100unit/ml (brand RELION not covered)	Tier 3	V/I	
NOVOLOG FLEXPEN SOPN 100unit/ml (brand RELION not covered)	Tier 3	V/I	
NOVOLOG MIX INJ 70/30 (brand RELION not covered)	Tier 3	V/I	
NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN (brand RELION not covered)	Tier 3	V/I	
NOVOLOG PENFILL SOCT 100unit/ml (brand RELION not covered)	Tier 3	V/I	
OMNIPOD 5 G6 KIT INTRO QL (1 kit / year)	Tier 4	QL PA	
OMNIPOD 5 G6 MIS PODS QL (15 pods / 30 days)	Tier 4	QL PA	
OMNIPOD DASH KIT INTRO QL (1 kit / year)	Tier 4	QL PA	

NOMBRE DE MEDICAMENTO			NIVEL REQUISITOS / LIMITES
OMNIPOD DASH MIS PODS QL (15 pods / 30 days)	Tier 4	QL PA	
OMNIPOD GO KIT 10UNT/DY QL (15 pods / 30 days)	Tier 4	QL PA	
OMNIPOD GO KIT 15UNT/DY QL (15 pods / 30 days)	Tier 4	QL PA	
OMNIPOD GO KIT 20UNT/DY QL (15 pods / 30 days)	Tier 4	QL PA	
OMNIPOD GO KIT 25UNT/DY QL (15 pods / 30 days)	Tier 4	QL PA	
OMNIPOD GO KIT 30UNT/DY QL (15 pods / 30 days)	Tier 4	QL PA	
OMNIPOD GO KIT 35UNT/DY QL (15 pods / 30 days)	Tier 4	QL PA	
OMNIPOD MIS CLASSIC QL (15 pods / 30 days)	Tier 4	QL PA	
SOLIQUA INJ 100/33 QL (5 pens / 25 days)	Tier 3	V/I QL	
TOUJEO MAX SOLOSTAR SOPN 300unit/ml	Tier 3	V/I	
TOUJEO SOLOSTAR SOPN 300unit/ml	Tier 3	V/I	
TRESIBA SOLN 100unit/ml TRESIBA FLEXTOUCH SOPN 100unit/ml, 200unit/ml V-GO 20 KIT QL (30 devices / 30 days)	Tier 3	V/I	
TRESIBA SOLN 100unit/ml TRESIBA FLEXTOUCH SOPN 100unit/ml, 200unit/ml V-GO 30 KIT QL (30 devices / 30 days)	Tier 4	QL PA	
V-GO 30 KIT QL (30 devices / 30 days)	Tier 4	QL PA	

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

57

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO			NIVEL REQUISITOS / LIMITES
V-GO 40 KIT QL (30 devices / 30 days)	Tier 4	QL PA	
XULTOPHY INJ 100/3.6 QL (5 pens / 30 days)	Tier 3	V/I QL	
CALCIUM REGULATORS			
alendronate sodium TABS 10mg, 35mg	Tier 1		
alendronate sodium (generic of FOSAMAX) TABS 70mg	Tier 1		
calcitonin (salmon) spray SOLN 200unit/act	Tier 2	B/D	
ibandronate sodium TABS 150mg	Tier 2	B/D	
NATPARA CART 25mcg, 50mcg, 75mcg, 100mcg	Tier 5	* LA PA	
PAMIDRONATE DISODIUM SOLN 6mg/ml	Tier 3	B/D	
pamidronate disodium SOLN 30mg/10ml, 90mg/10ml	Tier 2	B/D	
PROLIA SOSY 60mg/ml QL (1 syringe / 180 days)	Tier 4	QL NM	
TERIPARATIDE SOPN 620mcg/2.48ml	Tier 5	* NM PA	
XGEVA SOLN 120mg/1.7ml	Tier 5	* NM PA	
zoledronic acid CONC 4mg/5ml; SOLN 4mg/100ml	Tier 2	B/D NM	
zoledronic acid (generic of RECLAST) SOLN 5mg/100ml	Tier 2	B/D NM	
CHELATING AGENTS			
CHEMET CAPS 100mg	Tier 5	*	
deferasirox (generic of JADENU SPRINKLE) PACK 90mg, 180mg, 360mg	Tier 5	* NM PA	
deferasirox (generic of JADENU) TABS 90mg	Tier 2	NM PA	

NOMBRE DE MEDICAMENTO			NIVEL REQUISITOS / LIMITES
deferasirox (generic of JADENU) TABS 180mg, 360mg	Tier 5	* NM PA	
LOKELMA PACK 5gm, 10gm	Tier 3		
penicillamine (generic of DEPEN TITRATABS) TABS 250mg	Tier 5	* NM	
sodium polystyrene sulfonate powder	Tier 2		
sps SUSP 15gm/60ml	Tier 2		
trientine hcl (generic of SYPRINE) CAPS 250mg	Tier 5	* NM PA	
VELTASSA PACK 8.4gm, 16.8gm, 25.2gm	Tier 3		
CONTRACEPTIVES - DRUGS FOR BIRTH CONTROL			
afirmelle	Tier 2		
altavera	Tier 2		
alyacen 1/35	Tier 2		
alyacen 7/7/7	Tier 2		
apri	Tier 2		
aranelle	Tier 2		
aubra eq	Tier 2		
aurovela 1/20	Tier 2		
aurovela fe 1.5/30	Tier 2		
aurovela fe 1/20	Tier 2		
aviane	Tier 2		
ayuna	Tier 2		
azurette	Tier 2		
balziva	Tier 2		
blisovi fe 1.5/30	Tier 2		
briellyn	Tier 2		
camila TABS .35mg	Tier 2		
chateal	Tier 2		
cryselle-28	Tier 2		
cyred eq	Tier 2		
dasetta 1/35	Tier 2		
dasetta 7/7/7	Tier 2		
deblitane TABS .35mg	Tier 2		

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

58

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO		NIVEL REQUISITOS / LIMITES
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUSY 104mg/0.65ml		Tier 4
<i>desogest-eth estrad & eth estradiol tab 0.15-0.02/0.01 mg(21/5)</i>		Tier 2
<i>desogestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg</i>		Tier 2
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.02 mg (generic of YAZ)</i>		Tier 2
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.03 mg (generic of YASMIN 28)</i>		Tier 2
<i>elonest</i>		Tier 2
<i>eluryng (generic of NUVARING)</i>		Tier 2
<i>enilloring (generic of NUVARING)</i>		Tier 2
<i>enpresse-28</i>		Tier 2
<i>enskyce</i>		Tier 2
<i>errin TABS .35mg</i>		Tier 2
<i>estarrylla</i>		Tier 2
<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-35 mcg</i>		Tier 2
<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-50 mcg</i>		Tier 2
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol va ring 0.120-0.015 mg/24hr (generic of NUVARING)</i>		Tier 2
<i>falmina</i>		Tier 2
<i>hailey 1.5/30</i>		Tier 2
<i>haloette (generic of NUVARING)</i>		Tier 2
<i>heather TABS .35mg</i>		Tier 2
<i>iclevia</i>		Tier 2
<i>incassia TABS .35mg</i>		Tier 2
<i>introvale</i>		Tier 2
<i>isibloom</i>		Tier 2

NOMBRE DE MEDICAMENTO		NIVEL REQUISITOS / LIMITES
<i>jasmiel (generic of YAZ)</i>		Tier 2
<i>jolessa</i>		Tier 2
<i>juleber</i>		Tier 2
<i>junel 1.5/30</i>		Tier 2
<i>junel 1/20</i>		Tier 2
<i>junel fe 1.5/30</i>		Tier 2
<i>junel fe 1/20</i>		Tier 2
<i>kariva</i>		Tier 2
<i>kelnor 1/35</i>		Tier 2
<i>kelnor 1/50</i>		Tier 2
<i>kurvelo</i>		Tier 2
<i>larin 1.5/30</i>		Tier 2
<i>larin 1/20</i>		Tier 2
<i>larin fe 1.5/30</i>		Tier 2
<i>larin fe 1/20</i>		Tier 2
<i>leena</i>		Tier 2
<i>lessina</i>		Tier 2
<i>levonest</i>		Tier 2
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol (91-day) tab 0.15- 0.03 mg</i>		Tier 2
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.1 mg-20 mcg</i>		Tier 2
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg</i>		Tier 2
<i>levonorgestrel-eth estra tab 0.05-30/0.075-40/0.125- 30mg-mcg</i>		Tier 2
<i>levora 0.15/30-28</i>		Tier 2
<i>loestrin 1.5/30-21</i>		Tier 2
<i>loestrin 1/20-21</i>		Tier 2
<i>loestrin fe 1.5/30</i>		Tier 2
<i>loestrin fe 1/20</i>		Tier 2
<i>loryna (generic of YAZ)</i>		Tier 2
<i>low-ogestrel</i>		Tier 2
<i>lutera</i>		Tier 2
<i>lyleq TABS .35mg</i>		Tier 2
<i>lyza TABS .35mg</i>		Tier 2
<i>marlissa</i>		Tier 2

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad
por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D
Suministro de días no extendidos **V/I** - Vacunas / Insulinas

ST - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos
LA - Medicamentos con acceso limitado * -

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO		NIVEL REQUISITOS / LIMITES
<i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive)</i> (generic of DEPO-PROVERA CONTRACEPTIV) SUSP 150mg/ml; SUSY 150mg/ml		Tier 2
<i>microgestin 1.5/30</i>		Tier 2
<i>microgestin 1/20</i>		Tier 2
<i>microgestin fe 1.5/30</i>		Tier 2
<i>microgestin fe 1/20</i>		Tier 2
<i>mili</i>		Tier 2
<i>mono-linyah</i>		Tier 2
<i>necon 0.5/35-28</i>		Tier 2
<i>nikki</i> (generic of YAZ)		Tier 2
<i>nora-be TABS .35mg</i>		Tier 2
<i>norelgestromin-ethinyl estradiol td ptwk 150-35 mcg/24hr</i>		Tier 2
<i>norethindrone (contraceptive) TABS .35mg</i>		Tier 2
<i>norethindrone ac-ethinyl estrad-fe tab 1-20/1-30/1-35 mg-mcg</i>		Tier 2
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1 mg-20 mcg</i>		Tier 2
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1.5 mg-30 mcg</i>		Tier 2
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol-fe tab 1 mg-20 mcg</i>		Tier 2
<i>norgestimate & ethinyl estradiol tab 0.25 mg-35 mcg</i>		Tier 2
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-25/0.215-25/0.25-25 mg-mcg</i> (generic of ORTHO TRI-CYCLEN LO)		Tier 2
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-35/0.215-35/0.25-35 mg-mcg</i>		Tier 2
<i>norlyroc TABS .35mg</i>		Tier 2

NOMBRE DE MEDICAMENTO		NIVEL REQUISITOS / LIMITES
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>		Tier 2
<i>nortrel 1/35 (21)</i>		Tier 2
<i>nortrel 1/35 (28)</i>		Tier 2
<i>nortrel 7/7/7</i>		Tier 2
<i>nylia 1/35</i>		Tier 2
<i>nylia 7/7/7</i>		Tier 2
<i>nymyo</i>		Tier 2
<i>ocella</i> (generic of YASMIN 28)		Tier 2
<i>philith</i>		Tier 2
<i>pimtrea</i>		Tier 2
<i>portia-28</i>		Tier 2
<i>reclipsen</i>		Tier 2
<i>setlakin</i>		Tier 2
<i>sharobel TABS .35mg</i>		Tier 2
<i>simliya</i>		Tier 2
<i>sprintec 28</i>		Tier 2
<i>sronyx</i>		Tier 2
<i>syeda</i> (generic of YASMIN 28)		Tier 2
<i>tarina fe 1/20 eq</i>		Tier 2
<i>tilia fe</i>		Tier 2
<i>tri-estarrylla</i>		Tier 2
<i>tri-legest fe</i>		Tier 2
<i>tri-linyah</i>		Tier 2
<i>tri-lo-estarrylla</i> (generic of ORTHO TRI-CYCLEN LO)		Tier 2
<i>tri-lo-marzia</i> (generic of ORTHO TRI-CYCLEN LO)		Tier 2
<i>tri-lo-mili</i> (generic of ORTHO TRI-CYCLEN LO)		Tier 2
<i>tri-lo-sprintec</i> (generic of ORTHO TRI-CYCLEN LO)		Tier 2
<i>tri-mili</i>		Tier 2
<i>tri-nymyo</i>		Tier 2
<i>tri-sprintec</i>		Tier 2
<i>tri-vylibra</i>		Tier 2
<i>tri-vylibra lo</i> (generic of ORTHO TRI-CYCLEN LO)		Tier 2
<i>trivora-28</i>		Tier 2

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

ST - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos **LA** - Medicamentos con acceso limitado *** -**

60

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO		NIVEL REQUISITOS / LIMITES
turqoz	Tier 2	
velivet	Tier 2	
vestura (generic of YAZ)	Tier 2	
vienna	Tier 2	
viorele	Tier 2	
vyfemla	Tier 2	
vylibra	Tier 2	
wera	Tier 2	
xulane	Tier 2	
zafemy	Tier 2	
zovia 1/35	Tier 2	
zumandimine (generic of YASMIN 28)	Tier 2	
ENDOMETRIOSIS		
danazol CAPS 50mg, 100mg, 200mg	Tier 2	
SYNAREL SOLN 2mg/ml	Tier 5	* PA
ESTROGENS - DRUGS TO REGULATE FEMALE HORMONES		
amabelz tab 0.5-0.1mg	Tier 3	
dotti (generic of VIVELLE- DOT) PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr	Tier 3	
estradiol (generic of VIVELLE-DOT) PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr	Tier 3	
estradiol (generic of CLIMARA) PTWK .025mg/24hr, .05mg/24hr, .06mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr, 37.5mcg/24hr	Tier 3	
estradiol (generic of ESTRACE) TABS .5mg, 1mg, 2mg	Tier 2	
estradiol & norethindrone acetate tab 0.5-0.1 mg	Tier 3	
estradiol & norethindrone acetate tab 1-0.5 mg (generic of ACTIVELLA)	Tier 3	

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO			NIVEL REQUISITOS / LIMITES
estradiol vaginal (generic of Tier 2 ESTRACE) CREA .1mg/gm			
estradiol vaginal (generic of Tier 2 VAGIFEM) TABS 10mcg			
estradiol valerate (generic of Tier 2 DELESTROGEN) OIL 10mg/ml, 20mg/ml, 40mg/ml			
fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg	Tier 3		
fyavolv tab 1mg-5mcg	Tier 3		
jinteli	Tier 3		
lyllana (generic of MINIVELLE) PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr	Tier 3		
mimvey (generic of ACTIVELLA)	Tier 3		
norethindrone acetate- ethinyl estradiol tab 0.5 mg- 2.5 mcg	Tier 3		
norethindrone acetate- ethinyl estradiol tab 1 mg-5 mcg	Tier 3		
yuvafem (generic of VAGIFEM) TABS 10mcg	Tier 2		
GLUCOCORTICOIDS - DRUGS TO TREAT INFLAMMATORY RESPONSE			
dexamethasone ELIX .5mg/5ml; SOLN .5mg/5ml; TABS .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg, 2mg, 4mg, 6mg	Tier 2	B/D	
DEXAMETHASONE	Tier 4	B/D	
INTENSOL CONC 1mg/ml			
dexamethasone sodium phosphate SOLN 4mg/ml, 10mg/ml, 20mg/5ml, 100mg/10ml, 120mg/30ml	Tier 2		
fludrocortisone acetate TABS .1mg	Tier 2		
hydrocortisone (generic of CORTEF) TABS 5mg, 10mg, 20mg	Tier 2		

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO			NIVEL REQUISITOS / LIMITES
<i>methylprednisolone</i> (generic Tier 2 of MEDROL) TABS 4mg, 8mg, 16mg		B/D	
<i>methylprednisolone</i> TABS	Tier 2	B/D	
32mg			
<i>methylprednisolone</i> (generic Tier 2 of MEDROL DOSEPAK) TBPK 4mg			
<i>methylprednisolone acetate</i> (generic of DEPO- MEDROL) SUSP 40mg/ml, 80mg/ml	Tier 2	B/D	
<i>methylprednisolone sod succ</i> SOLR 40mg, 125mg	Tier 2	B/D	
<i>methylprednisolone sod succ</i> (generic of SOLU- MEDROL) SOLR 1000mg	Tier 2	B/D	
<i>prednisolone</i> SOLN 15mg/5ml	Tier 2	B/D	
<i>prednisolone sodium phosphate</i> (generic of PEDIAPRED) SOLN 5mg/5ml	Tier 2	B/D	
<i>prednisolone sodium phosphate</i> SOLN 15mg/5ml, 25mg/5ml	Tier 2	B/D	
<i>prednisone</i> SOLN 5mg/5ml	Tier 2	B/D	
<i>prednisone</i> TABS 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 50mg	Tier 1	B/D	
<i>prednisone</i> TBPK 5mg, 10mg	Tier 2		
PREDNISONE INTENSOL CONC 5mg/ml	Tier 4	B/D	
SOLU-CORTEF SOLR 100mg, 250mg, 500mg, 1000mg	Tier 4		
GLUCOSE ELEVATING AGENTS - DRUGS TO TREAT LOW BLOOD SUGAR			
<i>diazoxide</i> (generic of PROGLYCEM) SUSP 50mg/ml	Tier 5	*	

NOMBRE DE MEDICAMENTO			NIVEL REQUISITOS / LIMITES
<i>GVOKE HYPOPEN</i> 2-PACK	Tier 3		
SOAJ .5mg/0.1ml, 1mg/0.2ml			
<i>GVOKE KIT</i> SOLN	Tier 3		
1mg/0.2ml			
<i>GVOKE PFS</i> SOSY	Tier 3		
1mg/0.2ml			
MISCELLANEOUS			
<i>ALDURAZYME</i> SOLN 2.9mg/5ml	Tier 5	* NM LA PA	
<i>betaine powder for oral solution</i> (generic of CYSTADANE)	Tier 5	* NM LA	
<i>cabergoline</i> TABS .5mg	Tier 2		
<i>carglumic acid</i> (generic of CARBAGLU) TBSO 200mg	Tier 5	* NM LA PA	
<i>CERDELGA</i> CAPS 84mg	Tier 5	* NM LA PA	
<i>CEREZYME</i> SOLR 400unit	Tier 5	* NM LA PA	
<i>cinacalcet hcl</i> (generic of SENSIPAR) TABS 30mg, 60mg	Tier 2	B/D QL NM	
QL (60 tabs / 30 days)			
<i>cinacalcet hcl</i> (generic of SENSIPAR) TABS 90mg	Tier 5	* B/D QL NM	
QL (120 tabs / 30 days)			
<i>CYSTAGON</i> CAPS 50mg, 150mg	Tier 4	NM LA PA	
<i>desmopressin acetate</i> (generic of DDAVP) SOLN 4mcg/ml	Tier 5	*	
<i>desmopressin acetate</i> (generic of DDAVP) TABS .1mg, .2mg	Tier 2		
<i>desmopressin acetate spray</i> SOLN .01%	Tier 2		
<i>desmopressin acetate spray refrigerated</i> SOLN .01%	Tier 2		
<i>FABRAZYME</i> SOLR 5mg,	Tier 5	* NM LA PA	
35mg			
<i>GENOTROPIN</i> CART 5mg,	Tier 5	* NM PA	
12mg			

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

62

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO			NIVEL REQUISITOS / LIMITES
GENOTROPIN MINIQUICK PRSY .2mg, .4mg, .6mg, .8mg, 1mg, 1.2mg, 1.4mg, 1.6mg, 1.8mg, 2mg	Tier 5	*	NM PA
INCRELEX SOLN 40mg/4ml	Tier 5	*	NM LA PA
javygtor (generic of KUVAN) PACK 100mg, 500mg; TABS 100mg	Tier 5	*	NM LA PA
KORLYM TABS 300mg <i>levocarnitine (metabolic modifiers) (generic of CARNITOR)</i> SOLN 1gm/10ml; TABS 330mg	Tier 5	*	NM LA PA
LUMIZYME SOLR 50mg	Tier 5	*	NM LA PA
LUPRON DEPOT-PED (1- MONTH KIT 7.5mg, 11.25mg, 15mg	Tier 5	*	NM PA
LUPRON DEPOT-PED (3- MONTH KIT 11.25mg, 30mg	Tier 5	*	NM PA
LUPRON DEPOT-PED (6- MONTH KIT 45mg	Tier 5	*	NM PA
<i>miglustat (generic of ZAVESCA)</i> CAPS 100mg QL (90 caps / 30 days)	Tier 5	*	QL NM PA
NAGLAZYME SOLN 1mg/ml	Tier 5	*	NM LA PA
<i>nitisinone (generic of ORFADIN)</i> CAPS 2mg, 5mg, 10mg, 20mg	Tier 5	*	NM PA
<i>octreotide acetate (generic of SANDOSTATIN)</i> SOLN 50mcg/ml, 100mcg/ml	Tier 2	NM	PA
<i>octreotide acetate</i> SOLN 200mcg/ml; SOSY 50mcg/ml, 100mcg/ml	Tier 2	NM	PA
<i>octreotide acetate (generic of SANDOSTATIN)</i> SOLN 500mcg/ml	Tier 5	*	NM PA
<i>octreotide acetate</i> SOLN 1000mcg/ml; SOSY 500mcg/ml	Tier 5	*	NM PA
NOMBRE DE MEDICAMENTO			NIVEL REQUISITOS / LIMITES
<i>raloxifene hcl (generic of EVISTA)</i> TABS 60mg			Tier 2
<i>sapropterin dihydrochloride</i> (generic of KUVAN) 100mg, 500mg; TABS 100mg	Tier 5	*	NM PA
SIGNIFOR SOLN .3mg/ml, .6mg/ml, .9mg/ml	Tier 5	*	NM LA PA
<i>sodium phenylbutyrate</i> (generic of BUPHENYL) POWD 3gm/tsp; TABS 500mg	Tier 5	*	NM PA
SOMATULINE DEPOT SOLN 60mg/0.2ml, 90mg/0.3ml, 120mg/0.5ml	Tier 5	*	NM LA PA
SOMAVERT SOLR 10mg, 15mg, 20mg, 25mg, 30mg	Tier 5	*	NM LA PA
<i>yargesa (generic of ZAVESCA)</i> CAPS 100mg QL (90 caps / 30 days)	Tier 5	*	QL NM PA
PHOSPHATE BINDER AGENTS - DRUGS TO REGULATE CALCIUM AND PHOSPHORUS LEVELS			
<i>calcium acetate (phosphate binder)</i> CAPS 667mg QL (360 caps / 30 days)	Tier 2		QL
<i>calcium acetate (phosphate binder)</i> TABS 667mg QL (360 tabs / 30 days)	Tier 2		QL
<i>sevelamer carbonate</i> (generic of RENVELA) PACK 2.4gm QL (180 packets / 30 days)	Tier 2		QL
<i>sevelamer carbonate</i> (generic of RENVELA) PACK .8gm QL (540 packets / 30 days)	Tier 2		QL

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

<i>sevelamer carbonate</i> (generic of RENVELA) TABS 800mg QL (540 tabs / 30 days)	Tier 2	QL
--	--------	----

VELPHORO CHEW 500mg	Tier 5	* QL QL (180 tabs / 30 days)
---------------------	--------	------------------------------------

**PROGESTINS - DRUGS TO REGULATE
FEMALE HORMONES**

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

**THYROID AGENTS - DRUGS TO
REGULATE THYROID LEVELS**

<i>euthyrox</i> (generic of SYNTHROID) TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg	Tier 2	
<i>levo-t</i> (generic of SYNTHROID) TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	Tier 2	

**NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS /
LIMITES**

<i>levothyroxine sodium</i> (generic of SYNTHROID) TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	Tier 2	
--	--------	--

<i>levoxyl</i> (generic of SYNTHROID) TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg	Tier 2	
--	--------	--

<i>liothyronine sodium</i> (generic Tier 2 of CYTOMEL) TABS 5mcg, 25mcg, 50mcg		
--	--	--

<i>methimazole</i> TABS 5mg, 10mg	Tier 1	
--------------------------------------	--------	--

<i>propylthiouracil</i> TABS 50mg Tier 2 SYNTHROID TABS 25mcg, Tier 4 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg		
--	--	--

<i>unithroid</i> (generic of SYNTHROID) TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	Tier 2	
--	--------	--

VITAMIN D ANALOGS

<i>calcitriol</i> (generic of ROCALTROL) CAPS .25mcg, .5mcg	Tier 2	B/D
<i>calcitriol (oral)</i> (generic of ROCALTROL) SOLN 1mcg/ml	Tier 2	B/D
<i>paricalcitol</i> (generic of ZEMPLAR) CAPS 1mcg, 2mcg	Tier 2	B/D
<i>paricalcitol</i> CAPS 4mcg RAYALDEE CPCR 30mcg	Tier 2	B/D
	Tier 5	*

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos **LA** - Medicamentos con acceso limitado *** -**
por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **V/I** - Vacunas / Insulinas **64**
Suministro de días no extendidos

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO			NIVEL REQUISITOS / LIMITES
GASTROINTESTINAL - DRUGS TO TREAT STOMACH AND INTESTINAL DISORDERS			
ANTIEMETICS - DRUGS FOR NAUSEA AND VOMITING			
aprepitant CAPS 40mg, 125mg	Tier 2	B/D	
aprepitant (generic of EMEND) CAPS 80mg	Tier 2	B/D	
aprepitant capsule therapy pack 80 & 125 mg	Tier 2	B/D	
compro SUPP 25mg	Tier 2		
dronabinol (generic of MARINOL) CAPS 2.5mg QL (60 caps / 30 days)	Tier 2	B/D QL	
dronabinol CAPS 5mg, 10mg QL (60 caps / 30 days)	Tier 2	B/D QL	
granisetron hcl SOLN 1mg/ml, 4mg/4ml	Tier 2		
granisetron hcl TABS 1mg	Tier 2	B/D	
meclizine hcl TABS 12.5mg, 25mg	Tier 2		
metoclopramide hcl SOLN 5mg/5ml, 5mg/ml	Tier 2		
metoclopramide hcl (generic Tier 1 of REGLAN) TABS 5mg, 10mg			
ondansetron TBDP 4mg, 8mg	Tier 2	B/D	
ondansetron hcl SOLN 4mg/2ml, 40mg/20ml; SOSY 4mg/2ml	Tier 2		
ondansetron hcl SOLN 4mg/5ml; TABS 4mg, 8mg	Tier 2	B/D	
prochlorperazine SUPP 25mg	Tier 2		
prochlorperazine edisylate SOLN 10mg/2ml	Tier 2		
prochlorperazine maleate TABS 5mg, 10mg	Tier 2		

NOMBRE DE MEDICAMENTO			NIVEL REQUISITOS / LIMITES
promethazine hcl (generic of Tier 3 PHENERGAN) SOLN 25mg/ml, 50mg/ml PA if 70 years and older			
promethazine hcl SYRP 6.25mg/5ml; TABS 12.5mg, 25mg, 50mg PA if 70 years and older	Tier 2	PA	
scopolamine (generic of TRANSDERM-SCOP) PT72 1mg/3days QL (10 patches / 30 days) PA if 70 years and older	Tier 4	QL PA	
ANTISPASMODICS - DRUGS FOR STOMACH SPASMS			
dicyclomine hcl CAPS 10mg; TABS 20mg	Tier 3		
dicyclomine hcl SOLN 10mg/5ml	Tier 4		
glycopyrrolate (generic of ROBINUL) TABS 1mg QL (90 tabs / 30 days)	Tier 2	QL	
glycopyrrolate (generic of ROBINUL FORTE) TABS 2mg QL (120 tabs / 30 days)	Tier 2	QL	
H2-RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID			
famotidine SOLN 20mg/2ml, 40mg/4ml, 200mg/20ml	Tier 2		
famotidine SUSR 40mg/5ml QL (300 mL / 30 days)	Tier 2	QL	
famotidine (generic of PEPCID) TABS 20mg QL (120 tabs / 30 days)	Tier 1	QL	
famotidine (generic of PEPCID) TABS 40mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 1	QL	

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos
por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **LA** - Medicamentos con acceso limitado * -
Suministro de días no extendidos **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			NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>famotidine in nacl 0.9% iv</i>		Tier 2		
<i>soln 20 mg/50ml</i>				
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE				
<i>balsalazide disodium</i>		Tier 2		
(generic of COLAZAL)				
<i>CAPS 750mg</i>				
<i>budesonide CPEP 3mg</i>	Tier 2	QL PA		
QL (90 caps / 30 days)				
<i>budesonide (generic of UCERIS) TB24 9mg</i>	Tier 5	* QL PA		
QL (30 tabs / 30 days)				
<i>hydrocortisone (intrarectal)</i>	Tier 2			
(generic of CORTENEMA)				
<i>ENEM 100mg/60ml</i>				
<i>mesalamine (generic of APRISO) CP24 .375gm</i>	Tier 2	QL		
QL (120 caps / 30 days)				
<i>mesalamine (generic of DELZICOL) CPDR 400mg</i>	Tier 2	QL		
QL (180 caps / 30 days)				
<i>mesalamine ENEM 4gm</i>	Tier 2			
<i>mesalamine (generic of CANASA) SUPP 1000mg</i>	Tier 2			
<i>mesalamine (generic of LIALDA) TBEC 1.2gm</i>	Tier 2	QL		
QL (120 tabs / 30 days)				
<i>mesalamine w/ cleanser (generic of ROWASA) KIT 4gm</i>	Tier 2			
<i>sulfasalazine (generic of AZULFIDINE) TABS 500mg</i>	Tier 2			
<i>sulfasalazine (generic of AZULFIDINE EN-TABS) TBEC 500mg</i>	Tier 2			
LAXATIVES				
<i>constulose SOLN 10gm/15ml</i>	Tier 2			
<i>enulose SOLN 10gm/15ml</i>	Tier 2			

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad
 por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D
 Suministro de días no extendidos **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			NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
<i>gavilyte-c</i>			Tier 1	
<i>gavilyte-g (generic of GOLYTELY)</i>			Tier 1	
<i>generlac SOLN 10gm/15ml</i>	Tier 2			
<i>lactulose SOLN 10gm/15ml</i>	Tier 2			
<i>lactulose (encephalopathy) SOLN 10gm/15ml</i>	Tier 2			
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl</i> -Tier 1				
<i>na sulfate for soln 236 gm (generic of GOLYTELY)</i>				
<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln 420 gm</i>	Tier 1			
<i>PLENUV SOL</i>			Tier 4	
<i>sod sulfate-pot sulf-mg sulf oral sol 17.5-3.13-1.6 gm/177ml (generic of SUPREP BOWEL PREP KIT)</i>	Tier 2			
MISCELLANEOUS				
<i>alosetron hcl (generic of LOTRONEX) TABS .5mg, 1mg</i>	Tier 5	* QL PA		
QL (60 tabs / 30 days)				
<i>cromolyn sodium (mastocytosis) (generic of GASTROCROM) CONC 100mg/5ml</i>			Tier 2	
<i>diphenoxylate w/ atropine liq 2.5-0.025 mg/5ml</i>	Tier 4			
<i>diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-0.025 mg (generic of LOMOTIL)</i>	Tier 3			
<i>GATTEX KIT 5mg LINZESS CAPS 72mcg, 145mcg, 290mcg</i>	Tier 5	* NM LA PA		
QL (30 caps / 30 days)				
<i>loperamide hcl CAPS 2mg misoprostol (generic of CYTOTEC) TABS 100mcg, 200mcg</i>	Tier 2			
<i>MOVANTIK TABS 12.5mg, Tier 3 25mg</i>			QL	
QL (30 tabs / 30 days)				

ST - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos
LA - Medicamentos con acceso limitado * -

NOMBRE DE MEDICAMENTO			NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
RELISTOR SOLN 8mg/0.4ml, 12mg/0.6ml QL (28 syringes / 28 days)	Tier 5	*	QL PA	
sucralfate (generic of CARAFATE) TABS 1gm		Tier 2		
ursodiol CAPS 300mg		Tier 2		
ursodiol (generic of URSO 250) TABS 250mg		Tier 2		
ursodiol (generic of URSO FORTE) TABS 500mg		Tier 2		
XERMELO TABS 250mg QL (84 tabs / 28 days)	Tier 5	*	QL NM LA PA	
XIFAXAN TABS 550mg	Tier 5	*	PA	
PANCREATIC ENZYMES				
CREON CAP 3000UNIT		Tier 3		
CREON CAP 6000UNIT		Tier 3		
CREON CAP 12000UNT		Tier 3		
CREON CAP 24000UNT		Tier 3		
CREON CAP 36000UNT		Tier 3		
ZENPEP CAP 3000UNIT		Tier 4		
ZENPEP CAP 5000UNIT		Tier 4		
ZENPEP CAP 10000UNT		Tier 4		
ZENPEP CAP 15000UNT		Tier 4		
ZENPEP CAP 20000UNT		Tier 4		
ZENPEP CAP 25000UNT		Tier 4		
ZENPEP CAP 40000UNT		Tier 4		
PROTON PUMP INHIBITORS - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID				
esomeprazole magnesium (generic of NEXIUM) 20mg, 40mg QL (30 caps / 30 days)	Tier 2	QL ST CPDR		
lansoprazole CPDR 15mg QL (60 caps / 30 days)	Tier 2	QL		
lansoprazole (generic of PREVACID) CPDR 30mg QL (60 caps / 30 days)	Tier 2	QL		
omeprazole CPDR 10mg, 20mg, 40mg		Tier 1		

NOMBRE DE MEDICAMENTO			NIVEL	REQUISITOS / LÍMITES
pantoprazole sodium (generic of PROTONIX) SOLR 40mg			Tier 2	
pantoprazole sodium (generic of PROTONIX) TBEC 20mg, 40mg			Tier 1	
GENITOURINARY - DRUGS TO TREAT GENITAL AND URINARY TRACT CONDITIONS				
BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA - DRUGS TO TREAT ENLARGED PROSTATE				
alfuzosin hcl (generic of UROXATRAL) QL (30 tabs / 30 days)		Tier 1	QL	
dutasteride (generic of AVODART) CAPS .5mg QL (30 caps / 30 days)		Tier 2	QL	
dutasteride-tamsulosin hcl cap 0.5-0.4 mg (generic of JALYN) QL (30 caps / 30 days)		Tier 2	QL	
finasteride (generic of PROSCAR) TABS 5mg QL (30 tabs / 30 days)		Tier 1	QL	
tamsulosin hcl (generic of FLOMAX) CAPS .4mg QL (60 caps / 30 days)		Tier 1	QL	
MISCELLANEOUS				
acetic acid SOLN .25%		Tier 2		
bethanechol chloride TABS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg		Tier 2		
potassium citrate (alkalinizer) (generic of UROCIT-K 15) 15meq		Tier 2		
potassium citrate (alkalinizer) (generic of UROCIT-K 5) TBCR 540mg		Tier 2		
potassium citrate (alkalinizer) (generic of UROCIT-K 10) TBCR 1080mg		Tier 2		

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

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			NIVEL REQUISITOS / LIMITES
URINARY ANTISPASMODICS - DRUGS TO TREAT URINARY INCONTINENCE			
GEMTESA TABS 75mg	Tier 4	QL	
QL (30 tabs / 30 days)			
MYRBETRIQ SRER	Tier 4	QL	
8mg/ml			
QL (300 mL / 28 days)			
MYRBETRIQ TB24 25mg,	Tier 4	QL	
50mg			
QL (30 tabs / 30 days)			
oxybutynin chloride SOLN	Tier 2	QL	
5mg/5ml			
QL (600 mL / 30 days)			
oxybutynin chloride TABS	Tier 2	QL	
5mg			
QL (120 tabs / 30 days)			
oxybutynin chloride TB24	Tier 2	QL	
5mg			
QL (30 tabs / 30 days)			
oxybutynin chloride TB24	Tier 2	QL	
10mg, 15mg			
QL (60 tabs / 30 days)			
solifenacina succinato	Tier 2	QL	
(generic of VESICARE)			
TABS 5mg, 10mg			
QL (30 tabs / 30 days)			
tolterodina tartrato (generic of DETROL LA)	Tier 2	QL ST	
CP24 2mg, 4mg			
QL (30 caps / 30 days)			
tolterodina tartrato (generic of DETROL)	Tier 2	QL	
TABS 1mg, 2mg			
QL (60 tabs / 30 days)			
trospium chloride TABS	Tier 2	QL	
20mg			
QL (60 tabs / 30 days)			
VAGINAL ANTI-INFECTIVES			
clindamycin fosfato vaginal	Tier 2		
(generic of CLEOCIN) CREA 2%			

NOMBRE DE MEDICAMENTO			NIVEL REQUISITOS / LIMITES
HEMATOLOGIC - DRUGS TO TREAT BLOOD DISORDERS			
dabigatran etexilate mesylate	Tier 2	QL	
CAPS 75mg			
QL (60 caps / 30 days)			
dabigatran etexilate mesylate (generic of PRADAXA)	Tier 2	QL	
CAPS 150mg			
QL (60 caps / 30 days)			
ELIQUIS TABS 2.5mg	Tier 3	QL	
QL (60 tabs / 30 days)			
ELIQUIS TABS 5mg	Tier 3	QL	
QL (74 tabs / 30 days)			
ELIQUIS STARTER PACK	Tier 3	QL	
TBPK 5mg			
QL (74 tabs / 30 days)			
enoxaparina sodio (generic of LOVENOX)	Tier 2		
SOLN 300mg/3ml; SOSY			
30mg/0.3ml, 40mg/0.4ml,			
60mg/0.6ml, 80mg/0.8ml,			
100mg/ml, 120mg/0.8ml,			
150mg/ml			
fondaparinux sodium	Tier 2		
(generic of ARIXTRA)			
SOLN 2.5mg/0.5ml			
fondaparinux sodium	Tier 5	*	
(generic of ARIXTRA)			
SOLN 5mg/0.4ml,			
7.5mg/0.6ml, 10mg/0.8ml			
HEP SOD/D5W INJ 20000UNT	Tier 4		
HEP SOD/D5W INJ 25000UNT	Tier 4		
HEP SOD/NACL INJ 12500UNT	Tier 3		
HEP SOD/NACL INJ 25000UNT	Tier 3		

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

68

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO			NIVEL REQUISITOS / LIMITES
heparin sodium (porcine) SOLN 1000unit/ml, 5000unit/ml, 10000unit/ml, 20000unit/ml	Tier 2	B/D	
HEPARIN/NACL INJ 25000UNT	Tier 3		
jantoven TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	Tier 1		
PRADAXA CAPS 110mg QL (120 caps / 30 days)	Tier 4	QL	
warfarin sodium TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	Tier 1		
XARELTO SUSR 1mg/ml QL (620 mL / 30 days)	Tier 3	QL	
XARELTO TABS 2.5mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 3	QL	
XARELTO TABS 10mg, 15mg, 20mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 3	QL	
XARELTO STAR TAB 15/20MG QL (51 tabs / 30 days)	Tier 3	QL	
HEMATOPOIETIC GROWTH FACTORS			
PROCIT SOLN 2000unit/ml, 3000unit/ml, 4000unit/ml, 10000unit/ml	Tier 3	NM PA	
PROCIT SOLN 20000unit/ml, 40000unit/ml	Tier 5	* NM PA	
ZARXIO SOSY 300mcg/0.5ml, 480mcg/0.8ml	Tier 5	* NM PA	
ZIEXTENZO SOSY 6mg/0.6ml QL (2 syringes / 28 days)	Tier 5	* QL NM PA	
MISCELLANEOUS			
anagrelide hcl CAPS 1mg	Tier 2		
anagrelide hcl (generic of AGRYLIN) CAPS .5mg	Tier 2		

NOMBRE DE MEDICAMENTO			NIVEL REQUISITOS / LIMITES
BERINERT KIT 500unit QL (24 boxes / 30 days)	Tier 5	* QL NM LA PA	
cilostazol TABS 50mg, 100mg	Tier 1		
DOPTELET TABS 20mg	Tier 5	* NM LA PA	
DROXIA CAPS 200mg, 300mg, 400mg	Tier 3		
ENDARI PACK 5gm	Tier 5	* NM LA PA	
HAEGARDA SOLR 2000unit QL (30 vials / 30 days)	Tier 5	* QL NM LA PA	
HAEGARDA SOLR 3000unit QL (20 vials / 30 days)	Tier 5	* QL NM LA PA	
icatibant acetate (generic of FIRAZYR) SOSY 30mg/3ml QL (9 syringes / 30 days)	Tier 5	* QL NM PA	
pentoxifylline TBCR 400mg	Tier 1		
PROMACTA PACK 12.5mg QL (360 packets / 30 days)	Tier 5	* QL NM LA PA	
PROMACTA PACK 25mg QL (180 packets / 30 days)	Tier 5	* QL NM LA PA	
PROMACTA TABS 12.5mg, 25mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM LA PA	
PROMACTA TABS 50mg, 75mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 5	* QL NM LA PA	
sajazir (generic of FIRAZYR) SOSY 30mg/3ml QL (9 syringes / 30 days)	Tier 5	* QL NM LA PA	
tranexamic acid (generic of CYKLOKAPRON) SOLN 1000mg/10ml	Tier 2		
tranexamic acid TABS 650mg	Tier 2		

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos
por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **LA** - Medicamentos con acceso limitado **V/I** - Vacunas / Insulinas

ST - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos **LA** - Medicamentos con acceso limitado * -

69

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

**NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS /
LIMITES**

PLATELET AGGREGATION INHIBITORS

aspirin-dipyridamole cap er	Tier 2
12hr 25-200 mg	
BRILINTA TABS 60mg, 90mg	Tier 3
clopidogrel bisulfate (generic of PLAVIX) TABS 75mg	Tier 1
dipyridamole TABS 25mg, 50mg, 75mg	Tier 3 PA PA if 70 years and older
prasugrel hcl (generic of EFFIENT) TABS 5mg, 10mg	Tier 2

**IMMUNOLOGIC AGENTS - DRUGS TO
TREAT DISORDERS OF THE IMMUNE
SYSTEM**

AUTOIMMUNE AGENTS

ADALIMUMAB-AACF (2 PEN) AJKT 40mg/0.8ml	Tier 5 * QL NM PA QL (56 pens / 365 days)
DUPIXENT SOPN 200mg/1.14ml, 300mg/2ml; SOSY 100mg/0.67ml, 200mg/1.14ml, 300mg/2ml	Tier 5 * NM PA
ENBREL SOLN 25mg/0.5ml QL (16 vials / 28 days)	Tier 5 * QL NM PA
ENBREL SOSY 25mg/0.5ml QL (16 syringes / 28 days)	Tier 5 * QL NM PA
ENBREL SOSY 50mg/ml QL (8 syringes / 28 days)	Tier 5 * QL NM PA
ENBREL MINI SOCT 50mg/ml QL (8 cartridges / 28 days)	Tier 5 * QL NM PA
ENBREL SURECLICK SOAJ 50mg/ml QL (8 pens / 28 days)	Tier 5 * QL NM PA

**NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS /
LIMITES**

HUMIRA PSKT 10mg/0.1ml, 20mg/0.2ml QL (2 syringes / 28 days)	Tier 5 * QL NM PA
HUMIRA PSKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml QL (6 syringes / 28 days)	Tier 5 * QL NM PA
HUMIRA PEDIA INJ CROHNS QL (2 syringes / 28 days)	Tier 5 * QL NM PA
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS D PSKT 80mg/0.8ml QL (3 syringes / 28 days)	Tier 5 * QL NM PA
HUMIRA PEN PNKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml QL (6 pens / 28 days)	Tier 5 * QL NM PA
HUMIRA PEN PNKT 80mg/0.8ml QL (4 pens / 28 days)	Tier 5 * QL NM PA
HUMIRA PEN KIT PS/UV QL (3 pens / 28 days)	Tier 5 * QL NM PA
HUMIRA PEN-CD/UC/HS START PNKT 40mg/0.8ml QL (6 pens / 28 days)	Tier 5 * QL NM PA
HUMIRA PEN-CD/UC/HS START PNKT 80mg/0.8ml QL (3 pens / 28 days)	Tier 5 * QL NM PA
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S PNKT 80mg/0.8ml QL (4 pens / 28 days)	Tier 5 * QL NM PA
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER PNKT 40mg/0.8ml QL (4 pens / 28 days)	Tier 5 * QL NM PA
IDACIO (2 PEN) AJKT 40mg/0.8ml QL (56 pens / 365 days)	Tier 5 * QL NM PA

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D Suministro de días no extendidos

ST - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos **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		NIVEL REQUISITOS / LIMITES	NOMBRE DE MEDICAMENTO	NIVEL REQUISITOS / LIMITES
IDACIO (2 SYRINGE) PSKT 40mg/0.8ml QL (56 syringes / 365 days)	Tier 5 * QL NM PA	SKYRIZI PEN SOAJ 150mg/ml QL (6 pens / 365 days)	Tier 5 * QL NM PA	
IDACIO CROHN INJ DISEASE AJKT 40mg/0.8ml QL (2 packs / year)	Tier 5 * QL NM PA	STELARA SOLN 45mg/0.5ml QL (1 vial / 28 days)	Tier 5 * QL NM LA PA	
IDACIO PLAQU INJ PSORIASIS AJKT 40mg/0.8ml QL (2 packs / year)	Tier 5 * QL NM PA	STELARA SOLN 130mg/26ml	Tier 5 * NM LA PA	
INFILXIMAB SOLR 100mg KEVZARA SOAJ 150mg/1.14ml, 200mg/1.14ml QL (2 pens / 28 days)	Tier 5 * NM LA PA Tier 5 * QL NM PA	STELARA SOSY 45mg/0.5ml, 90mg/ml QL (1 syringe / 28 days)	Tier 5 * QL NM PA	
KEVZARA SOSY 150mg/1.14ml, 200mg/1.14ml QL (2 syringes / 28 days)	Tier 5 * QL NM PA	TALTZ SOAJ 80mg/ml; SOSY 80mg/ml QL (3 syringes / 28 days)	Tier 5 * QL NM LA PA	
OTEZLA TABS 30mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA	XELJANZ SOLN 1mg/ml QL (480 mL / 24 days)	Tier 5 * QL NM PA	
OTEZLA TAB 10/20/30 QL (110 tabs / year)	Tier 5 * QL NM PA	XELJANZ TABS 5mg, 10mg QL (60 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA	
REMICADE SOLR 100mg RENFLEXIS SOLR 100mg	Tier 5 * NM LA PA	XELJANZ XR TB24 11mg, 22mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA	
RINVOQ TB24 15mg, 30mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 5 * QL NM PA	DISEASE-MODIFYING ANTI-RHEUMATIC DRUGS (DMARDs) - DRUGS TO TREAT RHEUMATOID ARTHRITIS		
RINVOQ TB24 45mg QL (168 tabs / year)	Tier 5 * QL NM PA	hydroxychloroquine sulfate (generic of PLAQUENIL) TABS 200mg	Tier 2	
SKYRIZI SOCT 180mg/1.2ml, 360mg/2.4ml QL (1 cartridge / 56 days)	Tier 5 * QL NM PA	leflunomide (generic of ARAVA) TABS 10mg, 20mg QL (30 tabs / 30 days)	Tier 2 QL	
SKYRIZI SOLN 600mg/10ml QL (6 vials / year)	Tier 5 * QL NM PA	methotrexate sodium TABS Tier 2 2.5mg	Tier 2	
SKYRIZI SOSY 150mg/ml QL (6 syringes / 365 days)	Tier 5 * QL NM PA	XATMEP SOLN 2.5mg/ml	Tier 4 B/D	

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

71

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO			NIVEL REQUISITOS / LIMITES
GAMASTAN INJ	Tier 4	B/D	NM LA
GAMMAGARD LIQUID SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	Tier 5	*	NM PA
GAMMAGARD S/D IGA LESS TH SOLR 5gm, 10gm	Tier 5	*	NM PA
GAMMAKED SOLN 1gm/10ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml	Tier 5	*	NM PA
GAMMAPLEX SOLN 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 20gm/400ml	Tier 5	*	NM LA PA
GAMUNEX-C SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 40gm/400ml	Tier 5	*	NM PA
OCTAGAM SOLN 1gm/20ml, 2gm/20ml, 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	Tier 5	*	NM PA
PANZYGA SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	Tier 5	*	NM PA
PRIVIGEN SOLN 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 40gm/400ml	Tier 5	*	NM PA
IMMUNOMODULATORS			
ACTIMMUNE SOLN 2000000unit/0.5ml	Tier 5	*	NM LA PA
ARCALYST SOLR 220mg	Tier 5	*	NM LA PA
IMMUNOSUPPRESSANTS			
ASTAGRAF XL CP24 5mg	Tier 5	*	B/D NM
ASTAGRAF XL CP24 .5mg, 1mg	Tier 4	B/D	NM
azathioprine (generic of IMURAN) TABS 50mg	Tier 2	B/D	

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos
 por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **LA** - Medicamentos con acceso limitado * -
 Suministro de días no extendidos **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			NIVEL REQUISITOS / LIMITES
BENLYSTA SOAJ 200mg/ml; SOSY 200mg/ml	Tier 5	*	QL NM LA PA
QL (8 syringes / 28 days)			
BENLYSTA SOLR 120mg, 400mg	Tier 5	*	NM LA PA
cyclosporine (generic of SANDIMMUNE) CAPS 25mg, 100mg; SOLN 50mg/ml	Tier 2	B/D	NM
cyclosporine modified (for microemulsion) (generic of NEORAL) CAPS 25mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	Tier 2	B/D	NM
cyclosporine modified (for microemulsion) CAPS 50mg	Tier 2	B/D	NM
everolimus (immunosuppressant) (generic of ZORTRESS) TABS .25mg, .5mg, .75mg, 1mg	Tier 5	*	B/D NM
gengraf (generic of NEORAL) CAPS 25mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	Tier 2	B/D	NM
mycophenolate mofetil (generic of CELLCEPT) CAPS 250mg; TABS 500mg	Tier 2	B/D	NM
mycophenolate mofetil (generic of CELLCEPT) SUSR 200mg/ml	Tier 5	*	B/D NM
mycophenolate sodium (generic of MYFORTIC) TBEC 180mg, 360mg	Tier 2	B/D	NM
NULOJIX SOLR 250mg	Tier 5	*	B/D NM
PROGRAF PACK .2mg, 1mg	Tier 4	B/D	NM
REZUROCK TABS 200mg	Tier 5	*	NM LA PA
SANDIMMUNE SOLN 100mg/ml	Tier 4	B/D	NM
sirolimus (generic of RAPAMUNE) SOLN 1mg/ml	Tier 5	*	B/D NM

**NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS /
LIMITES**

<i>sirolimus</i> (generic of RAPAMUNE) TABS .5mg, 1mg, 2mg	Tier 2	B/D NM
<i>tacrolimus</i> (generic of PROGRAF) CAPS .5mg, 1mg, 5mg	Tier 2	B/D NM
VACCINES		
ABRYSVO SOLR 120mcg/0.5ml	Tier 1	V/I
ACTHIB INJ	Tier 1	V/I
ADACEL INJ	Tier 1	V/I
AREXVY SUSR 120mcg/0.5ml	Tier 1	V/I
BCG VACCINE SOLR 50mg	Tier 1	V/I
BEXSERO INJ	Tier 1	V/I
BOOSTRIX INJ	Tier 1	V/I
DAPTACEL INJ	Tier 1	
DENGVAXIA SUS	Tier 1	
DIP/TET PED INJ 25-5LFU	Tier 1	B/D
ENGERIX-B SUSP 20mcg/ml; SUSY 10mcg/0.5ml, 20mcg/ml	Tier 1	V/I B/D
GARDASIL 9 INJ	Tier 1	V/I
HAVRIX SUSP 720elu/0.5ml, 1440elu/ml	Tier 1	V/I
HEPLISAV-B SOSY 20mcg/0.5ml	Tier 1	V/I B/D
HIBERIX SOLR 10mcg	Tier 1	V/I
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.) SUSR 2.5unit/ml	Tier 1	V/I B/D
INFANRIX INJ	Tier 1	
IPOV INJ INACTIVE	Tier 1	V/I
IXIARO INJ	Tier 1	V/I
JYNNEOS SUSP .5ml	Tier 1	V/I B/D
KINRIX INJ	Tier 1	V/I
M-M-R II INJ	Tier 1	V/I
MENACTRA INJ	Tier 1	V/I
MENQUADFI INJ	Tier 1	V/I
MENVEO INJ	Tier 1	V/I
MENVEO SOL	Tier 1	V/I
PEDIARIX INJ 0.5ML	Tier 1	V/I

**NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS /
LIMITES**

PEDVAX HIB SUSP 7.5mcg/0.5ml	Tier 1	V/I
PENBRAYA INJ	Tier 1	V/I
PENTACEL INJ	Tier 1	V/I
PREHEVBRIOSUSP 10mcg/ml	Tier 1	V/I B/D
PRIORIX INJ	Tier 1	V/I
PROQUAD INJ	Tier 1	
QUADRACEL INJ	Tier 1	V/I
QUADRACEL INJ 0.5ML	Tier 1	V/I
RABAVERT INJ	Tier 1	V/I B/D
RECOMBIVAX HB SUSP 5mcg/0.5ml, 10mcg/ml, 40mcg/ml; SUSY 5mcg/0.5ml, 10mcg/ml	Tier 1	V/I B/D
ROTARIX SUS	Tier 1	
ROTATEQ SOL	Tier 1	
SHINGRIX SUSR 50mcg/0.5ml QL (2 vials per lifetime)	Tier 1	V/I QL
TDVAX INJ 2-2 LF	Tier 1	V/I B/D
TENIVAC INJ 5-2LF	Tier 1	V/I B/D
TICOVAC SUSY 1.2mcg/0.25ml, 2.4mcg/0.5ml	Tier 1	V/I
TRUMENBA INJ	Tier 1	V/I
TWINRIX INJ	Tier 1	V/I
TYPHIM VI SOLN 25mcg/0.5ml; SOSY 25mcg/0.5ml	Tier 1	V/I
VAQTA SUSP 25unit/0.5ml, Tier 1 50unit/ml		V/I
VARIVAX INJ 1350pfu/0.5ml	Tier 1	V/I
YF-VAX INJ	Tier 1	V/I
NUTRITIONAL/SUPPLEMENTS - VITAMINS AND SUPPLEMENTS ELECTROLYTES/MINERALS, INJECTABLE		
D2.5W/NACL INJ 0.45%	Tier 4	
D5W/LYTES INJ #48	Tier 4	

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad
por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D
Suministro de días no extendidos **V/I** - Vacunas / Insulinas

ST - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos
LA - Medicamentos con acceso limitado * -

73

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO		NIVEL REQUISITOS / LIMITES
D10W/NACL INJ 0.2%	Tier 3	
dextrose 2.5% w/ sodium chloride 0.45% (generic of DEXTROSE 2.5%/NACL 0.45%)	Tier 2	
dextrose 5% in lactated ringers	Tier 2	
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.2%	Tier 2	
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3% (generic of DEXTROSE 5%/NACL 0.3%)	Tier 2	
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%	Tier 2	
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%	Tier 2	
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.225% (generic of DEXTROSE/SODIUM CHLORIDE)	Tier 2	
dextrose 10% w/ sodium chloride 0.45%	Tier 2	
ISOLYTE-P INJ /D5W	Tier 4	
ISOLYTE-S INJ	Tier 4	
ISOLYTE-S INJ PH 7.4	Tier 4	
kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj	Tier 2	
kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.2% inj	Tier 2	
kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj	Tier 2	
kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj	Tier 2	
kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj (generic of POTASSIUM CHLORIDE/SODIUM)	Tier 2	
		NOMBRE DE MEDICAMENTO
		NIVEL REQUISITOS / LIMITES
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl</i>		Tier 2
<i>0.45% inj (generic of POTASSIUM CHLORIDE/SODIUM)</i>		
<i>kcl 20 meq/l (0.149%) in nacl 0.45% inj</i>		Tier 2
<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>		Tier 2
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj (generic of KCL 0.3%/D5W/NACL 0.9%)</i>		Tier 2
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>		Tier 2
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj (generic of POTASSIUM CHLORIDE/SODIUM)</i>		Tier 2
KCL/D5W/NACL INJ		Tier 4
lactated ringer's solution		Tier 2
MAGNESIUM SULFATE		Tier 3
SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml		
<i>magnesium sulfate (generic of MAGNESIUM SULFATE)</i>		Tier 3
SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml		
<i>magnesium sulfate SOLN 50%</i>		Tier 3
<i>magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1 gm/100ml (generic of MAGNESIUM SULFATE IN D5W)</i>		Tier 3
MG SO4/D5W INJ		Tier 3
10MG/ML		

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

74

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO			NIVEL REQUISITOS / LIMITES
<i>multiple electrolytes ph 5.5</i>	Tier 2		
(generic of PLASMA-LYTE-148)			
<i>multiple electrolytes ph 7.4</i>	Tier 2		
(generic of PLASMA-LYTE A)			
PLASMA-LYTE INJ -148	Tier 4		
PLASMA-LYTE INJ -A	Tier 4		
POT CHL 20MEQ/L IN	Tier 4		
NACL 0.9% INJ			
POT CHL 20MEQ/L IN	Tier 4		
NACL 0.45% INJ			
POT CHL 40MEQ/L IN	Tier 4		
NACL 0.9% INJ			
<i>potassium chloride SOLN</i>	Tier 2		
2meq/ml			
POTASSIUM CHLORIDE	Tier 4		
SOLN 10meq/50ml			
<i>potassium chloride (generic of POTASSIUM CHLORIDE) SOLN</i>	Tier 2		
10meq/100ml,			
20meq/100ml, 20meq/50ml,			
40meq/100ml			
<i>potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% inj</i>	Tier 2		
<i>sodium chloride SOLN</i>	Tier 2		
.45%, .9%, 2.5meq/ml, 3%, 5%			
TPN ELECTROL INJ	Tier 4	B/D	
ELECTROLYTES/MINERALS/VITAMINS, ORAL			
<i>klor-con</i> PACK 20meq	Tier 2		
<i>klor-con</i> 8 TBCR 8meq	Tier 1		
<i>klor-con</i> 10 TBCR 10meq	Tier 1		
<i>klor-con</i> m10 TBCR 10meq	Tier 1		
<i>klor-con</i> m15 TBCR 15meq	Tier 2		
<i>klor-con</i> m20 TBCR 20meq	Tier 1		
M-NATAL PLUS TAB	Tier 3		
<i>potassium chloride CPCR</i>	Tier 2		
8meq, 10meq; PACK			
20meq; SOLN 10%, 20%			

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad
 por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D
 Suministro de días no extendidos **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			NIVEL REQUISITOS / LIMITES
<i>potassium chloride</i>	TBCR	Tier 1	
8meq, 10meq			
<i>potassium chloride (generic of K-TAB)</i>	TBCR	20meq	Tier 1
<i>potassium chloride microencapsulated crystals er</i>	TBCR	10meq, 20meq	Tier 1
<i>potassium chloride microencapsulated crystals er</i>	TBCR	15meq	Tier 2
PRENATAL TAB 27-1MG			Tier 3
PRENATAL TAB PLUS			Tier 3
<i>sodium fluoride chew; tab; 1.1 (0.5 f) mg/ml soln</i>			Tier 2
IV NUTRITION			
CLINIMIX INJ 4.25/D5W		Tier 4	B/D
CLINIMIX INJ 4.25/D10		Tier 4	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D15W		Tier 4	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D20W		Tier 4	B/D
CLINIMIX INJ 6/5		Tier 4	B/D
CLINIMIX INJ 8/10		Tier 4	B/D
CLINIMIX INJ 8/14		Tier 4	B/D
<i>clinisol sf 15%</i>		Tier 2	B/D
CLINOLIPID EMU 20%		Tier 4	B/D
<i>dextrose SOLN 5%, 10%</i>		Tier 2	
<i>dextrose SOLN 50%, 70%</i>		Tier 2	B/D
INTRALIPID EMUL		Tier 4	B/D
20gm/100ml, 30gm/100ml			
NUTRILIPID EMUL		Tier 4	B/D
20gm/100ml			
<i>plenamine</i>		Tier 2	B/D
PREMASOL SOL 10%		Tier 5	* B/D
PROSOL INJ 20%		Tier 4	B/D
TRAVASOL INJ 10%		Tier 4	B/D
TROPHAMINE INJ 10%		Tier 4	B/D
OPHTHALMIC - DRUGS TO TREAT EYE CONDITIONS			
ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORY - DRUGS TO TREAT INFECTIONS AND INFLAMMATION			
<i>bacitracin-polymyxin-neomycin-hc ophth oint</i>	1%	Tier 2	

ST - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos
LA - Medicamentos con acceso limitado * -

NOMBRE DE MEDICAMENTO		NIVEL REQUISITOS / LIMITES
<i>neo-polycin hc ophth oint</i>	Tier 2	
1%		
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth oint</i>	Tier 1	
0.1% (generic of MAXITROL)		
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth susp</i>	Tier 2	
0.1% (generic of MAXITROL)		
<i>neomycin-polymyxin-hc ophth susp</i>	Tier 2	
<i>sulfacetamide sodium-prednisolone ophth soln 10-0.23(0.25)%</i>	Tier 2	
TOBRADEX OIN 0.3-0.1%	Tier 3	
TOBRADEX ST SUS 0.3-0.05	Tier 3	
<i>tobramycin-dexamethasone ophth susp 0.3-0.1%</i>	Tier 2	
ZYLET SUS 0.5-0.3%	Tier 3	
ANTI-INFECTIVES - DRUGS TO TREAT INFECTIONS		
<i>bacitracin (ophthalmic) OINT 500unit/gm</i>	Tier 2	
<i>bacitracin-polymyxin b ophth oint</i>	Tier 1	
BESIVANCE SUSP .6%	Tier 3	
CILOXAN OINT .3%	Tier 3	
<i>ciprofloxacin hcl (ophth) SOLN .3%</i>	Tier 1	
<i>erythromycin (ophth) OINT 5mg/gm</i>	Tier 1	
<i>gatifloxacin (ophth) SOLN .5%</i>	Tier 2	
<i>gentamicin sulfate (ophth) SOLN .3%</i>	Tier 1	
<i>moxifloxacin hcl (ophth) (generic of VIGAMOX) SOLN .5%</i>	Tier 2	
NATACYN SUSP 5%	Tier 4	

NOMBRE DE MEDICAMENTO		NIVEL REQUISITOS / LIMITES
<i>neo-polycin 5(3.5)mg-400unt-1000unt op oin</i>	Tier 2	
<i>neomycin-bacitrac zn-polymyx 5(3.5)mg-400unt-1000unt op oin</i>	Tier 2	
<i>neomycin-polomy-gramicid op sol 1.75-10000-0.025mg-unt-mg/ml</i>	Tier 2	
<i>ofloxacin (ophth) (generic of OCUFLOX) SOLN .3%</i>		
<i>polycin ophth oint</i>	Tier 1	
<i>polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml-0.1%</i>	Tier 1	
<i>sulfacetamide sodium (ophth) OINT 10%; SOLN 10%</i>	Tier 2	
<i>tobramycin (ophth) SOLN .3%</i>	Tier 1	
<i>trifluridine SOLN 1%</i>	Tier 2	
ZIRGAN GEL .15%	Tier 4	
ANTI-INFLAMMATORIES - DRUGS TO TREAT INFLAMMATION		
<i>ALREX SUSP .2%</i>	Tier 3	
<i>bromfenac sodium (ophth) (generic of PROLENSA) SOLN .07%</i>	Tier 2	
<i>BROMSITE SOLN .075%</i>	Tier 4	
<i>dexamethasone sodium phosphate (ophth) SOLN .1%</i>	Tier 2	
<i>diclofenac sodium (ophth) SOLN .1%</i>	Tier 2	
EYSUVIS SUSP .25%	Tier 4	
FLAREX SUSP .1%	Tier 4	
<i>fluorometholone (ophth) (generic of FML LIQUIFILM) SUSP .1%</i>	Tier 2	
<i>flurbiprofen sodium SOLN .03%</i>	Tier 2	

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

76

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

NOMBRE DE MEDICAMENTO		NIVEL REQUISITOS / LIMITES
<i>ketorolac tromethamine (ophth) (generic of ACULAR LS)</i>	SOLN .4%	Tier 2
<i>ketorolac tromethamine (ophth) (generic of ACULAR)</i>	SOLN .5%	Tier 2
LOTEMAX OINT	.5%	Tier 3
<i>prednisolone acetate (ophth) (generic of PRED FORTE)</i>	SUSP 1%	Tier 2
PREDNISOLONE SODIUM PHOSP	SOLN 1%	Tier 3
PROLENSA	SOLN .07%	Tier 3
ANTIALLERGICS - DRUGS TO TREAT ALLERGIES		
<i>azelastine hcl (ophth)</i>	SOLN .05%	Tier 2
<i>cromolyn sodium (ophth)</i>	SOLN 4%	Tier 1
ZERVIATE	SOLN .24%	Tier 4
ANTIGLAUCOMA - DRUGS TO TREAT GLAUCOMA		
<i>betaxolol hcl (ophth)</i>	.5%	SOLN Tier 2
BETOPTIC-S	SUSP .25%	Tier 4
<i>brimonidine tartrate</i>	SOLN .2%	Tier 1
<i>brimonidine tartrate (generic of ALPHAGAN P)</i>	SOLN .15%	Tier 2
<i>brinzolamide (generic of AZOPT)</i>	SUSP 1%	Tier 2
<i>carteolol hcl (ophth)</i>	1%	SOLN Tier 2
COMBIGAN	SOL 0.2/0.5%	Tier 3
<i>dorzolamide hcl</i>	SOLN 2%	Tier 1
<i>dorzolamide hcl-timolol maleate ophth soln</i>	2-0.5% (generic of COSOPT)	Tier 1
<i>latanoprost (generic of XALATAN)</i>	SOLN .005%	Tier 1
<i>levobunolol hcl</i>	SOLN .5%	Tier 2

NOMBRE DE MEDICAMENTO		NIVEL REQUISITOS / LIMITES
LUMIGAN	SOLN .01%	Tier 3
<i>pilocarpine hcl</i>	SOLN 1%, 2%, 4%	Tier 2
RHOPRESSA	SOLN .02%	Tier 4
ROCKLATAN DRO		Tier 4
SIMBRINZA SUS	1-0.2%	Tier 4
<i>timolol maleate (ophth)</i>	SOLG .25%, .5%	Tier 2
<i>timolol maleate (ophth)</i>	SOLN .25%, .5%	Tier 1
VYZULTA	SOLN .024%	Tier 4
MISCELLANEOUS		
ATROPINE SULFATE	SOLN 1%	Tier 3
<i>atropine sulfate (ophthalmic)</i>	SOLN 1%	Tier 2
CYSTADROPS	SOLN .37%	Tier 5 * NM LA PA
CYSTARAN	SOLN .44%	Tier 5 * NM LA PA
<i>proparacaine hcl (generic of ALCAIN)</i>	SOLN .5%	Tier 2
RESTASIS EMUL	.05%	Tier 3
RESTASIS MULTIDOSE	EMUL .05%	Tier 3
TYRVAYA	SOLN .03mg/act	Tier 4
XIIDRA	SOLN 5%	Tier 3
OTIC - DRUGS TO TREAT CONDITIONS OF THE EAR		
OTIC AGENTS		
<i>acetic acid (otic)</i>	SOLN 2%	Tier 2
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic susp</i>	0.3-0.1%	Tier 2
<i>flac (generic of DERMOTIC)</i>	OIL .01%	Tier 2
<i>fluocinolone acetonide (otic)</i>	(generic of DERMOTIC) OIL .01%	Tier 2
<i>neomycin-polymyxin-hc otic</i>	soln 1%	Tier 2

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad
 por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D
 Suministro de días no extendidos

ST - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos
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 NIVEL REQUISITOS /
LIMITES**

neomycin-polymyxin-hc otic Tier 2

susp 3.5 mg/ml-10000

unit/ml-1%

ofloxacin (otic) SOLN .3% Tier 2

**RESPIRATORY - DRUGS TO TREAT
BREATHING DISORDERS**

**ANTICHOLINERGIC/BETA AGONIST
COMBINATIONS - DRUGS TO TREAT
COPD**

ANORO ELLIPT AER 62.5- Tier 3 QL
25

QL (60 blisters / 30 days)

BEVESPI AER 9-4.8MCG Tier 3 QL
QL (1 inhaler / 30 days)

BREZTRI AERO AER SPHERE Tier 3 QL
QL (1 inhaler / 30 days)

BREZTRI AERO AER SPHERE (INSTITUTIONAL PACK) Tier 3 QL
QL (4 inhalers / 28 days)

COMBIVENT AER 20-100 Tier 4 QL
QL (2 inhalers / 30 days)

ipratropium-albuterol nebu soln 0.5-2.5(3) mg/3ml Tier 2 B/D

TRELEGY AER ELLIPTA 100-62.5-25 MCG Tier 3 QL
QL (60 blisters / 30 days)

TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25 MCG Tier 3 QL
QL (60 blisters / 30 days)

**NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS /
LIMITES**

ANTICHOLINERGICS - DRUGS TO TREAT COPD

ATROVENT HFA AERS Tier 4 QL
17mcg/act
QL (2 inhalers / 30 days)

INCRUSE ELLIPTA AEPB Tier 3 QL
62.5mcg/inh
QL (30 blisters / 30 days)

ipratropium bromide SOLN Tier 2 B/D .02%

ipratropium bromide (nasal) Tier 2
SOLN .03%, .06%

ANTIHISTAMINES - DRUGS TO TREAT ALLERGIES

azelastine hcl SOLN .1% Tier 2
cetirizine hcl SOLN 1mg/ml Tier 1 QL
QL (300 mL / 30 days)

ciproheptadine hcl SYRP Tier 3 PA
2mg/5ml; TABS 4mg
PA if 70 years and older

diphenhydramine hcl SOLN Tier 2
50mg/ml

hydroxyzine hcl SOLN Tier 4 PA
25mg/ml, 50mg/ml
PA if 70 years and older

hydroxyzine hcl SYRP Tier 3 PA
10mg/5ml; TABS 10mg,
25mg, 50mg
PA if 70 years and older

hydroxyzine pamoate Tier 3 PA
(generic of VISTARIL)
CAPS 25mg
PA if 70 years and older

hydroxyzine pamoate Tier 3 PA
CAPS 50mg
PA if 70 years and older

levocetirizine dihydrochloride SOLN
2.5mg/5ml
QL (300 mL / 30 days)

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad

ST - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos
por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **LA** - Medicamentos con acceso limitado * -
Suministro de días no extendidos **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.

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

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

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

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

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

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

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad
por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D
Suministro de días no extendidos **V/I** - Vacunas / Insulinas

ST - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos
LA - Medicamentos con acceso limitado * -

80

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

**NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS /
LIMITES**

**STEROID INHALANTS - DRUGS TO
TREAT ASTHMA**

ARNUITY ELLIPTA AEPB Tier 3 QL
50mcg/act, 100mcg/act,
200mcg/act
QL (30 inhalations / 30
days)

budesonide (inhalation) Tier 2 B/D
(generic of PULMICORT)
SUSP .25mg/2ml, .5mg/2ml

**STEROID/BETA-AGONIST
COMBINATIONS - DRUGS TO TREAT
ASTHMA AND COPD**

ADVAIR HFA AER 45/21 Tier 3 QL
QL (1 inhaler / 30
days)

ADVAIR HFA AER 115/21 Tier 3 QL
QL (1 inhaler / 30
days)

ADVAIR HFA AER 230/21 Tier 3 QL
QL (1 inhaler / 30
days)

BREO ELLIPTA INH 50-
25MCG Tier 3 QL
QL (60 blisters / 30
days)

BREO ELLIPTA INH 100-25 Tier 3 QL
QL (60 blisters / 30
days)

BREO ELLIPTA INH 200-25 Tier 3 QL
QL (60 blisters / 30
days)

DULERA AER 50-5MCG Tier 4 QL
QL (1 inhaler / 30
days)

DULERA AER 100-5MCG Tier 4 QL
QL (1 inhaler / 30
days)

DULERA AER 200-5MCG Tier 4 QL
QL (1 inhaler / 30
days)

**NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS /
LIMITES**

fluticasone-salmeterol aer
powder ba 100-50 mcg/act
(generic of ADVAIR
DISKUS)
QL (60 inhalations / 30
days)
(generic PRASCO not
covered)

fluticasone-salmeterol aer
powder ba 250-50 mcg/act
(generic of ADVAIR
DISKUS)
QL (60 inhalations / 30
days)
(generic PRASCO not
covered)

fluticasone-salmeterol aer
powder ba 500-50 mcg/act
(generic of ADVAIR
DISKUS)
QL (60 inhalations / 30
days)
(generic PRASCO not
covered)

wixela inhub (generic of
ADVAIR DISKUS)
QL (60 inhalations / 30
days)

**TOPICAL - DRUGS TO TREAT EAR AND
SKIN CONDITIONS**

DERMATOLOGY, ACNE

accutane CAPS 10mg,
20mg, 30mg, 40mg Tier 2 PA

amnesteem CAPS 10mg,
20mg, 40mg Tier 2 PA

benzoyl peroxide-
erythromycin gel 5-3%
(generic of BENZAMYCIN)
QL (46.6 gm / 30
days)

claravis CAPS 10mg,
20mg, 30mg, 40mg Tier 2 PA

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

81

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

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

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

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

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

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

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

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad **ST** - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos
 por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D **LA** - Medicamentos con acceso limitado * -
 Suministro de días no extendidos **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			NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
fluocinonide GEL .05%; OINT .05%	Tier 2	QL		QL (60 gm / 30 days)
fluocinonide SOLN .05% QL (60 mL / 30 days)	Tier 2	QL		
fluocinonide emulsified base CREA .05%	Tier 2	QL		
				QL (120 gm / 30 days)
fluticasone propionate CREA .05%; OINT .005%	Tier 2			
halobetasol propionate CREA .05%; OINT .05%	Tier 2	QL		
				QL (50 gm / 30 days)
hydrocortisone (topical) CREA 1%, 2.5%	Tier 1			
hydrocortisone (topical) LOTN 2.5%; OINT 2.5%	Tier 2			
mometasone furoate CREA .1%; OINT .1%; SOLN .1%	Tier 2			
triamcinolone acetonide (topical) CREA .025%, .1%, .5%	Tier 1	QL		
				QL (454 gm / 30 days)
triamcinolone acetonide (topical) LOTN .025%, .1%	Tier 2			
triamcinolone acetonide (topical) OINT .025%, .1%, .5%	Tier 1			
DERMATOLOGY, LOCAL ANESTHETICS				
glydo PRSY 2% QL (60 mL / 30 days)	Tier 2	QL PA		
lidocaine OINT 5% QL (50 gm / 30 days)	Tier 2	QL PA		
lidocaine (generic of LIDODERM) PTCH 5% QL (3 patches / 1 day)	Tier 2	QL PA		
lidocaine hcl SOLN 4% QL (50 mL / 30 days)	Tier 2	QL PA		
lidocaine-prilocaine cream 2.5-2.5% QL (30 gm / 30 days)	Tier 2	B/D QL		

NOMBRE DE MEDICAMENTO			NIVEL	REQUISITOS / LIMITES
DERMATOLOGY, MISCELLANEOUS SKIN AND MUCOUS MEMBRANE				
bexarotene (topical) (generic of TARGRETIN) GEL 1%	Tier 5	* QL NM PA		QL (60 gm / 30 days)
diclofenac sodium (topical) GEL 1%	Tier 2	QL		QL (1000 gm / 30 days)
fluorouracil (topical) (generic of EFUDEX) CREA 5% QL (40 gm / 30 days)	Tier 2	QL		
fluorouracil (topical) SOLN 2%, 5%	Tier 2	QL		QL (10 mL / 30 days)
hydrocortisone (rectal) (generic of PROCTOCORT) CREA 1%	Tier 2			
hydrocortisone (rectal) (generic of ANUSOL-HC) CREA 2.5%	Tier 2			
imiquimod CREA 5% QL (24 packets / 30 days)	Tier 2	QL		
lactic acid (ammonium lactate) CREA 12%; LOTN 12%	Tier 2			
metronidazole (topical) (generic of METROCREAM) CREA .75% QL (45 gm / 30 days)	Tier 2	QL		
metronidazole (topical) GEL .75% QL (45 gm / 30 days)	Tier 2	QL		
metronidazole (topical) (generic of METROLOTION) LOTN .75% QL (59 mL / 30 days)	Tier 2	QL		
PANRETIN GEL .1% QL (60 gm / 30 days)	Tier 5	* QL PA		
podofilox SOLN .5% QL (7 mL / 28 days)	Tier 2	QL		

PA - Previa autorización **QL** - Límites de cantidad
por correo **B/D** - Cubierto por Medicare Parte B o D
Suministro de días no extendidos **V/I** - Vacunas / Insulinas

ST - Terapia escalonada **NM** - Sin encargos
LA - Medicamentos con acceso limitado * -

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

**NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS /
LIMITES**

<i>procto-med hc</i> (generic of ANUSOL-HC) CREA 2.5%	Tier 2	
<i>proctosol hc</i> (generic of ANUSOL-HC) CREA 2.5%	Tier 2	
<i>protozone-hc</i> (generic of ANUSOL-HC) CREA 2.5%	Tier 2	
RECTIV OINT .4% QL (30 gm / 30 days)	Tier 4	QL
<i>tacrolimus (topical)</i> OINT .03%, .1% QL (100 gm / 30 days)	Tier 2	QL
VALCHLOR GEL .016% QL (60 gm / 30 days)	Tier 5	* QL NM LA PA

**DERMATOLOGY, SCABICIDES AND
PEDICULIDES**

<i>malathion</i> LOTN .5% QL (59 mL / 30 days)	Tier 2	QL
<i>permethrin</i> CREA 5% QL (60 gm / 30 days)	Tier 2	QL

DERMATOLOGY, WOUND CARE AGENTS

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

MOUTH/THROAT/DENTAL AGENTS

<i>chlorhexidine gluconate</i> (mouth-throat) (generic of PERIDEX) SOLN .12%	Tier 1	
<i>clotrimazole</i> TROC 10mg QL (150 lozenges / 30 days)	Tier 2	QL
<i>kourzeq</i> PSTE .1%	Tier 2	
<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i> SOLN 2%	Tier 2	
<i>nystatin (mouth-throat)</i> SUSP 100000unit/ml	Tier 2	
<i>periogard (generic of PERIDEX)</i> SOLN .12%	Tier 1	

**NOMBRE DE MEDICAMENTO NIVEL REQUISITOS /
LIMITES**

<i>pilocarpine hcl (oral)</i> (generic of SALAGEN) TABS 5mg, 7.5mg	Tier 2
<i>triamcinolone acetonide (mouth)</i> PSTE .1%	Tier 2

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

85

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

Index

- A**
- abacavir sulfate.....16
abacavir sulfate-lamivudine
tab 600-300 mg.....17
ABELCET15
ABILIFY
 see aripiprazole.....42
ABILITY MAINTENA.....42
abiraterone acetate.....23
ABRYSVO73
acamprosate calcium.....53
acarbose.....54
ACCOLATE
 see zafirlukast.....79
ACCUPRIL
 see quinapril hcl31
accutane81
acebutolol hcl.....36
acetaminophen w/ codeine
 soln 120-12 mg/5ml....12
acetaminophen w/ codeine
 tab 300-15 mg.....12
acetaminophen w/ codeine
 tab 300-30 mg.....12
acetaminophen w/ codeine
 tab 300-60 mg.....12
acetazolamide37
acetic acid.....67
acetic acid (otic).....77
acetylcysteine79
acitretin82
ACTHIB INJ73
ACTIMMUNE72
ACTIVELLA
 see estradiol &
 norethindrone acetate
 tab 1-0.5 mg61
 see mimvey.....61
ACTOPLUS MET
 see pioglitazone hcl-
 metformin hcl tab 15-
 850 mg55
ACTOS
 see pioglitazone hcl....55
ACULAR
 see ketorolac
 tromethamine (ophth)
 77
ACULAR LS
 see ketorolac
 tromethamine (ophth)
 77
acyclovir.....18
acyclovir sodium19
ADACEL INJ73
ADALIMUMAB-AACF (2
 PEN)70
ADDERALL
 see amphetamine-
 dextroamphetamine
 tab 10 mg.....50
 see amphetamine-
 dextroamphetamine
 tab 12.5 mg.....50
 see amphetamine-
 dextroamphetamine
 tab 15 mg.....50
 see amphetamine-
 dextroamphetamine
 tab 20 mg.....50
 see amphetamine-
 dextroamphetamine
 tab 30 mg.....50
 see amphetamine-
 dextroamphetamine
 tab 5 mg.....49
 see amphetamine-
 dextroamphetamine
 tab 7.5 mg.....50
ADDERALL XR
 see amphetamine-
 dextroamphetamine
 cap er 24hr 10 mg ...49
 see amphetamine-
 dextroamphetamine
 cap er 24hr 15 mg ...49
 see amphetamine-
 dextroamphetamine
 cap er 24hr 20 mg ...49
 see amphetamine-
 dextroamphetamine
 cap er 24hr 25 mg ...49
see amphetamine-
 dextroamphetamine
 cap er 24hr 30 mg ...49
see amphetamine-
 dextroamphetamine
 cap er 24hr 5 mg49
adefovir dipivoxil19
ADEMPAS38
ADMELOG56
ADMELOG SOLOSTAR .56
ADVAIR DISKUS
 see fluticasone-
 salmeterol aer powder
 ba 100-50 mcg/act..81
see fluticasone-
 salmeterol aer powder
 ba 250-50 mcg/act..81
see fluticasone-
 salmeterol aer powder
 ba 500-50 mcg/act..81
 see wixela inhub.....81
ADVAIR HFA AER 115/21
 81
ADVAIR HFA AER 230/21
 81
ADVAIR HFA AER 45/21 81
AFINITOR
 see everolimus26
AFINITOR DISPERZ
 see everolimus26
afirmelle58
AGRYLIN
 see anagrelide hcl.....69
AIMOVIG51
AKEEGA TAB 100/500 ..23
AKEEGA TAB 50/500MG
 23
ala-cort.....83
albendazole14
albuterol sulfate79
ALCAINE
 see proparacaine hcl...77
alclometasone dipropionate
 83
ALDACTONE
 see spironolactone32
ALDURAZYME62

ALECENSA	25	amoxicillin & k clavulanate for susp 600-42.9 mg/5ml	21
alendronate sodium	58	amoxicillin & k clavulanate tab 250-125 mg	21
alfuzosin hcl.....	67	amoxicillin & k clavulanate tab 500-125 mg	21
ALIMTA see pemetrexed disodium	23	amoxicillin & k clavulanate tab 875-125 mg	21
ALINIA see nitazoxanide	15	amoxicillin & k clavulanate tab er 12hr 1000-62.5 mg	21
aliskiren fumarate	37	amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 10 mg.....	49
allopurinol	11	amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 15 mg.....	49
alosetron hcl	66	amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 20 mg.....	49
ALPHAGAN P see brimonidine tartrate		amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 25 mg.....	49
.....	77	amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 30 mg.....	49
alprazolam	39	amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg.....	49
ALREX.....	76	amphetamine- dextroamphetamine tab 10 mg	50
ALTACE see ramipril	31	amphetamine- dextroamphetamine tab 12.5 mg	50
altavera.....	58	amphetamine- dextroamphetamine tab 15 mg	50
ALUNBRIG	25	amphetamine- dextroamphetamine tab 20 mg	50
ALUNBRIG PAK	25	amphetamine- dextroamphetamine tab 30 mg	50
alyacen 1/35	58		
alyacen 7/7/7	58		
amabelz tab 0.5-0.1mg..	61		
amantadine hcl	41		
AMBIEN see zolpidem tartrate...51			
AMBISOME see amphotericin b liposome	15		
ambrisentan.....	38		
amikacin sulfate.....	14		
amiloride & hydrochlorothiazide tab 5-50 mg.....	37		
amiloride hcl	37		
amiodarone hcl	34		
amitriptyline hcl.....	39		
amlodipine besylate.....	36		
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 10-20 mg	30		
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 10-40 mg	31		
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 2.5-10 mg	30		
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 5-10 mg	30	amoxicillin & k clavulanate for susp 600-42.9 mg/5ml	21
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 5-20 mg	30	amoxicillin & k clavulanate tab 250-125 mg	21
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 5-40 mg	30	amoxicillin & k clavulanate tab 500-125 mg	21
amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 10-20 mg	32	amoxicillin & k clavulanate tab 875-125 mg	21
amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 10-40 mg	32	amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 10 mg.....	49
amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 5-20 mg	32	amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 15 mg.....	49
amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 5-40 mg	32	amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 20 mg.....	49
amlodipine besylate- valsartan tab 10-160 mg	32	amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 25 mg.....	49
amlodipine besylate- valsartan tab 10-320 mg	32	amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 30 mg.....	49
amlodipine besylate- valsartan tab 5-160 mg	32	amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg.....	49
amlodipine besylate- valsartan tab 5-320 mg	32	amphetamine- dextroamphetamine tab 10 mg	50
amnesteem.....	81	amphetamine- dextroamphetamine tab 12.5 mg	50
amoxapine	40	amphetamine- dextroamphetamine tab 15 mg	50
amoxicillin	21	amphetamine- dextroamphetamine tab 20 mg	50
amoxicillin & k clavulanate chew tab 200-28.5 mg.	21	amphetamine- dextroamphetamine tab 30 mg	50
amoxicillin & k clavulanate chew tab 400-57 mg....	21	amphetamine- dextroamphetamine tab 5 mg	49
amoxicillin & k clavulanate for susp 200-28.5 mg/5ml	21		
amoxicillin & k clavulanate for susp 250-62.5 mg/5ml	21		
amoxicillin & k clavulanate for susp 400-57 mg/5ml	21		

amphetamine-		
dextroamphetamine tab		
7.5 mg.....	50	
amphotericin b.....	15	
amphotericin b liposome.....	15	
ampicillin.....	21	
ampicillin & sulbactam		
sodium for inj 1.5 (1-0.5) gm.....	21	
ampicillin & sulbactam		
sodium for inj 3 (2-1) gm.....	21	
ampicillin & sulbactam		
sodium for iv soln 1.5 (1-0.5) gm.....	21	
ampicillin & sulbactam		
sodium for iv soln 15 (10-5) gm.....	21	
ampicillin & sulbactam		
sodium for iv soln 3 (2-1) gm.....	21	
ampicillin sodium	21	
AMPYRA		
see dalfampridine.....	52	
ANAFRANIL		
see clomipramine hcl ..	40	
anagrelide hcl	69	
ANAPROX DS		
see naproxen sodium..	11	
anastrozole.....	23	
ANCOBON		
see flucytosine	16	
ANDROGEL PUMP		
see testosterone.....	54	
ANORO ELLIPT AER	62.5-25.....	78
ANUSOL-HC		
see hydrocortisone (rectal)	84	
see procto-med hc	85	
see procosol hc.....	85	
see proctozone-hc.....	85	
aprepitant.....	65	
aprepitant capsule therapy		
pack 80 & 125 mg	65	
apri.....	58	
APRISO		
see mesalamine.....	66	
APTIOM.....	45	
APTIVUS	16	
ARALAST NP	79	
aranelle.....	58	
ARAVA		
see leflunomide.....	71	
ARCALYST	72	
AREXVY	73	
ARICEPT		
see donepezil hydrochloride.....	39	
ARIMIDEX		
see anastrozole.....	23	
aripiprazole	42	
ARISTADA.....	42	
ARISTADA INITIO	42	
ARIIXTRA		
see fondaparinux sodium	68	
armodafinil.....	53	
ARNUITY ELLIPTA.....	81	
AROMASIN		
see exemestane.....	23	
asenapine maleate	42	
aspirin-dipyridamole cap er		
12hr 25-200 mg.....	70	
ASTAGRAF XL.....	72	
ATACAND		
see candesartan cilexetil	33	
atazanavir sulfate.....	16	
atenolol.....	36	
atenolol & chlorthalidone		
tab 100-25 mg.....	35	
atenolol & chlorthalidone		
tab 50-25 mg	35	
ATIVAN		
see lorazepam.....	39	
atomoxetine hcl.....	50	
atorvastatin calcium.....	34	
atovaquone	14	
atovaquone-proguanil hcl		
tab 250-100 mg.....	16	
atovaquone-proguanil hcl		
tab 62.5-25 mg	16	
ATRIPLA		
see efavirenz-		
emtricitabine-tenofovir		
df tab 600-200-300 mg	18	
ATROPINE SULFATE	77	
atropine sulfate		
(ophthalmic)	77	
ATROVENT HFA	78	
aubra eq	58	
AUGMENTIN		
see amoxicillin & k		
clavulanate tab 500-125 mg.....	21	
AUGMENTIN ES-600		
see amoxicillin & k		
clavulanate for susp 600-42.9 mg/5ml.....	21	
AUGTYRO	25	
aurovela 1/20.....	58	
aurovela fe 1.5/30.....	58	
aurovela fe 1/20.....	58	
AUSTEDO	51, 52	
AUSTEDO XR	52	
AUSTEDO XR TAB TITR KIT	52	
AUVELITY TAB 45-105MG	40	
AVALIDE		
see irbesartan-hydrochlorothiazide tab		
150-12.5 mg	32	
see irbesartan-hydrochlorothiazide tab		
300-12.5 mg	32	
AVAPRO		
see irbesartan	33	
aviane	58	
AVODART		
see dutasteride.....	67	
ayuna	58	
AYVAKIT	25	
azacitidine	22	
AZACTAM		
see aztreonam	14	
azathioprine	72	
azelastine hcl	78	
azelastine hcl (ophth).....	77	
AZILECT		
see rasagiline mesylate	42	
azithromycin.....	20	
AZOPT		
see brinzolamide	77	

AZOR

- see *amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-20 mg*32
see *amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-40 mg*32
see *amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-20 mg*32
see *amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-40 mg*32
aztreonam14
AZULFIDINE
see *sulfasalazine*66
AZULFIDINE EN-TABS
see *sulfasalazine*66
azurette58
B
bacitracin (ophthalmic)76
bacitracin-polymyxin b ophth oint76
bacitracin-polymyxin-neomycin-hc ophth oint 1%75
baclofen52
BACTRIM
see *sulfamethoxazole-trimethoprim tab 400-80 mg*15
BACTRIM DS
see *sulfamethoxazole-trimethoprim tab 800-160 mg*15
BAFIERTAM52
balsalazide disodium66
BALVERSA25
balziva58
BANZEL
see *rufinamide*48
BARACLUDE19
see *entecavir*19
BASAGLAR KWIKPEN56
BCG VACCINE73
BD ALCOHOL SWABS56
benazepril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg31

- benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg*31
benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg31
benazepril & hydrochlorothiazide tab 5-6.25mg31
benazepril hcl31
BENDEKA22
BENICAR
see *olmesartan medoxomil*34
BENICAR HCT
see *olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg*33
see *olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg*33
see *olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-25 mg*33
BENLYSTA72
BENZAMYCIN
see *benzoyl peroxide-erythromycin gel 5-3%*81
benzoyl peroxide-erythromycin gel 5-3%81
benztropine mesylate41
BERINERT69
BESIVANCE76
BESREMI24
betaine powder for oral solution62
betamethasone dipropionate (topical)83
betamethasone dipropionate augmented83
betamethasone valerate83
BETAPACE
see *sorine*34
see *sotalol hcl*34

BETAPACE AF

- see *sotalol hcl (afib/afl)*34
BETASERON52
betaxolol hcl (ophth)77
bethanechol chloride67
BETOPTIC-S77
BEVESPI AER 9-4.8MCG78
bexarotene24
bexarotene (topical)84
BEXSERO INJ73
BIAXIN XL
see *clarithromycin*20
bicalutamide23
BICILLIN L-A21
BIKTARVY TAB 30-120-15 MG17
BIKTARVY TAB 50-200-25 MG17
BILTRICIDE
see *praziquantel*15
bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 10-6.25 mg35
bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 2.5-6.25 mg35
bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 5-6.25 mg35
bisoprolol fumarate36
BIVIGAM71
blisovi fe 1.5/3058
BOOSTRIX INJ73
bortezomib25
BORTEZOMIB25
bosentan38
BOSULIF25
BRAFTOVI25
BREO ELLIPTA INH 100-2581
BREO ELLIPTA INH 200-2581
BREO ELLIPTA INH 50-25MCG81
BREZTRI AERO AER SPHERE78
BREZTRI AERO AER SPHERE

(INSTITUTIONAL PACK)	78
briellyn	58
BRILINTA	70
brimonidine tartrate	77
brinzolamide	77
BRIVIACT	45
bromfenac sodium (ophth)	76
bromocriptine mesylate	41
BROMSITE	76
BRONCHITOL	79
BRUKINSA	25
budesonide	66
budesonide (inhalation)	81
bumetanide	37
BUMEX	
see bumetanide	37
BUPHENYL	
see sodium phenylbutyrate	63
buprenorphine hcl	53
buprenorphine hcl-	
naloxone hcl sl film 12-3 mg (base equiv)	53
buprenorphine hcl-	
naloxone hcl sl film 2-0.5 mg (base equiv)	53
buprenorphine hcl-	
naloxone hcl sl film 4-1 mg (base equiv)	53
buprenorphine hcl-	
naloxone hcl sl film 8-2 mg (base equiv)	53
buprenorphine hcl-	
naloxone hcl sl tab 2-0.5 mg (base equiv)	53
buprenorphine hcl-	
naloxone hcl sl tab 8-2 mg (base equiv)	53
bupropion hcl	40
bupropion hcl (smoking deterrent)	53
buspirone hcl	39
butorphanol tartrate	12
BYDUREON BCISE	54
BYETTA	54
BYSTOLIC	
see nebivolol hcl	36

C	
cabergoline	62
CABOMETYX	25
calcipotriene	83
calcitonin (salmon) spray	58
calcitrene	83
calcitriol	64
calcitriol (oral)	64
calcium acetate (phosphate binder)	63
CALQUENCE	25
camila	58
CAMPTOSAR	
see irinotecan hcl	24
CANASA	
see mesalamine	66
CANCIDAS	
see caspofungin acetate	16
candesartan cilexetil	33
CAPLYTA	42
CAPRELSA	25
captopril	31
captopril &	
hydrochlorothiazide tab 25-15 mg	31
captopril &	
hydrochlorothiazide tab 25-25 mg	31
captopril &	
hydrochlorothiazide tab 50-15 mg	31
captopril &	
hydrochlorothiazide tab 50-25 mg	31
CARAFATE	
see sucralfate	67
carb/levo orally	
disintegrating tab 10-100mg	41
carb/levo orally	
disintegrating tab 25-100mg	41
carb/levo orally	
disintegrating tab 25-250mg	41
CARBAGLU	
see carglumic acid	62
carbamazepine	45
CARBATROL	
see carbamazepine	45
carbidopa & levodopa tab 10-100 mg	41
carbidopa & levodopa tab 25-100 mg	41
carbidopa & levodopa tab 25-250 mg	41
carbidopa & levodopa tab er 25-100 mg	41
carbidopa & levodopa tab er 50-200 mg	41
carbidopa-levodopa-entacapone tabs 12.5-50-200 mg	41
carbidopa-levodopa-entacapone tabs 18.75-75-200 mg	42
carbidopa-levodopa-entacapone tabs 25-100-200 mg	42
carbidopa-levodopa-entacapone tabs 31.25-125-200 mg	42
carbidopa-levodopa-entacapone tabs 37.5-150-200 mg	42
carbidopa-levodopa-entacapone tabs 50-200-200 mg	42
carboplatin	22
CARDIZEM	
see diltiazem hcl	36
CARDIZEM CD	
see cartia xt	36
see diltiazem hcl coated beads	36
CARDURA	
see doxazosin mesylate	32
carglumic acid	62
CARNITOR	
see levocarnitine (metabolic modifiers)	63
carteolol hcl (ophth)	77
cartia xt	36
carvedilol	36
CASODEX	

see <i>bicalutamide</i>	23
<i>caspofungin acetate</i>	16
CATAPRES-TTS-1	
see <i>clonidine</i>	37
CATAPRES-TTS-2	
see <i>clonidine</i>	37
CATAPRES-TTS-3	
see <i>clonidine</i>	38
CAYSTON	14
<i>cefaclor</i>	19
CEFACLOR ER	19
<i>cefadroxil</i>	19
CEFAZOLIN	19
CEFAZOLIN INJ	
1GM/50ML	19
<i>cefazolin sodium</i>	19
CEFAZOLIN SOLN	
2GM/100ML-4%	19
<i>cefdinir</i>	19
<i>cefepime hcl</i>	19
<i>cefixime</i>	19
<i>cefoxitin sodium</i>	20
<i>cefpodoxime proxetil</i>	20
<i>cefprozil</i>	20
<i>ceftazidime</i>	20
<i>ceftriaxone sodium</i>	20
<i>cefuroxime axetil</i>	20
<i>cefuroxime sodium</i>	20
CELEBREX	
see <i>celecoxib</i>	11
<i>celecoxib</i>	11
CELEXA	
see <i>citalopram hydrobromide</i>	40
CELLCEPT	
see <i>mycophenolate mofetil</i>	72
CELONTIN	
see <i>methsuximide</i>	47
<i>cephalexin</i>	20
CERDELGA	62
CEREZYME	62
<i>cetirizine hcl</i>	78
<i>chateal</i>	58
CHEMET	58
<i>chlorhexidine gluconate (mouth-throat)</i>	85
<i>chloroquine phosphate</i>	16
<i>chlorpromazine hcl</i>	43
<i>chlorthalidone</i>	37
<i>cholestyramine</i>	35
<i>cholestyramine light</i>	35
<i>ciclopirox olamine</i>	82
<i>cilostazol</i>	69
CILOXAN	76
CIMDUO TAB 300-300	18
<i>cinacalcet hcl</i>	62
CIPRO	20
see <i>ciprofloxacin hcl</i>	20
<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml in d5w</i>	20
<i>ciprofloxacin 400 mg/200ml in d5w</i>	20
<i>ciprofloxacin hcl</i>	20
<i>ciprofloxacin hcl (ophth)</i>	76
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic susp 0.3-0.1%</i>	77
<i>cisplatin</i>	22
<i>citalopram hydrobromide</i>	40
<i>claravis</i>	81
<i>clarithromycin</i>	20
CLEOCIN	
see <i>clindamycin hcl</i>	14
see <i>clindamycin phosphate vaginal</i>	68
CLEOCIN PEDIATRIC GRANULE	
see <i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	14
CLEOCIN PHOSPHATE	
see <i>clindamycin phosphate</i>	14
CLEOCIN-T	
see <i>clindamycin phosphate (topical)</i>	82
CLIMARA	
see <i>estradiol</i>	61
<i>clindamycin hcl</i>	14
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	14
<i>clindamycin phosphate</i>	14
(<i>topical</i>)	82
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 300 mg/50ml</i>	14
clindamycin phosphate in d5w iv soln 600 mg/50ml	14
clindamycin phosphate in d5w iv soln 900 mg/50ml	14
<i>clindamycin phosphate vaginal</i>	68
CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML	14
CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML	14
CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML	14
CLINIMIX INJ 4.25/D10	.75
CLINIMIX INJ 4.25/D5W	.75
CLINIMIX INJ 5%/D15W	.75
CLINIMIX INJ 5%/D20W	.75
CLINIMIX INJ 6/5	.75
CLINIMIX INJ 8/10	.75
CLINIMIX INJ 8/14	.75
<i>clinisol sf 15%</i>	.75
CLINOLIPID EMU 20%	.75
<i>clobazam</i>	.45
<i>clobetasol propionate</i>	.83
<i>clobetasol propionate e</i>	.83
<i>clomipramine hcl</i>	.40
<i>clonazepam</i>	.45, .46
<i>clonidine</i>	.37, .38
<i>clonidine hcl</i>	.38
<i>clopidogrel bisulfate</i>	.70
<i>clorazepate dipotassium</i>	.46
<i>clotrimazole</i>	.85
<i>clotrimazole (topical)</i>	.82
<i>clotrimazole w/ betamethasone cream 1-0.05%</i>	.82
<i>clozapine</i>	.43
CLOZARIL	
see <i>clozapine</i>	.43
COARTEM TAB 20-120MG	
.....	16
COLAZAL	
see <i>balsalazide disodium</i>	.66
<i>colchicine</i>	.11
<i>colchicine w/ probenecid tab 0.5-500 mg</i>	.11
<i>colesevelam hcl</i>	.35

COLESTID	<i>see</i> <i>colestipol hcl</i>.....35	<i>see</i> <i>rosuvastatin calcium</i>.....35	<i>daptomycin</i> .....14
	<i>colestipol hcl</i>.....35	<i>cromolyn sodium</i>.....79	DAPTOMYCIN .....14
	<i>colistimethate sodium</i> ....14	<i>cromolyn sodium</i> (<i>mastocytosis</i>).....66	<i>see daptomycin</i> .....14
COLY-MYCIN M	<i>see colistimethate</i> <i>sodium</i>.....14	<i>cromolyn sodium (ophth)</i> 77	darunavir .....17
		<i>cryselle-28</i> .....58	dasetta 1/35 .....58
COMBIGAN SOL 0.2/0.5%	.....77	<i>cyclobenzaprine hcl</i> .....53	dasetta 7/7/7 .....58
COMBIVENT AER 20-100	.....78	<i>cyclophosphamide</i> .....22	DAURISMO .....25
COMETRIQ (60MG DOSE)	.....25	CYCLOPHOSPHAMIDE .....22	DAYVIGO .....50
COMETRIQ KIT 100MG .25		CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR .....22	DDAVP <i>see desmopressin</i>
COMETRIQ KIT 140MG .25		<i>cycloserine</i> .....18	<i>acetate</i> .....62
COMPLERA TAB.....18		<i>cyclosporine</i> .....72	deblitane .....58
compro.....65		<i>cyclosporine modified (for</i> <i>microemulsion)</i> .....72	deferasirox .....58
COMTAN		CYKLOKAPRON	DELESTROGEN
<i>see entacapone</i>.....42		<i>see</i> <i>tranexamic acid</i> ....69	<i>see estradiol valerate</i> ..61
constulose .....66		CYMBALTA	DELSTRIGO TAB .....18
COPAXONE	<i>see glatiramer acetate</i> .52	<i>see</i> <i>duloxetine hcl</i> .....40	DELZICOL
	<i>see glatopa</i> .....52	<i>cyproheptadine hcl</i>.....78	<i>see</i> <i>mesalamine</i> .....66
COPIKTRA .....25		<i>cyred eq</i> .....58	DEM SER
COREG	<i>see carvedilol</i> .....36	CYSTADANE	<i>see</i> <i>metyrosine</i> .....38
		<i>see</i> <i>betaine powder for</i> <i>oral solution</i> .....62	DENGVAXIA SUS .....73
CORGARD	<i>see nadolol</i>.....36	CYSTADROPS .....77	DEPAKOTE
		CYSTAGON .....62	<i>see</i> <i>divalproex sodium</i> 46
CORLANOR .....38		CYSTARAN .....77	DEPAKOTE ER
CORTEF	<i>see hydrocortisone</i>.....61	<i>cytarabine</i> .....22	<i>see</i> <i>divalproex sodium</i> 46
		CYTOMEL	DEPAKOTE SPRINKLES
CORTENEMA	<i>see hydrocortisone</i> (<i>intrarectal</i>) .....66	<i>see</i> <i>liothyronine sodium</i>.....64	<i>see</i> <i>divalproex sodium</i> 46
COSOPT		CYTOTEC	DEPEN TITRATABS
	<i>see dorzolamide hcl-</i> <i>timolol maleate ophth</i> <i>soln 2-0.5%</i>.....77	<i>see</i> <i>misoprostol</i>.....66	<i>see</i> <i>penicillamine</i>.....58
COTELLIC .....25		D	DEPO-MEDROL
COZAAR	<i>see losartan potassium</i>.....33	D10W/NACL INJ 0.2%....74	<i>see</i> <i>methylprednisolone</i> <i>acetate</i> .....62
		D2.5W/NACL INJ 0.45%.73	DEPO-PROVERA
CREON CAP 12000UNT 67		D5W/LYTES INJ #48 .....73	CONTRACEPTIV
CREON CAP 24000UNT 67		<i>dabigatran etexilate</i>	<i>see</i>
CREON CAP 3000UNIT .67		<i>mesylate</i> .....68	<i>medroxyprogesterone</i> <i>acetate (contraceptive)</i>
CREON CAP 36000UNT 67		<i>dalfampridine</i> .....52	.....60
CREON CAP 6000UNIT .67		DALIRESP	DEPO-SUBQ PROVERA
CRESTOR		<i>see</i> <i>roflumilast</i>.....80	104 .....59
		<i>danazol</i> .....61	<i>depo-testosterone</i> .....54
		DANTRIUM	DERMA-SMOOTH/EFS
		<i>see</i> <i>dantrolene sodium</i> 53	BODY
		<i>dantrolene sodium</i> .....53	<i>see</i> <i>fluocinolone</i>
		<i>dapsone</i> .....14	<i>acetonide</i> .....83
		DAPTACEL INJ .....73	DERMA-SMOOTH/EFS
			SCALP
			<i>see</i> <i>fluocinolone</i>
			<i>acetonide</i> .....83

DERMOTIC	
see <i>flac</i>	77
see <i>fluocinolone acetonide (otic)</i>	77
DESCOZY TAB 120-15MG	
.....	18
DESCOZY TAB 200/25MG	
.....	18
desipramine hcl.....	40
desmopressin acetate.....	62
<i>desmopressin acetate spray</i>	62
<i>desmopressin acetate spray refrigerated</i>	62
desogest-eth estrad & eth estrad tab 0.15-0.02/0.01 mg(2/5).....	59
desogestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg.....	59
desvenlafaxine succinate	40
DETROL	
see <i>tolterodine tartrate</i>	68
DETROL LA	
see <i>tolterodine tartrate</i>	68
dexamethasone.....	61
DEXAMETHASONE INTENSOL	
.....	61
dexamethasone sodium phosphate	
.....	61
dexamethasone sodium phosphate (ophth)	
.....	76
dexmethylphenidate hcl..	50
dextrose.....	75
dextrose 10% w/ sodium chloride 0.45%	74
dextrose 2.5% w/ sodium chloride 0.45%	74
DEXTROSE 2.5%/NACL 0.45%	
see <i>dextrose 2.5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	74
dextrose 5% in lactated ringers.....	74
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.2%	74
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.225%	74
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3%	74
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%	74
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%	74
DEXTROSE 5%/NACL 0.3%	
see <i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3%</i>	74
DEXTROSE/SODIUM CHLORIDE	
see <i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.225%</i>	74
DIACOMIT	
.....	46
diazepam.....	46
<i>diazepam (anticonvulsant)</i>	46
<i>diazepam inj</i>	46
<i>diazepam intensol</i>	46
<i>diazoxide</i>	62
<i>diclofenac potassium</i>	11
<i>diclofenac sodium</i>	11
<i>diclofenac sodium (ophth)</i>	76
<i>diclofenac sodium (topical)</i>	84
<i>dicloxacillin sodium</i>	21
<i>dicyclomine hcl</i>	65
DIFCID	
.....	20
DIFLUCAN	
see <i>fluconazole</i>	16
DIFLUNISAL	
.....	11
DIGOXIN	
.....	38
Dihydroergotamine mesylate.....	51
DILANTIN	
see <i>phenytoin sodium extended</i>	48
DILANTIN INFATABS	
.....	46
see <i>phenytoin</i>	48
DILANTIN-125	
.....	46
see <i>phenytoin</i>	48
DILAUDID	
see <i>hydromorphone hcl</i>	13
diltiazem hcl.....	36
diltiazem hcl coated beads	
.....	36
diltiazem hcl extended release beads.....	36
dilt-xr.....	36
DIOVAN	
see <i>valsartan</i>	34
DIOVAN HCT	
see <i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-12.5 mg</i>	33
see <i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-25 mg</i>	33
see <i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-12.5 mg</i>	33
see <i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-25 mg</i>	33
see <i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg</i>	33
DIP/TET PED INJ 25-5LFU	
.....	73
diphenhydramine hcl.....	78
diphenoxylate w/ atropine liq 2.5-0.025 mg/5ml....	66
diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-0.025 mg.....	66
DIPROLENE	
see <i>betamethasone dipropionate augmented</i>	83
dipyridamole	70
disopyramide phosphate	34
disulfiram	53
divalproex sodium.....	46
docetaxel	24
DOCETAXEL	
see <i>docetaxel</i>	24
dofetilide	34
donepezil hydrochloride ..	39
DOPTELET	
.....	69
dorzolamide hcl.....	77
dorzolamide hcl-timolol maleate ophth soln 2-0.5%.....	77
dotti.....	61

DOVATO TAB 50-300MG	see <i>venlafaxine hcl</i>.....41
.....18	
doxazosin mesylate	EFFIENT
.....32	see <i>prasugrel hcl</i>.....70
doxepin hcl	EFUDEX
.....40	see <i>fluorouracil (topical)</i>
doxepin hcl (sleep)	.....84
.....50	ELIGARD
DOXIL	.....23
see <i>doxorubicin hcl</i>	elinest
<i>liposomal</i>	.....59
doxorubicin hcl	ELIQUIS
.....22	.....68
<i>doxorubicin hcl liposomal</i>	ELIQUIS STARTER PACK
.....22	.....68
doxy 100	ELLENCE
.....22	.....22
doxycycline (monohydrate)	eluryng
.....22	.....59
doxycycline hydiate	EMCYT
.....22	.....23
dronabinol	EMEND
.....65	see <i>aprepitant</i>
drospirenone-ethynodiol	65
estradiol tab 3-0.02 mg	EMSAM
.....59	.....40
drospirenone-ethynodiol	emtricitabine
estradiol tab 3-0.03 mg	.....17
.....59	emtricitabine-tenofovir
DROXIA	<i>disoproxil fumarate tab</i>
.....69	100-150 mg
droxidopa	emtricitabine-tenofovir
.....38	<i>disoproxil fumarate tab</i>
DULERA AER 100-5MCG	133-200 mg
.....81	emtricitabine-tenofovir
DULERA AER 200-5MCG	<i>disoproxil fumarate tab</i>
.....81	167-250 mg
DULERA AER 50-5MCG	emtricitabine-tenofovir
.....81	<i>disoproxil fumarate tab</i>
duloxetine hcl	200-300 mg
.....40	EMTRIVA
DUPIXENT	.....17
.....70	see <i>emtricitabine</i>
dutasteride	EMVERM
.....67	.....17
dutasteride-tamsulosin hcl	enalapril maleate
<i>cap 0.5-0.4 mg</i>	.....31
.....67	enalapril maleate &
E	<i>hydrochlorothiazide tab</i>
e.e.s. 400	10-25 mg
.....20	enalapril maleate &
EC-NAPROSYN	<i>hydrochlorothiazide tab</i>
see <i>ec-naproxen</i>	5-12.5 mg
see <i>naproxen</i>	ENBREL
11	.....31
ec-naproxen	ENBREL MINI
.....11	.....70
EDURANT	ENBREL SURECLICK
.....17	.....70
efavirenz	ENDARI
.....17	.....69
efavirenz-emtricitabine-	endocet
<i>tenofovir df tab 600-200-</i>	.....12
<i>300 mg</i>	endocet
.....18	.....12
efavirenz-lamivudine-	endocet
<i>tenofovir df tab 400-300-</i>	.....12
<i>300 mg</i>	endocet
.....18	.....12
efavirenz-lamivudine-	engerix-b
<i>tenofovir df tab 600-300-</i>	.....73
<i>300 mg</i>	
.....18	
EFFEXOR XR	
	enilloring
	.....59
	enoxaparin sodium
	.....68
	empresse-28.....59
	enskyce
	ENSTILAR AER.....83
	entacapone
	.....42
	entecavir
	.....19
	ENTRESTO TAB 24-26MG
	.....32
	ENTRESTO TAB 49-51MG
	.....32
	ENTRESTO TAB 97-
	103MG
	.....32
	enulose
	.....66
	EPCLUSA PAK 150-37.5
	19
	EPCLUSA PAK 200-50MG
	.....19
	EPCLUSA TAB 200-50MG
	.....19
	EPCLUSA TAB 400-100.
	19
	EPIDIOLEX
	.....46
	epinephrine (<i>anaphylaxis</i>)
	.....38, 79
	EPIPEN 2-PAK
	see <i>epinephrine</i>
	(<i>anaphylaxis</i>)
	.....79
	EPIPEN-JR 2-PAK
	see <i>epinephrine</i>
	(<i>anaphylaxis</i>)
	.....79
	epitol
	.....46
	EPIVIR
	see <i>lamivudine</i>
	.....17
	eplerenone
	.....32
	EPRONTIA
	.....46
	EPZICOM
	see <i>abacavir sulfate-lamivudine tab 600-300 mg</i>
	.....17
	ergotamine w/ caffeine tab
	1-100 mg
	.....51
	ERIVEDGE
	.....25
	ERLEADA
	.....23
	erlotinib hcl.....25
	errin
	.....59
	ertapenem sodium
	.....14
	ery.....82
	ERYGEL
	see <i>erythromycin (acne aid)</i>
	.....82

ery-tab	20	see <i>raloxifene hcl</i>	63
ERYTHROCIN		EVOTAZ TAB 300-150	18
LACTOBIONATE	20	EXELON	
<i>see erythromycin</i>		<i>see rivastigmine</i>	39
lactobionate	20	exemestane	23
<i>erythrocin stearate</i>	20	EXFORGE	
<i>erythromycin (acne aid)</i>	82	<i>see amlodipine besylate-</i>	
<i>erythromycin (ophth)</i>	76	<i>valsartan tab 10-160</i>	
<i>erythromycin base</i>	20	<i>mg</i>	32
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>		<i>see amlodipine besylate-</i>	
.....	20	<i>valsartan tab 10-320</i>	
<i>erythromycin lactobionate</i>		<i>mg</i>	32
.....	20	<i>see amlodipine besylate-</i>	
ESBRIET		<i>valsartan tab 5-160 mg</i>	
<i>see pirfenidone</i>	80	.....	32
escitalopram oxalate	40	<i>see amlodipine besylate-</i>	
esomeprazole magnesium		<i>valsartan tab 5-320 mg</i>	
.....	67	.....	32
estarrylla	59	EXKIVITY	26
ESTRACE		EYSUVIS	76
<i>see estradiol</i>	61	ezetimibe	35
<i>see estradiol vaginal</i>	61	ezetimibe-simvastatin tab	
estradiol	61	10-10 mg	35
estradiol & norethindrone		ezetimibe-simvastatin tab	
acetate tab 0.5-0.1 mg	61	10-20 mg	35
estradiol & norethindrone		ezetimibe-simvastatin tab	
acetate tab 1-0.5 mg	61	10-40 mg	35
estradiol vaginal	61	ezetimibe-simvastatin tab	
estradiol valerate	61	10-80 mg	35
ethambutol hcl	18	F	
ethosuximide	46	FABRAZYME	62
ethynodiol diacetate &		falmina	59
ethinyl estradiol tab 1		famciclovir	19
mg-35 mcg	59	famotidine	65
ethynodiol diacetate &		<i>famotidine in nacl 0.9% iv</i>	
ethinyl estradiol tab 1		<i>soln 20 mg/50ml</i>	66
mg-50 mcg	59	FANAPT	43
etodolac	11	FANAPT PAK	43
etonogestrel-ethinyl		FARESTON	
estradiol va ring 0.120-		<i>see toremifene citrate</i>	24
0.015 mg/24hr	59	FARXIGA	54
etoposide	24	FASENRA	79
etravirine	17	FASENRA PEN	79
EULEXIN	23	FASLODEX	
euthyrox	64	<i>see fulvestrant</i>	23
everolimus	26	felbamate	46
everolimus		FELBATOL	
<i>(immunosuppressant)</i>	.72	<i>see felbamate</i>	46
EVISTA		FELDENE	
		<i>see piroxicam</i>	11
		felodipine	37
		FEMARA	
		<i>see letrozole</i>	23
		fenofibrate	34
		<i>fenofibrate micronized</i> ...	34
		fentanyl	11
		<i>fentanyl citrate</i>	12
		FETZIMA	40
		<i>FETZIMA CAP TITRATIO</i>	
		.....	40
		FIASP	56
		FIASP FLEXTOUCH	56
		FIASP PENFILL	56
		FIASP PUMPCART	56
		finasteride	67
		<i> fingolimod hcl</i>	52
		FINTEPLA	46
		FIRAZYR	
		<i>see icatibant acetate</i>	69
		<i>see sajazir</i>	69
		FIRMAGON	23
		flac	77
		FLAREX	76
		FLEBOGAMMA DIF	71
		flecainide acetate	34
		FLOMAX	
		<i>see tamsulosin hcl</i>	67
		fluconazole	16
		<i>fluconazole in nacl 0.9% inj</i>	
		<i>200 mg/100ml</i>	16
		<i>fluconazole in nacl 0.9% inj</i>	
		<i>400 mg/200ml</i>	16
		flucytosine	16
		<i>fludrocortisone acetate</i>	61
		<i>flunisolide (nasal)</i>	80
		<i>fluocinolone acetonide</i>	83
		<i>fluocinolone acetonide</i>	
		<i>(otic)</i>	77
		<i>fluocinonide</i>	83, 84
		<i>fluocinonide emulsified</i>	
		<i>base</i>	84
		<i>fluorometholone (ophth)</i>	76
		<i>fluorouracil</i>	22
		<i>fluorouracil (topical)</i>	84
		<i>fluoxetine hcl</i>	40
		<i>fluphenazine decanoate</i>	43
		<i>fluphenazine hcl</i>	43
		<i>flurbiprofen</i>	11

<i>flurbiprofen sodium</i>	76
<i>fluticasone propionate</i>	84
<i>fluticasone propionate</i>	
(<i>nasal</i>).....	80
<i>fluticasone-salmeterol aer</i>	
<i>powder ba 100-50</i>	
<i>mcg/act</i>	81
<i>fluticasone-salmeterol aer</i>	
<i>powder ba 250-50</i>	
<i>mcg/act</i>	81
<i>fluticasone-salmeterol aer</i>	
<i>powder ba 500-50</i>	
<i>mcg/act</i>	81
<i>fluvoxamine maleate</i>	39
FML LIQUIFILM	
<i>see fluorometholone</i>	
(<i>ophth</i>).....	76
FOCALIN	
<i>see dexmethylphenidate</i>	
<i>hcl</i>	50
<i>fondaparinux sodium</i>	68
FOSAMAX	
<i>see alendronate sodium</i>	
.....	58
<i>fosamprenavir calcium</i>	17
<i>fosinopril sodium</i>	31
<i>fosinopril sodium &</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
10-12.5 mg.....	31
<i>fosinopril sodium &</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
20-12.5 mg.....	31
FOTIVDA	26
FRUZAQLA	26
<i>fulvestrant</i>	23
<i>furosemide</i>	37
<i>furosemide inj</i>	37
FUZEON	17
<i>fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg</i>	
.....	61
<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i>	61
FYCOMPA	46
G	
<i>gabapentin</i>	47
<i>galantamine hydrobromide</i>	
.....	39
GAMASTAN INJ	72
GAMMAGARD LIQUID ...72	
GAMMAGARD S/D IGA	
<i>LESS TH</i>	72
GAMMAKED	72
GAMMAPLEX	72
GAMUNEX-C	72
<i>ganciclovir sodium</i>	19
GARDASIL 9 INJ	73
GASTROCROM	
<i>see cromolyn sodium</i>	
(<i>mastocytosis</i>)	66
<i>gatifloxacin (ophth)</i>	76
GATTEX	66
GAUZE PADS 2	56
<i>gavilyte-c</i>	66
<i>gavilyte-g</i>	66
GAVRETO	26
<i>gefitinib</i>	26
<i>gemcitabine hcl</i>	23
GEMCITABINE	
<i>HYDROCHLORIDE</i>	
<i>see gemcitabine hcl</i> ...23	
<i>gemfibrozil</i>	34
GEMTESA	68
<i>generlac</i>	66
<i>genograf</i>	72
GENOTROPIN	62
GENOTROPIN MINIQUICK	
.....	63
<i>gentamicin in saline inj 0.8</i>	
<i>mg/ml</i>	14
<i>gentamicin in saline inj 1</i>	
<i>mg/ml</i>	14
<i>gentamicin in saline inj 1.2</i>	
<i>mg/ml</i>	14
<i>gentamicin in saline inj 1.6</i>	
<i>mg/ml</i>	14
<i>gentamicin in saline inj 2</i>	
<i>mg/ml</i>	14
<i>gentamicin sulfate</i>	14
<i>gentamicin sulfate (ophth)</i>	
.....	76
<i>gentamicin sulfate (topical)</i>	
.....	82
GENVOYA TAB	18
GEODON	
<i>see ziprasidone hcl</i> ....45	
<i>see ziprasidone mesylate</i>	
.....	45
GILENYA	
<i>see fingolimod hcl</i>	52
GILOTrif	26
<i>glatiramer acetate</i>	52
<i>glatopa</i>	52
GLEEVEC	
<i>see imatinib mesylate</i> ..26	
GLEOSTINE	22
<i>glimepiride</i>	54
<i>glipizide</i>	54
<i>glipizide xl</i>	54
<i>glipizide-metformin hcl tab</i>	
2.5-250 mg.....	54
<i>glipizide-metformin hcl tab</i>	
2.5-500 mg.....	54
<i>glipizide-metformin hcl tab</i>	
5-500 mg.....	54
GLUCOTROL XL	
<i>see glipizide</i>	54
<i>see glipizide xl</i>	54
<i>glycopyrrolate</i>	65
<i>glydo</i>	84
GLYXAMBI TAB 10-5 MG	
.....	54
GLYXAMBI TAB 25-5 MG	
.....	54
GOLYTELY	
<i>see gavilyte-g</i>	66
<i>see peg 3350-kcl-na</i>	
<i>bicarb-nacl-na sulfate</i>	
<i>for soln 236 gm</i>	66
<i>gransitron hcl</i>	65
<i>griseofulvin microsize</i> ....16	
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	
.....	16
<i>guanfacine hcl</i>	38
<i>guanfacine hcl (adhd)</i> ....50	
GVOKE HYOPEN 2-	
<i>PACK</i>	62
GVOKE KIT	62
GVOKE PFS	62
H	
HAEGARDA	69
<i>hailey 1.5/30</i>	59
HALDOL DECANOATE	
100	
<i>see haloperidol</i>	
<i>decanoate</i>	43
HALDOL DECANOATE 50	

see <i>haloperidol</i>	
decanoate.....	43
<i>halobetasol propionate</i> ...	84
<i>haloette</i>	59
<i>haloperidol</i>	43
<i>haloperidol decanoate</i>	43
<i>haloperidol lactate</i>	43
HARVONI PAK 33.75-	
150MG	19
HARVONI PAK 45-200MG	
.....	19
HARVONI TAB 45-200MG	
.....	19
HARVONI TAB 90-400MG	
.....	19
HAVRIX	73
<i>heather</i>	59
HEP SOD/D5W INJ	
20000UNT.....	68
HEP SOD/D5W INJ	
25000UNT.....	68
HEP SOD/NACL INJ	
12500UNT.....	68
HEP SOD/NACL INJ	
25000UNT.....	68
<i>heparin sodium (porcine)</i> 69	
HEPARIN/NACL INJ	
25000UNT.....	69
HEPLISAV-B	73
HERCEP HYLEC SOL 60-	
10000	26
HERCEPTIN	26
HERZUMA.....	26
HETLIOZ	
see <i>tasimelteon</i>	51
HIBERIX	73
HIPREX	
see <i>methenamine</i>	
<i>hippurate</i>	15
HUMIRA	70
HUMIRA PEDIA INJ	
CROHNS	70
HUMIRA PEDIATRIC	
CROHNS D	70
HUMIRA PEN	70
HUMIRA PEN KIT PS/UV	
.....	70
HUMIRA PEN-CD/UC/HS	
START	70
HUMIRA PEN-PEDIATRIC	
UC S	70
HUMIRA PEN-PS/UV	
STARTER	70
HUMULIN R U-500	
(CONCENTR.....	56
HUMULIN R U-500	
KWIKPEN.....	56
<i>hydralazine hcl</i>	38
HYDREA	
see <i>hydroxyurea</i>	24
<i>hydrochlorothiazide</i>	37
<i>hydrocodone bitartrate</i>	12
<i>hydrocodone-</i>	
<i>acetaminophen soln</i> 7.5-	
325 mg/15ml	12
<i>hydrocodone-</i>	
<i>acetaminophen tab</i> 10-	
325 mg	13
<i>hydrocodone-</i>	
<i>acetaminophen tab</i> 5-325	
mg	12
<i>hydrocodone-</i>	
<i>acetaminophen tab</i> 7.5-	
325 mg	12
<i>hydrocodone-ibuprofen tab</i>	
7.5-200 mg	13
<i>hydrocortisone</i>	61
<i>hydrocortisone (intrarectal)</i>	
.....	66
<i>hydrocortisone (rectal)</i> ...	84
<i>hydrocortisone (topical)</i> ..	84
<i>hydromorphone hcl</i>	13
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	
.....	71
<i>hydroxyurea</i>	24
<i>hydroxyzine hcl</i>	78
<i>hydroxyzine pamoate</i>	78
HYSINGLA ER.....	12
HYZAAR	
see <i>losartan potassium &</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
100-12.5 mg	32
see <i>losartan potassium &</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
100-25 mg	32
see <i>losartan potassium &</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
50-12.5 mg	32
I	
<i>ibandronate sodium</i>	58
IBRANCE	26
<i>ibu</i>	11
<i>ibuprofen</i>	11
<i>icatibant acetate</i>	69
<i>iclevia</i>	59
ICLUSIG	26
IDACIO (2 PEN).....	70
IDACIO (2 SYRINGE)....	71
IDACIO CROHN INJ	
DISEASE.....	71
IDACIO PLAQU INJ	
PSORIASIS.....	71
IDHIFA	26
<i>imatinib mesylate</i>	26
IMBRUVICA.....	26
<i>imipenem-cilastatin</i>	
<i>intravenous for soln</i> 250	
mg	14
<i>imipenem-cilastatin</i>	
<i>intravenous for soln</i> 500	
mg	14
<i>imipramine hcl</i>	40
<i>imiquimod</i>	84
IMITREX	
see <i>sumatriptan</i>	
<i>succinate</i>	51
IMITREX STATDOSE	
REFILL	
see <i>sumatriptan</i>	
<i>succinate</i>	51
IMITREX STATDOSE	
SYSTEM	
see <i>sumatriptan</i>	
<i>succinate</i>	51
IMOVA X RABIES	
(H.D.C.V.).....	73
IMURAN	
see <i>azathioprine</i>	72
INBRIJA	42
<i>incassia</i>	59
INCRELEX	63
INCRUSE ELLIPTA	78
<i>indapamide</i>	37
INDERAL LA	
see <i>propranolol hcl</i>	36
INFANRIX INJ.....	73
INFLIXIMAB	71

INLYTA	26	isosorbide dinitrate.....	38	JYNNEOS	73																																																																																																																																																																																																																																																																																		
INQOVI TAB 35-100MG .	23	isosorbide mononitrate ...	38	K		INREBIC	26	isotretinoin	82	KADCYLA	27	INSPRA		itraconazole	16	KALETRA		see <i>eplerenone</i>	32	ivermectin	14	see <i>lopinavir-ritonavir</i>		INSULIN PEN NEEDLES:		IXIARO INJ	73	<i>solv 400-100 mg/5ml</i>		BD/NOVO	56	J		(<i>80-20 mg/ml</i>)	18	INSULIN SAFETY		JADENU		see <i>lopinavir-ritonavir tab</i>		NEEDLES	56	see <i>deferasirox</i>	58	100-25 mg	18	INSULIN SYRINGES: BD		JADENU SPRINKLE		see <i>lopinavir-ritonavir tab</i>		56	see <i>deferasirox</i>	58	200-50 mg	18	INTELENCE	17	JAKAFI	26	KALYDECO	80	see <i>etravirine</i>	17	JALYN		KANJINTI.....	27	INTRALIPID	75	see <i>dutasteride-</i>		<i>kariva</i>	59	introvale	59	<i>tamsulosin hcl cap 0.5-</i>		KCL 0.3%/D5W/NACL		INTUNIV		<i>0.4 mg</i>	67	0.9%		see <i>guanfacine hcl</i>		jantoven	69	see <i>kcl 40 meq/l (0.3%)</i>		(<i>adhd</i>).....	50	JANUMET TAB 50-1000.	54	<i>in dextrose 5% & nacl</i>		INVEGA		JANUMET TAB 50-500MG	54	<i>0.9% inj</i>	74	see <i>paliperidone</i>	44	JANUMET XR TAB 100-		<i>kcl 10 meq/l (0.075%) in</i>		INVEGA HAFYERA	43	1000	55	<i>dextrose 5% & nacl</i>		INVEGA SUSTENNA.....	43	JANUMET XR TAB 50-		<i>0.45% inj</i>	74	INVEGA TRINZA	43	1000	54	<i>kcl 20 meq/l (0.149%) in</i>		IPOL INJ INACTIVE.....	73	JANUMET XR TAB 50-		<i>nacl 0.45% inj</i>	74	ipratropium bromide.....	78	500MG	54	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in</i>		ipratropium bromide (<i>nasal</i>)		JANUVIA	55	<i>dextrose 5% & nacl 0.2%</i>		78	JARDIANCE	55	<i>inj</i>	74	ipratropium-albuterol nebu		jasmiel	59	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in</i>		<i>solv 0.5-2.5(3) mg/3ml</i>	78	javygtor	63	<i>dextrose 5% & nacl</i>		irbesartan.....	33	JAYPIRCA	26, 27	<i>0.45% inj</i>	74	irbesartan-		JENTADUETO TAB 2.5-		<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in</i>		<i>hydrochlorothiazide tab</i>		1000	55	<i>dextrose 5% & nacl 0.9%</i>		<i>150-12.5 mg</i>	32	JENTADUETO TAB 2.5-		<i>inj</i>	74	irbesartan-		500	55	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl</i>		<i>hydrochlorothiazide tab</i>		JENTADUETO TAB 2.5-		<i>0.45% inj</i>	74	<i>300-12.5 mg</i>	32	850	55	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl</i>		IRESSA		JENTADUETO TAB XR		<i>0.9% inj</i>	74	see <i>gefitinib</i>	26	2.5-1000MG	55	<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in</i>		irinotecan hcl	24	JENTADUETO TAB XR 5-		<i>dextrose 5% & nacl</i>		ISENTRESS	17	1000MG	55	ISENTRESS HD	17	jintel	61	<i>0.45% inj</i>	74	isibloom	59	jolessa	59	ISOLYTE-P INJ /D5W....	74	juleber	59	<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in</i>		ISOLYTE-S INJ.....	74	JULUCA TAB 50-25MG..	18	<i>dextrose 5% & nacl</i>		ISOLYTE-S INJ PH 7.4... <td>74</td> <td>junel 1.5/30.....</td> <td>59</td> <tr> <td>isoniazid.....</td> <td>18</td> <td>junel 1/20.....</td> <td>59</td> <td> <i>0.45% inj</i></td> <td>74</td> </tr> <tr> <td>ISORDIL TITRADOSE</td> <td></td> <td>junel fe 1.5/30</td> <td>59</td> <tr> <td> see <i>isosorbide dinitrate</i></td> <td></td> <td>junel fe 1/20</td> <td>59</td> <td><i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl</i></td> <td></td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>38</td> <td></td> <td></td> <td> <i>0.9% inj</i></td> <td>74</td> </tr> </tr>	74	junel 1.5/30.....	59	isoniazid.....	18	junel 1/20.....	59	<i>0.45% inj</i>	74	ISORDIL TITRADOSE		junel fe 1.5/30	59	see <i>isosorbide dinitrate</i>		junel fe 1/20	59	<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl</i>		38			<i>0.9% inj</i>	74
K																																																																																																																																																																																																																																																																																							
INREBIC	26	isotretinoin	82	KADCYLA	27																																																																																																																																																																																																																																																																																		
INSPRA		itraconazole	16	KALETRA																																																																																																																																																																																																																																																																																			
see <i>eplerenone</i>	32	ivermectin	14	see <i>lopinavir-ritonavir</i>																																																																																																																																																																																																																																																																																			
INSULIN PEN NEEDLES:		IXIARO INJ	73	<i>solv 400-100 mg/5ml</i>																																																																																																																																																																																																																																																																																			
BD/NOVO	56	J		(<i>80-20 mg/ml</i>)	18																																																																																																																																																																																																																																																																																		
INSULIN SAFETY		JADENU		see <i>lopinavir-ritonavir tab</i>																																																																																																																																																																																																																																																																																			
NEEDLES	56	see <i>deferasirox</i>	58	100-25 mg	18																																																																																																																																																																																																																																																																																		
INSULIN SYRINGES: BD		JADENU SPRINKLE		see <i>lopinavir-ritonavir tab</i>																																																																																																																																																																																																																																																																																			
.....	56	see <i>deferasirox</i>	58	200-50 mg	18																																																																																																																																																																																																																																																																																		
INTELENCE	17	JAKAFI	26	KALYDECO	80																																																																																																																																																																																																																																																																																		
see <i>etravirine</i>	17	JALYN		KANJINTI.....	27																																																																																																																																																																																																																																																																																		
INTRALIPID	75	see <i>dutasteride-</i>		<i>kariva</i>	59																																																																																																																																																																																																																																																																																		
introvale	59	<i>tamsulosin hcl cap 0.5-</i>		KCL 0.3%/D5W/NACL																																																																																																																																																																																																																																																																																			
INTUNIV		<i>0.4 mg</i>	67	0.9%																																																																																																																																																																																																																																																																																			
see <i>guanfacine hcl</i>		jantoven	69	see <i>kcl 40 meq/l (0.3%)</i>																																																																																																																																																																																																																																																																																			
(<i>adhd</i>).....	50	JANUMET TAB 50-1000.	54	<i>in dextrose 5% & nacl</i>																																																																																																																																																																																																																																																																																			
INVEGA		JANUMET TAB 50-500MG	54	<i>0.9% inj</i>	74																																																																																																																																																																																																																																																																																		
see <i>paliperidone</i>	44	JANUMET XR TAB 100-		<i>kcl 10 meq/l (0.075%) in</i>																																																																																																																																																																																																																																																																																			
INVEGA HAFYERA	43	1000	55	<i>dextrose 5% & nacl</i>																																																																																																																																																																																																																																																																																			
INVEGA SUSTENNA.....	43	JANUMET XR TAB 50-		<i>0.45% inj</i>	74																																																																																																																																																																																																																																																																																		
INVEGA TRINZA	43	1000	54	<i>kcl 20 meq/l (0.149%) in</i>																																																																																																																																																																																																																																																																																			
IPOL INJ INACTIVE.....	73	JANUMET XR TAB 50-		<i>nacl 0.45% inj</i>	74																																																																																																																																																																																																																																																																																		
ipratropium bromide.....	78	500MG	54	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in</i>																																																																																																																																																																																																																																																																																			
ipratropium bromide (<i>nasal</i>)		JANUVIA	55	<i>dextrose 5% & nacl 0.2%</i>																																																																																																																																																																																																																																																																																			
.....	78	JARDIANCE	55	<i>inj</i>	74																																																																																																																																																																																																																																																																																		
ipratropium-albuterol nebu		jasmiel	59	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in</i>																																																																																																																																																																																																																																																																																			
<i>solv 0.5-2.5(3) mg/3ml</i>	78	javygtor	63	<i>dextrose 5% & nacl</i>																																																																																																																																																																																																																																																																																			
irbesartan.....	33	JAYPIRCA	26, 27	<i>0.45% inj</i>	74																																																																																																																																																																																																																																																																																		
irbesartan-		JENTADUETO TAB 2.5-		<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in</i>																																																																																																																																																																																																																																																																																			
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		1000	55	<i>dextrose 5% & nacl 0.9%</i>																																																																																																																																																																																																																																																																																			
<i>150-12.5 mg</i>	32	JENTADUETO TAB 2.5-		<i>inj</i>	74																																																																																																																																																																																																																																																																																		
irbesartan-		500	55	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl</i>																																																																																																																																																																																																																																																																																			
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		JENTADUETO TAB 2.5-		<i>0.45% inj</i>	74																																																																																																																																																																																																																																																																																		
<i>300-12.5 mg</i>	32	850	55	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl</i>																																																																																																																																																																																																																																																																																			
IRESSA		JENTADUETO TAB XR		<i>0.9% inj</i>	74																																																																																																																																																																																																																																																																																		
see <i>gefitinib</i>	26	2.5-1000MG	55	<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in</i>																																																																																																																																																																																																																																																																																			
irinotecan hcl	24	JENTADUETO TAB XR 5-		<i>dextrose 5% & nacl</i>																																																																																																																																																																																																																																																																																			
ISENTRESS	17	1000MG	55	ISENTRESS HD	17	jintel	61	<i>0.45% inj</i>	74	isibloom	59	jolessa	59	ISOLYTE-P INJ /D5W....	74	juleber	59	<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in</i>		ISOLYTE-S INJ.....	74	JULUCA TAB 50-25MG..	18	<i>dextrose 5% & nacl</i>		ISOLYTE-S INJ PH 7.4... <td>74</td> <td>junel 1.5/30.....</td> <td>59</td> <tr> <td>isoniazid.....</td> <td>18</td> <td>junel 1/20.....</td> <td>59</td> <td> <i>0.45% inj</i></td> <td>74</td> </tr> <tr> <td>ISORDIL TITRADOSE</td> <td></td> <td>junel fe 1.5/30</td> <td>59</td> <tr> <td> see <i>isosorbide dinitrate</i></td> <td></td> <td>junel fe 1/20</td> <td>59</td> <td><i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl</i></td> <td></td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>38</td> <td></td> <td></td> <td> <i>0.9% inj</i></td> <td>74</td> </tr> </tr>	74	junel 1.5/30.....	59	isoniazid.....	18	junel 1/20.....	59	<i>0.45% inj</i>	74	ISORDIL TITRADOSE		junel fe 1.5/30	59	see <i>isosorbide dinitrate</i>		junel fe 1/20	59	<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl</i>		38			<i>0.9% inj</i>	74																																																																																																																																																																																																																																				
ISENTRESS HD	17	jintel	61	<i>0.45% inj</i>	74																																																																																																																																																																																																																																																																																		
isibloom	59	jolessa	59	ISOLYTE-P INJ /D5W....	74	juleber	59	<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in</i>		ISOLYTE-S INJ.....	74	JULUCA TAB 50-25MG..	18	<i>dextrose 5% & nacl</i>		ISOLYTE-S INJ PH 7.4... <td>74</td> <td>junel 1.5/30.....</td> <td>59</td> <tr> <td>isoniazid.....</td> <td>18</td> <td>junel 1/20.....</td> <td>59</td> <td> <i>0.45% inj</i></td> <td>74</td> </tr> <tr> <td>ISORDIL TITRADOSE</td> <td></td> <td>junel fe 1.5/30</td> <td>59</td> <tr> <td> see <i>isosorbide dinitrate</i></td> <td></td> <td>junel fe 1/20</td> <td>59</td> <td><i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl</i></td> <td></td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>38</td> <td></td> <td></td> <td> <i>0.9% inj</i></td> <td>74</td> </tr> </tr>	74	junel 1.5/30.....	59	isoniazid.....	18	junel 1/20.....	59	<i>0.45% inj</i>	74	ISORDIL TITRADOSE		junel fe 1.5/30	59	see <i>isosorbide dinitrate</i>		junel fe 1/20	59	<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl</i>		38			<i>0.9% inj</i>	74																																																																																																																																																																																																																																														
ISOLYTE-P INJ /D5W....	74	juleber	59	<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in</i>																																																																																																																																																																																																																																																																																			
ISOLYTE-S INJ.....	74	JULUCA TAB 50-25MG..	18	<i>dextrose 5% & nacl</i>																																																																																																																																																																																																																																																																																			
ISOLYTE-S INJ PH 7.4... <td>74</td> <td>junel 1.5/30.....</td> <td>59</td> <tr> <td>isoniazid.....</td> <td>18</td> <td>junel 1/20.....</td> <td>59</td> <td> <i>0.45% inj</i></td> <td>74</td> </tr> <tr> <td>ISORDIL TITRADOSE</td> <td></td> <td>junel fe 1.5/30</td> <td>59</td> <tr> <td> see <i>isosorbide dinitrate</i></td> <td></td> <td>junel fe 1/20</td> <td>59</td> <td><i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl</i></td> <td></td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>38</td> <td></td> <td></td> <td> <i>0.9% inj</i></td> <td>74</td> </tr> </tr>	74	junel 1.5/30.....	59	isoniazid.....	18	junel 1/20.....	59	<i>0.45% inj</i>	74	ISORDIL TITRADOSE		junel fe 1.5/30	59	see <i>isosorbide dinitrate</i>		junel fe 1/20	59	<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl</i>		38			<i>0.9% inj</i>	74																																																																																																																																																																																																																																																														
isoniazid.....	18	junel 1/20.....	59	<i>0.45% inj</i>	74																																																																																																																																																																																																																																																																																		
ISORDIL TITRADOSE		junel fe 1.5/30	59	see <i>isosorbide dinitrate</i>		junel fe 1/20	59	<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl</i>		38			<i>0.9% inj</i>	74																																																																																																																																																																																																																																																																								
see <i>isosorbide dinitrate</i>		junel fe 1/20	59	<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl</i>																																																																																																																																																																																																																																																																																			
.....	38			<i>0.9% inj</i>	74																																																																																																																																																																																																																																																																																		

KCL/D5W/NACL INJ	
0.3/0.9%.....	74
kelnor 1/35.....	59
kelnor 1/50.....	59
KEPPRA	
see <i>levetiracetam</i>	47
see <i>roweepra</i>	48
KEPPRA XR	
see <i>levetiracetam</i>	47
KERENDIA	32
KESIMPTA	52
ketoconazole	16
ketoconazole (<i>topical</i>)....	82, 83
ketorolac tromethamine (<i>ophth</i>).....	77
KEVZARA.....	71
KEYTRUDA	27
KINRIX INJ	73
KISQALI 200 DOSE.....	27
KISQALI 200 PAK	
FEMARA	24
KISQALI 400 DOSE.....	27
KISQALI 400 PAK	
FEMARA	24
KISQALI 600 DOSE.....	27
KISQALI 600 PAK	
FEMARA	24
KITABIS PAK	
see <i>tobramycin</i>	15
KLARON	
see <i>sulfacetamide</i> <i>sodium (acne)</i>	82
klayesta	82
KLONOPIN	
see <i>clonazepam</i>	45
klor-con.....	75
klor-con 10.....	75
klor-con 8.....	75
klor-con m10.....	75
klor-con m15.....	75
klor-con m20.....	75
KORLYM	63
KOSELUGO	27
kourzeq.....	85
KRAZATI	27
K-TAB	
see <i>potassium chloride</i> 75	
kurvelo.....	59
KUVAN	
<i>see javygtor</i>	63
<i>see sapropterin</i> <i>dihydrochloride</i>	63
L	
labetalol hcl.....	36
lacosamide	47
lacosamide oral.....	47
lactated ringer's solution	74
lactic acid (<i>ammonium</i> <i>lactate</i>)	84
lactulose	66
lactulose (<i>encephalopathy</i>)	
.....	66
LAMICTAL	
<i>see lamotrigine</i>	47
<i>see subvenite</i>	48
LAMICTAL CHEWABLE	
DISPERS	
<i>see lamotrigine</i>	47
LAMICTAL XR	
<i>see lamotrigine</i>	47
lamivudine	17
lamivudine (<i>hbv</i>)	19
lamivudine-zidovudine tab	
150-300 mg.....	18
lamotrigine	47
LANOXIN	
<i>see digoxin</i>	38
lansoprazole	67
LANTUS	56
LANTUS SOLOSTAR	56
lapatinib ditosylate	27
larin 1.5/30.....	59
larin 1/20.....	59
larin fe 1.5/30.....	59
larin fe 1/20.....	59
LASIX	
<i>see furosemide</i>	37
latanoprost.....	77
LATUDA	
<i>see lurasidone hcl</i>	43
leena.....	59
leflunomide	71
lenalidomide	24
LENVIMA 10 MG DAILY	
DOSE	27
LENVIMA 12MG DAILY	
DOSE	27
LENVIMA 20 MG DAILY	
DOSE	27
LENVIMA 4 MG DAILY	
DOSE	27
LENVIMA 8 MG DAILY	
DOSE	27
LENVIMA CAP 14 MG	27
LENVIMA CAP 18 MG	27
LENVIMA CAP 24 MG	27
lessina	59
LETAIRIS	
<i>see ambrisentan</i>	38
letrozole	23
leucovorin calcium	30
LEUKERAN	22
leuprolide acetate	23
levalbuterol hcl.....	79
levalbuterol tartrate	79
levetiracetam	47
LEVETIRACETAM	
<i>see levetiracetam in</i> <i>sodium chloride iv soln</i> <i>1000 mg/100ml</i>	47
<i>see levetiracetam in</i> <i>sodium chloride iv soln</i> <i>1500 mg/100ml</i>	47
<i>see levetiracetam in</i> <i>sodium chloride iv soln</i> <i>500 mg/100ml</i>	47
levetiracetam in sodium chloride iv soln 1000 mg/100ml	47
levetiracetam in sodium chloride iv soln 1500 mg/100ml	47
levetiracetam in sodium chloride iv soln 500 mg/100ml	47
levobunolol hcl.....	77
levocarnitine (<i>metabolic</i> <i>modifiers</i>)	63
levocetirizine <i>dihydrochloride</i>	78, 79
levofloxacin	20
levofloxacin in d5w iv soln <i>250 mg/50ml</i>	20
levofloxacin in d5w iv soln <i>500 mg/100ml</i>	20

<i>levofloxacin in d5w iv soln</i>	
<i>750 mg/150ml</i>	20
<i>levonest</i>	59
<i>levonorgestrel & ethinyl</i>	
<i>estradiol (91-day) tab</i>	
<i>0.15-0.03 mg</i>	59
<i>levonorgestrel & ethinyl</i>	
<i>estradiol tab 0.1 mg-20</i>	
<i>mcg</i>	59
<i>levonorgestrel & ethinyl</i>	
<i>estradiol tab 0.15 mg-30</i>	
<i>mcg</i>	59
<i>levonorgestrel-eth estra tab</i>	
<i>0.05-30/0.075-40/0.125-</i>	
<i>30mg-mcg</i>	59
<i>levora 0.15/30-28</i>	59
<i>levo-t</i>	64
<i>levothyroxine sodium</i>	64
<i>levoxyl</i>	64
LEXAPRO	
<i>see escitalopram oxalate</i>	
.....	40
LEXIVA	17
<i>see fosamprenavir</i>	
<i>calcium</i>	17
LIALDA	
<i>see mesalamine</i>	66
<i>lidocaine</i>	84
<i>lidocaine hcl</i>	84
<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i>	
.....	13, 14
<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i>	
.....	85
<i>lidocaine-prilocaine cream</i>	
<i>2.5-2.5%</i>	84
LIDODERM	
<i>see lidocaine</i>	84
<i>linezolid</i>	14, 15
LINEZOLID INJ 2MG/ML	15
LINZESS	66
<i>liothyronine sodium</i>	64
LIPITOR	
<i>see atorvastatin calcium</i>	
.....	34
<i>lisinopril</i>	31
<i>lisinopril &</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>10-12.5 mg</i>	31
<i>lisinopril &</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>20-25 mg</i>	31
LITHIUM	52
<i>lithium carbonate</i>	52
LITHOBID	
<i>see lithium carbonate</i>	52
LODINE	
<i>see etodolac</i>	11
<i>loestrin 1.5/30-21</i>	59
<i>loestrin 1/20-21</i>	59
<i>loestrin fe 1.5/30</i>	59
<i>loestrin fe 1/20</i>	59
LOKELMA	58
LOMOTIL	
<i>see diphenoxylate w/</i>	
<i>atropine tab 2.5-0.025</i>	
<i>mg</i>	66
LONSURF TAB 15-6.14	.23
LONSURF TAB 20-8.19	.23
<i>loperamide hcl</i>	66
LOPID	
<i>see gemfibrozil</i>	34
<i>lopinavir-ritonavir soln 400-</i>	
<i>100 mg/5ml (80-20</i>	
<i>mg/ml)</i>	18
<i>lopinavir-ritonavir tab 100-</i>	
<i>25 mg</i>	18
<i>lopinavir-ritonavir tab 200-</i>	
<i>50 mg</i>	18
LOPRESSOR	
<i>see metoprolol tartrate</i> 36	
<i>lorazepam</i>	39
<i>lorazepam intensol</i>	39
LORBRENA	27
<i>loryna</i>	59
<i>losartan potassium</i>	33
<i>losartan potassium &</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>100-12.5 mg</i>	32
<i>losartan potassium &</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>100-25 mg</i>	32
<i>losartan potassium &</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>50-12.5 mg</i>	32
LOTEMAX	77
LOTENSIN	
<i>see benazepril hcl</i>	31
LOTENSIN HCT	
<i>see benazepril &</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>10-12.5 mg</i>	31
<i>see benazepril &</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>20-12.5 mg</i>	31
<i>see benazepril &</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>20-25 mg</i>	31
LOTREL	
<i>see amlodipine besylate-</i>	
<i>benazepril hcl cap 10-</i>	
<i>20 mg</i>	30
<i>see amlodipine besylate-</i>	
<i>benazepril hcl cap 10-</i>	
<i>40 mg</i>	31
<i>see amlodipine besylate-</i>	
<i>benazepril hcl cap 5-10</i>	
<i>mg</i>	30
<i>see amlodipine besylate-</i>	
<i>benazepril hcl cap 5-20</i>	
<i>mg</i>	30
LOTRONEX	
<i>see alosetron hcl</i>	66
<i>lovastatin</i>	34
LOVAZA	
<i>see omega-3-acid ethyl</i>	
<i>esters cap 1 gm</i>	35
LOVENOX	
<i>see enoxaparin sodium</i>	
.....	68
<i>low-ogestrel</i>	59
<i>loxapine succinate</i>	43
LUMAKRAS	27
LUMIGAN	77
LUMIZYME	63
LUPRON DEPOT (1-	
<i>MONTH)</i>	23
LUPRON DEPOT (3-	
<i>MONTH)</i>	23
LUPRON DEPOT-PED (1-	
<i>MONTH</i>	63
LUPRON DEPOT-PED (3-	
<i>MONTH</i>	63

LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH)	63
<i>lurasidone hcl</i>	43
lutera	59
lyeq	59
lyllana	61
LYNPARZA	27
LYRICA	
<i>see pregabalin</i>	48
LYSODREN	23
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE)	27
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE)	27
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE)	27
lyza	59
M	
MACROBID	
<i>see nitrofurantoin monohyd macro</i>	15
MACRODANTIN	
<i>see nitrofurantoin macrocrystal</i>	15
magnesium sulfate	74
MAGNESIUM SULFATE	74
<i>see magnesium sulfate</i>	
.....	74
MAGNESIUM SULFATE IN D5W	
<i>see magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1 gm/100ml</i>	74
magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1 gm/100ml	74
MALARONE	
<i>see atovaquone-proguanil hcl tab 250-100 mg</i>	16
<i>see atovaquone-proguanil hcl tab 62.5-25 mg</i>	16
malathion	85
maraviroc	17
MARINOL	
<i>see dronabinol</i>	65
marlissa	59
MARPLAN	40
MATULANE	24
<i>MAVYRET PAK 50-20MG</i>	19
<i>MAVYRET TAB 100-40MG</i>	19
MAXALT	
<i>see rizatriptan benzoate</i>	51
MAXALT-MLT	
<i>see rizatriptan benzoate</i>	51
MAXITROL	
<i>see neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth oint 0.1%</i>	76
<i>see neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth susp 0.1%</i>	76
MAXZIDE	
<i>see triamterene & hydrochlorothiazide tab 75-50 mg</i>	37
MAXZIDE-25	
<i>see triamterene & hydrochlorothiazide tab 37.5-25 mg</i>	37
meclizine hcl	65
MEDROL	
<i>see methylprednisolone</i>	
.....	62
MEDROL DOSEPAK	
<i>see methylprednisolone</i>	
.....	62
medroxyprogesterone acetate	64
medroxyprogesterone acetate (contraceptive)	60
mefloquine hcl	16
megestrol acetate	23, 64
<i>megestrol acetate (appetite)</i>	64
MEKINIST	27
MEKTOVI	27
meloxicam	11
memantine hcl	39
MENACTRA INJ	73
MENQUADFI INJ	73
MENVEO INJ	73
<i>MENVEO SOL</i>	73
MEPRON	
<i>see atovaquone</i>	14
mercaptopurine	23
meropenem	15
mesalamine	66
mesalamine w/ cleanser	66
MESNEX	30
MESTINON	
<i>see pyridostigmine bromide</i>	52
metformin hcl	55
methadone hcl	12
<i>methadone hydrochloride i</i>	12
METHADOSE	
<i>see methadone hydrochloride i</i>	12
methazolamide	37
methenamine hippurate	15
methimazole	64
methotrexate sodium	23, 71
methsuximide	47
METHYLIN	
<i>see methylphenidate hcl</i>	
.....	50
methylphenidate hcl	50
methylprednisolone	62
<i>methylprednisolone acetate</i>	
.....	62
<i>methylprednisolone sod succ</i>	
.....	62
methyltestosterone	54
metoclopramide hcl	65
metolazone	37
metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg	36
metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-50 mg	36
metoprolol & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg	36
metoprolol succinate	36
metoprolol tartrate	36
METROCREAM	
<i>see metronidazole (topical)</i>	84
METROLOTION	

see <i>metronidazole</i>	
(<i>topical</i>).....	84
<i>metronidazole</i>	15
METRONIDAZOLE	
see <i>metronidazole</i>	15
<i>metronidazole</i> (<i>topical</i>) ...	84
<i>metronidazole vaginal</i>	68
<i>metyrosine</i>	38
MG SO4/D5W INJ	
10MG/ML	74
<i>micafungin sodium</i>	16
MICARDIS	
see <i>telmisartan</i>	34
<i>microgestin 1.5/30</i>	60
<i>microgestin 1/20</i>	60
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	60
<i>microgestin fe 1/20</i>	60
<i>midodrine hcl</i>	38
<i>miglustat</i>	63
MIGRALAN	
see <i>dihydroergotamine mesylate</i>	51
<i>mili</i>	60
<i>mimvey</i>	61
MINIPRESS	
see <i>prazosin hcl</i>	32
MINIVELLE	
see <i>lyllana</i>	61
<i>minocycline hcl</i>	22
<i>minoxidil</i>	38
<i>mirtazapine</i>	40
<i>misoprostol</i>	66
MITIGARE	11
M-M-R II INJ	73
M-NATAL PLUS TAB.....	75
<i>modafinil</i>	53
<i>moexipril hcl</i>	31
<i>molindone hcl</i>	43
<i>mometasone furoate</i>	84
MONJUVI	28
<i>mono-linyah</i>	60
<i>montelukast sodium</i>	79
<i>morpheine sulfate</i>	12, 13
MORPHINE SULFATE ...	13
MORPHINE	
SULFATE/SODIUM C.	13
MOUNJARO	55
MOVANTIK.....	66
<i>moxifloxacin hcl</i>	20
<i>moxifloxacin hcl (ophth)</i>	76
<i>moxifloxacin hcl 400 mg/250ml in sodium chloride 0.8% inj</i>	21
MS CONTIN	
see <i>morphine sulfate</i> ...12	
MULTAQ.....	34
<i>multiple electrolytes ph 5.5</i>	75
<i>multiple electrolytes ph 7.4</i>	75
<i>mupirocin</i>	82
MYAMBUTOL	
see <i>ethambutol hcl</i>	18
MYCAMINE	
see <i>micafungin sodium</i> 16	
MYCOBUTIN	
see <i>rifabutin</i>	18
<i>mycophenolate mofetil</i>	72
<i>mycophenolate sodium</i> ...	72
MYFORTIC	
see <i>mycophenolate sodium</i>	72
MYRBETRIQ	68
mysoline	
see <i>primidone</i>	48
N	
<i>nabumetone</i>	11
<i>nadolol</i>	36
<i>nafcillin sodium</i>	21
NAGLAZYME.....	63
<i>nalbuphine hcl</i>	13
<i>naloxone hcl</i>	53
<i>naltrexone hcl</i>	53
NAMENDA	
see <i>memantine hcl</i>	39
NAMENDA XR	
see <i>memantine hcl</i>	39
NAMZARIC CAP 14-10MG	
.....	39
NAMZARIC CAP 21-10MG	
.....	39
NAMZARIC CAP 28-10MG	
.....	39
NAMZARIC CAP 7-10MG	
.....	39
NAMZARIC CAP PACK..	39
NAPROSYN	
see <i>naproxen</i>	11
naproxen.....	11
naproxen sodium	11
<i>naratriptan hcl</i>	51
NARDIL	
see <i>phenelzine sulfate</i> 41	
NATACYN.....	76
<i>nateglinide</i>	55
NATPARA.....	58
NAYZILAM.....	47
<i>nebivolol hcl</i>	36
NEBUPENT	
see <i>pentamidine isethionate inh</i>	15
<i>necon 0.5/35-28</i>	60
<i>nefazodone hcl</i>	40
<i>neomycin sulfate</i>	15
<i>neomycin-bacitrac zn-polymyx 5(3.5)mg-400unt-1000unt op oin</i>	76
<i>neomycin-polomy-gramicid op sol 1.75-10000-0.025mg-unt-mg/ml</i>	76
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth oint 0.1%</i>	76
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth susp 0.1%</i>	76
<i>neomycin-polymyxin-hc ophth susp</i>	76
<i>neomycin-polymyxin-hc otic soln 1%</i>	77
<i>neomycin-polymyxin-hc otic susp 3.5 mg/ml-10000 unit/ml-1%</i>	78
<i>neo-polycin 5(3.5)mg-400unt-1000unt op oin</i>	76
<i>neo-polycin hc ophth oint 1%</i>	76
NEORAL	
see <i>cyclosporine modified (for microemulsion)</i>	72
see <i>gengraf</i>	72
NERLYNX.....	28
NEUPRO	42
NEURONTIN	

<i>see gabapentin</i>	47
<i>nevirapine</i>	17
NEXAVAR	28
<i>see sorafenib tosylate</i> .28	
NEXIUM	
<i>see esomeprazole</i>	
<i>magnesium</i>	67
<i>niacin (antihyperlipidemic)</i>	
.....	35
<i>nicardipine hcl</i>	37
NICOTROL INHALER.....	53
NICOTROL NS	53
<i>nifedipine</i>	37
<i>nikki</i>	60
NILANDRON	
<i>see nilutamide</i>	23
<i>nilutamide</i>	23
<i>nimodipine</i>	37
NINLARO.....	28
<i>nitazoxanide</i>	15
<i>nitisinone</i>	63
NITRO-BID	38
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	
.....	15
<i>nitrofurantoin monohyd</i>	
<i>macro</i>	15
<i>nitroglycerin</i>	38
NITROSTAT	
<i>see nitroglycerin</i>	38
<i>nizatidine</i>	66
<i>nora-be</i>	60
<i>norelgestromin-ethinyl</i>	
<i>estradiol td ptwk 150-35</i>	
<i>mcg/24hr</i>	60
<i>norethindrone</i>	
<i>(contraceptive)</i>	60
<i>norethindrone ace & ethinyl</i>	
<i>estradiol tab 1 mg-20</i>	
<i>mcg</i>	60
<i>norethindrone ace & ethinyl</i>	
<i>estradiol tab 1.5 mg-30</i>	
<i>mcg</i>	60
<i>norethindrone ace & ethinyl</i>	
<i>estradiol-fe tab 1 mg-20</i>	
<i>mcg</i>	60
<i>norethindrone acetate</i>	64
<i>norethindrone acetate-</i>	
<i>ethinyl estradiol tab 0.5</i>	
<i>mg-2.5 mcg</i>	61
<i>norethindrone acetate-</i>	
<i>ethinyl estradiol tab 1</i>	
<i>mg-5 mcg</i>	61
<i>norethindrone ac-ethinyl</i>	
<i>estrad-fe tab 1-20/1-30/1-</i>	
<i>35 mg-mcg</i>	60
<i>norgestimate & ethinyl</i>	
<i>estradiol tab 0.25 mg-35</i>	
<i>mcg</i>	60
<i>norgestimate-eth estrad tab</i>	
<i>0.18-25/0.215-25/0.25-25</i>	
<i>mg-mcg</i>	60
<i>norgestimate-eth estrad tab</i>	
<i>0.18-35/0.215-35/0.25-35</i>	
<i>mg-mcg</i>	60
<i>norlyroc</i>	60
NORPACE	
<i>see disopyramide</i>	
<i>phosphate</i>	34
NORPACE CR.....	34
NORPRAMIN	
<i>see desipramine hcl</i> ...40	
NORTHERA	
<i>see droxidopa</i>	38
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	60
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	60
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	60
<i>nortrel 7/7/7</i>	60
<i>nortriptyline hcl</i>	40
NORVASC	
<i>see amlodipine besylate</i>	
.....	36
NORVIR.....	17
<i>see ritonavir</i>	17
NOVOLIN INJ 70/30	56
NOVOLIN INJ 70/30 FP..56	
NOVOLIN N.....	57
NOVOLIN N FLEXPEN...57	
NOVOLIN R	57
NOVOLIN R FLEXPEN...57	
NOVOLOG	57
NOVOLOG FLEXPEN ...57	
NOVOLOG MIX INJ 70/30	
.....	57
NOVOLOG MIX INJ	
<i>FLEXPEN</i>	57
NOVOLOG PENFILL	57
NOXAFL	
<i>see posaconazole</i>	16
NUBEQA.....	23
NUEDEXTA CAP 20-10MG	
.....	52
NULOJIX.....	72
NUPLAZID	43, 44
NURTEC.....	51
NUTRILIPID	75
NUVARING	
<i>see eluryng</i>	59
<i>see enilloring</i>	59
<i>see etonogestrel-ethinyl</i>	
<i>estradiol va ring 0.120-</i>	
<i>0.015 mg/24hr</i>	59
<i>see haloette</i>	59
NUVIGIL	
<i>see armodafinil</i>	53
NUZYRA	22
nyamyc	82
nylia 1/35	60
nylia 7/7/7	60
NYMALIZE	37
nymyo	60
nystatin	16
nystatin (mouth-throat)....85	
nystatin (topical).....	82
nystop	82
O	
ocella	60
OCTAGAM.....	72
octreotide acetate	63
OCUFLOX	
<i>see ofloxacin (ophth)</i> ...76	
ODEFSEY TAB.....	18
ODOMZO.....	28
OFEV	80
ofloxacin (ophth)	76
ofloxacin (otic).....	78
OGIVRI	28
OGIVRI INJ 420MG	28
OGSIVEO	28
OJJAARA.....	28
olanzapine	44
olmesartan medoxomil...34	
olmesartan medoxomil-	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>20-12.5 mg</i>	33
<i>olmesartan medoxomil-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>40-12.5 mg</i>	33

<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-25 mg</i>.....33	ONTRUZANT.....28
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 20-5-12.5 mg</i>.....33	ONUREG.....23
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-12.5 mg</i>.....33	OPSUMIT.....38
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-25 mg</i>.....33	ORFADIN see <i>nitisinone</i> .....63
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-12.5 mg</i>.....33	ORGOVYX.....23
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-25 mg</i>.....33	ORKAMBI GRA 100-125 80
<i>omega-3-acid ethyl esters cap 1 gm</i>.....35	ORKAMBI GRA 150-188 80
<i>omeprazole</i>.....67	ORKAMBI GRA 75-94MG.....80
OMNIPOD 5 G6 KIT INTRO.....57	ORKAMBI TAB 100-125 .80
OMNIPOD 5 G6 MIS PODS.....57	ORKAMBI TAB 200-125 .80
OMNIPOD DASH KIT INTRO.....57	ORSERDU.....23
OMNIPOD DASH MIS PODS.....57	ORTHO TRI-CYCLEN LO see <i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-25/0.215-25/0.25-25 mg-mcg</i> .....60
OMNIPOD GO KIT 10UNT/DY.....57	see <i>tri-lo-estarrylla</i> .....60
OMNIPOD GO KIT 15UNT/DY.....57	see <i>tri-lo-marzia</i> .....60
OMNIPOD GO KIT 20UNT/DY.....57	see <i>tri-lo-mili</i> .....60
OMNIPOD GO KIT 25UNT/DY.....57	see <i>tri-lo-sprintec</i> .....60
OMNIPOD GO KIT 30UNT/DY.....57	see <i>tri-vylibra lo</i> .....60
OMNIPOD GO KIT 35UNT/DY.....57	<i>oseltamivir phosphate</i>.....19
OMNIPOD GO KIT 40UNT/DY.....57	OTEZLA.....71
OMNIPOD MIS CLASSIC.....57	OTEZLA TAB 10/20/30...71
<i>ondansetron</i>.....65	oxacillin sodium .....21
<i>ondansetron hcl</i>.....65	oxaliplatin.....22
<i>ONFI</i> see <i>clobazam</i>.....45	oxcarbazepine .....47
	oxybutynin chloride .....68
	oxycodone hcl.....13
	oxycodone w/ <i>acetaminophen tab 10-325 mg</i> .....13
	oxycodone w/ <i>acetaminophen tab 2.5-325 mg</i> .....13
	oxycodone w/ <i>acetaminophen tab 5-325 mg</i> .....13
	oxycodone w/ <i>acetaminophen tab 7.5-325 mg</i> .....13
	OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) .....55
	OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE) .....55
	OZEMPIC (1MG/DOSE) .55
	OZEMPIC (2MG/DOSE) .55
	P
	<i>pacerone</i>.....34
	<i>paclitaxel</i>.....24
	<i>paclitaxel protein-bound particles for iv susp 100 mg</i> .....24
	<i>paliperidone</i> .....44
	PAMELOR see <i>nortriptyline hcl</i> ....40
	<i>pamidronate disodium</i> ...58
	PAMIDRONATE DISODIUM .....58
	PANRETIN.....84
	<i>pantoprazole sodium</i> .....67
	PANZYGA.....72
	<i>paraplatin</i>.....22
	<i>paricalcitol</i>.....64
	PARLODEL see <i>bromocriptine mesylate</i> .....41
	PARNATE see <i>tranylcypromine sulfate</i> .....41
	<i>paromomycin sulfate</i>.....15
	<i>paroxetine hcl</i> .....41
	PAXIL see <i>paroxetine hcl</i> .....41
	<i>pazopanib hcl</i>.....28
	PEDIAPRED see <i>prednisolone sodium phosphate</i>.....62
	PEDIARIX INJ 0.5ML.....73
	PEDVAX HIB.....73
	<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl-na sulfate for soln 236 gm</i> .....66
	<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln 420 gm</i>....66
	PEGASYS.....19
	PEMAZYRE.....28
	<i>pemetrexed disodium</i> ....23
	PEN GK/DEXTR INJ 40000/ML .....21
	PEN GK/DEXTR INJ 60000/ML .....21
	PENBRAYA INJ.....73
	<i>penicillamine</i> .....58
	<i>penicillin g potassium</i>.....21
	<i>penicillin g sodium</i> .....21

<i>penicillin v potassium</i>.....21	<i>phenytek</i>.....48	PLASMA-LYTE-148
PENTACEL INJ .....73	<i>phenytoin</i>.....48	see <i>multiple electrolytes</i>
PENTAM 300	<i>phenytoin sodium</i>.....48	<i>ph 5.5</i>.....75
<i> see pentamidine</i>	<i>phenytoin sodium extended</i>	
<i> isethionate inj</i>.....15	.....48	
<i>pentamidine isethionate inh</i>	PHESGO SOL.....28	
.....15	<i>philith</i>.....60	
<i>pentamidine isethionate inj</i>	PIFELTRO.....17	
.....15	<i>pilocarpine hcl</i>.....77	
<i>pentoxifylline</i>.....69	<i>pilocarpine hcl (oral)</i>.....85	
PEPCID	<i>pimozone</i>.....44	
<i> see famotidine</i>.....65	<i>pimtrea</i>.....60	
PERCOCET	<i>pindolol</i>.....36	
<i> see endocet tab 10-</i>	<i>pioglitazone hcl</i>.....55	
<i> 325mg</i> .....12	<i>pioglitazone hcl-metformin</i>	
<i> see endocet tab 2.5-</i>	<i> hcl tab 15-500 mg</i> .....55	
<i> 325mg</i> .....12	<i>pioglitazone hcl-metformin</i>	
<i> see endocet tab 5-325mg</i>	<i> hcl tab 15-850 mg</i> .....55	
.....12	<i>piperacillin sod-tazobactam</i>	
<i> see endocet tab 7.5-</i>	<i> na for inj 3.375 gm (3-</i>	
<i> 325mg</i> .....12	<i> 0.375 gm)</i>.....21	
<i> see oxycodone w/</i>	<i>piperacillin sod-tazobactam</i>	
<i> acetaminophen tab 10-</i>	<i> sod for inj 13.5 gm (12-</i>	
<i> 325 mg</i> .....13	<i> 1.5 gm)</i>.....22	
<i> see oxycodone w/</i>	<i>piperacillin sod-tazobactam</i>	
<i> acetaminophen tab</i>	<i> sod for inj 2.25 gm (2-</i>	
<i> 2.5-325 mg</i> .....13	<i> 0.25 gm)</i>.....22	
<i> see oxycodone w/</i>	<i>piperacillin sod-tazobactam</i>	
<i> acetaminophen tab 5-</i>	<i> sod for inj 4.5 gm (4-0.5</i>	
<i> 325 mg</i> .....13	<i> gm)</i>.....22	
<i> see oxycodone w/</i>	<i>piperacillin sod-tazobactam</i>	
<i> acetaminophen tab</i>	<i> sod for inj 40.5 gm (36-</i>	
<i> 7.5-325 mg</i> .....13	<i> 4.5 gm)</i>.....22	
PERIDEX	PIQRAY 200MG DAILY	
<i> see chlorhexidine</i>	DOSE .....28	
<i> gluconate (mouth-</i>	PIQRAY 250MG TAB	
<i> throat)</i>.....85	DOSE .....28	
<i> see periogard</i>.....85	PIQRAY 300MG DAILY	
perindopril erbumine.....31	DOSE .....28	
periogard .....85	<i>pirfenidone</i>.....80	
permethrin .....85	<i>piroxicam</i>.....11	
perphenazine.....44	PLAQUENIL	
PERSERIS .....44	<i> see hydroxychloroquine</i>	
pfizerpen.....21	<i> sulfate</i>.....71	
phenelzine sulfate.....41	PLASMA-LYTE A	
PHENERGAN	<i> see multiple electrolytes</i>	
<i> ph 7.4</i> .....75	PLASMA-LYTE INJ -148 75	
phenobarbital.....47	PLASMA-LYTE INJ -A ....75	
phenobarbital sodium		

<i>praziquantel</i>.....15	<i>prochlorperazine edisylate</i>.....65	<i>see budesonide (inhalation)</i>.....81
<i>prazosin hcl</i>.....32	<i>prochlorperazine maleate</i>.....65	PULMOZYME.....80
PRED FORTE	PROCIT.....69	PURIXAN.....23
<i>see prednisolone acetate (ophth)</i>.....77	PROCTOCORT	<i>pyrazinamide</i>.....18
<i>prednisolone</i>.....62	<i>see hydrocortisone (rectal)</i>.....84	<i>pyridostigmine bromide</i> ..52
<i>prednisolone acetate (ophth)</i>.....77	<i>procto-med hc</i>.....85	Q
PREDNISOLONE SODIUM PHOSP.....77	<i>proctosol hc</i>.....85	QINLOCK.....28
<i>prednisolone sodium phosphate</i>.....62	<i>protozone-hc</i>.....85	QUADRACEL INJ.....73
<i>prednisone</i>.....62	<i>progesterone</i>.....64	QUADRACEL INJ 0.5ML 73
PREDNISONE INTENSOL.....62	PROGLYCEM	QUALAQUIN
<i>pregabalin</i>.....48	<i>see diazoxide</i>.....62	<i>see quinine sulfate</i> .....16
PREHEVBRIOT.....73	PROGRAF.....72	QUESTRAN
PREMASOL SOL 10% ...75	<i>see tacrolimus</i>.....73	<i>see cholestyramine</i> ....35
PRENATAL TAB 27-1MG	PROLASTIN-C.....80	QUESTRAN LIGHT
.....75	PROLENSA.....77	<i>see cholestyramine light</i>
PRENATAL TAB PLUS ..75	<i>see bromfenac sodium (ophth)</i>.....76	.....35
PREVACID	PROLIA.....58	<i>see prevalite</i>.....35
<i>see lansoprazole</i>.....67	PROMACTA.....69	<i>quetiapine fumarate</i>.....44
<i>prevalite</i>.....35	<i>promethazine hcl</i> .....65	<i>quinapril hcl</i>.....31
PREVYMIS.....19	PROMETRIUM	<i>quinidine sulfate</i>.....34
PREZCOBIX TAB 800-150	<i>see progesterone</i> .....64	<i>quinine sulfate</i>.....16
.....18	<i>propafenone hcl</i>.....34	QULIPTA .....51
PREZISTA.....17	<i>proparacaine hcl</i>.....77	R
<i>see darunavir</i> .....17	<i>propranolol hcl</i>.....36	RABAVERT INJ.....73
PRIFTIN.....18	<i>propylthiouracil</i>.....64	<i>raloxifene hcl</i>.....63
<i>primaquine phosphate</i> ....16	PROQUAD INJ.....73	<i>ramipril</i>.....31
PRIMAQUINE	PROSCAR	<i>ranolazine</i> .....38
PHOSPHATE .....16	<i>see finasteride</i>.....67	RAPAMUNE
<i>see primaquine phosphate</i>.....16	PROSOL INJ 20% .....75	<i>see sirolimus</i> .....72, 73
PRIMAXIN IV	PROTONIX	<i>rasagiline mesylate</i> .....42
<i>see imipenem-cilastatin intravenous for soln</i>	<i>see pantoprazole sodium</i>	RAYALDEE.....64
500 mg .....14	.....67	RECLAST
<i>primidone</i>.....48	<i>protriptyline hcl</i>.....41	<i>see zoledronic acid</i> ....58
PRIORIX INJ .....73	PROVENTIL HFA	<i>reclipsen</i> .....60
PRISTIQ	<i>see albuterol sulfate</i> ....79	RECOMBIVAX HB.....73
<i>see desvenlafaxine succinate</i>	PROVERA	RECTIV .....85
.....40	<i>see</i>	REGLAN
PRIVIGEN .....72	<i>medroxyprogesterone acetate</i>.....64	<i>see metoclopramide hcl</i>
<i>probenecid</i>.....11	PROVIGIL	.....65
PROCARDIA XL	<i>see modafinil</i>.....53	REGRANEX.....85
<i>see nifedipine</i>.....37	PROZAC	RELENZA DISKHALER ..19
<i>prochlorperazine</i>.....65	<i>see fluoxetine hcl</i> .....40	RELISTOR.....67

RENVELA	
see <i>sevelamer carbonate</i>	
.....	63, 64
repaglinide	55
REPATHA	35
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	35
REPATHA SURECLICK	35
RESTASIS	77
RESTASIS MULTIDOSE	77
RESTORIL	
see <i>temazepam</i>	51
RETEVMO	28
RETIN-A	
see <i>tretinoin</i>	82
RETROVIR	
see <i>zidovudine</i>	17
REVATIO	
see <i>sildenafil citrate</i> (<i>pulmonary</i> <i>hypertension</i>)	38
REVLIMID	24
REXULTI	44
REYATAZ	17
see <i>atazanavir sulfate</i>	16
REZLIDHIA	28
REZUROCK	72
RHOPRESSA	77
ribavirin (<i>hepatitis c</i>)	19
rifabutin	18
RIFADIN	
see <i>rifampin</i>	18
rifampin	18
RILUTEK	
see <i>riluzole</i>	52
riluzole	52
rimantadine hydrochloride	
.....	19
RINVOQ	71
RISPERDAL	
see <i>risperidone</i>	44
RISPERDAL CONSTA	44
risperidone	44, 45
RITALIN	
see <i>methylphenidate hcl</i>	
.....	50
ritonavir	17
rivastigmine	39
rivastigmine tartrate	39
rizatriptan benzoate	51
ROBINUL	
see <i>glycopyrrolate</i>	65
ROBINUL FORTE	
see <i>glycopyrrolate</i>	65
ROCALTROL	
see <i>calcitriol</i>	64
see <i>calcitriol (oral)</i>	64
ROCKLATAN DRO	77
roflumilast	80
ropinirole hydrochloride	42
rosuvastatin calcium	35
ROTARIX SUS	73
ROTATEQ SOL	73
ROWASA	
see <i>mesalamine w/</i> <i>cleanser</i>	66
roweepra	48
ROXICODONE	
see <i>oxycodone hcl</i>	13
ROZLYTREK	28
RUBRACA	28
rufinamide	48
RUKOBIA	17
RYBELSUS	55
RYDAPT	28
S	
SABRIL	
see <i>vigabatrin</i>	49
see <i>vigadron</i>	49
sajazir	69
SALAGEN	
see <i>pilocarpine hcl (oral)</i>	
.....	85
SANDIMMUNE	72
see <i>cyclosporine</i>	72
SANDOSTATIN	
see <i>octreotide acetate</i>	63
SANTYL	85
SAPHRIS	
see <i>asenapine maleate</i>	
.....	42
sapropterin dihydrochloride	
.....	63
SCEMBLIX	28
scopolamine	65
SECUADO	45
selegiline hcl	42
selenium sulfide	83
SELZENTRY	17
see <i>maraviroc</i>	17
SENSIPAR	
see <i>cinacalcet hcl</i>	62
SEREVENT DISKUS	79
SEROQUEL	
see <i>quetiapine fumarate</i>	
.....	44
SEROQUEL XR	
see <i>quetiapine fumarate</i>	
.....	44
sertraline hcl	41
setlakin	60
sevelamer carbonate	63, 64
sharobel	60
SHINGRIX	73
SIGNIFOR	63
sildenafil citrate (<i>pulmonary</i> <i>hypertension</i>)	38
SILENOR	
see <i>doxepin hcl (sleep)</i>	
.....	50
SILVADENE	
see <i>silver sulfadiazine</i>	82
see <i>ssd</i>	82
silver sulfadiazine	82
SIMBRINZA SUS 1-0.2%	77
simliya	60
simvastatin	35
SINEMET	
see <i>carbidopa &</i> <i>levodopa tab 10-100</i>	
<i>mg</i>	41
see <i>carbidopa &</i> <i>levodopa tab 25-100</i>	
<i>mg</i>	41
SINGULAIR	
see <i>montelukast sodium</i>	
.....	79
sirolimus	72, 73
SIRTURO	18
SIVEXTRO	15
SKYRIZI	71
SKYRIZI PEN	71
sod sulfate-pot sulf-mg sulf oral sol 17.5-3.13-1.6	
<i>gm/177ml</i>	66
sodium chloride	75

sodium chloride (<i>gu- rrigant</i>).....85	STALEVO 50 see carbidopa-levodopa- entacapone tabs 12.5- 50-200 mg .....41	sulfamethoxazole- trimethoprim tab 800-160 mg .....15
sodium fluoride chew; tab; 1.1 (0.5 f) mg/ml soln ..75	STALEVO 75 see carbidopa-levodopa- entacapone tabs 18.75-75-200 mg ....42	SULFAMYLYON .....82
SODIUM OXYBATE .....53	STELARA .....71	sulfasalazine .....66
sodium phenylbutyrate....63	STIVARGA .....28	sulindac .....11
sodium polystyrene sulfonate powder.....58	STRATTERA see atomoxetine hcl ....50	sumatriptan .....51
solifenacin succinate.....68	streptomycin sulfate.....15	sumatriptan succinate....51
SOLIQUA INJ 100/33 ....57	STRIBILD TAB.....18	sunitinib malate.....28
SOLTAMOX.....24	STROMECTOL see ivermectin.....14	SUNLENCA .....17
SOLU-CORTEF .....62	SUBOXONE see buprenorphine hcl- naloxone hcl sl film 12- 3 mg (base equiv)....53	SUPREP BOWEL PREP KIT
SOLU-MEDROL see methylprednisolone sod succ .....62	see buprenorphine hcl- naloxone hcl sl film 2- 0.5 mg (base equiv).53	see sod sulfate-pot sulf- mg sulf oral sol 17.5- 3.13-1.6 gm/177ml...66
SOMATULINE DEPOT ...63	see buprenorphine hcl- naloxone hcl sl film 4-1 mg (base equiv).....53	SUSTIVA see efavirenz.....17
SOMAVERT .....63	see buprenorphine hcl- naloxone hcl sl film 8-2 mg (base equiv).....53	SUTENT see sunitinib malate ....28
sorafenib tosylate.....28	subvenite .....48	syeda .....60
sorine.....34	sucralfate .....67	SYMDEKO TAB 100-15080
sotalol hcl.....34	sulfacetamide sodium (acne).....82	SYMDEKO TAB 50-75MG.....80
sotalol hcl (afib/afl).....34	sulfacetamide sodium (ophth).....76	SYMF1
spironolactone .....32	sulfacetamide sodium- prednisolone ophth soln 10-0.23(0.25)% .....76	see efavirenz- lamivudine-tenofovir df tab 600-300-300 mg 18
spironolactone & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg.....37	sulfadiazine.....15	SYMFI LO see efavirenz- lamivudine-tenofovir df tab 400-300-300 mg 18
SPORANOX see itraconazole.....16	sulfamethoxazole- trimethoprim iv soln 400- 80 mg/5ml .....15	SYMPAZAN .....48
sprintec 28 .....60	sulfamethoxazole- trimethoprim susp 200-40 mg/5ml .....15	SYMTUZA TAB.....18
SPRITAM.....48	sulfamethoxazole- trimethoprim tab 400-80 mg .....15	SYNALAR see fluocinolone acetonide .....83
SPRYCEL.....28	SYNAREL .....61	
sps .....58	SYNJARDY TAB 12.5- 1000MG .....56	
sronyx.....60	SYNJARDY TAB 12.5-500.....56	
ssd .....82	SYNJARDY TAB 5- 1000MG .....55	
STALEVO 100 see carbidopa-levodopa- entacapone tabs 25- 100-200 mg .....42	SYNJARDY TAB 5-500MG.....55	
STALEVO 125 see carbidopa-levodopa- entacapone tabs 31.25-125-200 mg ...42	SYNJARDY XR TAB 10- 1000 .....56	
STALEVO 150 see carbidopa-levodopa- entacapone tabs 37.5- 150-200 mg .....42	SYNJARDY XR TAB 12.5- 1000 .....56	
STALEVO 200 see carbidopa-levodopa- entacapone tabs 50- 200-200 mg .....42		

SYNJARDY XR TAB 25-	
1000	56
SYNJARDY XR TAB 5-	
1000MG	56
SYNTHROID	64
see <i>euthyrox</i>	64
see <i>levo-t</i>	64
see <i>levothyroxine sodium</i>	64
see <i>levoxyl</i>	64
see <i>unithroid</i>	64
SYPRINE	
<i>see trientine hcl</i>	58
T	
TABLOID	23
TABRECTA	29
<i>tacrolimus</i>	73
<i>tacrolimus (topical)</i>	85
TAFINLAR	29
TAGRISSO	29
TALTZ	71
TALZENNA	29
TAMIFLU	
<i>see oseltamivir phosphate</i>	19
<i>tamoxifen citrate</i>	24
<i>tamsulosin hcl</i>	67
TARCEVA	
<i>see erlotinib hcl</i>	25
TARGETIN	
<i>see bexarotene</i>	24
<i>see bexarotene (topical)</i>	84
<i>tarina fe 1/20 eq.</i>	60
TASIGNA	29
<i>tasimelteon</i>	51
<i>tazarotene</i>	83
<i>tazicef</i>	20
TAZORAC	83
<i>see tazarotene</i>	83
<i>taztia xt</i>	37
TAZVERIK	29
TDVAX INJ 2-2 LF	73
TECENTRIQ	29
TEFLARO	20
TEGRETOL	
<i>see carbamazepine</i>	45
<i>see epitol</i>	46
TEGRETOL-XR	
<i>see carbamazepine</i>	45
TEKTURNA	
<i>see aliskiren fumarate</i> ..	37
telmisartan	34
<i>temazepam</i>	51
TENIVAC INJ 5-2LF	73
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	17
TENORETIC 100	
<i>see atenolol & chlorthalidone tab 100-25 mg</i>	35
TENORETIC 50	
<i>see atenolol & chlorthalidone tab 50-25 mg</i>	35
TENORMIN	
<i>see atenolol</i>	36
TEPMETKO	29
<i>terazosin hcl</i>	32
<i>terbinafine hcl</i>	16
<i>terbutaline sulfate</i>	79
<i>terconazole vaginal</i>	68
TERIPARATIDE	58
<i>testosterone</i>	54
<i>testosterone cypionate</i>	54
<i>testosterone enanthate</i>	54
<i>tetrabenazine</i>	52
<i>tetracycline hcl</i>	22
THALOMID	24
<i>theophylline</i>	80
<i>thioridazine hcl</i>	45
<i>thiothixene</i>	45
<i>tiadylt er</i>	37
<i>tiagabine hcl</i>	48
TIAZAC	
<i>see diltiazem hcl extended release beads</i>	36
<i>see taztia xt</i>	37
<i>see tiadylt er</i>	37
TIBSOVO	29
TICOVAC	73
<i>tigecycline</i>	22
TIKOSYN	
<i>see dofetilide</i>	34
<i>tilia fe</i>	60
<i>timolol maleate</i>	36
<i>timolol maleate (ophth)</i>	77
<i>tinidazole</i>	15
TIVICAY	17
TIVICAY PD	17
<i>tizanidine hcl</i>	53
TOBRADEX OIN 0.3-0.1%	
<i>.....</i>	76
TOBRADEX ST SUS 0.3-	
0.05	76
<i>tobramycin</i>	15
<i>tobramycin (ophth)</i>	76
<i>tobramycin sulfate</i>	15
<i>tobramycin-dexamethasone ophth susp 0.3-0.1%</i>	76
<i>tolterodine tartrate</i>	68
TOPAMAX	
<i>see topiramate</i>	48
TOPAMAX SPRINKLE	
<i>see topiramate</i>	48
<i>topiramate</i>	48
TOPROL XL	
<i>see metoprolol succinate</i>	36
<i>toremifene citrate</i>	24
<i>torsemide</i>	37
TOUJEON MAX SOLOSTAR	
<i>.....</i>	57
TOUJEON SOLOSTAR	57
TPN ELECTROL INJ	75
TRACLEER	
<i>see bosentan</i>	38
TRADJENTA	56
<i>tramadol hcl</i>	13
<i>tramadol-acetaminophen tab 37.5-325 mg</i>	13
<i>trandolapril</i>	31
<i>tranexamic acid</i>	69
TRANSDERM-SCOP	
<i>see scopolamine</i>	65
<i>tranylcypromine sulfate</i>	41
TRAVASOL INJ 10%	75
TRAZIMERA	29
<i>trazodone hcl</i>	41
TRECATOR	18
TRELEGY AER ELLIPTA 100-62.5-25 MCG	78
TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25 MCG	78
<i>treprostinil</i>	38
TRESIBA	57

TRESIBA FLEXTOUCH..57	
<i>tretinoin</i>.....82	
<i>tretinoin (chemotherapy)</i> .24	
<i>triamcinolone acetonide (mouth)</i>.....85	
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> ..84	
<i>triamterene & hydrochlorothiazide cap 37.5-25 mg</i>.....37	
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab 37.5-25 mg</i>.....37	
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab 75-50 mg</i>.....37	
TRIBENZOR	
see <i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 20-5-12.5 mg</i> .....33	
see <i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-12.5 mg</i> .....33	
see <i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-25 mg</i> .....33	
see <i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-12.5 mg</i> .....33	
see <i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-25 mg</i> .....33	
TRICOR	
see <i>fenofibrate</i> .....34	
<i>trientine hcl</i> .....58	
<i>tri-estarrylla</i> .....60	
<i>trifluoperazine hcl</i>.....45	
<i>trifluridine</i> .....76	
<i>trihexyphenidyl hcl</i>.....42	
TRIJARDY XR TAB ER	
24HR 10-5-1000MG....56	
TRIJARDY XR TAB ER	
24HR 12.5-2.5-1000MG ..56	
TRIJARDY XR TAB ER	
24HR 25-5-1000MG....56	
TRIJARDY XR TAB ER	
24HR 5-2.5-1000MG ...56	
TRIKAFTA PAK 59.5MG 80	
TRIKAFTA PAK 75MG ...80	
TRIKAFTA TAB 100-50-	
75MG & 150MG .....80	
TRIKAFTA TAB 50-25-	
37.5MG & 75MG .....80	
<i>tri-legest fe</i>.....60	
TRILEPTAL	
see <i>oxcarbazepine</i>.....47	
<i>tri-linyah</i> .....60	
<i>tri-lo-estarrylla</i> .....60	
<i>tri-lo-marzia</i> .....60	
<i>tri-lo-mili</i> .....60	
<i>tri-lo-sprintec</i>.....60	
<i>trimethoprim</i>.....15	
<i>tri-mili</i> .....60	
<i>trimipramine maleate</i> .....41	
TRINTELLIX .....41	
<i>tri-nymyo</i> .....60	
<i>tri-sprintec</i>.....60	
TRIUMEQ PD TAB .....18	
TRIUMEQ TAB .....18	
<i>trivora-28</i> .....60	
<i>tri-vylibra</i> .....60	
<i>tri-vylibra lo</i> .....60	
TRIZIVIR TAB.....18	
TROGARZO .....17	
TROPHAMINE INJ 10% .75	
<i>trospium chloride</i> .....68	
TRULICITY .....56	
TRUMENBA INJ .....73	
TRUQAP .....29	
TRUVADA	
see <i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 100-150 mg</i> .....18	
see <i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 133-200 mg</i> .....18	
see <i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 167-250 mg</i> .....18	
see <i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 200-300 mg</i> .....18	
TRUXIMA.....29	
TUKYSA .....29	
TURALIO .....29	
<i>turqoz</i>.....61	
TWINRIX INJ .....73	
TYBOST .....17	
TYGACIL	
see <i>tigecycline</i>.....22	
TYKERB	
see <i>lapatinib ditosylate</i> 27	
TYPHIM VI.....73	
TYRVAYA .....77	
U	
UBRELVY .....51	
UCERIS	
see <i>budesonide</i>.....66	
UNASYN	
see <i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 1.5 (1-0.5) gm</i> ....21	
see <i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 3 (2-1) gm</i> .....21	
UNASYN BULK PACK	
see <i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 15 (10-5) gm</i> 21	
<i>unithroid</i>.....64	
UROCIT-K 10	
see <i>potassium citrate (alkalinizer)</i> .....67	
UROCIT-K 15	
see <i>potassium citrate (alkalinizer)</i> .....67	
UROCIT-K 5	
see <i>potassium citrate (alkalinizer)</i> .....67	
UROXATRAL	
see <i>alfuzosin hcl</i>.....67	
URSO 250	
see <i>ursodiol</i>.....67	
URSO FORTE	
see <i>ursodiol</i>.....67	
<i>ursodiol</i>.....67	

V	
VAGIFEM	
see <i>estradiol vaginal</i>	61
see <i>yuvafem</i>	61
valacyclovir hcl.....	19
VALCHLOR	85
VALCYTE	
see <i>valganciclovir hcl</i> ..	19
valganciclovir hcl.....	19
VALIUM	
see <i>diazepam</i>	46
valproate sodium	48
valproic acid.....	48
valsartan	34
valsartan-	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>160-12.5 mg</i>	33
valsartan-	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>160-25 mg</i>	33
valsartan-	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>320-12.5 mg</i>	33
valsartan-	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>320-25 mg</i>	33
VALTOCO 10 MG DOSE	49
VALTOCO 15 MG DOSE	49
VALTOCO 20 MG DOSE	49
VALTOCO 5 MG DOSE..	48
VALTREX	
see <i>valacyclovir hcl</i>	19
VANCOCIN	
see <i>vancomycin hcl</i>	15
vancomycin hcl	15
VANCOMYCIN INJ 1 GM	15
VANCOMYCIN INJ 500MG	
.....	15
VANCOMYCIN INJ 750MG	
.....	15
VANFLYTA	29
VAQTA	73
varenicline tartrate	53
varenicline tartrate tab 11 x	
<i>0.5 mg & 42 x 1 mg start pack</i>	53
VARIVAX	73
VASCEPA.....	35
VASERETIC	
see <i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>10-25 mg</i>	31
VASOTEC	
see <i>enalapril maleate</i> ..	31
VELCADE	
see <i>bortezomib</i>	25
velivet	61
VELPHORO	64
VELTASSA	58
VEMLIDY	19
VENCLEXTA	29
VENCLEXTA TAB START	
PK	29
venlafaxine hcl.....	41
VENTAVIS	39
VENTOLIN HFA.....	79
VENTOLIN HFA	
(<i>INSTITUTIONAL PACK</i>)	
.....	79
verapamil hcl.....	37
VERELAN	
see <i>verapamil hcl</i>	37
VERQUVO	38
VERSACLOZ	45
VERZENIO	29
VESICARE	
see <i>solifenacin succinate</i>	
.....	68
vestura.....	61
VFEND	
see <i>voriconazole</i>	16
VFEND IV	
see <i>voriconazole</i>	16
V-GO 20 KIT	57
V-GO 30 KIT	57
V-GO 40 KIT	58
VIBRAMYCIN	
see <i>doxycycline</i>	
<i>(monohydrate)</i>	22
see <i>doxycycline hyclate</i>	
.....	22
VIDAZA	
see <i>azacitidine</i>	22
vienna	61
vigabatrin.....	49
vigadrone	49
VIGAMOX	
see <i>moxifloxacin hcl</i>	
(<i>ophth</i>)	76
VIIBRYD	
see <i>vilazodone hcl</i>	41
vilazodone hcl.....	41
VIMPAT	
see <i>lacosamide</i>	47
see <i>lacosamide oral</i> ...	47
vincristine sulfate	25
vinorelbine tartrate	25
viorele	61
VIRACEPT	17
VIREAD	17
see <i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	17
VISTARIL	
see <i>hydroxyzine pamoate</i>	78
VITRAKVI	29
VIVELLE-DOT	
see <i>dotti</i>	61
see <i>estradiol</i>	61
VIVITROL	54
VIZIMPRO	29
VONJO	29
voriconazole.....	16
VOSEVI TAB	19
VOTRIENT	29
see <i>pazopanib hcl</i>	28
VRAYLAR	45
VRAYLAR CAP 1.5-3MG	45
vyfemla	61
vylibra	61
VYTORIN	
see <i>ezetimibe-simvastatin tab</i> 10-10	
<i>mg</i>	35
see ezetimibe-simvastatin tab 10-20	
<i>mg</i>	35
see ezetimibe-simvastatin tab 10-40	
<i>mg</i>	35
see ezetimibe-simvastatin tab 10-80	
<i>mg</i>	35
VYZULTA.....	77

W	
warfarin sodium	69
water for irrigation, sterile <i>irrigation soln</i>	85
WELCHOL	
see <i>colesevelam hcl</i>	35
WELIREG	24
WELLBUTRIN SR	
see <i>bupropion hcl</i>	40
WELLBUTRIN XL	
see <i>bupropion hcl</i>	40
wera.....	61
wixela <i>inhub</i>	81
X	
XALATAN	
see <i>latanoprost</i>	77
XALKORI	30
XANAX	
see <i>alprazolam</i>	39
XARELTO	69
XARELTO STAR TAB	
15/20MG	69
XATMEP	71
XCOPRI	49
XCOPRI PAK 100-150....	49
XCOPRI PAK 12.5-25....	49
XCOPRI PAK 150-200MG (MAINTENANCE).....	49
XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION).....	49
XCOPRI PAK 50-100MG	49
XELJANZ.....	71
XELJANZ XR	71
XENAZINE	
see <i>tetrabenazine</i>	52
XERMELO	67
XGEVA	58
XHANCE.....	80
XIFAXAN	67
XIGDUO XR TAB 10-1000	56
XIGDUO XR TAB 10- 500MG	56
XIGDUO XR TAB 2.5-1000	56
XIGDUO XR TAB 5- 1000MG	56
XIGDUO XR TAB 5-500MG	56
XIIDRA	77
XOLAIR	80
XOSPATA.....	30
XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY	30
XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY	30
XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY	30
XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY	30
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	30
XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY	30
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	30
XTANDI	24
xulane.....	61
XULTOPHY INJ 100/3.6	58
XYLOCAINE	
see <i>lidocaine hcl (local anesth.)</i>	14
XYLOCAINE-MPF	
see <i>lidocaine hcl (local anesth.)</i>	13
Y	
yargesa.....	63
YASMIN 28	
see <i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.03 mg</i>	59
see <i>ocella</i>	60
see <i>syeda</i>	60
see <i>zumandimine</i>	61
YAZ	
see <i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.02 mg</i>	59
see <i>jasmiel</i>	59
see <i>loryna</i>	59
see <i>nikki</i>	60
see <i>vestura</i>	61
YF-VAX INJ	73
yuvafem.....	61
Z	
zafemy.....	61
zafirlukast	79
ZANAFLEX	
see <i>tizanidine hcl</i>	53
ZARONTIN	
see <i>ethosuximide</i>	46
ZARXIO	69
ZAVESCA	
see <i> miglustat</i>	63
see <i>yargesa</i>	63
ZEJULA	30
ZELBORAF	30
ZEMAIRA.....	80
ZEMPLAR	
see <i>paricalcitol</i>	64
zenatane.....	82
ZENPEP CAP 1000UNT	67
ZENPEP CAP 1500UNT	67
ZENPEP CAP 2000UNT	67
ZENPEP CAP 2500UNT	67
ZENPEP CAP 3000UNIT	67
ZENPEP CAP 4000UNT	67
ZENPEP CAP 5000UNIT	67
ZERVIATE	77
ZESTORETIC	
see <i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	31
see <i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	31
see <i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	31
ZESTRIL	
see <i>lisinopril</i>	31
ZETIA	
see <i>ezetimibe</i>	35
ZIAGEN	
see <i>abacavir sulfate</i> ...	16
zidovudine.....	17
ZIEXTENZO.....	69
ziprasidone <i>hcl</i>	45
ziprasidone <i>mesylate</i>	45
ZIRABEV	30
ZIRGAN	76
ZITHROMAX	

see <i>azithromycin</i>	20	<i>zonisamide</i>	49	ZYLET SUS 0.5-0.3%.....	76
ZOCOR		ZORTRESS		ZYPREXA	
see <i>simvastatin</i>	35	see <i>everolimus</i>		see <i>olanzapine</i>	44
zoledronic acid.....	58	(<i>immunosuppressant</i>)		ZYPREXA RELPREVV ..	45
ZOLINZA	30	.....	72	ZYPREXA ZYDIS	
ZOLOFT		<i>zovia 1/35</i>	61	see <i>olanzapine</i>	44
see <i>sertraline hcl</i>	41	<i>ZTALMY</i>	49	ZYTIGA	
zolpidem tartrate.....	51	<i>zumandimine</i>	61	see <i>abiraterone acetate</i>	
ZONEGRAN		<i>ZURZUVAE</i>	41	.....	23
see <i>zonisamide</i>	49	<i>ZYDELIG</i>	30	ZYVOX	
ZONISADE	49	<i>ZYKADIA</i>	30	see <i>linezolid</i>	14, 15

Notice of Nondiscrimination



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

Johns Hopkins Advantage MD:

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

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

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

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

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 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 Italiano 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ございます。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 3/01/2024. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente de Johns Hopkins Advantage MD (PPO), Johns Hopkins Advantage Plus (PPO) y Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO) al 1-877-293-5325 (para usuarios de TTY, 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, o visite www.hopkinsmedicare.com.